الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

Algiers 2 University Abou el Kacem Saâdallah
Faculty of Social Sciences
and Demography Department of Sociology

المحددات السوسيو اقتصادية والديمغرافية للاهتمام بالطفل خلال المرحلة العمرية 36-59 شهر في الجزائر من خلال معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS6

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراة العلوم في علم الاجتماع
التخصص: الصحة والسكان

من إعداد الطالب: غرناوط مداني.

أمام لجنة المناقشة المشكلة من:

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة الاصلية	الصفة
01	فاصولي زينب	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	رئيسا
02	ياسين مشتة	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	مشرفا ومقررا
03	عبد المالك بودور	أستاذ محاضر أ	جامعة الجزائر 2	عضوا
04	جغدلي علي	أستاذ محاضر أ	جامعة الجزائر 2	عضوا
05	مساني فاطمة	أستاذ التعليم العالي	جامعة البويرة	عضوا
06	سايح سويح	أستاذ محاضر أ	جامعة الجلفة	عضوا

السنة الجامعية 2024-2025

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

Algiers 2 University Abou el Kacem Saâdallah
Faculty of Social Sciences
and Demography Department of Sociology



المحددات السوسيو اقتصادية والديمغرافية للاهتمام بالطفل خلال المرحلة العمرية 36-59 شهر في الجزائر من خلال معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS6

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراة العلوم في علم الاجتماع
التخصص: الصحة والسكان

إعداد الطالب: غرناوط مداني.
إشراف الأستاذ: د.ياسين مشتة

السنة الجامعية 2024-2025

الإهداء

إلى والدي الكريمين

إلى زوجتي و أبنائي

وجميع أفراد عائلتي

تشكرات

الحمد لله وحده وبعد، أتوجه بخالص الشكروالتقدير الى الأستاذ ياسين مشتة على توجيهاته ومر افقته وصبره طيلة مراحل البحث والدراسة حيث لم يبخل علي في عطائه وكرمه البيداغوجي والعلمي,

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذ المحترم مغر اني سليم على نصائه وتوجيهاته القيمة وكذلك على دعمه النفسي,

و أتوجه بأسمى عبارات والشكر للأستاذ مصلي رضوان على دعمه التقني في مجال التحليل الاحصائي المتقدم.

وكل الشكروالتقديرللسيد أسامة ابراهيمي على صبره وتفانيه في مر افقة طلبة الدكتوراة في كليه العلوم الاجتماعية بجامعة الجز ائر2.

الملخص:

تناولت هذه الدراسة موضوع النمو في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر من خلال دراسة أثر المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية على مؤشر النماء المبكر لدى الطفل في عمر 36-59 شهرا في الجزائر عبر بيانات المسح MICS6، المجرى سنة 2019 باستخدام أسلوب الانحدار اللوجيستي الثنائي وهذا باستغلال الملف الخاص بالطفل والأسرة المعيشية باستعمال برنامج SPSS.

ستتناول هذه الدراسة تسليط الضوء على المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية التي تؤثر على نمو وازدهار الطفولة المبكرة في الجزائر، في عمر 36-59 شهر باستخدام بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات المجرى سنة 2019، وبالتحديد مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة وهذا من خلال الطرح الإشكالي التالي:

ما هي العوامل السوسيواقتصادية والديمغرافية التي تؤثر على نماء الطفل في الجزائر؟

هل توجد دلالة إحصائية في اختلاف نسب النماء في وسط الأطفال في الجزائر باختلاف وسط الإقامة واوساط البرمجة الإقليمية؟

كما تم اعتماد الفرضيات التالية:

1. تؤثر كل من المحددات السوسيواقتصادية التالية: المؤشر الخماسي للثروة، المستوى التعليمي للأم، النشاط الاقتصادي للأم، انتظام الطفل في برامج التعليم المبكر، في مسار نماء الطفل.

2. تساهم كل من المحددات الديمغرافية التالية: جنس الطفل، رتبة الطفل، عدد الأطفال في الاسرة في التأثير على نمو الطفل.

3. هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشر نماء الطفل في الجزائر حسب وسط الإقامة وكذلك حسب أوساط البرمجة الإقليمية.

وقد تم تحديد مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة بمجالاته الأربعة: المجال العاطفي الاجتماعي، المجال البدني، مجال معرفة القراءة والحساب، مجال القدرة على التعلم كمتغير تابع قابل للقياس، وحددت المتغيرات المنبئة المستقلة كالتالي: وسط البرمجة الإقليمي، جنس الطفل، مؤشر الثروة الخماسي، الانتظام في برامج التعليم المبكر، عدد الأطفال في الاسرة، رتبة الطفل، النشاط الاقتصادي للأم.

وتوصلت الدراسة الى اثبات صدق كل من الفرضية الأولى والثالثة، في حين الفرضية الثانية، فقد ثبت تأثير المحدد الديمغرافي لجنس الطفل فقط دون باقي المحددات.

ومن أبرز النتائج المتوصل اليها:

- إن التدخلات خلال فترة الحمل والولادة والطفولة لها تأثير كبير على صحة الام والطفل معا، فرعاية الأمهات وتغذيتهن بشكا صحي وآمن خلال فترة ما قبل الحمل وبعدها يساهم في برمجة نمو الطفل ونمائه مع ضمان تمتعه بالصحة والرفاهية طيلة حياته. كما إن الرضاعة الطبيعية عبارة عن وصفة علاجية خاصة بكل مولود على حدة وهي فعالة لتحسين الصحة.

- كما أن تعزيز تنمية الطفل من خلال برامج التعليم والدعم الاقتصادي سيساهم في التخفيف من التباينات المرتبطة بدخل الأسرة وكذا تعليم الوالدين، ويمكن أن يولد الاستثمار في هذه المجالات تأثيرًا عميقًا على الإنجازات والمكتسبات التعليمية والتربوية للأطفال، والتنمية المعرفية، والنمو الاجتماعي والعاطفي. حيث لا تزيد البرامج التي تركز على تحسين تعليم الوالدين من قدرة الآباء على الانخراط في تعلم أطفالهم ودعمهم فقط، بل تساهم في تعزيز وضعهم الاجتماعي والاقتصادي العام، وبالتالي خلق بيئة أكثر مواتية لتنمية الطفل.

Abstract :

This study investigated the factors influencing early childhood development in Algeria, focusing on children aged 36 to 59 months. Utilizing data from the 2019 MICS6 survey, the research employed binary logistic regression to analyze the impact of socio-economic and demographic determinants on the Early Childhood Development Index (ECDI). The analysis leveraged individual child and household data processed with SPSS.

The primary objective was to identify key socio-economic and demographic correlates of early childhood development outcomes in the Algerian context. Specifically, the study examined the role of household wealth (measured by a wealth quintile index), maternal education, maternal economic activity, and participation in early childhood education programs as socio-economic predictors. Demographic factors under scrutiny included the child's gender, birth order, and family size. Furthermore, the study explored potential regional disparities in ECDI scores based on the child's place of residence and regional programming zones.

The research was guided by the overarching question of how socio-economic and demographic characteristics shape child development in Algeria. It also assessed the statistical significance of variations in ECDI across different residential and regional programming areas.

The following hypotheses were tested:

1. Socio-economic factors, namely household wealth, maternal education, maternal economic activity, and early childhood education enrollment, exert a significant influence on child development trajectories.
2. Demographic factors, including the child's gender, birth order, and number of siblings, significantly impact child development outcomes.
3. Statistically significant differences exist in the ECDI across different residential areas and regional programming zones within Algeria.

The ECDI, encompassing socio-emotional, physical, literacy-numeracy, and learning domains, served as the dependent variable. Independent variables included regional programming area, child's gender, wealth quintile, early childhood education participation, number of children in the household, child's birth order, and maternal economic activity.

The findings provided statistical support for the first and third hypotheses. However, regarding the second hypothesis, only the child's gender demonstrated a significant association with the ECDI.

Key findings highlighted the critical role of early-life interventions, spanning pregnancy to early childhood, in promoting maternal and child health. Adequate maternal care and nutrition during the peri-conception and postnatal periods were identified as crucial for programming optimal child growth and development, with lasting implications for health and well-being. Breastfeeding was emphasized as a highly effective, personalized intervention for enhancing infant health.

Furthermore, the study underscored the importance of fostering child development through targeted educational programs and economic support. Such interventions are pivotal in mitigating inequalities linked to family income and parental education. Investments in these domains are projected to yield substantial benefits in children's educational attainment, cognitive skills, and socio-emotional development. Programs aimed at improving parental education not only empower parents to actively engage in and support their children's learning but also contribute to their overall socio-economic empowerment, thereby fostering more conducive environments for child development.

قائمة المحتويات

الإهداء .....

شكر وتقدير .....

ملخص.....

قائمة المحتويات .....

قائمة الجداول .....

قائمة الاشكال .....

المقدمة..... أ، ب، ج

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة 17

1.أهداف الدراسة:..... 18

2.أسباب اختيار الموضوع..... 18

3. أهمية الدراسة: 18

4. الإشكالية: 19

5.الفرضيات: 25

6.تحديد مفاهيم الدراسة: 25

7. منهجية التحليل والتقنيات الإحصائية 31

8. الدراسات السابقة:..... 37

الفصل الثاني: الصحة الإنجابية وصحة المواليد 50

1. الصحة الإنجابية وصحة الأم: 51

2.الرعاية الصحية الإنجابية: 52

1.2 زواج الأقارب: 54

2.2 الانجاب في سن مبكرة 56

3.2 نتائج الحمل: 58

1.3.2 مؤشر الولادة الميتة:..... 60

2.3.2 الحمل المبكر: 60
4.2 استخدام وسائل منع الحمل: 62
5.2 رعاية ما قبل الولادة: 66
1.5.2 العناية بصحة الفم والأسنان خلال فترة الحمل: 72
2.5.2 كزاز (التيتانوس) حديثي الولادة: 74
3.5.2 المساعدة عند الولادة:..... 77
4.5.2 مؤشر الوزن عند الولادة: 80
6.2 رعاية ما بعد الولادة: 82
1.6.2 الرعاية الحرارية: 85
2.6.2 الفحص الصحي للأم ما بعد الولادة: 88
3.6.2 مضاعفات ما بعد الولادة: 89
4.6.2 جودة ومحتوى رعاية ما بعد الولادة للوليد: 91
7.2 وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات: 93
1.7.2 مؤشر وفيات حديثي الولادة: 95
2.7.2 مؤشر وفيات ما بعد حديثي الولادة: 97
3.7.2 مؤشر وفيات الرضع: 99
4.7.2 مؤشر وفيات الأطفال (1q4) 102
5.7.2 مؤشر وفيات الأطفال دون خمس سنوات:..... 105
8.2 التوعية والتثقيف الصحي حول فيروس فقدان المناعة البشرية والصحة الانجابية:..... 110
الفصل الثالث: الصحة والتغذية والعيش في بيئة آمنة 115
1.التطور النمائي في مرحلة الطفولة المبكرة:..... 117
2.الصحة في مرحلة الطفولة المبكرة: 120
1.2.التطعيم:..... 120
2.2. رعاية الأطفال خلال التعرض لنوبات المرض: 123

3. التغذية: 131
1.3 الرضاعة الطبيعية: 131
2.3 استهلاك الملح المدعوم باليود 143
3.3. سوء التغذية:..... 148
4. الأمن والحماية: 150
1.4. العيش في بيئة آمنة وسليمة:..... 151
2.4 حماية الأطفال من العنف والاستغلال:..... 163
3.4. تأديب الأطفال:..... 165
4.4. الترتيبات المعيشية للأطفال..... 167
الفصل الرابع: التطور النمائي في مرحلة الطفولة المبكرة..... 171
1.دعم التعلم في مرحلة الطفولة المبكرة: 172
1.1 توافر وسائل التعلم في المنزل:..... 175
2.عدم كفاية الرعاية:..... 177
3.التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة: 185
4.الصعوبات الوظيفية عند الأطفال الأقل من خمس سنوات: 191
5.مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة: 194
الفصل الخامس: الجانب الميداني للدراسة..... 198
1.تعريف المسح العنقودي المتعدد المؤشرات: 199
2.1.المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس في الجزائر: 200
3.1.ما هو الجديد في المسح السادس: 201
4.1.المؤشرات والبيانات الإحصائية والديمغرافية العامة في المسح: 201
5.1منهجية المعاينة في المسح 202
2.خصائص العينة:..... 203
3. تطبيق الانحدار اللوجيستي الثنائي:..... 205

1.3. المجال الأول: معرفة القراءة والحساب: 205
2.3 المجال الثاني: البدني: 215
3.3. المجال الثالث: القدرة على التعلم: 220
4.3. المجال الرابع: العاطفي الاجتماعي: 227
5.3.مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة: 234
الاستنتاج العام: 243
الخاتمة:..... 250
التوصيات والاقتراحات: 252
قائمة المراجع والمصادر 254
الملاحق..... 263
الملخص باللغة الاجنبية..... 314

قائمة الجداول

جدول رقم 01: التوزيع النسبي للنسوة المتزوجات حسب صلة القرابة مع الزوج: 54

جدول رقم 02: نتائج الحمل لدى النسوة في عمر 15-49 في الجزائر سنة 2019: 58

جدول رقم 03: نسبة استخدام وسائل منع الحمل لأول مرة حسب عمر المرأة المتزوجة وعدد الأطفال الاحياء في الجزائر 62

جدول رقم 04: نسبة استخدام وسائل منع الحمل لأول مرة حسب المستوى التعليمي المرأة المتزوجة وعدد الأطفال الاحياء في الجزائر ومتوسط العمر عند أول استخدام لوسائل منع الحمل سنة 2019. 63

جدول رقم 05: رزنامة التطعيمات للأطفال في الجزائر من الولادة إلى 18 شهرًا 121

جدول رقم 06 توزيع افراد العينة حسب متغير الجنس: 203

جدول رقم 07: توزيع أفراد العينة حسب متغير وسط الإقامة: 203

جدول رقم 08: توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأم: 204

جدول رقم 09: توزيع أفراد العينة حسب متغير مؤشر الرفاه الخماسي للثروة: .....204.

جدول رقم 10: اختبار التعددية الخطية لمتغير المستوى الدراسي للأم: 207

جدول رقم 11: اختبار التعددية الخطية لمتغير وسط البرمجة الإقليمي:.....209

جدول رقم 12: اختبار التعددية الخطية لمتغير مؤشر الثروة الخماسي: 209

جدول رقم 13: اختبار التعددية الخطية لمتغير جنس الطفل:.....209

جدول رقم 14: اختبار التعددية الخطية لمتغير الانتظام في برامج تعليم الطفولة المبكرة: 209

جدول رقم 15: اختبار معنوية النموذج لمجال القراءة والحساب:.....210

جدول رقم 16: نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع مجال معرفة القراءة والحساب:.....211

جدول رقم 17: النموذج التقديري لمحددات بعد معرفة القراءة والحساب في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 48-59 شهر في الجزائر سنة 2019:.....211

جدول رقم 18: اختبار معنوية النموذج للمجال البدني:.....218

جدول رقم 19 نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع المجال البدني: 218

جدول رقم 20: النموذج التقديري لمحددات المجال البدني في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 48-59 شهر في الجزائر سنة 2019:.....219

جدول رقم 21: اختبار معنوية النموذج لمجال القدرة على التعلم: 222

جدول رقم 22: نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع مجال القدرة على التعلم: 222
جدول رقم 23: النموذج التقديري لمحددات مجال التعلم في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 36-59 شهر في الجزائر سنة 2019 223
جدول رقم 24: اختبار معنوية النموذج للمجال العاطفي الاجتماعي: 230
جدول رقم 24: نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع المجال العاطفي الاجتماعي: 230
جدول رقم 26: النموذج التقديري لمحددات المجال العاطفي الاجتماعي في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 36-59 شهر في الجزائر سنة 2019 231
جدول رقم 27: اختبار معنوية النموذج لمؤشر النماء خلال مرحلة الطفولة المبكرة: 237
جدول رقم 28: نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع مؤشر النماء خلال مرحلة الطفولة المبكرة:.....237
جدول رقم 29: النموذج التقديري لمحددات المجال العاطفي الاجتماعي في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 36-59 شهر في الجزائر سنة 2019 238
جدول رقم 30: أثر المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية على أبعاد مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر 245

قائمة الجداول

جدول رقم 01: التوزيع النسبي للنسوة المتزوجات حسب صلة القرابة مع الزوج: 54

جدول رقم 02: نتائج الحمل لدى النسوة في عمر 15-49 في الجزائر سنة 2019: 58

جدول رقم 03: نسبة استخدام وسائل منع الحمل لأول مرة حسب عمر المرأة المتزوجة وعدد الأطفال الاحياء في الجزائر 62

جدول رقم 04: نسبة استخدام وسائل منع الحمل لأول مرة حسب المستوى التعليمي المرأة المتزوجة وعدد الأطفال الاحياء في الجزائر ومتوسط العمر عند أول استخدام لوسائل منع الحمل سنة 2019. 63

جدول رقم 05: رزنامة التطعيمات للأطفال في الجزائر من الولادة إلى 18 شهرًا 121

جدول رقم 06 توزيع افراد العينة حسب متغير الجنس: 203

جدول رقم 07: توزيع أفراد العينة حسب متغير وسط الإقامة: 203

جدول رقم 08: توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأم: 204

جدول رقم 09: توزيع أفراد العينة حسب متغير مؤشر الرفاه الخماسي للثروة: .....204.

جدول رقم 10: اختبار التعددية الخطية لمتغير المستوى الدراسي للأم: 207

جدول رقم 11: اختبار التعددية الخطية لمتغير وسط البرمجة الإقليمي:.....209

جدول رقم 12: اختبار التعددية الخطية لمتغير مؤشر الثروة الخماسي: 209

جدول رقم 13: اختبار التعددية الخطية لمتغير جنس الطفل:.....209

جدول رقم 14: اختبار التعددية الخطية لمتغير الانتظام في برامج تعليم الطفولة المبكرة: 209

جدول رقم 15: اختبار معنوية النموذج لمجال القراءة والحساب:.....210

جدول رقم 16: نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع مجال معرفة القراءة والحساب:.....211

جدول رقم 17: النموذج التقديري لمحددات بعد معرفة القراءة والحساب في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 48-59 شهر في الجزائر سنة 2019:.....211

جدول رقم 18: اختبار معنوية النموذج للمجال البدني:.....218

جدول رقم 19 نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع المجال البدني: 218

جدول رقم 20: النموذج التقديري لمحددات المجال البدني في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 48-59 شهر في الجزائر سنة 2019:.....219

جدول رقم 21: اختبار معنوية النموذج لمجال القدرة على التعلم: 222

جدول رقم 22: نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع مجال القدرة على التعلم: 222
جدول رقم 23: النموذج التقديري لمحددات مجال التعلم في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 36-59 شهر في الجزائر سنة 2019 223
جدول رقم 24: اختبار معنوية النموذج للمجال العاطفي الاجتماعي: 230
جدول رقم 24: نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع المجال العاطفي الاجتماعي: 230
جدول رقم 26: النموذج التقديري لمحددات المجال العاطفي الاجتماعي في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 36-59 شهر في الجزائر سنة 2019 231
جدول رقم 27: اختبار معنوية النموذج لمؤشر النماء خلال مرحلة الطفولة المبكرة: 237
جدول رقم 28: نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع مؤشر النماء خلال مرحلة الطفولة المبكرة:.....237
جدول رقم 29: النموذج التقديري لمحددات المجال العاطفي الاجتماعي في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 36-59 شهر في الجزائر سنة 2019 238
جدول رقم 30: أثر المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية على أبعاد مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر 245

قائمة الاشكال

شكل رقم 01: أوساط البرمجة الإقليمية في الجزائر. 30

شكل رقم 02 : توزيع السكان حسب أوساط البرمجة الإقليمية لسنتي 2009 و2019 31

شكل رقم 03: التوزيع النسبي للنسوة لانتشار زواج الاقارب حسب وسط الإقامة والمستوى التعليمي وعمر النسوة..... 55

شكل رقم 04: معدل الخصوبة لدى المراهقات في الجزائر في عمر 15-19 سنة المتزوجات حسب المحددات السوسيواقتصادية. 57

شكل رقم 05: مدرج تكراري للتوزيع النسبي لنتائج الحمل في الجزائر للولادة الميتة والاجهاض حسب وسط الإقامة والعمر والمستوى الدراسي ومؤشر الثروة الخماسي خلال سنة 2019 59

شكل رقم 06: تطور معدل الوفيات الميتة في الجزائر مقارنة بمعدل الوفيات الميتة بمنطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا 60

شكل رقم 07: النسبة المئوية للنساء في الفئة العمرية 24 - 20 سنة اللواتي أنجبن مولوداً حيّاً قبل بلوغهن سنّ 18 سنة حسب المحددات السوسيواقتصادية 61

شكل رقم 08: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات في عمر 15-49 سنة اللاتي استخدمن وسيلة منع الحمل حسب المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019. 64

شكل رقم 09: التوزيع النسبي % للنسوة في عمر 15-49 اللاتي أنجبن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح حسب مقدم الرعاية الصحية لفترة ما قبل الولادة في الجزائر ووسط الإقامة: 67

شكل رقم 10: التوزيع النسبي % للنسوة في عمر 15-49 اللاتي أنجبن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح حسب مقدم الرعاية الصحية لفترة ما قبل الولادة في الجزائر ومؤشر الثروة الخماسي للأسر المعيشية سنة 2019 69

شكل رقم 11: التوزيع النسبي % للنسوة المتزوجات في عمر 15-49 اللاتي أنجبن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح حسب عدد زيارات ما قبل الولادة خلال فترة ما قبل الولادة ووفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019. 70

شكل رقم 12: التوزيع النسبي % للنسوة في عمر 15-49 اللاتي أنجبن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح واستفدن على الأقل مرة واحدة من خدمة على يد مزود رعاية مؤهل حسب مضمون زيارات ما قبل الولادة خلال فترة ما قبل الولادة في الجزائر سنة 71

شكل رقم 13: التوزيع النسبي % للنسوة في عمر 15-49 اللاتي أنجبن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح واستفدن على الأقل مرة واحدة من خدمة على يد مزود رعاية مؤهل حسب مضمون زيارات ما قبل الولادة خلال فترة ما قبل الولادة وفق المستوى الدراسي للأم في الجزائر سنة 2019..... 72

شكل رقم 14: نسبة النسوة اللاتي قمن بأجراء زيارة لدى طبيب الاسنان خلال فترة الحمل حسب المستوى الدراسي ومؤشر الثروة الخماسي 74

شكل رقم 15: التوزيع النسبي للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة ولديهن مولود حي خلال السنتين الأخيرتين المحميات ضد الكزاز الوليدي حسب المحددات السوسيواقتصادية 76

شكل رقم 16: تطور معدلات وفيات الأمومة في الجزائر (في كل 100000 ولادة حية) 78

شكل رقم 17: التوزيع النسبي حسب مكان إجراء الولادة للنسوة المتزوجات في عمر 15–49 عام في الجزائر وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019. 79

شكل رقم 18: التوزيع النسبي للمواليد الأحياء الذين تم وزنهم وسجلوا وزن أقل من 2500 غرام حسب وسط المستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة الخماسي ووسط البرمجة 81

شكل رقم 19: التوزيع النسبي للنساء في الفئة العمرية من 49 – 15 سنة اللواتي مكثن في مؤسسة صحية لمدة 12 ساعة أو أكثر بعد ولادة أخر مولود حيّ لهن خلال السنتين الأخيرتين قبل المسح في الجزائر سنة 2019. 83

شكل رقم 20: التوزيع النسبي لفحوصات ما بعد الولادة لحديثي الولادة حسب المستوى التعليمي والمؤشر الخماسي للثروة ووسط البرمجة الإقليمي في الجزائر سنة 2019..... 84

شكل رقم 21: التوزيع النسبي لعمليتي ملامسة الجلد للجلد مع الأم والتجفيف بعد الولادة حسب المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019 85

شكل رقم 22: التوزيع النسبي للأطفال حديثي الولادة الذين تلقوا وظيفة الاستحمام بعد 24 ساعة من الولادة في الجزائر سنة 2019 86

شكل رقم 23: المنحنى النسبي للأطفال حديثي الولادة الذين تلقوا على الأقل وظيفتين من وظائف الرعاية الصحية بعد الولادة المشار إليها في المسح خلال اليومين التاليين للولادة في الجزائر سنة 2019 87

شكل رقم 24: التوزيع النسبي للنساء في عمر 49 – 15 سنة اللواتي تم إجراء فحص صحي لهن أثناء المكوث في مؤسسة صحية أو في المنزل بعد الولادة، أو تم تنفيذ زيارة لرعاية ما بعد الولادة خلال يومين من بعد الولادة لآخر ولادة حيّة لهن خلال السنتين الأخيرتين قبل المسح في الجزائر سنة 2019. 88

شكل رقم 25: التوزيع النسبي للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا واللاتي أنجبن خلال العامين الماضيين للمسح وعانين من مضاعفات الولادة في الجزائر، حسب المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية. . 89

شكل رقم 26: التوزيع النسبي لمضاعفات ما بعد الحمل للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا واللاتي أنجبن خلال العامين الماضيين للمسح وعانين من مضاعفات الولادة في الجزائر سنة2019 90

شكل رقم 27: مخطط منظمة الصحة العالمية المرجعي للنهوض بجودة الرعاية للمواليد الجدد 91

شكل رقم 28: التوزيع النسبي لمحتوي خدمات رعاية ما بعد الولادة للمواليد الجدد في الجزائر خلال السنتين السابقتين للمسح في الجزائر سنة 2019..... 92

شكل رقم 29: توزيع معدل وفيات حديثي الولادة (‰) حسب المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019. 95

شكل رقم 30: توزيع معدل وفيات حديثي الولادة (‰) حسب المحددات الديمغرافية في الجزائر سنة 2019.. 96

شكل رقم 31: توزيع معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة (‰) وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019 97

شكل رقم 32: توزيع معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة (‰) وفق المحددات الديمغرافية في الجزائر سنة 2019 98

شكل رقم 33: توزيع معدل وفيات (q10) الرضع (‰) وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019 99

شكل رقم 34: توزيع معدل وفيات (q10) الرضع (‰) وفق المحددات الديمغرافية في الجزائر سنة 2019 100

شكل رقم 35: معدل وفيات الأطفال (q41) خلال الفترة بين السنة الأولى من العمر وبلوغ سنّ الخامسة وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019 102

شكل رقم 36: معدل وفيات الأطفال (q41) خلال الفترة بين السنة الأولى من العمر وبلوغ سنّ الخامسة وفق المحددات الديمغرافية في الجزائر سنة 2019 103

شكل رقم 37: توزيع معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019 105

شكل رقم 38: توزيع معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة وفق المحددات الديمغرافية في الجزائر سنة 2019 107

شكل رقم 39: اتجاهات معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر 109

شكل رقم 40: خريطة توزيع معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات عالميا لسنة 2024 110

شكل رقم 41: التوزيع النسبي للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا واللاتي حسب المستوى التعليمي ونوع المعلومات حول فيروس نقص المناعة في الجزائر سنة 2019. 111

شكل رقم 42: التوزيع النسبي للنسوة الشابات في عمر يتراوح 15–24 حسب المؤشرات المعرفية حول فيروس السيدا ووفق المستوى التعليمي ومؤشر الثروة الخماسي عام في الجزائر سنة 2019 112

شكل رقم 43: آثار السياقات والبيئات والرعاية الداعمة عبر أجيال متعددة..... 117

شكل رقم 44: التوزيع النسبي للأطفال الذين تم تطعيمهم في الفئتين العمريتين 12–23 شهر و24–31 شهر في الجزائر خلال سنة 2019 حسب مختلف التطعيمات. 122

شكل رقم 45: منحنى التوزيع النسبي للأطفال الذين لم يجروا التطعيم حسب العمر بالأشهر والمحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019. 123

شكل رقم 46: المنحنى النسبي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0–59 شهرًا والذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح والذين تم البحث عن استشارة طبية أو علاج لهم، حسب مصدر هذه الاستشارة أو العلاج في الجزائر خلال وفق المحددات الاجتماعية سنة 2019. 126

شكل رقم 47: منحنى التوزيع النسبي للأطفال الأقل من خمس سنوات والذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وعولجوا بمحلول الإماهة الفموية (SRO) أو سوائل منزلية (FRH) موصى في الجزائر خلال سنة 2019..... 127

شكل رقم 48: المنحنى النسبي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0–59 شهرًا والذين عانوا من الالتهاب الرئوي الحاد خلال الأسبوعين السابقين للمسح حسب المحددات السوسيواقتصادية..... 129

شكل رقم 49: منحنى التوزيع النسبي للأطفال الذين اظهروا اعراض الالتهاب الرئوي الحاد وتلقوا الرعاية والعلاج في مؤسسة صحية عمومية أو خاصة والأطفال الذين تلقوا علاجا بالمضادات الحيوية خلال الأسبوعين السابقين للمسح سنة 2019 بالجزائر..... 130

شكل رقم 50: التوزيع العالمي للرضاعة الطبيعية عند عمر 12 شهرا..... 133

شكل رقم 51: نسبة الأطفال الذين تم ارضاعهم طبيعيا بشكل مبكر والمولودين خلال السنتين السابقتين للمسح وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019. 134

شكل رقم 52: عناصر البيئة الداعمة للرضاعة الطبيعية..... 135

شكل 53: التوزيع النسبي للأطفال الرضع الذين تم إطعامهم أي شيء آخر غير حليب الأم خلال الأيام الثلاثة الأولى من حياتهم وفق حالة الرضاعة في الجزائر سنة 2019. 136

شكل رقم 54: التوزيع النسبي لانتشار استخدام الرضاعة الطبيعية للأطفال في عمر 0–5 أشهر وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019. 137

شكل رقم 55: التوزيع النسبي لانتشار استخدام الرضاعة الطبيعية للأطفال في عمر 12–15 أشهر وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019 138

شكل رقم 56: التوزيع النسبي لانتشار استخدام الرضاعة الطبيعية للأطفال في عمر 12–15 أشهر وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019 139

شكل رقم 57: التوزيع النسبي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا والذين تلقوا سوائل وأطعمة صلبة أو شبه صلبة أو لينة (بما في ذلك الأغذية التكميلية) عددًا كافيًا من المرات أو أكثر خلال اليوم السابق للمسح في الجزائر سنة 2019. 141

شكل رقم 58: المنحنى النسبي للأطفال الأقل من 3 سنوات والذين تم فطامهم وفق طريقة الفطام وحسب المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019 142

شكل رقم 59: المنحنى النسبي للأطفال الأقل من 3 سنوات والذين تم فطامهم العمر بالأشهر وحسب المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019 143

شكل رقم 60: المدرج التكراري النسبي للأطفال الأقل من 3 سنوات والذين تم فطامهم حسب العمر بالأشهر والمستوى التعليمي للأم في الجزائر سنة 2019 144

شكل رقم 61: منحنى بياني نسبي للأسر المعيشية التي حققت نتائج إيجابية في فحص الملح في الجزائر سنة 2019..... 147

شكل رقم 62: تطور نسب انتشار ثلاثة مؤشرات رئيسية لسوء التغذية لدى الأطفال دون الخامسة في الجزائر خلال الفترة من عام 2000 إلى عام 2019 وهي: الهزال، السمنة، وتأخر النمو..... 150

شكل رقم 63: التوزيع النسبي للأشخاص الذين يستخدمون مياه شرب من مصادر محسنة في الجزائر سنة 2019. 152

شكل رقم 64: تطور نسبة البلدان التي لها خدمات مياه الشرب التي تدار بطريقة آمنة في العالم..... 153

شكل رقم 65: مؤشرات استخدام مياه الشرب الأساسية والمحدودة في الجزائر سنة 2019. 153

شكل رقم 66: التوزيع النسبي لأفراد الأسر الذين لا يتوفر لديهم مياه شرب في المنزل بحسب الشخص الذي يقوم عادةً بجلب مياه الشرب المستخدمة في المنزل..... 153

شكل رقم 67: نسبة السكان الذين يستخدمون مصادر محسنة للمياه يمكن الوصول أليها في المباني في العالم 2022..... 154

شكل رقم 68: التوزيع النسبي للأشخاص الذين يعيشون في منازل تستخدم مصادر مياه ملوثة ببكتيريا الإشريكية القولونية (E.coli). في الجزائر سنة 2019. 155

شكل رقم 69: التوزيع النسبي لأفراد الأسرة المعيشية الذين يستخدمون مرافق صرف صحي مُحسنّة غير مشتركة في الجزائر سنة 2019..... 156

شكل رقم 70: نسبة التغطية الإقليمية والعالمية لخدمات الصرف الصحي، 2015–2022 157

شكل رقم 71: التوزيع النسبي لأفراد الأسرة المعيشية الذين لديهم مكان لغسل اليدين يتوفر فيه الماء والصابون أو أي منظف آخر 157

شكل رقم 72: نسبة السكان الذين تتوفر لديهم خدمات أساسية للنظافة الصحية في العالم عام 2022 % .. 158

شكل رقم 73: التوزيع النسبي لنوع المسكن الذي تقيم الأسر المعيشية في الجزائر خلال سنة 2019 159

شكل رقم 75: التوزيع النسبي للأسر المعيشية حسب حالة النظافة في المنطقة المحيطة بالمسكن، وفق المحددات السوسيواقتصادية 160

شكل رقم 76: التوزيع النسبي لطريقة تخلص الاسر المعيشية من النفايات المنزلية وفق المحددات السوسيواقتصادية 161

شكل رقم 77: التوزيع النسبي لأفراد الأسر الذين يعيشون في أسر تستخدم وقودًا نظيفًا وتقنيات حديثة للطهي والتدفئة والإضاءة، في الجزائر سنة 2019..... 163

شكل رقم 78 التوزيع النسبي للأطفال في عمر أقل من خمس سنوات والمسجلين في سجل الحالة المدنية حسب المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019. 164

شكل رقم 79: مخطط بياني لعلاقة عدد مرات الضرب بقدرة الطفل المعرفية بعد أربع سنوات 165

شكل رقم 80 التوزيع النسبي للأطفال في عمر أقل من 17 عام الذين تعرضوا للعنف وفق المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية في الجزائر سنة 2019. 166

شكل رقم 81: التوزيع النسبي للأطفال الذين يعيشون مع كل من الأب والأم معا في عمر 0–17 عام وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019. 167

شكل رقم 82: التوزيع النسبي للأطفال في الفئة العمرية 17 – 0 سنة الذين لا يعيشون مع أي من والديهما الحقيقيين وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019. 168

شكل رقم 83 التوزيع النسبي للأطفال في عمر 0–17 الذين لا يعيشون مع الوالدين الحقيقيين حسب رابط القرابة مع رب الأسرة في الجزائر سنة 2019. 169

شكل رقم 84: التوزيع النسبي للأطفال الذين شارك معهم أحد أعضاء الاسرة المعيشية 4 أنشطة تعلمية أو أكثر خلال الثالثة أيام السابقة للمسح وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019..... 173

شكل رقم 85: العدد المتوسط للأنشطة مع الأب أو الأم وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019. 174

شكل رقم 86: التوزيع النسبي للأطفال الذين تتوفر لديهم 3 كتب مخصصة للأطفال أو أكثر أو نوعين من الألعاب أو أكثر وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019. 176

شكل رقم 87: التوزيع النسبي للأطفال الأقل من خمس سنوات الذين تركوا دون رعاية كافية خلال الأسبوع السابق للمسح والتوزيع النسبي للأطفال الذين تعرضوا لحادث خطير سنة 2019 في الجزائر 178

شكل رقم 88: انتشار معدل إصابات الأطفال غير المتعمدة لكل 100000 طفل، في العالم سنة 2004. . 180

شكل رقم 89: التوزيع النسبي للحوادث التي تعرض لها الأطفال في الجزائر وفق الجنس ونوع الحادث في الجزائر سنة 2019 181

شكل رقم 90: التوزيع النسبي لحوادث الأطفال الأقل من خمس سنوات وفق مكان وقوع الحادث في الجزائر سنة 2019. 182

شكل رقم 91: التوزيع النسبي للأطفال الأقل من خمس سنوات الذين تركوا لأكثر من ساعتين أمام جهاز تلفزيون أو حاسوب أو جهاز لوحي وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019. 183

شكل رقم 92: التوزيع النسبي للأطفال الأقل من خمس سنوات الذين تركوا لأكثر من ساعتين أمام جهاز تلفزيون أو حاسوب أو جهاز لوحي وفق المحددات الديمغرافية والنشاط الاقتصادي للأم والصعوبات الوظيفية للطفل في الجزائر سنة 2019 184

شكل رقم 93: وضعية التعليم ما قبل الابتدائي في العالم سنة 2012 187

شكل رقم 94: التوزيع النسبي للالتحاق ببرامج تعليم الطفولة المبكرة في الجزائر وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019..... 188

شكل رقم 95: التوزيع النسبي للأطفال في عمر 5 سنوات المنتظمين في برامج التعليم التحضيري أو السنة الأولى ابتدائي في الجزائر سنة 2019 190

شكل رقم 96: التوزيع النسبي للصعوبات الوظيفية المسجلة لدى الأطفال في عمر 2-4 سنوات في الجزائر سنة 2019..... 192

شكل رقم 97: التوزيع النسبي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2 و4 سنوات والذين يعانون من صعوبات وظيفية في مجال واحد على الأقل في الجزائر سنة 2019. 193

شكل رقم 98: تطور مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر خلال سنتي 2013 و2019..... 195

شكل رقم 99: تطور نسبة الأطفال في عمر 3-4 سنة الذين يسيرون على المسار الصحيح في تطوير ثلاثة على الأقل في كل من المجالات النمائية الأربع بالإضافة الى تحقيق مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر خلال سنتي 2013 و2019، حسب متغير الجنس:..... 197

شكل رقم 100: نسبة الأطفال الذين يسيرون على مسار النماء الصحيح في بعد معرفة القراءة والحساب في عمر 48-59 شهر في الجزائر حسب المحددات السوسيواقتصادية من خلال بيانات المسح (mics6) 207

شكل رقم 101: نسبة الأطفال الذين يسيرون على مسار النماء الصحيح في المجال البدني في عمر 36-59 شهر في الجزائر حسب المحددات السوسيواقتصادية من خلال بيانات المسح (mics6)..... 217

شكل رقم 102: نسبة الأطفال الذين يسيرون على مسار النماء الصحيح في مجال القدرة على التعلم في عمر 36-59 شهر في الجزائر حسب المحددات السوسيواقتصادية من خلال بيانات المسح (mics6) 221

شكل رقم 103: نسبة الأطفال الذين يسيرون على مسار النماء الصحيح في المجال العاطفي والاجتماعي في عمر 36-59 شهر في الجزائر حسب المحددات السوسيواقتصادية من خلال بيانات المسح (mics6) 229

شكل رقم 104: التوزيع النسبي للأطفال الذين يسيرون على مسار النماء الصحيح خلال مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر حسب المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية من خلال بيانات المسح (mics6)..... 236

شكل رقم 105: التوزيع النسبي للأطفال الذين ينتظمون في برامج تعليم الطفولة المبكرة وفق مؤشر الثروة الخماسي من خلال بيانات المسح (mics6)..... 248

شكل رقم 106: التوزيع النسبي للأسر المعيشية المصنفة في المؤشر الأكثر غنى وفق أوساط البرمجة الإقليمية في الجزائر من خلال بيانات المسح (mics6) 249

المقدمة

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة من أهم المراحل العمرية في حياة الانسان، حيث تشكل الأساس الذي يبنى عليه التطور الجسدي والعقلي والعاطفي والنفسي والاجتماعي للفرد، فخلال هذه الفترة الحرجة والقصيرة يتطور الدماغ بسرعة، فتتكون الروابط العصبية التي تؤثر على القدرات المعرفية والسلوكية في المستقبل، وقد أكدت العديد من الأبحاث العلمية أن البيئة التي ينشأ فيها الطفل في سنواته الأولى تلعب دورا حاسما في تشكيل شخصيته وقدرته على التعلم والتفاعل مع الغير.

فالاهتمام بتنمية الطفولة المبكرة ليس فقط استثمارا في مستقبل الفرد، بل هو أيضا استثمار في مستقبل المجتمع ككل، حيث يساهم في بناء أجيال قادرة على الابتكار والمساهمة في التنمية المستدامة، فتوفير الرعاية المعززة والتعليم الجيد للأطفال في هذه المرحلة يعد من الأولويات الأساسية لتحقيق تنمية شاملة ومستدامة.

كما أن نجاح عملية تنمية البلدان إنما تتم عبر تحقيق وإنجاح جملة من المسارات الإنمائية، ولعل أهمها هو إنجاح مسار تنمية الطفولة المبكرة والتي تعتبر من أهم مراحل التنمية البشرية، فالدماغ الذي يكون في مرحلة التشكل والتكون يتأثر بشكل كبير خلال السنوات الأولى من عمر الطفل بالبيئة المادية والاجتماعية والعاطفية، حيث تتشكل اللبنات الأساسية للدماغ والجهاز العصبي خلال الحمل وتصل لذروتها في غضون السنوات الأولى من الحياة، كما تلعب هذه المرحلة دورا محوريا في توجيه وبناء شخصية الإنسان بتلقينه القيم الاجتماعية والسلوكية والمعرفية الأساسية التي تشكل الجزء الأكبر من شخصيته وسماتها.

والاهتمام برعاية وتنشئة الطفل في السنوات الأولى من عمره، يعتبر من أولويات الأسر في جميع المجتمعات، وكما تحث على ذلك القوانين والتشريعات، بل ويعتبر من حقوق الطفل الرئيسية في معاهدة الأمم المتحدة لحقوق الطفل.

وتشهد مرحلة الطفولة المبكرة مجموعة من التغيرات الملحوظة التي تطرأ على الطفل، مثل تحقيق التوازن والتحكم في عملية الإخراج وزيادة الميل إلى الاستقلالية، ومحاولة التعرف على البيئة المحيطة، كما يلاحظ نمو سريع في اللغة وتطور المهارات المكتسبة من الوالدين، بالإضافة إلى تكوين المفاهيم الاجتماعية الأساسية. تشير نتائج الدراسات والبحوث المتتبعة لعدة أجيال، إلى أن الرعاية المعززة والتعليم الجيد في مرحلة الطفولة المبكرة يعودان بفوائد عديدة على الأطفال تؤثر بشكل إيجابي على حياتهم في مرحلة البلوغ والرشد. ومن بين هذه الفوائد نجد تحسن الأداء والمردود الدراسي، وانخفاض معدلات الفشل، وتقليل معدلات التسرب من المدرسة في سن مبكرة، بالإضافة إلى ذلك يرتبط التعليم في فترة الطفولة المبكرة بمسارات اقتصادية أكثر فعالية في مرحلة البلوغ حيث يزيد من فرص الحصول على وظائف أفضل ومداخيل أعلى.

وقد أدرك المجتمع الدولي الأهمية البالغة للتعليم في مرحلة الطفولة المبكرة في تنمية الطفل وتحقيق الرفاه الاجتماعي الوطني، فتم وضع ذلك كهدف من الأهداف الفرعية لخطة التنمية المستدامة للأمم المتحدة لعام 2030 حيث ورد في الفقرة 4-2 من الهدف الرابع "توفير فرص متساوية لجميع الأطفال، بغض النظر عن جنسهم للوصول إلى رعاية ونماء عالي الجودة في مرحلة الطفولة المبكرة والتعليم ما قبل الابتدائي لضمان استعدادهم للولوج إلى التعليم النظامي في المؤسسات التعليمية بحلول 2030

كما "تشير العديد من البحوث المتعلقة بالتعليم المبكر للأطفال على أن التعليم المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة يؤدي إلى: الخبرة المبكرة لها آثار دائمة، الطفولة المبكرة هي المرحلة الحرجة للنمو العصبي، جميع الأطفال يدخلون برامج الطفولة المبكرة بعقول نشطة، الطفولة المبكرة هي الفترة الحرجة في التنمية الاجتماعية، ولهذا يكتسي التعليم المبكر أهمية بالغة وأولوية كبرى لإصلاح أي نظام تعليمي[1].

[1] Allen, C. R. . **Effect oh Early Childhood Education Programs on School Readiness**. Michigan: ProQuest, 2009, p14.

ولقد تناولت هذه الدراسة موضوع المحددات السوسيواقتصادية للاهتمام بالطفل خلال المرحلة العمرية 36–59 شهرا في الجزائر عبر بيانات المسح Mics6 وجاءت في خمس فصول حيث تناول الفصل الأول الإطار المنهجي للدراسة.

أما الفصل الثاني فتطرق إلى واقع الرعاية الصحية الإنجابية للأم والرعاية الصحية الطفل في الجزائر، بناء على معطيات المسح Mics6 مع الأخذ بعين الاعتبار أثر المحددات الاقتصادية والاجتماعية.

وتناول الفصل الثالث واقع الصحة والتغذية والعيش في بيئة آمنة للأطفال الأقل من خمس سنوات في الجزائر بناء على معطيات المسح Mics6

كما نناول الفصل الرابع التطور النمائي في مرحلة الطفولة المبكرة خلال المرحلة العمرية 3–4 سنوات والتي تعتبر حلقة الوصل بين مرحلة الحمل والرضاعة ومرحلة الطفولة الوسطى، وخلال هذه المرحلة تتجلى أهم مؤشرات النماء المختلفة ويمكن من خلالها قياس مدى التقدم النمائي للطفل لا سيما في المجالات الاربعة للنماء.

أما الفصل الأخير فتناول بالدراسة والتحليل الجانب الميداني باستغلال بيانات المسح Mics6 للكشف عن أثر المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية على مؤشر النماء المبكر بمجالاته الأربعة: الاجتماعي العاطفي، القدرة على التعلم، معرفة القراء والحساب والبدني، وكذا تقديم بعض التوصيات والاقتراحات.

الفصل الأول

أهداف الدراسة

أسباب اختيار الموضوع

الإشكالية

الفرضيات

تحديد المفاهيم

تحديد المنهج المتبع

أهمية الدراسة أسباب اختيار الموضوع

تحديد الأسلوب الاحصائي

تحديد المتغيرات

الدراسات السابقة

تمهيد:

يتطرق هذا الفصل الى الإطار المنهجي للدراسة والذي يشتمل على أهداف الدراسة واهميتها، وأسباب اختيار الموضوع، وتناول الطرح الاشكالي وتحديد فرضيات الدراسة، وكذا المفاهيم والمتغيرات المستقلة والمتغير التابع، والأسلوب الاحصائي المستخدم، كما يتناول الدراسات السابقة التي تناولت الموضوع سواء على المستوى الوطني أو الأجنبي.

1.أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى بلوغ الأهداف التالية:

- قياس وتحديد أثر المتغيرات السوسيواقتصادية والديمغرافية على متغير النمو المبكر.
- تحديد أوساط البرمجة الإقليمية والفئات الاجتماعية الأكثر احتياجا للتدخل من أجل تعزيز رعاية الطفولة المبكرة في الجزائر.
- دراسة المحددات الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على تنمية الأطفال تسهم في فهم كيفية تحسين الظروف المعيشية والتعليمية والبيئية للطفل

2.أسباب اختيار الموضوع:

يعزى اختيار الموضوع إلى الأسباب التالية:

- توفر قاعدة معطيات متينة وشاملة والمتمثلة في بيانات المسح العنقودي.
- نقص الدراسات التي تناولت واقع الطفولة المبكرة.
- أهمية هذه المرحلة العمرية بالنسبة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة والشاملة.
- ارتباط الموضوع بمجال عمل الباحث في ميدان التربية الوطنية والصحة المدرسية.
- زيادة الاهتمام بمواضيع تنمية الطفولة من طرف الهيئات والمنظمات العالمية كالبنك الدولي واليونيسيف.

3.أهمية الدراسة:

يمكن تلخيص أهمية الدراسة في النقاط التالية:

- مساعدة القائمين على تطوير وتحسين جودة الرعاية والتعليم في هذه المرحلة العمرية بتقديم توصيات مبنية على الأدلة الملموسة.
- تحديد المناطق السكنية وأوساط البرمجة الإقليمية التي تحتاج إلى تدخلات عاجلة لتلبية احتياجات الأطفال.

4.الإشكالية:

إن التنشئة الاجتماعية تعد ميزة تتميز بها المجتمعات الإنسانية، عن باقي الكائنات الحية التي تعيش في جماعات منظمة، كطوائف بعض الثدييات أو الطيور، أو غيرها من الحشرات كالنمل والنحل، ولعل منشأ هذه الميزة عند البشر يعود بالأساس الى الوعي الإنساني، الذي يتميز بتناقل الخبرات والتجارب والاخبار، عبر مختلف الأجيال والحقب الزمنية الطويلة في مختلف مناطق المعمورة، وهو ما يؤدي الى تراكم معرفي مستمر يساهم بشكل مباشر في تحسين ظروف وجودة الحياة الاجتماعية، وهذا بالتنظيم العقلاني والفعال للعلاقات الاقتصادية الاجتماعية والسياسية، التي من شأنها توفير فرص لحياة ذات جودة، إلا أن الوصول لهذه الفرص ليس من السهولة تحقيقه في الواقع، سواء في العالم ككل أو داخل المجتمعات نفسها وهذا يعود لعدة عوامل مختلفة فمنها ما يرجع الى العوامل الجغرافية أو التاريخية ومنها الى العوامل الاقتصادية أو السياسية أو الاجتماعية والثقافية، ومنها ما يعود الى الكوارث الطبيعية والزلازل و الآثار الناجمة عن التغير المناخي، الذي صار يشكل تهديدا حقيقيا للبشرية جمعاء من دون استثناء.

ولما كانت من مقاصد التنشئة الاجتماعية للطفل، تحقيق الامن الصحي والنفسي حيث تساعد الطفل على العيش قدر الإمكان في بيئة خالية من المشكلات النفسية والاضطرابات والمشاكل الاسرية، كما تعمل من خلال الرعاية الوالدية المسؤولة على تكوين طفل سليم الجسم والعقل، مما يؤدي الى تكوين شخصية انسان ناجح و فاعل و متفاعل ايجابيا في مجتمعه، حيث يتحول من كائن بيولوجي متمركز حول ذاته، إلى فرد ناضج يتحمل المسؤولية الاجتماعية و يلتزم بالقيم و المعايير السائدة، و ينشئ علاقات اجتماعية سليمة[1]، فإن للعامل الثقافي دورا حاسما في بلورة وتشكيل أشكال وأساليب التنشئة الاجتماعية، حيث ينعكس ذلك على وعي الوالدين المسؤولين المباشرين على عملية تربية ورعاية الطفل منذ تكويناته الاولى كجنين في الرحم، حيث تتحول عملية التنشئة من عملية

[1] د. عمر أحمد همشري: **التنشئة الاجتماعية للطفل**، دار صفا للنشر، عمان، الأردن، 2202، ط 2، ص 24.

فطرية غريزية إلى عملية واعية ومنظمة تهدف إلى تحقيق مقاصد محددة، عبر القيام بعديد النشاطات كالرعاية والحماية من التهديدات والتغذية السليمة في مراحل زمنية مختلفة.

إن تحقيق التنمية البشرية المستدامة يعتبر اليوم من أهم التحديات التي رفعتها منظمة الأمم المتحدة، ومختلف الهيئات الدولية للسكان حول العالم، حيث يعد الاستثمار في فترة الطفولة المبكرة أحد اكثر الطرق كفاءة وفعالية للمساعدة في القضاء على الفقر وعدم المساواة، وتعزيز الرفاه المشترك وانشاء الراس مال البشري اللازم للاقتصاد، وتدوم آثار هذا الاستثمار حتى فترة المراهقة والبلوغ، كما تعد مرحلة الطفولة المبكرة فترة نمو سريع على المستوى الجسماني والعقلي، ويمكن أن تترتب عن قلة التغذية السليمة والتعرض للأمراض والعدوى، وللتجارب السيئة خلال هذه الفترة، العيش في بيئة غير صحية، آثار تمتد مدى الحياة في التحصيل العلمي، وكذا على النتائج الصحية والاقتصادية لا سيما في الأوساط الاجتماعية الأكثر هشاشة[1]، كما أن النجاح في المدرسة وفي مخرجات سوق العمل عند البلوغ، متجذر في تنمية الطفولة المبكرة، فالسنوات الأولى من عمر الطفل هي تكوينية بشكل أساسي، إذ أن الدماغ الذي يكون في طور النمو في هذه الفترة يستجيب استجابة كبيرة للبيئة المادية والاجتماعية والثقافية والعاطفية، كما تبدأ عملية تشكيل نقاط التشابك العصبي في الرحم وتصل إلى حدها الأقصى في غضون السنوات الأولى من الحياة[2]، فالأطفال يتمتعون بقدرات بدنية ونفسية واجتماعية تمكنهم من الاتصال والتعلم والتطور، واذا لم تلق هذه القدرات الاعتراف والدعم الملائم فإنها ستضمحل لا محالة بدلا من أن تنمو وتزدهر، كما أن معظم نمو الذكاء لدى الطفل يحدث قبل سن السابعة، والعام الأول من

[1] اليونيسيف: **تقرير الأطفال والغذاء والتغذية النمو السليم في عالم متغير، حالة أطفال العالم لعام 2019**، نيويورك، ص 70.

[2] صفاء الكوقلي وكارولين كرافت: **توسيع نطاق الفرص للجيل القادم، تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال افريقيا**، مجموعة البنك الدولي، 2016، ص 1.

الحياة هو أهم عام من حيث تغذية الطفل ونموه البدني، إن الأطفال الذين يتعثرون خلال هذه السنة يتعرضون لخطر التأخر أو التخلف أو التطور المعرفي[1].

وتتطلب تنمية الأطفال في مرحلة مبكرة، رعاية معززة وعناية مستمرة والتي تشمل الصحة والتغذية والأمان والسلامة والرعاية الاستجابية والتعلم المبكر، المقدمة من قبل الوالدين والعائلة، والتي تدعمها بيئة ملائمة وسياقات سياسية واجتماعية وثقافية واقتصادية تمكن من تحقيق هذه التفاعلات، وبالتالي أصبح من الضروري القيام برصد وتنسيق و تقييم البرامج عبر مختلف القطاعات الفاعلة، كالتعليم والصحة والضمان الاجتماعي، والتضامن الوطني من أجل تحقيق خدمات ذات جودة، لفائدة الأطفال طوال مرحلة الطفولة المبكرة، واثناء وقبل الالتحاق بالتعليم الابتدائي، ووصولا الى عمر 8 سنوات، كما تعتمد عملية توسيع نطاق برامج تطوير الطفولة المبكرة، على تحديد الأولويات السياسية للجهود الرامية إلى معالجة المشكلات الاجتماعية العميقة مثل الفقر وعدم المساواة والإقصاء الاجتماعي، من خلال التدخلات التي تبدأ مبكرًا في مسار الحياة، والتي من شأنها تقليص عدم المساواة في التنمية، حيث يترتب عن العيش تحت الفقر وفي ظل تجارب الطفولة الضارة آثار فسيولوجية وجينية طويلة الأمد على نمو الدماغ وإدراكه [2].

كما أن الخسائر الناجمة عن ضعف رعاية الطفولة المبكرة أعلى بكثير من تكاليف تحقيق رعاية ذات جودة، حيث يؤدي ذلك إلى عواقب شخصية واجتماعية خطيرة. كالتعرض لخطر الإصابة بالإعاقة بسبب التقزم، الناتج عن سوء التغذية، أو التعرض لخطر العيش في حالة فقر مستمر، كما تصل تكلفة التقاعس عن الفعل على الناتج المحلي الإجمالي ضعف ما تنفقه بعض الدول النامية حاليًا على الصحة[3]، كما تحتوي العمليات العصبية التي

---

[1] جودويث إيفانز، روبررت مايرز، إلين إلفيد: **احتساب الطفولة المبكرة، دليل برمجة ورعاية وتنمية الطفولة المبكرة.** شبكة الموارد العربية، 2005، ص 7.

[2] Maureen M Blac, et al: **Advancing Early Childhood Development: from science to Scale 1**, **Early childhood development coming of age: science through the life course**, **Lancet,** vol 389, 2017, p77.

[3] Linda M Richter, et al: **Advancing Early Childhood Development: from science to Scale 3, Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development**, **Lancet**, vol 387, 2017, p103.

تتأثر بالتنوع الجيني والوراثي، على أنظمة التعلق والتعلم المبكر، مما يؤثر حتما على الصحة والنمو مستقبلا، كما أكدت الدراسات الطولية التي تناولت موضوع الأطفال المعرضين للفقر وللتجارب السلبية، تسجيل نتائج إيجابية في مرحلة البلوغ كارتفاع معدل الذكاء، والتحصيل العلمي، والحد من العنف ومن أعراض الاكتئاب، وهذا بعد إجراء تدخلات إيجابية مبكرة، إن هذه النتائج تشكل مبررا كافيا للاستثمار أكثر في مرحلة الطفولة المبكرة، لاسيما في وسط الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات [1].

ويشير مؤشر البنك الدولي لراس المال البشري، إلى أن الأطفال الذين يولدون اليوم في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ستبلغ انتاجياتهم عندما يكبرون 57% فقط من كامل الإنتاجية التي كانوا سيبلغونها، إذا تمتعوا بالقدر اللازم من التعليم والصحة الجيدة[2]، كما "قدرت اليونسيف أن 36,8% من الأطفال في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط لا يحققون المهارات الادراكية والاجتماعية العاطفية الأساسية مثل اتباع التوجيهات وكبح العدوان "[3]

ولعل من أنجع الأساليب المتبعة لرفع الغبن عن الفئات الهشة والتقليص من اللامساواة الجائرة، في الوصول إلى الفرص الاقتصادية والخدمات التعليمية والصحية، وضمان بقاء الأطفال في المسارات الدراسية الناجحة وحصولهم على فرص عمل جيدة، وكذلك حماية الأحداث من خطر الجنوح، هو ضمان حصول جميع الأطفال دون استثناء أو تمييز جنسي أو عرقي أو ثقافي، على بداية حياة عادلة ورعاية ملائمة وشاملة[4].

ومن أجل إنجاح عملية التنمية في مرحلة الطفولة المبكرة، لا بد من تحقيق مجموعة من الأبعاد التي تشتمل على نمو متدرج للمهارات والقدرات الحركية والإدراكية واللغوية التعبيرية والاجتماعية العاطفية والتنظيمية خلال السنوات القليلة الأولى من الحياة[5]، وفي حين أنّ هذه المجالات هي مجالات متباينة من التنمية في مرحلة الطفولة المبكرة، إلا أنها

---

[1] Maureen M Blac, **Op.cit**, p77

[2] البنك الأوروبي للإنشاء والتعمير، والبنك الأوروبي للاستثمار، البنك الدولي، **اطلاق العنان للنمو المستدام للقطاع الخاص في الشرق الأوسط و شمال افريقيا**، شواهد من مسوح مؤسسات الأعمال، 2022، ص 35.

[3] Maureen M Blac, **Op.cit**, p77.

[4] جودويث إيفانز، روبررت مايرز، إلين إلفيد: **مرجع سابق**، ص10

[5] Unicef, WB: Advancing **Early Childhood Development: An Executive Summary for The Lancet's Series**. The lancet, 2016, p16. https://www.who.int/publications/m/item/advancing-early-childhood-development-from-science-to-scale تم التحميل يوم 12 مارس 2019

مترابطة ومتفاعلة فيما بينها. وبالتالي، فإن العناية برعاية جميع هذه الأبعاد ودعمها بطريقةٍ شاملة في آن واحد، يُعدّ أمراً أساسياً وحاسما لضمان حصول الأطفال على أفضل فرصة لتحقيق إمكاناتهم الكاملة. فالنمو الجسماني، ومهارات القراءة والكتابة والحساب، والتنمية الاجتماعية والعاطفية، والاستعداد للتعلم، هي عوامل تحدد مسار الصحة والتعلم والرفاه الاقتصادي مدى الحياة[1]

وباعتبار التنمية في مرحلة الطفولة المبكرة كظاهرة صحية، يمكن قياسها باستخدام مجموعة من المقاييس والمؤشرات الصحة والنفسية المركبة، فإن التباينات الصحية تزداد داخل البلدان وفيما بين البلدان، فهناك فجوة في أمل الحياة المتوقع عند الولادة تزيد عن 40 سنة بين أغنى البلدان وأفقرها، وهناك تفاوت جلي في الوضعية الصحية بين مختلف المجموعات السكانية في جميع البلدان بغض النظر عن مستوى دخلها. وفي البلدان ذات الدخل المرتفع يوجد فرق يزيد عن 10 سنوات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة، بين مختلف المجموعات السكانية ويعزى إلى عدة عناصر مثل الانتماء العرقي ونوع الجنس، والحالة الاقتصادية والاجتماعية والموقع الجغرافي، أما في البلدان المنخفضة الدخل في جميع الأقاليم فتتفاوت فيها معدلات وفيات الأطفال تفاوتا ملحوظا باختلاف مستوى ثروة الأسرة[2].

وسجل العالم سنة 2019 وفاة ما يقدر بنحو 5.2 مليون طفل دون عمر الخامسة لأسباب يمكن تفاديها ومعالجتها من الأساس، حيث تتمثل الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال في مضاعفات الوضع غير الآمن، والالتهاب الرئوي، والشذوذ الخلقي، والإسهال والملاريا، وهي جميعها أمراض يمكن الوقاية منها، أو علاجها من خلال اتاحة تدخلات بسيطة وميسورة الكلفة، بما فيها التطعيم والتغذية الكافية، والمياه والاغدية المأمونة، ورعاية عالية الجودة يقدمها أحد مقدمي الرعاية الصحية المؤهلين عند الحاجة[3].

أما في الجزائر فقد بلغ معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات24.1‰ سنة 2013 مع تسجيل فارق يزيد عن 14 نقطة، بين الأسر المرتفعة الدخل والأكثر فقرا، وفارق

[1] Maureen M Blac,**Op.Cit,** vol 389, p77.

[2] منظمة الصحة العالمية: المجلس التنفيذي، الدورة 124، اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، ديسمبر 2008.

[3] موقع منظمة الصحة العالمية: (https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality) تم الاسترداد بتاريخ 15 أفريل 2021 على الساعة 04:00 صباحا.

6 نقاط بين الوسط الحضري والريفي، وأكثر من 8 نقاط بين الأمهات الحاصلات على مستوى جامعي ونظيرتهن غير المتعلمات خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الثالث [MICS3][1]

كما انخفض هذا المعدل إلى 19‰ مع تسجيل فارق بـ 12 نقطة، بين الأسر المرتفعة الدخل ونظيرتها الأكثر فقرا و6 نقاط بين الوسط الحضري والريفي، و10 نقاط بين الأمهات الحاصلات على مستوى جامعي، ونظيرتهن غير المتعلمات خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس [MICS6][2].

ولقد ورد في مدونة الأمم المتحدة للأهداف الإنمائية المستدامة لعام 2030 بلوغ ما مقداره 81 % كهدف من نسبة الأطفال البالغين في عمر 24–59 شهر الذين يسيرون على المسار الصحيح للنمو على صعيد النمو في مجالات الصحة والتعلم والعافية النفسية الاجتماعية، وهو ما يعبر عنه بمؤشر النمو في مرحلة الطفولة المبكرة.

وقد بلغ هذا المؤشر سنة 2013 في الجزائر 70.2% مع تسجيل فارق 4.1 نقطة بين الأطفال المنتمين إلى الأسر المرتفعة الدخل، مقارنة بالأسر المصنفة في المؤشر الثاني للثروة، و1.6 نقطة بين الأطفال القاطنين في الوسط الحضري، مقارنة بنظرائهم في الوسط الريفي، و8.9 نقطة بين الأطفال الذين تتمتع امهاتهم بمستوى جامعي في مقابل أقرانهم الذين لم تحقق أمهاتهم أكثر من مستوى التعليم التحضيري[3].

كما ارتفع مؤشر تنمية الطفولة المبكرة في الجزائر سنة 2019 إلى 76.8% بتسجيل فارق 14.5 نقطة بين الأطفال المنتمين إلى الأسر المرتفعة الدخل، مقارنة بنظيرتها الأكثر فقرا، و6.9 نقطة بين الأطفال القاطنين في الوسط الحضري، مقارنة بنظرائهم في الوسط الريفي، و13.9 نقطة بين الأطفال الذين تتمتع امهاتهم بمستوى جامعي، في مقابل أقرانهم الذين لم تحقق أمهاتهم أكثر من مستوى التعليم التحضيري[4].

[1] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière **: Suivi de la situation des enfants et des femmes Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2012-2013, Rapport finale**, 2015, p56.
[2] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière **: Enquête par grappes à indicateurs multiples [MICS] 2019, Rapport finale des résultats**, Décembre 2020, p119.
[3] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2013, **Op.Cit :** p168.
[4] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019, **Op.cit. :** p279.

ستتناول هذه الدراسة تسليط الضوء على المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية التي تؤثر على نمو وازدهار الطفولة المبكرة في الجزائر، في عمر 36-59 شهر باستخدام بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات المجرى سنة 2019، وبالتحديد مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة وهذا من خلال الطرح الإشكالي التالي:

ما هي العوامل السوسيواقتصادية التي تؤثر على مسار نماء الطفل في الجزائر؟

ما هي العوامل والديمغرافية التي تؤثر على مسار نماء الطفل في الجزائر؟

هل هناك دلالة إحصائية في اختلاف نسب النماء في وسط الأطفال في الجزائر باختلاف وسط الإقامة ريف-حضر وأوساط البرمجة الإقليمية؟

5.الفرضيات:

إجابة على الطرح الإشكالي نطرح الفرضيات التالية:

1. تؤثر كل من المحددات السوسيواقتصادية التالية: المؤشر الخماسي للثروة، المستوى التعليمي للأم، النشاط الاقتصادي للأم، انتظام الطفل في برامج التعليم المبكر، في مسار نماء الطفل.

2. تساهم كل من المحددات الديمغرافية التالية: جنس الطفل، رتبة الطفل، عدد الأطفال في الاسرة في التأثير على نمو الطفل.

3. هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشر نماء الطفل في الجزائر حسب وسط الإقامة وكذلك حسب أوساط البرمجة الإقليمية.

6.تحديد مفاهيم الدراسة:

1.6 الطفولة:

لغويا: هو المولود قبل وصوله لسن البلوغ، والطفولة هي فترة عمرية تمتد من الوضع إلى غاية البلوغ[1]، كما ورد في اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل تعريف الطفل بأنه أي شخص يقل عن 18 عام[2].

[1] مجمع اللغة العربية: **المعجم الوسيط**، مكتبة الشروق الدولية، مصر، 1999، ص50.

[2] https://www.unicef.org/ar/اتفاقية حقوق الطفل

اصطلاحا: هي المرحلة العمرية الممتدة من الولادة وحتى بداية مرحلة المراهقة، وتتميز بتطورات جسدية وعقلية واجتماعية وعاطفية سريعة ومميزة، كما تعد فترة تأسيسية في حياة الإنسان، تتميز بالنمو السريع والاعتماد على الآخرين واكتساب المعارف والمهارات الأساسية وتشكيل الهوية الأولية، وتتطلب رعاية وحماية وتوجيهًا خاصًا لضمان النمو الأمثل[1].

ويجدر بالذكر أن الحدود العمرية الدقيقة للطفولة وبداية المراهقة قد تختلف قليلاً بين مختلف النظريات والدراسات، ولكن بشكل عام، يُنظر إليها على أنها الفترة التي تسبق التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية المميزة لمرحلة المراهقة.

2.6 الطفولة المبكرة:

هي فترة من حياة الطفل تبدأ منذ اللحظات الأولى للحمل وتستمر إلى عمر الثامنة، حيث يتعلم الطفل في هذه الفترة بأفضل شكل عندما تتوافر لديه أشياء محسوسة يعالجها بيديه وتتاح له الفرصة لاستكشاف العالم المحيط به، وعندما يكون بوسعه التعلم عن طريق التجربة والخطأ في بيئة آمنة ومحفزة[2].

3.6 التنمية/النماء:

لغويا: يعني الزيادة والكثرة.

اصطلاحا: هو عملية التغيير التي يصل الطفل من خلالها الطفل إلى التمكن من مستويات متزايدة التعقيد من التحرك والتفكير والاحساس، والتفاعل مع الأشخاص والأشياء في البيئة المحيطة به، وينطوي نماء الطفل على تفتح تدريجي للسمات التي تتحدد بيولوجيا، كما يتسم النمو البدني والنمو العقلي والوجداني بأهمية حاسمة في مجال نماء الطفل[3].

3.6 الرعاية:

لغويا: يشير الى معاني الحفظ والحماية والاهتمام والعناية وتحمل المسؤولية تجاه شخص أو شيء ما[4].

---

[1] Papalia Diane E et al**: A child's world: infancy through adolescence**, Virginia Wesleyan College, Ruth Duskin Feldman. – thirteenth Edition, 2014, p256

[2] جودويث إيفانز، روبررت مايرز، إلين إلفيد: **مرجع سابق**، ص02.

[3] Myers Robert : **The twelve who survive, strengthening programms of early childhood development in the third world**, Routledge, New York and London, 1992, P 168.

[4] معجم الدوحة التاريخي للغة العربية https://www.dohadictionary.org/dictionary

اصطلاحا: هي مجموعة من الأفعال المتكاملة التي تضمن توفير الحماية المتعددة الجوانب للطفل، كالجوانب الصحية والغذائية والنفسية والاجتماعية والمعرفية حتى نموه، وعليه فإن الرعاية هي أحد العوامل الأساسية في تعزيز التنشئة المثلى للطفل[1].

التعريف الاجرائي لمفهوم الرعاية: يشير هذا المفهوم مجموعة الأعمال التي يؤديها القائمون على رعاية الطفل في الجزائر والتي يتم التعبير عبر مجموعة من الاسئلة المتضمنة في استمارة المسح الخاصة بالأطفال الأقل من خمس سنوات واستمارة الاسرة المعيشية، ككيفية التعامل مع الطفل في حالة نوبات المرض ومدى توفير وسائل اللعب والتعليم، وظروف العيش اليومية.

4.6 مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة في المسح العنقودي MICS6:

إنّ التنمية في مرحلة الطفولة المبكرة هي عملية متعددة الأبعاد تنطوي على ترقٍّ ترتيبي للمهارات والقدرات الحركية والإدراكية واللغوية والاجتماعية والعاطفية والتنظيمية عبر السنوات القليلة الأولى من الحياة.[2] وفي حين أنّ هذه المجالات هي مجالات متمايزة من التنمية في مرحلة الطفولة المبكرة، إلا أنها مترابطة فيما بينها. وبالتالي، فإن رعاية جميع هذه الأبعاد ودعمها بطريقةٍ شاملة يُعدّ أمراً أساسياً لضمان حصول الأطفال على أفضل فرصة لتحقيق إمكاناتهم الكاملة. فالنمو البدني، ومهارات القراءة والكتابة والحساب، والتنمية الاجتماعية والعاطفية، والاستعداد للتعلم، هي جوانب تحدد مسار الصحة والتعلم والرفاه مدى الحياة.[3]

وقد طورت اليونيسيف مقياسا لتحديد مدى نمو الطفل في المجالات النمائية المختلفة، وتم اعتماده في المسوح الحديثة منذ عام 2010، ويتضمن هذا المقياس 20 سؤالاً عن الطريقة التي يتصرف بها الأطفال في بعض الحالات اليومية، والمهارات والمعارف التي اكتسبوها، مما يعكس الصعوبة المتزايدة للمهارات التي يكتسبها الأطفال مع نموهم. وتُنظَّم البنود العشرون وفقاً للمجالات العامة الثلاثة للصحة والتعلم والرفاه النفسي والاجتماعي. ويُعدّ الطفل على المسار الصحيح من الناحية التنموية إذا كان قد حقّق الحد الأدنى من المراحل

[1] جودويث إيفانز وآخرون: مرجع سابق، ص03.

[2] اليونيسف وآخرون. *النهوض بالتنمية في مرحلة الطفولة المبكرة: من العلم إلى المقياس*. ملخص تنفيذي، مجلة لانسيت، 2016.

[3] جيه شونكوف ودي فيليبس. من الخلايا العصبية إلى الأحياء السكنية: *علم* التنمية *في مرحلة الطفولة المبكرة*. واشنطن العاصمة: مطبعة الأكاديمية الوطنية، 2000، ص45.

المتوقعة للفئة العُمرية. يتكون كل مجال من المجالات العامة الثلاثة من مجموعة من المجالات الفرعية الأساسية:

- **المجالات الفرعية للصحة:** التنمية الحركية الإجمالية، والتنمية الحركية الدقيقة، والعناية الذاتية.
- **المجالات الفرعية للتعلّم:** اللغة التعبيرية، ومعرفة القراءة، ومعرفة الحساب، والمرحلة السابقة لتعلم الكتابة، والأداء الوظيفي.
- **المجالات الفرعية للرفاه النفسي الاجتماعي:** المهارات العاطفية، والمهارات الاجتماعية، والسلوك الداخلي، والسلوك الخارجي[1].

وقد ورد 15 سؤالا في استبيان الأطفال دون سن الخامسة في نموذج برامج تنمية الطفولة المبكرة في المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس (MICS6) ومرمز من EC1 إلى غاية EC15 يتناول قياس مؤشر التنمية ف مرحلة الطفولة المبكرة للطفل، إضافة إلى السؤال UB6 الوارد في خانة خلفية العامة دون سن الخامسة (أنظر الملاحق).

5.6 المحددات الاجتماعية للصحة:

تُعرّف منظمة الصحة العالمية "المحددات الاجتماعية للصحة:" بأنها الظروف الهيكلية التي تؤثر على أنماط الحياة اليومية، وتلعب دورًا أساسيًا في الفجوات الصحية بين الدول، وكذلك داخل كل دولة. تشمل هذه المحددات عدة عوامل، مثل كيفية توزيع السلطة، ومستويات الدخل، وتوافر السلع والخدمات. كما تتعلق أيضًا بظروف المعيشة، بما في ذلك إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والتعليم، وظروف العمل والترفيه، بالإضافة إلى حالة الإسكان والبيئة المحيطة. بعبارة أخرى، يُعبر مصطلح "المحددات الاجتماعية" عن مجموعة العوامل الاجتماعية والسياسية والبيئية والثقافية التي تترك أثرًا كبيرًا على صحة الأفراد والمجتمعات[2].

6.6 المفهوم الإجرائي للمحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية

يشير مفهوم المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية في هذه الدراسة إلى مجموعة من المتغيرات التي وردت في بيانات المسح العنقودي السادس المتعدد المؤشرات (MICS6)

[1] منظمة الأمم المتحدة للطفولة، **أهمية اللحظات المبكرة**، نيويورك: اليونيسف، 2017، ص11.

[2] منظمة الصحة العالمية: **مرجع سابق**.

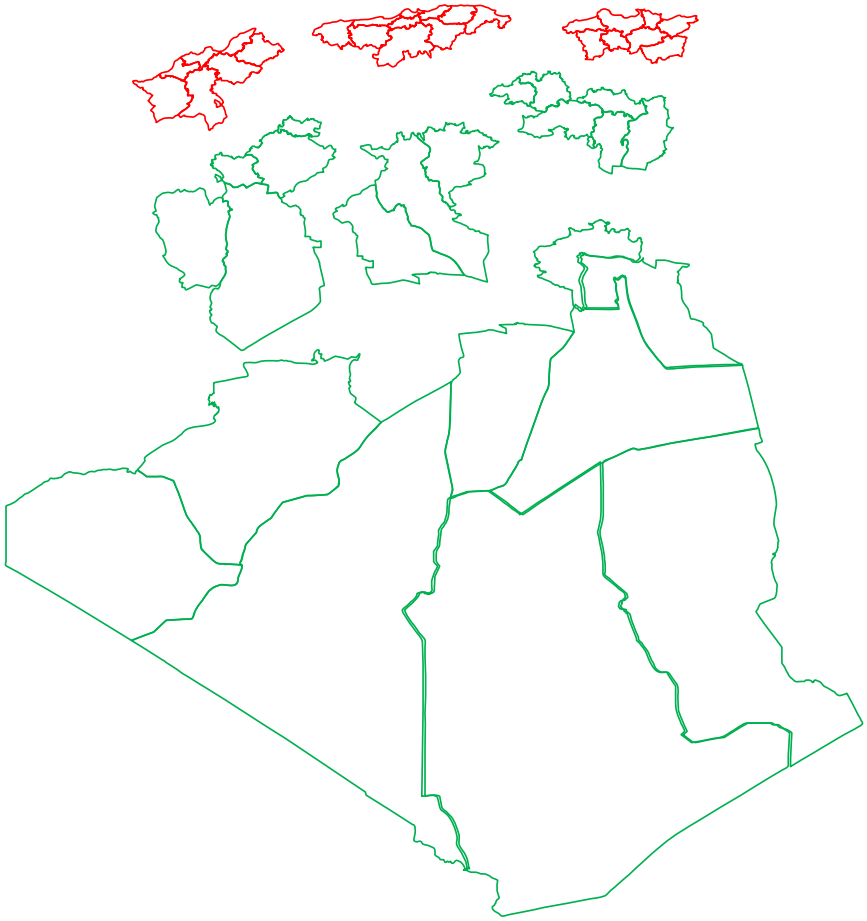
وهي عبارة عن إجابات عن الأسئلة التي وردت في الاستمارات الخاصة بالطفل الأقل من خمس سنوات والأسرة المعيشة وهي كالتالي: وسط البرمجة الإقليمي، المؤشر الخماسي للثروة، المستوى التعليمي للأم، جنس الطفل، عدد الأطفال في الاسرة، النشاط الاقتصادي للأم، وسط الإقامة: ريف أو حضر، انتظام الطفل في برامج التعليم المبكر.

1.6.6 وسط البرمجة الإقليمي:

لقد تم تقسيم القطر الوطني إلى تسعة أقاليم بناء على ضوء المخطط الوطني للتهيئة الإقليمية (SNAT) المصادق عليه سنة 2010 بموجب القانون رقم 10-02 المؤرخ في 26 جوان 2010 أطلق عليها تسمية أوساط البرمجة الإقليمية يشتمل كل منها على مجموعة من الولايات المتجاورة ذات خصائص مشتركة وقد تم اعتماد نفس المخطط عند اجراء المعاينة في المسح العنقودي الرابع والسادس mics6 ; mics4، وتتوزع أوساط البرمجة كالتالي:

- وسط البرمجة الإقليمي شمال وسط ويضم 10 ولايات: الجزائر العاصمة، البليدة، بومرداس، تيبازة، البويرة، المدية، تيزي وزو، بجاية، الشلف وعين الدفلى.
- وسط البرمجة الإقليمي شمال شرق ويضم 08 ولايات: عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، ميلة، سوق أهراس، الطارف وقالمة.
- وسط البرمجة الإقليمي شمال غرب ويضم 07 ولايات: وهران، تلمسان، مستغانم، عين تموشنت، غليزان، سيدي بلعباس ومعسكر.
- وسط البرمجة الإقليمي الهضاب العليا وسط ويضم 03 ولايات: الجلفة، الأغواط، المسيلة.
- وسط البرمجة الإقليمي الهضاب العليا شرق ويضم 06 ولايات: سطيف، باتنة، خنشلة، برج بوعريريج، أم البواقي، تبسة.
- وسط البرمجة الإقليمي الهضاب العليا غرب ويضم 05 ولايات: تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة، البيض.

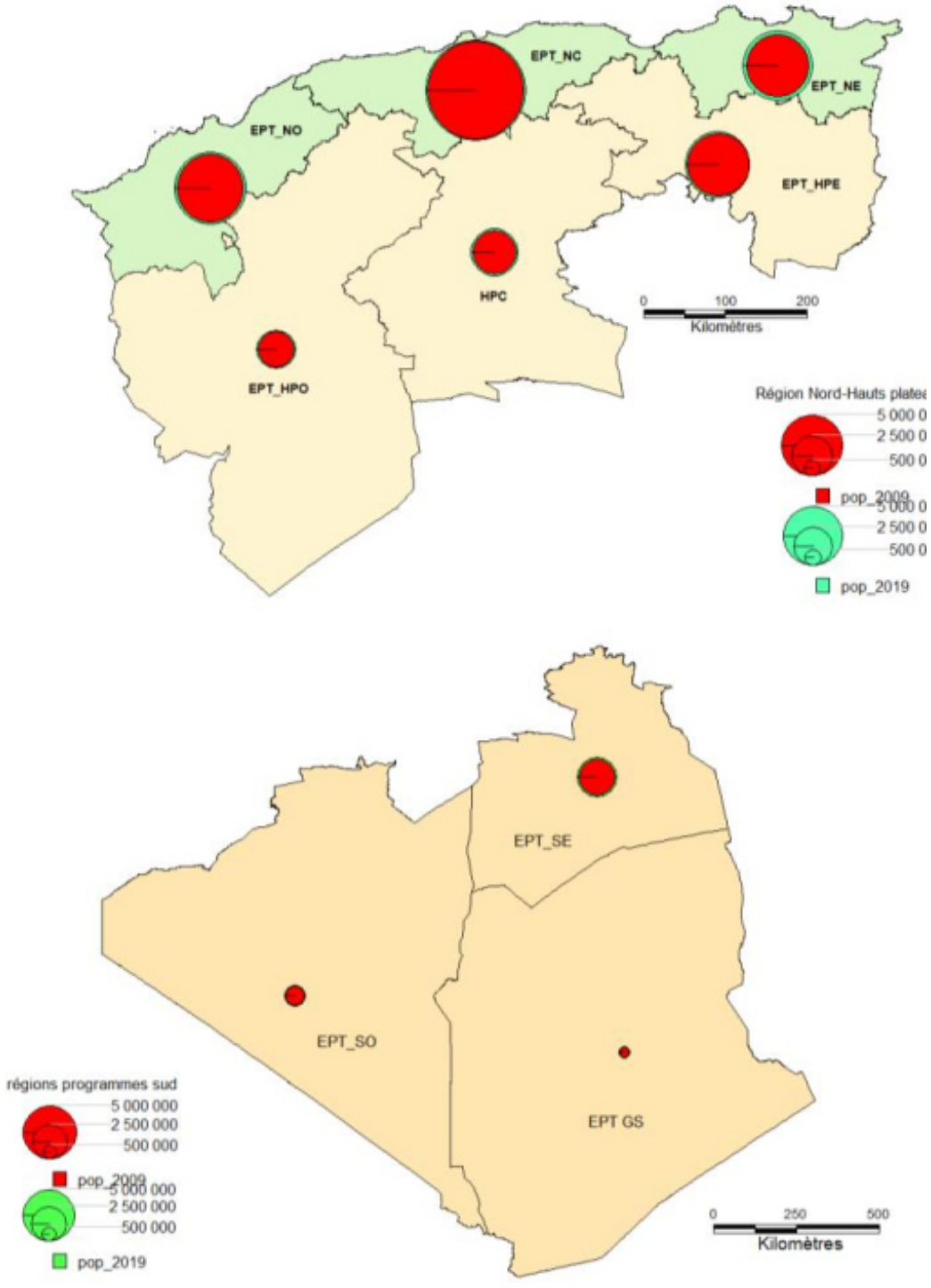
- وسط البرمجة الإقليمي الجنوب الكبير ويشتمل على أوساط البرمجة لجنوب شرق وجنوب وسط وجنوب غرب ويضم 09 ولايات: بشار، تندوف، أدرار، غرداية، بسكرة، الوادي، ورقلة، تمنراست، إليزي[1].



شكل رقم 01: أوساط البرمجة الإقليمية في الجزائر.

المصدر: من إعداد الباحث

[1] تم ضم الأقاليم الجنوبية الثلاث في إقليم واحد خلال المسح العنقودي الرابع والسادس.



[1] Agence Nationale à l'Aménagement et à l'Attractivité des Territoires **: Le schéma national d'aménagement de territoire 2030 actualisé**, p 129

7. منهجية التحليل والتقنيات الإحصائية

1.7 منهجية التحليل:

من أجل دراسة الموضوع سنقوم بفحص أثر المتغيرات المستقلة على المتغير التابع ومن ثم تتحدد المتغيرات المستقلة الأكثر تأثيرا على المتغير التابع، وهذا باستخدام الأسلوب الاحصائي الانحدار اللوجيستي الثنائي، والذي يتلاءم ويتوافق مع البيانات التي يوفرها الملف الحاسوبي الخاص بالمسح العنقودي المتعدد المؤشرات.

2.7 مصدر البيانات:

اعتمدت الدراسة على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات السادس (Mics6) المجرى سنتي 2018 و2019، ويعد هذا النوع من المسوح من أكثر مصادر المعطيات الديمغرافية والسكانية سلامة وصدقا ليس فقط في الجزائر بل في العالم وتعتمده أغلب الهيئات والمنظمات العالمية والإقليمية كالبنك الدولي في الدراسات والتحاليل السكانية والاقتصادية وغيرها، ويتم بالتعاون والتنسيق مع منظمة اليونيسيف UNICEF وصندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA.

كما خضعت استمارت المسح العنقودي متعدد المؤشرات السادس لعملية تحقق صارمة ومنهجية لتوسيع نطاق الأدوات وتضمين مواضيع جديدة تعبر عن مؤشرات أهداف التنمية المستدامة والقضايا الناشئة في سياق خطة التنمية المستدامة لعام 2030، ومن بين المواضيع الجديدة التي تم وضعها: الاختبار السريع لجودة المياه، والتحويلات الاجتماعية، ومهارات التعلّم الأساسية (الأطفال من عمر 7-14 سنة)، والقدرات الوظيفية للأطفال والكبار، ووضع الهجرة، واستخدام أنواع الوقود النظيف والتكنولوجيا، والتعرّض للإيذاء.

واعتمد المسح على قاعدة معاينة متكونة من عدد الأسر المعيشية المتحصل عليها من تعداد 2008 ومحينة في سنة 2018 وتم سحب العينة على مرحلتين:

المرحلة الأولى: سحب وحدات المعاينة الأولى وهي العناقيد.

المرحلة الثانية: تم فيها سحب وحدات المعاينة الثانية وهي الاسر بتعداد 25 أسرة في كل عنقود.

ويتم إجراء المقابلات مع أفراد الأسرة المعيشية من خلال خمس استمارات مصممة لتقديم معطيات ومؤشرات حول وضعية الأطفال والنساء وظروف عيش السكان حسب أوساط البرمجة الإقليمية وهي: استمارة الاسرة المعيشية، استمارة الأطفال في عمر 5-17 عام، استمارة الأطفال أقل من 5 سنوات، الاستمارة الفردية للمرأة في عمر 15-49 عام، استمارة اختبار جودة المياه. وبلغت نسبة الاستجابة بالنسبة لقاعدة المعاينة 96.7% بالنسبة للأسر المعيشية و97.7% بالنسبة للأطفال أقل من عمر 5 سنوات[1].

وفي هذه الدراسة قمنا باستغلال كل من استمارة الأطفال أقل من 5 سنوات واستمارة الاسرة المعيشية من أجل معرفة مدى تأثير العوامل المفترضة وهي: وسط الإقامة، وسط البرمجة الإقليمي، مؤشر الثروة الخماسي، المستوى التعليمي للأم، عمل الأم، عدد الأطفال في الأسرة، جنس لطفل، التي تؤثر في المتغير التابع مؤشر نما الطفل.

3.7 الأسلوب الإحصائي المعتمد:

باعتبار أن مؤشر نماء الطفولة المبكرة يعبر عنه بالقيم الثنائية (نعم، لا) عند طرح الأسئلة في الاستمارة الخاصة بالطفل تحت الباب الخاص نمو الطفولة المبكرة من EC1 إلى EC15 فإن أنسب أسلوب احصائي يتلاءم مع هذا النوع من المتغيرات هو الانحدار اللوجيستي الثنائي وهذا لتحديد أثر المتغيرات المفترضة المذكورة آنفا إن وجد عند مستوى المعنوية (0.05) على احتمال تحقيق الطفل لمؤشرات النماء الأربع ومن ثم تلخيصها في مؤشر نماء الطفولة المبكرة ويعبر عنه بقيمتين متنافيتين 1 أو 0 أي استطاع الطفل جمع على الأقل 3 مؤشرات من مجموع 4 أم لا.

ويستخدم الانحدار اللوجيستي الثنائي أثر المتغيرات المستقلة المفسرة ذات المستويات المختلفة على التنبؤ بمتغير واحد تابع يكون ثنائي التفرع (ذكر/أنثى، مصاب/ غير مصاب،

[1] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019 : **Op.cit :** p7

يستطيع/ لا يستطيع، محقق/ غير محقق...)[1] وبالتالي القيم تكون إما إيجابية وتأخذ القيمة 1 أو سلبية تأخذ القيمة 0 وباعتبار حجم أن العينة كبير 6146 طفل في عمر 36 –59 شهر فإن التوزيع يقترب كثيرا من التوزيع الطبيعي، وتكون معادلة الانحدار اللوجيستي ثنائي الحدين حيث أن احتمال حدوث الحدث P على الشكل التالي:

$$P = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \cdots + \beta_n X_n)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \cdots + \beta_n X_n)}$$

وهي صيغة غير خطية بالنسبة للمتغيرات المستقلة ويمكن تحويلها الى الشكل الخطي باستخدام التحويل التالي:

$$Ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \cdots + \beta_p X_p$$

مع العلم أن كل من:

exp: الأس النيبيري الذي يعادل تقريبا 2.718

Ln: اللوغاريتم النيبري

$1-P$: يمثل احتمال عدم حدث الحدث المدروس

$(\frac{P}{1-P})$: نسبة الرجحان

β_i: معامل المتغير X_i ويمثل مقدار التغير في لوغاريتم نسبة الرجحان عند زيادة قيمة المتغير بوحدة واحدة في حال المتغير الكمي أو الانتقال من الفئة المرجعية إلى الفئة المعنية في حال المتغير الكيفي، لذا فإنه بخلاف نماذج الانحدار الخطي لا يتم الاعتماد على هذه المعاملات مباشرة في التفسير بل يتم الاعتماد على أساسها النيبيري $\exp(\beta_j)$ الذي يقيس مباشرة مقدار التضاعف في نسبة الرجحان.

[1] محمد أمين دعيش، محمد ساري. ""نموذج الانحدار اللوجيستي: مفهومه، خصائصه، تطبيقاته مع مثال تطبيقي للانحدار اللوجيستي ثنائي الحدين على برنامج SPSS". **مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع**، الجزائر: جامعة حمة لخضر الوادي، العدد الأول، 2017، ص 125.

4.7 تطبيق الانحدار اللوجيستي الثنائي:

لدراسة أثر المتغيرات المستقلة على نمو الطفل في الجزائر وباستعمال SPSS27.0.1 تم تقدير المعادلة بإعطاء القيمة 1 إذا تحصل تمكن الطفل من تحقيق على الأقل 3 مجالات أو أكثر من مجموع الأربع مجالات، والقيمة 0 إذا لم حقق الطفل مجالين أو أقل من المجالات الأربعة لقياس مؤشر تنمية الطفولة المبكرة.

وبعد التطبيق التدريجي لعملية الاختيار تم تحديد 5 متغيرات وهي:

- المؤشر الخماسي للثروة
- المستوى التعليمي للأم
- جنس الطفل
- وسط البرمجة الإقليمي
- انتظام الطفل في برامج التعليم المبكر

أما باقي المتغيرات وسط الإقامة، عدد الأطفال في الأسرة، النشاط الاقتصادي للأم فقد أظهرت النتائج انه ليس تأثير معنوي على المتغير التابع عند مستوى المعنوية (0.05).

5.7 متغيرات الدراسة:

تم تحديد المتغيرات المستقلة والمتغير التابع على النحو الآتي:

1.5.7المتغير التابع:

تم اختيار الإجابة على الأسئلة في استمارة المسح الخاصة بالطفل في قسم التعلم والمرمزة من EC6 إلى EC15 وهي الأسئلة الخاص بقياس مؤشر نماء الطفل وتضم أربع مجالات وهي: مجال معرفة القراءة والكتابة والحساب، المجال الجسدي البدني، المجال الاجتماعي العاطفي، مجال التعلم، وتحتوي الإجابة على ثلاثة خيارات وهي (نعم، لا، بدون إجابة) وبما أن نموذج الانحدار الثنائي يحمل صفتين متنافيتين تكون إحداهما محل التنبؤ

فتم التخلي عن خيار بدون إجابة في جميع الإجابات من EC6 الى EC15 كما ترميز إجابات المتغيرات نعم بالقيمة (1) والإجابة لا بالقيمة (0) في قاعدة بيانات المسح العنقودي السادس (MICS6).

كما سيتم دراسة المجالات الأربعة كل على حدة لتحديد أيها أكثر تأثرا بالمتغيرات المستقلة.

2.5.7 المتغيرات المستقلة:

بعد استغلال ملفات المسح العنقودي والاطلاع على الاستمارات، لاسيما استمارة الطفل والأم، تم اختيار المتغيرات التالية من الملفات الالكترونية ch.sav و bh.sav ثم دمجها في باستخدام برنامج Microsoft Excel بهدف بناء نموذج يتوقع احتمال تحقيق الطفل لمؤشرات النماء بناء على المتغيرات المنبئة المستقلة وهي كالتالي:

المستوى التعليمي للأم (Melevel): هذا المتغير كيفي قابل للترتيب ومقسم إلى خمس مستويات: بدون مستوى، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي.

المؤشر الخماسي للرفاه الاقتصادي (Windex): وهو متغير كيفي قابل للترتيب يقيس المستوى المادي للأسرة بناء على جمع وتصنيف مجموعة من الخصائص والإمكانات المادية والمالية للأسرة ويقسم إلى خمس مستويات: الأكثر فقرا، الثاني، المتوسط، الرابع، الأكثر غنى.

وسط البرمجة الإقلمي (HH7): متغير كيفي غير قابل للترتيب يشير إلى أوساط البرمجة الإقليمية السبعة في الجزائر والتي اعتمدها المسح بناء على المخطط الوطني للتهيئة الإقليمية (SNAT) المصادق عليه عام 2010 تم تقسيم التراب الوطني إلى 9 أوساط برمجة إقليميةُ EPT ويضم كل منها مجموعة من الولايات المتجاورة ذات خصائص مشتركة وهي شمال وسط، شمال شرق، شمال غرب، هضاب عليا شرق، هضاب عليا وسط،

هضاب عليا غرب، والجنوب الكبير الذي يضم 3 أقاليم جنوبية في معطيات المسح العنقودي السادس[1].

وسط الإقامة (HH6): متغير كيفي غير قابل للترتيب ويشير وسط إقامة المبحوث حضر أو ريف

جنس الطفل (HH4): متغير كيفي غير قابل للترتيب ويشير الى جنس الطفل ذكر أو أنثى

التحاق الطفل ببرامج التعليم المبكر للطفولة (UB6): وهو متغير كيفي غير قابل للترتيب يحتمل اجابتين نعم أو لا وتم الاستغناء عن الإجابات الناقصة، ويجيب على التساؤل: هل التحق الطفل المستجوب ببرامج التعليم المبكر؟

لقد تم استبعاد المتغيرات التالية: متغير عدد الأطفال في الأسرة ومتغير عمل الأم حيث أظهرت نتائج التحليل عدم تأثر المتغير التابع بهما.

8. الدراسات السابقة:

سنتناول عرض مجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الطفولة من مقاربات مختلفة.

1.8 الدراسات الأجنبية:

1.1.8 الدراسة الأولى: تحليل اتجاهات وممارسات الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من سوء التغذية في ولاية الخرطوم، محمد إيهاب عيسى، 2011، رسالة دكتوراة.

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم المعرفة والمواقف والممارسات المتعلقة بأمراض سوء التغذية لدى الأطفال دون سن الخامسة بين الأمهات اللاتي يراجعن مراكز الرعاية الصحية الأولية، بالإضافة إلى التعرف على مختلف مظاهر سوء التغذية لدى هذه الفئة العمرية.

تم استخدام أدوات قياس مثل لوحة القياس الأفقي لقياس طول الطفل وميزان خاص لقياس وزن الطفل. كما تم تصميم استبيان لجمع معلومات حول معرفة الأمهات ومواقفهن

[1] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019 **: Op.cit :** p12.

تجاه الممارسات المختلفة المتعلقة بأمراض سوء التغذية. تم تحليل بيانات الأطفال والتحقق من العلاقات الإحصائية بين المتغيرات المختلفة باستخدام اختبار كاي تربيع.

كشفت الدراسة عن ارتفاع نسبة ظهور أمراض سوء التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة في المنطقة، حيث بلغت النسبة 16.7%. ويُعزى ذلك إلى تدني المستوى التعليمي للأولياء، حيث تصل نسبة الأمية بين الأمهات إلى 70%، وبين الآباء إلى 56%. كما أن كبر حجم الأسرة وتدني دخلها يلعبان دورًا في هذه المشكلة، حيث أن 80% من الأسر كانت تتقاضى دخلًا شهريًا يقل عن 500 جنيه.

أظهرت النتائج أيضًا أن هناك عدة عوامل أخرى تساهم في زيادة انتشار أمراض سوء التغذية بشكل مباشر أو غير مباشر، بما في ذلك نقص الخدمات الصحية بنسبة 28% وضعف التثقيف الغذائي. كما تبين وجود ممارسات غير صحية مثل الرضاعة الاصطناعية في سن مبكر بنسبة 48%، والتأخر في بدء الرضاعة الطبيعية، وتقديم الطعام الإضافي في أوقات غير مناسبة لعمر الطفل.

أوصت الدراسة بضرورة تقديم برامج توعية للأمهات، مع التركيز على أهمية الرضاعة الطبيعية وتحسين الظروف المعيشية للأسرة.

تعقيب: اكدت الدراسة على أهمية التثقيف الصحي في وسط الأمهات لنشر الوعي حول الأساليب الفعالية لرعاية الطفل خلال المراحل العمرية المبكرة وذلك بضرورة تعزيز برامج التوعية، ويلعب عامل الوعي بمحتوى الرعاية المعززة لدى الأمهات دورا محوريا وأساسيا في تنمية الأطفال صحيا ووقايتهم من مختلف الاخطار.

2.1.8 الدراسة الثانية: عدم المساواة في معدلات وفيات الأطفال في إفريقيا سنة 2015، محمد بدروني، مقال، Revue Algérienne des Etudes de Population, Vol °1, N°1, Algérie, Juin 2017.

تسلط هذه الدراسة الضوء على أوجه عدم المساواة المكانية بين المناطق الرئيسية في إفريقيا، سواء بين دول القارة أو داخل كل دولة. كما تهدف إلى تحديد الفجوات بين الفئات

الاجتماعية والاقتصادية، وكشف مدى التباين بين الفقراء وسكان المدن وسكان الريف، بالإضافة إلى الفروق بين الأولاد والبنات.

وطرحت التساؤل الرئيسي التالي: هل هناك فوارق في تحقيق الهدف الرابع من الاهداف الإنمائية للألفية حسب مختلف البلدان والمناطق الجغرافية في افريقيا؟

نتائج الدراسة:

على الرغم من تحقيق تقدم ملحوظ على طريق تحقيق الهدف الإنمائي للألفية الرابع، ولا سيما الهدف المتعلق بخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين بحلول عام 2015 مقارنة بمستواه المسجل في عام 1990، فقد تجسد ذلك في انخفاض عدد الأطفال الذين يموتون قبل بلوغهم سن الخامسة ليقل عن 10 ملايين طفل في عام 2011. ويمثل هذا التحول الحاسم تتويجًا لانخفاض منتظم في المعدل العالمي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة منذ عام 1960. ومع ذلك، لا يزال العديد من البلدان يسجل معدلات مرتفعة، خاصة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وفي السنوات الأخيرة، لم يحقق بعض هذه البلدان سوى تقدم ضئيل، بينما شهد البعض الآخر ركودًا أو حتى تراجعًا.

وقد كشف تحليل وضع الهدف الإنمائي للألفية الرابع في 54 دولة أفريقية عن تفاوتات كبيرة بين مختلف مناطق القارة الأفريقية، وبين البلدان، وحتى داخل هذه البلدان نفسها. وأظهر فحص عينة مكونة من عشرة بلدان أن خطر الوفاة قبل بلوغ سن الخامسة أعلى بكثير بين الأطفال المقيمين في المناطق الريفية والمنحدرين من أسر فقيرة وأمهات لم يحصلن على تعليم، مقارنة بأقرانهم المنحدرين من المناطق الحضرية والذين ينتمون إلى أسر ثرية وأمهات حصلن على تعليم ثانوي أو أعلى. وبالتالي، كشف التحليل أن المتوسطات الوطنية المعلنة، حتى وإن كانت لا تزال بعيدة عن الأهداف المحددة لعام 2015، تخفي تفاوتات صارخة بين المناطق والطبقات الاجتماعية. وقد عرقلت هذه التفاوتات بالتأكيد تحقيق الهدف الإنمائي للألفية الرابع، ومن المرجح أن تستمر في عرقلته إذا لم تتخذ إجراءات عاجلة وفعالة. وهكذا، إذا استمرت الاتجاهات الملاحظة خلال العقدين الماضيين، فإن تحقيق الهدف الإنمائي للألفية الرابع سيؤجل إلى عام 2041 بالنسبة لأفريقيا. وعلاوة على ذلك، اتفقت الهيئات الدولية على تأجيل أفق عام 2015 إلى عام 2035 شريطة بذل جهود إضافية لتسريع تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية من حيث تعزيز فعالية الإجراءات

المتخذة بالفعل وتعبئة موارد إضافية. ويجب أن يتمتع السكان، ولا سيما النساء والأطفال، بسهولة الوصول إلى الخدمات الاجتماعية الجيدة بعدالة.

تعقيب:

بينت الدراسة أن المحددات الاجتماعية للصحة، لاسيما الهيكلية منها كظروف العيش ووسط الاقامة تؤثر بشكل حاسم على توفر الخدمات الصحية للطفل وبالتالي تنعكس على صحة الأطفال في غالبية الدول الافريقية حيث تم تأجيل تحقيق الهدف الإنمائي الصحي الأربع الى غاية عام 2014 باستثناء دول شمال الساحل الافريقي التي تسير في اتجاه إيجابي وفعال ومن بينها الجزائر، التي خطت خطوات عملاقة في هذا المجال.

3.1.8 الدراسة الثالثة: زهري أيمن: مستويات ومحددات وفيات الرضع والأطفال في جيبوتي، صحة الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات علمية متخصصة، المجلد الأول، العدد الأول، مصر، 2008

كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد العوامل المؤثرة على وفيات الرضع والأطفال باستخدام أسلوب الانحدار اللوجستي. المصدر الرئيسي للبيانات هو المسح الجيبوتي لصحة الأسرة. أظهرت النتائج أن معدلات وفيات الرضع والأطفال في جيبوتي مرتفعة نسبيًا مقارنة بالدول العربية من جهة، والدول الأفريقية والعالم النامي من جهة أخرى.

ومن خلال التحليل اللوجستي، تبين أن معظم العوامل المؤثرة على وفيات الرضع والأطفال في جيبوتي ترتبط بشكل أساسي بالأمومة، مثل فترات المباعدة بين الحمل، وعمر الأم عند ولادة الطفل، ومدة الرضاعة الطبيعية، ورعاية الحمل، وترتيب المولود. بالإضافة إلى ذلك، تلعب العوامل الاجتماعية، مثل مستوى تعليم الأم، دورًا مهمًا، فضلاً عن العوامل البيئية كنوع مصدر الإنارة في المنزل ومكان إقامة الأسرة.

قد يبدو من غير المتوقع أن تكون العوامل المرتبطة بالأم أكثر تأثيرًا من العوامل البيئية في تحديد وفيات الرضع والأطفال، خاصة عند الأخذ بعين الاعتبار الظروف المناخية والجغرافية غير الملائمة في جيبوتي. ربما يعود ذلك إلى تأثير هذه العوامل البيئية

على نسبة كبيرة من السكان، مما يؤدي إلى عدم وجود تباينات معنوية يمكن قياسها إحصائيًا، على عكس العوامل المرتبطة بالأم.

تعقيب: بينت الدراسة أن المستوى الدراسي للأم يعتبر عاملا حاسما في تحديد وفيات الرضع والأطفال وهم ما ستتناوله دراستنا باعتباره محددا رئيسيا من المحددات السوسيواقتصادية.

4.1.8 الدراسة الرابعة: سانوسي ياكوبو: تقييم وتحليل عدم تكافؤ فرص الوصول إلى خدمات صحة الأم والطفل في توغو لعام 2017، مقال[1]

هدفت هذه الدراسة إلى تقدير التغيرات في عدم المساواة في فرص الوصول إلى خدمات صحة الأم والطفل بين عامي 1998 و2013، باستخدام بيانات المسوح الديمغرافية والصحية (DHS) في توغو.

استندت الدراسة إلى مؤشر الفرص البشرية (HOI) ومؤشر الاختلاف (D-index) الذي يركز على كيفية تأثير الخصائص الفردية والأسرية والجغرافية، مثل الجنس ومكان الإقامة، على وصول الأفراد إلى مختلف الخدمات الصحية التي ينبغي أن تكون متاحة للجميع. لقد تم استخدام خمسة مؤشرات لتقييم الاستفادة من الرعاية الصحية، بالإضافة إلى مؤشر مركب واحد يقيس الوصول إلى الرعاية الكافية للأطفال.

المؤشرات الخمسة المعتمدة تشمل: الولادة في منشأة صحية عامة أو خاصة؛ تلقي الطفل لأي لقاحات؛ الحصول على رعاية ما قبل الولادة؛ توفير الرعاية السابقة للولادة بواسطة موظفين مؤهلين؛ وقيام الأم بأربع زيارات على الأقل قبل الولادة.

وقد توصلت الدراسة إلى أنه بين عامي 1998 و2013، انخفضت نسب عدم المساواة في الفرص في أربعة من أصل ستة مؤشرات. ومع ذلك، زادت حالات عدم المساواة (D) في الحصول على الرعاية السابقة للولادة المقدمة من موظفين مؤهلين، حيث ارتفعت النسبة من 5.9% إلى 12.5%. كما انخفض معدل الوصول إلى التلقيح الكامل من

[1] Sanoussi Yakoubou : **Measurement and analysis of inequality of opportunity in access of maternal and child health care in Togo,** BMC health Services research, 2017.

23.12% إلى 8.48%، وانخفض معدل القيام بأربع زيارات على الأقل قبل الولادة من 13.12% إلى 11.65%.

تظهر هذه النتائج أهمية الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تعيشها المرأة والطفل في تلك الفترة. ووجدت الدراسة أيضًا أن عدم قدرة الأطفال على الاستفادة من التلقيح يعود إلى عدة عوامل، حيث ساهم التوزيع الجغرافي بنسبة 13.83%، وجنس الطفل بنسبة 6.42%، ومستوى تعليم الأم بنسبة 8%.

أما بالنسبة لعدم إمكانية الحصول على الرعاية الصحية خلال الحمل تحت إشراف طبي مؤهل، فقد كانت العوامل الأكثر تأثيرًا هي مستوى تعليم الزوج بنسبة 15%، ودخل الأسرة بنسبة 22.32%، والتوزيع الجغرافي بنسبة 12.5%، ومنطقة الإقامة بنسبة 21.1%.

أما عدم وجود فرصة للحصول على أربع زيارات قبل الولادة على الأقل مع طبيب مؤهل، فقد ساهم فيها مستوى تعليم الأم بنسبة 18.1%، ودخل الأسرة بنسبة 75.18%، ومنطقة الإقامة بنسبة 17.43%. هذه النتائج تعكس الوضع في عام 2013.

تعقيب: بينت الدراسة أهمية المساواة الصحية في خفض معدلات الوفيات وهو الأمر الذي سعت الجزائر الى تحقيقه عبر توسيع الخدمات الصحية الأساسية لرعاية المومة والطفولة عبر كامل المناطق السكانية وستحاول دراستنا الكشف عن أثر محدد وسط الإقامة ووسط البرمجة الإقليمي في مؤشر النماء لدى الطفل.

5.1.8 الدراسة الخامسة: بايدلا، بايدلا: فهم عدم المساواة في الفرص في صحة الأطفال في السودان: دراسة عبر مختلف المناطق، مقال.

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل الأسباب وراء عدم تكافؤ الفرص في النتائج الصحية للأطفال دون سن الخامسة، ودراسة الفروق في عدم المساواة عبر المناطق المختلفة وداخلها. أظهر تحليل عدم المساواة أن جزءًا من هذه الفجوة يعود إلى عدم تكافؤ الفرص، بينما يرجع جزء آخر إلى عوامل أخرى مثل الاختلافات العشوائية في الصحة.

لذا، استخدمت الدراسة المسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2014، الذي يقيس ويحلل عدم المساواة من خلال المقاربتين البارامترية وغير البارامترية. وقد اتبعت نهجًا مختلفًا عن إطار Roemer لقياس عدم المساواة، حيث تم قياس عدم تكافؤ الفرص في صحة الأطفال بناءً على ظروف يمكن ملاحظتها، مع اعتبار الاختلاف الجيني والحظ كجزء من عدم المساواة المتبقية التي لا تعود إلى اختلافات الفرص.

تشير نتائج الدراسة إلى وجود مستوى عالٍ من عدم المساواة في نتائج صحة الأطفال في السودان، كما كان متوقعًا. كما تشير النتائج إلى وجود اختلافات كبيرة في عدم المساواة الصحية بين المناطق، حيث تتفاوت التقديرات لعدم تكافؤ الفرص في إجمالي عدم المساواة عبر المناطق. بالإضافة إلى ذلك، وُجد أن الظروف تلعب دورًا كبيرًا في عدم تكافؤ الفرص في صحة الأطفال، لكن آثارها تختلف أيضًا حسب المنطقة. على وجه الخصوص، تمثل ثروة الوالدين، والمنطقة الجغرافية، وتعليم الوالدين عوامل رئيسية تسهم في عدم تكافؤ الفرص في كل من الطول بالنسبة للعمر (التقزم) والوزن بالنسبة للطول (انخفاض الوزن). لذا، يلعب التوزيع غير المتكافئ لثروة الأسرة والتعليم عبر المناطق دورًا حاسمًا في عدم المساواة في نتائج صحة الأطفال. وبالتالي، نستنتج أن نتائج صحة الأطفال تعتمد على على المنطقة التي يعيش فيها الطفل، بالإضافة إلى ثروة وتعليم الوالدين. ومع ذلك، فإن البنية التحتية والعوامل الديموغرافية لها تأثير أقل على عدم تكافؤ الفرص. أخيرًا، لتقييم الفروق بين أفضل وأسوأ الظروف، تم استخدام التقديرات البارامترية لتأثير الظروف على نتائج صحة الطفل، لمحاكاة نتائج الطول والوزن للأطفال الأكثر والأقل حظًا. تكشف نتائج التقديرات عن وجود فجوة كبيرة بين المجموعة الأكثر حظًا والأقل حظًا، خاصة في نتائج التقزم، مما يدل على أهمية الظروف الخارجية في عدم المساواة الصحية.

في الختام، استنتج الباحث أن هناك حاجة ماسة إلى اعتماد تدخلات جادة للحد من عدم تكافؤ الفرص في صحة الأطفال السودانيين. يجب أن تحظى الظروف المساهمة في عدم المساواة في الفرص بمزيد من الاهتمام، وعلى وجه الخصوص، يجب أن تكون التدابير التي تقلل من عدم المساواة في الثروة وتحسن الوصول إلى الرعاية الصحية والخدمات العامة، مثل التعليم والمياه النظيفة، في مقدمة جداول أعمال السياسات التنموية. بالنظر إلى التفاوت الكبير في الفرص داخل المناطق الفقيرة والمتأثرة بالصراع، ينبغي إيلاء اهتمام

خاص للتوزيع المتساوي للخدمات العامة عبر المناطق لتعزيز الفرص العادلة لصحة الأطفال داخل المناطق وفيما بينها[1].

تعقيب: تؤكد هذه الدراسة على أهمية تنمية المناطق الفقيرة للحيلولة دون تفاقم تدهور صحة الأطفال وهو الامر الذي سيتم تناوله في دراستنا.

6.1.8 الدراسة السادسة: مجموعة من الباحثين: عدم تكافؤ الفرص في صحة الطفل في الوطن العربي ودولة تركيا، مقال.

قدمت هذه الدراسة تحليلًا لأنماط عدم المساواة في الفرص الصحية والتغذوية للأطفال دون سن الخامسة في تركيا والعالم العربي. استندت الدراسة إلى بيانات المسح الديموغرافي والصحي (DHS) بهدف تحليل عدم التكافؤ في الفرص، والذي ينجم عن عدم تكافؤ الفرص من جهة، وعوامل أخرى مثل التغيرات العشوائية في الصحة من جهة أخرى، لحساب عدم المساواة في الفرص، تم استخدام مؤشرات التحليل العامة مثل Theil's-t وTheil's-L، بالإضافة إلى أساليب التحليل الحدودي وغير الحدودي لتحديد حصة عدم التكافؤ في الفرص من إجمالي عدم المساواة، وتوصلت الدراسة إلى وجود اختلافات واضحة بين البلدان في عدم المساواة وتكافؤ الفرص التي تؤثر على صحة الأطفال.

وبينت الدراسة أن الأطفال في جميع أنحاء العالم العربي وتركيا يواجهون فرصًا غير متكافئة للنمو بصحة جيدة. وهناك مجال كبير لتحسين كل من النتائج الصحية المطلقة التي يواجهها الأطفال، والتفاوت في النتائج الصحية بسبب الظروف الخارجة عن سيطرتهم. فالرضع والأطفال هم تحت رحمة أسرهم والخدمات العامة لتوفير بيئة صحية. والأطفال غير مسؤولين عن عدم تكافؤ الفرص الذي يواجهونه، والتفاوت بين الأطفال بغيض بشكل خاص ومدمر بشكل خاص. وتظهر الاختلافات بين البلدان، مثل الاختلاف بين الأردن ومصر، أن عدم المساواة ليس بالضرورة وظيفة للتنمية الاقتصادية المطلقة، وأن البلدان تستطيع، من

[1] Ebaidalla, Ebaidalla M: **Inequality Of Opportunity In Child Health In Sudan: Across-Region Study**, WIDER Working Paper,vol 86, 2019, Helsinki, UNU-WIDER, 2019.

خلال السياسات العامة المناسبة، تحسين المستوى المطلق لصحة الطفل وتقليل عدم تكافؤ الفرص. [1]

تعقيب: أكدت الدراسة على وجود تفاوت كبير في الفرص المتاحة لرعاية الأطفال في الوطن العربي وتركيا وقد جاءت كل من تونس وتركيا في مقدمة الدول التي يحظى اطفالها بخدمات صحية أساسية في حين جاءت كل من مصر واليمن في آخر الترتيب، وتساعدنا هذه الدراسة في تقصي مبدأ تكافؤ الفرص وأثره على صحة الأطفال من أجل استغلاله في تحليل العوامل الاقتصادية.

2.8 الدراسات الخاصة بالجزائر:

1.2.8 الدراسة الأولى: صفاء الكوقلي وكارولين كرافت، تنمية الطفولة المبكرة في شمال افريقيا والشرق الأوسط، 2016، دراسة خاصة بالبنك الدولي.

شملت الدراسة العديد من بلدان الشرق الأوسط وشمال افريقيا بما فيها الجزائر، مستغلة بيانات المسح العربي لصحة الاسرة (PAPFAM) لسنة 2002، وأشارت الدراسة صراحة إلى أن تنمية الطفولة المبكرة في الجزائر متقدمة بشكل كبير في بعض المناطق دون سواها، حيث تجد أن أداء الجزائر في مجال الرعاية الصحية الأولية جيد إلى حد ما. حيث إن 79% فقط من الولادات تلقت رعاية قبل الولادة، و94% من الولادات تمت على يد قابلة ماهرة. في الشهر الأول، يموت 2% من الأطفال، و3.3% يموتون خلال السنة الأولى من عمرهم. كما أن معدلات الطعيم في الجزائر مرتفعة، حيث إن 93% من الأطفال بعمر سنة تلقوا كامل التطعيمات. ومع ذلك، يمثل سوء التغذية مشكلة في الجزائر، حيث إن 19% من الأطفال مصابون بالتقزم، و11% يعانون من نقص الوزن، و8% من الهزال.

كما خلصت إلى النتائج التالية:

- يواجه الأطفال في الجزائر العديد من التحديات خلال سنوات حياتهم الأولى. هناك فجوات ملحوظة في الرعاية الصحية المبكرة، خاصة في الرعاية قبل الولادة، وتبقى معدلات الوفيات المبكرة مرتفعة نسبيًا على الرغم من التغطية الجيدة للتحصين. كما أن سوء

[1] Mzumara, Bubile, et al: **Factors associated with stunting among children below five years of age in Zambia**: evidence from the 2014 Zambia demographic and health Survey, BMC nutrition, 2018.

التغذية يمثل مشكلة كبيرة للأطفال في الجزائر، مما يؤدي إلى عجز في التنمية البشرية يستمر طوال حياتهم.

- توجد أيضًا أوجه قصور في إمكانية الحصول على ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود، مما يهدد التطور المعرفي للأطفال. ومع ذلك، حققت الجزائر تقدمًا كبيرًا في توفير رعاية وتعليم الطفولة المبكرة لمعظم الأطفال.

- لكن ارتفاع معدلات التأديب العنيف وانخفاض معدلات الأنشطة التنموية يهدد تطور الأطفال. كما يواجه الأطفال فرصًا غير متكافئة للتطور الصحي بناءً على ظروفهم. لذا، يجب بذل المزيد من الجهود لضمان أن يحصل الأطفال على فرص متكافئة لتطوير إمكانياتهم الكاملة، مع التركيز بشكل خاص على الفئات المحرومة. [1]

تعقيب: هذه الدراسة تكتسي أهمية كبيرة، حيث ساعدتنا في بناء تصور واقعي حول واقع الطفولة في الجزائر خلال سنة 2002 وهذا بالبحث عن المتغيرات المستقلة التي تؤثر في رعاية الطفل.

الدراسة الثانية: الأسرة ودورها في الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من 5سنوات، دراسة ميدانية بمستشفى باب الوادي– الجزائر

انطلق الدراسة من التساؤلات التالية: ما هي الظروف والأسباب التي تقف في وجه الأسرة وتعتبر كعائق تمنعها من تقديم الرعاية الصحية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات؟

الفرضية الأولى: المستوى المعيشي الحسن كارتفاع الدخل الأسري وخصائص المسكن الجيد تساعد الأسرة في تقديم الرعاية اللازمة لأطفالها الأقل من خمس سنوات.

الفرضية الثانية: المركز الاجتماعي الحسن، كارتفاع المستوى التعليمي للزوجين والعمل الجيد يساعد الأسرة على تقديم الرعاية اللازمة للاطفاها الأقل من خمس سنوات

[1] صفاء الكوقلي وكارولين كرافت: **تنمية الطفولة المبكرة في شمال افريقيا والشرق الأوسط، توسيع نطاق الفرص للجيل القادم**، مجموعة البنك الدولي، واشنطن، 2016.

الفرضية الثالثة: الخدمات الصحية ذات الجودة تدعم دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل.

وتم الاعتماد على تقنية الاستمارة لجمع المعطيات، حيث ضمت العينة المدروسة 600امرأة لديها طفل مريض وأقل من 5سنوات بمستشفى باب الوادي.

توصلت الدراسة إلى:

- الوضع المعيشي المزرى للأسرة يؤثر على رعاية الطفل؛ أما عن القطاع المستعمل في العلاج، فالمبحوثات اللواتي وضعيتهن حسنة ومتوسطة ومزرية يفضلنا لتوجه للقطاع العام، أما النساء ذوات الوضع المعيشي الجيد فتفضلنا القطاع الخاص بنسبة 57,7%؛ وفيما يخص نوع الرضاعة المقدمة للطفل، فلقد تبين وجود علاقة بين المستوى المعيشي للأسرة ونوع الرضاعة المقدمة له، لنساء ذوات المستوى المعيشي الجيد تقدم لرضاعة مختلطة لأطفالهن بنسبة ،%40 مقابل 13,5% تقدمن رضاعة طبيعية، أما النساء ذوات المستوى المزرى فتقدمن لأطفالهن رضاعة طبيعية تقدر نسبتها 35,1% وهذا لعجزهن عن شراء الحليب المجفف للطفل المعروف بارتفاع سعره؛

- منطقة السكن لها دور في هذا المجال، فكلما كانتا لأسرة تنتمي إلى منطقة حضرية كلما زاد احتمال توجهها للطبيب عند مرض الطفل وهذا لعدة اعتبارات كالقرب المكاني، ونفس الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حالة المرض، فالمبحوثات اللواتي تقمن في بيوت تقليدية وقصديرية فإنهن تتركن أطفالهن لمدة أكثر من ثلاثة أيام مع المرض، وتقل النسبة كلما كانت الأسرة تقيم في منطقة حضرية، فمكان الإقامة بدوره يؤثر على مدة ترك الطفل في حالة المرض خاصة في حال البعد المكاني وعدم توفر وسيلة نقل؛

- المركز الاجتماعي الجيد كارتفاع المستوى التعليمي للزوجين والعمل الجيد يساعد على تقديم الرعاية اللازمة للأطفال الأقل من خمس سنوات؛

- هنا تفاوت في تقديم الرعاية الصحية للطفل بين الزوج والزوجة، فبالنسبة لمؤشر المستوى التعليمي للزوج، فإن تأثيره يكمن في الإقبال والتوجه المباشر إلى الطبيب في حال مرض الطفل، إذ بلغت نسبة الإقبال 57,5%عند ذوي المستوى الجامعي ونفس

الملاحظة مع مدة ترك الطفل في حالة المرض فمدة ترك الطفل تزيد كلما انخفض المستوى التعليمي للزوج، حيث بلغت نسبة ترك الطفل لأكثر من ثلاثة أيام مع المرض 44,3% من الحالات. أما عن اختيار القطاع ألاستشفائي فكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج كلما كان الاتجاه نحو القطاع الخاص حيث بلغت النسبة 54,8% عند ذوي المستوى الجامعي؛

- المستوى التعليمي للزوج يؤثر على مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية التي تقدمها الأم للرضيع، حيث تزيد نسبة الممارسة الحصرية للرضاعة الطبيعية كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج وهذا يعود إلى تقديم الدعم والنصح للزوجة حول أهمية الرضاعة، وكيف تعود بالفضل على صحة أطفالها؛

- أما بالنسبة للمستوى التعليمي للزوجة، فلقد بينت النتائج المتوصل إليها أن هذا الأخير له تأثير على تقديم الرعاية الصحية للطفل، حيث أن سوء الحالة الصحية للطفل تزيد كلما انخفض المستوى التعليمي للزوجة، حيث بلغت النسبة 75,4% عند ذوات المستوى الابتدائي، كما توصلنا إلى إنه كلما انخفض هذا الأخير كلما كان التعامل بالوصفات الشعبية في العلاج حيث بلغت النسبة 66,7% عند ذوات المستوى الأمي. وكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجة كلما كان التوجه نحو الطبيب مباشرة لطلب العلاج، ونفس الملاحظة معمدة ترك الطفل في حال المرض إذ تزيد هذه النسبة لمدة أكثر من ثلاثة أيام عند النساء من ذوات المستوى الأمي والابتدائي؛

- التوجه للقطاع الخاص يزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي للزوجة، وفيما يخص اختيار اختصاص الطبيب في حال التوجه للطبيب الخاص، فلقد تبين أن اختيار الطبيب المختص بطب الأطفال هو الأكثر إقبالا عند ذوات المستوى التعليمي المرتفع، أما التوجه لطبيب عام في عيادة خاصة فهذا يزيد مع انخفاض المستوى التعليمي للزوجة وهذا لاعتبارات كالقرب المكاني والتمتع بشعبية في الأوساط السكنية؛

- الخدمات الصحية ذات الجودة العالية تدعم دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل، وهذا من خلال اختبار مدى مساهمة خصائص الخدمة والعلاقة بين طالبي ومقدمي الخدمة الصحية على دور الأسرة في تقديم الرعاية الصحية للطفل، واختبار مدى مساهمة خصائص الخدمة في المؤسسة الاستشفائية التي أجري فيها البحث.

تعقيب:

تؤكد الدراسة أهمية العوامل السوسيواقتصادية كالمستوى التعليمي للزوج والزوجة ومستوى الدخل المادي ومنطقة السكن في تحيق العناية والرعاية اللازمة بالطفل في الجزائر بمختلف ابعادها سواء الصحية والتغذوية والبيئية، وهو ما يتوافق مع الفرضيات التي تم تبنيها في دراستنا.

الفصل الثاني: الصحة الإنجابية وصحة المواليد في الجزائر

الصحة الإنجابية وصحة الأم

زواج الأقارب

الانجاب في سن مبكرة

نتائج الحمل

استخدام وسائل منع الحمل

رعاية ما قبل الولادة

رعاية ما بعد الولادة

وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات

التوعية والتثقيف الصحي حول فيروس فقدان المناعة البشرية والصحة الانجابية:

تمهيد: يتأثر مسار نمو الطفل خلال السنوات القليلة الأولى من الحياة، بشكل مباشر بالصحة الإنجابية للأم، حيث تعتبر الرعاية الصحية خلال الحمل فاصلة، في الوقاية من العديد من الأمراض الوراثية والتشوهات الخلقية التي تحدث خلال تكون الجنين، كما تعتبر الأسابيع القليلة الأولى بعد الوضع حاسمة حيث تتطلب رعاية معززة للرضيع من الجانبين الصحي والتغذوي، كما سيتناول هذا الفصل واقع الرعاية الصحية الإنجابية للأم والرعاية الصحية للطفل في الجزائر، بناء على معطيات المسح العنقودي السادس مع الأخذ بعين الاعتبار أثر المحددات الاقتصادية والاجتماعية.

1. الصحة الإنجابية وصحة الأم:

تعتبر الصحة الإنجابية عنصرًا حيويًا لصحة الأفراد والمجتمعات، ولها تأثيرات إيجابية على جميع جوانب الحياة، بما في ذلك الصحة، التعليم، والاقتصاد، وترتبط صحة الأطفال بالرعاية الصحية للأم خلال فترة الحمل والأمومة ويعود ذلك بآثار قريبة وبعيدة الأمد

على صحة الطفل، فالأمهات اللواتي يتلقين رعاية صحية جيدة قبيل وأثناء الحمل يميلن إلى إنجاب أطفال أصحاء، مما يقلل من معدلات الوفيات، ومن الأمراض الوراثية، لذا كان لابد من الاهتمام ببرامج الفحص الطبي قبل الزواج، ونشر الوعي بالمشكلات الصحية المرتبطة بزواج الأقارب والاكتشاف المبكر للأمراض الوراثية، كما أن الأم الحامل بحاجة إلى وعي بالأساليب العلمية الحديثة للعناية بصحتها وصحة الجنين، في مراحل الحمل المختلفة وعلى أهمية الغذاء وفحص الطفل حديث الولادة[1].

وقد تم تعريف مفهوم الصحة الإنجابية في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أنها حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليست مجرد السلامة من المرض والإعاقة ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على الإنجاب، وحريتهم في تقرير الإنجاب ... وعلى الحق في

[1] حسين الكندري لطيفة: **نظرة على مؤتمر التربية المبكرة للطفل العربي في عالم متغير**، مصر،2007، 4.

الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة وتوفرها على أفضل الفر لإنجاب وليد متمتع بالصحة[1].

تنتقل أثار سوء تغذية الأم الحامل إلى الأطفال من خلال انخفاض الوزن عند الولادة الأقل من 2.5كلغ، وتعتبر من بين الأسباب التي تقف وراء وفيات الأسبوع الأول (7 – 0يوم) وحالات التقزم والنحافة، كما أنه من الضروري المرافقة الصحية للمرأة خلال فترة الحمل والولادة لدى الإطارات الطبية المؤهلة لزيادة أمل الحياة عند الولادة والتقليص من معدلات ووفيات الحمل والولادة.

2.الرعاية الصحية الإنجابية:

تعرف الرعاية الصحية على انها أحد أوجه الصحة المهتمة بالتدخلات الصحية ذات الطبيعة الاجتماعية، لجميع الأفراد في العمر المناسب، ويؤثر تحسينها على صحة ورفاه الإنسان وتشتمل على العناصر التالية:

- تقديم المشورة والمعلومات والاتصال والخدمات فيما يتعلق بتنظيم الاسرة؛
- الوقاية المبكرة، تشخيص وعلاج الأمراض الجنسية؛
- تقديم المشورة والتثقيف حول الغذاء التكميلي أثناء الحمل والرضاعة، والرضاعة الطبيعية؛
- الرعاية الملائمة قبل الولادة وفي فترة الولادة وفترة النفاس؛ ورعاية الرضع؛
- علاج أخماج المسالك التناسلية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والحالات الأخرى للصحة الإنجابية بما في ذلك سرطان الثدي والرحم وفيروس نقص المناعة المكتسبة؛

كما حددت منظمة الصحة العالمية OMSعدة شروط حول الرعاية الصحية وهي أن تكون مباحة، متاحة، مقبولة، تكافؤ فر بلوغها وبذات نوعية جيدة.[2]

[1] الأمم المتحدة: **السكان والحقوق الانجابية والصحة الانجابية**، المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة،1995، 11.

[2] أحمد دردیش: **الصحة الإنجابية**، أطروحة دكتوراه علوم، تخصص ديموغرافيا، جامعة سعد دحلب، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، الجزائر، 2011، 46.

وتعرف الأمم المتحدة الصحة الجنسية الإنجابية على أنها حالة من الرفاه التام على المستويات البدنية والعقلية والاجتماعية في كل الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي. ومن ثم، تنطوي الصحة الإنجابية على أن يكون للإنسان حياة جنسية مرضية وآمنة، والقدرة على الإنجاب وحرية اتخاذ القرار بشأن الإنجاب من عدمه، وموعده وعدد مرّاته. وحفاظاً على الصحة الجنسية والإنجابية للفرد، كما يجب تمكين الأفراد من الوصول إلى معلومات دقيقة وإلى وسائل منع حمل آمنة وفعالة وميسورة التكلفة ومقبولة باختيارهم. ويجب تبصيرهم وتمكينهم من حماية أنفسهم من حالات العدوى المنقولة جنسياً. وعند اتخاذ قرار الإنجاب، يجب أن يتا للنساء الوصول إلى الخدمات الكفيلة بمساعدتهن في الحمل الصحي والولادة الآمنة وإنجاب مولود بصحة جيدة. ولكل فرد الحق في اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية[1].

الهدف من الرعاية الصحية للمرأة الحامل: تهدف الرعاية الصحية الإنجابية للمرأة الحامل إلى:

- الكشف عن مختلف المشاكل الصحية في بدايتها وتقديم العلاج لها؛
- تقديم الدعم والمساندة للمرأة الحامل؛
- تقديم نصائح وتوجيهات للمرأة الحامل قصد تجنب المشاكل المتوقعة جراء الحمل والولادة؛
- التقليل من نسب وفيات الأمهات والرضع؛
- تساهم الرعاية الصحية للمرأة الحامل طيلة مرحلة الحمل من متابعة تطور الجنين؛
- إجراء الفحوصات الطبية والتحاليل المعملية قصد اكتشاف الأمراض الوراثية والبكتيرية[2].

[1] صندوق الأمم المتحدة للسكان: الصحة الجنسية والانجابية، 4أفريل 2022، **ttps://www.unfpa.org/ar/الصحة-الجنسية-والإنجابية، تم الاسترداد يوم 10 مارس 2021**

[2] أحمد دردیش: مرجع سابق، 49.

1.2 زواج الأقارب:

يعتبر زواج الأقارب من أكثر أنماط الزواج انتشارا في المنطقة العربية حيث تهدف الأسر من هذا النمط الى تركيز الثروة وعدم بعثرتها في حالة الأسرة الغنية[1]، وقد ثبت علميا أن معدل انتشار الأمراض الوراثية يرتفع كلما زادت صلة القرابة بين الزوجين، والتي تعني: علاقة الدم عن طريق النسب من نفس الجد[2]، ويحمل الكثير من المخاطر الصحية والأمراض على المواليد أهمها: التخلف العقلي، التشوهات الخلقية والإعاقات، الثلاسيما، فقر الدم وغيرها من المخاطر والأمراض، وقد بلغت نسبة انتشار زواج الأقارب في الجزائر 38% من حالات الزواج المسجلة في سجل الحالة المدنية سنة 2007، كما تسجل الدول العربية نسبة زواج بين الأقارب تتراو بين 40% و50%[3].

جدول رقم 01: التوزيع النسبي للنسوة المتزوجات حسب صلة القرابة مع الزوج:

مجموع النساء المتزوجات	نوع صلة القرابة مع الزوج			نسبة انتشار زواج الأقارب
	من جهة الأم	من جهة الأب	آخر	
19191	9.3	10.4	3.1	20.3

المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

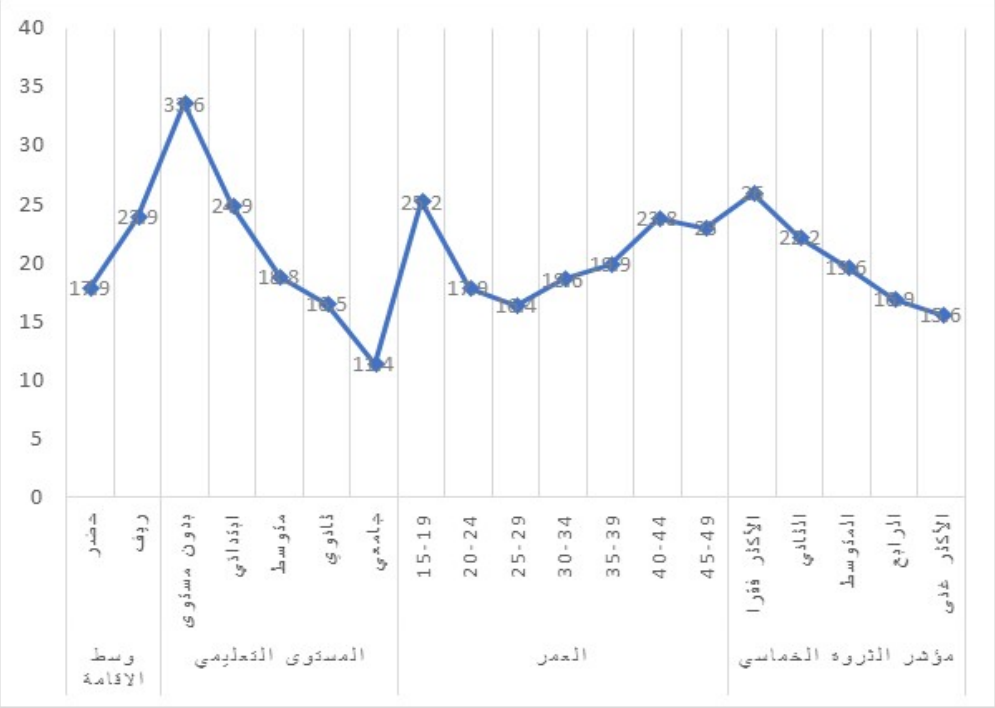
بلغت نسبة انتشار زواج الأقارب في الجزائر 20.3% خلال سنة 2019 ويتجلى لنا أن نسبة الانتشار قد انخفضت مقارنة بتلك المسجلة سنة 2007 وهذا يعود لعدة أسباب أهمها عوامل التغير الاجتماعي كالعامل الثقافي والاقتصادي.

[1] عبد القادر القصر: **الاسرة المتغيرة في مجتمع المدينة المعاصرة**، دار النهضة العربية، ط1، 1999، 129.

[2] Lutfi A jaber & Gabrielle J .Halpern, **consanguity Its Impact;Consequences and Managemen**t ,Institute Of Neurology (Schneider Children's Medical Center of), PO Box 7917, Saif Zone Sharjah, p :34.

[3] بن سعدة آمال ودلاسي امحمد: **زواج الأقارب وتأثيره على الصحة الإنجابية**، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الأغواط، العدد 27، نوفمبر 2017، 91.

شكل رقم 03: التوزيع النسبي للنسوة لانتشار زواج الاقارب حسب وسط الإقامة والمستوى التعليمي وعمر النسوة.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتبين من الشكل أعلاه أن زواج الأقارب ينتشر في الوسط الريفي أكثر منه في الوسط الحضري 23.9% و17.9% على التوالي، وبنسبة أعلى في نوع القرابة من جهة الأب مقارنة بصلة القرابة من جهة الأم، وهذا يفسر بالعامل الثقافي السائد في الأوساط الريفية، "حيث أبدت 25.3% من النسوة في عمر 15-49 والمقيمات في الريف موافقتهن على زواج الأقارب بحجة تقوية الروابط العائلية، في حين عبرت 37.7% من النسوة عن معارضتهن لزواج الأقارب بحجة انتشار الأمراض، و57.5 بحجة تجنب المشاكل العائلية"[1].

وبالنسبة لمحدد العمر يتبين أن زواج الأقارب ينتشر أكثر بين النسوة البالغات من العمر 40 سنة فأكثر ما يدل على تراجع فكرة زواج الأقارب عند النسوة الأقل عمرا، كما أبدت 14.1% من النسوة في عمر 15-19 سنة معارضة لهذا النوع من الزواج بحجة انتشار الامراض.

أما بالنسبة للمستوى التعليمي فنجد أن انتشار زواج الأقارب ينخفض أكثر كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة، كما أبدت 41.5% من النسوة بدون مستوى موافقتهن على زواج

[1] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019: **Op.cit :** p131

الأقارب بحجة تعزيز الروابط العائلية في مقابل 16% و12.6% المتمتعات بمستوى ثانوي وجامعي على التوالي.

وفيما يتعلق بالنشاط الاقتصادي نسجل انتشار زواج الأقارب بين النسوة اللاتي لا يمارسن نشاطا اقتصاديا أكثر من النسوة اللاتي يمارسن، في حين أبدت 13.2% من النسوة المشتغلات موافقتهن على هذا النوع من الزواج في مقابل 22.2% من النسوة غير المشتغلات.

كما نلاحظ أنه كلما ارتفع مستوى رفاه الأسرة قل انتشار زواج الأقارب، كما أبدت 32.5% من النسوة من فئة الأكثر فقرا موافقتهن على زواج الأقارب في مقابل 14.5% من النسوة في فئة الأكثر غنى.

2.2 الانجاب في سن مبكرة:

يعرف الانجاب في سن مبكرة بأنه معدل المواليد عند الفتيات المراهقات بأنه عدد المواليد التي تحدث بين النساء اللاتي تتراو أعمارهن بين 15 و19 عام خلال فترة ثلاث سنوات قبل إجراء المسح مقسوما على عدد النسوة في نفس الفئة العمرية، ويعبر عن هذا المعدل لكل 1000 امرأة، وقد عرفت الجزائر ارتفاع لهذا المعدل الذي بلغ 10.0 ولادة لكل 1000 امرأة سنة 2013[1]، لينتقل إلى 12.0 سنة 2019[2]، كما بلغ هذا المعدل على الصعيد العالمي 41.3 لكل 1000 امرأة.

كما يعتبر خفض هذا المعدل 7-3 IDD من أحد أهداف وغايات خطة التنمية المستدامة التي رصدتها الأمم المتحدة، بهدف ضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك خدمات ومعلومات تنظيم الأسرة والتثقيف بشأنها، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية، بحلول عام 2030.

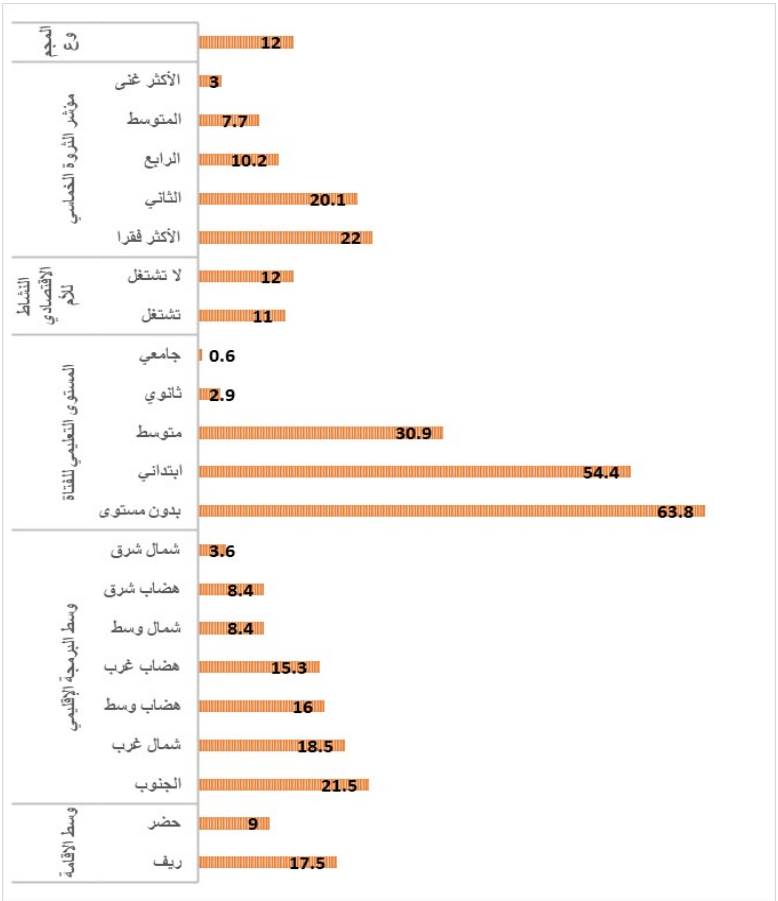
تتعرض الأمهات المراهقات (المتراوحة أعمارهن بين 10 سنوات و19 سنة) أكثر لخطر الإصابة بالارتعاج والتهاب بطانة الرحم النفاسي، والعدوى الجهازية من النساء اللاتي تتراو أعمارهن بين 20 و24 سنة، ويكون أطفالهن أكثر تعرضاً لخطر انخفاض الوزن عند

[1] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2013 : **Op.cit :** p129
[2] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019 : **Op.cit :** p134

الميلاد والولادة المبكرة والاعتلالات الوليدية الوخيمة[1]، وسجلت في الجزائر 186 امرأة انجبت ولادة حية قبل بلوغها عمر 15 عام في إطار الزواج سنة 2019 في مقابل 392 حالة سنة 2013، كما بلغت نسبة النسوة في عمر 20-24 عام اللاتي انجبن مولودا حيا قبل بلوغ عمر 18 عام 1.1% سنة 2019[2] في مقابل 0.8% سنة 2013[3].

كما تعد الوقاية من الحمل لدى المراهقات والوفيات والمراضة المرتبطة بالحمل أمراً أساسياً لتحقيق حصائل صحية إيجابية طوال العمر وضرورياً لتحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بصحة الأم والوليد، كما تواجه الفتيات الحوامل في سن مبكرة صعوبات في إكمال تعليمهن ما يؤثر على فرصهن في الحصول على وظائف جيدة في المستقبل، كما يؤدي الحمل المبكر الى زيادة الفقر والتهميش الاجتماعي.

شكل رقم 04: معدل الخصوبة لدى المراهقات في الجزائر في عمر 15-19 سنة المتزوجات حسب المحددات السوسيواقتصادية.



المصدر: من إنجاز الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس Mics6

[1] https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy تم الاسترداد يوم 13 أوت 2024

[2] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019 :**IBID :** p135

[3] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2013 : **Op.cit :** p129

يشير الشكل أعلاه إلى وجود تباينات كبيرة في معدلات الخصوبة في وسط المراهقات في عمر 15-19 سنة المتزوجات في الجزائر خلال سنة 2019 وذلك وفقا للمحددات الاجتماعية والاقتصادية، حيث تظهر النتائج ارتفاع ملحوظ في نتشار زواج الأقارب في المناطق الريفية مقارنة بالمناطق الحضرية، وبالنسبة للمستوى التعليمي نرى أن هناك علاقة عكسية واضحة بين مستوى التعليم ومعدل الخصوبة، حيث تقل معدلات الخصوبة كلما ارتفع المستوى التعليمي للفتاة، وبالنسبة للدور الاقتصادي نلاحظ أن معدلات الخصوبة تكون اعلى لدى المراهقات من الأسر ذات الدخل المنخفض.

إن ارتفاع معدلات الخصوبة لدى المراهقات في الجزائر يمثل تحديًا كبيرًا للصحة العامة والتنمية الاجتماعية. ويتطلب معالجة هذه المشكلة اتخاذ مجموعة من الإجراءات الشاملة التي تستهدف العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تساهم في هذه الظاهرة.

3.2 نتائج الحمل:

يشير مصطلح نتائج أو مخرجات الحمل إلى مجموعة من المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية للأم والطفل، كالإجهاض والحمل الكاذب، والولادة والميتة والتشوهات الخلقية، الولادة المبكرة.

جدول رقم 02: نتائج الحمل لدى النسوة في عمر 15-49 في الجزائر سنة 2019:

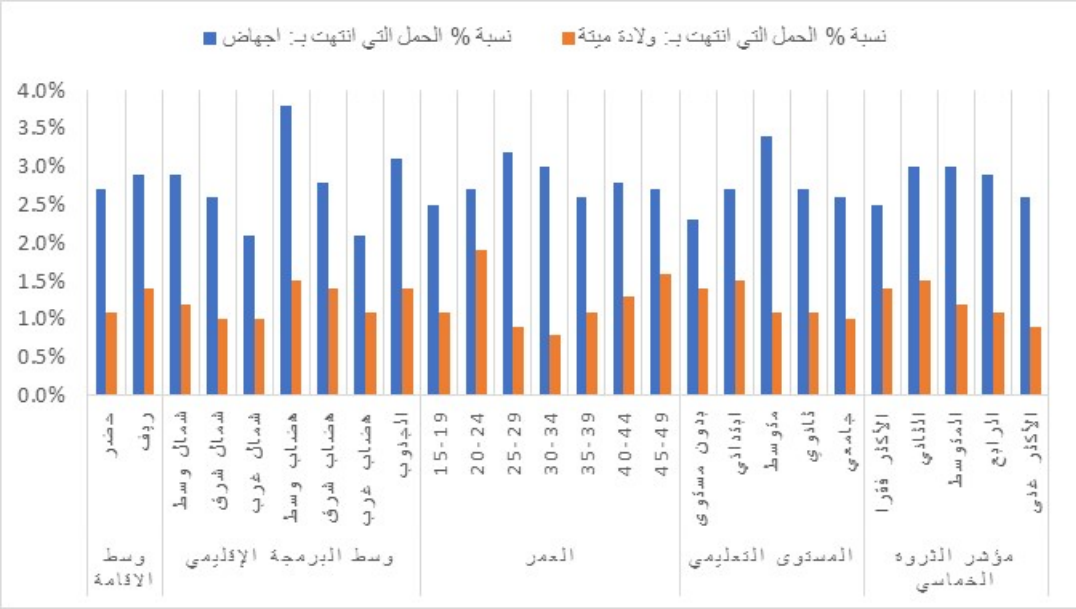
نسبة % الحمل التي انتهت بـ:				إجمالي حالات الحمل لدى النساء في عمر 15-49 عام
ولادة حية	حمل كاذب	اجهاض	ولادة ميتة	
88.6	7.5	2.5	1.4	13296
87.7	7.8	3.0	1.5	12577
87.4	8.5	3.0	1.2	12215
87.0	9.0	2.9	1.1	11461
88.6	7.9	2.6	0.9	10676
87.9	**8.1**	**2.8**	**1.2**	**60226**

المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يلخص الجدول أعلاه نتائج الحمل في الجزائر، لدى النسوة غير العازبات في فئة 15-49 عام، حيث تم تسجيل ما نسبته 87.9% كولادات حية و8.1% حمل كاذب و2.8% حالة

إجهاض و1.2% ولادة ميتة من إجمالي 60226 حالة حمل، وتتباين هذه النسب بتباين وسط الإقامة وأوساط البرمجة الإقليمية السبعة والمستوى الدراسي للمرأة، وكذا مستوى الرفاه الخماسي للأسرة.

شكل رقم 05: مدرج تكراري للتوزيع النسبي لنتائج الحمل في الجزائر للولادة الميتة والاجهاض حسب وسط الإقامة والعمر والمستوى الدراسي ومؤشر الثروة الخماسي خلال سنة 2019



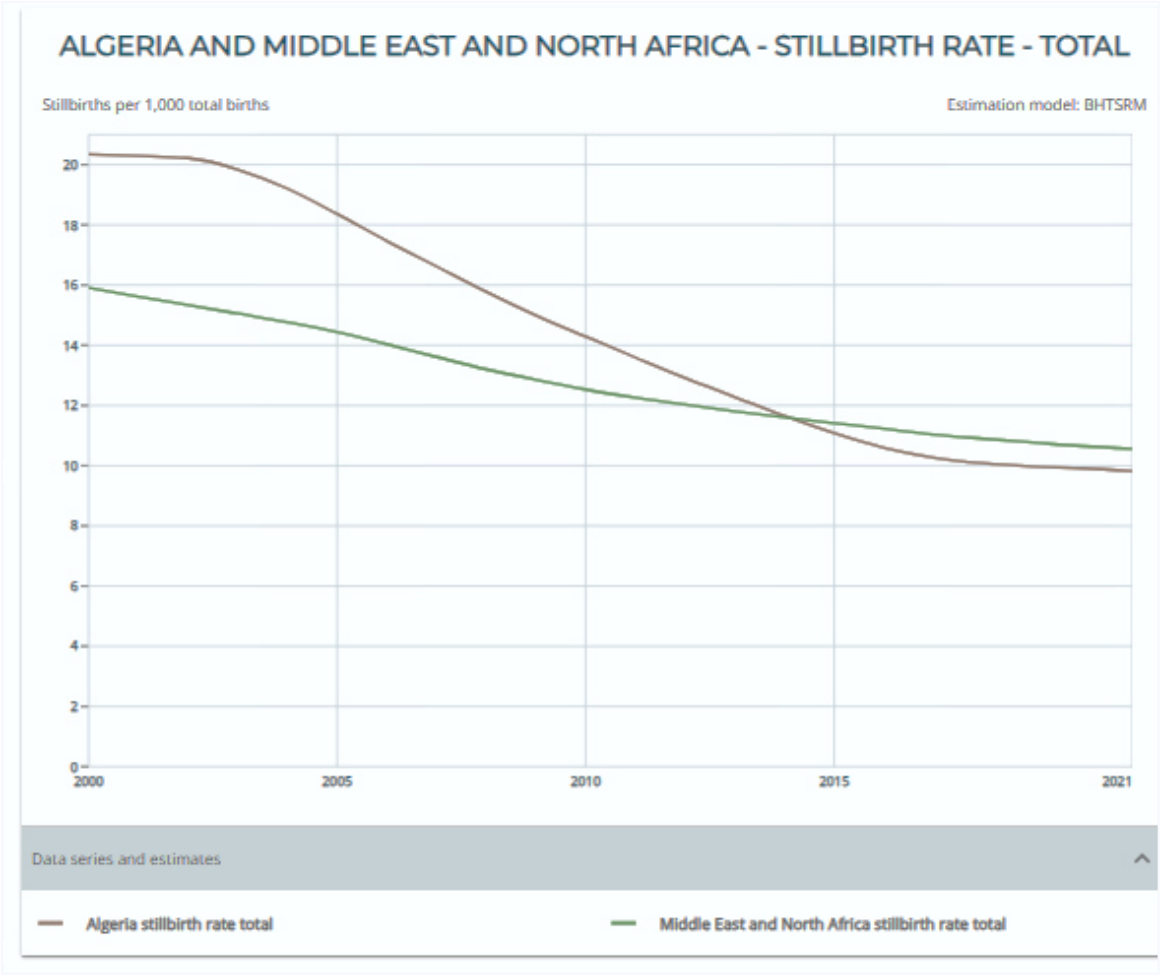
المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يظهر الشكل أعلاه اختلافا واضحا في نسبة الحمل التي انتهت بولادة ميتة ونسبة الحمل التي انتهت بإجهاض بين مختلف الفئات الاجتماعية والمناطق الجغرافية، حيث ترتفع كل من النسبتين في الريف مقارنة المدن، وتتباين حسب أوساط البرمجة الإقليمية مع تسجل ارتفاع في منطقة الهضاب وسط، وبالنسبة للعمر نلاحظ ارتفاع النسبتين بارتفاع عمر الأم عند الولادة، كما نلاحظ انخفاض النسبتين بارتفاع المستوى التعليمي وكذا ارتفاع المستوى المعيشي للأسر.

1.3.2 مؤشر الولادة الميتة:

يشير مصطلح الولادة الميتة أو الإملا إلى عدد الولادات الميتة البالغة 28 أسبوع فأكثر من عمر الجنين، ويحسب بقسمة عدد الولادات الميتة على عدد الولادات الحية + عدد الولادات الميتة مضروبا في 1000.

شكل رقم 06: تطور معدل الوفيات الميتة في الجزائر مقارنة بمعدل الوفيات الميتة بمنطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا



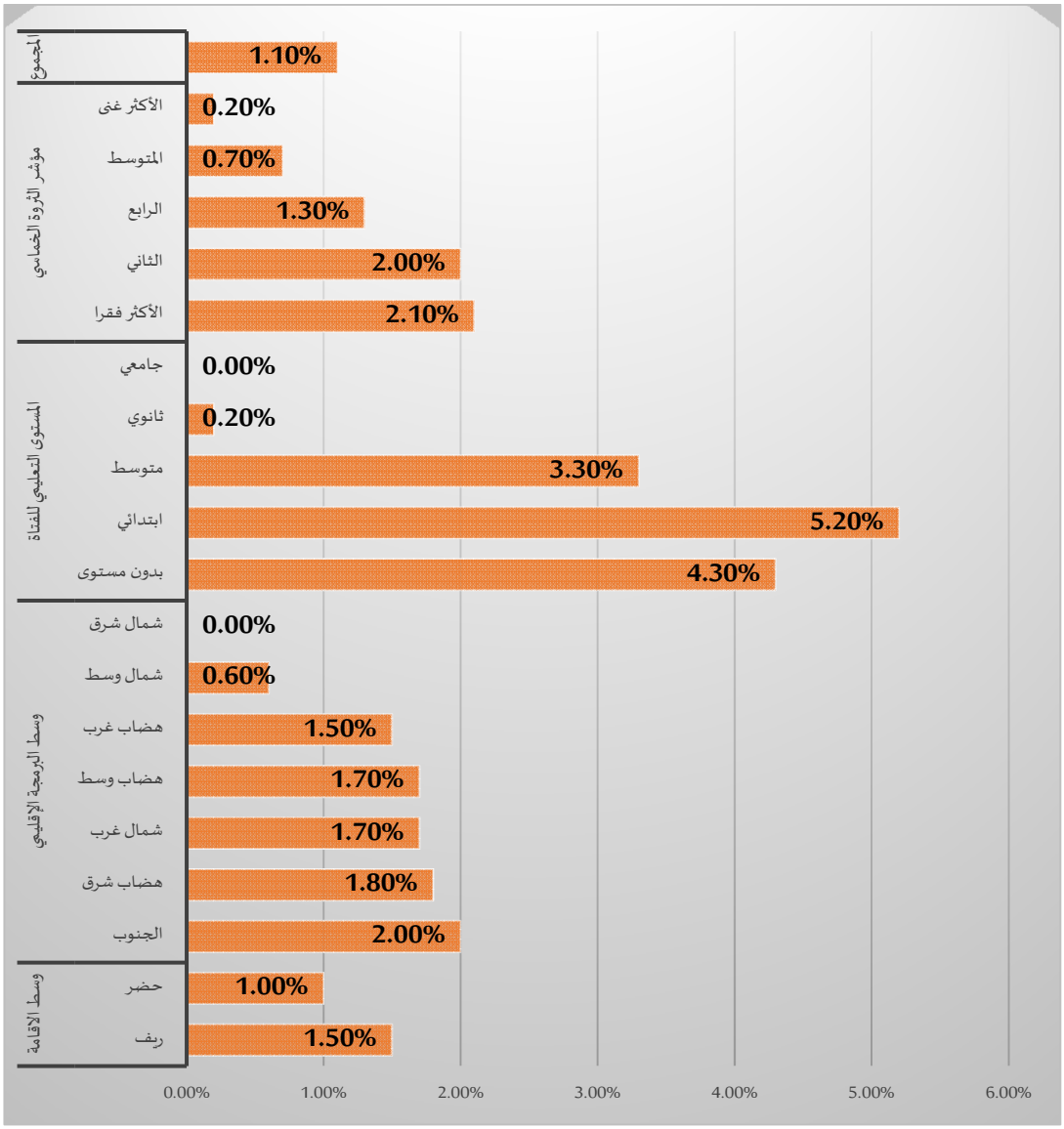
المصدر: تم تحميل الشكل من موقع CME Info – Child Mortality Estimates بتاريخ 10 أوت 2024

2.3.2 الحمل المبكر:

يمكن أن يشكل الحمل في سن مبكرة مخاطر صحية بالنسبة للأم والجنين كمضاعفات الولادة ونقص الوزن عند الولادة وارتفاع خطر الوفاة، وينتشر هذا النوع من الحمل بسبب نقص التثقيف الصحي حول الصحة الإنجابية وتوفير خدمات تنظيم الاسرة

وغياب تعزيز حقوق الفتيات في التعليم والصحة ويعبر عنه بالنسبة المئوية للنساء في الفئة العمرية 24 – 20 سنة اللواتي أنجبن مولوداً حيّاً قبل بلوغهن سنّ 18 سنة.

شكل رقم 07: النسبة المئوية للنساء في الفئة العمرية 24 – 20 سنة اللواتي أنجبن مولوداً حيّاً قبل بلوغهن سنّ 18 سنة حسب المحددات السوسيواقتصادية



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتبين من الشكل ارتفاع نسبة الحمل المبكر في الوسط الريفي مقارنة بالمدن ما يشير إلى ظاهرة الزواج المبكر للفتيات في المناطق الداخلية، كما يلعب التعليم دورا حاسما في خفض هذه النسبة حيث لم تسجل أي حالة في وسط الجامعيات، وللدور الاقتصادي أثر إيجابي في خفض النسبة حيث نلاحظ انخفاضها بارتفاع مستوى الدخل.

4.2 استخدام وسائل منع الحمل:

تمثل مشاكل الصحة الإنجابية 18% من إجمال العبء العالمي للمراضة، و32% بين النساء في مرحلة الخصوبة 15-44 عام، كما تعاني سنويا 50 مليون امرأة في العالم من أمراض الحمل والولادة وأكثر من 529000 وفاة، ويمكن أن يقلل تنظيم الأسرة بشكل كبير من مخاطر الوفاة والمرض المرتبطة بمضاعفات الحمل والولادة، كما تساهم قدرة الأمهات على تنظيم فترات الحمل في تقليل مخاطر الولادات المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة ووفيات الرضع والتعرض لسوء التغذية، كما يمكن أن تؤثر الفترات القصيرة بين الولادات سلبا على الأشقاء الأكبر سنا من خلال تقليل مدة الرضاعة الطبيعية[1]، وقد بلغت نسبة استخدام وسائل منع الحمل بين النسوة المتزوجات في الجزائر 53.6% .

جدول رقم 03: نسبة استخدام وسائل منع الحمل لأول مرة حسب عمر المرأة المتزوجة وعدد الأطفال الاحياء في الجزائر

عدد الأطفال الاحياء	الفئات العمرية							المجموع
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
0	8%	9.5%	7.1%	7%	8.2%	5.4%	6.3%	7%
1	78.4%	79.8%	76.9%	74.3%	71.4%	70.9%	63.3%	72.2%
2	3.5%	5.4%	11.4%	11.3%	11.1%	10.4%	11.6%	10.8%
3	00%	0.6%	2.4%	4%	5.1	6.2	6.4	4.6%
4	00%	00%	0.5%	1.4%	1.9%	4.1%	5.6%	2.4%
5 وأكثر	00%	00%	0.1%	0.5%	1.4%	1.9%	4.1%	1.4%
المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019								

يتبين من الجدول ارتفاع نسبة استخدام وسائل الحمل لأول مرة لدى النساء المتزوجات في الجزائر، بعد الحصول على الطفل الأول مهما كان عمر المرأة، إلا أننا نلاحظ 5.6% من النساء المتزوجات اللاتي حصلن 4 مواليد وأكثر قد استخدمن وسائل منع

[1] Fonds des Nations Unies pour la population. Répondre aux besoins : renforcer les programmes de planification familiale. Seattle: PATH / UNFPA, 2006. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/family_planning06.pdf

الحمل لأول مرة في عمر 49-45 عام وهو عمر متأخر ما قد يعرض حياتهن وحياه أطفالهم للمخاطر الصحية.

جدول رقم 04: نسبة استخدام وسائل منع الحمل لأول مرة حسب المستوى التعليمي للمرأة المتزوجة وعدد الأطفال الاحياء في الجزائر ومتوسط العمر عند أول استخدام لوسائل منع الحمل سنة 2019.

المستوى الدراسي	عدد الأطفال الاحياء						متوسط العمر عند اول استخدام لوسائل منع الحمل	مجموع النسوة المتزوجات
	0	1	2	3	4	5 وأكثر		
بدون مستوى	5.4%	66.9%	11.8%	6.3%	3.5%	4.1%	25.6	1397
ابتدائي	6.8%	69.7%	9.9%	5.9%	3.9%	2.1%	25.2	1646
متوسط	6.9%	73.2%	11.1%	4.2%	2.2%	0.9%	24.8	3131
ثانوي	7.7%	73.5%	10.7%	4.0%	2.1%	0.5%	25.6	2571
جامعي	7.9%	75.3%	10.2%	3.2%	0.9%	0.5%	27.3	1567
المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019								

يشير الجدول أعلاه إلى عدة جوانب مهمة حول مدى انتشار استخدام وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة في الجزائر خلال سنة 2019، عند المرأة المتزوجة في عمر 15-49 عام، وفق مستوى التعليم وعدد الأطفال الأحياء ومتوسط العمر عند أول استخدام لهذه الوسائل وعليه يمكننا تلخيص النتائج في النقاط التالية:

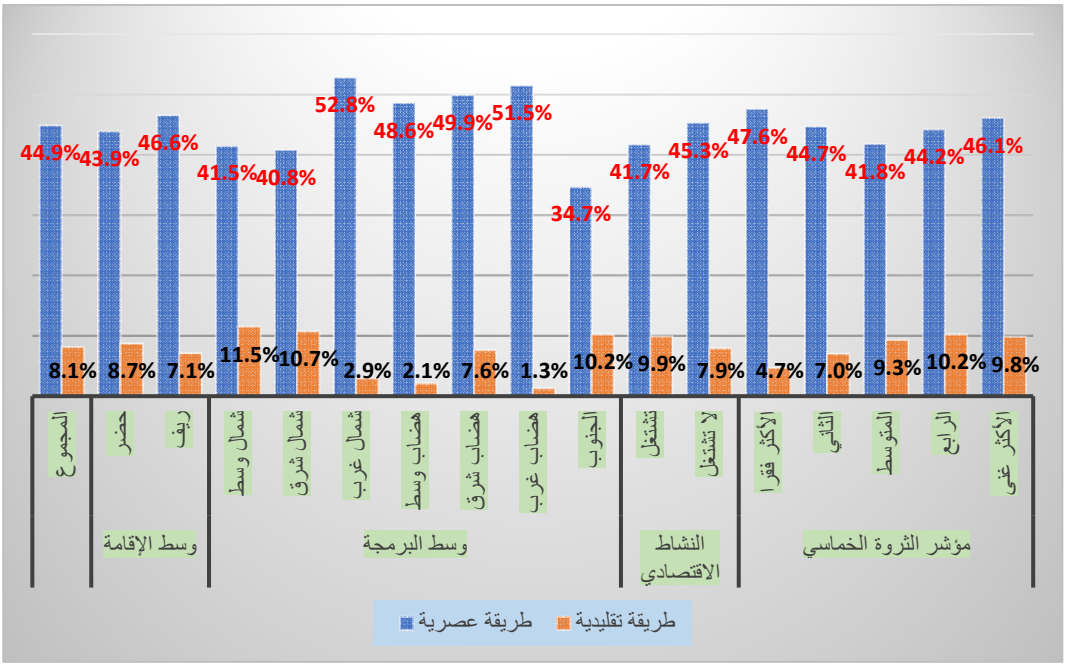
ارتباط متغير المستوى التعليمي للمرأة باستخدام وسائل منع الحمل: نلاحظ أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل تزداد بشكل عام مع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة، فالمرأة المتعلمة بشكل أكبر تميل إلى استخدام وسائل منع الحمل بشكل أكبر مقارنة بغير المتعلمات، وهذا نظرا لارتفاع الوعي الصحي لديها بالمخاطر الصحية المترتبة عن تقارب الولادات.

تأثير متغير عدد الأطفال الأحياء: تظهر النتائج أن النسوة اللاتي لديهن عدد أكبر من الأطفال الأحياء يقل لديهن الميل لاستخدام وسائل منع الحمل، وهذا يدل على أمرين:

1. إن الرغبة في تحديد حجم الأسرة تزداد مع زيادة الوعي بأهمية التباعد بين الولادات،
2. ارتباط المستوى التعليمي للأم بعدد الولادات وباستخدام وسائل تنظيم الأسرة.

متوسط العمر عند أول استخدام لوسائل منع الحمل: يشير متوسط العمر عند البدء في استخدام وسائل منع الحمل إلى أن معظم النساء يبدأن في استخدام هذه الوسائل في سن يتراو بين 25 و27 سنة وهو سن متأخر نسبيا بالنسبة للنسوة اللاتي تزوجن مبكرا، حيث ترتفع المخاطر الصحية للولادات بين عمر 15 و24 عام ناهيك عن تقاربها.

شكل رقم 08: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات في عمر 15-49 سنة اللاتي استخدمن وسيلة منع الحمل حسب المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يوفر الرسم البياني أعلاه نظرة شاملة حول انتشار استخدام وسائل منع الحمل الحديثة والتقليدية بين النساء المتزوجات في الفئة العمرية 15-49 سنة، وهذا خلال سنة2019، وذلك حسب مجموعة من المحددات الاجتماعية والاقتصادية. من خلال تحليل المدرج التكراري، يمكننا استخلا مجموعة من الاستنتاجات والملاحظات حول أنماط استخدام وسائل منع الحمل والعوامل المؤثرة عليها.

الملاحظات الرئيسية:

التفاوت في استخدام وسائل منع الحمل:

- يظهر الرسم البياني وجود تفاوت كبير في استخدام وسائل منع الحمل الحديثة والتقليدية بين مختلف المجموعات الاجتماعية والاقتصادية.

- بشكل عام، هناك ميل نحو استخدام وسائل منع الحمل الحديثة على نطاق واسع، إلا أن هناك فوارق واضحة بين المناطق والمجموعات المختلفة.

سيادة وسائل منع الحمل الحديثة:

- بشكل عام، تسود وسائل منع الحمل الحديثة على وسائل منع الحمل التقليدية في جميع المجموعات الاجتماعية والاقتصادية التي شملتها الدراسة.
- هذا يدل على تزايد الوعي بأهمية وسائل منع الحمل الحديثة وفعاليتها في تنظيم الأسرة وتباعد الولادات.

تأثير المحددات الاجتماعية والاقتصادية:

- تؤثر المحددات الاجتماعية والاقتصادية بشكل كبير على استخدام وسائل منع الحمل.
- فالمرأة القاطنة في المناطق الحضرية، أو ذات المستوى التعليمي المرتفع، أو التي تعمل خارج المنزل، تميل إلى استخدام وسائل منع الحمل الحديثة بشكل أكبر.
- قد يعود ذلك إلى سهولة الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة، وزيادة الوعي بأهمية الصحة الإنجابية، وتمكين المرأة اقتصاديًا.

وجود فجوات في استخدام وسائل منع الحمل:

- رغم التقدم المحرز في مجال تنظيم الأسرة، إلا أن هناك فجوات كبيرة في استخدام وسائل منع الحمل، خاصة في بعض المناطق الريفية والجماعات ذات المستوى التعليمي المنخفض.
- هذه الفجوات تعكس تحديات عديدة، منها نقص الوعي بأهمية تنظيم الأسرة، وصعوبة الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة، والعادات والتقاليد الاجتماعية.

5.2 رعاية ما قبل الولادة:

تعتبر فترة ما قبل الولادة فرصة سانحة للوصول إلى النساء الحوامل من خلال مجموعة من التدخلات التي تعتبر ضرورية لصحة الأم ورفاهيتها وصحة طفلها، فقد ساهمت الدراسات حول صحة الجنين وتطوره في الرحم إلى زيادة الاهتمام بفترة ما قبل الولادة، ومن الضروري أن تبدأ الحوامل في زيارات الرعاية في وقت مبكر من الحمل ويستحسن أن يكون خلال الثلاثي الأول من الحمل، ويمكن تلخيص أهم النقاط التالية:

التثقيف والتوعية:

تستخدم رعاية ما قبل الولادة لإعلام النساء والاسر بالمخاطر والاعراض خلال فترة الحمل بالإضافة الى المخاطر المرتبطة بالولادة

ضمان المساعدة الطبية المؤهلة:

تساعد الزيارات الطبية المنتظمة خلال الحمل في التأكد من أن النساء الحوامل سيلدن بمساعدة مختص مؤهل في مجال الصحة الإنجابية، مما يقلل من المخاطر المحتملة أثناء الوضع.

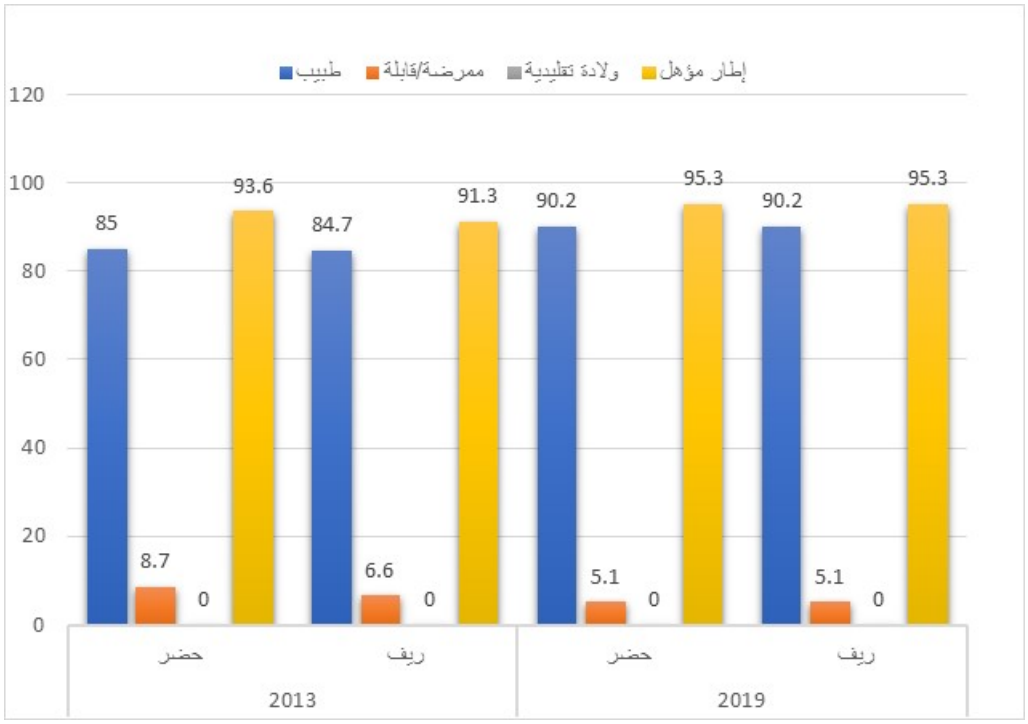
توفير المعلومات حول تنظيم النسل:

توفر زيارات ما قبل الولادة فرصة لتقديم معلومات حول تنظيم الأسرة والذي يعتبر عاملا مهما في تحسين بقاء الأطفال حديثي الولادة[1].

كما توصي منظمة الصحة العالمية بحد أدنى من ثماني زيارات تشتمل على: قياس ضغط الدم، اختبار البول، اختبار الدم، قياس الوزن والطول، ويرتبط مؤشر رعاية ما قبل الولادة بالهدف 8.3 من أهداف التنمية المستدامة الشاملة ODD 8.3 والذي يسعى إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة ما يعني أن جميع الأفراد يجب أن تكون لهم إمكانية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية دون مواجهة صعوبات مالية.

[1] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019 : **Op.cit :** p161

شكل رقم 09: التوزيع النسبي % للنسوة في عمر 15-49 اللاتي أنجبن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح حسب مقدم الرعاية الصحية لفترة ما قبل الولادة في الجزائر ووسط الإقامة:



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019 والرابع 2013

يشير الشكل أعلاه إلى تغيرات في أساليب وطرق طلب الرعاية الصحية خلال فترة ما قبل الولادة، في الجزائر وهذا بالمقارنة بين سنتي 2013 و2019، وذلك من خلال تقسيم النساء اللاتي أنجبن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح، إلى فئات حسب نوع مقدم الرعاية الصحي، وعليه يمكننا حصر الملاحظات والاستنتاجات التالية:

الملاحظات الرئيسية:

ارتفاع ملحوظ في مقدمي الرعاية الصحية المؤهلين:

- تشير النتائج إلى زيادة ملحوظة في نسبة النسوة اللاتي لجأن إلى مقدمي الرعاية الصحية المؤهلين (كالأطباء والقابلات) سواء كان ذلك في المناطق الحضرية أو الريفية بين عامي 2013 و2019.
- هذا يدل على تحسن في إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية المتخصصة وتحسين الوعي بأهمية متابعة الحمل لدى النساء.

انخفاض ملحوظ في اللجوء إلى القابلات التقليديات:

- لوحظ انخفاض كبير في نسبة النساء النسوة لجأن إلى القابلات التقليديات في كلا الوسطين الحضري والريفي.
- هذا الانخفاض يعكس التحول التدريجي نحو الاعتماد على الرعاية الصحية المؤسسية وتراجع الثقة في الممارسات التقليدية،

تحسن في الوصول إلى الرعاية الصحية في المناطق الريفية:

- على الرغم من استمرار وجود تفاوتات بين المناطق الحضرية والريفية، إلا أن هناك تحسن ملحوظ في الوصول للرعاية الصحية المتخصصة في المناطق الريفية.
- هذا يعكس الجهود المبذولة من طرف الدولة من أجل تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق النائية.

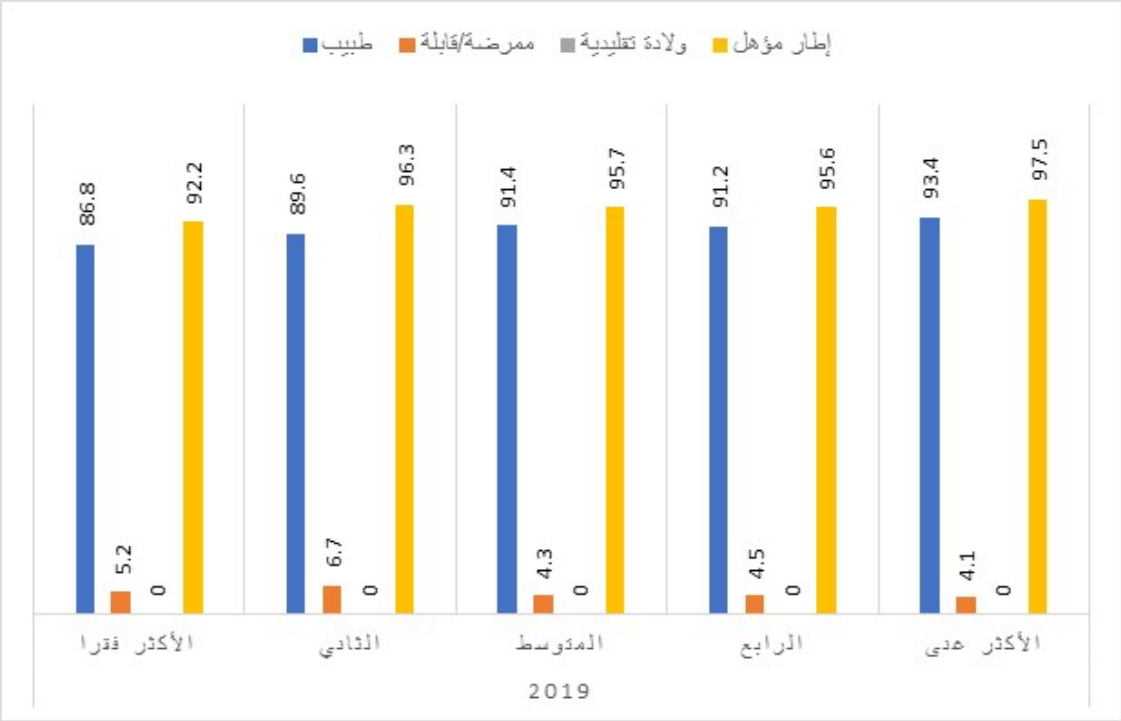
استمرار وجود فجوة بين المناطق الحضرية والريفية:

- لا تزال هناك فجوة واضحة بين المناطق الحضرية والريفية في مجال الوصول إلى الرعاية الصحية المتخصصة، حيث لا تزال نسبة اللجوء إلى مقدمي الرعاية المؤهلين أعلى في المناطق الحضرية مقارنة بالريفية.
- هذا يعكس اللامساواة في فر الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية.

تعقيب:

- تشير النتائج إلى تحسن ملحوظ في جودة الرعاية الصحية بشكل المقدمة للمرأة الحامل في الجزائر خلال فترة ما قبل الولادة
- هناك حاجة إلى تكثيف الجهود لتوسيع نطاق تغطية الرعاية الصحية المتخصصة في المناطق الريفية.

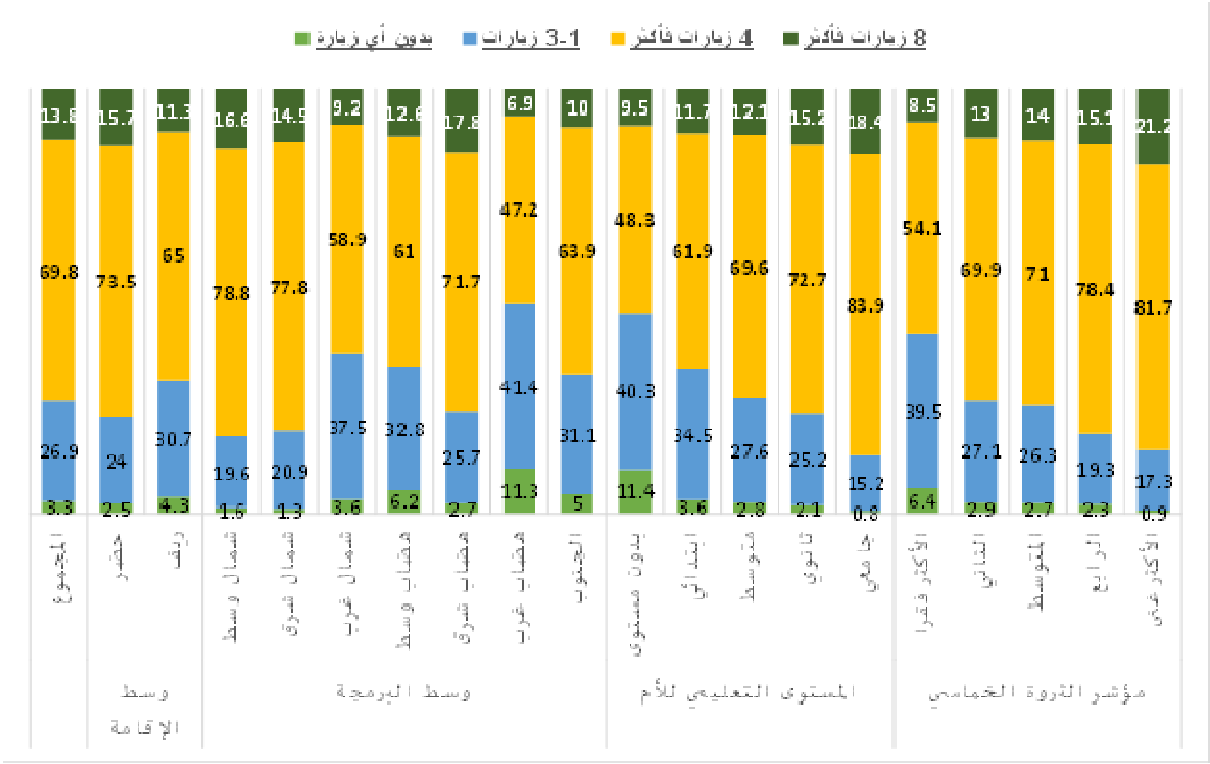
شكل رقم 10: التوزيع النسبي % للنسوة في عمر 15-49 اللاتي أنجبن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح حسب مقدم الرعاية الصحية لفترة ما قبل الولادة في الجزائر ومؤشر الثروة الخماسي للأسر المعيشية سنة 2019:



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتبين من الشكل أعلاه تحقيق نسبة تغطية صحية مشجعة حيث فاقت 96% بالنسبة للنسوة اللاتي تنتمين لأسر تتمتع بمؤشر ثروة في فئات الثاني والمتوسط والرابع والأكثر غنى إلا أن النسوة اللاتي تنتمي للأسر المصنفة في مؤشر الأكثر فقرا تتمتع بنسبة تغطية صحية بلغت 92% وهو الأمر الذي يدعو القائمين على قطاع الصحة العمومية إلى الوقوف أكثر على الخدمات التي تقدمها المؤسسات العمومية للصحة حتى تصل للفئات الأكثر هشاشة في ظل السياسة الاجتماعية للدولة الجزائرية.

شكل رقم 11: التوزيع النسبي % للنسوة المتزوجات في عمر 15-49 اللاتي أنجبن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح حسب عدد زيارات ما قبل الولادة خلال فترة ما قبل الولادة ووفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

من خلال الشكل أعلاه يمكننا حصر الملاحظات الرئيسية التالية:

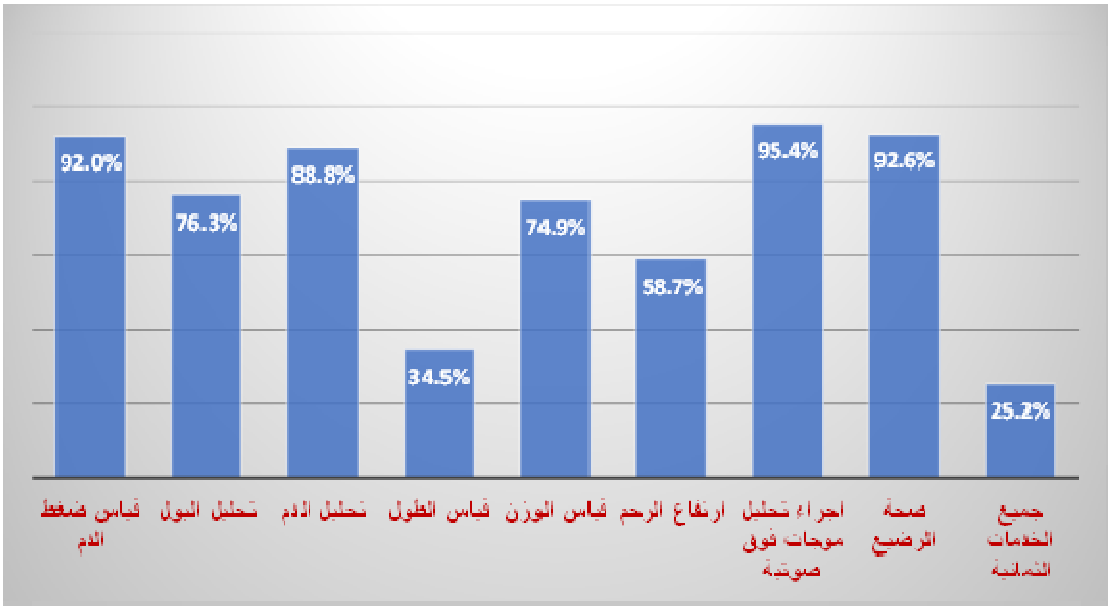
التفاوت في عدد الزيارات: نسجل تفاوتا ملحوظا في عدد الزيارات وفق المجموعات السكانية والمناطق الجغرافية، فهنالك فئات حققت نسبا مرتفعة من الزيارات 4زيارات وأكثر بينما نجد فئات أخرى سجلت نسبا أقل.

تأثير المحددات السوسيواقتصادية: يبدو أن للمحددات السوسيواقتصادية تأثيرا واضحا على عدد زيارات ما قبل الولادة في الجزائر، فهناك علاقة واضحة بين المستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة الخماسي وبين عدد الزيارات، حيث كلما ارتفعا هذين المحددين ارتفعت نسب الزيارة.

تأثير وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية: نلاحظ أن النساء اللاتي تقمن في المدن أكثر استفادة من عدد زيارات ما قبل الولادة مقارنة بالمقيمات في الأرياف، كما تتمتع النسوة القاطنات في كل من منطقة شمال وسط وشمال وسط والهضاب العليا شرق بخدمات صحية أكثر مقارنة بباقي مناطق الوطن.

الحاجة لمزيد من التغطية الصحية: يبدو واضحا أن هناك مجموعات سكانية تحتاج أكثر لتوفير الفر من أجل الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية لرعاية الأم خلال فترة الحمل، عبر تعزيز أداء الهياكل الصحية العمومية وتوفير التغطية الصحية للضمان الاجتماعي لرعاية النساء الحوامل على مستوى مؤسسات الرعاية الخاصة.

شكل رقم 12: التوزيع النسبي % للنسوة في عمر 15-49 اللاتي أنجبن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح واستفدن على الأقل مرة واحدة من خدمة على يد مزود رعاية مؤهل حسب مضمون زيارات ما قبل الولادة خلال فترة ما قبل الولادة في الجزائر سنة 2019

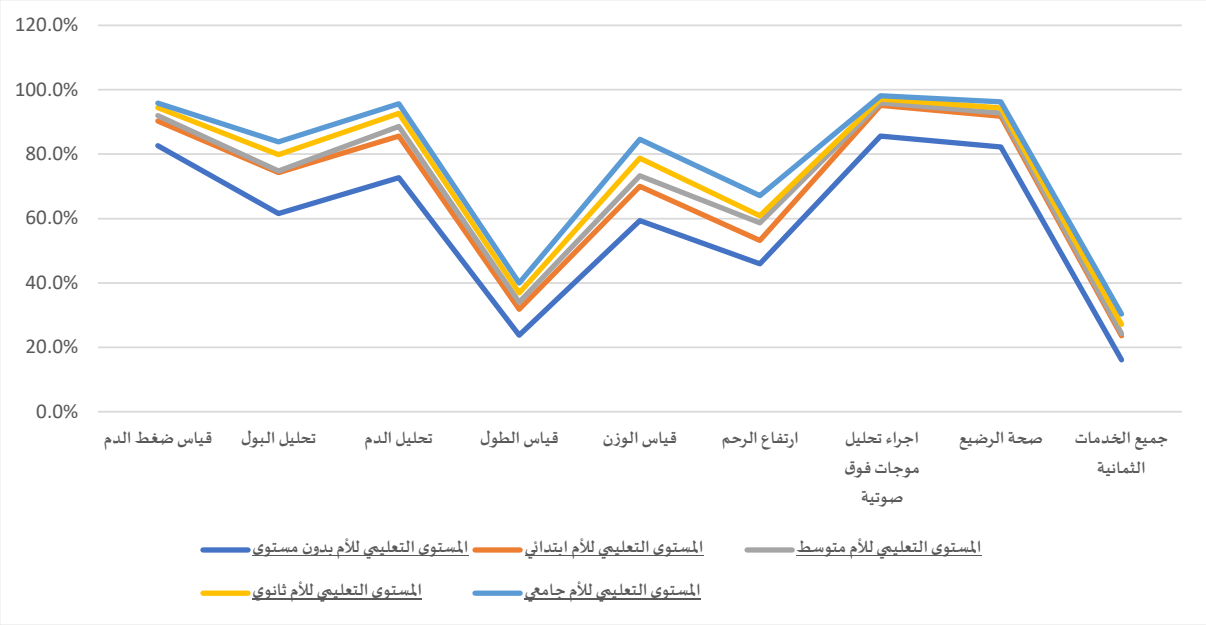


المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

من خلال الشكل أعلاه يمكننا تلخيص الملاحظات الرئيسية التالية:

تباين في نسب الاستفادة من الخدمات على يد إطار مؤهل: هناك تفاوت جلي في نسب الاستفادة من نوعية الخدمات والفحوصات الصحية المقدمة خلال فترة الحمل، فهناك فحوصات سجلت نسب مرتفعة كقياس ضغط الدم وتحليل الدم وإجراء تحليل بالموجات فوق الصوتية وكذا الكشف عن صحة الرضيع، وفحص أساسي سجل نسبة منخفضة نسبية وهو قياس ارتفاع الرحم، في حين 25.2% من النسوة فقط استفدن من الثمانية خدمات الأساسية.

شكل رقم 13: التوزيع النسبي % للنسوة في عمر 15-49 اللاتي أنجبن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح واستفدن على الأقل مرة واحدة من خدمة على يد مزود رعاية مؤهل حسب مضمون زيارات ما قبل الولادة خلال فترة ما قبل الولادة وفق المستوى الدراسي للأم في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

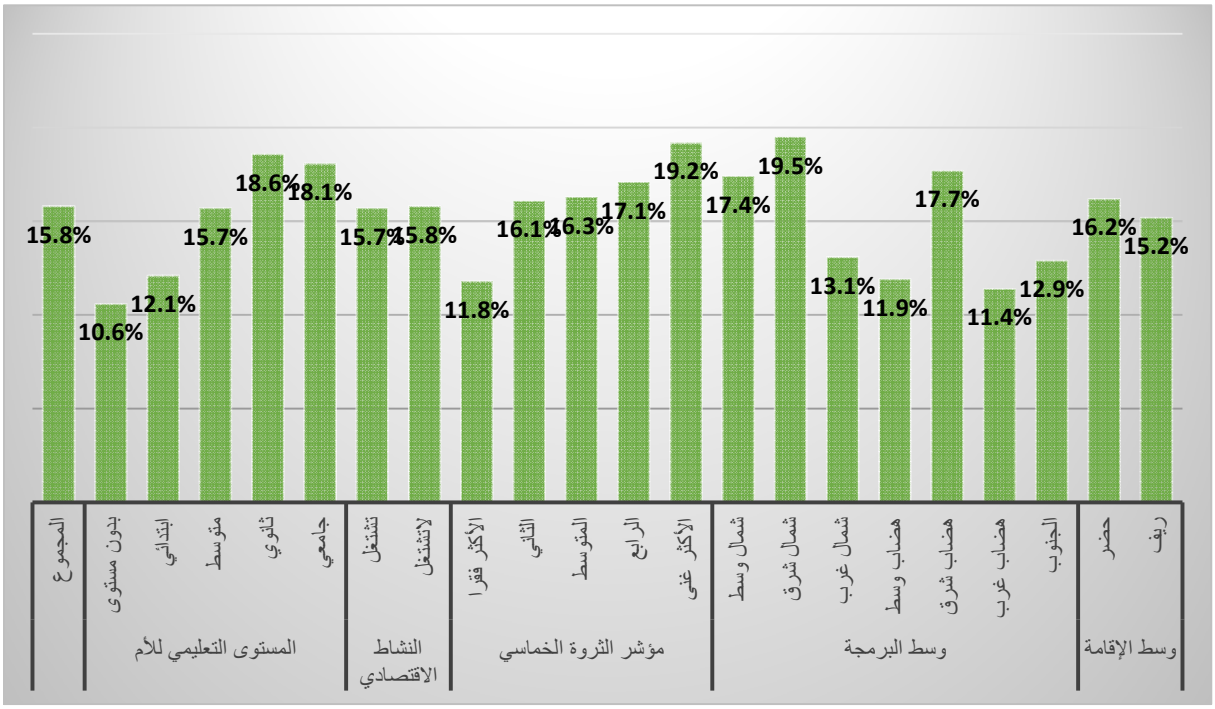
يتبن من الشكل أعلاه وجود فرق بين المستوى التعليمي الجامعي وبدون مستوى يصل إلى 14.2 نقطة في القيام بإجراء مختلف الفحوصات الضرورية خلال فترة ما قبل الولادة وهو الأمر الذي يؤكد أهمية رفع المستوى التعليمي للمرأة للوصول إلى رعاية صحية إنجابية مقبولة، إضافة إلى أن الرفع من المستوى التعليمي سيزيد من فر الحصول على وظائف عمل جيدة للمرأة وبالتالي تحسن وضعها الاقتصادي الذي سيسمح لها بالحصول على خدمات صحية أكثر.

1.5.2 العناية بصحة الفم والأسنان خلال فترة الحمل:

تعتبر صحة الفم عنصراً هاما في الصحة العامة ويجب الحفاظ عليها أثناء الحمل، حيث يكون للحفاظ على صحة الفم الجيدة تأثير إيجابي على أمراض القلب والأوعية الدموية ومرض السكري وغيرها من الاضطرابات، يرتبط الوصول إلى العناية بالأسنان مباشرة بمستوى الدخل، من غير المرجح أن تكون النساء الأكثر فقراً قد تلقت رعاية الأسنان. قد تؤدي النظافة الفموية الأمثل للأمهات خلال فترة ما حول الولادة إلى تقليل كمية البكتيريا عن طريق الفم التي تنتقل إلى الرضيع أثناء سلوك الأبوة والأمومة المشتركة، مثل مشاركة

الملاعق. على الرغم من أن بعض الدراسات أظهرت وجود علاقة محتملة بين عدوى اللثة والولادة قبل الأوان، فقد فشلت الأدلة في إظهار أي تحسن في النتائج بعد علاج الأسنان أثناء الحمل. ومع ذلك، لم تثير هذه الدراسات أي قلق بشأن سلامة خدمات الأسنان أثناء الحمل[1].

شكل رقم 14: نسبة النسوة اللاتي قمن بإجراء زيارة لدى طبيب الاسنان خلال فترة الحمل حسب المستوى الدراسي ومؤشر الثروة الخماسي



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتجلى لنا من الشكل أعلاه أن المرأة الحامل ذات المستوى الدراسي الأعلى قد تكون أكثر وعيًا بأهمية الرعاية الصحية الشاملة، بما في ذلك صحة الفم. فالتعليم يعزز الفهم حول كيفية تأثير صحة الفم على الصحة العامة، وبالتالي قد تكون أكثر التزاما بالعناية بصحة أسنانها، كما أن النساء اللواتي لديهن مستوى دراسي أعلى أكثر قدرة على الوصول إلى المعلومات الصحية من مصادر موثوقة، مما يمكنهن من اتخاذ قرارات صائبة حول رعايتهن الصحية، بما في ذلك صحة الفم، كما يعزز التعليم من قدرة المرأة على اتخاذ قرارات صحية مدروسة، مثل زيارة طبيب الأسنان بانتظام، واتباع نظام غذائي صحي، والالتزام بممارسات النظافة الفموية الجيدة.

[1] Oral health care during pregnancy and through the lifespan, Committee Opinion No 569, American College of Obstetricians and Gynecologists, Obstet Gynecol 2013; p22.

2.5.2 كزاز (التيتانوس) حديثي الولادة:

الكزاز أو التيتانوس هو مرض معد حاد، تتسبب فيه جرثومة المطثية الكزازية. وتتواجد في كل مكان في البيئة، ولاسيما في التربة والرماد والمسالك المعوية للحيوان والإنسان، وعلى سطح الجلد والأدوات التي يعلوها الصدأ، مثل المسامير والإبر والأسلاك الشائكة، وما إلى ذلك. ونظراً إلى أن الجرثومة لديها قدرة كبيرة على تحمل الحرارة ومعظم المطهّرات، فإنها قد تبقى على قيد الحياة لعدة سنوات.

يمكن أن يصاب أي شخص بالتيتانوس، لكن المرض يكون أكثر شيوعًا وخطورة بين الرضع حديثي الولادة والنساء الحوامل اللاتي لم يتلقين التطعيم الكافي باللقاحات التي تحتوي على ذيفان التيتانوس. يُعرف التيتانوس الذي يحدث أثناء الحمل أو خلال الأسابيع الستة الأولى بعد انتهائه باسم "تيتانوس الأمهات"، بينما يُطلق على التيتانوس الذي يظهر خلال الثمانية والعشرين يومًا الأولى من حياة الرضيع "التيتانوس الوليدي".

ومازال المرض يطر كمشكلة صحية عمومية، في أجزاء كثيرة من العالم، ولاسيما في البلدان أو المناطق المنخفضة الدخل التي تكون فيها نسبة التغطية بالتطعيم منخفضة، وممارسات الولادة التي تفتقر إلى النظافة شائعة. ويحدث التيتانوس الوليدي عندما تُستخدم أدوات غير معقمة في قطع الحبل السري، أو عندما تُستعمل مواد ملوثة في تغطية جدعة السرة. كما يمثل عدم نظافة أيدي الأشخا الذين يجرون الولادة أو السطح الذي تُجرى عليه الولادة عاملاً آخر من عوامل الخطر[1].

يمكن للتطعيم ضد الكزاز أثناء الحمل أن ينقذ حياة كل من الأم والرضيع. وقدرت منظمة الصحة العالمية أن الكزاز الوليدي قتل أكثر من 31000 مولود جديد في عام 2016 في الشهر الأول من حياتهم[2].

[1] التيتانوس (الكزاز) 12 يوليو 2024 https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/tetanus تم الاسترداد يوم 10 أوت 2024

[2] Roper, M., J. Vandelaer and F. **Gasse. Maternal and neonatal tetanus**. **TheLancet 370**, no. 9603 (2007): 1947-959.

يسعى الهدف 3.1 من أهداف التنمية المستدامة إلى خفض المعدل العالمي لوفيات الأمهات إلى أقل من 70 لكل 100.000 مولود حي بحلول عام 2030. ويعد القضاء على كزاز الأمهات إحدى الاستراتيجيات المستخدمة لتحقيق الهدف 3.1 من أهداف التنمية المستدامة.

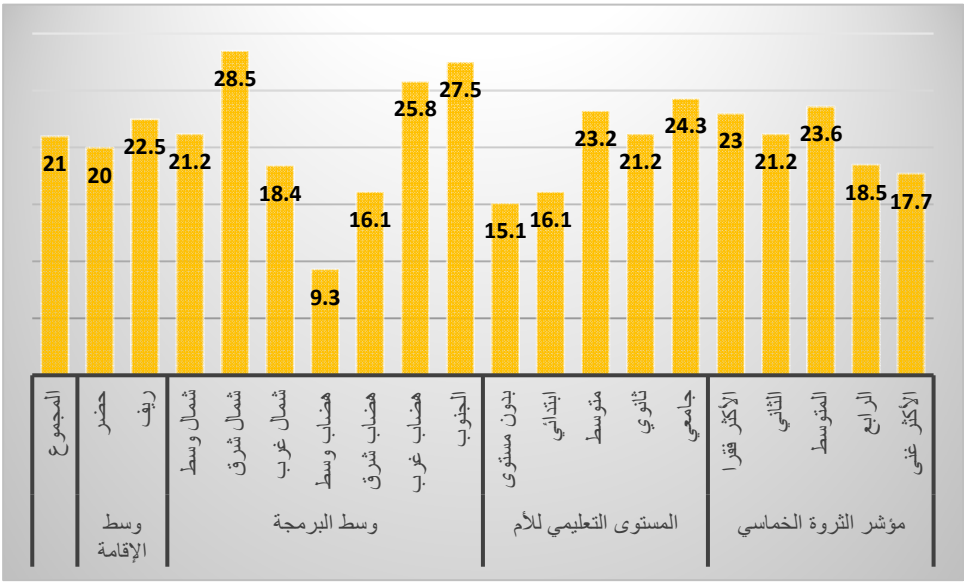
تتمثل استراتيجية الوقاية من كزاز الأمهات والأطفال حديثي الولادة في تزويد جميع النساء الحوامل بجرعتين على الأقل من لقا الكزاز. أما إذا لم تتلق المرأة جرعتين على الأقل من ذوفان الكزاز خلال فترة حمل معينة، فإنها (ومولودها الجديد) تعتبر محمية ضد الكزاز إذا استفادت:

- من جرعتين على الأقل من لقا الكزاز، آخرهما خلال السنوات الثلاث الماضية.
- مما لا يقل عن 3 جرعات، آخرها خلال السنوات الخمس الماضية؛
- مما لا يقل عن 4 جرعات، آخرها خلال السنوات العشر الماضية؛
- من 5 جرعات أو أكثر في أي وقت من حياتها.

لتقييم حالة التغطية بالتطعيم ضد الكزاز، تم سؤال النساء اللاتي أنجبن مولودًا حيًا في السنتين السابقتين للمسح عما إذا كن قد تلقين حقن ذوفان الكزاز أثناء الحمل. تم سؤال النساء اللاتي لم يتلقين تطعيمين على الأقل ضد الكزاز خلال فترة الحمل عن التطعيمات ضد الكزاز قبل هذا الحمل الأخير. يُطلب من الباحثين أيضًا استخدام بطاقة التطعيم عندما تكون متاحة للإجابة على الأسئلة المتعلقة بذوفان الكزاز[1].

[1] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019 : **Op.cit :** p161

شكل رقم 15: التوزيع النسبي للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة ولديهن مولود حي خلال السنتين الأخيرتين المحميات ضد الكزاز الوليدي حسب المحددات السوسيواقتصادية.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

من الشكل أعلاه يتضح جليا التفاوت المسجل، في إجراء التطعيم ضد التيتانوس، فالنسبة للمستوى التعليمي، النسوة اللواتي لديهن مستوى تعليمي أعلى يكنّ أكثر وعيًا بأهمية التطعيمات الوقائية، بما في ذلك لقاح التيتانوس، وبالتالي يكنّ أكثر احتمالاً للحصول عليه. فالتعليم الجيد يعزز الفهم والإدراك حول الفوائد الصحية للتطعيمات وأهمية متابعة الرزنامة الخاصة بها، ومن جهة أخرى فإن مستوى الدخل يلعب دورًا حاسمًا في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، أما بالنسبة لمستوى الرفاه المادي فالنساء ذوات الدخل المرتفع يمكنهن تحمل تكاليف الرعاية الصحية بسهولة أكبر، بما في ذلك التطعيمات، بينما قد تواجه النساء ذوات الدخل المنخفض صعوبات في الوصول إلى هذه الخدمات بسبب التكلفة أو نقص المرافق الصحية القريبة، لا سيما في وسط البرمجة الإقليمي هضاب وسط.

وعلى هذا الأساس صار من المهم تعزيز التوعية والتثقيف الصحي مع العلم أن خدمات التطعيم في الجزائر مجانية ومدعومة لجميع النساء، بغض النظر عن مستواهن التعليمي أو المالي أو مكان اقامتهن.

3.5.2 المساعدة عند الولادة:

لقد بلغ عدد وفيات الأمهات المقدرة عالميا في عام 2010 حوالي 287000 حالة وفاة معظمها في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل، وقد كان بالإمكان تجنب هذه الوفيات، وتعود الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات على المستوى إلى النزيف خلال الولادة ثم يليه اضطرابات ارتفاع ضغط الدم، ثم الانتان [1].

ووفقا لمنظمة الصحة العالمية خلال عام 2015 حدثت 303000 وفاة امرأة حامل نتيجة لمضاعفات الحمل وكانت معظمها في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل، ويعود ذلك إلى حد كبير إلى أسباب يمكن الوقاية منها.

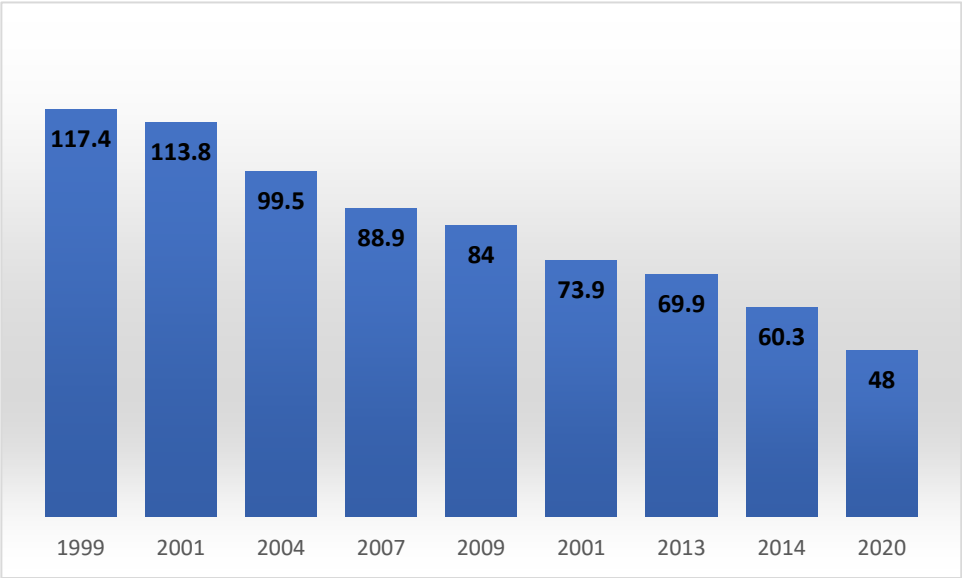
إن الرعاية الطبية المناسبة والظروف الصحية المثلى، أثناء الولادة تقلل من خطر حدوث مضاعفات والتهابات يمكن أن تؤدي إلى أمراض ووفيات كل من الأم أو الطفل، حيث تعد زيادة نسبة الولادات التي تتم في المرافق الصحية عاملاً مهمًا في تقليل المخاطر لكل من الأم والوليد[2]، كما أن الرعاية الصحية الشاملة أثناء الولادة لا تقتصر على الجانب الطبي فقط، بل تشمل أيضاً الدعم النفسي والاجتماعي للأم، مما يساهم في تجربة ولادة إيجابية.

تعريف وفيات الأمومة:

هي كل حادث وفاة امرأة أثناء الحمل أو خلال 42 يوم بعد الولادة أو انهاء الحمل، من أي سبب يتعلق بالحمل أو يتفاقم بسبب الحمل أو إدارته، باستثناء الوفيات الناجمة عن أسباب عرضية أخرى[3].

[1] Dr Lale Say, MD and al: Global causes of maternal death: **a WHO systematic analysis**, Volume 2, June 2014.
[2] https://www.who.int/publications-detail-redirect/definition-of-skilled-health-personnel-providing-care-during-childbirth 9789241514200-eng.pdf2024 تم الاسترداد يوم 10اكتوبر
[3] WHO:**International Classification of Diseases and Related Health Problems**.World Health Organization, Geneva, 1992. P49

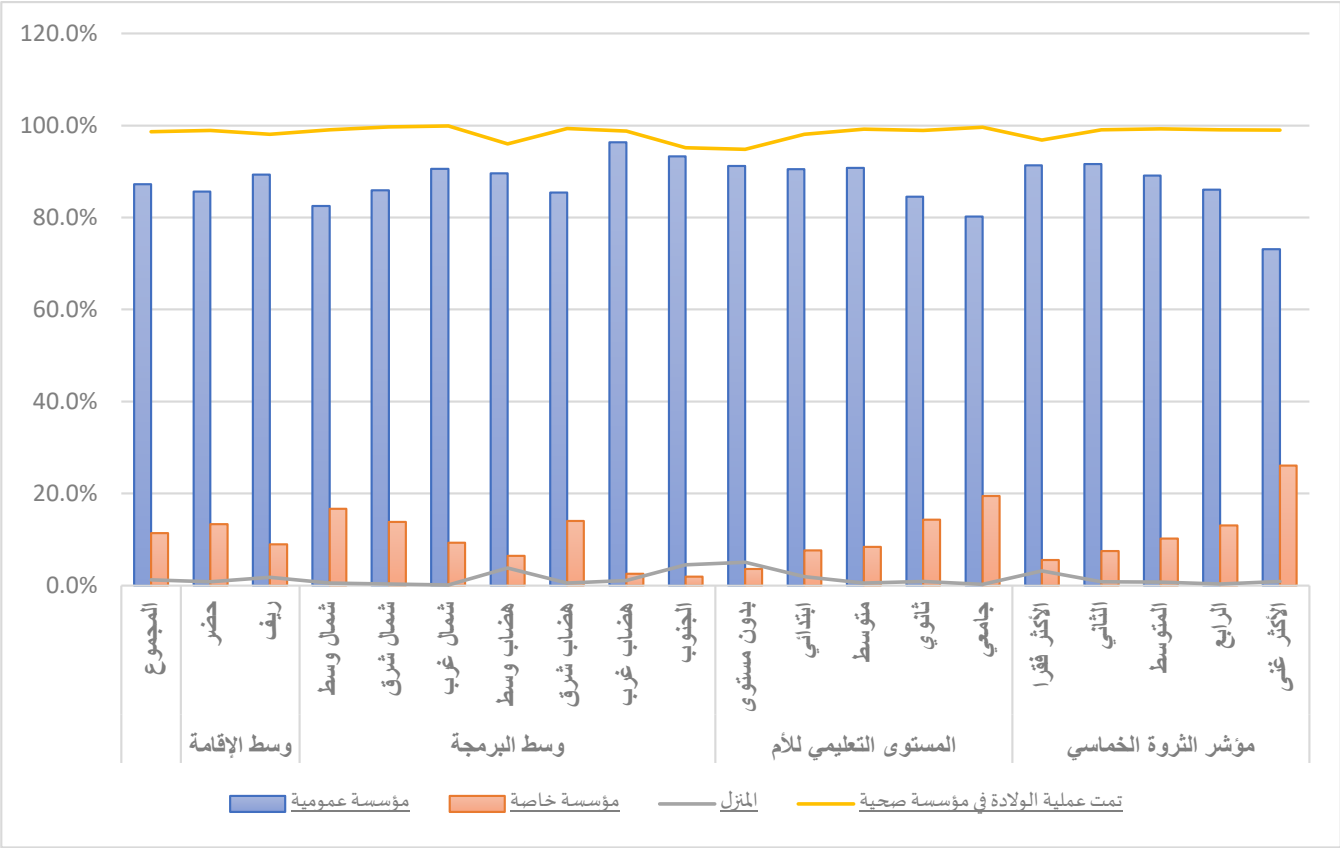
شكل رقم 16: تطور معدلات وفيات الأمومة في الجزائر (في كل 100000 ولادة حية)



المصدر: 1999-2014: https://www.unicef.org/algeria/sites/unicef.org.algeria/files/2018-

يتبين من خلال الشكل التراجع الملحوظ لوفيات الأمومة في الجزائر خلال العشرين سنة الأخيرة، إلا أن النسبة تبقى مرتفعة، وفي هذا الصدد باشرت وزارة الصحة والسكانً على وضع خطة عمل طموحة للفترة من 2021 إلى 2024، تأخذ في الاعتبار توصيات لجنة مراجعة حالات وفاة الأمهات، وتستفيد من الخبرات الدولية في هذا المجال.

شكل رقم 17: التوزيع النسبي حسب مكان إجراء الولادة للنسوة المتزوجات في عمر 15-49 عام في الجزائر وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتبين من الشكل أعلاه تحسن كبير في التغطية الصحية عند الولادة في الجزائر، كما توجد علاقة إيجابية بين مستوى الثروة ونسبة الولادات في مؤسسة صحية سواء كانت تتبع للقطاع الخا أو العمومي، حيث أن ارتفاع مستوى معيشة الأسر يتيح الحصول على خدمات صحية أفضل، كما يؤكد الرسم البياني على أهمية التعليم في تحسين مستوى الصحة، حيث أن النساء المتعلمات أكثر وعيا بأهمية الولادة في مؤسسة صحية، بالنسبة لمؤشر وسط البرمجة الإقليمي فيشير إلى الحاجة من أجل بذل المزيد من الجهود لتوزيع الخدمات بشكل عادل لا سيما المناطق المحرومة والريفية في منطقتي الهضاب بالوسط والجنوب الكبير.

كما تسجل مؤسسات الرعاية الصحة العمومية النسبة الأعلى مما يشير إلى أن القطاع العام يلعب دورا محوريا في توفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية للأم والطفل، وبالرغم من دور المؤسسات الصحية الخاصة أقل من العمومية إلا أننا نلاحظ زيادة تدريجية في نسبة

الولادات التي تجري فيها، ما يشير الى تزايد الطلب على الخدمات الخاصة بالنسبة لمختلف المجموعات السكانية في مختلف المناطق الجغرافية.

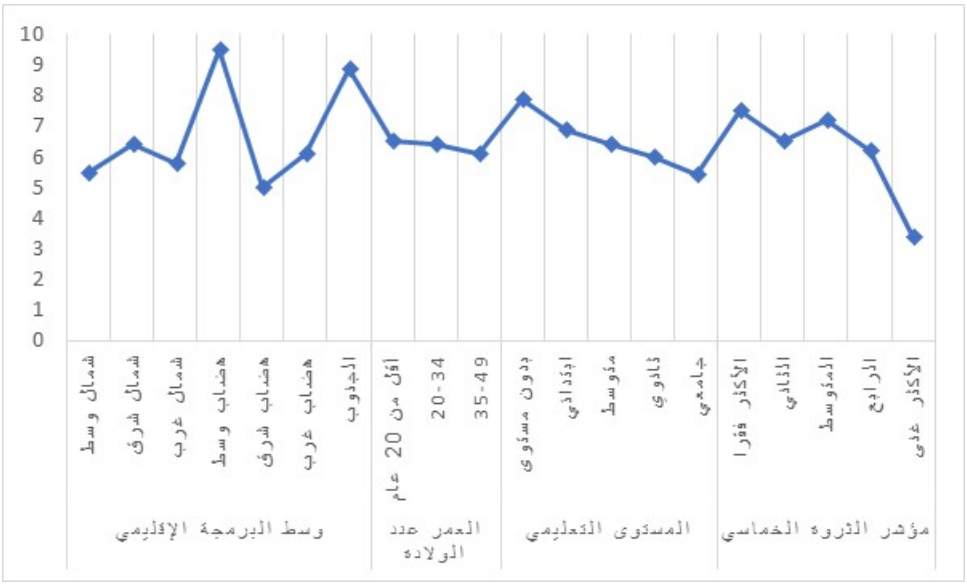
4.5.2 مؤشر الوزن عند الولادة:

يعتبر وزن الطفل عند الولادة مؤشراً دالاً ليس فقط على صحة الأم وحالتها التغذوية فحسب، بل أيضاً على فر بقاء الطفل على قيد الحياة، ونموه وصحته وتطوره النفسي الاجتماعي. إذ أن نقص الوزن عند الولادة، والذي يُعرّف بأنه وزن أقل من 2500 غرام، بغض النظر عن مدة الحمل، يحمل العديد من المخاطر الصحية الخطيرة على الطفل وتطوره، فالرضع الذين يعانون من نقص الوزن عند الولادة، يكونون أكثر عرضة للوفاة خلال الأيام الأولى من حياتهم، حيث تمثل هذه الفئة أكثر من 80% من وفيات حديثي الولادة.

كما أظهرت الدراسات الحديثة وجود علاقة بين زيادة خطر الوفاة في مرحلة المراهقة وانخفاض الوزن عند الولادة. أما بالنسبة للباقين على قيد الحياة، فإن انخفاض وزن الولادة يرتبط بنتائج صحية سيئة، بما في ذلك خطر متزايد لتأخر النمو الطولي لدى الطفل، وآثار طويلة الأمد في مرحلة البلوغ مثل انخفاض معدل الذكاء، وزيادة خطر الإصابة بالأمراض المزمنة كالسمنة والسكري وأمراض القلب والأوعية الدموية[1].

[1] Katz, J. et al. **Mortality risk in preterm and small-for-gestational-age infants in low-income and middle-income countries: a pooled country analysis**, **the lancet**, No 9890, 2013, p417

شكل رقم 18: التوزيع النسبي للمواليد الأحياء الذين تم وزنهم وسجلوا وزن أقل من 2500 غرام حسب وسط المستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة الخماسي ووسط البرمجة.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

من خلال الشكل أعلاه يمكننا حصر الملاحظات التالية:

التفاوت بين المناطق: نلاحظ تسجيل فروقات كبيرة في نسبة نقص الوزن عند الولادة، وفق أوساط البرمجة الإقليمية، مما يشير إلى وجود اختلافات في الرعاية الصحية تؤثر في الفئات الهشة.

تأثير المستوى التعليمي: بشكل عام، تظهر النسبة الأعلى لنقص الوزن عند الولادة بين الأمهات ذوات المستوى التعليمي المنخفض.

تأثير مؤشر الثروة الخماسي: هناك علاقة عكسية بين مؤشر الثروة ونسبة نقص الوزن عند الولادة، حيث تزداد هذه النسبة مع انخفاض مستوى الثروة.

6.2 رعاية ما بعد الولادة:

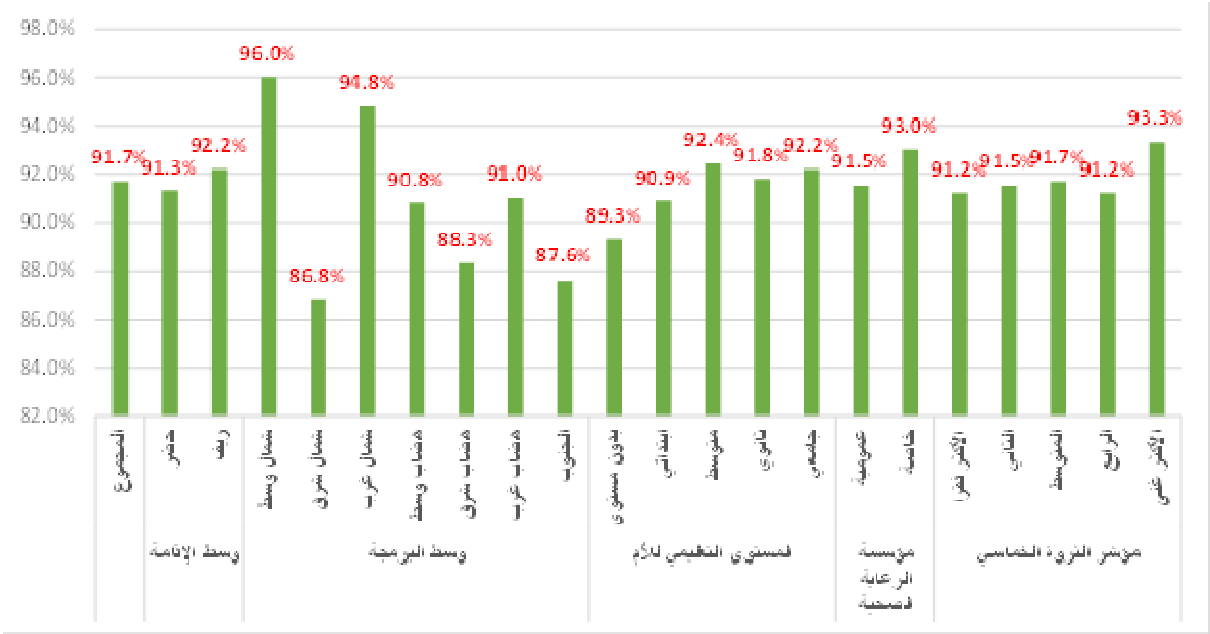
فترة الولادة وأول أيام حياة الطفل هي فترة حرجة جداً، حيث يمكن اتخاذ إجراءات طبية مهمة لإنقاذ حياة الأم والطفل. كل عام، يموت حوالي 2.6 مليون طفل حول العالم خلال الشهر الأول من حياته، ومعظم هذه الوفيات تحدث في الأيام الأولى بعد الولادة. وهذا يتزامن مع الفترة التي تحدث فيها معظم وفيات الأمهات أيضاً[1]. كما تعد هذه الفترة الأكثر خطورة، حيث تحدث أكثر من 40% من وفيات الأمهات (حوالي 290 ألف وفاة إجمالاً) ووفيات الأجنة أو حديثي الولادة (5.5 مليون وفاة) سنويًا. تحدث هذه الوفيات بسرعة، مما يتطلب استجابة سريعة من قبل العاملين الصحيين. يُعزى 2.9 مليون وفاة سنوية لحديثي الولادة في جميع أنحاء العالم إلى ثلاثة أسباب رئيسية: العدوى (0.6 مليون)، ومضاعفات الولادة (0.7 مليون)، ومضاعفات الولادة المبكرة (1.0 مليون)، تعرض الذكور لخطر بيولوجي أعلى للوفاة الوليدية، ولكن الفتيات غالبًا ما يتعرضن لخطر اجتماعي أعلى.

توصي برامج الأمومة الآمنة بإجراء فحص طبي وصحي شامل، لجميع الأمهات وحديثي الولادة خلال اليومين التاليين للولادة، ولتقييم مدى الاستفادة من الرعاية الصحية بعد الولادة، تم توجيه أسئلة للنساء حول ما إذا كنّ قد خضعن، هن وأطفالهن، لفحص صحي بعد الولادة، وتوقيت أول زيارة طبية، ونوع مقدم الرعاية الصحية الذي أشرف على آخر ولادة لهن خلال العامين السابقين للمسح[2].

تشتمل العناصر الأساسية لرعاية الطفل حديث الولادة، على سبيل المثال لا الحصر، الرعاية الحرارية ورعاية السُرّة، وتقديم النصائح حول الرضاعة الطبيعية، وقياس درجة حرارة الطفل، ووزنه، وتوعية الأم بعلامات الخطر التي قد تظهر على حديثي الولادة، كما تُعد الرعاية الحرارية ورعاية السُرّة من أركان الرعاية الأساسية لحديثي الولادة، حيث تساهمان في استقرار حالة الطفل ومنع انخفاض درجة حرارته. كما أن رعاية السُرّة بشكل صحيح أمر بالغ الأهمية لمنع حدوث العدوى التي قد تهدد حياة الأم والطفل.

[1] Joy E Lawn and al: **Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival, The Lancet**, 2014 Jul 12;384(9938):189-205. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60496-7.
[2] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019 : **Op.cit :** p190

شكل رقم 19: التوزيع النسبي للنساء في الفئة العمرية من 49 – 15 سنة اللواتي مكثن في مؤسسة صحية لمدة 12 ساعة أو أكثر بعد ولادة آخر مولود حيّ لهن خلال السنتين الأخيرتين قبل المسح في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يوضح الشكل أعلاه التوزيع النسبي للنسوة اللاتي قضين 12 ساعة أو أكثر تحت المراقبة الطبية في مؤسسة صحية بعد إجرائهن لولادتهن الحية الأخيرة، خلال السنتين السابقتين لتاريخ إجراء المسح Mics6 وتعتبر هذه النسبة مؤشرا هاما على جودة الرعاية الصحية المقدمة للأمهات والرضع، ويمكننا حصر الملاحظات الرئيسية التالية:

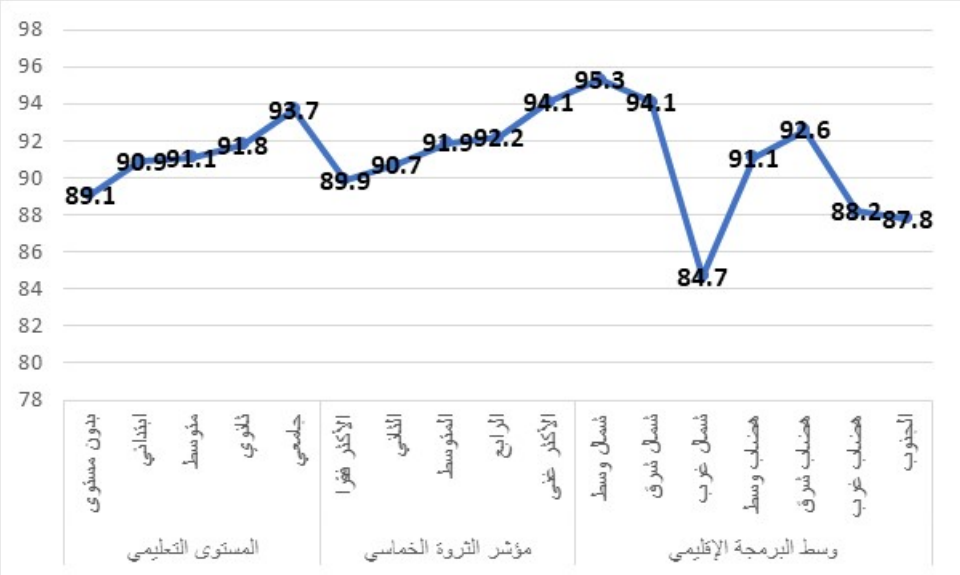
ارتفاع النسبة العامة: عموما تشير المعطيات الى أن نسبة كبيرة من النساء في الجزائر يقضين فترة كافية في المؤسسات الصحية بعد الولادة، ويعتبر هذا مؤشرا إيجابيا يدل على اهتمام السلطات العمومية لتوفير الرعاية الضرورية للأمهات والمواليد.

اختلافات جغرافية: نلاحظ وجود اختلافات في توفير هذه الخدمة حسب المناطق الجغرافية فبعض المناطق تسجل نسبا أعلى من الأخرى ما يدل على وجود فجوات تحتاج إلى تعزيز التغطية الصحية ومراقبة الأداء المؤسساتي خاصة في القطاع العام، حيث نلاحظ ارتفاع نسبة المكوث في القطاع أكثر من العام.

تأثير المحددات السوسيواقتصادية: نلاحظ التأثير الإيجابي لكل من المستوى التعليمي للأم والمستوى الاقتصادي للأسرة في رفع نسبة المكوث وهو الأمر الذي يدعو إلى

بذل المزيد من الجهد لتحقيق التغيير المبني على العدالة الاجتماعية المتضمن الحقوق الإنسانية.

شكل رقم 20: التوزيع النسبي لفحوصات ما بعد الولادة لحديثي الولادة حسب المستوى التعليمي والمؤشر الخماسي للثروة ووسط البرمجة الإقليمي في الجزائر سنة 2019.



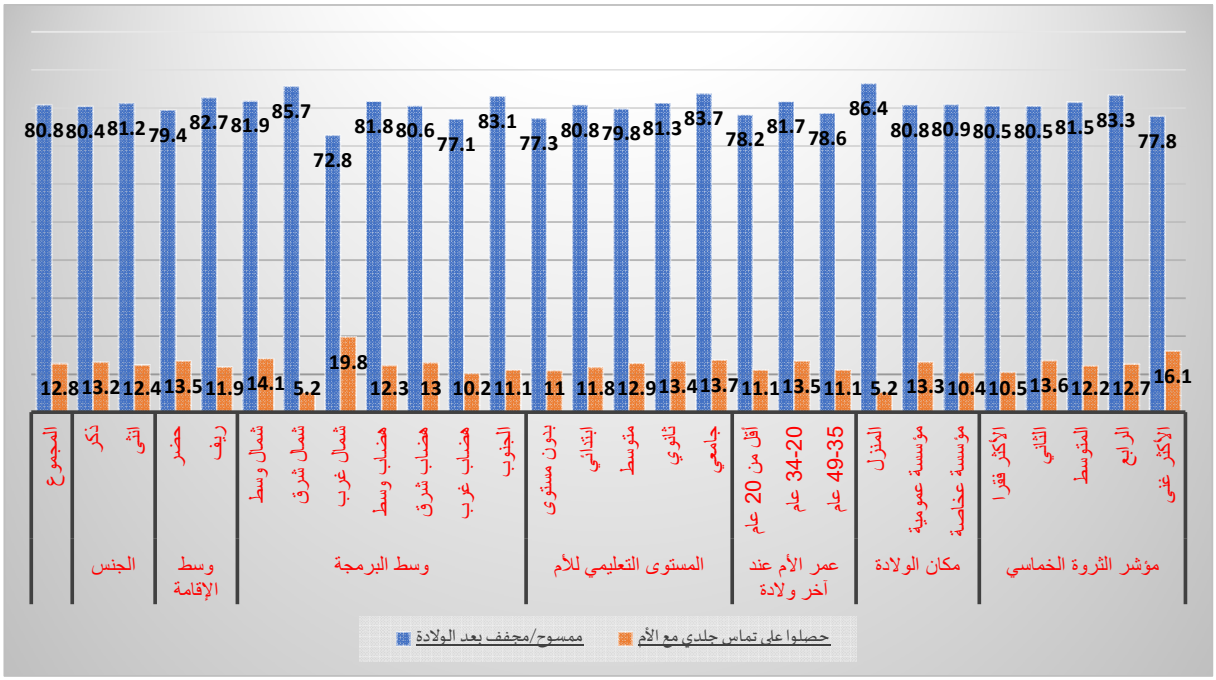
المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتبين لنا من الشكل أعلاه وجود تباينات في الحصول على فحوصات ما بعد الولادة للمواليد حديثي الولادة في الجزائر بناء على معطيات مسح 2019 وذلك وفقا للمستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة الخماسي ووسط البرمجة الإقليمي، وبشكل عام تظهر علاقة طردية بين المستوى التعليمي للأم واحتمال حصول طفلها على فحص ما بعد الولادة، فالأمهات المتمتعات بمستوى تعليمي جامعي هن الأكثر إجراء لهذه الفحوصات، بينما تقل هذه النسبة بشكل ملحوظ لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي المنخفض (بدون مستوى أو تحضيري)، وبالنسبة لمؤشر الثروة فنجد أن هناك علاقة إيجابية هذا المؤشر وبين احتمالية الحصول على فحص ما بعد الولادة، ما يعني أن الأسر التي تنتمي إلى الفئات الأكثر ثراء تحصل على خدمات الرعاية الصحية بشكل أكبر، أما بالنسبة لوسط البرمجة الإقليمي فنلاحظ بعض الاختلافات في الحصول على الفحوصات، مع تسجيل أخفض نسبة في وسط البرمجة شمال غرب بـ 84.7%.

1.6.2 الرعاية الحرارية:

تعتبر الرعاية الحرارية ضرورية للمواليد حديثي الولادة حيث يمكن أن ينقذ هذا الاجراء الأرواح، ومن الأهمية عدم فصل الأم والطفل خاصة بعد الولادة مباشرة، وتوصي منظمة الصحية العالمية بضرورة أن يمتلك المرفق الصحي الامدادات والمواد اللازمة لتوفير الرعاية الحرارية المثلى بما في ذلك رعاية الأم لوليدها على طريقة الكنغر[1]. والتي تعني **ملامسة جلد إلى جلد** وهي: ممارسة وضع الطفل حديث الولادة مباشرة على جلد الأم عارية الصدر بعد الولادة مباشرة، ولفهما ببطانية دافئة معًا. هذه الممارسة لها فوائد صحية كبيرة للطفل والأم على حد سواء.

شكل رقم 21: التوزيع النسبي لعمليتي ملامسة الجلد للجلد مع الأم والتجفيف بعد الولادة حسب المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019



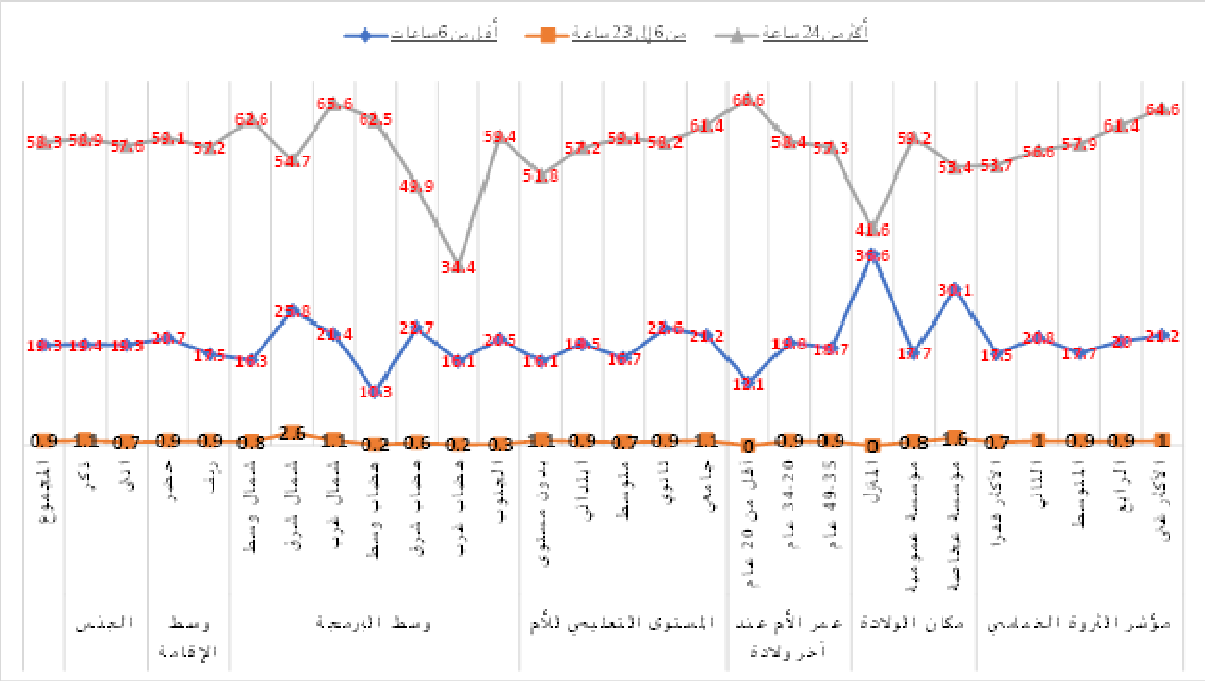
المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يظهر المنحنى اختلافات في الممارسات الصحية حسب مختلف الفئات الاجتماعية والمناطق الجغرافية ومكان الولادة، وعلى العموم تبقى هذه الممارسات من مسؤولية الفريق الطبي القائم على إجراء عمليات الولادة.

[1] منظمة الصحة العالمية: **معايير النهوض بجودة الرعاية للمواليد الصغار والمرضى في المرافق الصحية**، جنيف، 2021، 30.

ونلاحظ أن فقط 12.8% من المواليد قد حصلوا على خدمة ملامسة الجلد للجلد مع الأم بعد الولادة مباشرة أو ما يسمى بوضعية الكنغر، وهو ما يشير إلى غياب الوعي لدى الإطارات الطبية من قابلات وأطباء بأهمية هذه العملية.

شكل رقم 22: التوزيع النسبي للأطفال حديثي الولادة الذين تلقوا وظيفة الاستحمام بعد 24 ساعة من الولادة في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

تعتبر هذه الممارسة من أحد ممارسات الرعاية الصحية التي يختلف عليه الأطباء والخبراء، حيث يرى البعض منهم أن تأخير الاستحمام لأكثر من 24 ساعة يعود بالفائدة على الرضيع بينما يرى البعض الآخر أن الاستحمام المبكر ضروري، وتوصي منظمة الصحة العالمية والأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال بتأخير استحمام الأطفال حديثي الولادة لمدة 24 ساعة أو أكثر.

ويتضح من الشكل أن هناك علاقة واضحة بين المحددات السوسيواقتصادية وممارسة تأخير استحمام الأطفال حديثي الولادة في الجزائر خلال السنتين السابقتين للمسح المجرى سنة 2019، فالنسوة ذوات المستوى التعليمي الأعلى والتي تقمن في المناطق الحضرية وتنتمين إلى الأسر ذات المستوى الاقتصادي الجيد استفاد أطفالهن من تأخير الاستحمام لأكثر من 24 ساعة، وهذا ما يدل على أهمية التوعية الصحية وتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية لتحسين ممارسات رعاية الأطفال حديثي الولادة.

شكل رقم 23: المنحنى النسبي للأطفال حديثي الولادة الذين تلقوا على الأقل وظيفتين من وظائف الرعاية الصحية بعد الولادة المشار إليها في المسح خلال اليومين التاليين للولادة في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

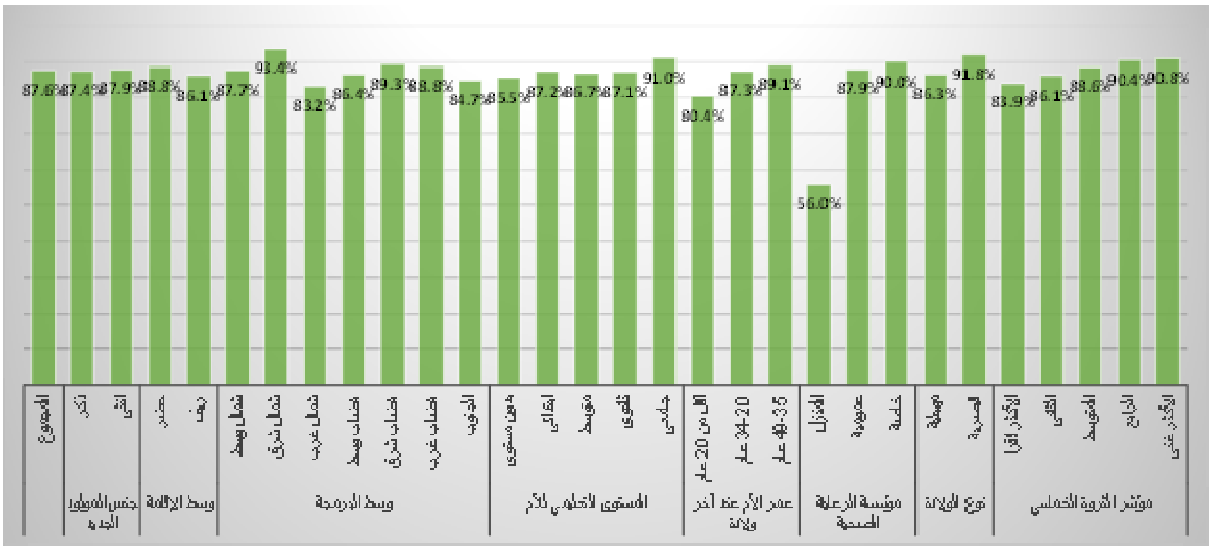
يتبين من الشكل أعلاه أن هناك اختلاف طفيف في نسبة الأطفال حديثي الولادة الذين تلقوا على الأقل وظيفتين من وظائف الرعاية والتي تشمل: العناية الصحية بالحبل السري، الرضاعة الطبيعية الحصرية والمبكرة، قياس درجة الحرارة، قياس وزن الرضيع، تقديم نصائح بخصو استخدام وسائل منع الحمل خلال فترة الارضاع، والحصول على معلومات حول الأعراض التي تستدعي عناية طبية، وهذا حسب وسط الإقامة ريف–حضر، إلا أننا نلاحظ وجود فروقات واختلافات حسب وسط البرمجة الإقليمي في تقديم خدمات رعاية ما بعد الولادة بتسجيل نسب منخفضة في منطقتي الهضاب غرب والهضاب وسط، وبالنسبة لمكان الولادة فنجد نسبة تقديم الرعاية في المستشفيات منخفضة والتي لم تتجاوز 66% وهو ما يدعو الى تحسين جودة الخدمات في مؤسسات الرعاية.

2.6.2 الفحص الصحي للأم ما بعد الولادة:

تعتبر فحوصات ما بعد الولادة للأمهات جزءا لا يتجزأ من الرعاية الصحية الشاملة للمرأة، حيث تلعب هذه الفحوصات دورا حيويا في الحفاظ على صحة الأم بالكشف عن أي مضاعفات قد تنجر عن الولادة سواء كانت مهبلية أو قيصرية، وهو ما يسمح بتقديم العلاج المناسب في الوقت اللازم.

وعلى الصعيد العالمي أكثر من 3 من كل 10 نساء وأطفال لا يحصلون على رعاية ما بعد الولادة خلال الأيام لقليلة الأولى التالية للولادة. وقال الدكتور **أنشو بانيرجي**، مدير شؤون صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة في المنظمة: "إن الحاجة إلى توفير رعاية عالية الجودة للأم والوليد لا تزول بمجرد ولادة الطفل. بل إن ولادة الطفل لحظة تغيّر وجه الحياة، وهي لحظة مرتبطة بالحب والأمل والإثارة، ولكنها قد تسبب أيضا توترا وقلقا غير مسبوقين. ويحتاج الوالدان إلى نظم متينة للرعاية الصحية والدعم، ولا سيما النساء اللواتي غالبا ما تُهمل احتياجاتهن بعد ولادة الطفل[1].

شكل رقم 24: التوزيع النسبي للنساء في عمر 49 – 15 سنة اللواتي تم إجراء فحص صحي لهن سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

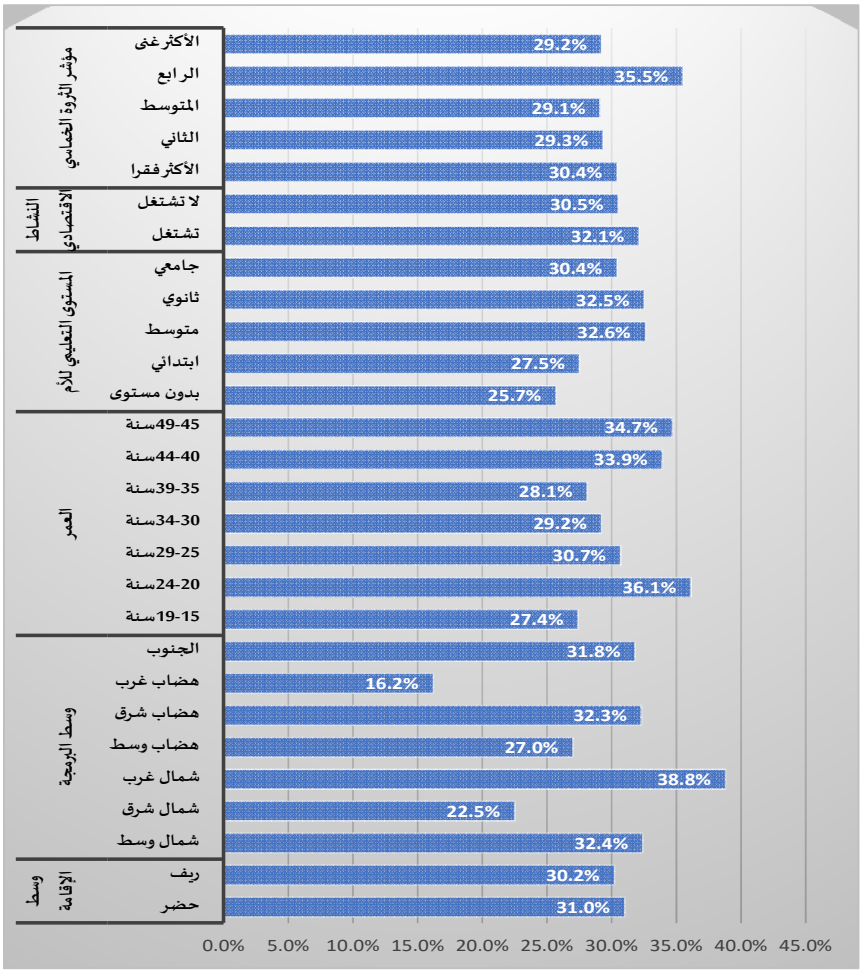
[1] منظمة الصحة العالمية: منظمة الصحة العالمية تحث على توفير رعاية عالية الجودة للنساء والمواليد في الأسابيع الأولى الحرجة بعد الولادة، توصيات جديدة تشدد على الحاجة الملحة إلى دعم الصحة البدنية والنفسية معاً في فترة ما بعد الولادة، 30 مارس 2022، www.who.int/ar/news/item/27-08-1443-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth، تم الاسترداد يوم 23 فيفري 2024.

يظهر الشكل أعلاه أن هناك تباينا ملحوظا في نسب النساء اللاتي خضعن لفحوصات ما بعد الولادة حسب مختلف الفئات السكانية، وعلى العموم نسجل ارتفاع في نسبة التغطية الصحية بلغت 87.6%، وهو ما يعكس الجهود المبذولة للدولة في هذا المجال، إلا أننا نلاحظ اختلاف في توزيع النسب حسب المناطق الجغرافية وهذا راجع إلى وجود فوارق صحية تحتاج إلى التوزيع العادل للخدمات المجانية التي توفرها السلطات العمومية، كما يبين ذلك ارتفاع النسب بارتفاع المستوى المعيشي للأسر وكذا المستوى التعليمي للمرأة.

3.6.2 مضاعفات ما بعد الولادة:

مضاعفات ما بعد الولادة هي أي مشكلة صحية تواجه الأم بعد الولادة سواء كانت ولادة طبيعية أو قيصرية وهذه المضاعفات يمكن أن تؤثر على صحة الأم الجسدية والنفسية، وأشهر اعراضها تتمثل في: النزيف الحاد، تورم الساقين، افرازات مهبلية أو آلام في الحوض مصحوبة بالحمى، آلام أسفل الظهر، حرقان التبول مع الحمى، فقر الدم..

شكل رقم 25: التوزيع النسبي للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا واللاتي أنجبن خلال العامين الماضيين للمسح وعانين من مضاعفات الولادة في الجزائر، حسب المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يمكننا حصر الملاحظات التالية وفق المحددات التالية:

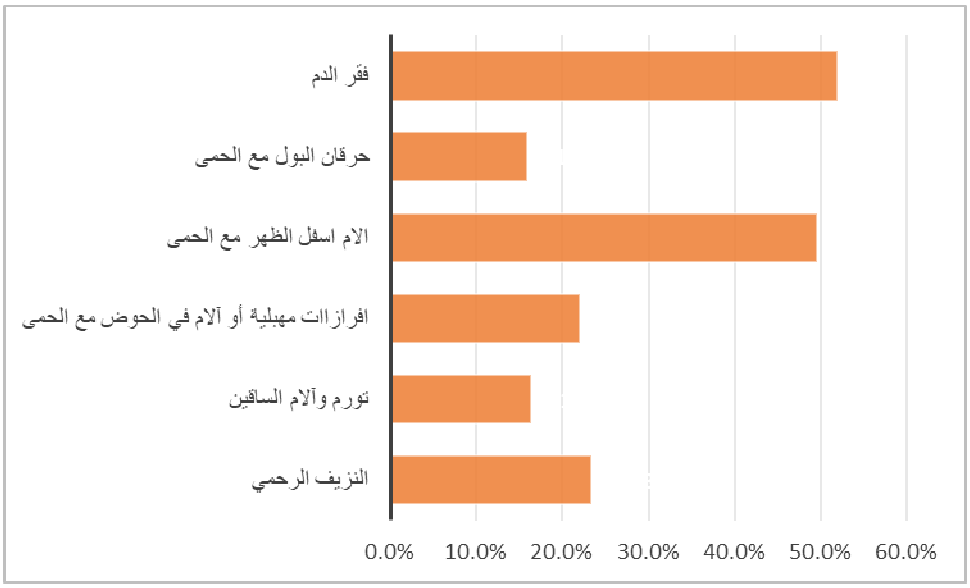
العمر: يمكن تفسير الزيادة في نسبة المضاعفات مع تقدم العمر بعدة عوامل منها التغيرات الجسمانية والفيزيولوجية التي تحدث مع تقدم العمر، وارتفاع مخاطر الحمل المتأخر.

المستوى التعليمي: من المؤكد ان الوعي الصحي يرتبط ارتباطا وثيقا بالمستوى التعليمي ويدفع المرأة للاهتمام بصحتها الإنجابية مما يساعد في التقليل من مضاعفات الولادة.

الوضع الاقتصادي: يرتبط الوضع الاقتصادي ارتباطا مباشرا بإمكانية الحصول على الرعاية الصحية الجيدة والتغذية الصحية والبيئة الآمنة وجميعها عوامل من شأنها الحفاظ على صحة الأم والجنين

المنطقة الجغرافية: تعكس الاختلافات في النسب المسجلة وفق المناطق الجغرافية في الجزائر ووسط الإقامة وجود لامساواة صحية تتجلى في عدم اتاحة فر الوصول للخدمات الصحية اللازمة.

شكل رقم 26: التوزيع النسبي لمضاعفات ما بعد الحمل للنساء اللاتي تتراو أعمارهن بين 15 و49 عامًا واللاتي أنجبن خلال العامين الماضيين للمسح وعانين من مضاعفات الولادة في الجزائر سنة2019

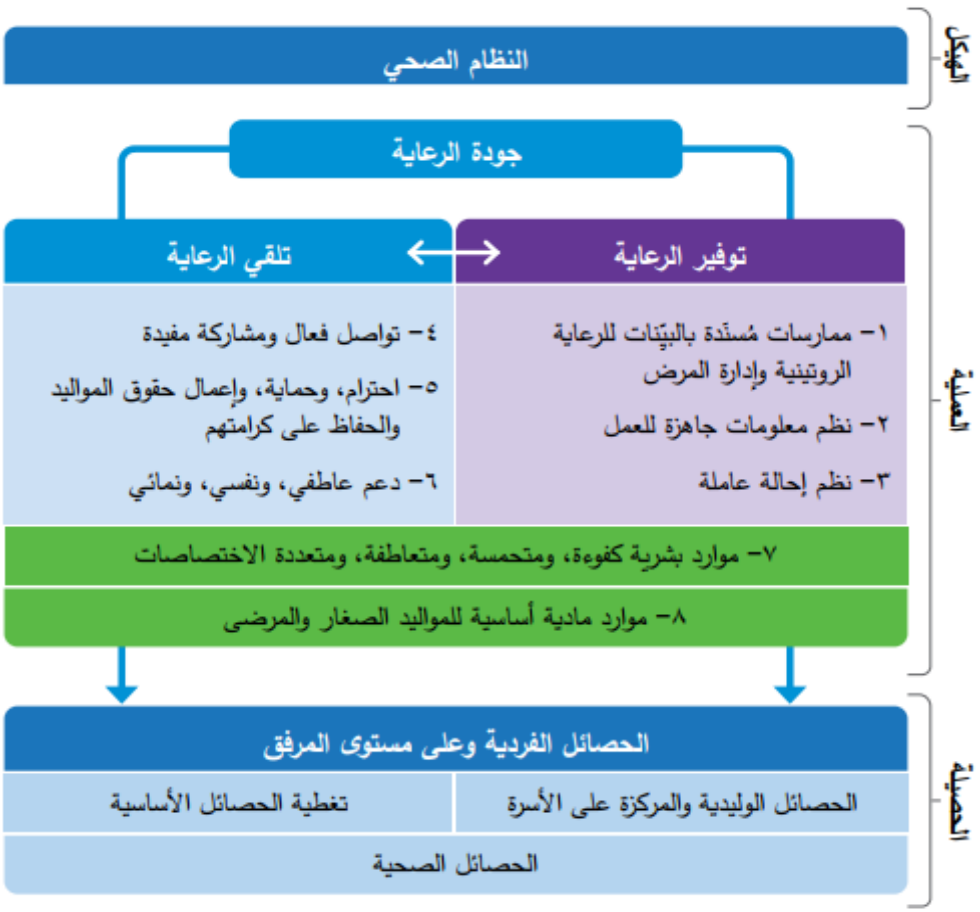


المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

4.6.2 جودة ومحتوى رعاية ما بعد الولادة للوليد:

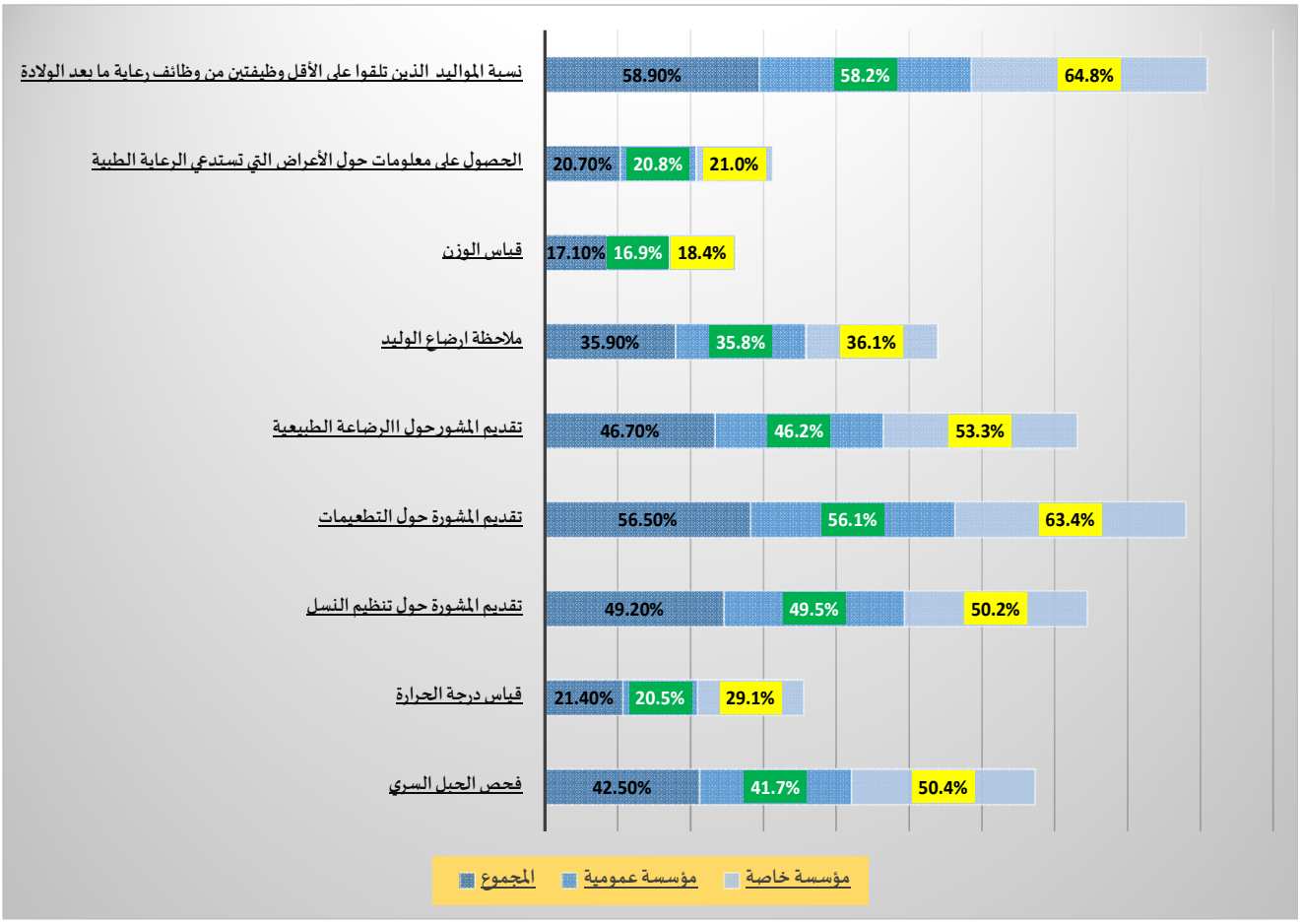
تعتبر رعاية ما بعد الولادة للمولود الحديث من الفترات الحساسة والحرجة التي تحدد مسار صحته ونمائه على المدى الطويل، فخلال هذه الفترة يمر الرضيع بتحولات فيسيولوجية سريعة مما يجعله أكثر عرضة للمخاطر الصحية إذا لم يعنى بالرعاية الصحية المناسبة والتي غالبا ما تكون بسيطة، وتشتمل رعاية ما بعد الولادة على مراقبة العلامات والمؤشرات الحيوية مثل التنفس ودرجة الحرارة والنبض، ومراقبة وفحص الحبل السري، بالإضافة الى ضمان حصوله على التغذية الكافية بالتركيز على حصرية الرضاعة الطبيعية وتقديم النصائح للأم باعتمادها على الأقل لفترة الستة أشهر الأولى من حياه الرضيع، حيث توفر له العناصر الغذائية الأساسية والأجسام المضادة التي تعزز مناعته وتسهم في بناء الجهاز المناعي، كما تشمل الرعاية كذلك الوقاية من العدوى من خلال اتباع إجراءات الوقاية والتعقيم وإعطاء النصائح والمشورات بأهمية إجراء التطعيمات وفقا للرزنامة المعتمدة،

شكل رقم 27: مخطط منظمة الصحة العالمية المرجعي للنهوض بجودة الرعاية للمواليد الجدد



المصدر: منظمة الصحة العالمية: معايير النهوض بجودة الرعاية للمواليد الصغار والمرضى في المرافق الصحية، جينيف، 2021، 13.

شكل رقم 28: التوزيع النسبي لمحتوي خدمات رعاية ما بعد الولادة للمواليد الجدد في الجزائر خلال السنتين السابقتين للمسح في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يشير الشكل أعلاه إلى التوزيع النسبي لخدمات رعاية ما قبل الولادة التي تلقاها المواليد الجدد في الجزائر خلال السنتين التي سبق تاريخ إجراء المسح العنقودي سنة 2019، ويمكننا حصر الملاحظات التالية:

- تباين في نسب الاستفادة من الخدمات المقدمة، حيث استفادت نسبة هامة من أمهات المواليد على بعض الخدمات الاستشارية كتقديم المشورة حول أهمية التطعيمات والرضاعة الطبيعية وتنظيم النسل، بينما نسبة قليلة من المواليد من استفادوا من الخدمات الصحية كقياس الوزن وقياس درجة الحرارة، كما استفاد 42.50% فقط من المواليد من خدمة فحص الحبل السري.
- ارتفاع في نسب الخدمات المقدمة على مستوى المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخا مقابل المؤسسات الصحية التابعة للقطاع العام.

وبالتالي يجب بذل مزيد من الجهود لتعزيز خدمات رعاية ما بعد الولادة للمواليد الجدد للنهوض بصحة الطفل في الجزائر، وتجدر الإشارة إلى أن هذه الخدمات تحتاج فقط إلى الوقوف على مراقبة وتقويم أداء الإطارات المكلفة برعاية الصحة الإنجابية في المؤسسات الصحية والاستشفائية سواء كانت في القطاع العمومي أو الخا ، وضمان التكوين المستمر أثناء الخدمة من أجل تزويدهم بآخر المستجدات في ميدان الرعاية الطبية للمواليد.

7.2 وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات:

أصبحت نسبة وفيات الرضع والأطفال، خاصة في المراحل المبكرة، من أهم المؤشرات التي تعكس الوضع الصحي لبلد ما ومستوى تطوره الاجتماعي. ونتيجة لذلك، حظيت مكافحة وفيات الرضع والأطفال باهتمام كبير على المستوى الدولي، وتبنتها جميع الدول والحكومات والمؤسسات التنموية العالمية. ومن بين هذه المبادرات، أهداف التنمية الألفية الثمانية للفترة 2000–2015، والتي خصصت هدفًا كاملًا لخفض وفيات الأطفال (الهدف الرابع)، وأهداف التنمية المستدامة السبعة عشر التي تلتها للفترة 2015–2030، والتي حددت هدفًا فرعيًا (3.2) ضمن الهدف الثالث المتعلق بالصحة، يهدف إلى القضاء على الوفيات التي يمكن تجنبها بين الأطفال حديثي الولادة والأطفال دون سن الخامسة، مع السعي إلى خفض معدل وفيات الرضع إلى 12 حالة لكل ألف ولادة حية على الأكثر، ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 25 حالة لكل ألف ولادة حية على الأكثر بحلول عام 2030.

تمثل حماية صحة الأطفال وتقليل معدلات وفياتهم هدفًا استراتيجيًا في برامج الصحة العامة على مستوى العالم. وفي الجزائر، تحظى صحة الطفل بأولوية قصوى، حيث تم تخصيص برامج وقائية شاملة تستهدف الأطفال في المراحل العمرية المبكرة. تهدف هذه البرامج إلى الحد من انتشار الأمراض الخطيرة بين الأطفال وتقليل المضاعفات الصحية المرتبطة بها، بما في ذلك الوفيات.

لقد ساهم البرنامج الوطني الموسع للتطعيم بشكل كبير في مكافحة الأمراض المعدية الشائعة، مما أدى إلى القضاء على أمراض مثل شلل الأطفال والديفتيريا والسعال الديكي. بالإضافة إلى ذلك، تم اتخاذ إجراءات لضمان وصول جميع الأطفال إلى الرعاية الصحية الأولية، وتوفير التغذية السليمة، وتشجيع الرضاعة الطبيعية كأفضل تغذية للرضع. كما تم

تبني نهج شامل لرعاية الطفل يجمع بين الوقاية والعلاج والتأهيل، بهدف ضمان نمو الطفل بشكل صحي ومتكامل.

نتيجة لهذه الجهود المتكاملة، شهدت الجزائر انخفاضًا ملحوظًا في معدلات وفيات الأطفال، مما يعكس التزام الدولة بتحسين صحة ورفاهية أجيال المستقبل.

إن معدلات الوفاة للرضع والأطفال، بما في ذلك الأطفال حديثي الولادة، التي سيتم عرضها في هذا الفصل، مستمدة من بيانات المسح العنقودي السادس MICS6-2019 التي تم جمعها من وحدة "تاريخ الولادات" في الاستبيان الفردي الموجه إلى النساء اللاتي تتراو أعمارهن بين 15 و49 عامًا.

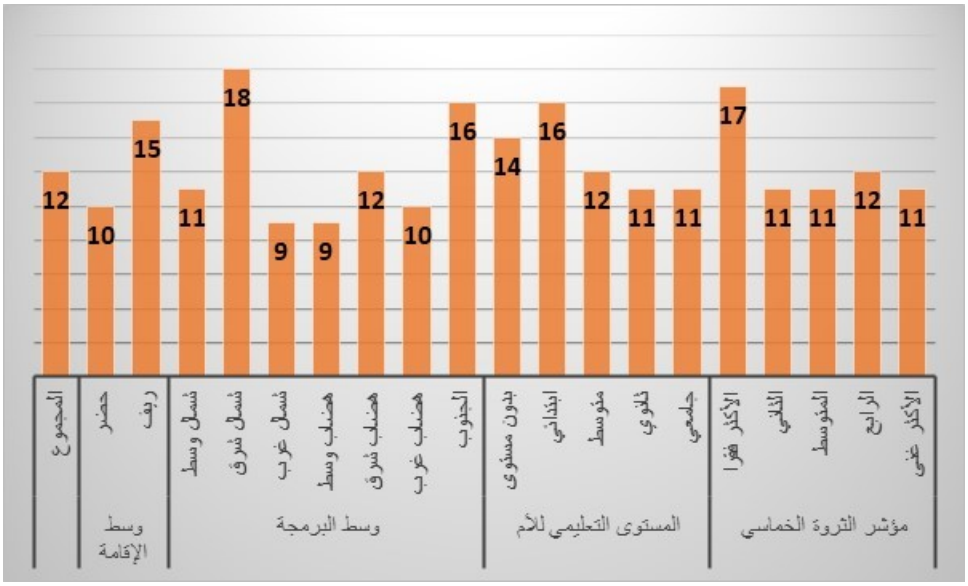
في هذه الوحدة، تم طلب من النساء المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج واللاتي أنجبن أطفالًا، تقديم تاريخ مفصل لجميع ولاداتهن الحية بترتيب زمني بدءًا من أول مولود حي. وبالنسبة لكل ولادة حية، تم سؤال النساء عن جنس المولود، وتاريخ ميلاده، وما إذا كان على قيد الحياة أم لا. وفي حالة الوفاة، تم طلب تحديد عمر الطفل عند الوفاة بدقة قدر الإمكان، سواء بالأيام أو الأشهر أو السنوات حسب العمر.

يتم التعبير عن معدلات الوفيات المختلفة (النفاسية، بعد الولادة، الرضع، وفيات الأطفال، وأقل من 5 سنوات) بعدد الوفيات لكل 1000 ولادة حية، باستثناء معدل الوفيات في مرحلة الطفولة المبكرة الذي يتم حسابه بناءً على عدد الوفيات لكل 1000 طفل تجاوزوا العام الأول من العمر، ومعدل الوفيات بعد الولادة الذي يحسب بناءً على عدد الوفيات لكل 1000 طفل تجاوزوا الشهر الأول من العمر.

1.7.2 مؤشر وفيات حديثي الولادة:

ويعرف بمعدل الوفيات النفاسية أو معدل وفيات حديثي الولادة وهو مؤشر الهدف 1.2.3 من أهداف التنمية المستدامة الذي يرمي إلى خفض النسبة العالمية للولادات النفاسية إلى أقل من 70 حالة لكل 100000 من المواليد.

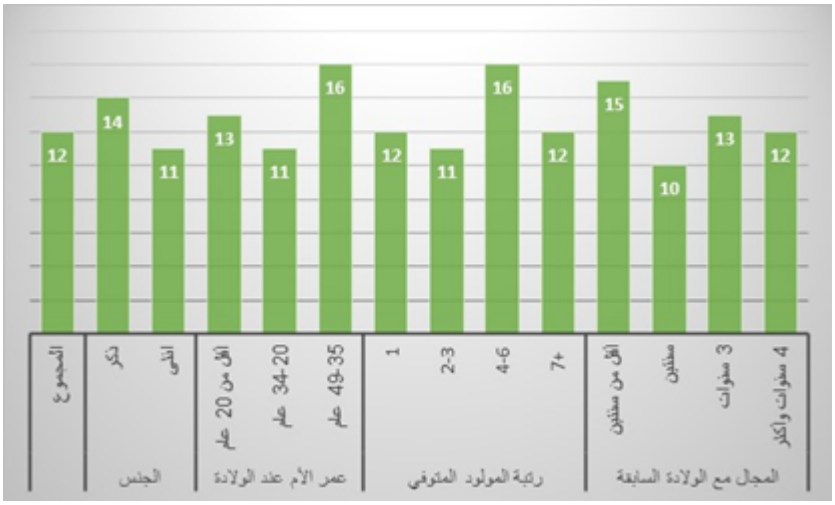
شكل رقم 29: توزيع معدل وفيات حديثي الولادة (‰) حسب المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

تظهر البيانات تفاوتًا واضحًا في معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة بين مختلف المجموعات السكانية، مما يشير إلى وجود عوامل اجتماعية واقتصادية تؤثر بشكل كبير على الظاهرة، وبشكل عام فقد عرفت الظاهرة انخفاضا مقارنة بالسنوات السابقة.

شكل رقم 30: توزيع معدل وفيات حديثي الولادة (‰) حسب المحددات الديمغرافية في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

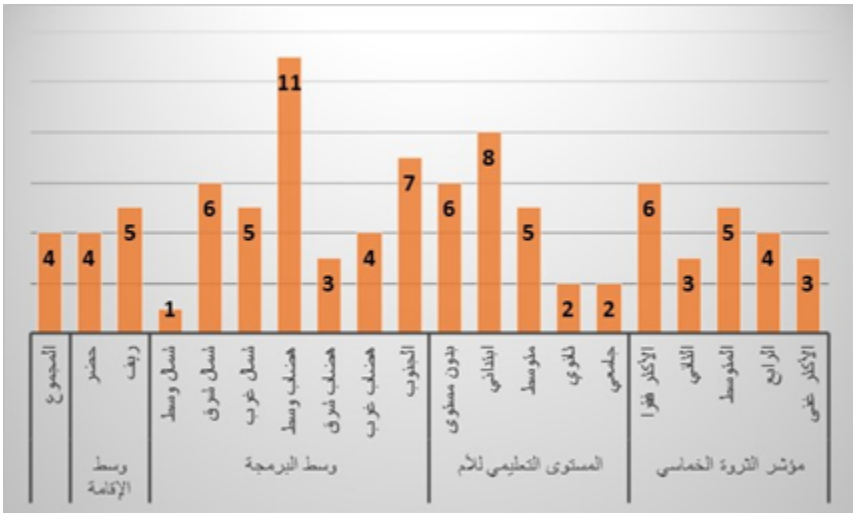
نلاحظ أن هناك فرقًا في عدد الوفيات وفق المحددات. فمثلاً، نجد أن معدل الوفيات يكون أعلى بين الأطفال الذين ولدوا لأمهات صغيرات في السن (أقل من 20 سنة) أو كبيرات في السن (أكثر من 35 سنة). كما يبدو أن هناك علاقة بين عدد مرات الحمل السابقة ومعدل وفيات الأطفال، حيث تزداد هذه المعدلات كلما زاد عدد مرات الحمل.

أهمية الفاصل الزمني بين الولادات: الفترة الفاصلة بين ولادة طفل وآخر تلعب دورًا مهمًا. فكلما كانت الفترة أقصر، زادت احتمالية حدوث مضاعفات للحمل والولادة، وبالتالي زيادة خطر وفاة الطفل.

2.7.2 مؤشر وفيات ما بعد حديثي الولادة:

معدل الوفيات في المدة المحصورة بين الشهر الأول من الولادة الى غاية انقضاء 12 شهر ويمكن حسابه من خلال طرق وفيات الرضع من الوفيات النفاسية.

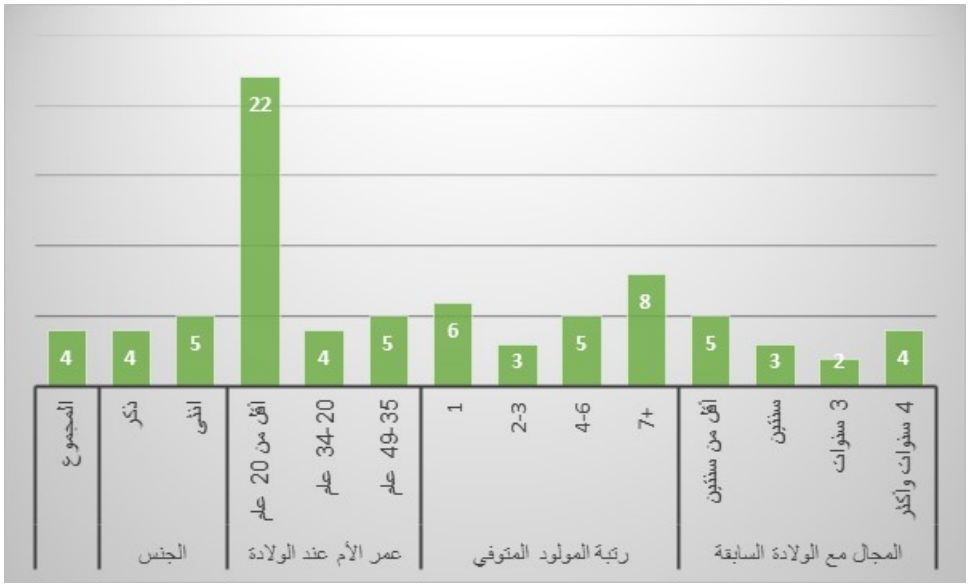
شكل رقم 31: توزيع معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة (‰) وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

نستنتج من الرسم أعلاه أن هناك تفاوتا في معدلات الوفاة حسب مختلف المجموعات السكانية حيث نجد في بعض المناطق تعاني من معدلات وفيات أعلى بكثير من غيرها، خاصة في منطقة الهضاب وسط والجنوب الكبير. وبالنسبة للمستوى الدراسي للأم والمستوى المعيشي للأسرة فإنهما يلعبان دورا في خفض المعدل بحيث كلما ارتفعا انخفض معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة.

شكل رقم 32: توزيع معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة (‰) وفق المحددات الديمغرافية في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يمكن حصر الملاحظات التالية من الشكل أعلاه:

عمر الأم: يبدو أن عمر الأم يلعب دوراً هاماً، حيث نلاحظ ارتفاعًا في معدلات الوفاة بين الأطفال الذين ولدوا لأمهات صغيرات في السن (أقل من 20 سنة) أو كبيرات في السن (أكثر من 35 سنة).

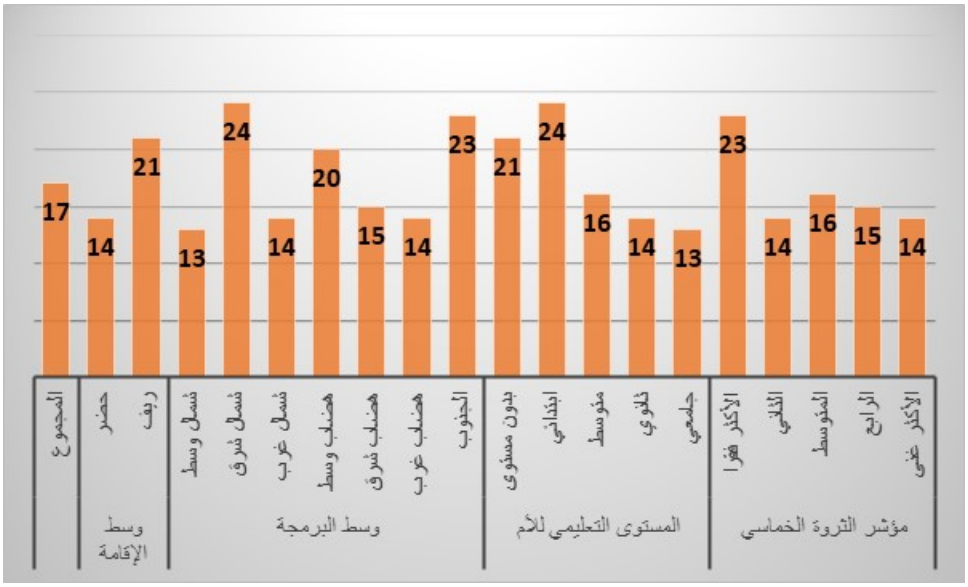
عدد مرات الحمل: يبدو أن عدد مرات الحمل السابقة يؤثر أيضًا على معدلات الوفاة، حيث نلاحظ ارتفاعًا في معدلات الوفاة مع زيادة عدد مرات الحمل.

الفاصل الزمني بين الولادات: الفترة الفاصلة بين ولادة طفل وآخر تلعب دورًا مهمًا. فكلما كانت الفترة أقصر، زادت احتمالية حدوث مضاعفات للحمل والولادة، وبالتالي زيادة خطر وفاة الطفل.

3.7.2 مؤشر وفيات الرضع:

هو احتمال الوفاة في الفترة ما بين الولادة الى غاية الشهر الأول من العمر ويمكن حسابه بطر الوفيات النفاسية من وفيات الرضع.

شكل رقم 33: توزيع معدل وفيات (0q1) الرضع (‰) وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يمكن حصر الملاحظات التالية من شكل أعلاه:

تفاوت في معدل الوفيات: نلاحظ أن هناك اختلافات كبيرة في توزيع معدلات وفيات الرضع حسب مختلف المجموعات السكانية، مما يشير إلى وجود لامساواة في فر الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية.

أهمية العامل الجغرافي: يبدو واضحا أثر العامل الجغرافي على الظاهرة، حيث ترتفع بأكثر من الثلث في الريف مقارنة بالمدن، وترتفع بشكل ملحوظ في مناطق الجنوب الكبير وشمال شرق والهضاب العليا بالوسط.

تأثير المستوى التعليمي للأم ومستوى الأسرة الاقتصادي: بشكل عام يبدو أن المجموعات السكانية ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي الأدنى تعاني من معدل وفيات أعلى.

وهذا يعني أن هناك مشكلة في صحة الأطفال الرضع في الجزائر، وأن هذه المشكلة ليست موحدة في جميع المناطق أو بين جميع الفئات الاجتماعية، هناك حاجة إلى اتخاذ إجراءات لمعالجة هذه المشكلة وتحسين صحة الأطفال.

شكل رقم 34: توزيع معدل وفيات (0q1) الرضع (‰) وفق المحددات الديمغرافية في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

تفاوت كبير في معدلات الوفاة:

- نلاحظ تباينًا واضحًا في معدلات وفيات الرضع بين مختلف الفئات، مما يشير إلى أن هناك عوامل عديدة تؤثر على صحة وسلامة الأطفال الرضع.
- أعلى معدلات للوفيات سجلت بين الأطفال المولودين لأمهات أقل من 20 عامًا، وهذا مؤشر على أهمية تأخر سن الزواج والإنجاب من أجل صحة الأم والطفل.

تأثير عمر الأم:

- يظهر الرسم البياني بوضو العلاقة بين عمر الأم ومعدل وفيات الرضع. فالأمهات الشابات جدًا أو الكبيرات في السن يواجهن مخاطر أعلى.
- هذا يمكن تفسيره بأن أجسام المراهقات قد لا تكون ناضجة بما فيه الكفاية لحمل طفل، بينما قد تواجه النساء الأكبر سنًا مضاعفات صحية مرتبطة بالحمل.

تأثير ترتيب الولادة:

- ترتيب الولادة يؤثر أيضًا على معدل وفيات الرضع. فالأطفال الأولون والأخيرون يواجهون مخاطر أعلى مقارنة بالأطفال المولودين في الوسط.
- هذا قد يكون بسبب قلة خبرة الأمهات الشابات أو وجود مشاكل صحية عند الأمهات الأكبر سنًا.

الفترة الفاصلة بين الولادات:

- الفترة الزمنية بين كل ولادة والأخرى تلعب دورًا هامًا. فالحمل المتكرر في فترات قصيرة قد يضع ضغطًا كبيرًا على جسم الأم، مما يزيد من خطر حدوث مضاعفات.

التفسير المحتمل لهذه النتائج:

- **نقص التوعية:** قد يكون نقص التوعية الصحية لدى الأمهات الشابات أحد أسباب ارتفاع معدلات وفيات أطفالهن.
- **سوء التغذية:** قد يؤدي سوء التغذية لدى الأم الحامل إلى ولادة أطفال بوزن أقل، مما يزيد من خطر الوفاة.
- **العدوى:** قد تتعرض الأمهات الحوامل والأطفال الرضع للعدوى، خاصة في ظل ظروف صحية غير جيدة.
- **الفقر:** قد يؤدي الفقر إلى نقص الرعاية الصحية، مما يزيد من خطر وفاة الرضع.

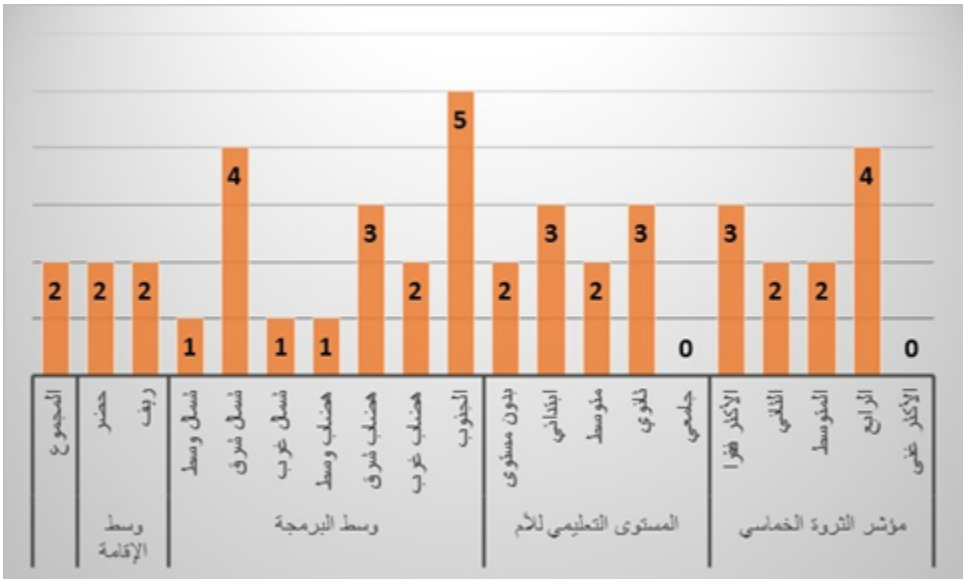
التوصيات:

- **الزواج المبكر:** يجب التركيز على توعية المراهقات بأهمية تأخير الزواج والإنجاب، وأهمية الرعاية الصحية قبل وأثناء وبعد الحمل.
- **تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية:** يجب توفير رعاية صحية شاملة للأمهات الحوامل والأطفال الرضع، وتشجيع الرضاعة الطبيعية.
- **مكافحة الفقر:** يجب اتخاذ إجراءات لمكافحة الفقر وتحسين مستوى المعيشة للسكان، خاصة في المناطق المحرومة.

4.7.2 مؤشر وفيات الأطفال (1q4)

معدل وفيات الأطفال (1q4) خلال الفترة بين السنة الأولى من العمر ببلوغ سنّ الخامسة.

شكل رقم 35: معدل وفيات الأطفال (1q4) خلال الفترة بين السنة الأولى من العمر وبلوغ سنّ الخامسة وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

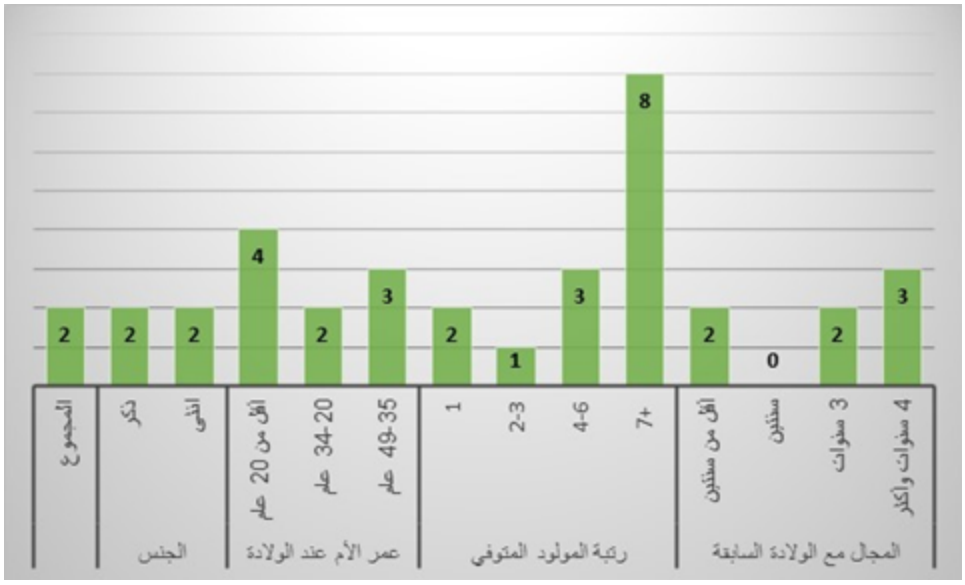
من خلال ملاحظة الشكل يمكننا حصر النقاط التالية:

- **تفاوت كبير في معدلات الوفاة:** يلاحظ وجود تفاوت كبير في معدلات وفيات الأطفال بين الفئات السكانية المختلفة، مما يشير إلى وجود عوامل متعددة تؤثر على صحة الأطفال وفر بقائهم على قيد الحياة.
- **تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية:** تشير البيانات إلى وجود علاقة بين المستوى الاجتماعي والاقتصادي ومعدلات وفيات الأطفال، حيث تزداد هذه المعدلات كلما انخفض المستوى الاجتماعي والاقتصادي.
- **وجود فئات معرضة للخطر:** تظهر بعض الفئات السكانية بأنها أكثر عرضة للوفاة مقارنة بغيرها، وهذا يدعو إلى إيلاء اهتمام خا لهذه الفئات وتقديم الدعم اللازم لها.

التفسير المحتمل:

- **الفقر:** قد يكون الفقر أحد أهم العوامل التي تساهم في ارتفاع معدلات وفيات الأطفال، حيث يحد من قدرة الأسر على توفير الرعاية الصحية والتغذية المناسبة لأطفالهم.
- **سوء التغذية:** يؤدي سوء التغذية إلى ضعف جهاز المناعة لدى الأطفال، مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض.
- **نقص الوصول إلى الرعاية الصحية:** قد يعاني بعض الأطفال من نقص في الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة، سواء بسبب بعد المسافة أو التكلفة العالية للخدمات الصحية.
- **الأمراض المعدية:** قد تساهم الأمراض المعدية، مثل الإسهال والالتهاب الرئوي، في زيادة معدلات وفيات الأطفال، خاصة في ظل ضعف الأنظمة الصحية.
- **العوامل البيئية:** قد تلعب العوامل البيئية، مثل التلوث وسوء الصرف الصحي، دورًا في زيادة خطر الإصابة بالأمراض لدى الأطفال.

شكل رقم 36: معدل وفيات الأطفال (1q4) خلال الفترة بين السنة الأولى من العمر وبلوغ سنّ الخامسة وفق المحددات الديمغرافية في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

من خلال الشكل يمكننا تسجيل الملاحظات التالية:

- **تأثير عمر الأم:** تظهر البيانات أن هناك علاقة بين عمر الأم ومعدلات وفيات الأطفال، حيث تزداد هذه المعدلات في بعض الفئات العمرية للأمهات، خاصة في الفئة العمرية الأقل من 20 عام.

- **تأثير ترتيب الولادة:** تشير البيانات إلى أن ترتيب الولادة يؤثر على معدل وفيات الأطفال، حيث ارتفع المعدل بشكل ملحوظ في وسط الأطفال الذين رتبتهم 7 وأكثر ما يعني لدى الأمهات اللاتي لديهن معدلات خصوبة مرتفعة وتنتشر هذه الظاهرة الديمغرافية في مناطق الجنوب أكثر وهو ما يفسره الشكل أعلاه.

- **الفترة الفاصلة بين الولادات:** الفترة الزمنية بين كل ولادة والأخرى تلعب دورًا هامًا، حيث تزداد معدلات الوفاة في بعض الحالات مع تقارب الفترة بين الولادات.

التفسير المحتمل:

- **نقص التغذية:** قد يؤدي نقص التغذية إلى ضعف جهاز المناعة لدى الأطفال، مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض.

- **نقص الوصول إلى الرعاية الصحية:** قد يعاني بعض الأطفال من نقص في الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة، سواء بسبب بعد المسافة أو التكلفة العالية للخدمات الصحية.

- **الأمراض المعدية:** قد تساهم الأمراض المعدية، مثل الإسهال والالتهاب الرئوي، في زيادة معدلات وفيات الأطفال، خاصة في ظل ضعف الأنظمة الصحية.

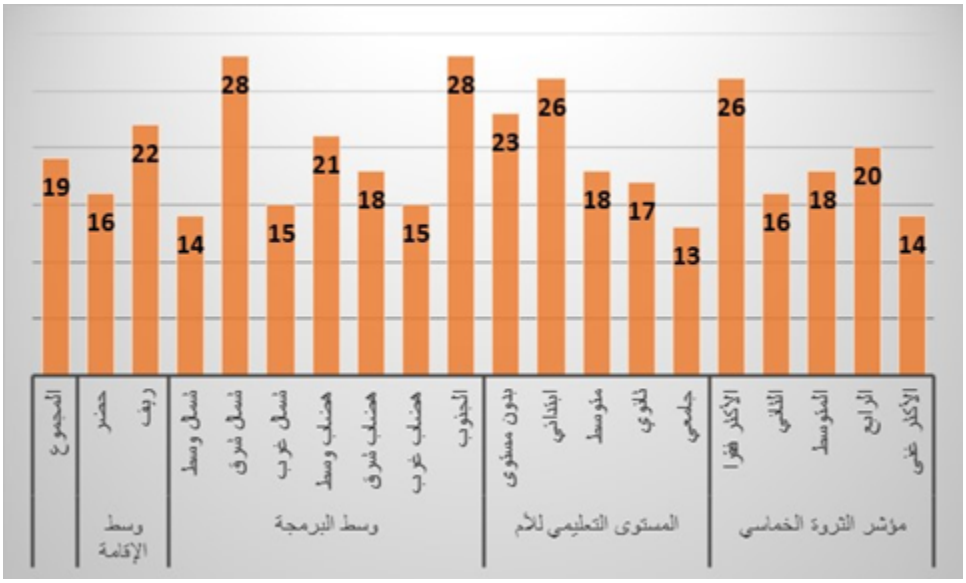
- **العوامل الوراثية:** قد تلعب العوامل الوراثية دورًا في بعض حالات الوفاة.

العوامل البيئية: قد تلعب العوامل البيئية، مثل التلوث وسوء الصرف الصحي، دورًا في زيادة خطر الإصابة بالأمراض لدى الأطفال.

5.7.2 مؤشر وفيات الأطفال دون خمس سنوات:

هو معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة وهو أحد أهداف التنمية المستدامة تحت البند 1.2.3 ويرمي إلى: إنهاء وفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة التي يمكن تفاديها، بحلول عام 2030، بسعي جميع البلدان إلى بلوغ هدف خفض وفيات المواليد على الأقل إلى 12 حالة وفاة في كل 1 000 مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 25 حالة وفاة على الأقل في كل 1 000 مولود حي.

شكل رقم 37: توزيع معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يعرض الرسم البياني أعلاه توزيع معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر لعام 2019، موزعا وفقًا لمجموعة من المحددات الاجتماعية والاقتصادية. هذا النوع من التحليل يساعدنا على فهم أسباب هذه الوفيات بشكل أفضل، وتحديد الفئات الأكثر عرضة للخطر، وبالتالي توجيه الجهود نحو تطوير سياسات صحية أكثر فعالية.

ملاحظات رئيسية:

- **تفاوت كبير في معدلات الوفاة:** نلاحظ وجود تفاوت كبير في معدلات وفيات الأطفال بين مختلف الفئات السكانية، مما يشير إلى وجود عوامل متعددة تؤثر على صحة الأطفال وفر بقائهم على قيد الحياة، ما يعني وجود عدم مساواة صحية.

- **تأثير المستوى الاجتماعي والاقتصادي:** بشكل عام، تشير البيانات إلى وجود علاقة بين المستوى الاجتماعي والاقتصادي ومعدلات وفيات الأطفال، حيث تزداد هذه المعدلات كلما انخفض المستوى الاجتماعي والاقتصادي.
- **تأثير العوامل الجغرافية:** تظهر البيانات أيضًا تأثير العوامل الجغرافية على معدلات الوفاة، حيث تختلف المعدلات بين المناطق الحضرية والريفية وبين مختلف الولايات.

التفسير المحتمل:

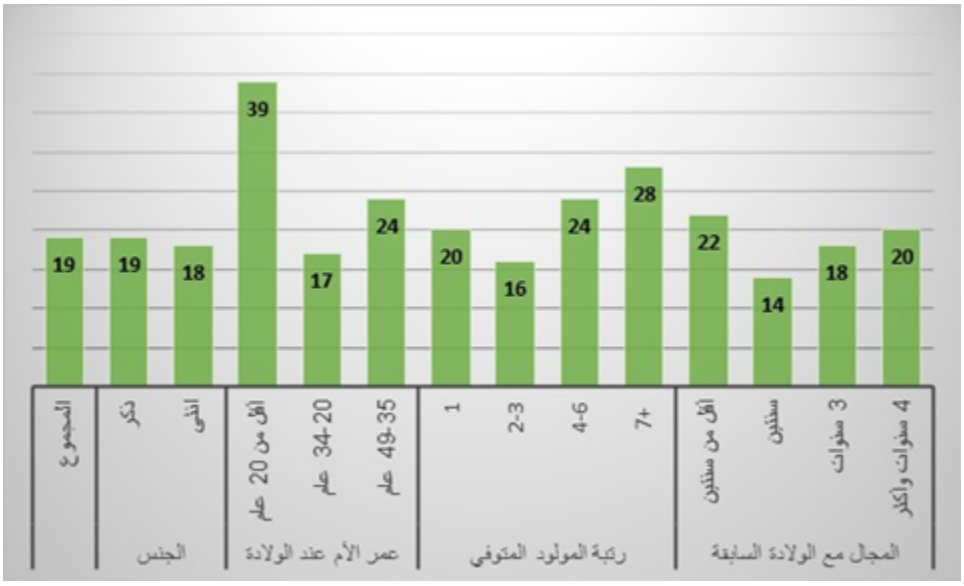
- **الفقر:** قد يكون الفقر أحد أهم العوامل التي تساهم في ارتفاع معدلات وفيات الأطفال، حيث يحد من قدرة الأسر على توفير الرعاية الصحية والتغذية المناسبة لأطفالهم.
- **سوء التغذية:** يؤدي سوء التغذية إلى ضعف جهاز المناعة لدى الأطفال، مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض.
- **نقص الوصول إلى الرعاية الصحية:** قد يعاني بعض الأطفال من نقص في الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة، سواء بسبب بعد المسافة أو التكلفة العالية للخدمات الصحية.
- **الأمراض المعدية:** قد تساهم الأمراض المعدية، مثل الإسهال والالتهاب الرئوي، في زيادة معدلات وفيات الأطفال، خاصة في ظل ضعف الأنظمة الصحية.
- **العوامل البيئية:** قد تلعب العوامل البيئية، مثل التلوث وسوء الصرف الصحي، دورًا في زيادة خطر الإصابة بالأمراض لدى الأطفال.

التوصيات:

- **تعزيز الرعاية الصحية الأولية:** يجب التركيز على تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية، وتوفير خدمات صحية عالية الجودة للأطفال، بما في ذلك التطعيمات والفحوصات الطبية المنتظمة.
- **مكافحة الفقر:** يجب اتخاذ إجراءات لمكافحة الفقر وتحسين المستوى المعيشي للأسر، خاصة تلك التي تعيش في المناطق المحرومة.
- **التوعية الصحية:** يجب توعية الأمهات بأهمية الرضاعة الطبيعية والتغذية السليمة للأطفال، وكذلك أهمية التطعيمات.
- **تحسين الظروف المعيشية:** يجب تحسين الظروف المعيشية للأسر، بما في ذلك توفير المياه النظيفة والصرف الصحي، والحد من التلوث.

الخلاصة: تشير البيانات إلى استمرار وجود تحديات في مجال صحة الأطفال في الجزائر، وتؤكد على الحاجة إلى اتخاذ إجراءات عملية لمعالجة هذه المشكلة. من خلال التركيز على تحسين الرعاية الصحية، ومكافحة الفقر، والتوعية الصحية، يمكننا أن نحقق تحسينًا ملحوظًا في صحة الأطفال وبقائهم على قيد الحياة، من أجل تعزيز الفر البشرية لمختلف الفئات والمجموعات البشرية عبر جميع المناطق الجغرافية.

شكل رقم 38: توزيع معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة وفق المحددات الديمغرافية في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يشير الرسم البياني أعلاه إلى وجود اختلافات ملحوظة في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر لعام 2019، وذلك وفقًا لمجموعة من العوامل الديموغرافية. لنقوم بتحليل كل عامل على حدة:

الجنس : لا يبدو أن هناك فرق كبير في معدلات الوفاة بين الذكور والإناث. هذا يشير إلى أن العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال في هذه الفئة العمرية قد تكون متشابهة إلى حد كبير بين الجنسين.

ارتفاع معدلات الوفاة لدى الأمهات الصغيرات في السن: نلاحظ ارتفاعًا ملحوظًا في معدلات وفيات الأطفال عندما تكون الأم أقل من 20 عامًا. هذا يمكن تفسيره بعدة عوامل، منها:

نقص النضج الجسدي: قد لا تكون أجسام المراهقات مستعدة تمامًا لحمل طفل، مما يزيد من خطر حدوث مضاعفات أثناء الحمل والولادة.

نقص الوعي الصحي: قد تكون المراهقات أقل وعياً بأهمية الرعاية الصحية قبل وأثناء وبعد الحمل، مما يؤثر سلبًا على صحة الأم والطفل.

ظروف اجتماعية واقتصادية: غالبًا ما تواجه المراهقات الحوامل ظروفًا اجتماعية واقتصادية صعبة، مما يحد من قدرتهن على الحصول على الرعاية الصحية اللازمة.

ترتيب الولادة:

الأطفال الأولون والأخيرون: تظهر البيانات أن الأطفال الأولون والأخيرون هم الأكثر عرضة للوفاة. يمكن تفسير ذلك بعدة عوامل، منها:

قلة الخبرة: قد تفتقر الأمهات الجدد إلى الخبرة اللازمة في رعاية الأطفال، مما يزيد من خطر حدوث مضاعفات.

مشاكل صحية: قد تعاني الأمهات الأكبر سنًا من مشاكل صحية قد تؤثر على صحة الجنين.

الفترة الفاصلة بين الولادات:

الحمل المتكرر: تزداد معدلات وفيات الأطفال عندما تكون الفترة الفاصلة بين الولادات قصيرة جدًا. هذا يرجع إلى أن جسم الأم يحتاج إلى وقت للتعافي بين الحمل والولادة، والحمل المتكرر قد يضع ضغطًا كبيرًا على صحة الأم والجنين.

الاستنتاجات:

تعدد العوامل المؤثرة: تؤكد هذه البيانات على أن وفيات الأطفال هي نتيجة لتفاعل العديد من العوامل، وليس عامل واحد فقط.

أهمية الرعاية الصحية الأولية: يجب التركيز على تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية للأمهات الحوامل والأطفال حديثي الولادة، وتوفير خدمات صحية شاملة.

التوعية الصحية: يجب توعية الأمهات بأهمية الرعاية الصحية قبل وأثناء وبعد الحمل، وتشجيعهن على زيارة الطبيب بانتظام.

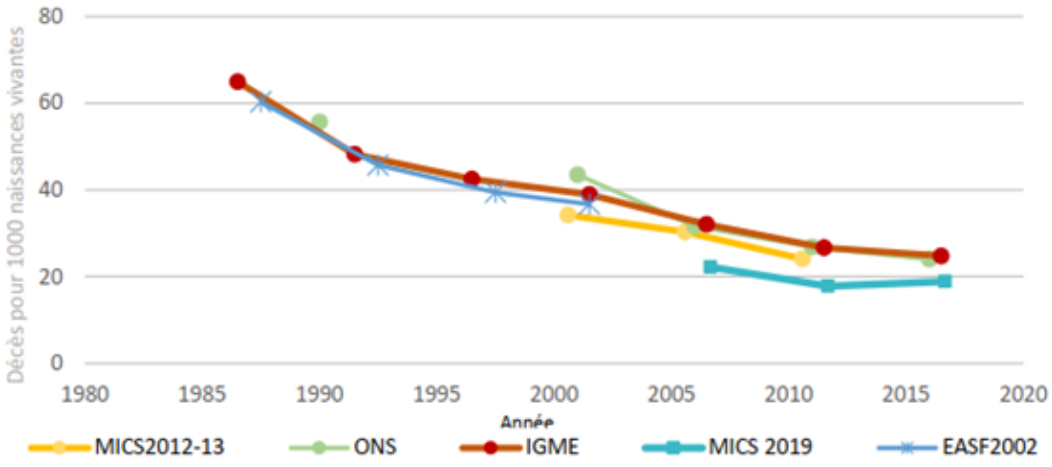
مكافحة الفقر: يجب اتخاذ إجراءات لمكافحة الفقر وتحسين المستوى المعيشي للأسر، خاصة تلك التي تعيش في المناطق المحرومة.

تأخير سن الزواج والإنجاب: يجب تشجيع تأخير سن الزواج والإنجاب، وذلك من خلال برامج التوعية والتثقيف.

دعم الأمهات المراهقات: يجب توفير الدعم اللازم للأمهات المراهقات، بما في ذلك الرعاية الصحية والنفسية.

إن فهم أسباب وفيات الأطفال هو الخطوة الأولى نحو تطوير استراتيجيات فعالة للحد منها. من خلال التركيز على تحسين الرعاية الصحية، والتوعية، ومكافحة الفقر، يمكننا أن نعمل على خفض معدلات وفيات الأطفال وتحسين صحة الأمهات والأطفال

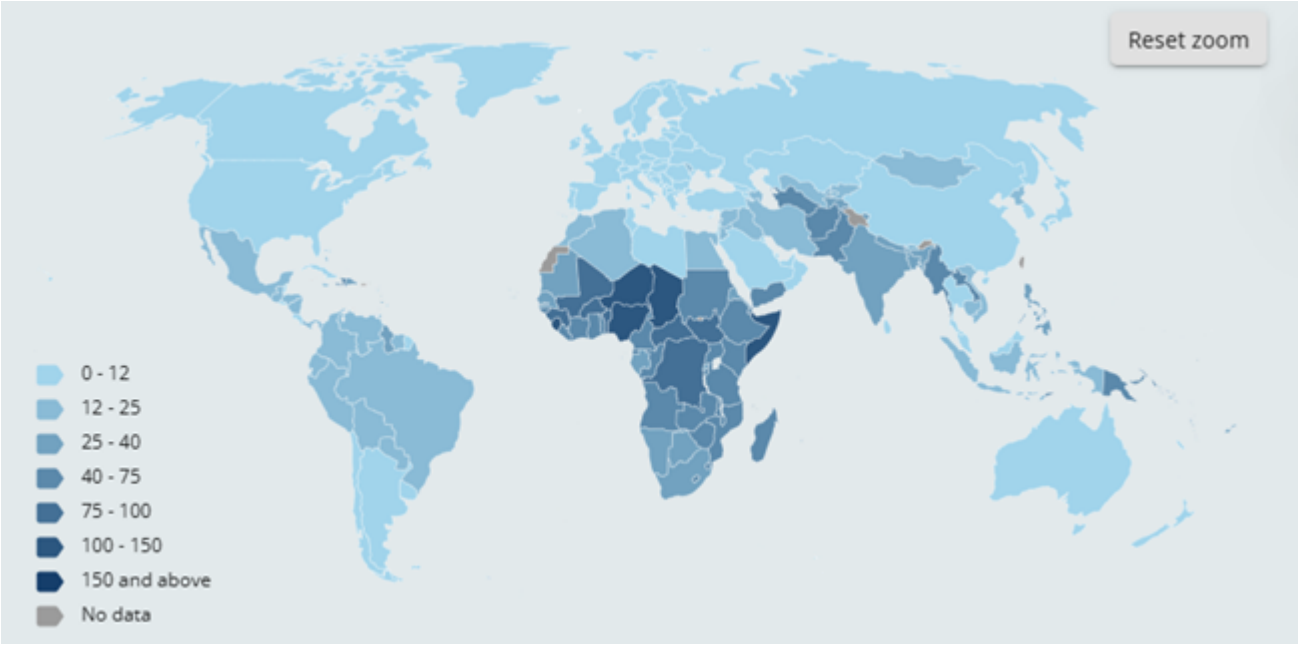
شكل رقم 39: اتجاهات معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر



المصدر : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2013 : **Op.cit :** p 121.

يبين الشكل البياني انخفاضا واضحا في معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة حيث انخفض من 70 إلى 24.2 حالة وفاة في 1000 ولادة حية بين عامي 1985 و2016، مما يدل على تحسن الرعاية والخدمات الصحية الأساسية مثل التطعيم ورعاية الولادات وتحسين التغذية والظروف المعيشية والبنية التحتية الصحية بما فيها توفير المياه الصالحة للشرب وخدمات الصرف الصحي.

شكل رقم 40: خريطة توزيع معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات عالميا لسنة 2024



تظهر الخريطة أن الجزائر ودول شمال إفريقيا حققت تقدمًا كبيرًا في خفض معدلات وفيات الأطفال، ولكن لا يزال هناك مجال للتحسين. يجب الاستمرار في الجهود المبذولة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بصحة الأم والطفل.

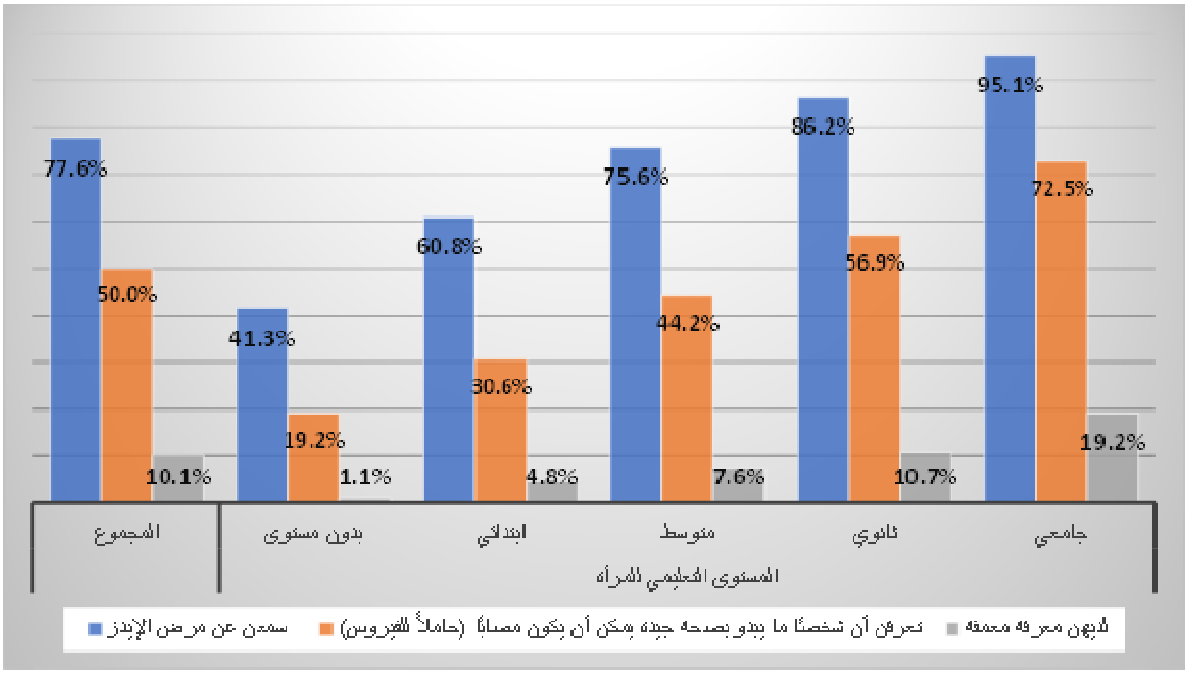
كما تحتل الجزائر مكانة جيدة مقارنة ببعض دول الجوار، حيث تظهر الخريطة أن معدل وفيات الأطفال فيها ضمن النطاق الأدنى. هذا يدل على تحسن كبير في الأوضاع الصحية والاجتماعية في البلاد.

8.2 التوعية والتثقيف الصحي حول فيروس فقدان المناعة البشرية والصحة الانجابية:

إن من أهم الشروط الرئيسية للحد من معدلات انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، هو توفير معلومات دقيقة حول طرق انتقال الفيروس وكيفية الوقاية منه. حيث تعتبر المعلومات الصحيحة الخطوة الأولى نحو التوعية وتمكين المراهقين والشباب من حماية أنفسهم من الإصابة، فالاعتقادات الخاطئة حول الفيروس شائعة وقد تؤدي إلى تضليل المراهقين والشباب وتعوق جهود الوقاية. وقد دعت الدورة الاستثنائية للجمعية العامة

للأمم المتحدة المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، الحكومات إلى تحسين معرفة الشباب ومهاراتهم لحماية أنفسهم من الفيروس.

شكل رقم 41: التوزيع النسبي للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا واللاتي حسب المستوى التعليمي ونوع المعلومات حول فيروس نقص المناعة في الجزائر سنة 2019.

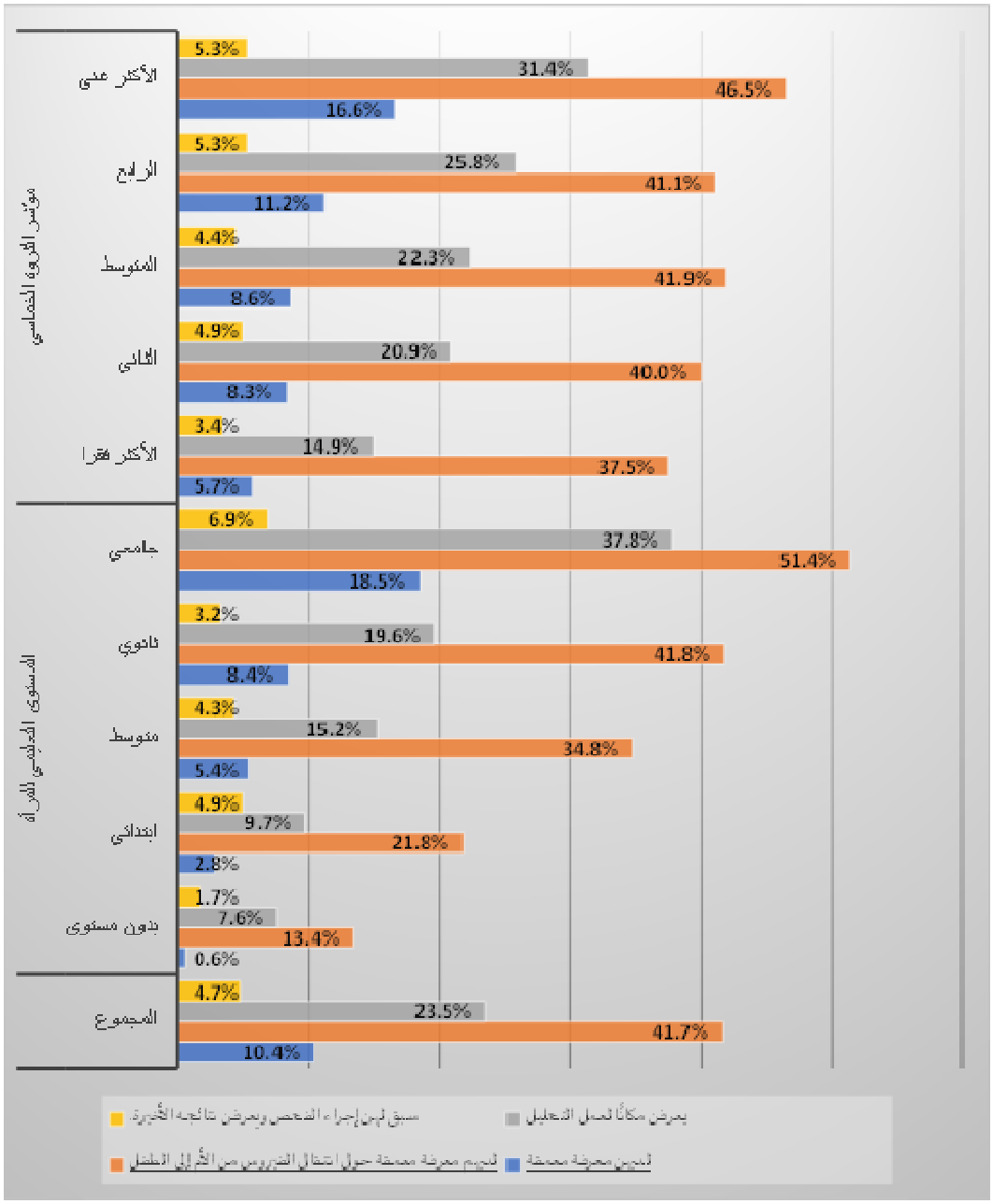


المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتبين من الشكل أعلاه أن نسبة النساء اللواتي يعرفن طرق انتقال فيروس فقدان المناعة البشرية تزداد بشكل عام مع ارتفاع المستوى التعليمي للأم وهذا يؤكد مرة أخرى على أن تعليم المرأة يلعب دوراً فاعلا وحاسما في نشر الوعي الصحي.

بالرغم من ارتفاع المستوى التعليمي نجد فقط 19.2% من النسوة في هذه الفئة على معرفة معمقة حول مرض الإيدز.

شكل رقم 42: التوزيع النسبي للنسوة الشابات في عمر يتراوح 15-24 حسب المؤشرات المعرفية حول فيروس السيدا ووفق المستوى التعليمي ومؤشر الثروة الخماسي في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

من خلال الشكل أعلاه والمتضمن التوزيع النسبي للنساء الشابات والمراهقات، اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15-24 عام حسب المؤشرات المعرفية المفتاحية الأساسية حول انتشار وعدوى فيروس نقص المناعة البشري في الجزائر خلال سنة 2019 وهذا وفق المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي، يمكننا حصر الملاحظات الرئيسية التالية:

التفاوت المعرفي: توجد فروقات واضحة في المستوى المعرفي بفيروس السيدا بين الشابات حسب المستويين الدراسي والاقتصادي، حيث تظهر الفئات ذات المستوى التعليمي والاقتصادي الأعلى نسبا أعلى من المعرفة الدقيقة بالفيروس.

أبعاد المعرفة: مؤشر المعرفة المعمقة لانتقال الفيروس من الأم إلى الطفل أكثر انتشارا في وسط الشابات، في حين مؤشر المعرفة المعمقة منخفض.

التوصيات المقترحة:

- تكثيف الجهود الرامية إلى رفع مستوى الوعي بفيروس السيدا بين جميع فئات المجتمع، مع التركيز بشكل خا على الشابات من الفئات الأكثر هشاشة.
- تصميم برامج دراسية تستهدف مرحلتي التعليم المتوسط والثانوي على الأقل في مادتين دراسيتين كمادتي العلوم والتربية الاسلامية حول فيروس نقص المناعة البشرية، من أجل ضمان نشر المعارف الأساسية الضرورية ووصولها لفئات المراهقين من الجنسين.
- الاستفادة من وسائل الإعلام والتواصل الاجتماعي لنشر المعلومات حول الفيروس.
- تعزيز التعاون بين القطاع الصحي والتعليم العالي والشؤون الدينية وفعاليات المجتمع المدني لضمان فعالية برامج التوعية.

تعقيب:

لقد تناول هذا الفصل واقع الصحة الإنجابية في الجزائر من خلال معطيات المسح العنقودي السادس، والذي يعتبر آخر مسح أجري في الجزائر ويعكس إلى حد كبير الواقع الصحي المتعلق بصحة الأم والطفل.

تبذل الجزائر منذ الاستقلال جهودا حثيثة للنهوض بالصحة العمومية والتي تتجلى أبرز معالمها في صحة الأم والطفل، وقد جاءت النتائج مشجعة إلا أنها تحتاج إلى بذل المزيد من الجهود من أجل توفير التغطية الصحية والخدمات لجميع الفئات الاجتماعية المختلفة ولجميع السكان عبر مختلف مناطق الوطن، وهذا بالتركيز على تفعيل الدور الرقابي للمؤسسات الصحية للوقوف على أداء العاملين والممارسين الصحيين من خلال المرافقة والتقويم والتكوين المستمر.

تشجيع القطاع الخا أكثر من أجل إنشاء مؤسسات الرعاية الصحية، وهذا بتوسيع تغطية خدمات الضمان الاجتماعي كالتحاليل المخبرية والأشعة والفحوصات المتخصصة لتخفيف العبء على المؤسسات العمومية، وكذا تقديم القروض من أجل إنجاز مصحات وعيادات في المناطق الداخلية والهضاب.

كما جاءت النتائج المتعلقة بمستوى الوعي الصحي لدى النساء في سن الإنجاب منخفضة بغض عن النظر عن المستوى التعليمي، وهو ما يدعو إلى تسطير برامج تهدف إلى تثقيف النشء عبر مختلف المراحل الدراسية والجامعية والمهنية بمستوى المخاطر التي تهدد الصحة الإنجابية للمرأة.

الفصل الثالث: الصحة والتغذية والعيش في بيئة آمنة

التطور النمائي في مرحلة الطفولة المبكرة

الصحة في مرحلة الطفولة المبكرة

التطعيم

رعاية الأطفال خلال التعرض لنوبات المرض

التغذية

الرضاعة الطبيعية

الأمن والحماية

تأديب الأطفال

الترتيبات المعيشية للأطفال

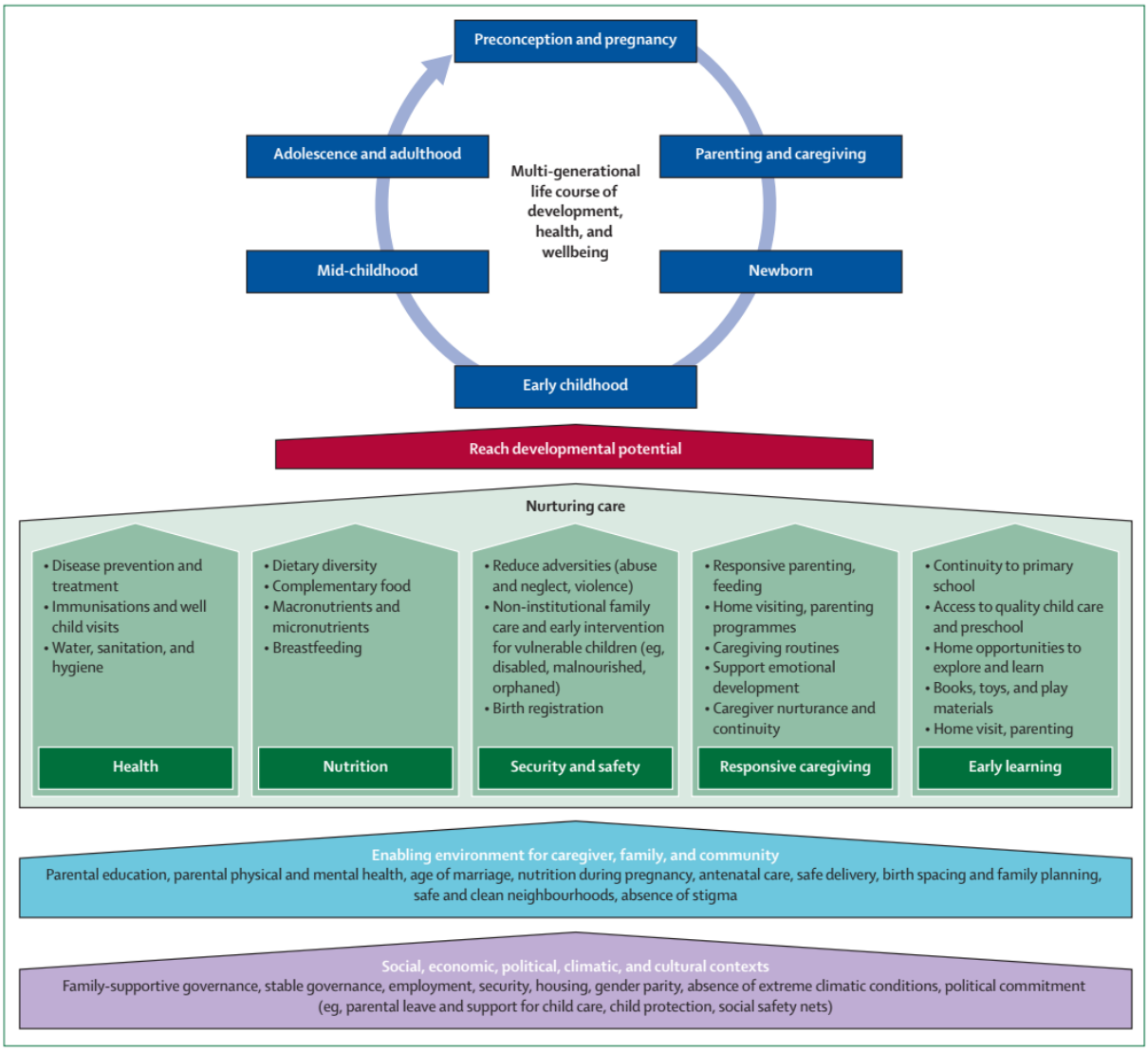
تمهيد:

تعتبر الخمس سنوات الأولى من حياة الطفل فترة حاسمة لتشكيل نموه البدني والعقلي والسلوكي فخلال هذه الفترة يخضع الجسم لتغيرات هائلة ويعتمد ذلك بشكل كبير على التغذية السليمة والرعاية الصحية الشاملة لضمان نمو سليم وصحي، وعليه فالرعاية الصحية والتغذية الجيدة في السنوات الأولى من حياة الطفل هي استثمار لمستقبله، حيث تؤثر بشكل كبير على صحته ونموه طوال حياته، سيتناول هذا الفصل واقع الرعاية الصحية للطفل في الجزائر باعتماد معطيات المسح العنقودي السادس.

1.التطور النمائي في مرحلة الطفولة المبكرة:

يصل الأطفال إلى تحقيق امكانياتهم التنموية عندما يكتسبون الكفاءات التنموية للإنجازات الأكاديمية والسلوكية والاجتماعية العاطفية والاقتصادية عند بلوغهم لمرحلة النضج، وتؤثر العديد من العوامل على اكتساب الكفاءات بما في ذلك: الصحة والتغذية والأمن والسلامة والرعاية الحانة والتعليم المبكر، حيث تتفاعل هذه المجالات مع بعضه البعض ويمكن أن تعزز بعضها البعض بشكل متبادل من خلال عملية التطور، فجميعها ضرورية للعناية الداعمة وتحدث من خلال تفاعلات ثنائية الاتجاه، يبدؤها كل من الأطفال ومقدمو الرعاية وتدعمها بيئاتهم.

شكل رقم 43: آثار السياقات والبيئات والرعاية الداعمة عبر أجيال متعددة.



المصدر: Maureen M Blac, et al: **Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 1**, Early childhood development coming of age: science through the life course, **Lancet,**2017, p77

يمثل المخطط أعلاه، الذي تم تطويره من قبل مجموعة من الباحثين بالتعاون مع اليونيسيف ومجلة لانسيت الطبية، تلخيص آثار السياقات والبيئات والرعاية الداعمة عبر الأجيال المتعددة، على مسار نمو الطفولة منذ مرحلة ما قبل الوضع وحتى مرحلة البلوغ، وكذلك إطارا مفاهيميا شاملا للعوامل التي تؤثر على صحة ورفاهية المجتمع وبالأخص الأطفال ويمكن شرح الشكل عبر النقاط التالية انطلاقا من القاعدة ووصولا إلى القمة:

1.البيئة الداعمة لمقدمي الرعاية والأسرة والمجتمع: تشمل هذه الفئة على العوامل المتعلقة بصحة الوالدين ومستوى تعليمهما، العمر عند الزواج، التغذية خلال الحمل، تباعد الولادات وتنظيم النسل، البيئة النظيفة الآمنة.

2.السياق الاجتماعي والاقتصادي والثقافي والسياسي: تشتمل هذه الفئة على العوامل الأوسع نطاقا التي تؤثر على حياة الأسرة والمجتمع، كالبرامج الوطنية الداعمة للأسرة والطفل، الاستقرار السياسي، توفر فرص العمل، توفر السكن، المساواة بين الجنسين، غياب الظروف المناخية المتطرفة، الالتزام السياسي بحقوق وحماية الطفل، شبكات الأمان الاجتماعي لحماية الأسر من الصدمات الاقتصادية والاجتماعية.

3. مكونات الرعاية الداعمة للطفولة:

الصحة: وتشتمل على الوقاية من الأمراض والعلاج والتطعيمات والرعاية الصحية الأولية والنظافة الشخصية، هذه العناصر الاساسية تضمن حماية الطفل من الأمراض والعدوى مما يساعده على النمو بشكل طبيعي.

التغذية: تشمل التنوع الغذائي وتناول الأطعمة المكملة والحصول على العناصر الغذائية الكافية والرضاعة الطبيعية، فالتغذية السليمة ضرورية لنمو الطفل الجسدي والعقلي وتقوية مناعته.

الأمن والحماية: تشمل حماية الطفل من الإيذاء والإهمال والعنف وتوفير بيئة آمنة ومستقرة له، كما تشمل تسجيل المواليد للحصول على الخدمات الصحية والاجتماعية.

الرعاية الحانة: تشمل توفير الرعاية الحساسة والمتجاوبة لاحتياجات الطفل العاطفية، والتعامل معه بلطف وحنان، وتوفير بيئة محفزة للتعلم والاكتشاف.

التعليم المبكر: تشمل توفير فرص للتعلم واللعب والاستكشاف وتشجيع التفاعل الاجتماعي وتوفير الكتب والأنشطة والألعاب التعليمية.

إن هذه المكونات ليست منفصلة عن بعضها البعض بل هي مترابطة ومتداخلة ومتفاعلة مع بعضها البعض، فعلى سبيل المثال التغذية السليمة والجيدة تساهم في تعزيز الصحة، والصحة الجيدة ترفع قدرات الطفل على التعلم والاكتشاف، والرعاية الحانة توفر البيئة الآمنة ما يجعل الطفل يشعر بالأمان والانتماء، وبالتالي يصبح أكثر استعدادا للتعلم والاكتشاف خارج المحيط الأسري.

4. **الوصول إلى الإمكانيات التنموية:** من أجل تنفيذ مسار الحياة المتعددة الأجيال للتنمية والصحة والرفاه، يجب الوصول إلى تحقيق الامكانيات التنموية للعناصر التالية:

فترة ما قبل الحمل والوضع، رعاية الأبوة والأمومة، المولود الجديد، الطفولة المبكرة، الطفولة الوسطى، المراهقة والبلوغ.

ثم تختتم العمليات بالتغذية الراجعة حيث تعود النتائج الإيجابية المحققة بعائد اقتصادي واجتماعي وثقافي على الأجيال الجديدة ما يضمن استدامة التنمية دون إهدار الموارد الطبيعية والبشرية والبيئية.

إن السياق الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والسياسي قادر على توفير دعم وتوجيه واسع النطاق لتنفيذ برامج مرافقة للأسرة تمكن من توفير الرعاية الداعمة لتهدف إلى الحد من الفقر وتوفير فرص لتحسين نمو الطفل، وتنطلق برامج الحماية الاجتماعية من عملية تسجيل المواليد في السجلات الرسمية وتستمر من خلال الاستثمار المستدام في تخفيف حدة الفقر بغية الحد من انتقال الفقر عبر الأجيال.

وأظهر تحليل لآثار متعددة من الحوافز المالية على تغطية تدخلات صحة الطفل والتي استهدفت الأطفال دون سن الخامسة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل أن البرامج الأكثر نجاحا كانت تلك التي قلصت التفاوتات في اللامساواة الصحية وسهلت الوصول الى الخدمات الأساسية للصحة والرعاية كالتطعيم، والزيارات الطبية المنتظمة وعلاج الاسهال والتغذية السليمة[1].

[1] Diego G Bassani et al : **Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis, BMC Public Health. 2013;13 Suppl 3(Suppl):S30. doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S30. Epub 2013 Sep 17.**

2.الصحة في مرحلة الطفولة المبكرة:

تشتمل الصحة في مرحلة الطفولة المبكرة، على الوقاية من الأمراض والعلاجات والتطعيمات والرعاية الصحية الأولية والنظافة الشخصية، هذه العناصر الاساسية تضمن حماية الطفل من الأمراض والعدوى مما يساعده على النمو بشكل طبيعي، وتحقيق امكانياته التنموية الأربعة بشكل سلس.

1.2. التطعيم:

التطعيم هو وسيلة مثبتة للسيطرة على الأمراض المعدية القاتلة والقضاء عليها، كما يُقدر أن التطعيم يمنع ما بين مليوني وثلاثة ملايين حالة وفاة سنويًا على مستوى العالم[1]. كما أنه استثمار صحي مثمر للغاية، مع وجود استراتيجيات مجربة تجعله متاحًا حتى للفئات السكانية الأكثر صعوبة في الوصول إليها والأكثر ضعفًا، وقد كشفت دراسة حديثة بارزة نشرتها مجلة لانسيت أن جهود التطعيم العالمية أنقذت أرواح أشخاص قُدّر عددهم بنحو 154 مليون شخص أو ما يعادل 6 أرواح كل دقيقة سنوياً على مدى السنوات الخمسين الماضية. وكانت الغالبية العظمى من الأرواح التي أُنقذت 101 مليون شخص هي أرواح الرضّع[2]. وتوصي منظمة الصحة العالمية بتطعيم الأطفال بشكل روتيني ضد مجموعة من الأمراض، بما في ذلك السل، الدفتيريا، السعال الديكي، التيتانوس، شلل الأطفال، الحصبة، التهاب الكبد الوبائي (ب)، المستدمية النزلية من النمط ب، والمستدمية الرئوية، والحصبة الألمانية.

وعلى الصعيد العالمي، يتم استخدام المؤشر b.1.3 من أهداف التنمية المستدامة لقياس التقدم المحرز في تغطية التلقيح الروتيني للأطفال على المستوى الوطني. هذا المؤشر يقيس النسبة المئوية للأطفال الذين تلقوا جميع الجرعات الموصي بها من جميع اللقاحات المدرجة في البرنامج الوطني للتلقيح[3].

---

[1] Faits saillants de la vaccination 2015." Organisation mondiale de la santé. 27 juin 2016. http://www.who.int/immunization/highlights/2015/en/

[2] منظمة الصحة العالمية:: جهود التمنيع العالمية أنقذت أرواح ما لا يقل عن 154 مليون شخص طوال السنوات الخمسين الماضية، 24 /أبريل 2024 بيان صحفي مشترك، **تم الاسترداد يوم 14 أوت 2024**.

[3] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019 : **Op.cit :** p226

1.1.2 تعريف التطعيم:

التطعيم هو طريقة بسيطة ومأمونة وفعالة لحماية الأشخاص من الأمراض الضارة قبل التعرض لها، ويستخدم التطعيم وسائل الدفاع الطبيعية للجسم لبناء القدرة على مقاومة أمراض محددة، فضلا على أنه يقوّي جهازك المناعي.

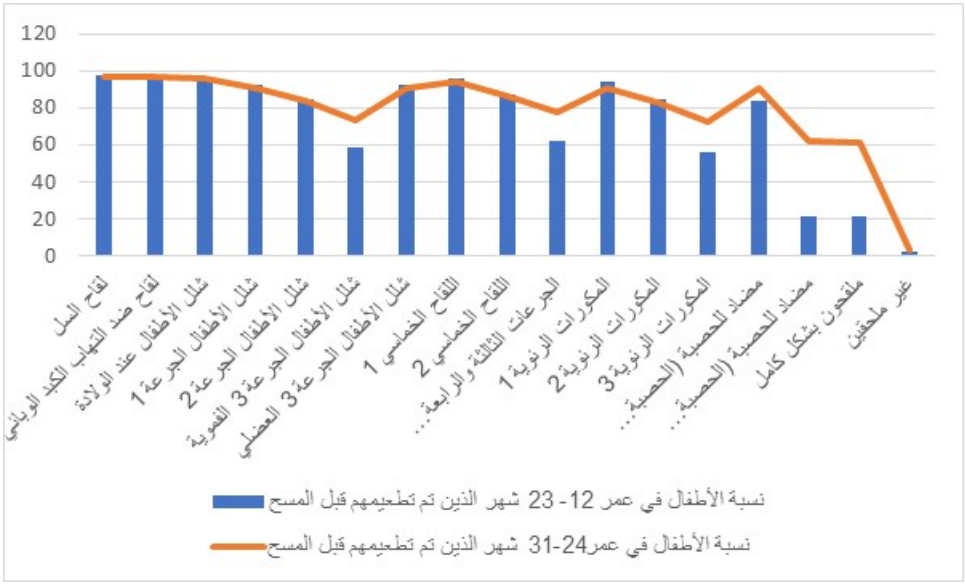
وتدرب اللقاحات الجهاز المناعي على تكوين أضداد، تمامًا كما يحدث عندما يتعرض لمرض ما. ولكن، نظرا لأن اللقاحات تحتوي فقط على أشكال ميتة أو ضعيفة من الجراثيم مثل الفيروسات أو البكتيريا، فإنها لا تسبب المرض ولا تعرضّك لمخاطر مضاعفاته، وتُعطى غالبية اللقاحات عن طريق الحقن، في حين يُعطى البعض الآخر منها عن طريق الفم أو برشّها في الأنف[1].

جدول رقم 05: رزنامة التطعيمات للأطفال في الجزائر من الولادة إلى 18 شهرًا

التطعيمات	العمر
BCG (ضد السل) ، التهاب الكبد الوبائي B (HBV)، شلل الأطفال (VPO)	عند الولادة
خماسي (دفتيريا، تيتانوس، سعال الديكي، هياموفيلوس إنفلونزا من النمط ب)، التهاب الكبد الوبائي B، شلل الأطفال، المكورات الرئوية (بعد أسبوع واحد)	شهران
شلل الأطفال، خماسي، التهاب الكبد الوبائي B	ثلاثة أشهر
شلل الأطفال، خماسي، المكورات الرئوية (بعد أسبوع واحد)	أربعة أشهر
الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية (الحُميراء)	أحد عشر شهرًا
خماسي، التهاب الكبد الوبائي B، شلل الأطفال، المكورات الرئوية (بعد أسبوع واحد)، الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية (الحُميراء)	اثني عشر شهرًا
الحصبة، النكاف، الحصبة الألمانية (الحُميراء)	ثمانية عشر شهرًا
Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019 : **Op.cit :** p227	

[1] منظمة الصحة العالمية: اللقاحات والتمنيع: ما هو التطعيم؟، 23 أفريل 2023، تم الاسترداد يوم 23 سبتمبر 2024

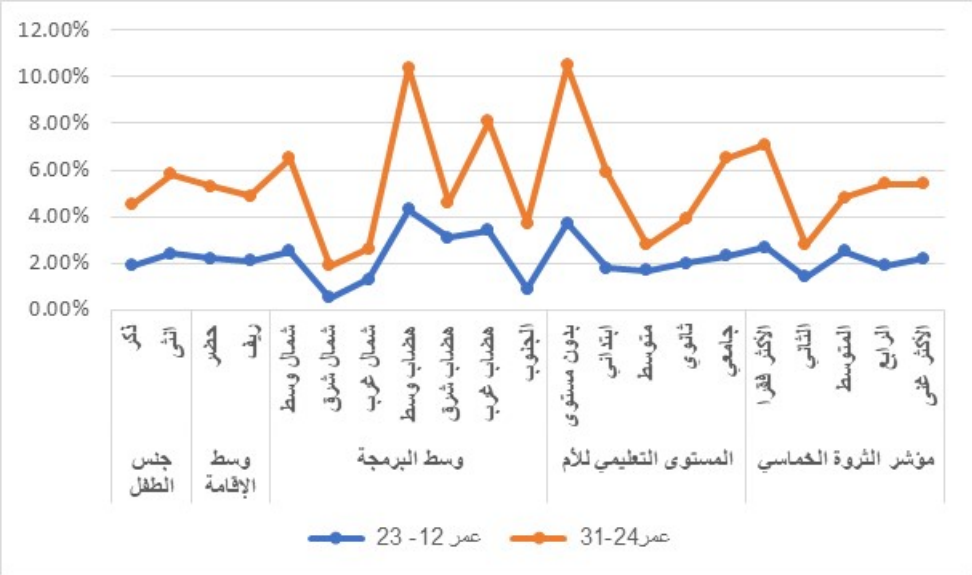
شكل رقم 44: التوزيع النسبي للأطفال الذين تم تطعيمهم في الفئتين العمريتين 12-23 شهر و24-31 شهر في الجزائر خلال سنة 2019 حسب مختلف التطعيمات.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

بشكل عام تشير النتائج الى تغطية جيدة بالتطعيمات للفئتين العمريتين ومعظم التلقيحات تظهر نسبة تغطية تتجاوز 80% ما يدل على نجاح التطعيم في الجزائر، وبالرغم من التغطية الجيدة إلا أننا نلاحظ تباين في تغطية اللقاحات فبعض اللقاحات كالسل واللقاح الخماسي تظهر تغطية عالية، بينما تظهر لقاحات أخرى كالجرعات الإضافية من لقاح شلل الأطفال تغطية أقل، كما نلاحظ أن نسبة الأطفال الذين لم يتلقوا أي تلقيح في الفئتين العمريتين 12-23 و24-31 قد بلغت 2.1% و3% على التوالي.

شكل رقم 45: منحنى التوزيع النسبي للأطفال الذين لم يجروا التطعيم حسب العمر بالأشهر والمحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يظهر المنحى أعلاه تباينا واضحا في تغطية التلقيحات حسب جنس الطفل والمناطق الجغرافية والمستوى الدراسي للأم ومؤشر الثروة الخماسي، ومن الواضح أن نسبة عدم تلقي التطعيم في وسط الأطفال الاناث أكبر منها لدى الذكور، كما يبدو أن هناك علاقة عكسية بين عدم إجراء التلقيح والمستوى الدراسي للأم حيث كلما ارتفع المستوى الدراسي انخفضت نسب عدم اجراء التلقيح، ونفي الأمر بالنسبة لمؤشر الثروة الخماسي، كما نسجل انخفاض طفيف في نسبة عدم التلقيح في الوسط الريفي مقارنة بالحضري، وبالنسبة لأوساط البرمجة احتلت منطقة الهضاب في الوسط أعلى نسبة لعد اجراء التطعيم، مع العلم أن هذه النسب قد تنخفض بعد إجراء التلقيحات الاستدراكية.

2.2. رعاية الأطفال خلال التعرض لنوبات المرض:

تعد الرعاية الصحية للأطفال دون سن الخامسة عند إصابتهم بالأمراض أمر بالغ الأهمية، وذات تأثير مباشر على صحتهم ونموهم على المدى الطويل، ففي هذه المرحلة العمرية الحساسة يكون جهز المناعة لدى الطفل لا يزال في مرحلة التطور، مما يجعله أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المختلفة مثل الالتهاب الرئوي، والسعال، والإسهال والجفاف،

والتي تؤدي للوفاة في بعض الحالات، وهو الأمر الذي يتطلب العلاج الفوري لتجنب المضاعفات.

1.2.2. الاسهال:

تعرف منظمة الصحة العالمية الإسهال بأنه تغوّط الفرد يومياً 3 مرات أو أكثر لبراز رخو أو سائل (أو تغوّطه بمعدل متكرر يزيد بكثير على معدل تغوّطه العادي). ولا يُعتبر التغوّط المتكرر للبراز المتماسك إسهالاً، كما لا يُعتبر كذلك البراز الرخو والطري للرضع الذين يتغذون على الرضاعة الطبيعية.

وعادة ما يكون الإسهال واحداً من أعراض الإصابة بعدوى في الأمعاء يمكن أن تسببها مجموعة متنوعة من الكائنات البكتيرية والفيروسية والطفيلية. وتنتشر عدوى المرض بواسطة الأطعمة أو مياه الشرب الملوثة أو تنتقل عدواه من شخص إلى آخر بسبب رداءة النظافة الصحية.

ويمكن تقليل خطورة الإصابة بالإسهال بواسطة تدخلات رامية إلى الوقاية من المرض، ومنها توفير إمدادات مياه الشرب المأمونة، واستخدام مرافق الصرف الصحي المحسّنة، وغسل اليدين بالصابون. وينبغي علاج الإسهال بمحلول الإماهة الفموي المكون من الماء النظيف والسكر والملح. وإضافة إلى ذلك، يمكن تقصير مدة الإسهال وتحسين حصائل علاجه بفضل أخذ دورة علاج تكميلي تتراوح مدتها بين 10 أيام و14 يوماً بأقراص الزنك القابلة للتشتت[1].

حقائق أساسية:

- يعتبر الإسهال ثالث سبب رئيسي لوفيات الأطفال في عمر أقل من 5 سنوات، وهو مرض يمكن الوقاية منه وعلاجه على حد سواء.
- يتسبب الإسهال سنوياً في زهق أرواح حوالي 832 443 طفلاً دون سن الخامسة وأرواح 851 50 طفلاً إضافياً تتراوح أعمارهم بين 5 و9 سنوات.
- يمكن الوقاية من نسبة كبيرة من حالات الإصابة بمرض الإسهال بفضل إتاحة إمدادات مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية الكافية.
- عالميا يُسجّل حوالي 1,7 مليار حالة إصابة بمرض الإسهال بين الأطفال سنوياً.

1

- مرض الإسهال هو السبب الرئيسي لسوء تغذية الأطفال دون سن الخامسة[1].

كما تشير منظمة اليونيسيف إلى أن أحد الأسباب الرئيسية لوفاة الأطفال الأقل من خمس سنوات يتمثل في الإسهال، حيث أن معظم الوفيات المرتبطة به ناتجة عن الجفاف الشديد بسبب فقدان كميات كبيرة من الماء والأملاح المعدنية من الجسم مع البراز السائل، ويمكن الوقاية من عدد كبير من هذه الوفيات من خلال معالجة الإسهال إما بمحلول الإماهة الفموي (SRO) أو بسوائل منزلية مناسبة (FRH)[2].

محلول الإماهة الفموية(SRO): هو محلول فموي مائي يحتوي نسبة محددة من السكر والأملاح المعدنية ويستخدم لعلاج الجفاف الناجم عن الإسهال، ومتوفر في جميع الصيدليات وبأسعار رمزية.

سوائل منزلية مناسبة (FRH): هي سوائل يمكن تحضيرها في المنزل باستخدام مكونات متوفرة مثل الأرز المسلوق، وتستخدم كبديل لمحلول الإماهة الفموية في حالة عدم توفره.

كما تشير التقديرات إلى أن حوالي 60% من الوفيات الناجمة من الإسهال حول العالم تعزى إلى استهلاك مياه شرب ملوثة وغياب ممارسات صحية كافية، كما أن غسل الايدي بالصابون وحده يمكن أن يخفض خطر الإصابة بالإسهال بنسبة تصل إلى 40%، ويقلل بشكل ملحوظ خطر الإصابة بالعدوى التنفسية، كما تلعب البيئة المنزلية الصحية والممارسات الصحية الجيدة دورا حاسما في الوقاية من انتشار الالتهاب الرئوي والاسهال، ويعتبر توفير مياه الشرب الآمنة والتخلص الآمن من النفايات البشرية بما في ذلك فضلات الأطفال أمرا بالغ الأهمية للقضاء على انتشار الأمراض الإسهالية لدى الأطفال والبالغين[3].

وقد تم استجواب النسوة أو القائمات على رعاية الأطفال دون خمس سنوات خلال إجراء المسح، عما إذا كان أطفالهن قد عانوا من نوبات إسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح، وفي الحالات التي أبلغت فيها الأمهات عن إصابة أطفالهن بالإسهال تم طرح

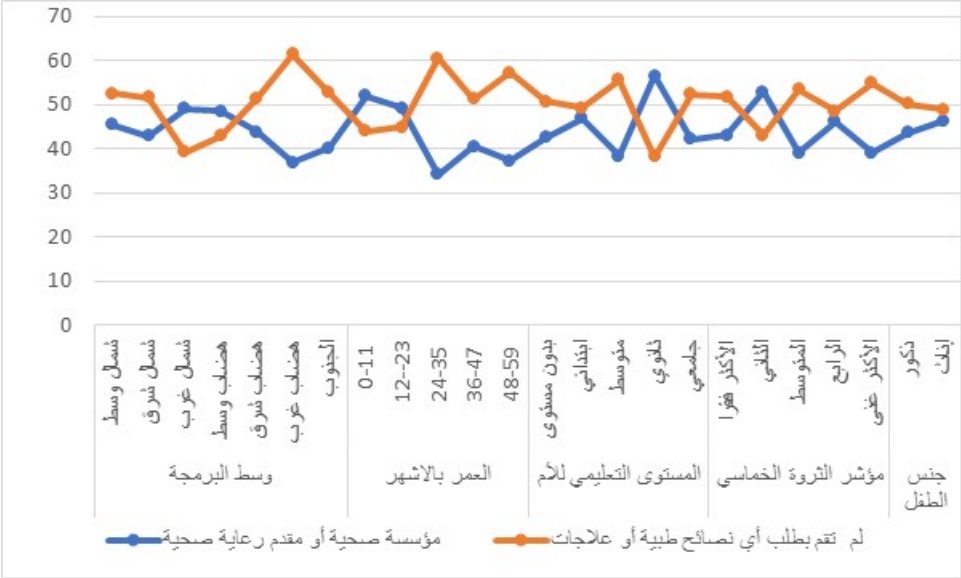
[1] منظمة الصحة العالمية: مرض الاسهال، 7 مارس 2024 https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease تاريخ الاسترداد يوم 25 اوت 2024

[2] UNICEF. One is Too Many: Ending Child Deaths from Pneumonia and Diarrhoea. New York: UNICEF, 2016. https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/11/UNICEF-Pneumonia-Diarrhoea-report2016-web-version.pdf.

[3] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019 : **Op.cit :** p233

سلسلة من الأسئلة حول كيفية معالجة المرض، بما في ذلك ما شربه وتناوله الطفل خلال هذه الفترة وما إذا كانت هذه الحالات أكثر أو أقل توترا مقارنة بالعادات الغذائية للطفل.

شكل رقم 46: المنحنى النسبي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-59 شهرًا والذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح والذين تم البحث عن استشارة طبية أو علاج لهم، حسب مصدر هذه الاستشارة أو العلاج في الجزائر خلال وفق المحددات الاجتماعية سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

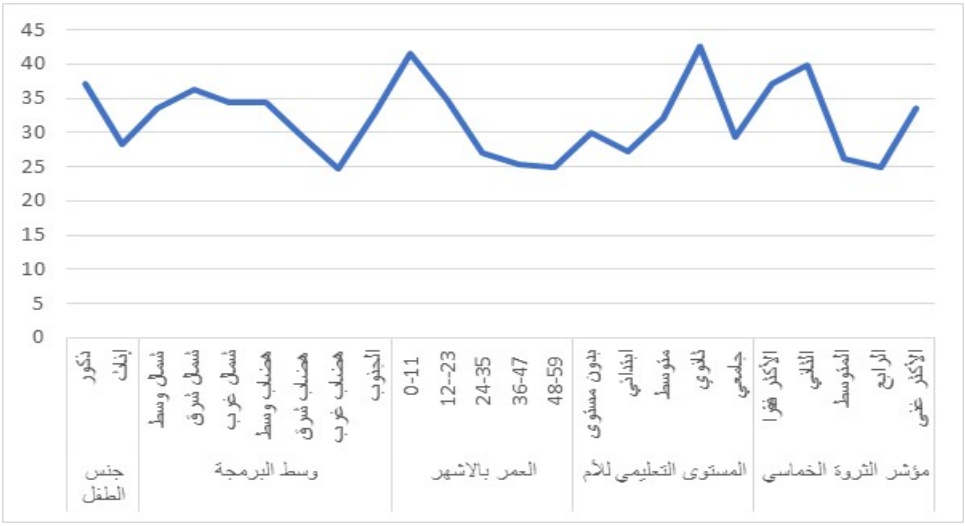
يعرض الشكل البياني نسبة الأطفال بعمر أقل خمس سنوات، والذين عانوا من الاسهال خلال الأسبوعين السابقين لتاريخ إجراء المسح، والذين تم البحث لهم عن استشارة طبية أو علاج، وهذا وفق مصدر هذه الاستشارة الطبية أو العلاج، في الجزائر خلال سنة 2019، ويهدف هذا التحليل إلى محاولة فهم أنماط البحث عن الرعاية الصحية للأطفال المصابين بالإسهال في الجزائر وتحديد العوامل التي تؤثر على هذا السلوك.

بشكل عام هناك ارتفاع في نسبة الأطفال الذين لم يتم البحث لهم عن أي استشارة طبية أو علاج، مقارنة بالأطفال الذين قد تم البحث لهم وقد يرجع ذلك إلى خبرة الأمهات أو القائمات على رعاية الأطفال في كيفية التعامل مع حالات الإسهال.

كما تظهر النسب تفاوتا حسب الفئات العمرية والمناطق الجغرافية والجنس والمستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة.

تظهر النسب أعلى قيمة في الفئات العمرية 12-23 شهرا و24-35 شهرا مما يشير إلى أن القائمين على الرعاية قد يكونون أكثر قلقا واهتماما عند البحث عن رعاية صحية لأطفالهم في هذه المرحلة العمرية المبكرة من حياة الطفل، وبالنسبة إلى المستوى التعليمي ترتفع النسبة بشكل عام مع ارتفاع المستوى التعليمي للأم مما يشير إلى أن الأمهات المتعلمات أكثر وعيا بأهمية البحث عن الرعاية الصحية لأبنائهن، أما بالنسبة لمؤشر الثروة الخماسي فالنسبة تزداد مع زيادة الثروة مما يدل على أن الأسر ذات الدخل المرتفع أكثر قدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية، أما المناطق الجغرافية فتختلف النسب بينها بشكل ملحوظ ما يدل على وجود تفاوتات في الوصول إلى الخدمات الطبية، وبالنسبة لمتغير الجنس فنلاحظ ارتفاع الاهتمام بالإناث مقابل الذكور في البحث عن الرعاية والعلاج في حالة الإصابة بالإسهال.

شكل رقم 47: منحنى التوزيع النسبي للأطفال الأقل من خمس سنوات والذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وعولجوا بمحلول الإماهة الفموية (SRO) أو سوائل منزلية (FRH) موصى في الجزائر خلال سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتبين من المنحنى البياني أعلاه وجود تفاوت واضح في نسبة الأطفال المعالجين من الاسهال، حسب مختلف أوساط البرمجة الإقليمية في الجزائر حيث سجلت بعض المناطق نسبا مرتفعة مقارنة بالأخرى، مما يشير إلى وجود عوامل محلية تؤثر على طرق العلاج، وبالنسبة لمتغير الجنس نلاحظ ارتفاع النسبة لصالح الذكور مقابل الاناث، وهذا قد يرجع

إلى حدة الإسهال في وسط الذكور مقارنة بالإناث أو لعوامل أخرى تحتاج البحث أكثر للكشف عنها.

بالنسبة لمتغير العمر نلاحظ ارتفاع النسبة خلال السنة الأولى والثانية من عمر الطفل وهذ يعود الى اهتمام الآباء بالطفل خلال هذه المرحلة الحساسة، أما بالنسبة إلى المستوى التعليمي ترتفع نسبة استخدام محلول الاماهة بشكل عام مع ارتفاع المستوى التعليمي للأم مما يشير إلى أن الأمهات المتعلمات أكثر وعيا بأهمية البحث عن الرعاية الصحية لأبنائهن، أما فيما يتعلق بمؤشر الثروة الخماسي فنلاحظ ارتفاع النسبة في الخميس الأكثر فقرا والثاني وتنخفض في المتوسط والرابع لترتفع في الخميس الأكثر غنى، وهذا التذبذب قد يرجع لمتغيرات وسيطة أخرى تتعلق بعدد حالات الاسهال المسجلة في كل فئة خمسية.

2.2.2. أعراض العدوى التنفسية الحادة IRA

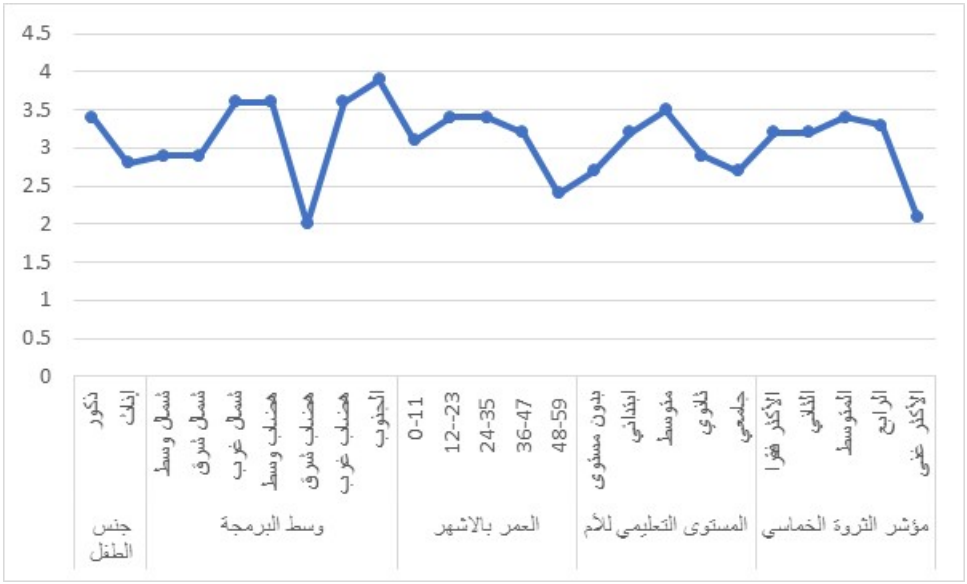
تعرف منظمة الصحة العالمية الالتهاب الرئوي، بأنه شكل من أشكال العدوى التنفسية الحادة التي تصيب الرئتين، حيث تتشكّل الرئتان من أكياس صغيرة تُدعى الأسناخ، وتلك الأكياس تمتلئ بالهواء عندما يتنفس الشخص السليم. وعندما يُصاب المرء بالالتهاب الرئوي تمتلئ أسناخ رئتيه بالقيح والمواد السائلة، ممّا يجعل التنفس مؤلماً ويحدّ من مدخول الأوكسجين.

ويأتي الالتهاب الرئوي في مقدمة أسباب وفيات الأطفال في جميع أنحاء العالم. فقد أودى بحياة 740180 طفلا دون سن الخامسة في عام 2019، ممّا يمثّل 14% من مجموع الوفيات التي تُسجّل في صفوف تلك الفئة، و22٪ من جميع وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم سنة إلى 5 سنوات. ويلحق هذا المرض أضراراً بالأطفال وأسرهم في كل مناطق العالم، ولكن تُسجَّل أعلى نسبة من الوفيات في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ويمكن حماية الأطفال من الالتهاب الرئوي، ويمكن توقيه بتدخلات بسيطة ويمكن علاجه بأدوية ورعاية صحية زهيدة التكلفة لا تتطلّب تكنولوجيا عالية.

كما يمكن علاج الالتهاب الرئوي الذي تسببه الجراثيم بالمضادات الحيوية، ويعد **الأموكسيسيلين** المضاد الحيوي المفضّل لعلاج الخط الأول وهو يُوزّع في شكل أقراص. وأغلبية حالات الالتهاب الرئوي تتطلب مضادات حيوية فموية، والتي غالباً ما توصف في أحد المراكز الصحية. كما يمكن تشخيص وعلاج هذه الحالات باستخدام مضادات حيوية

فموية زهيدة الثمن على مستوى المجتمع المحلي من قِبل عاملين صحيين مجتمعيين مدربين. ويوصى باستشفاء الحالات الوخيمة في المستشفى.[1]

شكل رقم 48: المنحنى النسبي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-59 شهرًا والذين عانوا من الالتهاب الرئوي الحاد خلال الأسبوعين السابقين للمسح حسب المحددات السوسيواقتصادية



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

من خلال الشكل يمكننا رصد الملاحظات التالية:

- انخفاض الإصابة في وسط الأطفال بالالتهاب الرئوي الحاد خلال فترة الأسبوعين السابقين لتاريخ اجراء المسح في الجزائر سنة 2019، حيث لم تتعد 3.1%، وقد أشار تقرير المسح أنه في بعض قد لا تستطيع الأمهات التحديد بدقة أعراض الإصابة بهذا المرض ما يعني أن نسبة الإصابة قد تكون أقل.
- هناك اختلاف في نسبة الإصابة وفق المحددات السوسيواقتصادية فبالنسبة لمتغير الجنس نلاحظ ارتفاع الإصابة ين الذكور اكثر منها لدى الاناث، وبالنسبة للمناطق الجغرافية نلاحظ ارتفاع الإصابة في مناطق شمال غرب والهضاب وسط والجنوب الكبير وهو ما يدعو الى البحث المعمق للكشف عن المتغيرات الوسيطة التي تتحكم في الظاهرة، أما بالنسبة لمحدد العمر فنلاحظ ارتفاع الإصابة في السنة الأولى من عمر الطفل والثانية

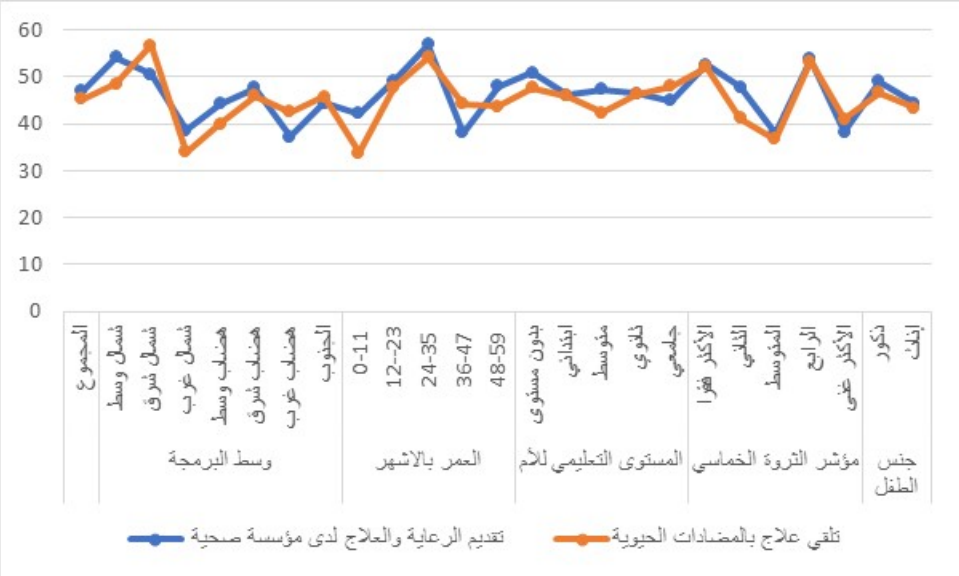
[1] منظمة الصحة العالمية: الالتهاب الرئوي عند الأطفال، 11 نوفمبر 2022 https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia تم الاسترداد يوم 26 جوان 2024.

لتنخفض تدريجيا، وهذا قد يعود بشكل أساسي الى تطور أداء جاز المناعة عند الأطفال مع نموهم الجسمي والعمري، وبالنسبة للمستوى التعليمي للأم نلاحظ تذبذب في النسب حيث تنخفض في مستوى ابتدائي وجامعي، وهو ما يشير ربما الى وجود متغيرات وسيطة تؤثر في توزيع نسب الإصابة كوسط البرمجة مثلا، اما المستوى الاقتصادي للأسر فنلاحظ العلاقة العكسية بين ارتفاع مؤشر الرفاه، وانخفاض نسبة الإصابة وهذا يدل على أهمية العامل الاقتصادي في الوقاية من أمراض الطفولة.

1.2.2.1 البحث عن الرعاية وعلاج العدوى التنفسية الحادة بالمضادات الحيوية:

تضع الأمم المتحدة الهدف 1.8.3 من مجموعة الأهداف الإنمائية في آفاق 2030 ويعبر عنه بتحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة، وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة والجيّدة والفعالة.

شكل رقم 49: منحنى التوزيع النسبي للأطفال الذين اظهروا اعراض الالتهاب الرئوي الحاد وتلقوا الرعاية والعلاج في مؤسسة صحية عمومية أو خاصة والأطفال الذين تلقوا علاجا بالمضادات الحيوية خلال الأسبوعين السابقين للمسح سنة 2019 بالجزائر



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

من خلال الشكل أعلاه يمكن استخلاص الملاحظات التالية:

تقارب في نسب تلقي الرعاية في مؤسسات الرعاية الصحية ونسب تلقي العلاج بالمضادات الحيوية ما يعني وجود وعي لدى مقدمي الرعاية بأهمية تقديم المضادات الحيوية كعلاج فعال وضروري، وهو ما يشير إلى أن أغلب الأطفال الذين تم عرضهم على مؤسسة صحية قد تلقوا العلاج المناسب.

وجود تباين كبير في نسب تلقي الرعاية والعلاج حسب الفئات العمرية المختلفة، والمستويات التعليمية للأمهات، ومؤشرات الثروة، والمناطق الجغرافية وجنس الطفل المصاب.

وعليه قد يكون للأطفال الذين يعيشون في المناطق النائية أو لأمهات ذوات مستوى تعليمي متدني صعوبة أكبر في الحصول على الرعاية الصحية الملائمة.

3. التغذية:

إن التغذية الجيدة للرضع وللأطفال، تعتبر من أهم العوامل التي تؤثر على نموهم البدني والعقلي وتساعدهم على بناء أساس صحي لحياة ذات جودة على جميع المستويات، فالممارسات المثلى لتغذية الرضيع والطفل الصغير قادرة على زيادة فرص البقاء على قيد الحياة، وتعزيز النمو والتطور الصحي للجسم، لا سيما خلال الفترة الحرجة الممتدة من الولادة حتى سن العامين.

إن الرضاعة الطبيعية خلال السنوات الأولى من حياة الطفل تحميه من العدوى وتعتبر مصدرا مثاليا لجميع العناصر الغذائية، بالإضافة إلى كونها اقتصادية وآمنة. "كما أنها تزيد في معدل الذكاء وتخفض من احتمال زيادة الوزن ومرض السكري، كما أنها توفر حماية من سرطان الثدي وتحسن تباعد الولادات ويمكن أن يؤدي توسيع نطاق الرضاعة الطبيعية عالميا إلى تجنب وفاة 823000 سنويا بين الأطفال دون 5 سنوات"[1].

1.3 الرضاعة الطبيعية:

إن الرضاعة الطبيعية طريقة لا مثيل لها لتوفير الغذاء المثالي لنمو الرُضَّع ونموهم الصحي، وضمان بقائهم على قيد الحياة. ومع ذلك، هناك طفلان تقريبًا من كل ثلاثة أطفال لا يحصلان على الرضاعة الطبيعية الخالصة في الأشهر الستة التي يُوصى بالاقتصار

[1] Cesar G Victora et al: **Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect, The lancet, 2016, N 387, p475.**

خلالها على الرضاعة الطبيعية في تغذية الرضع. لبن الأم هو الغذاء المثالي للرُضَّع. فهو مأمون ونظيف ويحتوي على أجسام مضادة تساعد في حمايتهم من العديد من أمراض الطفولة الشائعة.[1]

وعلى الرغم من هذه الفوائد الجوهرية فإن ممارسات الرضاعة الطبيعية ليست مثالية في العديد من مناطق العالم، فكثير من الأطفال لا يبدأون الرضاعة الطبيعية في وقت مبكر بما فيه الكفاية ولا يتم ارضاعهم رضاعة طبيعية حصرية خلال الأشهر الستة الأولى كما هو موصى به أو يتم فطامهم بشكل مبكر.[2]

ويؤدي التحول الى الحليب الاصطناعي إلى تباطؤ النمو وسوء التغذية بالفيتامينات والمعادن، كما يمكن أن يعرض حياة الطفل للخطر خاصة في البيئات التي تفتقر إلى الظروف الصحية وماء الشرب النظيف، وفي بعض الأحيان يكون الحليب الصناعي خطيرا حتى مع التحضير والنظافة الصحيحة في المنزل، وهذا بسبب التعبئات غير السليمة أو التلوثات الأخرى خلال سلاسل التوريد.[3]

توصي كل من اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية بأن يتم[4]:

أ. ارضاع الطفل رضاعة طبيعية خلال الساعة الأولى من الولادة.

ب. إرضاع الطفل رضاعة طبيعية حصرية خلال الستة أشهر الأولى من عمره.

ت. الاستمرار في الرضاعة الطبيعية حتى يبلغ الطفل عمر السنتين.

كما يجب أن تقترن الرضاعة الطبيعية بدءا من عمر ستة أشهر بتغذية آمنة ومناسبة لعمر الطفل، تتضمن أطعمة صلبة وشبه صلبة ولينة تستجيب لاحتياجات الطفل.

---

[1] منظمة الصحة العالمية: اقتصروا على الرضاعة الطبيعية لمدة 6 أشهر، https://www.emro.who.int/ar/nutrition/breastfeeding/index.html، تم الاطلاع بتاريخ 30 أوت 2022.

[2] UNICEF : **Dès la première heure de la vie.** Plaider pour une alimentation améliorée du nourrisson et du jeune enfant partout dans le monde, New York, 2016.

[3] Gossner, C. et al. “L’incident de la mélamine : conséquences pour la sécurité internationale des denrées alimentaires et des aliments pour animaux.” Perspective d’Environ Health 117, no. 12 (2009) : 1803–1808. doi: 10.1289 / ehp.090094

[4] OMS. Principes directeurs pour l'alimentation des enfants non allaités âgés de 6 à 24 mois. Geneva: WHO Press, 2005. تم الاطلاع يوم 12 أفريل 2018

شكل رقم 50: التوزيع العالمي للرضاعة الطبيعية عند عمر 12 شهرا

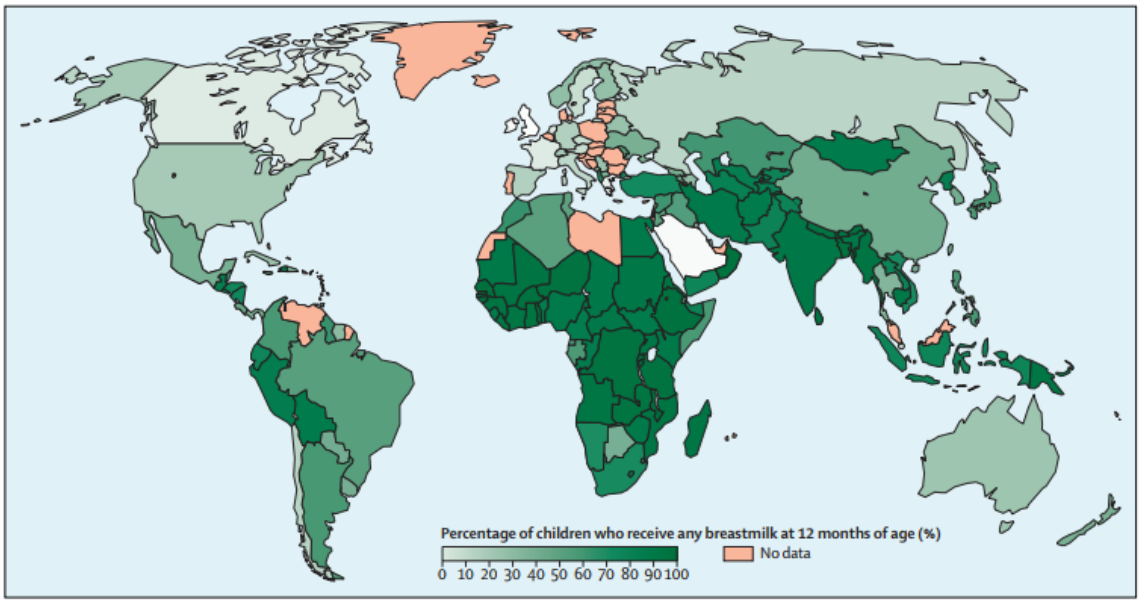
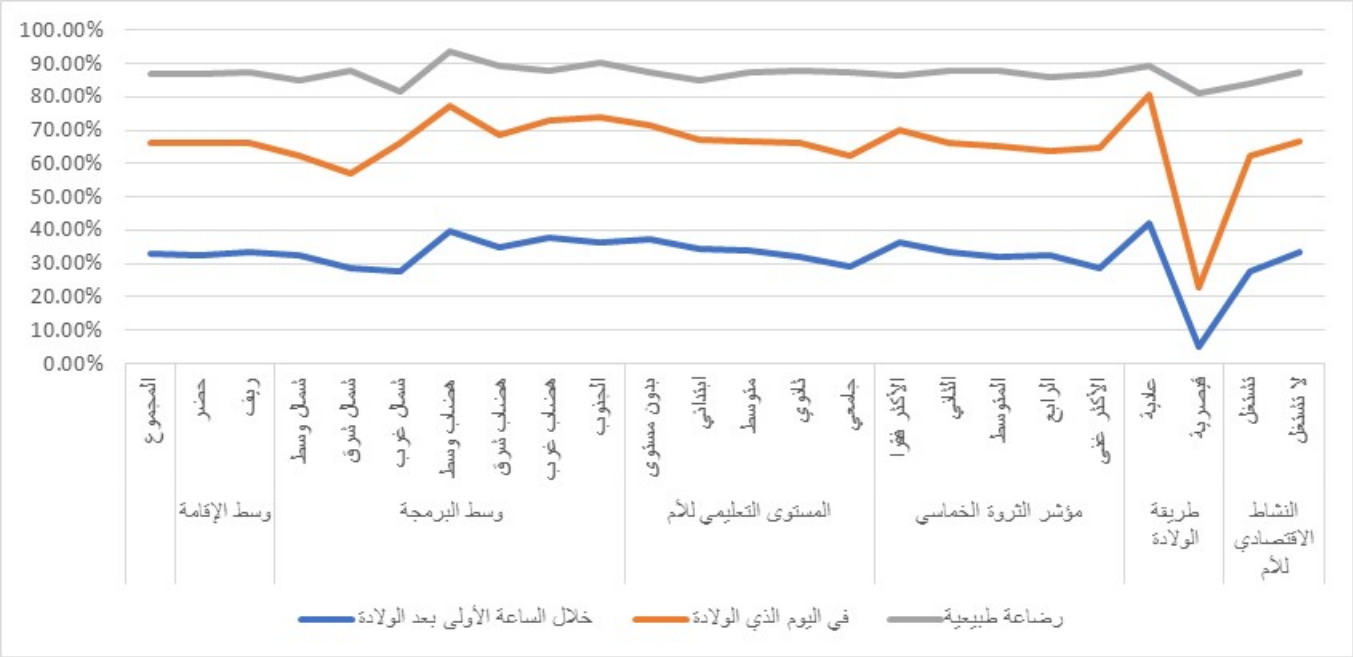


Figure 1: **Global distribution of breastfeeding at 12 months**
Data are from 153 countries between 1995 and 2013.

المصدر: Cesar G Victora et al: **Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect, The lancet, 2016, N 387, p477**

يتبين من الشكل أن الرضاعة الطبيعية تنتشر في الدول المنخفضة الدخل أكثر منها في الدول المرتفعة الدخل، وهذا يعود إلى العادات والتقاليد في دول الجنوب التي تعتبر الرضاعة الطبيعية كجزء أساسي في تربية الطفل وقد ترجع كذلك إلى التكلفة المرتفعة للحصول على الحليب الصناعي، إضافة إلى انتشار القيم الثقافية الاستهلاكية في الدول المتقدمة.

شكل رقم 51: نسبة الأطفال الذين تم ارضاعهم طبيعيا بشكل مبكر والمولودين خلال السنتين السابقتين للمسح وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يمكننا استخلاص الملاحظات التالية من الشكل أعلاه:

بلغت نسبة الأطفال الذين تم ارضاعهم طبيعيا بشكل مبكر 87.1% وهي نسبة جيدة.

- يوجد تفاوت في توزيع النسبة وفق أوساط البرمجة الإقليمية، حيث ترتفع في منطقة الهضاب وسط وتنخفض في منطقة شمال شرق.

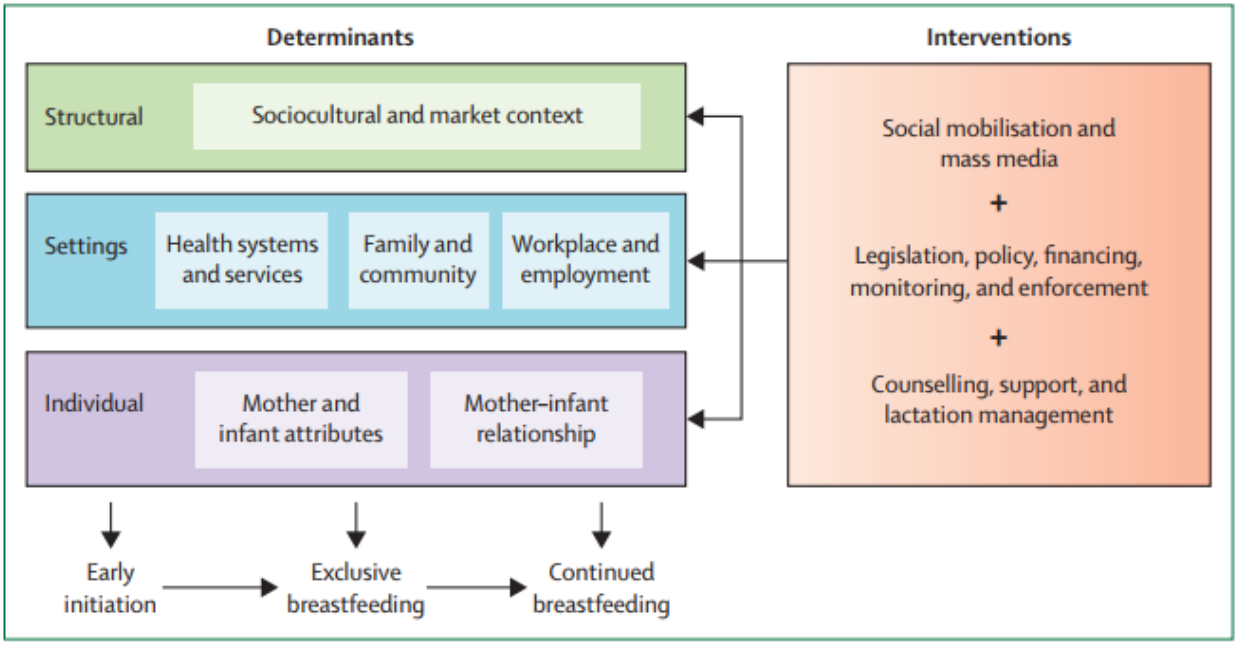
- ترتفع النسبة بشكل ملحوظ لدى الأمهات اللاتي وضعن مواليدهن بطريقة عادية في مقابل من وضعن بطريقة قيصرية، وهذا يعود إلى أن طريقة الولادة القيصرية تتطلب إبعاد الرضيع عن الأم خلال الساعات الأولى بعد الوضع تفاديا للمضاعفات التي قد تنجم عن ذلك.
- ترتفع النسبة لدى الأمهات غير المشتغلات مقارنة بالمشتغلات.
- بالنسبة للمستوى الدراسي للأم فنلاحظ انخفاض النسبة بشكل طفيف كلما ارتفع المستوى الدراسي

كما نلاحظ كذلك انخفاض نسبة الارضاع الطبيعي مع ارتفاع مؤشر الثروة الخماسي.

1.1.3. تغذية المواليد الجدد

لم يسبق في تاريخ العلم أن توصل إلى معرفة الأهمية المعقدة للرضاعة الطبيعية لكل من الأمهات والأطفال مثل ما تم التوصل إليه خلال الثلاثة عقود الماضية، حيث وفرت نتائج الدراسات الوبائية والمعرفة المتزايدة بأدوار علم الوراثة دعما قويا لأفكار فالكويست وجيلف التي ترى بأن غياب الرضاعة الطبيعية لا يمكن للإنسان أن يبقى على قيد الحياة[1].

شكل رقم 52: عناصر البيئة الداعمة للرضاعة الطبيعية



المصدر: Nigel C Rollins, and al: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices, Thelancet, 2016, No 387, P492.

يوضح الشكل أعلاه المحددات الهيكلية للرضاعة الطبيعية والمدخلات التي يمكنها أن تدعمها، ويمكن تقسيم هذه المحددات إلى ثلاثة مستويات رئيسية:

المستوى البنيوي (Structural): يشمل هذا المستوى العوامل الاجتماعية والثقافية والمواقف الاجتماعية تجاه الرضاعة الطبيعية وتسويق بدائل حليب الأم.

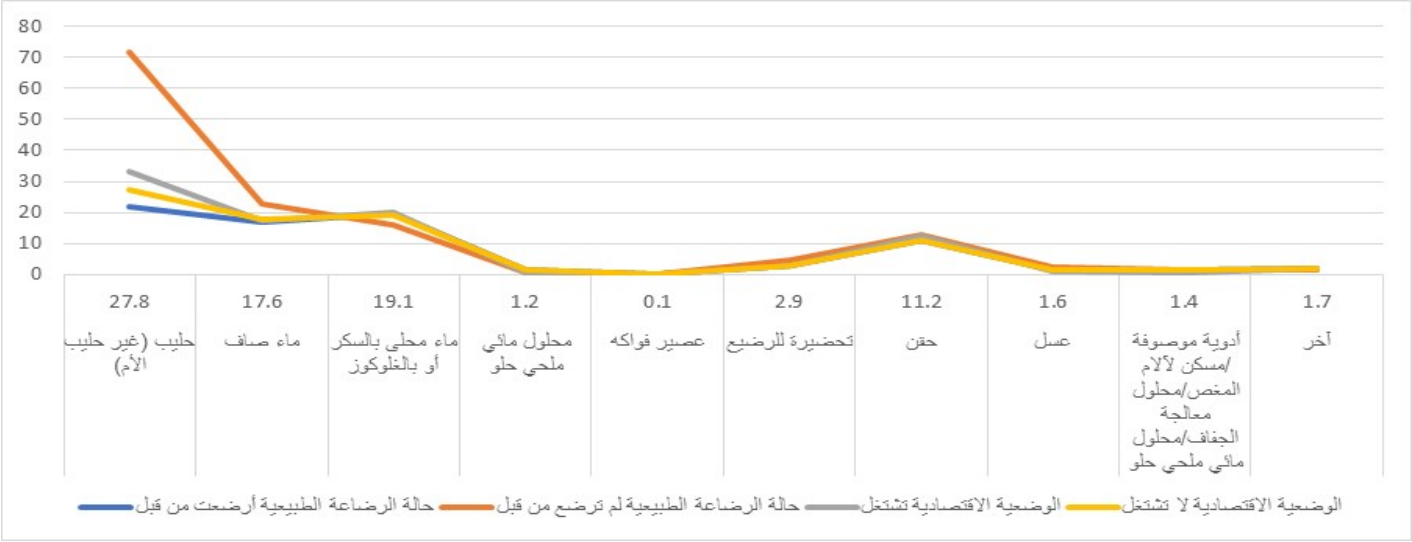
[1] Nigel C Rollins, and al: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices, Thelancet, 2016, No 387, P492.

المستوى البيئي (Settings): يشمل سياسات الرعاية الصحية ودعم الأسرة والمجتمع وتوفير عطل الأمومة ووجود مرافق الرضاعة في أماكن العمل.

المستوى الفردي (Individuel): يشمل صحة الأم وعمرها وتعليمها وخبرتها السابقة بالرضاعة الطبيعية ووزن الطفل عند الولادة.

يوضح الشكل أن محددات الرضاعة الطبيعية تعمل على مستويات مختلفة وأن المدخلات لدعم الرضاعة الطبيعية يجب أن تستهدف هذه المدخلات المختلفة، على سبيل المثال: يمكن أن تساهم الحملات الإعلامية المكثفة عبر مختلف الوسائل الإعلامية في تغيير المواقف تجاه الرضاعة الطبيعية، بينما يمكن أن تساعد التشريعات والقوانين في توفير بيئة داعمة للرضاعة الطبيعية.

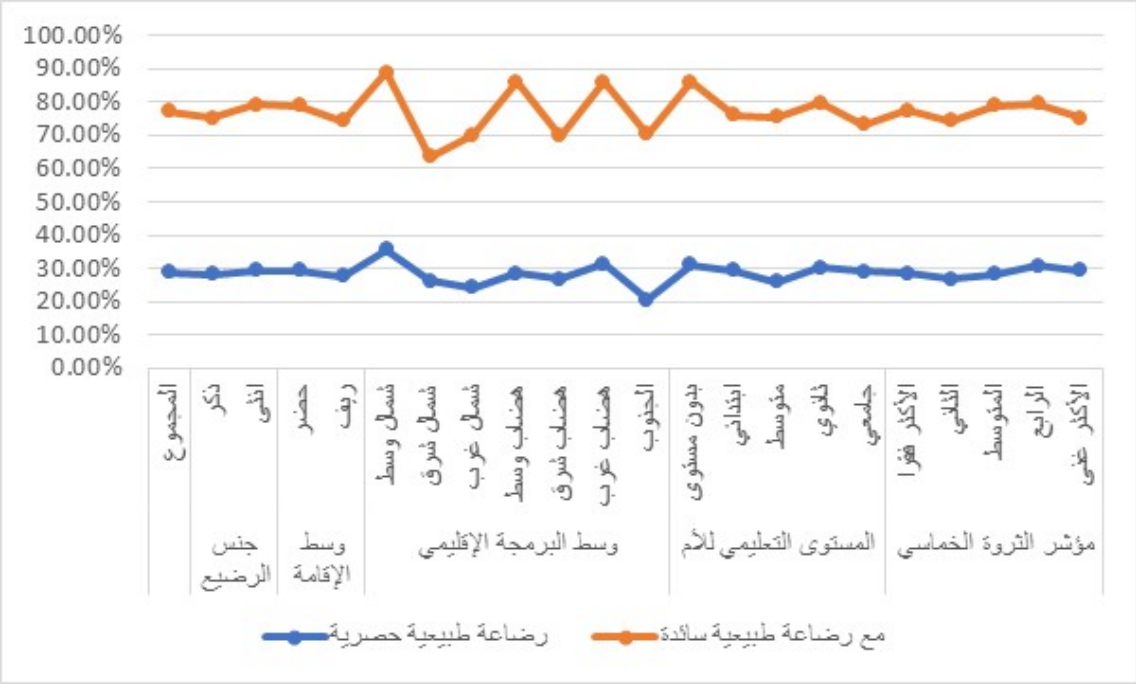
شكل 53: التوزيع النسبي للأطفال الرضع الذين تم إطعامهم أي شيء آخر غير حليب الأم خلال الأيام الثلاثة الأولى من حياتهم وفق حالة الرضاعة في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتبين من الشكل أن الأمهات اللاتي سبق لهن أن أرضعوا من قبل أكثر إقبال على الرضاعة الطبيعية مقارنة بالأمهات اللاتي يرضعن لأول مرة، حيث بلغت نسبة الأطفال الذين تم ارضاعهم بحليب غير حليب الأم 71.1% في مقابل 21.1% على التوالي.

شكل رقم 54: التوزيع النسبي لانتشار استخدام الرضاعة الطبيعية للأطفال في عمر 0-5 أشهر وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.

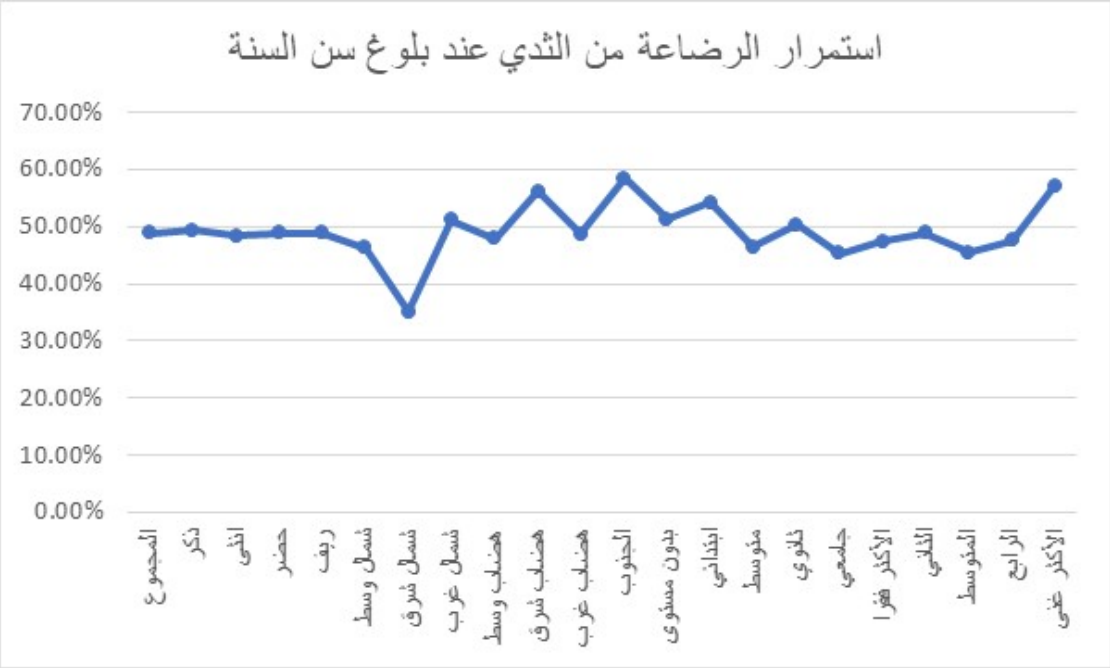


المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يوضح الشكل أعلاه مدى انتشار استخدام الرضاعة الطبيعية في الجزائر سنة 2019 للأطفال في عمر 0-5 أشهر وفق المحددات السوسيواقتصادية، حيث يمثل المنحنى البياني الأزرق نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية الحصرية، وعموما فإن نسبة انتشارها خلال هذه الفترة العمرية الحساسة لم تتعد نسبة 29%، وهي نسبة متواضعة عكس ما توصي به منظمة الصحة العالمية والدراسات التي تؤكد أهمية ذلك، وبالنظر إلى مختلف المحددات نلاحظ أن تفاوتات بسيطة، ما عدا في أوساط البرمجة الإقليمية حيث تم تسجيل 24.1% في منطقة الجنوب 35.7% في منطقة شمال وسط كنسب انتشار الرضاعة الطبيعية الحصرية، كما ترتفع أكثر قليلا في المدن مقارنة بالريف.

كما يمثل المنحنى البياني البني نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية باعتبارها سائدة مع استخدام نمط آخر من الرضاعة كالحليب الاصطناعي، حيث بلغت 89% بشكل عام.

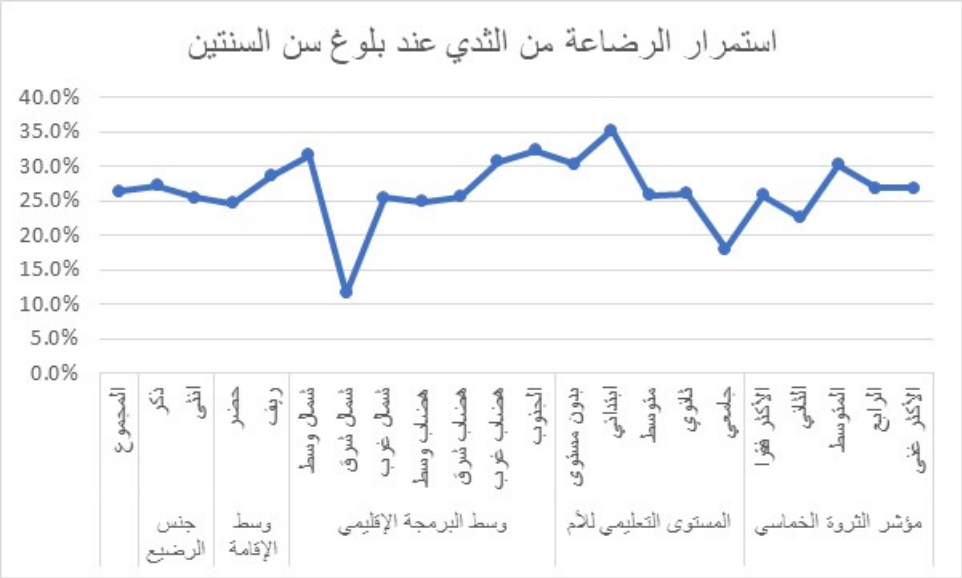
شكل رقم 55: التوزيع النسبي لانتشار استخدام الرضاعة الطبيعية للأطفال في عمر 12-15 أشهر وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يمثل الشكل أعلاه نسب انتشار الرضاعة الطبيعية الى غالية بلوغ الطفل عمر عام واحد، حيث لم تتعد في الإجمال نسبة 48.80% ونلاحظ تسجيل تفاوتات ملحوظة حسب المناطق السكنية حيث سجلت أخفض نسبة انتشار في منطقة شمال شرق وأعلى نسبة في منطقة الجنوب الكبير، كما نلاحظ تفاوتات حسب المستوى التعليمي للأم، وترتفع نسب الانتشار بارتفاع المستوى المعيشي للأسر.

شكل رقم 56: التوزيع النسبي لانتشار استخدام الرضاعة الطبيعية للأطفال في عمر 12-15 أشهر وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يمثل الشكل أعلاه نسبة استخدام الرضاعة الطبيعية إلى غاية بلوغ الطفل عمر عامين، ونلاحظ بلوغها نسبة 26.4% مع تسجيل تباين كبير حسب المحددات السوسيواقتصادية حيث ترتفع في الوسط الريفي أكثر من الوسط الحضري، وترتفع في مناطق شمال وسط والهضاب العليا غرب والجنوب الكبير، في مقابل انخفاض ملحوظ في منطقة شمال شرق، كما نسجل ارتفاع النسب لدى الأمهات اللاتي لديهن مستوى ابتدائي أو أقل وتنخفض لدى الأمهات الجامعيات، وهذا ما يدل على تأثير العامل الثقافي على سلوك الرضاعة الطبيعية عند الأم في الجزائر، كما نسجل كذلك ارتفاع نسبة الاستخدام بارتفاع المستوى المعيشي للأسر.

2.1.3. الممارسات التغذوية لدى الرضع والأطفال الصغار (ANJE):

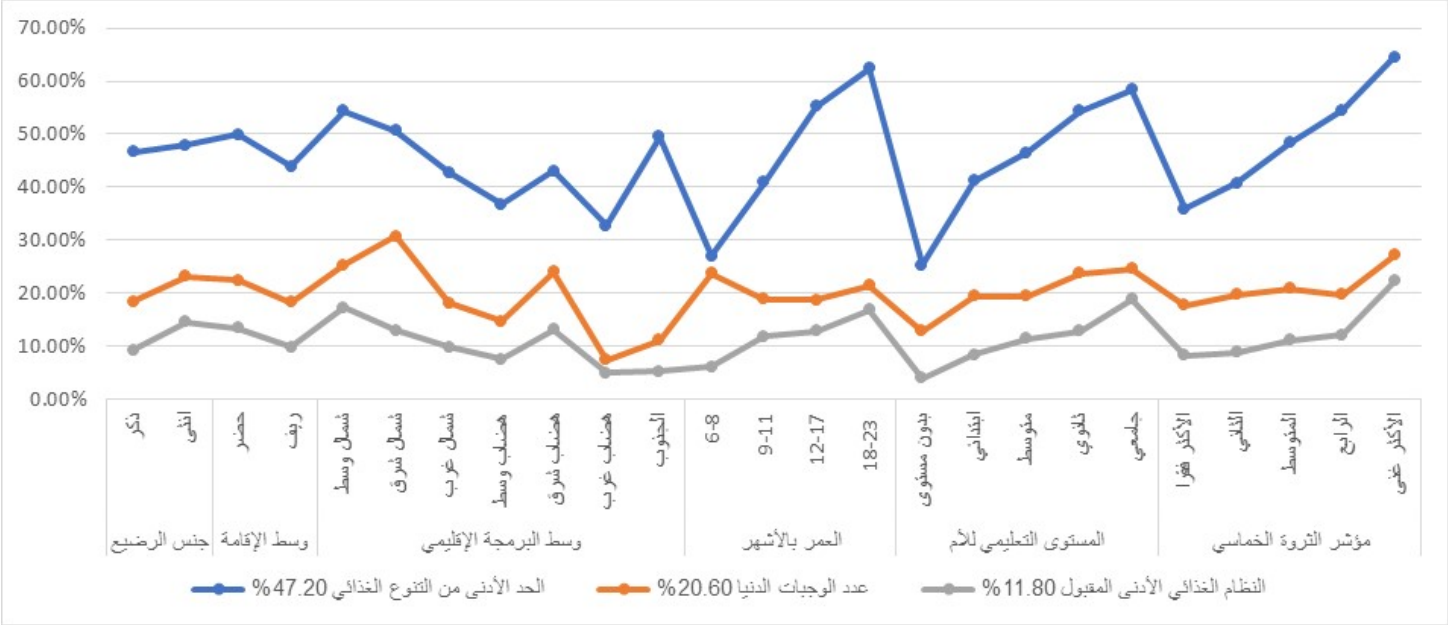
يعتبر عمر ستة 6 أشهر نقطة تحول هامة في حياة الرضيع، فمن الناحية الغذائية تبدأ احتياجاته الغذائية تتجاوز ما يوفره حليب الأم وحده، لذلك لابد من تقديم الأغذية والأطعمة التكميلية إلى جانب الرضاعة الطبيعية لتلبية هذه الاحتياجات المتزايدة، وقد يتعثر النمو في هذه الفترة إذا لم يعط هذه الأغذية أو إذا أعطيت بشكل غير مناسب.

وتوصي منظمة الصحة العالمية بوجوب اتباع النصائح التالية من أجل تحقيق تغذية مثلى:

- الاستمرار في توفير الرضاعة الطبيعية بشكل متكرّر وبناء على طلب الرضيع حتى بلوغه عامين من العمر أو أكثر من ذلك؛
- ممارسة التغذية التي تلبي الاحتياجات (أي تغذية الرضّع بشكل مباشر وإعانة الأطفال الأكبر سناً. والحرص على تغذيتهم ببطء وتأن، 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 السنّ؛
- القيام تدريجياً بزيادة سمك قوام الأغذية وزيادة تنوّعها؛
- زيادة عدد الوجبات، أي توفير 2–3 وجبات في اليوم للرضع من الفئة العمرية 6–8 أشهر، و3–4 وجبات في اليوم للرضّع 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 المعزّزة أو مكملات الفيتامين–المعادن عند اللزوم؛

- زيادة مدخول السوائل أثناء المرض، بما في ذلك زيادة الرضاعة الطبيعية وإعطاء الأغذية الرطبة المفضّلة[1].

شكل رقم 57: التوزيع النسبي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و23 شهرًا والذين تلقوا سوائل وأطعمة صلبة أو شبه صلبة أو لينة (بما في ذلك الأغذية التكميلية) عددًا كافيًا من المرات أو أكثر خلال اليوم السابق للمسح في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يوفر الرسم البياني أعلاه نظرة عامة حوا مدى حصول الطفل الجزائري في عمر أقل من عامين على التغذية الكافية والمتنوعة وهذا خلال سنة 2019، من خلال طرح سؤال ماذا تناول الطفل خلال اليوم السابق للمسح، ويشير إلى التفاوتات في معدلات التغذية السليمة بين مختلف الفئات السكانية مما يسلط الضوء على التحديات التي تواجهها الجزائر في مجال التغذية في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث لم تتجاوز نسبة الأطفال الذين يحصلون على الحد الأدنى من النظام الغذائي المقبول 11.80%، وهي نسبة منخفضة جدا ولم تتعد 22.30% حتى في فئة الأكثر غنى، بينما لم تتجاوز نسبة الأطفال الذين يحصلون على عدد الوجبات الدنيا 20.60%، وبلغت نسبة الأطفال الذين يحصلون على الحد الأدنى من التنوع الغذائي 47.20%.

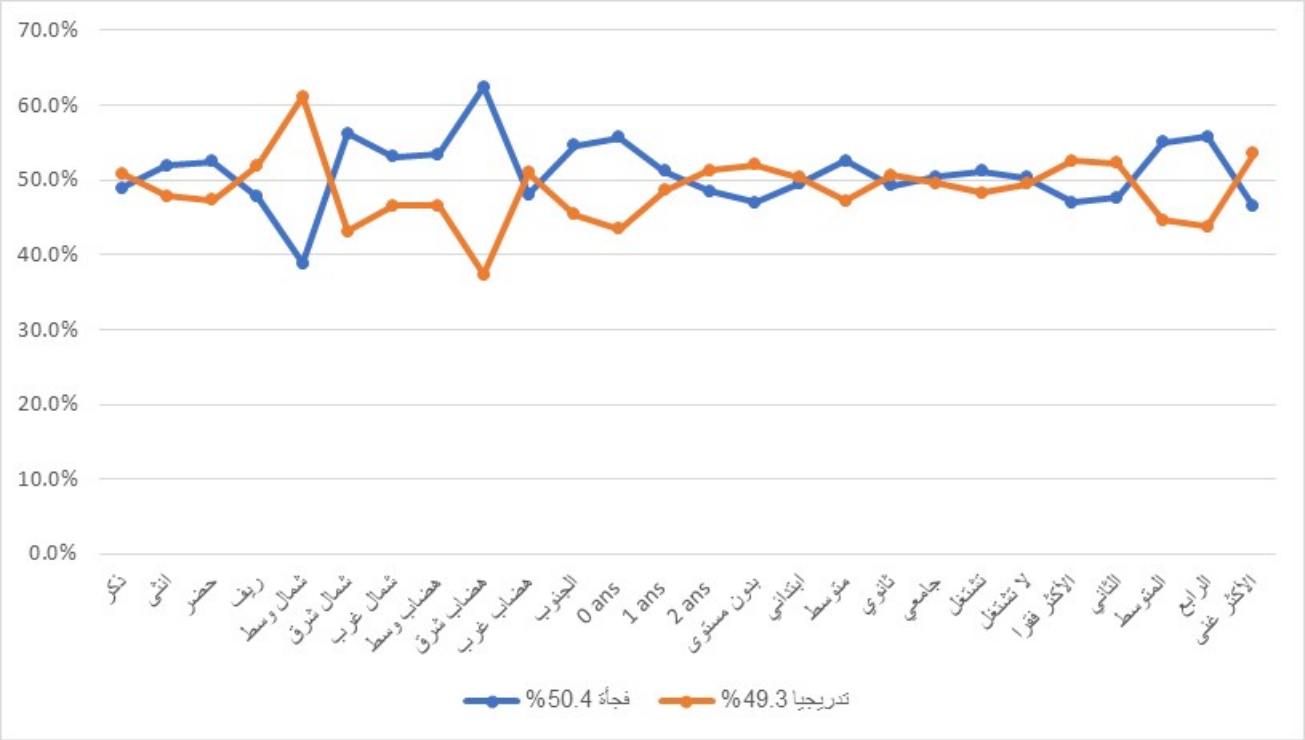
[1] منظمة الصحة العالمية: **تغذية الرضّع وصغار الأطفال، 20 ديسمبر 2023، تاريخ الاطلاع 13 فيفري 2024.**

كما نلاحظ التباينات في النسب المئوية للأطفال الذين يتلقون التغذية الكافية بين مختلف الفئات السكانية سواء على مستوى المناطق الجغرافية أو المستوى الدراسي للأم أو المستوى الاقتصادي للأسر، ويتطلب الأمر البحث أكثر بالكشف عن المتغيرات الوسيطة التي تتحكم في الظاهرة.

3.1.3. الفطام:

يحدث الفطام بشكل طبيعي للطفل الرضيع عند إدخال أطعمة أخرى، وعندما يحصل الطفل على المزيد من الطعام من مصادر أخرى غير الثدي يتباطأ انتاج الحليب، وبخصوص الرضيع الذي يرضع رضاعة طبيعية فقط، يجب أن تتم العملية بشكل تدريجي، في النصف الثاني من العام الأول لدرجة أن الأم قد لا تلاحظ ذلك، ويستمر إنتاج الحليب إذا تم وضع الطفل على الثدي، وعليه فقرار الفطام الكامل هو قرار فردي، وأيا كان وقت حدوث الفطام يفضل إيقاف الرضاعة الطبيعية ببطء.

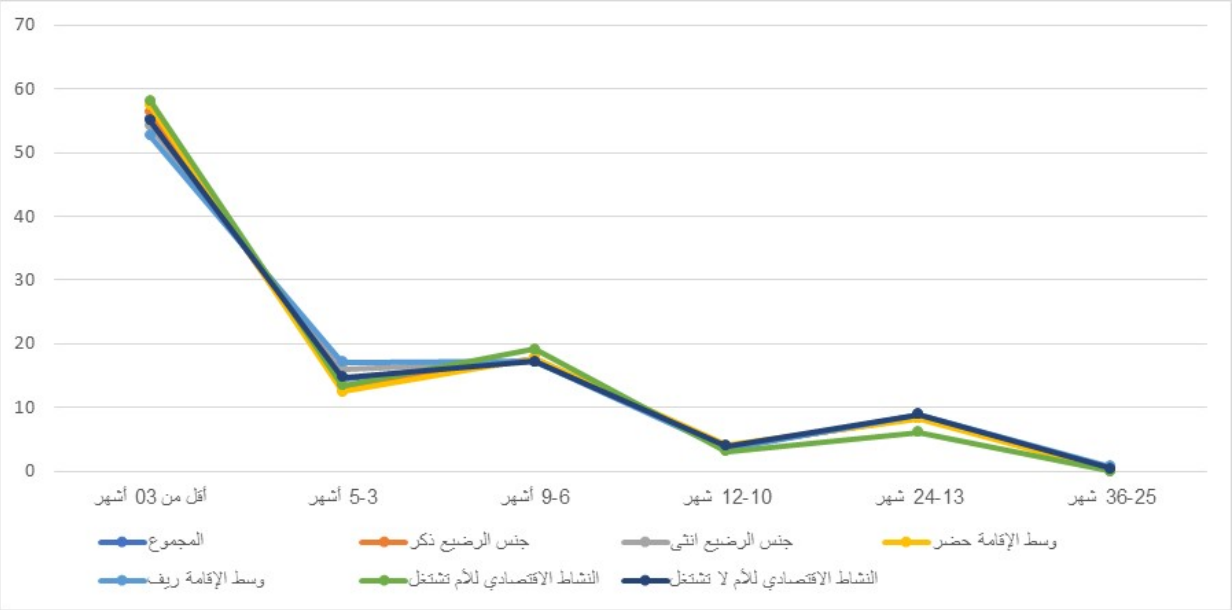
شكل رقم 58: المنحنى النسبي للأطفال الأقل من 3 سنوات والذين تم فطامهم وفق طريقة الفطام وحسب المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يتبين من الشكل أعلاه أنه وخلال سنة 2019 تم فطام الأطفال الرضع في الجزائر بطريقة فجائية بنسبة بلغت 50.4%، في حين بلغت نسبة طريقة الفطام بطريقة تدريجية 49.3%، وهو عكس ما توصي به مختلف الهيئات الصحية، وتباينت النسبة بشكل ملحوظ بتباين مختلف المحددات الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية.

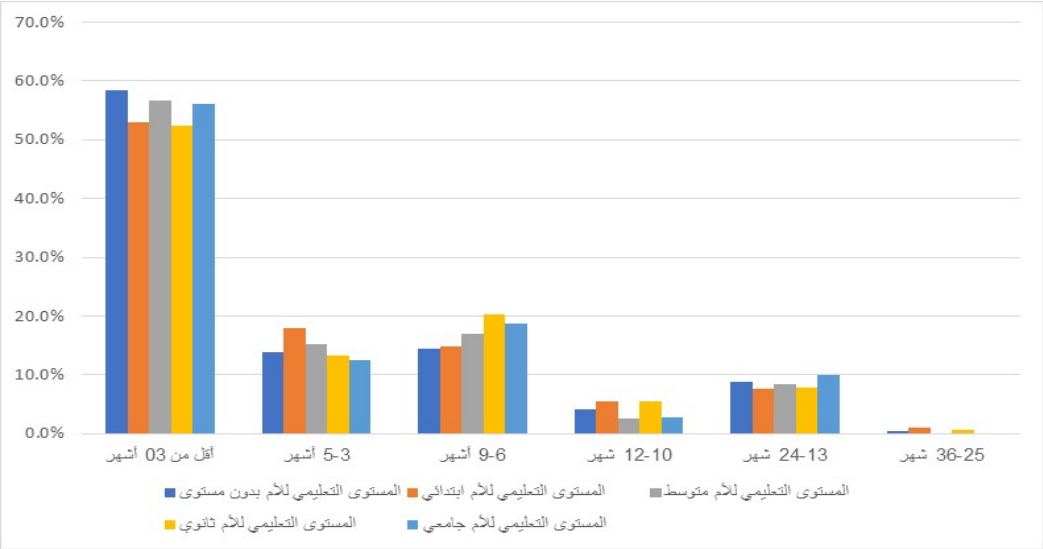
شكل رقم 59: المنحنى النسبي للأطفال الأقل من 3 سنوات والذين تم فطامهم العمر بالأشهر وحسب المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يتجلى من الشكل أعلاه ارتفاع نسبة الفطام في عمر مبكر 0-3 أشهر بالنسبة لمحددات جنس الرضيع ووسط الإقامة والنشاط الاقتصادي للأم، حيث تراوحت النسبة بين 58.2% و52.7%، وهذا قد يعود لعدة عوامل أهمها: نقص الوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية.

شكل رقم 60: المدرج التكراري النسبي للأطفال الأقل من 3 سنوات والذين تم فطامهم حسب العمر بالأشهر والمستوى التعليمي للأم في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

بشكل عام، نلاحظ أن نسبة فطام الأطفال يقل كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم، فالأمهات الحاصلات على مستوى تعليمي أعلى تميل إلى إرضاع أطفالهن لفترة أقل نسبيا مقارنة بالأمهات ذوات المستوى التعليمي الأدنى بدون مستوى.

وعليه يمكن القول بأن الوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية لدى الأمهات في الجزائر يبقى منخفضا وهو ما يتطلب تسطير برنامج متعدد يشمل المحاور الثلاثة: البنيوي والبيئي والفردي من أجل نشر وتهزيز ثقافة الإرضاع الطبيعي يستهدف الأمهات الحوامل، من خلال مؤسسات الرعاية الصحية، وتحسين ظروف العمل بالنسبة للنساء العاملات، خاصة بزيادة فترة عطلة الأمومة التي لا تتجاوز مدة ثلاثة أشهر.

2.3 استهلاك الملح المدعوم باليود

يحدث نقص اليود عندما يقل تناول اليود عن المستويات الموصي بها، وهي ظاهرة بيئية طبيعية تحدث في العديد من مناطق العالم، حيث يؤدي تآكل التربة في المناطق الساحلية بسبب فقدان الغطاء النباتي نتيجة لإزالة الغابات لإقامة مشاريع زراعية، ورعي الماشية الجائر، وقطع الأشجار للحطب إلى استمرار وفقدان متزايد لليود من التربة، فالمياه الجوفية والأطعمة المنتجة محليًا في هذه المناطق تفتقر حتما إلى اليود.

عندما يقل تناول اليود عن المستويات الموصي بها، قد تعجز الغدة الدرقية عن إنتاج كميات كافية من هرمون الغدة الدرقية، ويُعد انخفاض مستوى هرمونات الغدة الدرقية في الدم (قصور الغدة الدرقية) العامل الرئيسي المسؤول عن تلف الدماغ النامي والآثار الضارة الأخرى المعروفة مجتمعة باسم "اضطرابات نقص اليود".

إن التأثير الرئيسي لنقص هرمون الغدة الدرقية الناجم عن نقص اليود هو ضعف النمو العصبي، وخاصة في المراحل المبكرة من الحياة. في دماغ الجنين، يؤدي نقص هرمون الغدة الدرقية إلى ضعف تكوين الميالين (مادة عازلة للأعصاب)، وهجرة الخلايا، وتمايزها، ونضوجها. يتعرض أبناء الأمهات المصابات بنقص اليود لخطر كبير للإعاقة الإدراكية، حيث يعد التخلف العقلي أشد مظاهره. كما أن نقص اليود أثناء الطفولة يقلل من النمو الجسدي ويؤثر سلبًا على الوظائف الإدراكية والحركية. وبالتالي، مع التركيز على الفئات الضعيفة[1].

كما تشكل اضطرابات نقص اليود السبب الأول عالميًا للإصابات الدماغية القابلة للوقاية واضطرابات النمو الحركي والعقلي لدى الأطفال الصغار. في أشد أشكاله، يتسبب نقص اليود في التخلف العقلي[2]. كما يزيد من خطر الإجهاض ووفيات الأجنة لدى الحوامل. يرتبط نقص اليود بشكل شائع وواضح بالذبول. وهو يتسبب في أكبر عدد من الضحايا ويتجلى في ضعف النمو والتطور العقلي، مما يساهم في ضعف الأداء الدراسي وانخفاض القدرات العقلية وتراجع الإنتاجية في العمل. المؤشر الذي يوفره مسح التعداد الديموغرافي

[1] Michael B : The role of iodine in human growth and development, Elsevier , Volume 22, Issue 6, August 2011, P 645-652, https://doi.org/10.1016/j.semcdb.2011.07.009.

[2] World Health Organization : Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination, 3rd ed, 2007, p6

والصحي (MICS) هو نسبة الأسر التي تستهلك الملح المعزز باليود، والتي يتم تقييمها باستخدام أدوات الاختبار السريع[1].

وفي إطار سعيها لتحسين صحة المواطنين، تبنت الجزائر برنامجًا وطنيًا لمكافحة سوء التغذية، مع التركيز بشكل خاص على مكافحة نقص اليود الذي يهدد صحة الأمهات والأطفال. يهدف هذا البرنامج إلى ضمان وصول جميع الأسر إلى الملح المدعم باليود، وتوفير الرعاية الصحية اللازمة للأشخاص المصابين بنقص اليود. وقد تم وضع تشريعات صارمة لضمان جودة الملح المدعم باليود وتعميمه في الأسواق.

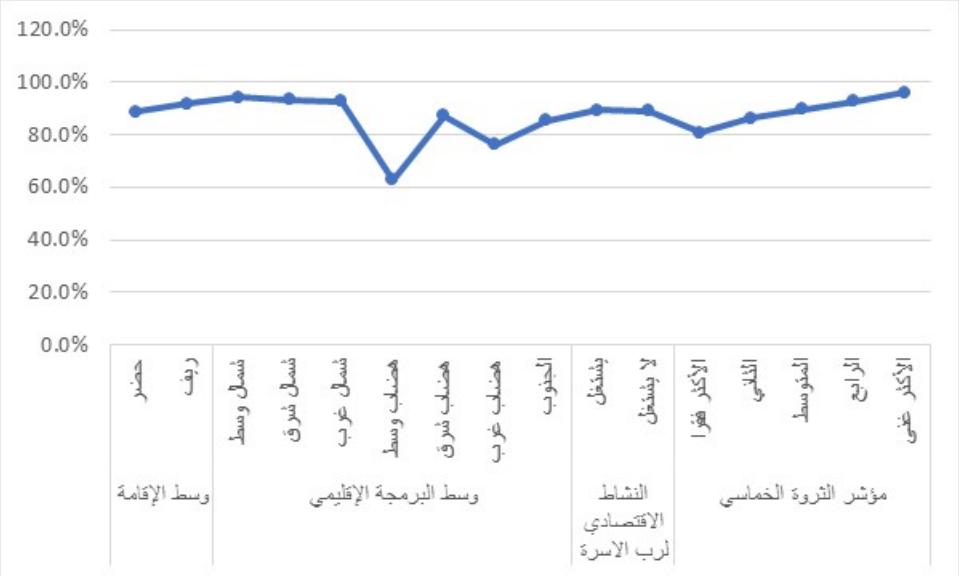
وقد أصدر المعهد الوطني للقياس والمعايرة للملكية الصناعية (INAPI) في 20 أغسطس 1993، معيارًا جزائريًا لملح الطعام، والذي صدر بشأنه مرسوم وزاري في 30 نوفمبر 1994 من طرف وزارة الصناعة والطاقة، ونشر في الجريدة الرسمية رقم 41 بتاريخ 30 يوليو 1995. ويحمل هذا المعيار الرقم NA 6351/1993، وهو مستوحى من معيار منظمة الأغذية والزراعة CODEX STAN 150/1985 والمرسوم التنفيذي 40/90 المؤرخ في 30 يناير 1990 الذي يجعل بيع الملح المدعم باليود إلزاميًا للوقاية من نقص اليود.

وتوصي منظمة الصحة العالمية بضرورة أن تتراوح نسبة اليود في الملح بين 15 و40 جزء في المليون على مستوى الأسرة، لأن نسبة اليود في الملح تتناقص بعد عملية الإنتاج في المصانع حيث تتأثر بالعوامل الطبيعية المختلفة كالحرارة والرطوبة.

في استمارة الأسر المعيشية، تم اختبار الملح المستخدم في الطهي في المنزل لقياس نسبة اليود فيه باستخدام مجموعات اختبار سريعة واختبارات لتحديد ما إذا كان الملح قد تم فحصه لوجود يوديد البوتاسيوم أو يودات البوتاسيوم.

[1] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019 : **Op.cit :** p270

شكل رقم 61: منحنى بياني نسبي للأسر المعيشية التي حققت نتائج إيجابية في فحص الملح في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

بشكل عام نلاحظ ارتفاع نسبة الأسر التي حققت نتائج إيجابية في فحص الملح المنزلي المستخدم للطهي والطعام إلا أنها تتفاوت حسب أوساط البرمجة ومؤشر الثروة الخماسي، حيث سجلت أخفض نسبة في منطقة الهضاب وسط بـ62.7%، وهذا ما يدعو للبحث أكثر في أسباب هذا الانخفاض الملموس، كما نلاحظ ارتفاع النسبة بارتفاع المستوى المعيشي للأسرة الجزائرية، وعليه يجب التحسيس أكثر بأهمية اليود على الصحة العمومية خاصة بالنسبة للأطفال والأمهات الحوامل على مستوى المؤسسات الصحية المختلفة العمومية منها والخاصة، حيث يسهل الوصول إلى الأمهات، وتعزيز الرقابة على عملية انتاج الملح، وتشير دراسة مسحية إلى أن المناطق التي تعرف نقص اليود بمستوى متوسط إلى حاد، يعد المكمل الغذائي اليودي هو التدخل الوحيد أثناء الحمل الذي أثبت تأثيره على تأثيره على درجات التطور المعرفي للأطفال ما يرفعها بنسبة 10-20%[1].

[1] Robert H Bradley , Diane L Putnick : Housing quality and access to material and learning resources within the home environment in developing countries, 2012 Jan-Feb, p88.

3.3. سوء التغذية:

إن الوضعية الصحية للطفل ما هي إلا أحد انعكاسات الرعاية الوالدية ومن أهم تجليات الرعاية الوضعية التغذوية، فعندما يتوفر للأطفال غذاء كاف ومتوازن ورعاية جيدة فإنهم لا يصابون بأمراض الطفولة المعروفة، وبالتالي ينمون بشكل طبيعي، ويعتبرون أطفالا أصحاء.

يواجه الأطفال المعرضون لسوء التغذية خطرا متزايدا للوفاة جراء أمراض الطفولة الشائعة، بينما يعاني الباقون منهم غالبا من أمراض متكررة وتقزم في النمو، ومن المثير للدهشة أن ثلاثة أطفال من بين أربعة الذين يموتون لأسباب مرتبطة بسوء التغذية لا يعانون سوى من أشكال خفيفة أو معتدلة من سوء التغذية، مما يشير إلى أنهم لا تبدو عليهم أعراض خارجية واضحة تدل على ضعف صحتهم[1].

في هذا الإطار وضعت الأمم المتحدة الهدف الفرعي 2.2 من الهدف الثاني للتنمية المستدامة للقضاء على جميع أشكال سوء التغذية بحلول عام 2030 بما في ذلك تحقيق الأهداف العالمية المتفق عليها بشأن تقزم الأطفال بعمر أقل من خمس سنوات، وتلبية الاحتياجات الغذائية اللازمة للمراهقات والنساء الحوامل والمرضعات وكبار السن، فالتقليل من انتشار سوء التغذية يساهم بدوره في تحقيق العديد من الأهداف العالمية الأخرى بما في ذلك القضاء على وفيات الرضع والأطفال التي يمكن تجنبها.

1.5.1.3. مؤشر قياس سوء التغذية عند الأطفال:

من أجل تقييم حالة التغذية لدى الطفل يتم مقارنته بأطفال آخرين من نفس العمر والجنس في المجتمع الذي يعيش فيه، ويستخدم الخبراء ثلاثة مؤشرات رئيسية لهذه المقارنة:

الوزن بالنسبة إلى العمر: يقيس هذا المؤشر مدى نمو وزن الطفل بالنسبة لعمره

- **سوء التغذية الحاد:** إذا كان وزن الطفل أقل بكثير من المتوسط المتوقع لعمره، فهذا يشير إلى سوء تغذية حاد والذي يحدث عادة بسبب نقص حاد في الغذاء أو الإصابة بمرض

[1] Black, R. et al. « Malnutrition maternelle et infantile : expositions mondiales et régionales et conséquences sur la santé. ». The Lancet 371, no. 9608 (2008): 243–60.

- **سوء التغذية المزمن:** إذا كان وزن الطفل أقل من المتوسط لعمره، لفترة طويلة فهذا يشير إلى سوء تغذية مزمن، والذي يحدث عادة بسبب نقص التغذية المستمر.

الطول بالنسبة إلى العمر: يقيس هذا المؤشر مدى نمو الطفل بالنسبة لعمره.

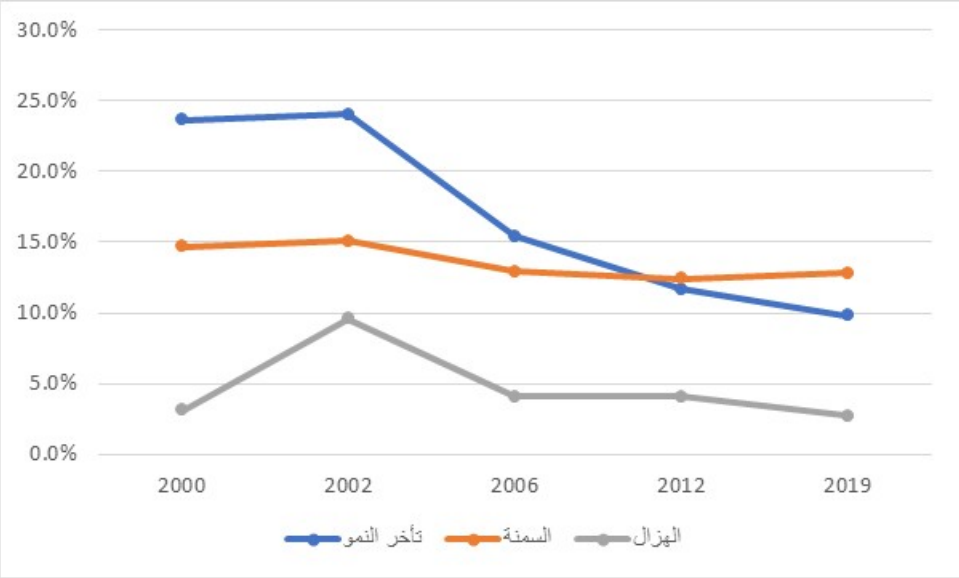
- **التقزم:** إذا كان طول الطفل أقل بكثير من المتوسط المتوقع لعمره، فهذا يشير إلى التقزم والذي يحدث عادة بسبب نقص التغذية المزمن أو بسبب الأمراض المتكررة.

الوزن بالنسبة إلى الطول: يقيس هذا المؤشر نسبة الدهون إلى العضلات في الجسم

- **الهزال:** إذا كان وزن الطفل أقل بكثير من المتوقع بالنسبة لطوله، فهذا يشير إلى الهزال والذي يحدث عادة بسبب نقص حاد في الغذاء.
- **السمنة:** إذا كان وزن الطفل أكبر بكثير من المتوقع بالنسبة لطوله، فهذا يشير إلى السمنة.

استخدام الانحرافات المعيارية: يتم مقارنة قياسات كل طفل بالمتوسط الحسابي لقياسات مجموعة من الأطفال الأصحاء من نفس العمر والجنس، ويتم التعبير بين قياس الطفل والمتوسط الحسابي بمؤشر الانحراف المعياري، فإذا كان انحراف الطفل المعياري أقل بكثير من المتوسط فهذا يعني أن الطفل أصغر أو أخف وزنا من معظم الأطفال الآخرين من نفس العمر.

شكل رقم 62: تطور نسب انتشار ثلاثة مؤشرات رئيسية لسوء التغذية لدى الأطفال دون الخامسة في الجزائر خلال الفترة من عام 2000 إلى 2019 وهي: الهزال، السمنة، وتأخر النمو.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

من خلال الشكل أعلاه يمكن حصر الملاحظات التالية:

انخفاض في معدلات الهزال وتأخر النمو: يشير الرسم البياني إلى انخفاض ملحوظ في نسب انتشار كل من الهزال وتأخر النمو على مدار الفترة الزمنية المدروسة. هذا التطور الإيجابي يشير إلى تحسن في الوضع التغذوي للأطفال في الجزائر، ويرجع ذلك على الأرجح إلى تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية، وزيادة الوعي بأهمية التغذية، وتحسين الظروف المعيشية.

زيادة في معدلات السمنة: على النقيض من ذلك، يلاحظ ارتفاع تدريجي في معدلات السمنة، خاصة خلال العقدين الأخيرين. هذا التحول يعكس التغيرات في أنماط الحياة، وزيادة استهلاك الأطعمة المصنعة والمشروبات السكرية، وقلة النشاط البدني.

وتشير الاحصائيات العالمية إلى أن نسبة التقزم أو الهزال قد انخفضت ما بين عامي 2004 و2010 من 35% إلى 30% في وسط الأطفال في عمر أقل من 5 سنوات، كما انخفضت في نفس الفترة من 25% إلى 24% في منطقة شمال افريقيا والشرق الأوسط[1].

[1] [1] Maureen M Blac, et al : **Op.cit**, p78.

4. الأمن والحماية:

وتشتمل على حماية الطفل وتوفير بيئة سليمة وآمنة ومستقرة له، من الإيذاء والإهمال والعنف، كما تشمل تسجيل المواليد للحصول على الخدمات الصحية والاجتماعية.

1.4. العيش في بيئة آمنة وسليمة:

إن الوصول إلى المياه الصالحة للشرب، وخدمات الصرف الصحي، وتطبيق النظافة الشخصية أمر حيوي للصحة والرفاهية والإنتاجية البشرية، وهو أمر معترف به على نطاق واسع كحق من حقوق الإنسان الأساسية.

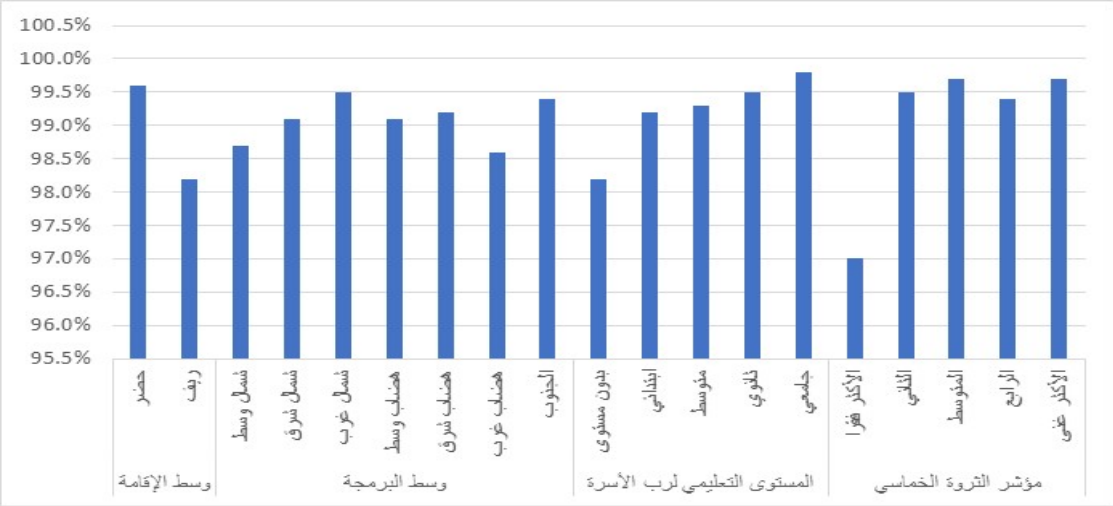
إن عدم كفاية خدمات المياه والصرف الصحي والنظافة الشخصية، يعتبر السبب الرئيسي لانتشار أمراض مثل الكوليرا، والإسهال، والزحار والتهاب الكبد الوبائي (أ)، والتيفوئيد، وشلل الأطفال. تؤدي الأمراض الإسهالية إلى تفاقم سوء التغذية، وتظل أحد الأسباب الرئيسية للوفيات بين الأطفال في العالم.

"يأتي الهدف السادس من أهداف التنمية المستدامة، لسد هذه الفجوة بشكل نهائي من خلال السعي إلى تحقيق الوصول الشامل والمنصف إلى المياه الصالحة للشرب، والنظافة والصرف الصحي، بحلول عام 2030،[1]" والدعوة إلى إدارة مستدامة لهذه الموارد. ففي غياب موارد مائية وصرف صحي مستدامين، سيتأخر التقدم في العديد من المجالات الأخرى مثل الصحة والتعليم والحد من الفقر.

كما أن تحسين جودة المياه يعد أمرا بالغ الأهمية للوقاية من مختلف الأمراض. بالإضافة إلى أن تحسين وتيسير سبل الوصول إلى المياه الصالحة للشرب ووفرتها يمثل أولوية قصوى.

[1] اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية: التقدم المحرز في مياه الشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية في المنازل، نيويورك، 2023، ص8.

شكل رقم 63: التوزيع النسبي للأشخاص الذين يستخدمون مياه شرب من مصادر محسنة[1] في الجزائر سنة 2019.

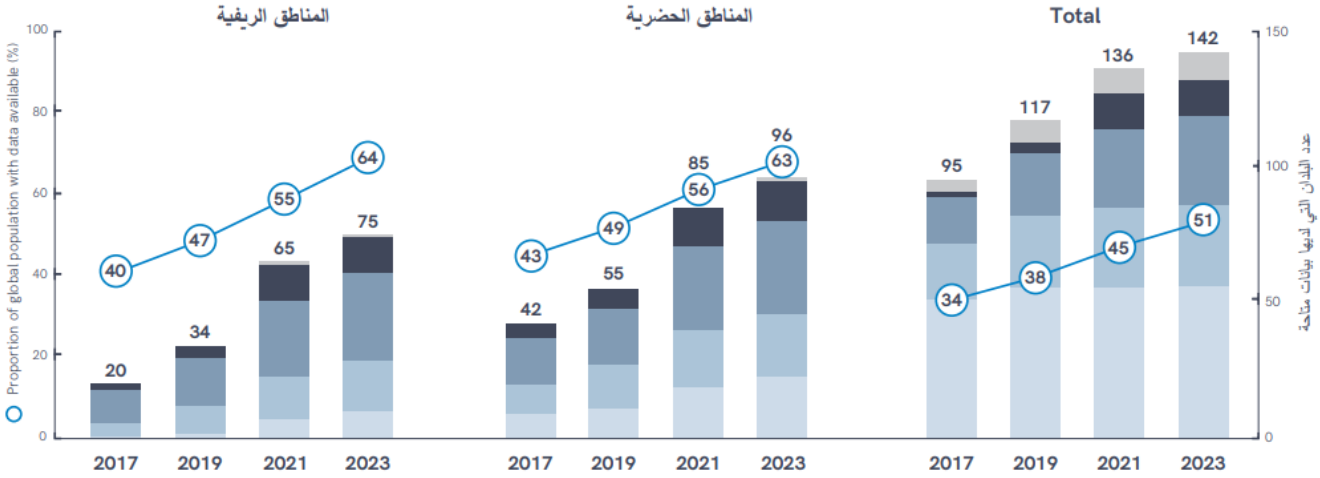


المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يوضح الشكل اعلاه أن الجزائر قد حققت تقدمًا في توفير المياه الآمنة للسكان بمختلف فئاتهم الاجتماعية ومناطق سكناهم، وهذا بالرغم من التحديات التي تواجهها كالتغير المناخي، حيث تشهد موجات جفاف مستمرة خاصة في المناطق الشمالية الغربية والهضاب العليا، وكذا تلوث المياه الناجم عن مخلفات الصرف الصحي التي تصرف في الوديان بشكل عشوائي، ويبقى هناك مجال للتحسين، خاصة في المناطق الريفية ومنخفضة الدخل. لتحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالمياه، بذل جهود أكبر لضمان وصول الجميع إلى مياه شرب آمنة ونظيفة وذات جودة، وفي هذا الاتجاه ترصد الدولة مخصصات مالية هامة اليوم في مجال تحلية مياه البحر، وإعادة تدوير المياه المستعملة واستغلال المياه الجوفية للحوض الألبيني في الصحراء، وعلى المستوى العالمي هناك تحديات كبرى من أجل توفير مياه آمنة وصالحة للشرب، ويعاني 2.2 مليار شخص من الافتقار الى المياه الشروب التي تدار بطريقة مأمونة.

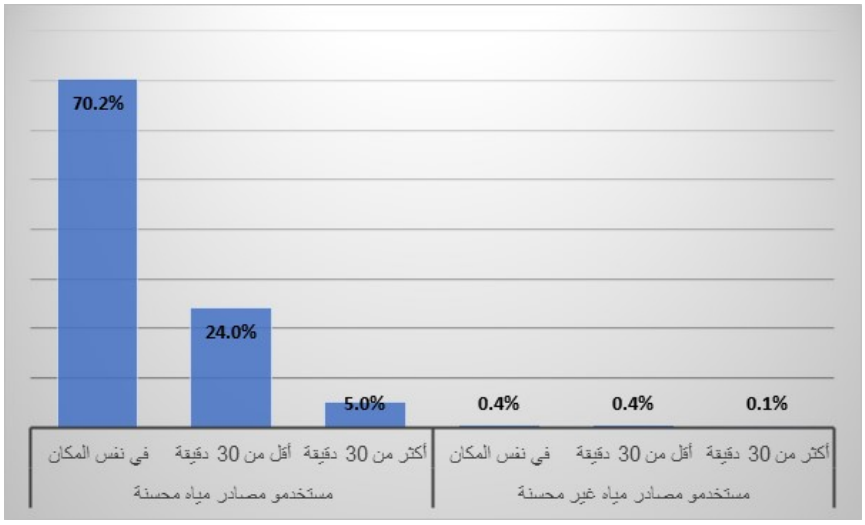
[1] مصادر محسنة تضم ماء جاري من مصدر: متوفر في المسكن، في الساحة أو الحديقة، عند الجيران، حنفية عمومية/عنصر مائي، منقب مائي، بئر محمي، عنصر مائي محمي، جمع مياه الامطار، شاحنة صهريج، مياه معبأة.

شكل رقم 64: تطور نسبة البلدان التي لها خدمات مياه الشرب التي تدار بطريقة آمنة في العالم.



المصدر: اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية: التقدم المحرز في مياه الشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية في المنازل، نيويورك، 2023، ص8

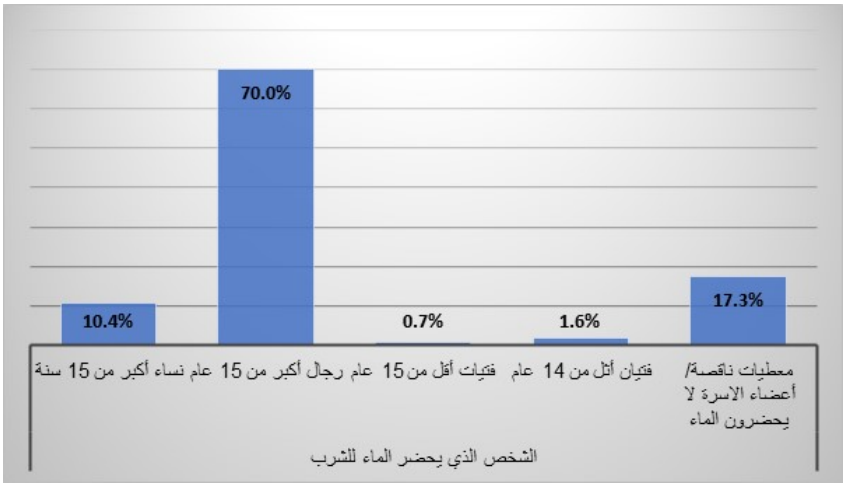
شكل رقم 65: مؤشرات استخدام مياه الشرب الأساسية والمحدودة في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

بلغت نسبة الأسر التي لا تملك مصدر الماء الشروب في مقر إقامتها 29.5% في الجزائر سنة 2019، ويشار عادة في الأسر الجزائرية إلى الماء الصالح للشرب غير ذلك الذي يتم التزود به عن طريق شبكات المياه والمتوفر في الحنفيات، بما فيه المياه المعدنية أو مياه الآبار والعناصر وغيرها.

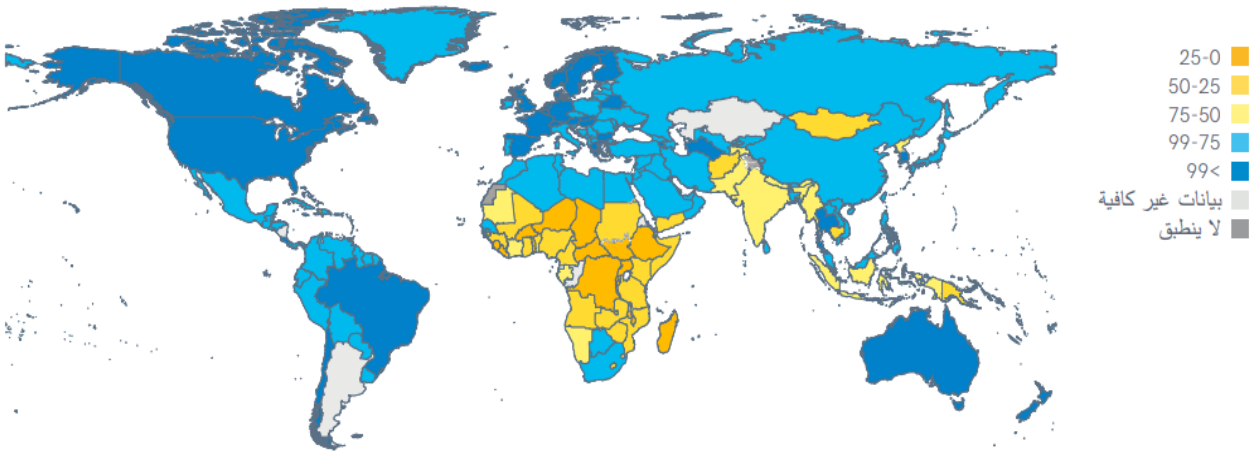
شكل رقم 66: التوزيع النسبي لأفراد الأسر الذين لا يتوفر لديهم مياه شرب في المنزل بحسب الشخص الذي يقوم عادةً بجلب مياه الشرب المستخدمة في المنزل



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

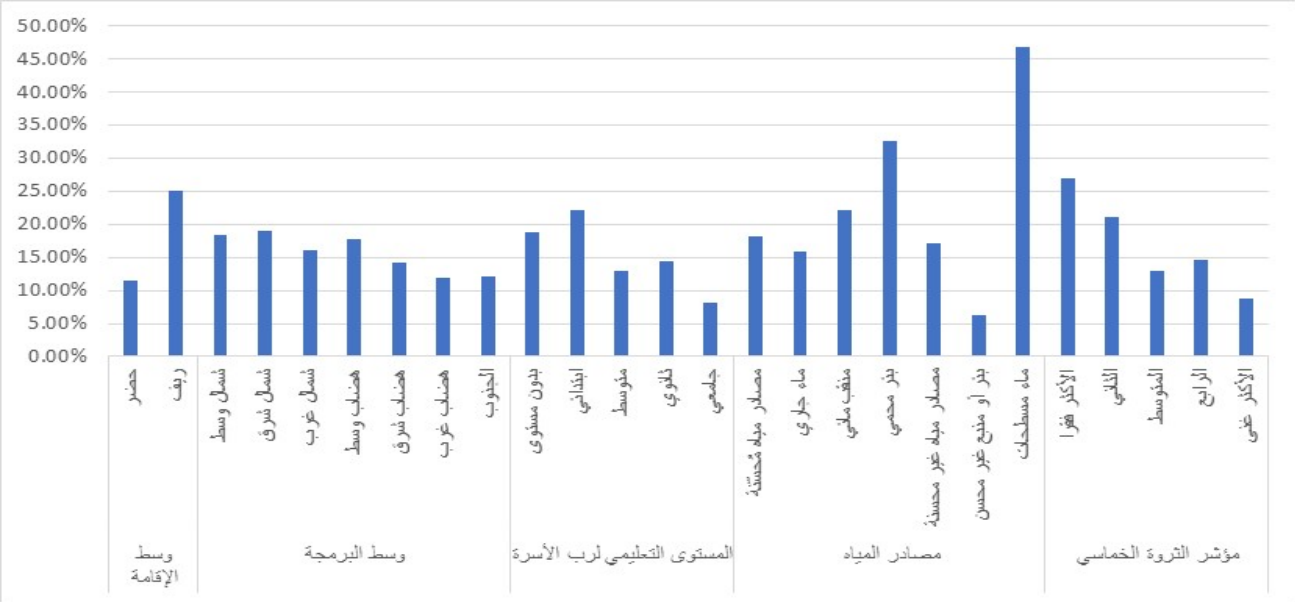
تشير الاحصائيات العالمية أنه في جميع البلدان تقريبا التي لها بيانات قابلة للمقارنة يكون عبء جلب المياه أثقل بكثير منه على النساء والفتيات منه على الرجال، بحيث أنه 7 من كل 10 أسر معيشية تكون النساء والفتيات مسؤولات بشكل أساسي عن جمع المياه، ونلاحظ من الشكل أعلاه أن فقط 11% من النساء أو الفتيات كن مسؤولات عن إحضار المياه الشروب في الجزائر سنة 2019.

شكل رقم 67: نسبة السكان الذين يستخدمون مصادر محسنة للمياه يمكن الوصول إليها في المباني في العالم 2022



المصدر: اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية: التقدم المحرز في مياه الشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية في المنازل، نيويورك، 2023، ص12

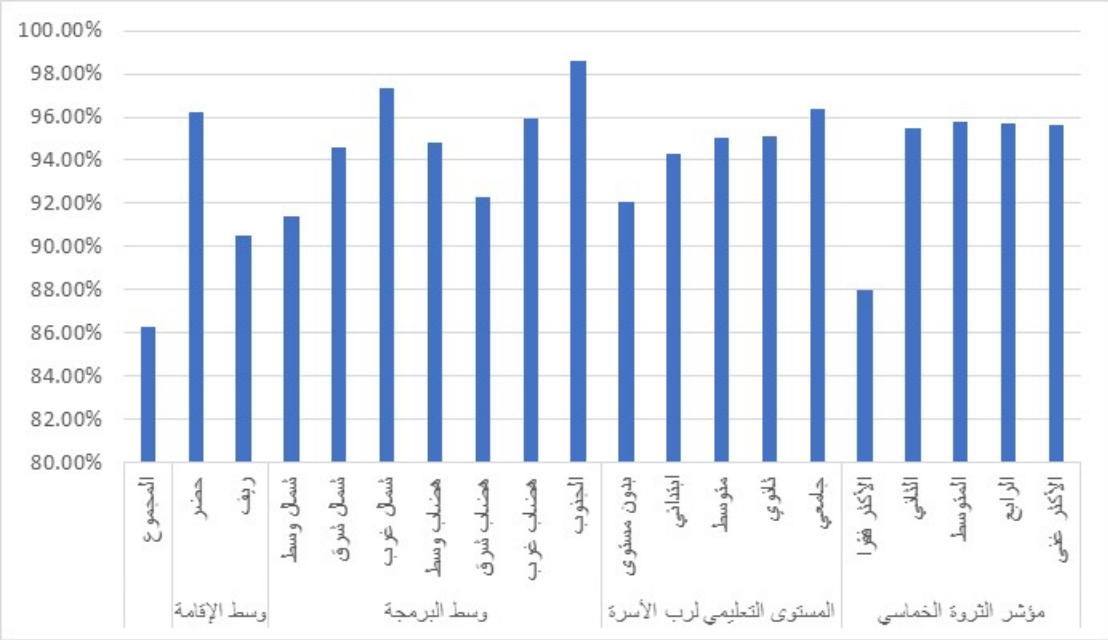
شكل رقم 68: التوزيع النسبي للأشخاص الذين يعيشون في منازل تستخدم مصادر مياه ملوثة ببكتيريا الإشريكية القولونية (E.coli). في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يشير الشكل البياني أعلاه إلى وجود مشكلة كبيرة في جودة المياه في بعض المناطق، لا سيما في المناطق الريفية بشكل عام، ومناطق شمال شرق وشمال وسط، حيث ترتفع الكثافة السكانية، مما يتطلب اتخاذ إجراءات عاجلة وشاملة لحماية الصحة العامة من خطر التلوث ببكتيريا الإشريكية القولونية وهي مجموعة كبيرة ومتنوعة من الجراثيم التي توجد عادة في أمعاء البشر والحيوانات ذات الدم الحار. وأن معظم ذراري الإشريكية القولونية غير ضارة، لكن ذراري معينة منها، مثل الإشيريكية القولونية المعوية النزفية . يمكن أن تسبب مرضاً شديداً منقولاً بالغذاء. وعليه وجب التركيز على تحسين البنية التحتية لخدمات الصرف الصحي، وتوعية جميع الفئات الاجتماعية أكثر بمخاطر تلوث المياه، وتوفير مصادر مياه آمنة ومعالجة، وعلى العموم تبقى هذه النسب منخفضة ما يعكس الجهود المبذولة من أجل توفير مياه صالحة للشرب.

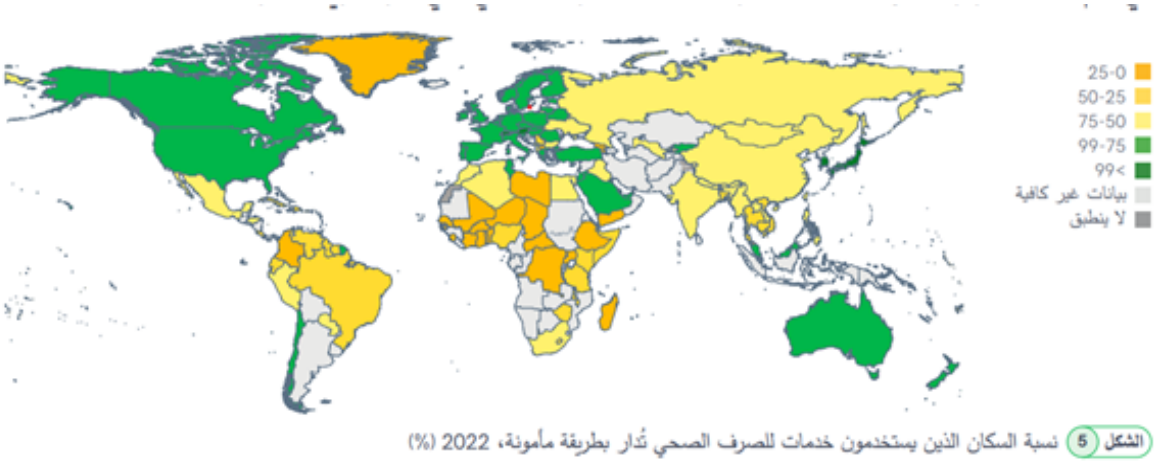
شكل رقم 69: التوزيع النسبي لأفراد الأسرة المعيشية الذين يستخدمون مرافق صرف صحي مُحسنّة غير مشتركة في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

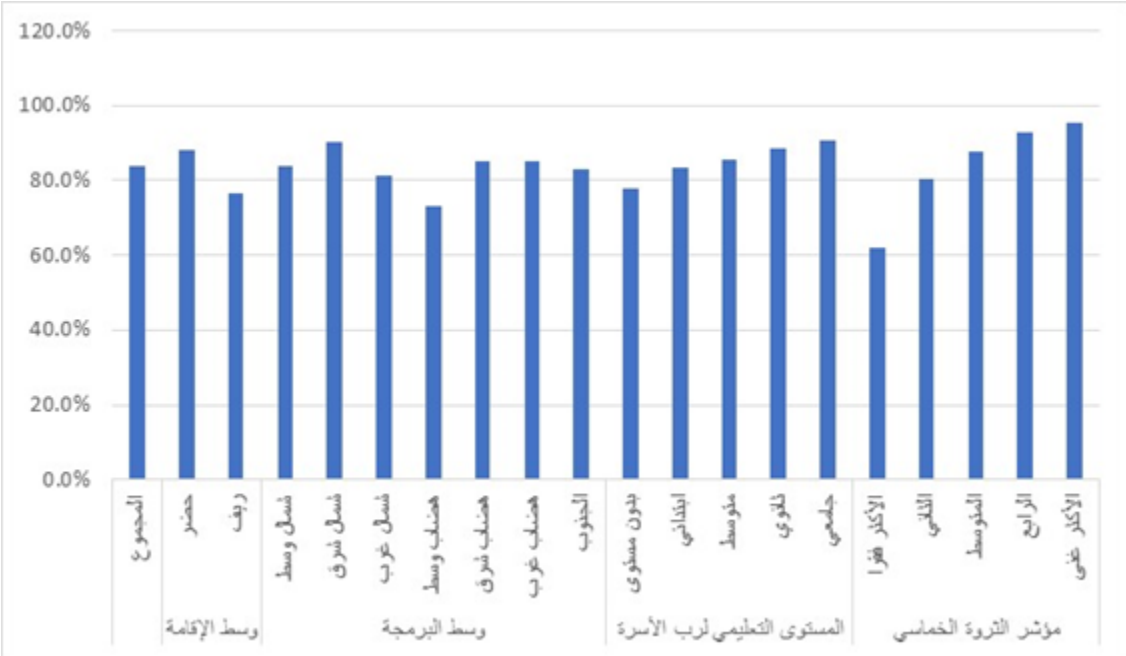
بلغت نسبة استخدام أفراد الأسر المعيشية لمرافق صرف صحي محسنة وغير مشتركة في الجزائر سنة 2019 86.3% وهي نسبة جد محترمة مقارنة بالنسبة العالمية التي بلغت 75%، وهو ما يعكس جهود الدولة الجزائرية في تعزيز البنية التحتية للخدمات الصحية، وفاقت هذه النسبة 96% في الوسط الحضري و90% في الوسط الريفي، وهذا بالرغم من الصعوبات التي تواجه الجماعات المحلية في توسيع شبكات الصرف الصحي بسبب فوضى التخطيط العمراني في المدن وإشكالية العقار في المناطق الريفية. كما فاقت النسبة 98% في الجنوب الكبير، حيث لا توجد عراقيل تعيق مد الشبكات مثل تلك الموجودة في الشمال، حيث ترتفع الكثافة السكانية، وبالنسبة لمؤشر الثروة فنلاحظ أنه في الفئة الأكثر فقرا فاقت النسبة 88%، وهو ما يدل على تحسن كبير في الخدمات الصحة، وهو الأمر الذي انعكس إيجابا على تراجع انتشار الأمراض المتنقلة عن طريق المياه في الجزائر.

شكل رقم 70: نسبة التغطية الإقليمية والعالمية لخدمات الصرف الصحي، 2015-2022



المصدر اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية: التقدم المحرز في مياه الشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية في المنازل، نيويورك، 2023، ص8

شكل رقم 71: التوزيع النسبي لأفراد الأسرة المعيشية الذين لديهم مكان لغسل اليدين يتوفر فيه الماء والصابون أو أي منظف آخر

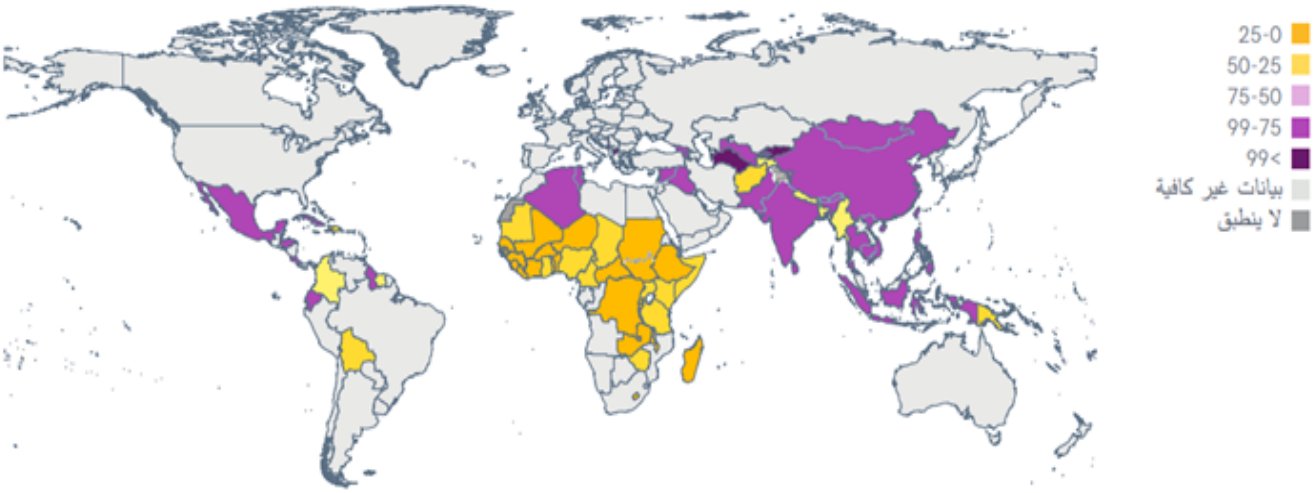


المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يشير المؤشر العالمي لأهداف وغايات خطة التنمية المستدامة لعام 2030، 1-1-4 إلى نسبة السكان الذين يعيشون في أسر معيشية يمكنها الحصول على الخدمات الأساسية، بما فيها مكان لغسل اليدين يتوفر فيه الماء والصابون أو أي منظف آخر،

ويتضح من الشكل أن غالبية الأسر في الجزائر خلال سنة 2019 توفر لأفرادها هذه الخدمة بغض النظر عن مختلف المحددات.

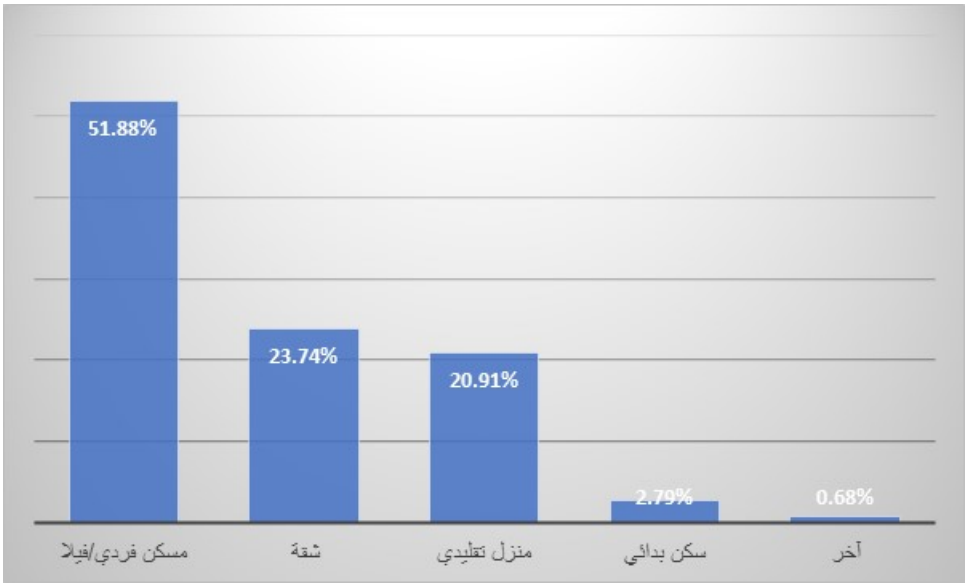
شكل رقم 72: نسبة السكان الذين تتوفر لديهم خدمات أساسية للنظافة الصحية في العالم عام 2022 %



المصدر اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية: التقدم المحرز في مياه الشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية في المنازل، نيويورك، 2023، ص8

في عام ،2022 كان 2 مليار شخص لا يزالون يفتقرون إلى خدمات أساسية للنظافة الصحية، بما في ذلك 1.3 مليار لديهم خدمات محدودة و653 مليون بدون مرافق.

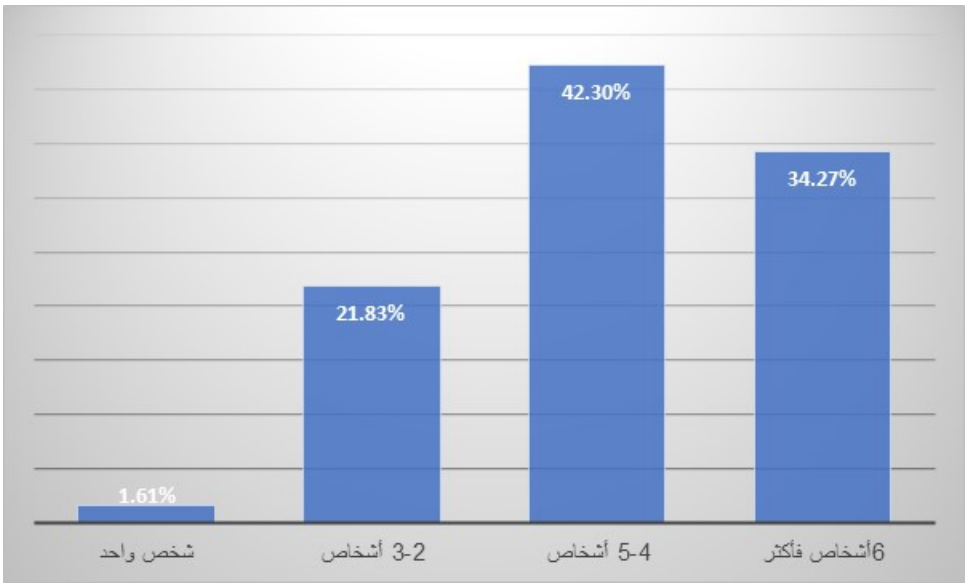
شكل رقم 73: التوزيع النسبي لنوع المسكن الذي تقيم الأسر المعيشية في الجزائر خلال سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يتضح من الشكل أن أكثر من نصف الجزائريين بقليل يسكنون مساكن فردية أو فلل و23.74% منهم يسكنون في شقق و20.91% منهم في مساكن تقليدية، بينما يسكن 2.97% من الجزائريين في مساكن بدائية أو هشة، وهو ما يشير إلى مدى تطور حضيرة السكن.

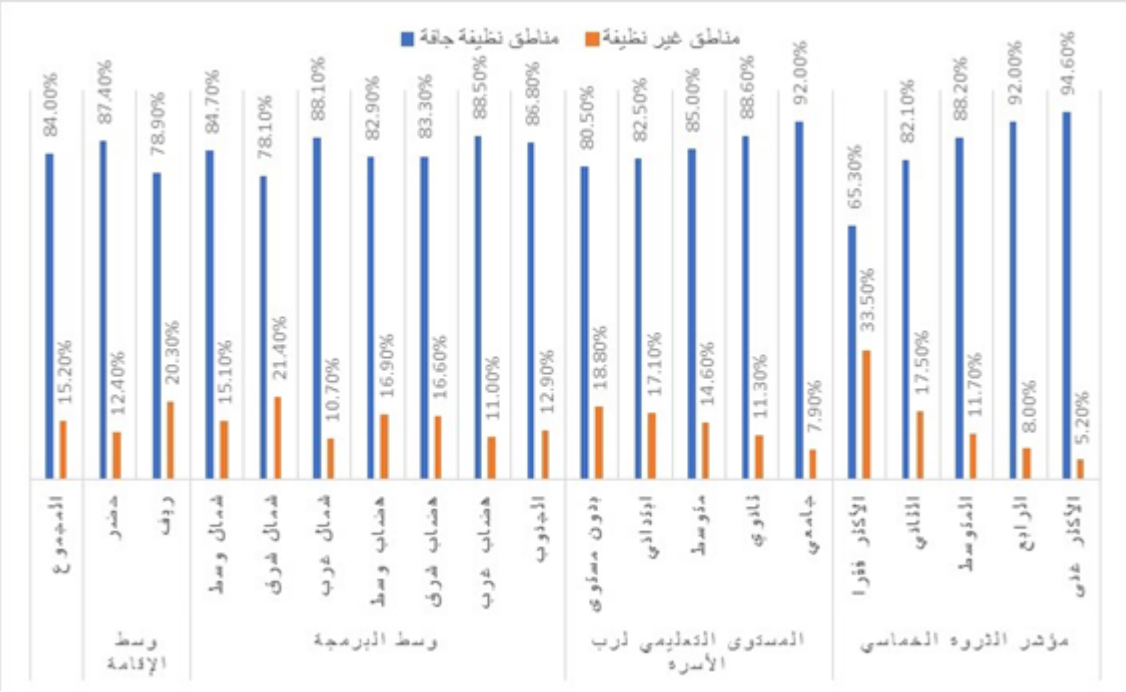
شكل رقم 74: التوزيع النسبي لعدد أفراد الأسرة المعيشية في الجزائر خلال سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يلاحظ أن أغلبية الأسر الجزائرية تتكون من عدد قليل من الأفراد، حيث تشكل الأسر المكونة من 3-2 فرد حوالي 21.83% من إجمالي الأسر، والأسر المكونة من 4-5 أفراد تشكل حوالي 42.30%، مما يشير إلى تزايد نمط الأسر النووية الصغيرة.

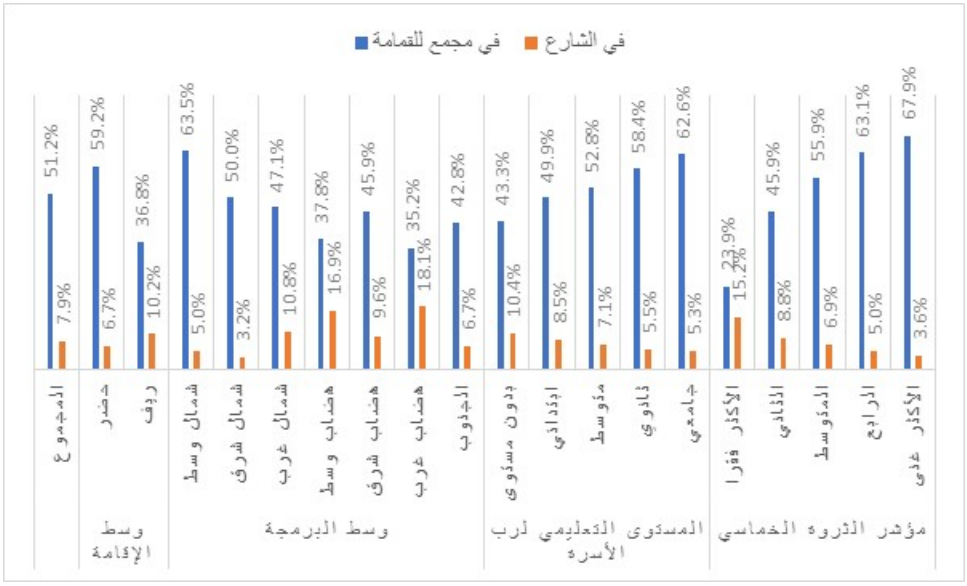
شكل رقم 75: التوزيع النسبي للأسر المعيشية حسب حالة النظافة في المنطقة المحيطة بالمسكن، وفق المحددات السوسيواقتصادية



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

تعتبر حالة النظافة المحيطة بالمساكن مؤشرًا هامًا على جودة الحياة، وهي مرتبطة بخصائص اجتماعية واقتصادية مختلفة. حيث فهم العلاقة بين هذين العاملين أمر ضروري لتطوير سياسات فعالة لتحسين الظروف المعيشية للمواطنين، ويتضح لنا أن 84% من الأسر الجزائرية تعيش في محيط نظيف وجاف في مقابل 15.20% تعيش في محيط تسود فيه القاذورات والنفايات أو بجوار المياه الراكدة وغيرها، وترتفع هذه النسبة في المناطق الريفية أكثر من الحضرية، كما تنخفض هذه النسبة بارتفاع مؤشر الثروة الخماسي، وهو الأمر الذي يؤشر على وجود خلل في تسيير النفايات المنزلية وتصريف المياه المعدمة، وهذا ناتج عن سوء التخطيط الحضري وقصور أداء الجماعات المحلية في الجانب البيئي بالرغم من الأغلفة المالية الهامة المرصودة من خلال فرض الضرائب البيئية على الشركات والمؤسسات الاقتصادية، هذا القصور قد يعود إلى مشاكل هيكلية لتسيير مؤسسات النظافة، وهو الأمر الذي يؤكده الشكل التالي.

شكل رقم 76: التوزيع النسبي لطريقة تخلص الأسر المعيشية من النفايات المنزلية وفق المحددات السوسيواقتصادية



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

بشكل عام، يمكننا ملاحظة علاقة إيجابية بين المستوى الاجتماعي والاقتصادي واتباع الطرق المنظمة للتخلص من النفايات، فالأسر ذات المستوى التعليمي العالي والدخل المرتفع تميل إلى استخدام حاويات النفايات بشكل أكبر مقارنة بالأسر ذات المستوى التعليمي المنخفض والدخل المنخفض. كما يبدو أن للموقع الجغرافي ووسط الإقامة دورًا هامًا في تحديد طريقة التخلص من النفايات، فبعض المناطق الجغرافية تسجل نسبًا أعلى من استخدام الحاويات مقارنة بغيرها، وهذا قد يعكس اختلافات في البنية التحتية وخدمات جمع النفايات المتوفرة في هذه المناطق.

1.1.4. استخدام الطاقة النظيفة في المنازل:

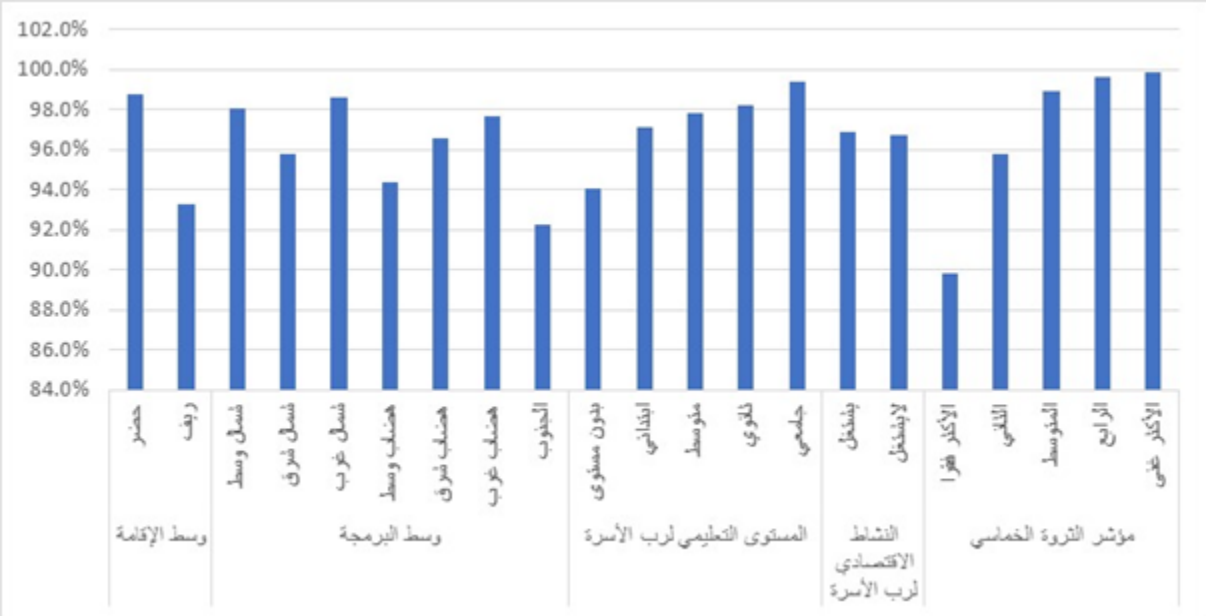
يشكل توفير الطاقة النظيفة والمستدامة في المنازل، ركيزة أساسية لتحقيق التنمية المستدامة. فمن خلال توفير إمكانية الوصول إلى خدمات الطاقة الحديثة والموثوقة، يمكن تحسين نوعية الحياة للملايين من الناس، لا سيما في المناطق الريفية والنائية. كما أن ذلك يساهم في تحقيق المساواة بين الجنسين، حيث تتولى النساء في كثير من الأحيان مهام جمع الحطب والوقود التقليدي، مما يزيد من أعبائهن ويقلل من فرصهن في التعليم والعمل، كما يتماشى توفير الطاقة النظيفة للمنازل مع الهدف السابع من أهداف التنمية المستدامة، والذي يهدف إلى ضمان حصول الجميع على طاقة بأسعار معقولة وموثوقة ومستدامة وحديثة بحلول عام 2030.

كما "تتحمل النساء والأطفال العبء الأكبر لأضرار تلوث الهواء المنزلي. فبسبب قضاء النساء وقتًا أطول في الطهي والأعمال المنزلية، يتعرضن لكميات أكبر من الملوثات الضارة التي تنتج عن حرق الوقود التقليدي. وهذا التعرض المستمر يزيد من خطر إصابتهن بأمراض الجهاز التنفسي والقلب والأوعية الدموية. أما الأطفال، وخاصة دون سن الخامسة، فهم أكثر عرضة للإصابة بالالتهاب الرئوي بسبب ضعف جهازهم المناعي، مما يجعلهم أكثر حساسية للتأثيرات الضارة لتلوث الهواء"[1].

خصص المسح العنقودي السادس في استمارة الأسر المعيشية لعام 2019 معلومات قيمة حول عادات استهلاك الطاقة في المنازل الجزائرية. فقد تم التطرق إلى أنواع الوقود المستخدمة والأجهزة المنزلية، وكذلك إلى وجود أنظمة تهوية تساعد على تحسين جودة الهواء داخل المنزل. هذه المعلومات تساعد في فهم التحديات التي تواجه الأسر في الحصول على طاقة نظيفة وآمنة، وتساهم في وضع سياسات لتحسين الظروف المعيشية.

[1] WHO: Burning opportunity: clean household energy for health, sustainable development, and wellbeing of women and children, 2016, Switzerland, p9.

شكل رقم 77: التوزيع النسبي لأفراد الأسر الذين يعيشون في أسر تستخدم وقودًا نظيفًا وتقنيات حديثة للطهي والتدفئة والإضاءة، في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

يعكس الشكل أعلاه الجهود الحثيثة التي تبذلها الدولة الجزائرية من أجل تعميم استخدام الطاقات النظيفة للطهي والتدفئة والإضاءة لجميع الأسر دون استثناء أو تمييز على مستوى مختلف الفئات الاجتماعية أو المناطق الجغرافية، ما عدا بعض التفاوت المسجل بالنسبة لمؤشر الثروة الخماسي، حيث تزيد نسبة التغطية بداية من الخميس الثاني عن 96% لتصل إلى 99.9% في الخميس الأكثر غنى، مع تسجيل نسبة تقارب 90% في الخميس الأكثر فقرا. وهي نسب جد محترمة مقارنة بالنسب العالمية أو الإقليمية.

2.4 حماية الأطفال من العنف والاستغلال:

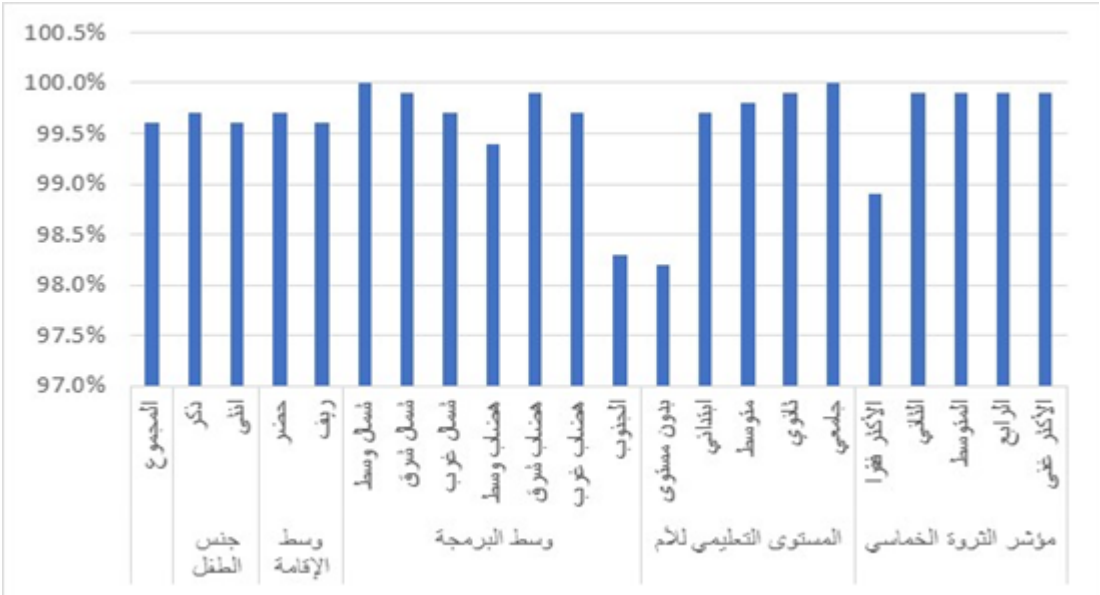
تنص الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل على حق كل طفل، في الاسم والجنسية وحمايته من حرمانه من هويته، وتعتبر عملية تسجيل الطفل عند ولادته الوسيلة الأساسية لضمان هذه الحقوق. كما تُعد عملية تسجيل الطفل عند ولادته الخطوة الأولى لضمان اعتراف القانون به وحماية حقوقه، والتأكد من إمكانية رصد أي انتهاك لهذه الحقوق. تشكل شهادة الميلاد الدليل على التسجيل وهي أول شكل من أشكال الهوية القانونية، وغالبًا ما تكون

ضرورية للحصول على الرعاية الصحية أو التعليم. كما يمكن أن تكون الهوية القانونية بمثابة حماية ضد الزواج المبكر أو استغلال الأطفال في العمل.

إن تسجيل المواليد وشهادات الميلاد عبارة عن دليل قانوني قوي على مكان الميلاد والروابط العائلية، وبالتالي ضروريان للحصول على وثائق شخصية مثل بطاقة الهوية أو جواز السفر. في مرحلة البلوغ، قد يُطلب شهادة الميلاد للحصول على مساعدة اجتماعية أو وظيفة في القطاع الرسمي، أو لشراء أو توريث ممتلكات، أو للتصويت.

في الجزائر، يكرس القانون الحق الأساسي في الهوية من خلال تشجيع تسجيل المواليد. ينص قانون الأحوال الشخصية في المادة 61 على أنه يجب الإعلان عن كل طفل يولد في الأراضي الجزائرية خلال خمسة أيام من تاريخ الولادة لدى موظف الحالة المدنية لمكان الولادة، تحت طائلة العقوبات الجنائية، باستثناء ولايات الجنوب، حيث يتم تمديد هذه المدة إلى 20 يومًا بعد الولادة. تنص المادة 442 من القانون الجنائي في فقرتها الثالثة على أن عدم الإعلان عن ولادة طفل أو مولود جديد وجده شخص آخر يعاقب عليه بالحبس والغرامة.

شكل رقم 78 التوزيع النسبي للأطفال في عمر أقل من خمس سنوات والمسجلين في سجل الحالة المدنية حسب المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

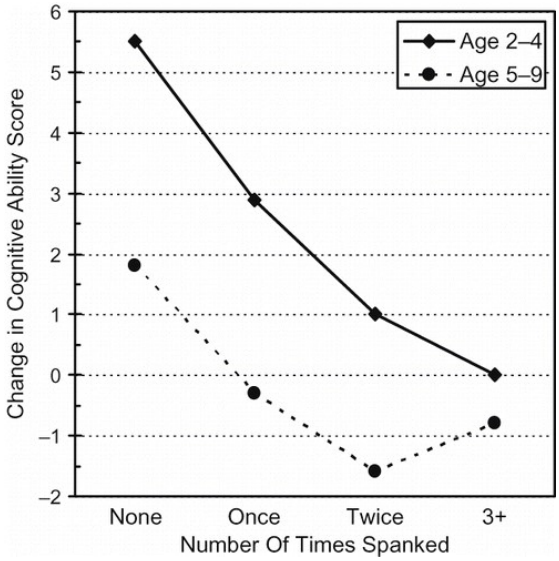
3.4. تأديب الأطفال:

إن تأديب الطفل هو في المقام الأول تعليمه وتوجيهه ومرافقته، ويهدف إلى تعديل سلوكه ومساعدته على تحديد معالمه، واكتساب السيطرة على نفسه، والسلوك بشكل صحيح تجاه نفسه، وبيئته المباشرة، ومن ثم المجتمع ككل. يجب على الآباء منذ الصغر تعليم أطفالهم كيفية إدارة العواطف أو الصراعات في إطار من الأخلاق يشجع على الحكم والمسؤولية، والحفاظ على احترام الطفل لذاته، وسلامته الجسدية والنفسية وكرامته.

كثيرًا ما يتم تربية الأطفال باستخدام طرق عقابية تعتمد على القوة البدنية أو التهديد اللفظي لتحقيق السلوك المطلوب. أظهرت الدراسات أن تعريض الأطفال للعنف في التربية له عواقب وخيمة، آثارها فورية وطويلة الأمد، يستمر الأطفال في معاناتها حتى مرحلة البلوغ. يعيق العنف نمو الأطفال، ويحد من قدراتهم على التعلم ويقلل من أدائهم الدراسي؛ كما أنه يثبط العلاقات الإيجابية، ويؤدي إلى انخفاض احترام الذات، والضيق العاطفي، والاكتئاب، وفي بعض الأحيان يؤدي إلى المخاطرة والتأذي الذاتي.

وقد جاء في الهدف الفرعي 16-2-1 من أهداف التنمية المستدامة بحلول 2030 إنهاء ما يتعرض له الأطفال من سوء معاملة واستغلال

شكل رقم 79: مخطط بياني لعلاقة عدد مرات الضرب بقدرة الطفل المعرفية بعد أربع سنوات



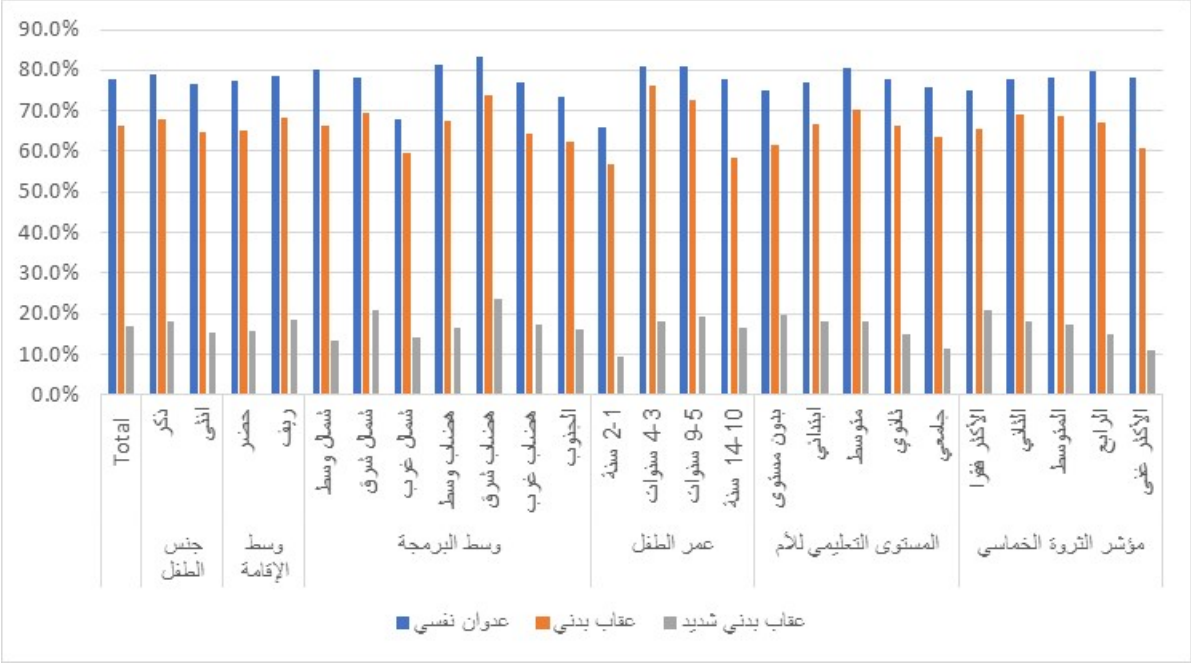
المصدر:

Straus, M. and M. Paschall. "Corporal Punishment by Mothers and Development of Children's Cognitive Ability: A Longitudinal Study of Two Nationally Representative Age Cohorts." *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 18, no. 5 (2009): 459-83. doi:10.1080/10926770903035168.; Erickson, M. and B. Egeland. "A Developmental View of the Psychological Consequences of Maltreatment." *School Psychology Review* 16, no. 2 (1987): 156-68.

يبين الشكل أعلاه لدراسة أجريت على مجموعة من الأطفال استخدم ضدهم العقاب البدني ومجموعة أخرى لم يستخدم ضدها العقاب البدني، ويتبين أن الأطفال الذين لم يستخدم والديهم العقاب البدني حققوا مكاسب في القدرة المعرفية، فقد اكتسب الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2–4 سنوات والذين لم يتعرضوا للضرب في أي من الأسبوعين متوسطًا قدره 5.5 نقطة، بينما اكتسب الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5–9 سنوات متوسطًا يقارب نقطتين.

فالنظم السلوكية الحيوية التي تقوم عليها تطور العلاقات بين الوالدين والطفل قديمة ومتجذرة بعمق في تطور الثدييات، وهي أيضًا قابلة للتكيف بدرجة عالية مع التغيرات في البيئة. على سبيل المثال، يترافق التعرض للعنف في بيئة المنزل وتجارب الطفولة السلبية الأخرى مع تغييرات في بنية الدماغ ووظائفه لدى الأطفال. للأسف، فإن هؤلاء الأطفال أيضًا أكثر عرضة لارتكاب العنف عندما يكبرون، بحيث يمكن أن يصبح العنف مستمراً من جيل إلى جيل[1].

شكل رقم 80 التوزيع النسبي للأطفال في عمر أقل من 17 عام الذين تعرضوا للعنف وفق المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

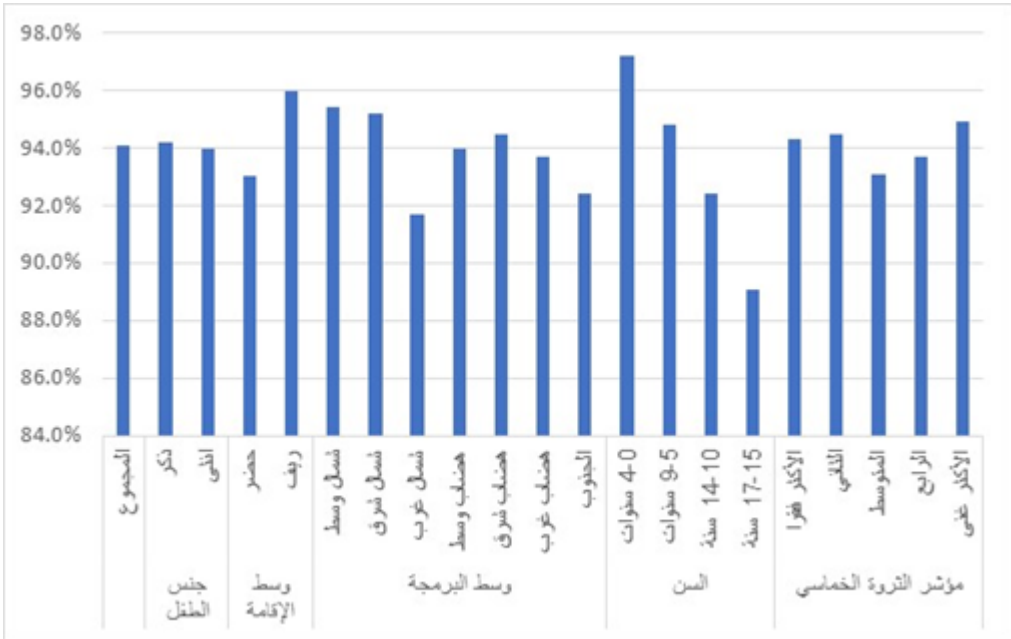
[1] Pia R Britto, PhD and al: Nurturing care: promoting early childhood development, The Lancet, Volume 389, Issue 10064p91-102January 07, 2017.

يتضح من الرسم البياني أن ظاهرة العنف ضد الأطفال منتشرة على نطاق واسع في الجزائر، حيث تظهر نسب مرتفعة في جميع الفئات العمرية والجغرافية تقريبا، وبالنسبة لمحدد الجنس، يبدو أن الإناث أكثر تعرضًا للعنف النفسي مقارنة بالذكور، بينما لا توجد فروقات كبيرة بين الجنسين في نسبة التعرض للعنف الجسدي الشديد.

أما بالنسبة ل تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية: تظهر نتائج الدراسة وجود علاقة بين المستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة ونسبة تعرض الأطفال للعنف. فالأطفال الذين يعيشون في أسر ذات مستوى تعليمي منخفض ومؤشر ثروة منخفض هم الأكثر عرضة للعنف. وهو الامر الذي يدعو إلى تسطير برامج استعجالية للتقليل من أساليب التأديب العنيفة ضد الأطفال في الجزائر خاصة في الفئات العمرية الأقل من خمس سنوات التي تعتبر حساسة جدا للعنف.

4.4. الترتيبات المعيشية للأطفال

شكل رقم 81: التوزيع النسبي للأطفال الذين يعيشون مع كل من الأب والأم معا في عمر 0-17 عام وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.



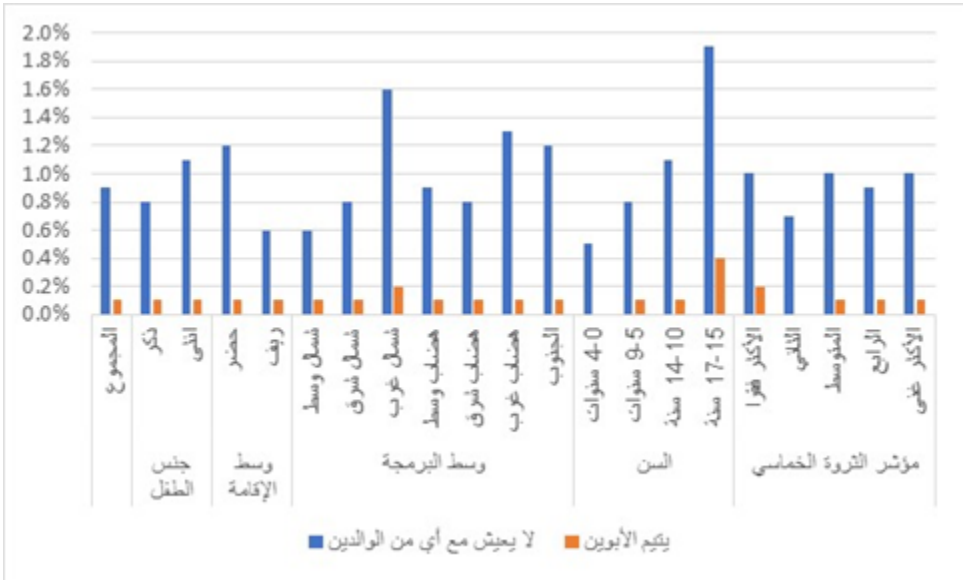
المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

تنص اتفاقية حقوق الطفل على أن الطفل من أجل نموه المتكامل والشامل يجب أن ينشأ في بيئة عائلية وفي جو من السعادة والحب والتفاهم، وهو الأمر المرتبط بوجود الأبوين معا في الأسرة، ويتبين من الشكل أعلاه أن 94.1% من الأطفال في عمر 0-17 سنة

يعيشون مع كل من الأب والأم، لكن هذه النسبة تنخفض كلما زاد عمر الطفل، لتصل 92.4% و89.1% للفئتين العمريتين 10–14 و15–17 على التوالي، حيث تمثل الفئة العمرية 10–14 مرحلة المراهقة والتي تعتبر حرجة في حياة الطفل الذي يحتاج إلى المرافقة الوالدية الدائمة لتخطي هذه المرحلة حتى يصل إلى البلوغ والنضج.

وبالنظر إلى وسط الإقامة نلاحظ ارتفاع نسبة الأطفال الذين يعيشون مع كلا الوالدين في الريف مقارنة بالمدن، وبالنسبة لوسط البرمجة الإقليمي نلاحظ انخفاض النسبة في منطقتي الهضاب غرب والجنوب الكبير.

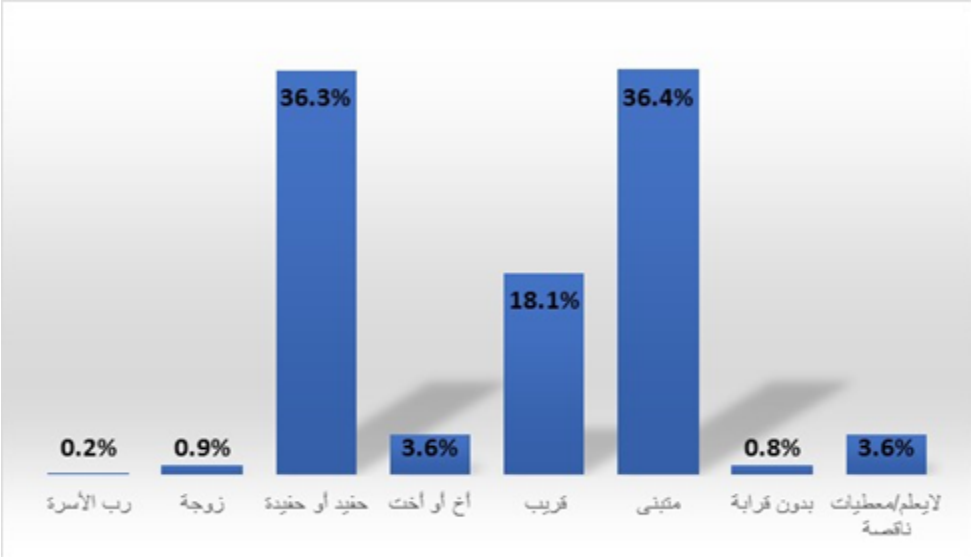
شكل رقم 82: التوزيع النسبي للأطفال في الفئة العمرية 17 – 0 سنة الذين لا يعيشون مع أي من والديهما الحقيقيين وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

بلغت نسبة الأطفال في عمر أقل من 18 عام في الجزائر والذين لا يعيشون مع أي من والديهم الحقيقيين 0.9%، بينما لم تتجاوز نسبتهم في الفئة العمرية 0–4 سنوات 0.5% كما بلغت نسبة الأطفال يتيمي الأبوين 0.1% وهي نسب متدنية على العموم.

شكل رقم 83 التوزيع النسبي للأطفال في عمر 0-17 الذين لا يعيشون مع الوالدين الحقيقيين حسب رابط القرابة مع رب الأسرة في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس

عندما تربط بين الأطفال والأهل علاقة إيجابية تتسم بالحب والاهتمام والأمان، فإن ذلك يساعدهم في التقدّم بحياتهم والازدهار في مراحل نموّهم. القدرة على تكوين هذا الرابط القوي مع الأطفال قد يشكّل تحدّياً لبعض الأهالي أكثر من غيرهم، وذلك لأنهم لم يحظوا بالمحبة والحماية أثناء طفولتهم. وجود روابط متينة مع أطفالنا منذ الصغر سيؤثّر على تطوّرهم في المستقبل، ويحدد طبيعة العلاقة بيننا وبينهم

إن الوالدين ومقدمي الرعاية هم من يصنعون النماء في مرحلة الطفولة المبكرة. فما من نظير لهم في تشكيل التجارب التي تبني أدمغة أطفالهم وتضعهم على مسار النماء الصحي.

إن تنشئة الأطفال سواء أكان يقوم بها أم أو أب أو جد أو شقيق أو قريب آخر أو شخص راشد آخر هي وظيفة تتمثل بتوفير الرعاية الحانية على امتداد الطفولة، وإعداد الطفل للعيش في المجتمع وتشكيل علاقات والتعلّم والعمل والازدهار. وتوفر تنشئة الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة فرصة لوضع أساس للنجاح مدى الحياة[1].

[1] اليونيسيف: الدعم لتنشئة الأطفال، دعم مقدمي الرعاية في أهم مهمة يتولونها — تنشئة أطفالهم، https://www.unicef.org/ar. تم الاطلاع يوم 14 جويلية 2023.

تعقيب:

لقد استعرض هذا الفصل المؤشرات المتعلقة بالصحة والتغذية والعيش في بيئة آمنة في الجزائر بالنسبة للطفولة المبكرة، وقد كانت في مجملها إيجابية تعكس الجهود المبذولة من طرف الدولة من أجل ضمان استمرارية وديمومة التنمية الاقتصادية والبشرية وانعكاساتها الإيجابية على حياة الأجيال في ظل مختلف التحديات المناخية والبيئية والتقلبات الاقتصادية، والظروف الدولية المحيطة في شمال افريقيا، والرهانات العالمية المختلفة.

إن أكبر التهديدات التي تواجه تنمية الطفولة المبكرة تتمثل في الفقر المدقع، وانعدام الأمن، والعنف بكل انواعه ومستوياته، والسموم البيئية، وضعف الصحة النفسية، وانعدام المساواة بين الجنسين، واتساع الفجوة بين الأغنياء والفقراء للوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية، وعليه يحتاج الأطفال إلى الرعاية في مرحلة التنشئة بتهيئة الظروف، التي تضمن تعزيز الصحة والتغذية والأمن والسلامة، وهي مسألة تخص الأطفال وأسرهم وغيرهم من القائمين بالرعاية والأماكن التي يتفاعلون فيها والمحيط البيئي الذي يعيشون فيه.

إن تنمية الطفولة المبكرة التي تمتد منذ مرحلة ما قبل الولادة إلى غاية عمر 8 سنوات، تتطلب تدخلات متشابكة ومتفاعلة لأكثر من قطاع خدماتي بدءا بالصحة والتضامن الوطني والضمان الاجتماعي والتربية والجماعات المحلية والبيئة، شريطة أن تمس البرامج التنفيذية الطفل بشكل مباشر، حيث ستعود النتائج المرجوة بمردود اقتصادي يغطي النفقات المرصودة، ويزدهر المجتمع وتستدام تنميته.

الفصل الرابع:

التطور النمائي في مرحلة الطفولة المبكرة

دعم التعلم في مرحلة الطفولة المبكرة

عدم كفاية الرعاية

حوادث الأطفال

مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة

تمهيد:

يتناول هذا الفصل التطور النمائي في مرحلة الطفولة المبكرة خلال المرحلة العمرية 3-4 سنوات والتي تعتبر حلقة الوصل بين مرحلة الحمل والرضاعة ومرحلة الطفولة الوسطى، وخلال هذه المرحلة تتجلى أهم مؤشرات النماء المختلفة ويمكن من خلالها قياس مدى التقدم النمائي للطفل وهل هو يسير في الاتجاه الصحيح أم لا؟

1.دعم التعلم في مرحلة الطفولة المبكرة:

يعتبر دعم الوالدين لعملية تعلم الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة عاملا حاسما لتأسيس الأسس المتينة لبناء تعلم الطفل وتطوره الشامل، فخلال هذه المرحلة الحساسة والحرجة يكون الدماغ في آخر مراحل نموه وقابليته لتكوين الروابط العصبية الناتجة عن التفاعلات المبكرة بين الطفل ووالديه والتي ستؤثر بشكل كبير على نموه المعرفي والعاطفي والاجتماعي ناهيك عن نموه الجسماني.

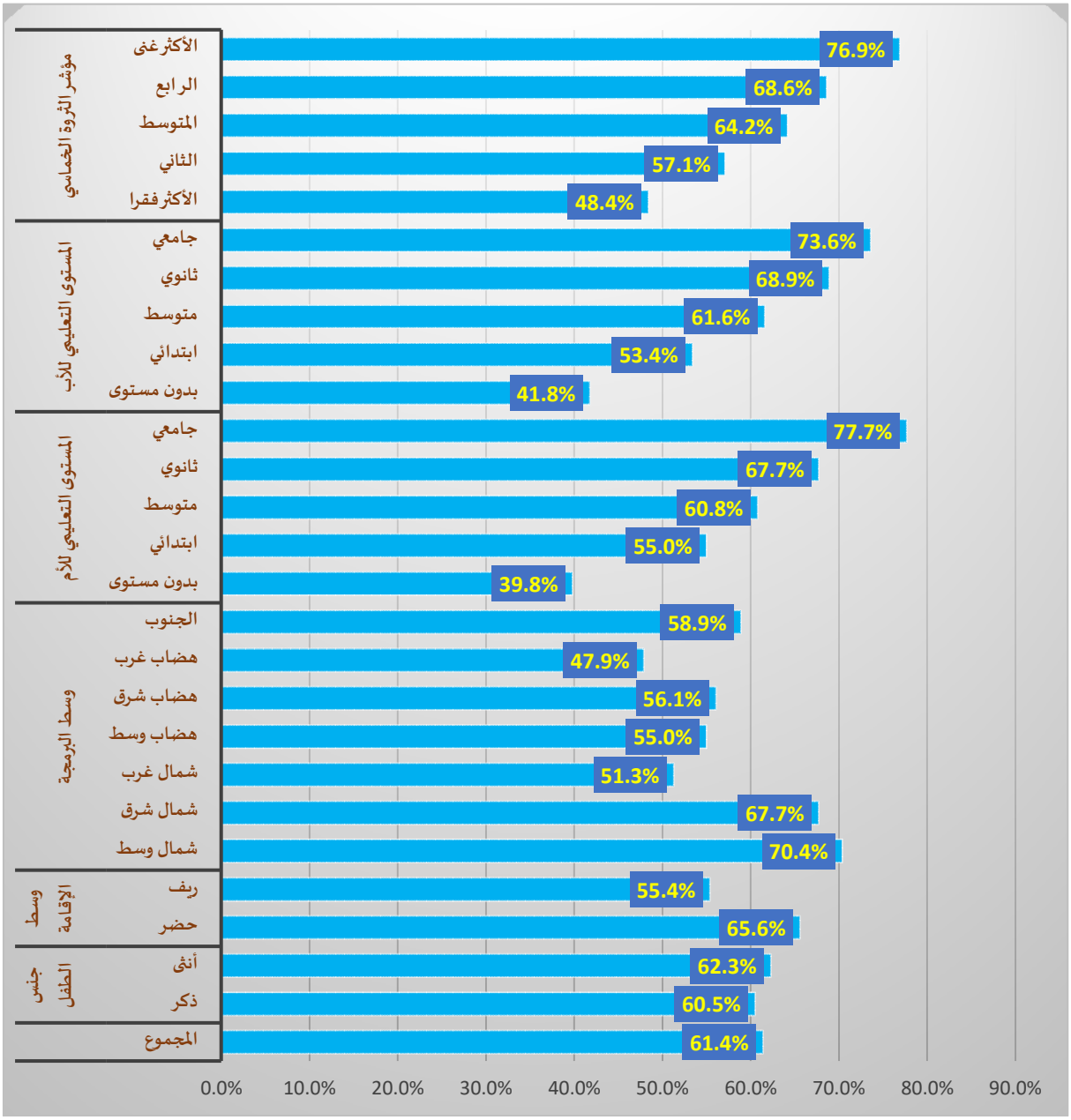
كما أظهرت عدة دراسات أن الأطفال الذين يحضون بدعم فعال من والديهم سيحققون نتائج أفضل في المدرسة الابتدائية، وسيتمكنون من امتلاك مهارات حل المشكلات واتخاذ القرار بشكل أفضل[1]. ويساعد التفاعل الإيجابي بين الوالدين والأطفال على بناء الثقة بالنفس وتعزيز المهارات الاجتماعية والحد من المشكلات السلوكية كالانطواء والعنف تجاه الاقران، ويشجع الأطفال على طرح الأسئلة والاستكشاف ويوسع آفاقهم المعرفية[2].

وأكد أبو عليان أن الاسرة هي المؤثر الحاسم في بلورة شخصية الطفل وتنشئته حيث أكد فرويد في عام 1935 على أهمية دور الاسرة في تنمية شخصية الطفل في السنوات الخمس الأولى، ودعمت ذلك نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا في عام 1969 التي تؤيد دور أهمية أساليب المعاملة الوالدية في تنشئة الأبناء وتكوين شخصياتهم من خلال أسلوبي الملاحظة والقدوة بالنموذج الملاحظ.

[1] Bronfenbrenner Urie: **The ecology of human development**, Harvard University Press, 1979, p166.
[2] Laura E. Berk: **Child Development Pearson**, Allyn and Bacon, 2006, p324

لقد ورد في استمارة المسح الخاصة بالأطفال الأقل من خمس سنوات مقياس خاص بتنمية الطفولة المبكرة يحتوي على مجموعة من الأسئلة المتعلقة بدعم التعلم منها السؤال رقم TC49 المتعلق بتوفر التحفيز المبكر والتشجيع على التعلم

شكل رقم 84: التوزيع النسبي للأطفال الذين شارك معهم أحد أعضاء الاسرة المعيشية 4 أنشطة تعلمية أو أكثر خلال الثالثة أيام السابقة للمسح وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يشير الشكل أعلاه إلى مدى مشاركة الأطفال الجزائريين لـ 4 أنشطة تعليمية أو أكثر خلال الثلاثة أيام السابقة للمسح سنة 2019 مع أحد أفراد الأسرة المعيشية، وقد بلغت نسبة المشاركة 61.4% منخفضة عن تلك المحققة سنة 2013 البالغة 78.1%، وبشكل عام يمكننا حصر الملاحظات التالية وفق المحددات السوسيواقتصادية:

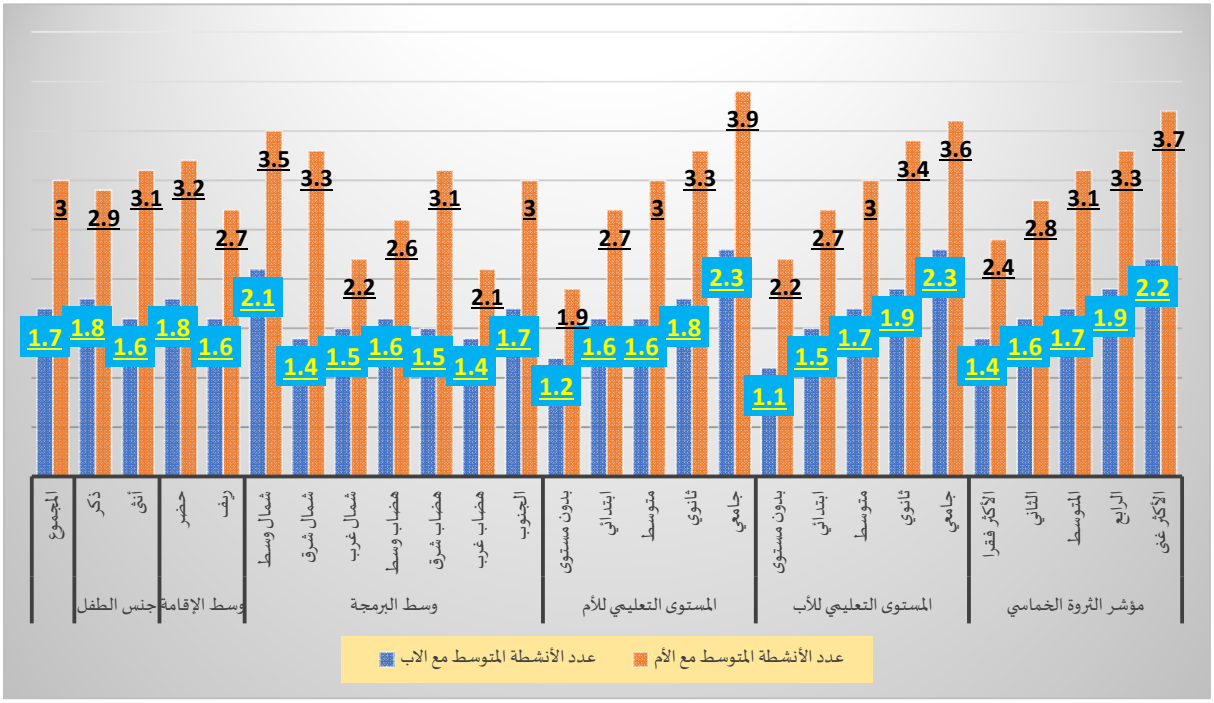
الجنس: نلاحظ ارتفاع نسبة مشاركة الأنشطة التعليمية مع الاناث أكثر من الذكور.

وسط الإقامة: نلاحظ وجود فروقات كبيرة في النسب بين مختلف المناطق، ما يشير إلى أن الفرص المتاحة للتعلم المبكر ليست متساوية في جميع مناطق الوطن، حيث المناطق الحضرية والجنوب تميل الى تسجيل نسب أعلى مقارنة بالمناطق الريفية والهضاب.

المستوى التعليمي للأم: يظهر بوضوح أن أطفال الأمهات المتعلمات يحضون بفرص أكبر للمشاركة في الأنشطة التعليمية، وهو ما يؤكد دور الام في توفير البيئة المناسبة للتعلم المنزلي.

المستوى الاقتصادي: نلاحظ العلاقة الإيجابية بين المستوى الاقتصادي للأسرة ومشاركة الأطفال للأنشطة التعليمية.

شكل رقم 85: العدد المتوسط للأنشطة مع الأب أو الأم وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يفتقد واحد من كل عشرة أطفال في العالم إلى ممارسة نشاطات مع القائمين على رعايتهم والتي تعد جد مهمة لتعزيز تطورهم الادراكي والاجتماعي مثل القراءة ورواية القصص والرسم، كما تظهر البيانات أن واحداً تقريباً من كل خمسة أطفال بعمر 2–4 سنوات لا يلعب مع القائمين على رعايته في المنزل، وأن واحداً تقريباً من كل ثمانية أطفال دون عمر الخامسة لا يمتلك دمى أو ألعاباً في منزله.

وتبين الدراسات أن برامج تنشئة الأطفال المدعمة بالأدلة تحسِّن رعاية الأطفال، وتقلل العنف الأسري وسوء المعاملة، وتعزز الصحة العقلية للأطفال ووالديهم. ومن هذه البرامج تقديم توجيه بشأن النُهج الإيجابية، وبناء علاقات قوية بين الأطفال ووالديهم، ودعم اللعب، والتأديب غير العنيف، والتواصل[1].

تختلف تأثيرات جودة الرعاية النهارية على تطور الأطفال مع وجود فوائد أكثر في البرامج عالية الجودة مع إمكانية حدوث ضرر من البرامج ذات الجودة الرديئة، كما يفيد حضور مرحلة ما قبل المدرسة أداء الأطفال لاحق في المدرسة الابتدائية[2].

1.1 توافر وسائل التعلم في المنزل:

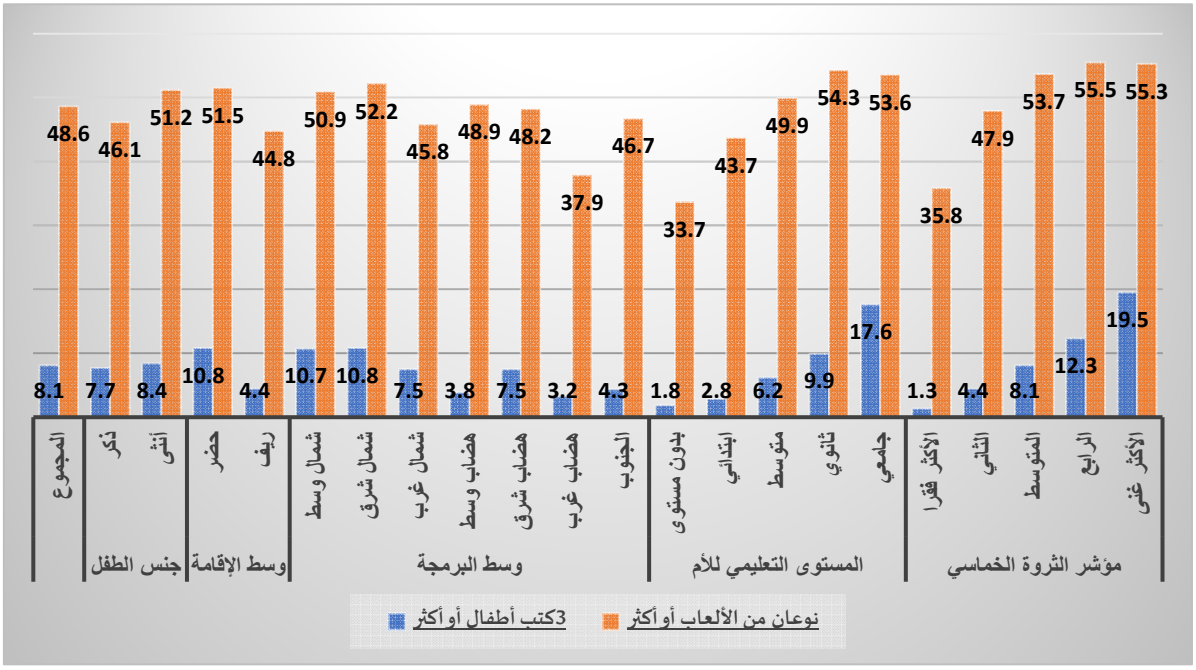
تلعب الأدوات التعليمية والألعاب دورا هاما في تنمية الطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة، فهي لا توفر فقط الترفيه والمتعة، بل تساهم بشكل فعال في تنمية المهارات المعرفية والعاطفية، حيث تؤكد العديد من الدراسات العلمية التتبعية على أهمية هذه الأدوات في دعم التعلم المبكر وتشكيل قاعدة صلبة للنجاح المدرسي والمهني في المستقبل.

[1] سارة الجطاب: اليونيسيف، نحو 400 مليون طفل صغير في العالم يتعرضون لعقوبات جسدية في منازلهم، www.unicef.org/ar/، 10 جوان 2024، تاريخ الزيارة 23 سبتمبر **2024**.

[2] Grantham-McGregor et al: Effects of integrated child development and nutrition interventions on child development and nutritional status. *Ann N Y Acad Sci* 2014.

كما يعزز التنسيق بين رياض الأطفال والمدارس الابتدائية الانتقالات السلسة وتمكن الأطفال من بناء مهاراتهم في مرحلة ما قبل المدرسة ويسهل استراتيجية سهلة ومنسقة ومتسلسلة لتعزيز التعليم المبكر والتي توفر الدعم للأطفال طيلة مسار حياتهم[1].

شكل رقم 86: التوزيع النسبي للأطفال الذين تتوفر لديهم 3 كتب مخصصة للأطفال أو أكثر أو نوعين من الألعاب أو أكثر وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يوفر الشكل نظرة فاحصة حول مدى توافر الوسائل التعليمية من كتب مخصصة للأطفال وألعاب للطفل في عمر أقل من خمس سنوات في الجزائر سنة 2019، وفق مجموعة من المحددات السوسيواقتصادية، حيث يعتبر هذا المؤشر مؤشرا هاما يعكس جودة البيئة المنزلية التي ينمو فيها الطفل وتأثيرها على نموه المعرفي الاجتماعي، وبشكل عام نلاحظ انخفاض محسوس لنسبة توفر الكتب التعليمية بغض النظر عن مختلف المحددات، وهذا يرجع الى

[1] Berlinski S, Schady N. The early years: child well-being and the role of public policy. New York: MacMillan, 2015, P55.

غياب الوعي بمدى أهمية مثل هذه الوسائل التعليمية في تحفيز التعليم المبكر لدى الطفل في وسط الآباء ومقدمي الرعاية.

الاختلاف الجغرافي: يظهر جليا وجود تباين جغرافي في مدى توافر الكتب والألعاب بين مختلف المناطق الجغرافية، فنجد بعض المناطق سجلت نسبا مرتفعة مقارنة بغيرها وهو ما يعكس وجود تفاوت في فرص التعليم المبكر.

تأثير المستوى التعليمي للأم: يظهر جليا أثر المستوى التعليمي للأم في مدى توافر الألعاب والكتب، إلا أن نسبة توافر الكتب تبقى منخفضة، وهو ما يعكس انخفاض الوعي بأهميتها.

العامل الاقتصادي: هناك علاقة إيجابية بين المستوى الاقتصادي للأسرة ومدى توافر الوسائل التعليمية والألعاب، الا أن نسبة توافر الكتب تبقى منخفضة مقارنة بالألعاب.

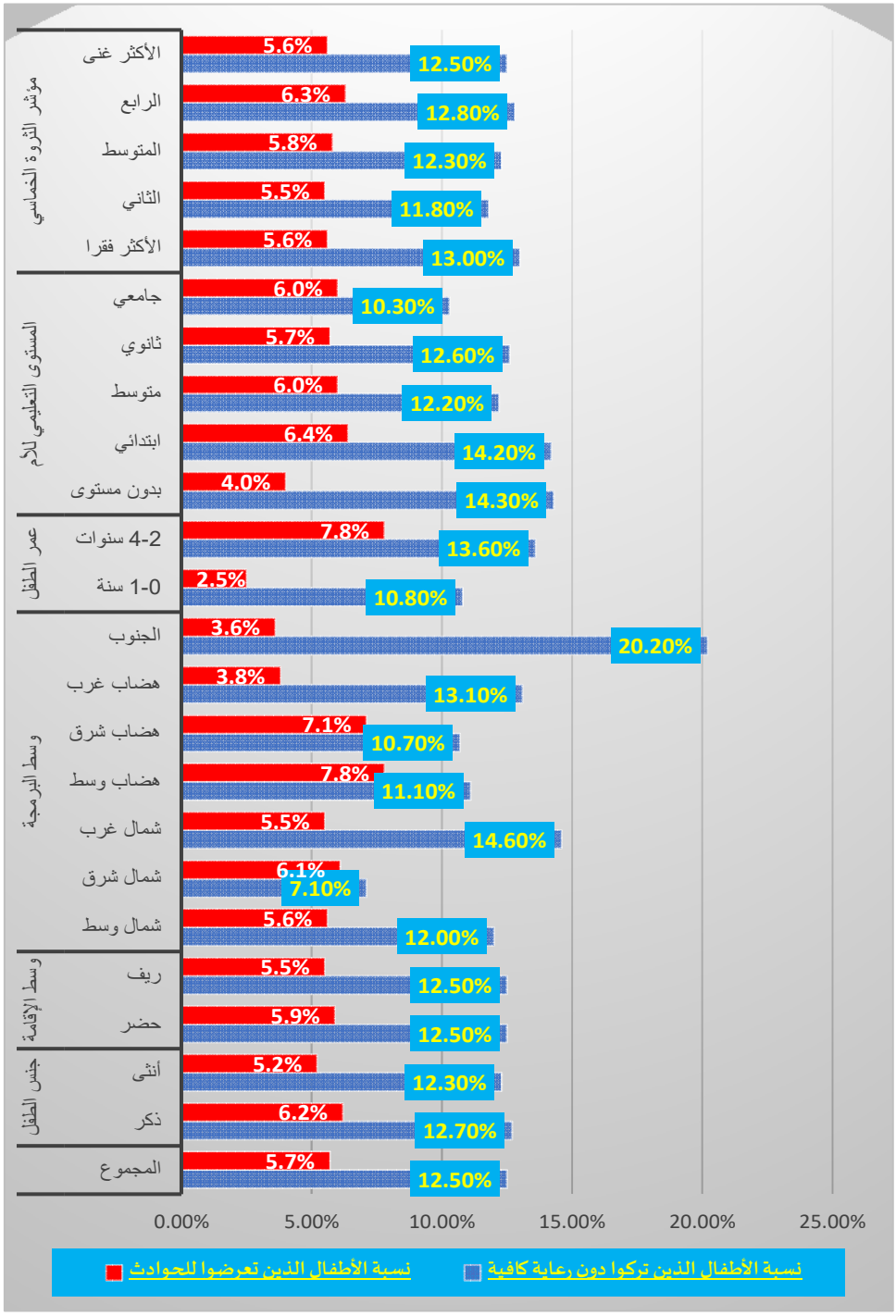
إن تعزيز التنمية المستدامة ينطلق من الاستثمار في التعليم المبكر الذي يساهم في بناء جيل جديد من المواطنين المتعلمين والمبدعين بغض النظر عن مستوى ذكائهم، وانتمائهم الجغرافي وخلفيتهم الاقتصادية، وهذا لن يتأتى إلا بتحسين جودة التعليم وبخلق البيئة المحفزة لذلك على مستوى الأسر بشكل أساسي، وهو الأمر الذي لا يتطلب سوى نشر الوعي في وسط الأسر لا سيما لدى الأمهات والآباء، بتكلفة اقتصادية بسيطة تعود آثارها الإيجابية بفوائد أكبر، وهو ما أكدته العديد من الدراسات المسحية الطولية وتوصي عليه كل من منظمة الصحة العالمية واليونيسيف.

2.عدم كفاية الرعاية:

تعتبر الرعاية الوالدية المستمرة والكافية للطفل داخل المنزل أو خارجه في عمر أقل من خمس سنوات أهم عامل يمكن أن يساعد في الوقاية من حدوث الإصابات عند الأطفال بما فيها: حوادث المرور، الغرق، الحروق، السقوط، والتسمم...، إضافة إلى الوقاية من الاخطار المتعلقة بسوء المعاملة من البالغين كالتحرش الجنسي والضرب والإهمال.

وقد تم استجواب النسوة من خلال الاستمارة الخاصة بالأطفال الأقل من خمس سنوات حول ما إذا تم ترك الطفل بدون رعاية كافية خلال الأسبوع السابق للمسح

شكل رقم 87: التوزيع النسبي للأطفال الأقل من خمس سنوات الذين تركوا دون رعاية كافية خلال الأسبوع السابق للمسح والتوزيع النسبي للأطفال الذين تعرضوا لحادث خطير سنة 2019 في الجزائر



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يهدف هذا التحليل الى فحص المعطيات الواردة في الشكل أعلاه والمتعلقة بالتوزيع النسبي للأطفال دون الخامسة الذين تركوا دون رعاية كافية أي تركوا لوحدهم لأكثر من ساعة أو مع

طفل آخر عمره أقل من 10 سنوات، وهذا خلال الأسبوع السابق للمسح المجرى سنة 2019 بالجزائر، وذلك وفق المحددات السوسيواقتصادية.

اختلاف النسب بين المناطق: يظهر التوزيع تباينا ملحوظا حسب المناطق المختلفة في الجزائر، حيث تظهر المناطق الجنوبية نسبا أكبر مقارنة بالمناطق الشمالية، وقد يعكس هذا التباين التفاوت في المستوى المعيشي والاقتصادي، وكذا الاختلافات في العادات والتقاليد في رعاية الأطفال.

تأثير المستوى التعليمي للأم: نلاحظ أن نسبة ترك الأطفال دون رعاية كافية تزداد مع انخفاض المستوى التعليمي للأم، فالأطفال لأمهات دون مستوى دراسي هم الأكثر عرضة لتركهم دون رعاية كافية وهذا ما يدل على أهمية دور الأم المتعلمة في توفير الرعاية المناسبة لأطفالها، إلا أننا نلاحظ انخفاض نسبة الأطفال الذين تعرضوا لحادث خطيرة ولم تتمتع أمهاتهم بأي مستوى دراسي مقارنة بالفئات الأخرى.

تأثير عمر الطفل: نلاحظ أنه كلما ارتفع عمر الطفل زاد احتمال تعرضه لعدم الرعاية الجيدة وكذا احتمال تعرضه لخطر الحوادث، حيث يزداد نشاط الطفل بداية من عمر سنتين وحبه لاكتشاف المحيط من حوله ما يتطلب رعاية ومرافقة أكبر.

تأثير المستوى الاقتصادي: تقريبا لا نكاد نلاحظ تمايزا في التوزيع النسبي للأطفال الذين تركوا دون رعاية كافية حسب المستوى الاقتصادي للأسرة المعيشية، إلا أن توزيع الحوادث يرتفع في فئة الأسر الأكثر فقرا.

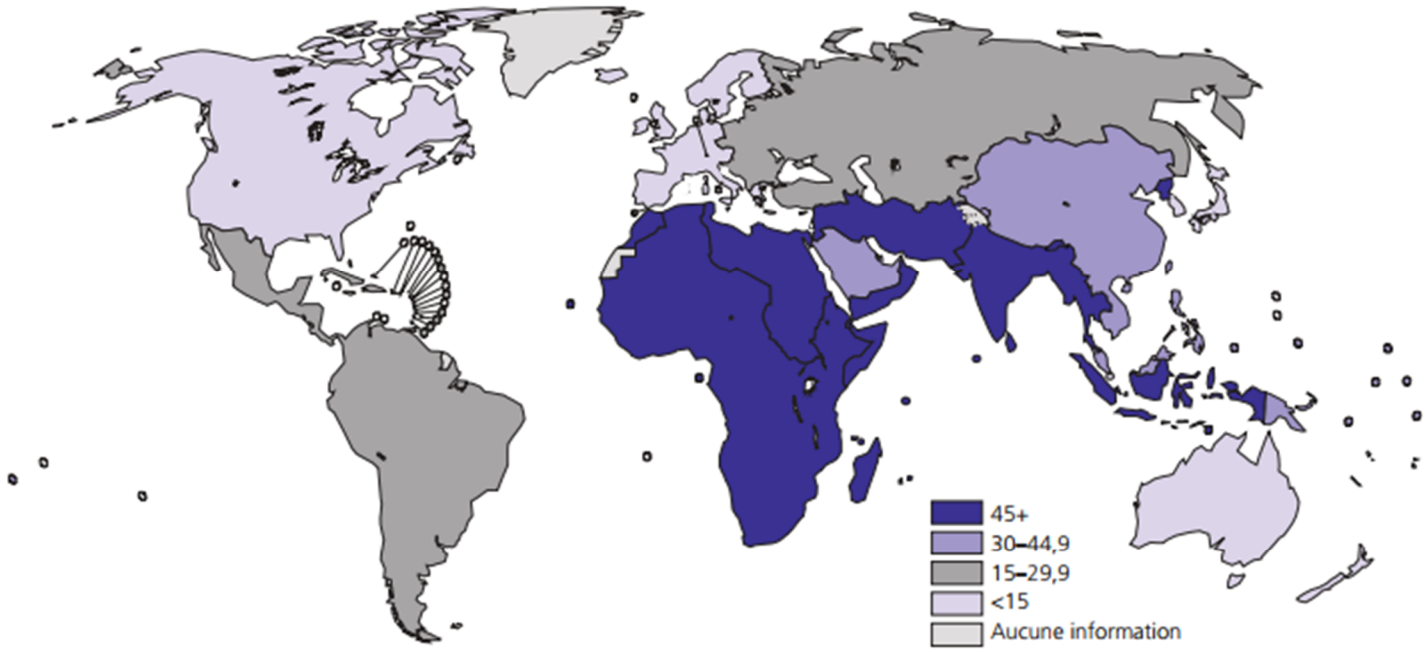
1.2.حوادث الأطفال:

عندما يبلغ الأطفال سن الخامسة تصبح الحوادث غير المتعمدة من أشد الأخطار التي تهدد بقاءهم على قيد الحياة، ويلقى 830 ألف طفل سنويا حتفهم بسبب الحوادث غير المتعمدة وهو ما يعني تأثر 2000 أسرة تأثرا بالغا جراء هذه الحوادث المميتة، فمرارة الحزن التي تتجرعها هذه الأسر مرارة لا توصف وغالبا ما تطال المجتمع بأسره، وقد تغير مثل هذه المأساة حياة الناس بشكل لا يمكن العودة إلى ما سبق، وفيما يلي الأسباب الرئيسية الخمسة لوفيات

الأطفال جراء الإصابات في جميع الاعمار بالترتيب التنازلي لحجمها: حوادث المرور، الغرق، الحروق، السقوط، التسمم[1].

وقد وفر التقرير الخاص بالمسح العنقودي السادس معلومات هامة حول حوادث الأطفال الأقل من خمس سنوات في الجزائر سنة 2019 تتعلق بنوع الحادث ومكان وقوعه وكيفية التعامل معه ومختلف المحددات السوسيواقتصادية التي تحيط بذلك.

شكل رقم 88: انتشار معدل إصابات الأطفال غير المتعمدة لكل 100000 طفل، في العالم سنة 2004.



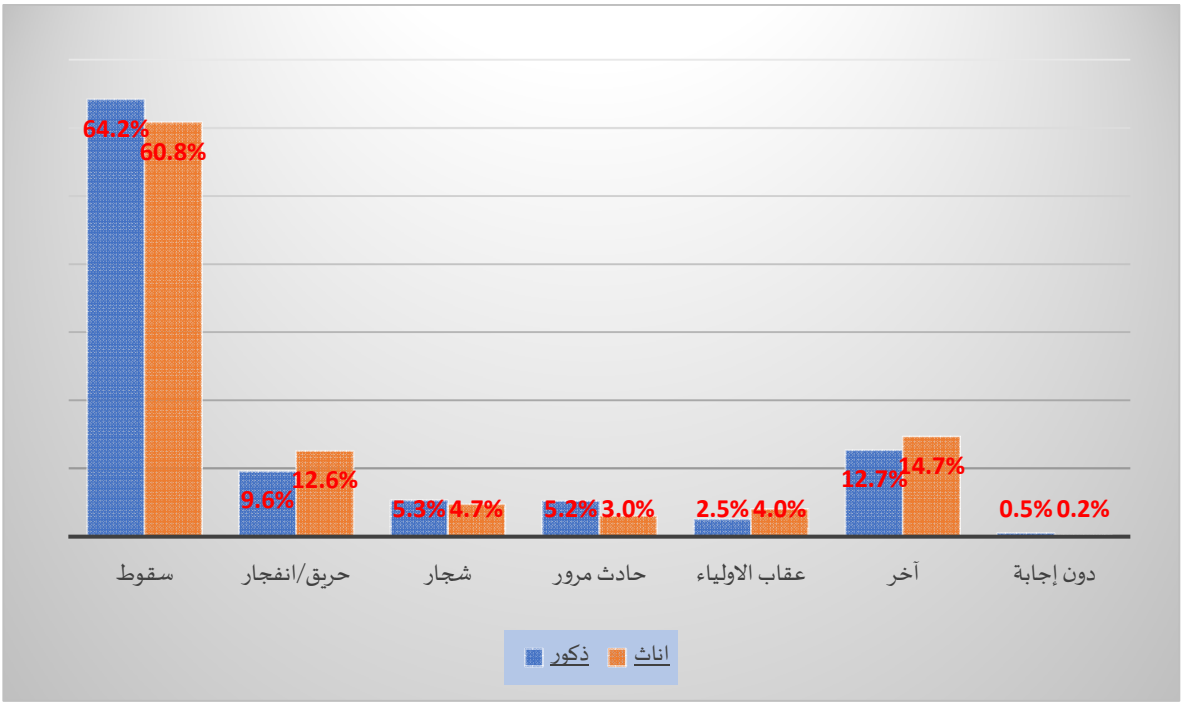
Afrique	Amériques		Asie du Sud – Est	Europe		Méditerranée orientale		Pacifique occidental	
Revenu faible/moyen	Revenu élevé	Revenu faible/moyen	Revenu faible/moyen	Revenu élevé	Revenu faible/moyen	Revenu élevé	Revenu faible/moyen	Revenu élevé	Revenu faible/moyen
53,1	14,4	21,8	49,0	7,9	25,4	41,6	45,7	7,8	33,8

المصدر: OMS , Charge mondiale de morbidité : mise à jour 2004

يتضح من الخريطة أن الجزائر تقع ضمن منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، وهي منطقة تتميز عموماً بمعدلات إصابات أطفال مرتفعة مقارنة بالمناطق الأخرى. وبناءً على ذلك يمكننا ملاحظة أن الجزائر تقع ضمن الفئة ذات المعدل المرتفع للإصابات، مما يشير إلى أن الأطفال الجزائريين يتعرضون لخطر أكبر للإصابة مقارنة بأقرانهم في بعض البلدان الأخرى من نفس مستوى الدخل كدول أمريكا اللاتينية.

[1] منظمة الصحة العالمية: وقاية الأطفال من الإصابات، الأمانة العامة، جمعية الصحة العالمية الرابعة والستون، مارس 2011، ص3.

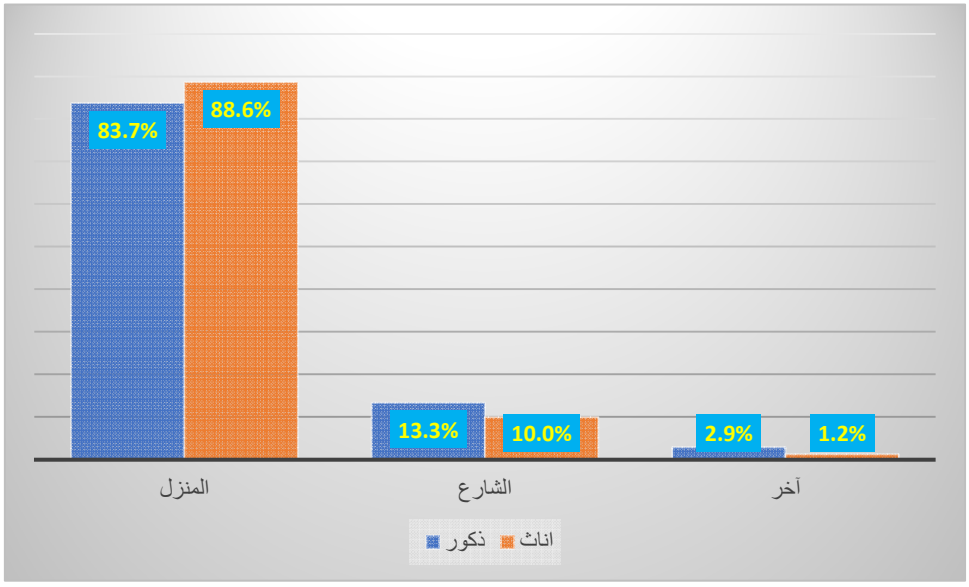
شكل رقم 89: التوزيع النسبي للحوادث التي تعرض لها الأطفال في الجزائر وفق الجنس ونوع الحادث في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يوفر هذا الشكل نظرة شاملة حول أنواع الحوادث التي تعرض لها الأطفال الأقل من خمس سنوات في الجزائر سنة 2019 بمجموع 852 طفل تعرض لحادث خطير من مجموع 14873 طفل، وتشكل حوادث السقوط النسبة الأكبر من اجمالي الحوادث التي تعرض لها الأطفال سواء بالنسبة للذكور أو الاناث، وهذا يدل على أهمية الوقاية من هذا النوع من الحوادث سواء في المنزل أو خارجه، وتأتي الحروق في المرتبة الثانية ثم المشاجرات ثم تليها حوادث المرور، وهو ما يؤكد أهمية الرعاية الوالدية في خفض حوادث الأطفال.

شكل رقم 90: التوزيع النسبي لحوادث الأطفال الأقل من خمس سنوات وفق مكان وقوع الحادث في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتبين من الشكل أن غالبية الحوادث الخطيرة التي حدثت للأطفال في الجزائر سنة 2019 حدثت في المنزل بالنسبة للجنسين، وهو ما يؤكد مرة أخرى أهمية المرافقة الدائمة للوالدين للأطفال الأقل من خمس سنوات في الوقاية من الاخطار والاصابات، وهذا بتوفير بيئة آمنة في المنازل.

2.2 التعرض إلى الشاشات الالكترونية:

يعتبر تعرض الأطفال إلى الشاشات الالكترونية في سن مبكرة، مثل الهواتف الذكية والأجهزة اللوحية وفق العديد من الدراسات التتبعية، كأحد العوامل والأسباب الرئيسية التي تؤدي إلى العديد من المخاطر كالتأخر في مهارات النطق والتفاعل مع الغير، ونقص الانتباه والتركيز مما قد يؤثر في أدائهم المدرسي مستقبلا، إضافة إلى اضطرابات النوم والاستيقاظ ما يؤثر سلبا على النمو البدني والعقلي للطفل.

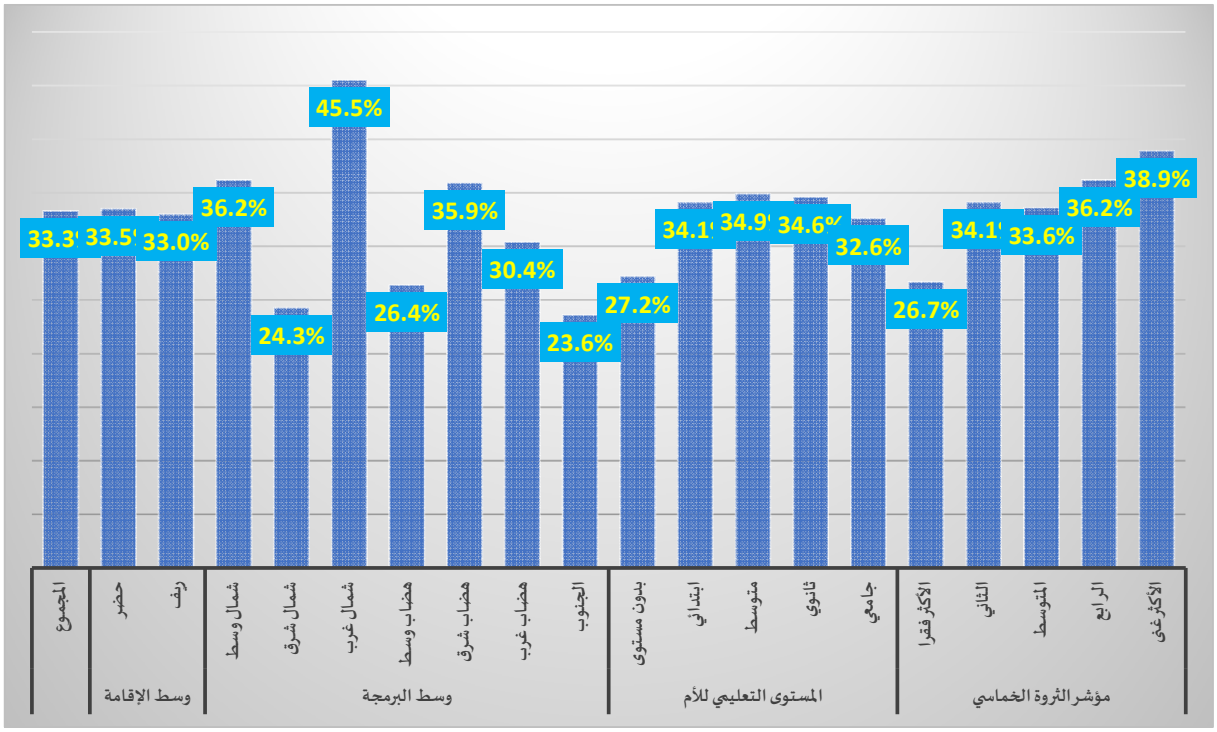
"ما يهم ليس ما يقضيه الطفل أمام الشاشات من ساعات فحسب، بل الزمن الذي يأخذه من الوقت اللازم للنوم واللعب والتحدث مع الآخرين والنشاط البدني[1]، وجميع هذه المخاطر ستكرس

[1] اليونيسيف: حالة أطفال العالم لعام 2021، تعزيز الصحة العقلية للأطفال وحمايتها ورعايتها، نيويورك، جانفي 2022، ص109.

أكثر المشاكل السلوكية كالعدوانية والاندفاعية وقلة الصبر، وهذا دون الحديث عن مخاطر المحتوى الذي يقدم عبر مختلف المنصات الرقمية الذي سيشكل الوعي عندما يصل الطفل لمرحلة البلوغ.

وقد تم تضمين سؤال خاص في استمارة الطفل الأقل من خمس سنوات حول ما إذا تم ترك الطفل أمام جهاز تلفزيون أو حاسب آلي أو جهاز لوحي لمدة تزيد عن الساعتين في اليوم خلال الأسبوعين السابقين للمسح.

شكل رقم 91: التوزيع النسبي للأطفال الأقل من خمس سنوات الذين تركوا لأكثر من ساعتين أمام جهاز تلفزيون أو حاسوب أو جهاز لوحي وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.



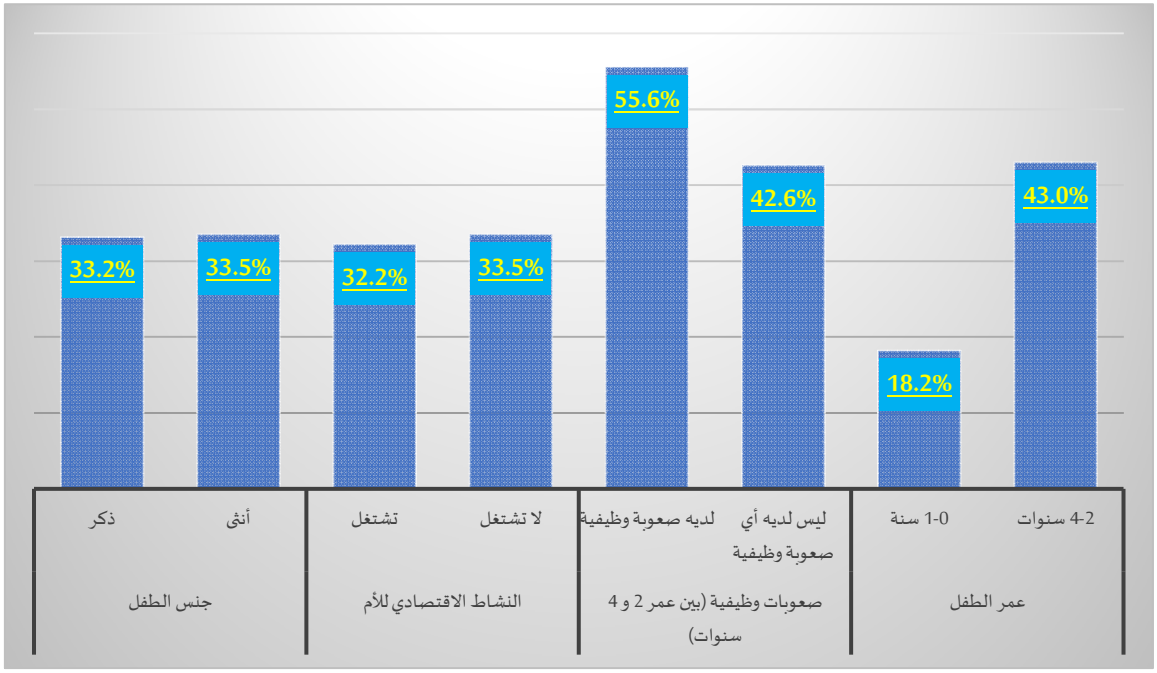
المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتبين من الشكل أعلاه التباين الكبير في التوزيع النسبي للأطفال الأقل من خمس سنوات الذين يقضون أكثر من ساعتين أمام الشاشات بأنواعها المختلفة لوحات رقمية هواتف ذكية حواسيب أو تلفاز، وهذا حسب المجموعات السكانية أو المناطق، بالنسبة لوسط الإقامة لا نلاحظ فرق كبير بين المدن والارياف، لكن حسب أوساط البرمجة الإقليمية نسجل أكبر نسبة في منطقة شمال غرب بـ 45.5% وهي أكبر من النسبة الوطنية بأكثر من 11 نقطة، وهذا قد يعود إلى

العادات التربوية لدى الاسر في منطقة الغرب الجزائري، كما سجلت أخفض نسبة في منطقة الجنوب بـ 23.3%، وقد يرجع ذلك إلى العادات السائدة في المنطقة المتعلقة بأساليب التربية الوالدية.

بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي نلاحظ ارتفاع النسب في وسط النسوة من ذوات المستوى التعليمي ثانوي ومتوسط وابتدائي، بينما تنخفض في وسط النسوة ذوات المستوى التعليمي الجامعي وبدون مستوى، وهذا يمكن تفسيره بوعي النسوة المتعلمات بمخاطر تعرض الأطفال للشاشات وكذا بالوضعية الاقتصادية الهشة التي قد تعيشها النسوة بدون مستوى، حيث لا تمتلكن الشاشات الرقمية في منازلهن، وهو ما يؤكده متغير المستوى المعيشي للأسرة، حيث كلما ارتفع ارتفعت نسبة تعرض الأطفال للشاشات الرقمية.

شكل رقم 92: التوزيع النسبي للأطفال الأقل من خمس سنوات الذين تركوا لأكثر من ساعتين أمام جهاز تلفزيون أو حاسوب أو جهاز لوحي وفق المحددات الديمغرافية والنشاط الاقتصادي للأم والصعوبات الوظيفية للطفل في الجزائر سنة 2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتبين من الشكل أن تعرض الطفل للشاشات الرقمية لا يتأثر بجنس الطفل، حيث لا يوجد فرق تقريبا في توزيع النسب حسب الجنس، وبالنسبة للنشاط الاقتصادي للأم فنلاحظ ارتفاع نسبة

في وسط الأمهات غير المشتغلات مقارنة بالمشتغلات، إلا أننا نسجل ارتفاع ملحوظ في نسبة تعرض الأطفال الذين يعانون من صعوبات وظيفية سواء كانت ذهنية أو حركية، وهو ما يعني لجوء الأمهات أو القائمين على الرعاية إلى الأسلوب السهل للتخلص من عبء الرعاية، وبالنسبة لمتغير عمر الطفل نلاحظ ارتفاع النسبة في وسط الأطفال الذين تجاوز سنهم السنتين، وهذا يعود إلى كثرة حركة الطفل في هذه المرحلة العمرية ولجوء الأمهات إلى الوسيلة الأسرع والأسهل وهي منحهم الشاشات الرقمية بمختلف أنواعها للتخفيف من عبء المراقبة والانشغال في شؤون المنزل الأخرى.

3.التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة:

إن التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة يلعب دورا أساسيا في تطوير المهارات المعرفية والاجتماعية العاطفية لدى الطفل، حيث ينمو الدماغ خلال السنوات الأولى من حياة الانسان بوتيرة سريعة وعميقة تتشكل خلالها الشبكات العصبية استجابة للمحفزات والتجارب الغنية في البيئة المحيطة ما يضع الأسس العصبية للتعلم والفهم في المستقبل[1].

كما أن التجارب المبكرة في حياة الطفل لها تأثير عميق على تشكيل الروابط العصبية والتي تعتبر أساس القدرات المعرفية والاجتماعية العاطفية، مما يجعل التدخلات المبكرة ضرورية لتحقيق التطور الأمثل للدماغ[2]، كما يطور الأطفال خلال هذه السنوات التكوينية المهارات الأساسية في اللغة والقدرات الحركية والتفاعلات الاجتماعية والتنظيم العاطفي[3].

إن التعليم عالي الجودة في مرحلة الطفولة المبكرة يلعب دوراً محورياً في تعزيز هذا التطور، فمن خلال اللعب التفاعلي والاستكشاف وأنشطة التعلم المنظمة ينخرط الأطفال في تجارب تساعد في تقوية المسارات العصبية. فالبيئات الغنية باللغة، على سبيل المثال، لا تساعد في اكتساب المفردات فحسب، بل إنها تعزز أيضاً التفكير النقدي ومهارات الاتصال.

---

[1] The Crucial Role of Early Childhood Education | The Enterprise World." theenterpriseworld.com, 19. July 2024, https://theenterpriseworld.com/crucial-role-of-early-childhood-education/. Accessed 29. oct 2024.

[2] Why is Early Childhood Education Important | Vikaasa." *vikaasa.org*, 06. Jan. 2025, https://vikaasa.org/guide/why-is-early-childhood-education-essential-unleashing-a-childs-potential/. Accessed 19. Jan 2025.

[3] Impact of Quality Childcare on Early Childhood Development." *littleassets.com.au*, 23. Sept. 2024, https://littleassets.com.au/the-impact-of-quality-childcare-on-early-childhood-development/. Accessed 19. DEC 2024.

وعلاوة على ذلك، عندما يشكل الأطفال علاقات قوية ومتجاوبة وآمنة مع المعلمين ومقدمي الرعاية يتم إثراء أطرهم الاجتماعية والعاطفية، مما يعزز المرونة والقدرة على التكيف[1].

إن الخبرات الحسية التي يتم توفيرها في البيئات التعليمية المبكرة ـ مثل الموسيقى والفن والنشاط البدني ـ تعمل على تحفيز نمو الدماغ، فهي تشجع الأطفال على معالجة المحفزات المعقدة، والانخراط في التعبير الإبداعي، وتطوير المهارات الحركية الدقيقة. فضلاً عن ذلك، يعمل التعليم المبكر على تعزيز حب التعلم[2]، ووضع مسار إيجابي للمساعي التعليمية مدى الحياة. وبالتالي، فإن فهم ودعم النمو الديناميكي للدماغ في مرحلة الطفولة المبكرة أمر ضروري، حيث يوفر للأطفال المهارات العاطفية والاجتماعية والإدراكية التي يحتاجون إليها للنجاح في المستقبل.

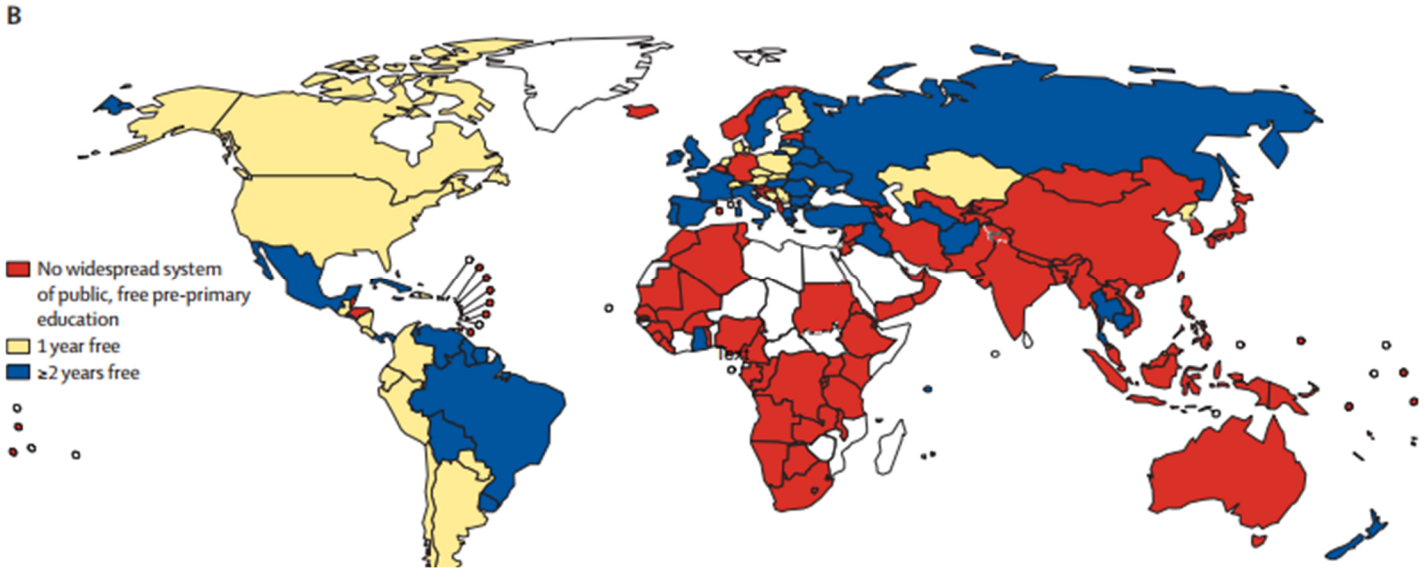
كما يتم تعزيز المرونة العاطفية لدى الأطفال، مما يؤهلهم للتعامل مع التحديات وإدارة الضغوط بشكل فعال. وتُظهِر الأبحاث باستمرار أن الأطفال الذين يشاركون في برامج التعليم المبكر الشاملة هم أكثر عرضة للأداء الأكاديمي الجيد، والتخرج من المدرسة الثانوية، وإظهار نتائج إيجابية في الحياة، مما يؤكد التأثير العميق والدائم لهذه التجارب التعليمية المبكرة[3].

كما تلعب المحددات السوسيواقتصادية دوراً بارزاً في تشكيل الفرص التعليمية المبكرة، وغالباً ما تحدد جودة التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة وإمكانية الوصول إليه. ومن بين هذه العوامل، يبرز دخل الأسرة كعامل حاسم مهم. فالأسر ذات مستويات الدخل الأعلى عادة ما تكون قادرة على تحمل تكاليف الموارد والبيئات التعليمية الأفضل من المدارس الخاصة إلى المواد التعليمية والأنشطة اللامنهجية التي تعزز التعلم[4]. وعلى النقيض من ذلك، قد تكافح الأسر ذات مستويات الدخل المنخفضة للوصول حتى إلى المرافق التعليمية الأساسية، مما قد

[1] The Long-Term Effects of Early Learning | Hippity Hop." *hippityhopearlylearning.com.au*, 16. Aug. 2023, https://hippityhopearlylearning.com.au/long-term-effects-of-early-learning/. Accessed 19. Dec 2023.
[2] The Importance of Early Childhood Education: Benefits for Future Success." *greaterheightsschool.com*, 17. Jan. 2024, https://greaterheightsschool.com/early-childhood-education-houston-texas/. Accessed 24. Aout 2024.
[3] The Benefits of Early Childhood Education: A Guide for Parents. - Childcare Network." childcarenetwork.com, 20. Aug. 2024, https://childcarenetwork.com/the-benefits-of-early-childhood-education-a-guide-for-parents/. Accessed 26. Nov 2024.
[4] Socioeconomic Status and Its Effect on Child Development." *wohum.org*, 25. July 2024, https://wohum.org/socioeconomic-status-and-its-effect-on-child-development/. Accessed 19. Dec 2024.

يحد من آفاق نمو الأطفال منذ سن مبكرة، مع الاخذ في عين الاعتبار أن التعليم في هذه المرحلة غير مجاني في الجزائر وتوفره مؤسسات رعاية خاصة تختلف جودة خدماتها باختلاف المناطق السكانية ما عدا المدارس القرآنية التي تستقبل الطفولة الصغيرة لكنها تقتصر على تحفيظ القرآن الكريم عن طريق التحفيظ فقط دون تنويع النشاطات الأخرى.

شكل رقم 93: وضعية التعليم ما قبل الابتدائي في العالم سنة 2012.



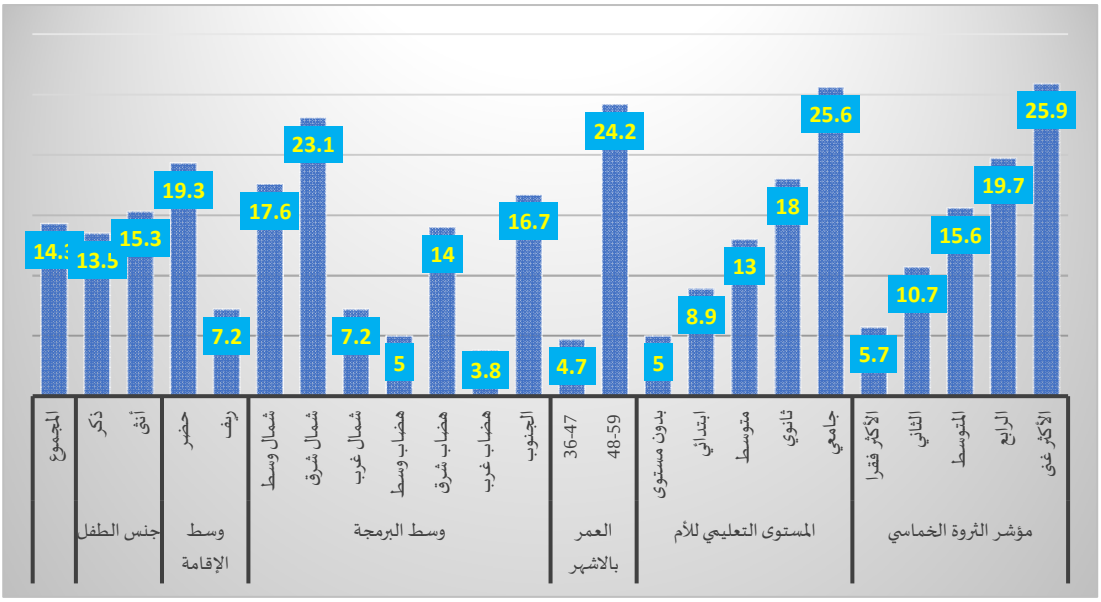
المصدر: Linda M Richter, et al : Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 3 Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development, TheLanct, 2017, October 4, 2016 http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-*1*

إن المستوى التعليمي للوالدين هو متغير ومحدد حاسم آخر، لأنه يرتبط غالبًا بارتفاع دخل الأسرة وفهم أكبر لأهمية التعليم في هذه المرحلة، فالآباء المتمتعين بمستويات تعليمية أعلى يكونون عادةً أكثر وعيًا بمراحل النمو والاحتياجات التعليمية لكل مرحلة، وهم أكثر ميلاً إلى المشاركة في الأنشطة التي تعزز النمو المعرفي، مثل القراءة لأطفالهم أو توفير تجارب تحفيزية فكريًا[1].

[1] Regional and socioeconomic inequalities in access to pre-primary education in India: evidence from a recent household survey | International Journal of Child Care and Education Policy | Full Text." ijccep.springeropen.com, 24. Apr. 2023, https://ijccep.springeropen.com/articles/10.1186/s40723-023-00117-4. Accessed 12. Jan 2024.

إن وسط الاقامة يعتبر كذلك محددا مؤثراً بدوره. فالمناطق الحضرية تميل إلى التركيز بشكل أكبر على المرافق والموارد التعليمية، وبالتالي توفير المزيد من الفرص للتعلم المبكر. وعلى العكس من ذلك، قد تعاني المناطق الريفية من ندرة مراكز التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة عالية الجودة، وهو ما يتفاقم بسبب التحديات مثل مشاكل النقل ونقص المربيات المتمكنات والمتعلمات. وسيعزز هذا التفاوت بين المناطق الحضرية والريفية الفوارق التعليمية، مما يؤثر على آفاق الأطفال على المدى الطويل بناءً على المكان الذي يكبرون وينمون فيه[1].

شكل رقم 94: التوزيع النسبي للالتحاق ببرامج تعليم الطفولة المبكرة في الجزائر وفق المحددات السوسيواقتصادية في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

بلغت نسبة انتظام الأطفال في برامج التعليم المبكر في الجزائر سنة 2019، 14.3% فقط ويعكس الشكل أعلاه أثر المحددات السوسيواقتصادية على الانتظام في هذه البرامج، حيث نلاحظ ارتفاع النسبة في الوسط الحضري مقابل الريف، كما ترتفع النسبة طرديا كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم ومستوى دخل الأسرة، وتتفاوت النسبة كذلك باختلاف أوساط البرمجة، حيث ترتفع بشكل ملحوظ في منطقة شمال شرق وتنخفض بشكل حاد في منطقة هضاب

[1] The Influence of Socioeconomic Factors on Education - MakeMyAssignments Blog. makemyassignments.com, 07. Feb. 2024, https://www.makemyassignments.com/blog/bridging-socioeconomic-gaps-education-makemyassignments/. Accessed 19. Jan 2025.

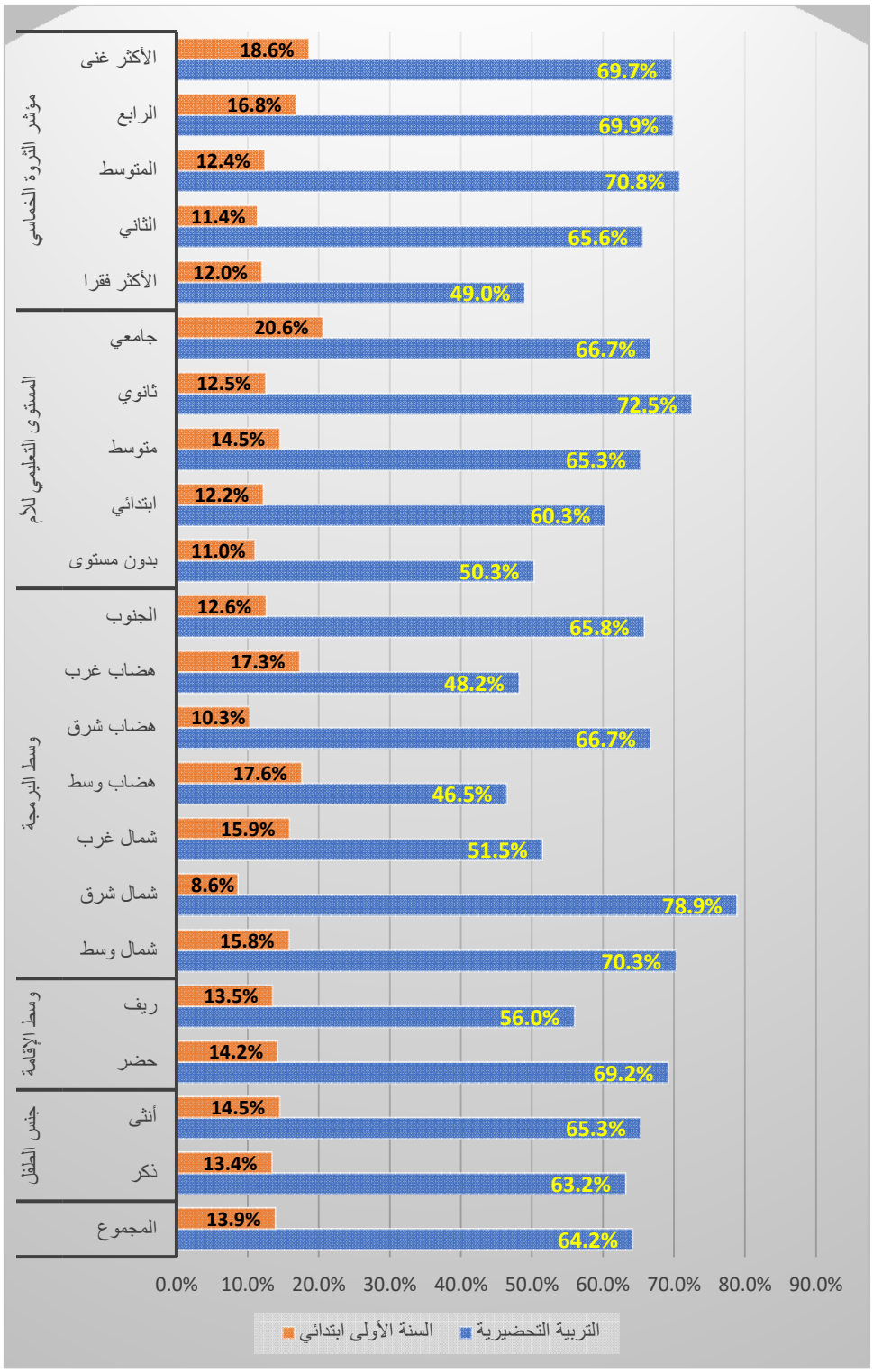
غرب وهضاب وسط، وبالنسبة للجنس نسجل ارتفاع النسبة في وسط الاناث أكثر من الذكور بنقطتين تقريبا.

تسعى الجزائر إلى تحقيق التغطية الشاملة للتربية التحضيرية للأطفال في عمر 5 سنوات، وذلك من خلال فتح الأقسام في جميع المدارس الابتدائية، وهو ما شكل تحديا حقيقيا نظرا لقلة الهياكل وحجرات الدرس والنقص في التأطير من الأساتذة المتخصصين وكذا الوسائل التعليمية التي تتماشى مع هذه المرحلة، كما تنص التشريعات المنظمة لتمدرس الأطفال على استفادتهم من رخصة تخفيض السن للتسجيل في السنة الأولى ابتدائي إذا ما كانوا من يبلغون من العمر 5 أعوام وأكثر عند الدخول المدرسي، وهو الأمر الذي يحرمهم من التحضير الجيد قبل الانتظام الرسمي في مقاعد الدراسة ما يؤثر على تحصيلهم الدراسي مستقبلا.

وتؤكد إحدى الدراسات التتبعية الرصدية للأطفال في الدول متوسطة الدخل أن الرعاية الأبوية الواعية وإتاحة فرص التعلم خلال سنوات ما قبل المدرسة قد عززت المسار التنموي نحو زيادة معدل الذكاء عند بلوغهم سن المراهقة، خاصة بين الأطفال الذين تعرضوا لصدمات تراكمية في عمر مبكر[1].

[1] Angela C B Trude et al : Effects of responsive caregiving and learning opportunities during pre-school ages on the association of early adversities and adolescent human capital: an analysis of birth cohorts in two middle-income countries, Lancet Child Adolesc Health 2021; 5: 37–4.

شكل رقم 95: التوزيع النسبي للأطفال في عمر 5 سنوات المنتظمين في برامج التعليم التحضيري أو السنة الأولى ابتدائي في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

4.الصعوبات الوظيفية عند الأطفال الأقل من خمس سنوات:

إن للعوامل البيئية دوراً هاماً في التأثير على الصعوبات الوظيفية لدى الأطفال دون سن الخامسة، فغالبًا ما يؤثر الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسر على القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية والتغذية والموارد التعليمية المبكرة، مما قد يؤدي إلى تفاقم التأخيرات التنموية[1]. كما يمكن لظروف المعيشة مثل البيئات المزدحمة أو غير الآمنة، أن تحد من المساحة المادية للعب والاستكشاف، مما يعيق تطوير المهارات الحركية. فالتعرض للملوثات، بما في ذلك دخان التبغ والرصاص والمواد السامة الأخرى، قد يؤثر سلباً على النمو المعرفي والجسدي للطفل[2].

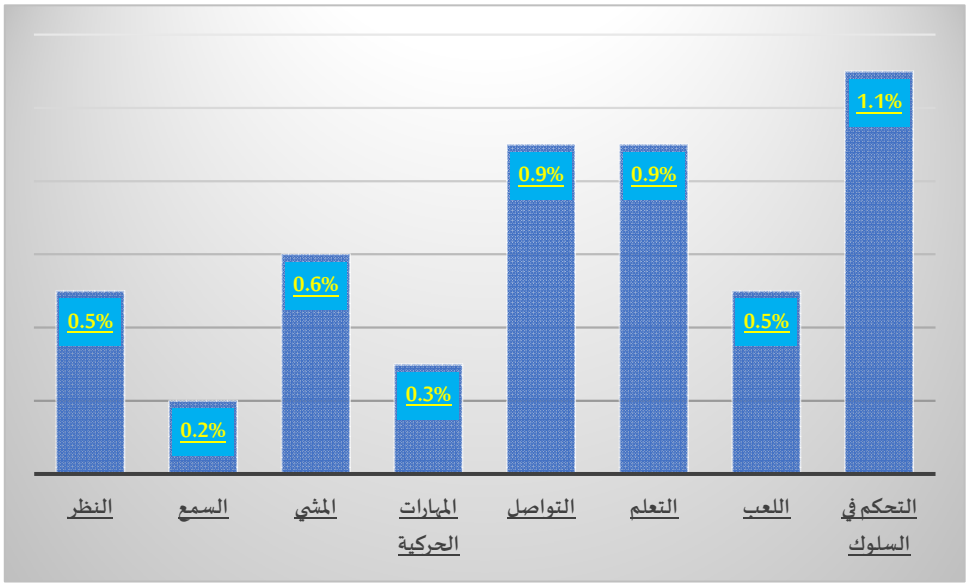
إن دعم نمو الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من صعوبات وظيفية يتطلب اتباع منهج شامل وفردي يركز على تعزيز نموهم البدني والإدراكي والاجتماعي والعاطفي، حيث أن إشراك الأطفال في أنشطة التعلم القائمة على اللعب والمصممة خصيصًا لقدراتهم يمكن أن يعزز تنمية مهاراتهم ويشجع الاستكشاف. فتيسير بيئة داعمة ومتجاوبة في المنزل وفي البيئات التعليمية أمر بالغ الأهمية لتعزيز التواصل والتفاعل الاجتماعي للحد من تفاقم الصعوبات الوظيفية لا سيما تلك التي يمكن الحد منها أو معالجتها كنقص النظر أو السمع أو الصعوبات الحركية للأطراف.

كما يتوجب على مقدمي الرعاية في رياض الاطفال والمعلمين في المدارس الابتدائية التأكيد على التعزيز الإيجابي لبناء الثقة والدافعية لدى الطفل الذي يعاني من الصعوبات الوظيفية. ويمكن للتعاون مع المتخصصين، مثل أخصائيي النطق والمعالجين المتخصصين، أن يوفر تدخلات مستهدفة لمعالجة صعوبات محددة[3]. كما يمكن أن يساعد الاتساق في الروتين والاستراتيجيات التكيفية في إدارة المهام اليومية وتعزيز التنظيم الذاتي. وفي نهاية المطاف، يضمن النهج التعاوني الذي يشمل الأسر والمعلمين ومقدمي الرعاية الصحية الدعم

[1] "Factors Affecting Child Growth and Development." parenting.firstcry.com, 17. May 2023, https://parenting.firstcry.com/articles/factors-that-affect-growth-and-development-in-children/. Accessed 20. Jan 2024.
[2] Understanding Gross Motor Skills In Children." altapediatrics.com, 29. May 2023, https://altapediatrics.com/resources/education-center/gross-motor-skills/. Accessed 20. Jan 2024.
[3] Autism and Motor Skills, Explained." abtaba.com, 06. Nov. 2023, https://www.abtaba.com/blog/autism-and-motor-skills. Accessed 20. Mar 2024.

الشامل للتنمية الشاملة للطفل الذي يعاني من تحديات وظيفية مختلفة، لا سيما في ظل تزايد مثل هذه الحالات كطيف التوحد ومتلازمة داون[1].

شكل رقم 96: التوزيع النسبي للصعوبات الوظيفية المسجلة لدى الأطفال في عمر 2-4 سنوات في الجزائر سنة 2019.

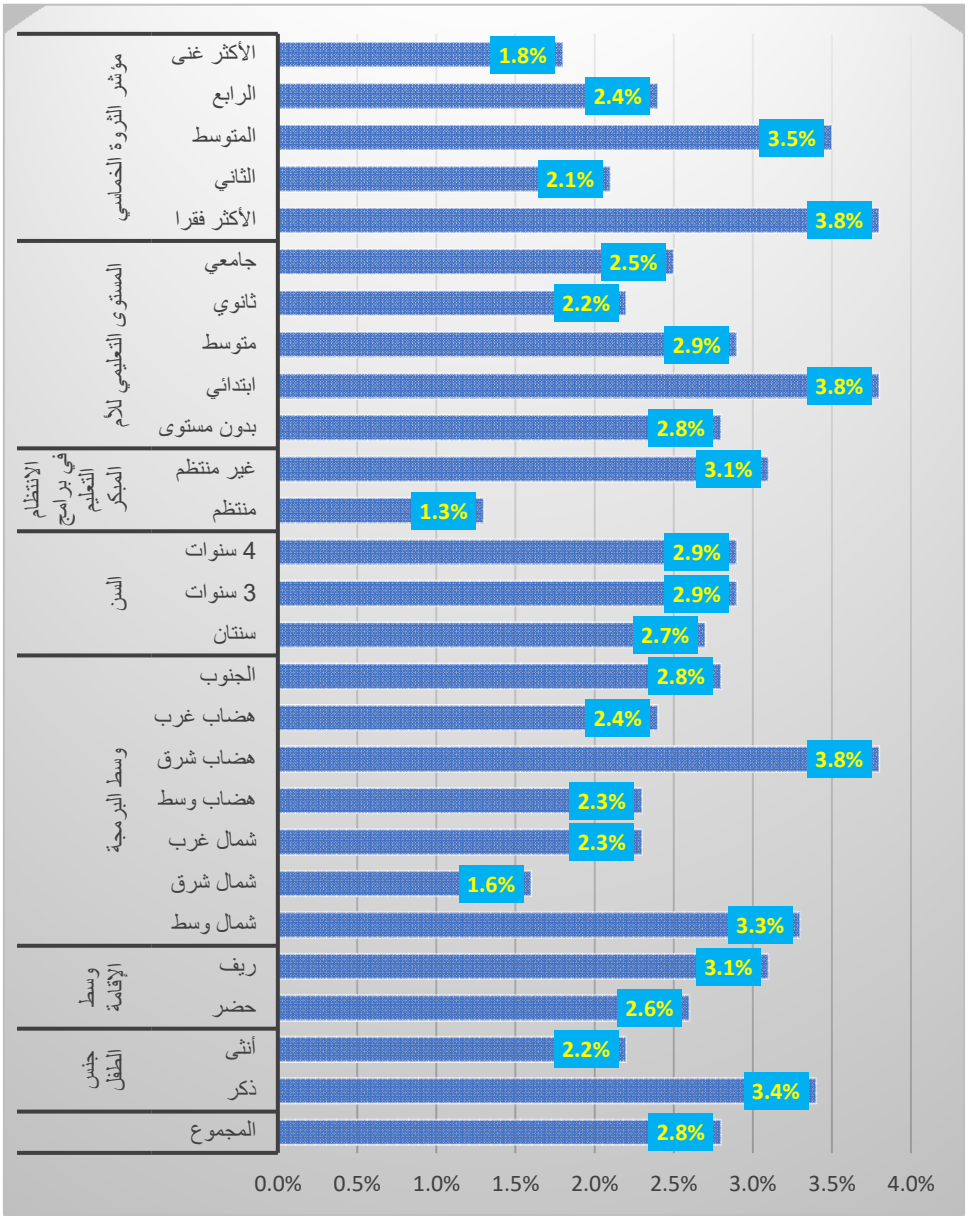


المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتبين من الشكل ارتفاع نسبة الصعوبات الوظيفية السلوكية ثم تليها نسبة الصعوبات في مجال التعلم والتواصل وهو الأمر الذي يدعو الى الاهتمام بالجانب النفسي أكثر لا سيما من خلال التدخل المبكر الذي لا يمكن تحقيقه الا من خلال عملية الكشف التي تتم عبر التعاون بين مختلف القطاعات ذات الصلة بالرعاية.

[1] "Functional difficulty among children in Malaysia - findings from the National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2019 | Journal of Health, Population and Nutrition | Full Text." jhpn.biomedcentral.com, 05. Nov. 2024, https://jhpn.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41043-024-00677-2. Accessed 20. Jan 2025.

شكل رقم 97: التوزيع النسبي للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2 و4 سنوات والذين يعانون من صعوبات وظيفية في مجال واحد على الأقل في الجزائر سنة 2019.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يقدم الرسم البياني المرفق نظرة شاملة حول انتشار الصعوبات الوظيفية المختلفة بين الأطفال الجزائريين الذين تتراوح أعمارهم بين 2 و4 سنوات. يتم تصنيف هذه الصعوبات ضمن فئات مختلفة، مثل الصعوبات في التعلم واللغة والمهارات الحركية والسلوك

5.مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة:

يعد مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة وسيلة قياس مهمة من أجل قياس التطور الشامل للطفل في السنوات الأولى من حياته بين 3 و4 سنوات، وهو عبارة عن مجموعة من المؤشرات التي تقيس مجموعة مختلفة من النمو، بما في ذلك النمو البدني الجسماني، النمو المعرفي، النمو اللغوي، والنمو الاجتماعي العاطفي.

وتكمن أهمية قياس هذا المؤشر في النقاط التالية:

الرصد المبكر: يساعد في الكشف المبكر عن أي تأخيرات في النمو أو مشاكل صحية قد يعاني منها الطفل كسوء التغذية مثلا، ما يتيح التدخل المبكر والعلاج.

وضع السياسات الصحية: يساهم في بناء السياسات والبرامج الوطنية لحماية الطفل ودعم الأسر خاصة الفقيرة منها والقاطنة في المناطق الهشة.

مقارنة بين البلدان والاقاليم: يعد هذا المؤشر من أهم الوسائل الفعالة لقياس مدى تطور المجتمعات والأمم، كما يعتبر وسيلة لقياس الاختلافات التنموية داخل القطر الواحد.

أبعاد مؤشر النماء:

يتضمن مؤشر النماء المعتمد من طرف اليونيسيف مجموعة من الأبعاد الرئيسية وهي:

- **النمو البدني** :يشمل الطول والوزن ومحيط الرأس، ومهارات الحركة والتنسيق.
- **النمو المعرفي** :يشمل مهارات التفكير، وحل المشكلات، والذاكرة، واللغة.
- **النمو اللغوي** :يشمل فهم اللغة والتعبير عنها، وقراءة الكلمات، وبناء الجمل.
- **النمو الاجتماعي والعاطفي** :يشمل التفاعل الاجتماعي، واللعب، والانفعالات، والتحكم في الذات.

العوامل المؤثرة في نمو:

يتأثر نمو الطفل منذ مرحلة الحمل بعدة عوامل، يمكن تلخيصها في العوامل التالية:

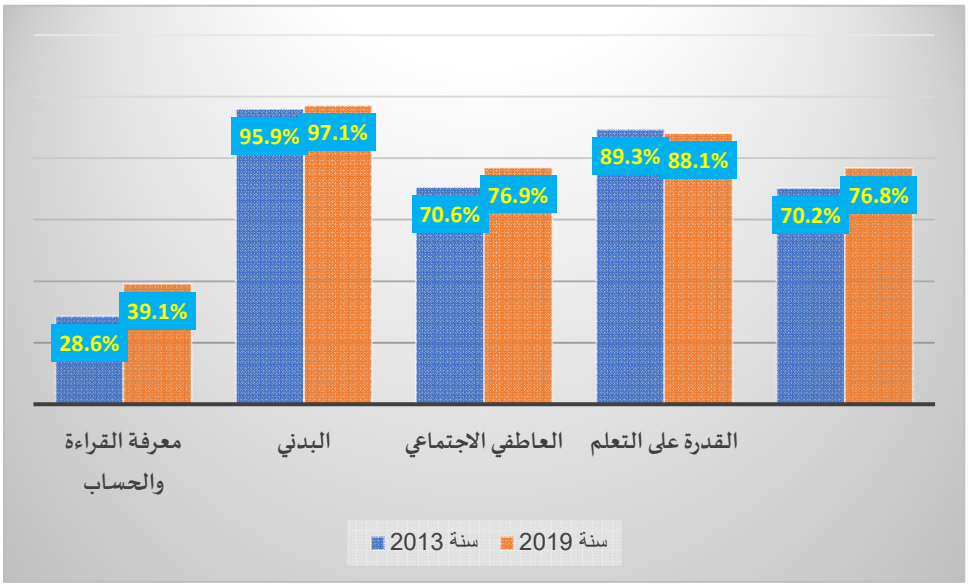
- **العوامل البيولوجية** :مثل الوراثة والأمراض المزمنة.

- **العوامل البيئية** :مثل نوعية الرعاية الصحية، والتغذية، والتعليم، والظروف المعيشية.
- **العوامل الاجتماعية** :مثل العلاقات الأسرية، والتفاعلات الاجتماعية، والوضع الاقتصادي.

وقد تم اعتماد هذا المؤشر في الجزائر من خلال المسوح الدورية التي تجرى بالتعاون مع اليونسيف، وأجري أول مرة سنة 2013 من خلال المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات MICS4 والمرة الثانية سنة 2029 من خلال المسح العنقودي السادس المتعدد المؤشرات MICS6.

وقد أظهرت التحليلات الأولية باستخدام مؤشر التنمية في مرحلة الطفولة المبكرة الذي أعدته اليونيسف أن 36.8% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 و4 سنوات في 35 دولة منخفضة ومتوسطة الدخل لا يكتسبون المهارات المعرفية والاجتماعية والعاطفية الأساسية، مثل اتباع الإرشادات وكبح العدوان[1].

شكل رقم 98: تطور مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر خلال سنتي 2013 و2019



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي الرابع والسادس 2013 و2019

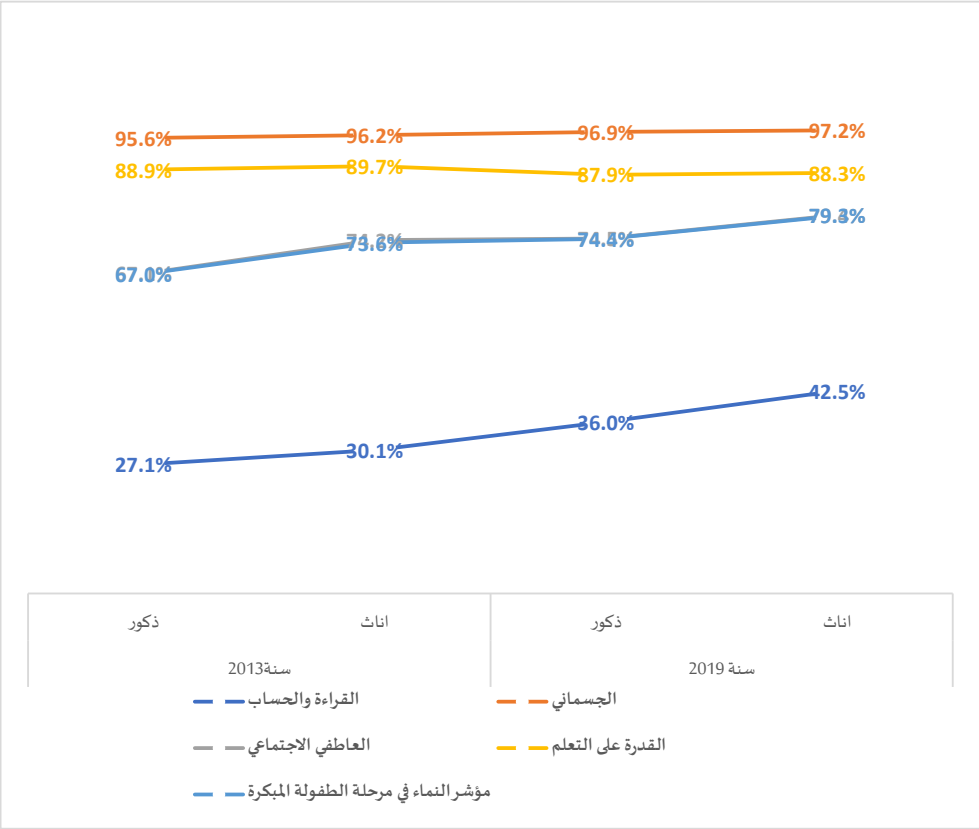
[1] Maureen M Blac, et al : **Op.cit**, p78

يشير الشكل البياني الى تطور مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر خلال الفترة ما بين 2013 و2019 وهذا وفقا للأبعاد النمائية الأربعة: معرفة القراءة والحساب، البدني، العاطفي الاجتماعي، القدرة على التعلم.

بشكل عام نلاحظ تحسنا ملحوظا في المؤشر في جميع الأبعاد تقريبا، إلا أننا نسجل الانخفاض المحسوس في بعد معرفة القراء والحساب، وهذا بالرغم من التحسن من نسبة 28.6% إلى 39.1%، فالنسبة تبقى منخفضة وهو ما يعني نقص التغطية في مجال التعليم المبكر في هذه المرحلة، والمتمثلة في دور الحضانة ورياض الأطفال، وهو ما تعكسه النسبة المنخفضة للالتحاق ببرامج التعليم المبكر التي لم تتجاوز نسبة 14.1%.

وبالنظر الى النسبة المحققة في بعد القدرة على التعلم التي بلغت 88.1% خلال عام 2019، والتي عرفت انخفاضا مقارنة بعام 2013، حيث كانت 89.3% يمكننا تأكيد العلاقة بين انخفاض نسبة تحقيق الأطفال لمهارات القراءة والحساب والالتحاق ببرامج التعليم المبكر، حيث توفر هذه البرامج الفضاء المناسب للأطفال من أجل تلقي المعارف الأساسية التي تساهم في تطور ونمو الدماغ وبناء الشبكات العصبية في هذا السن المبكر.

شكل رقم 99: تطور نسبة الأطفال في عمر 3-4 سنة الذين يسيرون على المسار الصحيح في تطوير ثلاثة على الأقل في كل من المجالات النمائية الأربع بالإضافة الى تحقيق مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر خلال سنتي 2013 و2019، حسب متغير الجنس:



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتبين من الشكل أعلاه أن هناك فروقا في تحقيق نسب النماء لصالح الاناث مقابل الذكور وهذا يعود الى الاختلافات البيولوجية بشكل عام وسيتم التحليل أكثر في الفصل الخامس الذي يتناول الجانب الميداني من الدراسة.

تعقيب:

تطرق هذا الفصل الى التطور النمائي للطفل الجزائري خلال مرحلة الطفولة المبكرة عبر بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics6 مع اجراء مقارنات بسيطة مع دول العالم، ويتضح لنا أن واقع الطفولة يحتاج إلى رعاية أكثر لا سيما في الأوساط الاجتماعية الأكثر فقرا، وعلى العموم يسير نماء الأطفال في المجالات الأربعة في منحى اجابي لكن يحتاج الى تعزيز أكبر للوصول إلى أهداف الأمم المتحدة الإنمائية للألفية الثالثة 2030.

الفصل الخامس: الجانب الميداني للدراسة

تعريف المسح العنقودي المتعدد المؤشرات Mics

خصائص العينة

تطبيق الانحدار اللوجيستي

الاستنتاج العام

الخاتمة

تمهيد:

يتناول هذا الفصل الجانب الميداني من الدراسة وهذا بالبحث عن المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية التي تؤثر على نماء الطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر باستخدام بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس Mics6 وهذا باستخدام أسلوب الانحدار اللوجيستي الثنائي على متغير النماء في مرحلة الطفولة المبكرة بأبعاده الأربعة وهي: البدني، العاطفي الاجتماعي، التعلم، القدرة على الحساب والتعلم.

1.تعريف المسح العنقودي المتعدد المؤشرات:

يوفر المسح العنقودي المتعدد المؤشرات مجموعة هامة من البيانات التقديرية الرئيسية لتقييم وضع النساء والأطفال في العالم، وهو عبارة عن برنامج دولي صممته اليونيسيف لإجراء مسوحات حول الأسرة المعيشية، وعلى مدى العشرين سنة الماضية تطور المسح ليتوسع من 28 مؤشرا من الجولة الأولى من المسوح إلى أكثر من 200 مؤشر في الجولة السادسة، ليصبح بذلك أحد أهم مصادر البيانات الرئيسية الموثوقة المتعلقة بقضايا مثل حماية الطفل، وتعليم الطفولة المبكرة، وليشكل كذلك مصدراً رئيسياً من مصادر البيانات المتعلقة بصحة وتغذية الطفل في العالم[1].

وإضافة إلى كونه أداة لجمع البيانات لاستحداث البيانات التي يمكن استخدامها في رصد التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الوطنية والالتزامات العالمية التي تهدف إلى تعزيز رفاه الأطفال، يسهم المسح العنقودي متعدد المؤشرات أيضاً في توفير بيانات قيّمة لمراقبة مدى الالتزام بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، وهي بيانات تشكل بدورها مصدراً رئيسياً يعتمد عليه التقرير النهائي الصادر عن الأمين العام للأمم المتحدة حول الأهداف الإنمائية للألفية.

[1] اليونيسيف: المسح العنقودي متعدد المؤشرات(MICS) ، مهام ومسؤوليات – المستشار الوطني للمسح العنقودي متعدد المؤشرات12 إلى 18 شهراً، ص2.

كما تضمين مواضيع جديدة تعبر عن مؤشرات أهداف التنمية المستدامة والقضايا الجديدة التي تم إدراجها ضمن سياق خطة التنمية المستدامة لعام 2030، بما فيها: الاختبار السريع لجودة المياه، والتحويلات الاجتماعية، ومهارات التعلّم الأساسية (للأطفال في عمر 7-14 سنة)، والقدرات الوظيفية للأطفال والبالغين، ووضع الهجرة، واستخدام أنواع الوقود النظيف والتكنولوجيا، والتعرّض للاضطهاد.

ويتم إجراء هذه المسوح في الجزائر في إطار التعاون بين الدولة الجزائرية الممثلة بوزارة الصحة والسكان من جهة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونيسيف، ويتم تنفيذه بدعم مالي من صندوق الأمم المتحدة للسكان PNUD.

2.1.المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس في الجزائر:

يمثل المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس (MICS6) في الجزائر، المجرى خلال عام 2019، النسخة السادسة من هذا المسح الشامل الذي تنظمه منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف). ويهدف إلى توفير بيانات دقيقة وشاملة حول وضعية الأطفال والنساء في الجزائر، وذلك من أجل دعم عملية صنع القرار وتطوير السياسات والبرامج الهادفة إلى تحسين حياتهم.

أهمية المسح: تتمثل أهمية المسح في النقاط التالية

تتبع التقدم: يساعد المسح في تتبع التقدم المحرز في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، خاصة تلك المتعلقة بالنساء والأطفال.

تحديد الاحتياجات: يوفر المسح بيانات مفصلة حول الاحتياجات المتنوعة للأطفال والنساء، مما يساعد في توجيه البرامج والمشاريع نحو هذه الاحتياجات.

تقييم السياسات: يمكن استخدام نتائج المسح لتقييم فعالية السياسات والبرامج الحالية، واقتراح تحسينات عليها.

تحديد الفجوات بين المجموعات السكانية: يهدف المسح إلى تحديد الفوارق بين مختلف الفئات الاجتماعية والاقتصادية، وذلك لضمان وصول الخدمات إلى جميع الفئات الاجتماعية في مختلف المناطق، خاصة الفئات الأكثر ضعفًا وهشاشة.

التحقق من صحة البيانات: يساهم المسح في التحقق من صحة البيانات الواردة من مصادر أخرى كالحالة المدنية، وتقييم فعالية البرامج والمشاريع التنموية.

تلبية المتطلبات الدولية: يوفر المسح بيانات تتوافق مع المعايير الدولية، مما يسمح بمقارنة الجزائر مع الدول الأخرى في مجال التنمية المستدامة.

تعزيز نظام البيانات الوطنية: يساهم المسح في تطوير نظام وطني لجمع البيانات وتحليلها، مما يدعم عملية صنع القرار على المدى الطويل على المستويين المحلي والوطني[2].

3.1.ما هو الجديد في المسح السادس:

1.استخدام التكنولوجيا :لقد تم استخدام أجهزة لوحية لجمع البيانات، مما زاد من كفاءة ودقة وسرعة عملية جمع البيانات.

2.توسيع نطاق المؤشرات :تم توسيع نطاق المسح ليشمل مؤشرات جديدة تتعلق بأهداف التنمية المستدامة، مثل المياه والصرف الصحي، والحماية الاجتماعية، والعنف ضد المرأة والطفل، وجودة الحياة.

3.التركيز على المستوى المحلي :تم تحليل البيانات على مستوى المناطق الجغرافية المختلفة في الجزائر لتحديد الاحتياجات المحلية المتمثلة في أوساط البرمجة الإقليمية.

لقد تم تنفيذ المسح بالتعاون مع العديد من الشركاء، بما في ذلك: وزارة الصحة والسكان، اليونيسفUNICEF ، صندوق الأمم المتحدة للسكانPNUD ، الديوان الوطني للإحصائيات ONS.[3]

4.1.المؤشرات والبيانات الإحصائية والديمغرافية العامة في المسح:

وفر المسح مجموعة من البيانات مقسمة حسب الفصول الرئيسية التالية:

1.البقاء على قيد الحياة: يركز هذا الفصل على معدلات وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة، والعوامل المؤثرة عليها.

2.الازدهار – الصحة الإنجابية: يتناول هذا الفصل قضايا مثل الصحة الإنجابية للمرأة، والولادات، والرضاعة الطبيعية، والصحة الجنسية.

[2] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019 :Op.cit.: p23.

[3] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019 : **IBID :** p23.

3.الازدهار – الصحة والتغذية وتنمية الطفل: يغطي هذا الفصل جوانب مختلفة من صحة الطفل، بما في ذلك التغذية، والنمو، والتطعيمات.

4.التعلم: يركز هذا الفصل على التعليم، بما في ذلك الالتحاق بالمدارس، والأداء الأكاديمي، ومشاركة الوالدين في التعليم.

5.الحماية من العنف والاستغلال: يتناول هذا الفصل قضايا مثل العنف ضد الأطفال، والعمل المبكر، والزواج المبكر.

6.العيش في بيئة آمنة ونظيفة: يغطي هذا الفصل قضايا الصحة البيئية، مثل الوصول إلى المياه النظيفة والصرف الصحي، والنظافة الشخصية.

7.العدالة: يبحث هذا الفصل في المساواة، والتمييز، والوصول إلى الخدمات، والرفاهية الذاتية

5.1منهجية المعاينة في المسح

تم اجراء المسح بناء على عينة متكونة من 1253 عنقود موزعة عبر 7 أوساط برمجة إقليمية وفي كل عنقود تم سحب 25 أسرة معيشية بشكل عشوائي، ما يشكل عينة إجمالية تضم 31325 أسرة، واستجابت للمسح 29919 أسرة أي بنسبة 96.7% وهي نسبة جد مرتفعة وتعكس بالتالي نجاح عملية المسح من حيث تمثيلية العينة للمجتمع وكذا دقة النتائج المتحصل عليها والتأكيد أكثر على الموثوقية.

كما بلغ إجمالي عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين تم اختيارهم للمشاركة في المسح 15224 طفلا، وقد تمكن المكلفون بالمسح من إجراء مقابلات مع الأمهات أو القائمات على الرعاية 14873 من هؤلاء الأطفال، ما يمثل نسبة استجابة بلغت 97.7%. هذه النسبة مرتفعة جدًا وتشير إلى نجاح كبير في جمع البيانات حول هذه الفئة العمرية التي سيتم استغلالها في الدراسة[4].

كما خضعت استمارات المسح العنقودي متعدد المؤشرات السادس لعملية تحقق صارمة ومنهجية لتوسيع نطاق الأدوات وتضمين مواضيع جديدة تعبر عن مؤشرات أهداف التنمية المستدامة والقضايا الناشئة في سياق خطة التنمية المستدامة لعام 2030، ومن بين المواضيع

[4] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2019 : **OPCIT :** p71.

الجديدة التي تم وضعها: الاختبار السريع لجودة المياه، والتحويلات الاجتماعية، ومهارات التعلّم الأساسية (الأطفال من عمر 7–14 سنة)، **والقدرات الوظيفية للأطفال والكبار**، ووضع الهجرة، واستخدام أنواع الوقود النظيف والتكنولوجيا، والتعرّض للإيذاء.

وفي هذه الدراسة قمنا باستغلال كل من استمارة الأطفال أقل من 5 سنوات واستمارة الاسرة المعيشية من أجل معرفة مدى تأثير العوامل المفترضة وهي: وسط الإقامة، وسط البرمجة الإقليمي، مؤشر الثروة الخماسي، المستوى التعليمي للأم، عمل الأم، عدد الأطفال في الأسرة، جنس لطفل، التي تؤثر في المتغير التابع مؤشر نماء الطفل.

2.خصائص العينة:

تضم العينة جميع الأطفال في عمر 36–59 شهر بمجموع 6146 طفل والذين تم استجواب أمهاتهم أو القائمات على رعايتهن خلال المسح Mics6 وهذا في الفترة الممتدة من 28 ديسمبر 2018 إلى غاية 22 أفريل 2019، وفيما يلي التوزيعات حسب مختلف المحددات والمتغيرات.

جدول رقم 06 توزيع افراد العينة حسب متغير الجنس:

الجنس	التكرار	النسبة (%)
ذكور	3173	51.6
إناث	2972	48.4
المجموع	**6146**	**100**
المصدر: من إعداد الباحث بناء على بيانات المسح العنقودي (mics6) 2019.		

يتبين من الجدول أن التوزيع النسبي للأطفال في عمر 36–59 شهرا يقترب من التوزيع الطبيعي للمواليد في عمر 0 عام، ما يعني تمثيلية العينة لجميع الأطفال في هذا العمر.

جدول رقم 07: توزيع أفراد العينة حسب متغير وسط الإقامة:

وسط الإقامة	تكرار الأطفال في عمر 36-59 شهرا	النسبة (%)	تكرار الأطفال في عمر أقل من 5 سنوات	النسبة (%)
حضر	3608	58.7	9201	61.9
ريف	2538	41.3	5672	38.1
المجموع	**6146**	**100**	**14873**	**100**
المصدر: من إعداد الباحث بناء على بيانات المسح العنقودي (mics6) 2019.				

بتبين من الجدول أعلاه أن التوزيع النسبي للأطفال حسب وسط الإقامة، في عمر 36-59 شهرا لا يبتعد كثيرا عن التوزيع النسبي للأطفال في عمر أقل من 5 سنوات.

جدول رقم 08: توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأم:

المستوى التعليمي للأم	تكرار الأطفال في عمر 36-59 شهرا	النسبة (%)	التكرار النسبي الصاعد
بدون مستوى أو تحضيري	863	14.0	14.0
ابتدائي	950	15.5	29.5
متوسط	1987	32.3	61.8
ثانوي	1385	22.5	84.4
جامعي	961	15.6	100.0
المجموع	**6146**	**100**	
المصدر: من إعداد الباحث بناء على بيانات المسح العنقودي (mics6) 2019.			

يتبين من الجدول أعلاه أن 29.5% من الأطفال في عمر 36-59 شهرا لم تحصل أمهاتهم مستوى أعلى من الابتدائي بينما 15.6% فقط تتمتع امهاتهم بمستوى جامعي، وأكبر نسبة سجلت في مستوى متوسط بنسبة 32.2%، وهو ما يشير العبء الذي يسجل في برامج التوعية بأهمية الرعاية الصحية للأطفال.

جدول رقم 09: توزيع أفراد العينة حسب متغير مؤشر الرفاه الخماسي للثروة:

المستوى التعليمي للأم	تكرار الأطفال في عمر 36-59 شهرا	النسبة (%)	التكرار النسبي الصاعد
الأكثر فقرا	1526	24.8	24.8
الثاني	1368	22.3	47.1
المتوسط	1249	20.3	67.4
الرابع	1070	17.4	84.8
الأكثر غنى	933	15.2	100.0
المجموع	**6146**	**100.0**	

المصدر: من إعداد الباحث بناء على بيانات المسح العنقودي (mics6) 2019.

يظهر الجدول توزيعًا غير متساوٍ للأطفال بين فئات الثروة المختلفة. فئة "الأكثر فقراً" تضم نسبة كبيرة من الأطفال (24.8%) مقارنة بفئة "الأكثر غنى(15.2%) "

3. تطبيق الانحدار اللوجيستي الثنائي:

لدراسة أثر المتغيرات المستقلة على نمو الطفل في الجزائر وباستعمال SPSS27.0.1 تم تقدير المعادلة بإعطاء القيمة 1 إذا تحصل تمكن الطفل من تحقيق على الأقل 3 مجالات أو أكثر من مجموع الأربع مجالات، والقيمة 0 إذا لم يحقق الطفل مجالين أو أقل من المجالات الأربعة لقياس مؤشر تنمية الطفولة المبكرة.

وتم تطبيق المعادلة على المجالات الأربع كل على حدى ثم تطبيقها على مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة والذي يضم الأبعاد الأربعة.

1.3. المجال الأول: معرفة القراءة والحساب:

يعتبر الطفل في عمر 3-4 سنوات على المسار الصحيح نمائيا في مجال القراءة والحساب إذا تمكن من القيام على الأقل من تحقيق نشاطين من الأنشطة الثلاثة التالية: تحديد

وذكر 10 أحرف من الأبجدية، قراءة على الأقل 4 كلمات بسيطة ومتداولة، معرفة اسم وشكل الأرقام من 1 إلى 10.

وبعد التطبيق التدريجي لعملية الاختيار تم تحديد 5 متغيرات وهي:

1. المؤشر الخماسي للثروة
2. المستوى التعليمي للأم
3. جنس الطفل
4. وسط البرمجة الإقليمي
5. انتظام الطفل في برامج التعليم المبكر

أما باقي المتغيرات وسط الإقامة، عدد الأطفال في الأسرة، النشاط الاقتصادي للأم فقد أظهرت النتائج انه ليس تأثير معنوي على المتغير التابع عند مستوى المعنوية (0.05)، كما تم اعتماد عمر الطفل بالأشهر 48−59 أي 4 سنوات باعتبار أنه ارتفع عمر الطفل ارتفعت معه المهارات المتعلقة بالقراءة والحساب، وهذا لتفادي التشويش على النتائج.

النتائج:

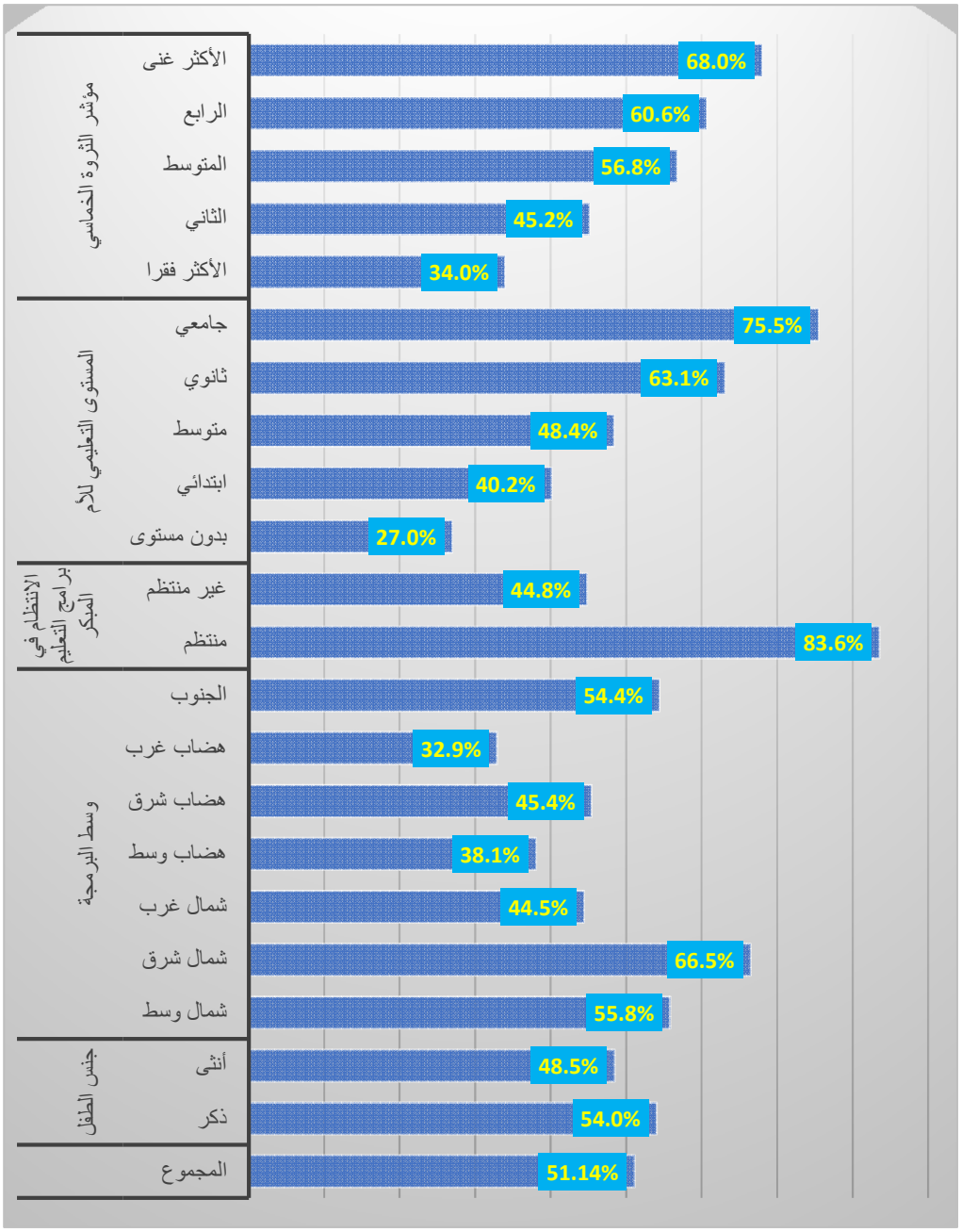
من أجل تحديد أثر المتغيرات السوسيوديمغرافية والاقتصادية على مجال معرفة القراءة والحساب تم إجراء الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع المعبر عن قياس مدى تحقيق الطفل لمؤشرات النمو المختلفة باستخدام البرنامج الحاسوبي SPSSوكانت المعادلة على الشكل التالي:

$$log = \left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5$$

حيث أن: X_1 يمثل windex5، وX_2 يمثل Welevel، وX_3 يمثل HH4، وX_4 يمثل HH7، و X_4 يمثل UB6

ويمثل p_i: مجال معرفة القراءة والحساب.

شكل رقم 100: نسبة الأطفال الذين يسيرون على مسار النماء الصحيح في بعد معرفة القراءة والحساب في عمر 48-59 شهر في الجزائر حسب المحددات السوسيواقتصادية من خلال بيانات المسح (mics6)



المصدر: من إعداد الباحث بناء على بيانات المسح العنقودي (mics6) 2019.

من خلال الرسم البياني أعلاه يتبين أن هناك تفاوتا واضحا في نسبة الأطفال الذين يسيرون على مسار النماء الصحيح في بعد معرفة القراءة والكتابة خلال مرحلة الطفولة المبكرة حسب المحددات السوسيواقتصادية المستوى التعليمي للأم ووسط البرمجة الإقليمي ومؤشرة الثروة وجنس الطفل والانتظام في برامج تعليم الطفولة المبكرة. حيث يحقق 51.14% من الأطفال فقط هذا البعد في عمر 4 سنوات.

سنقوم باجراء التعددية الخطية لجميع المتغيرات المستقلة فيما بينها للتاكد من عدم وجود علاقة ارتباطية بينها وهذا مرة واحدة فقط وسيبقى ساريا لباقي الابعاد الأخرى: البدني، الاجتماعي العاطفي والتعلم.

جدول رقم 10: اختبار التعددية الخطية لمتغير المستوى الدراسي للأم:

يهدف هذا الاختبار لقياس عدم وجود ارتباط معنوي بين المتغيرات التنبؤية

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
	Espace de programmation territoriale (EPT)	,996	1,004
	Ever attended early childhood education programme	,970	1,031
	Quintile du bien être	,967	1,034
	Sexe de l'enfant	,998	1,002

يتبين من الجدول أعلاه أن قيمة VIF أقل من 3 وعليه يمكننا القول أنه لا توجد علاقة خطية بين المتغير المستقل المستوى الدراسي للأم وباقي المتغيرات المستقلة، وبالتالي يمكن اعتماده ضمن نموذج الانحدار اللوجيستي.

جدول رقم 11: اختبار التعددية الخطية لمتغير وسط البرمجة الإقليمي:

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
	Ever attended early childhood education programme	0.966	1.036
	Quintile du bien être	0.777	1.288
	Sexe de l'enfant	0.998	1.002
	Instruction de la mère	0.785	1.273

يتبين من الجدول أعلاه أن قيمة VIF أقل من 3 وعليه يمكننا القول أنه لا توجد علاقة خطية بين المتغير المستقل المستوى الدراسي للأم وباقي المتغيرات المستقلة، وبالتالي يمكن اعتماده ضمن نموذج الانحدار اللوجيستي.

جدول رقم 12: اختبار التعددية الخطية لمتغير مؤشر الثروة الخماسي:

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
	Ever attended early childhood education programme	0.981	1.020
	Sexe de l'enfant	0.998	1.002
	Instruction de la mère	0.970	1.031
	Espace de programmation territoriale (EPT)	0.987	1.013

يتبين من الجدول أعلاه أن قيمة VIF أقل من 3 وعليه يمكننا القول أنه لا توجد علاقة خطية بين المتغير المستقل مؤشر الثروة الخماسي وباقي المتغيرات المستقلة، وبالتالي يمكن اعتماده ضمن نموذج الانحدار اللوجيستي.

جدول رقم 13: اختبار التعددية الخطية لمتغير جنس الطفل:

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
	(Constante)		
	Ever attended early childhood education programme	0.967	1.034
	Instruction de la mère	0.779	1.284
	Espace de programmation territoriale (EPT)	0.988	1.012
	Quintile du bien être	0.777	1.287

يتبين من الجدول أعلاه أن قيمة VIF أقل من 3 وعليه يمكننا القول أنه لا توجد علاقة خطية بين المتغير المستقل جنس الطفل وباقي المتغيرات المستقلة، وبالتالي يمكن اعتماده ضمن نموذج الانحدار اللوجيستي.

جدول رقم 14: اختبار التعددية الخطية لمتغير الانتظام في برامج تعليم الطفولة المبكرة:

Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	(Constante)		
	Instruction de la mère	0.782	1.279
	Espace de programmation territoriale (EPT)	0.987	1.013
	Quintile du bien être	0.789	1.268
	Sexe de l'enfant	0.999	1.001

يتبين من الجدول أعلاه أن قيمة VIF أقل من 3 وعليه يمكننا القول أنه لا توجد علاقة خطية بين المتغير المستقل الانتظام في برامج تعليم الطفولة المبكرة وباقي المتغيرات المستقلة، وبالتالي يمكن اعتماده ضمن نموذج الانحدار اللوجيستي.

تحليل نتائج الانحدار اللوجيستي الثنائي لمجال معرفة القراءة والحساب:

جدول رقم 15: اختبار معنوية النموذج لمجال القراءة والحساب:

Tests composites des coefficients du modèle				
		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	551.85	16	0.000
	Bloc	551.85	16	0.000
	Modèle	551.85	16	0.000

يتبين من مخرجات الجدول أن نتائج اختبار كا² لاختبار معنوية النموذج أنه عند مستوى الدلالة 0.01% ودرجة الحرية 16 فإن قيمة كا² تساوي 39.25 وهي أقل من قيمة كا² المحسوبة وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة والتي مفادها أن النموذج معنوي ويمثل البيانات تمثيلا جيدا.

جدول رقم 16: نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع مجال معرفة القراءة والحساب:

Récapitulatif des modèles			
Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	3640,903[a]	0.167	0.222
a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.			

يتضح من مخرجات الجدول أن 22.2% من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع (معرفة القراءة والكتابة) يمكن تفسيرها من خلال هذا النموذج.

جدول رقم 17: النموذج التقديري لمحددات بعد معرفة القراءة والحساب في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 48-59 شهر في الجزائر سنة 2019:

Variables de l'équation							
		B	E.S	Wald	Ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	Espace de programmation territoriale (EPT)	الفئة المرجعية	الجنوب	43.570	6	**0.000**	
	Espace de programmation territoriale (EPT)(1)	0.093	0.141	0.431	1	0.512	1.097
	Espace de programmation territoriale (EPT)(2)	0.475	0.168	7.967	1	**0.005**	1.609
	Espace de programmation territoriale (EPT)(3)	-0.121	0.160	0.572	1	0.450	0.886
	Espace de programmation territoriale (EPT)(4)	-0.341	0.184	3.440	1	0.064	0.711
	Espace de programmation territoriale (EPT)(5)	-0.327	0.160	4.163	1	0.041	0.721
	Espace de programmation territoriale (EPT)(6)	-0.534	0.216	6.113	1	**0.013**	0.586
	Instruction de la mère	الفئة المرجعية	بدون تعليم	103.952	4	0.000	
	Instruction de la mère(1)	0.359	0.150	5.696	1	**0.017**	1.432
	Instruction de la mère(2)	0.569	0.134	17.964	1	**0.000**	1.766
	Instruction de la mère(3)	1.062	0.146	52.577	1	**0.000**	2.892
	Instruction de la mère(4)	1.525	0.173	77.710	1	**0.000**	4.595
	Quintile du bien être	الفئة المرجعية	الأكثر فقرا	24.478	4	**0.000**	
	Quintile du bien être(1)	0.183	0.119	2.361	1	0.124	1.201
	Quintile du bien être(2)	0.503	0.125	16.299	1	**0.000**	1.654
	Quintile du bien être(3)	0.477	0.131	13.145	1	**0.000**	1.610
	Quintile du bien être(4)	0.545	0.149	13.334	1	**0.000**	1.724
	Sexe de l'enfant(1)	0.251	0.080	9.744	1	**0.002**	1.285
	Ever attended early childhood education programme(1)	-1.496	0.134	124.939	1	**0.000**	0.224
	Constante	0.244	0.212	1.329	1	0.049	1.277
a. Introduction des variables au pas 1 : Espace de programmation territoriale (EPT), Instruction de la mère, Quintile du bien être, Sexe de l'enfant, Ever attended early childhood education programme.							

المصدر: من إعداد الباحث بناء على بيانات المسح العنقودي (mics6) 2019.

يتبين من **الجدول** أعلاه مخرجات نموذج الانحدار اللوجيتسي الثنائي المطبق على المتغيرات المستقلة مؤشر الثروة والمستوى التعليمي للأم وجنس الطفل ووسط البرمجة الإقليمي والانتظام في برامج تعليم الطفولة المبكرة والتي تؤثر على المتغير التابع وهو بعد معرفة القراءة والكتابة، ومن أجل تحديد أثر المتغيرات المستقلة كانت النتائج كالتالي:

المؤشر الخماسي للثروة: تم اعتماد مؤشر ثروة الأسرة المعيشية التي ينتمي إليها الطفل من المستوى 1 إلى المستوى 4 حسب الترتيب: الثاني، المتوسط، الرابع، الأكثر غنى أما المستوى 5 وهو فئة الأكثر فقرا فاعتمد كفئة مرجعية، وقد جاء مستوى الدلالة للمتغير أقل من مستوى المعنوية 0.05 لذا يمكن القول أنه ذو دلالة إحصائية، ويمكن ادراجه ضمن المحددات المفسرة للنمو، وبناء على قيم اللوجيت التي جاءت موجبة فنستنتج أن هناك علاقة طردية بين المتغير المستقل مؤشر الثروة ومعدل نمو الطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة بناء على الفئة المرجعية الأكثر فقرا، إلا أن مستويات الدلالة الإحصائية للمستوى الثاني كانت عند قيمة: 0.124، وهي أكبر مقارنة مع مستوى المعنوية 0.05 وعليه فإن التفاوت في مدى معرفة الطفل للقراءة والحساب المنتمي لهذه الفئة من الأسر غير دال إحصائيا، إلا أننا نجد مستوى الدلالة لفئات الثالث الرابع والأكثر غنى بقيمة 0.000 وهو أقل من مستوى المعنوية 0.05 أي دال إحصائيا، وعليه يمكن القول أن الطفل الذي يعيش في أسر تحقق مؤشر ثروة من فئات الثالث والرابع والأكثر غنى يحقق معدل نمو بنسبة ترجيح بقيمة 0.503 و0.477 و0.545 مقارنة بباقي الفئات أي كون الطفل الذي ينتمي لهذه الفئات من الأسر يزيد من احتمالية تحقيقه لمعدل نمو بنسبة 65.4% و61% و72.4% على التوالي، وعليه يمكننا القول أن مؤشر ثروة الأسر المعيشية يساهم في تعزيز تحقيق الطفل **لمهارات معرفة القراءة والحساب** خلال مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر، وهو الأمر الذي "أكدته العديد من الدراسات في هذا الشأن، حيث يرتبط الفقر بنقص ملحوظ في الأداء اللغوي والمهارات المعرفية عند سن 3 سنوات

والذي يزداد أكثر عند بلوغ الطفل عمر 5 سنوات، كما تؤثر التغيرات في مستوى الفقر بعد عمر 36 شهرا على التطور المعرفي والوظائف التنفيذية للطفل "[5].

المستوى الدراسي للأم: تم اعتماد المستوى الدراسي من 1 إلى 4 على الترتيب المشار إليه في المخرجة أعلاه كما يلي: ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي أما فئة بدون تعليم فاعتمدت كفئة مرجعية، وكانت نتيجة الدلالة للمتغير 0.00 أي أقل من مستوى الدلالة 0.05 ما يعني أنه دال احصائيا، كما جاءت قيم اللوجيت المرافقة للمستويات الدراسية موجبة ما يدل على وجود علاقة طردية بين المستوى الدراسي للأمهات ومدى تحقيق أبنائهن لمهارات القراءة والكتابة، كما تم تسجيل مستويات الدلالة لجميع المستويات الدراسية أقل من 0.05 ما يعني أنها دالة احصائيا وعليه يمكن القول أنه يرتفع لوغاريتم نسبة ترجيح مهارة معرفة القراءة والحساب في مرحلة الطفولة المبكرة بمقدار 0.359 و0.569 و1.062 و1.525 للأطفال الذين تتمتع أمهاتهم بمستوى دراسي ابتدائي ومتوسط وثانوي وجامعي على التوالي مقارنة بالأطفال الذين لم تحقق امهاتهم أي مستوى دراسي أو تحضيري، كما ترتفع نسبة الأرجحية بنسبة2.89 و4.59 للمستويين الدراسيين ثانوي وجامعي على التوالي مقارنة بالمستوى الدراسي بدون مستوى أو تحضيري، وبناء على ذلك يمكن اعتبار أن الأطفال الذين تتمتع أمهاتهم بمستوى دراسي مرتفع، على الأقل ثانوي فما فوق، فإنهم يحققون مهاراتهم في القراءة والحساب بشكل أكبر، وبالتالي يمكننا اعتبار المستوى الدراسي للأم كمتغير منبئ لبعد معرفة القراءة والكتابة في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر.

جنس الطفل: لقد تم اعتماد القيمة 1 بالنسبة للأطفال للذكور والقيمة 2 بالنسبة للأطفال الاناث، وحددت القيمة 1 كفئة مرجعية، وقد ورد مستوى الدلالة لمتغير الجنس بقيمة 0.000 ما يدل على أنه دال إحصائيا كما جاءت قيمة اللوجيت إيجابية ما يعني أن هناك علاقة طردية بين جنس الطفل ومؤشر النمو في مرحلة الطفولة المبكرة أي أن كون الطفل أنثى فإنه

[5] Maureen M Blac, et al : **Op.cit**, p78

سيحقق مستوى نمو أكبر من كونه ذكرا بنسبة ترجيح 28.5% وعليه يمكن اعتماد متغير الجنس كمتغير منبئ للمتغير مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر.

وسط البرمجة الإقليمي: تم اعتماد أوساط البرمجة الإقليمية من 1 إلى 6 حسب الترتيب الوارد في المخرجة أعلاه كالتالي: شمال شرق، شمال غرب، هضاب عليا وسط، هضاب عليا شرق، هضاب عليا غرب، الجنوب الكبير، واعتمد وسط إقليم البرمجة شمال وسط كفئة مرجعية، واعتمادا على مستوى الدلالة المرافق لوسط البرمجة الإقليمي المقدر بـ 0.000 يمكن القول أنه ذو دلالة إحصائية ويمكن اعتباره ضمن قائمة المحددات المفسرة لتباين مؤشر القراءة والحساب في مرحلة الطفولة المبكرة، وبناء على قيمة اللوجيت الموجبة المرافقة لخانة كل من وسط البرمجة شمال شرق 0.475 بدلالة إحصائية بلغت 0.005 أي أقل من 0.05 ما يثبت وجود علاقة طردية بينهما وبين بعد معرفة القراءة والحساب وهذا بدلالة الفئة المرجعية شمال جنوب، كما سجلنا قيمة اللوجيت المرافق لوسط البرمجة الإقليمي هضاب عليا شرق وهضاب عليا غرب 0.327- و 0.543- على التوالي، وهو ما يشير الى وجود علاقة عكسية بينها وبين البعد المدروس بدلالة الفئة المرجعية الجنوب الكبير مع تسجيل مستوى دلالة أقل من 0.05.

غير أن مستويات الدلالة المرافقة لأوساط البرمجة لكل من شمال وسط وشمال غرب وشمال شرق نتجت على الترتيب 0.51 و0.45 و0.06 على التوالي وهي أكبر من مستوى المعنوية 0.05 وبالتالي فإن التباين في البعد المدروس غير دال احصائيا في هذه الأقاليم الثلاثة.

على هذا الأساس يمكن القول أن كون الطفل الذي يعيش في وسط البرمجة الإقليمي شمال شرق، يزيد من احتمال تحقيقه لمؤشر النماء بنسبة 60% مقارنة بوسط البرمجة الجنوب الكبير، كما يقل احتمال تحقيق الطفل المقيم في كل من وسط البرمجة هضاب عليا وسط وهضاب عليا شرق وهضاب عليا غرب بنسب 71% و72% و58% على التوالي للمتغير المدروس مهارة القراءة والحساب مقارنة بوسط البرمجة الجنوب الكبير.

الانتظام في برامج التعليم المبكر: ورد مستوى الدلالة لمتغير الانتظام في برامج التعليم المبكر بقيمة 0.000 ما يعني أنه دال إحصائيا ويمكن اعتمده كأحد المحددات لنمو الطفولة المبكرة، وقد اعتمد الترميز بقيمة 1 في حالة الإجابة بنعم و2 في حالة الإجابة بـ لا على السؤال: هل التحق أو يلتحق الطفل ببرامج التعليم المبكر؟ وباعتبار قيمة اللوجيت التي وردت سالبة 1.496- فيمكن القول أن عدم متابعة الطفل لبرامج التعليم المبكر فإن ذلك يخفض من احتمال تحقيقه لمؤشر النمو المطلوب، وأنه توجد علاقة طردية بين الانتظام في برامج التعليم المبكر ومؤشر تنمية الطفولة المبكرة، وإذا لم ينتظم الطفل في برامج التعليم المبكر مع ثبات باقي المتغيرات فإن نسبة تحقيقه للنمو ستنخفض بـ0.222 مرة مقارنه بالتحاقه ببرامج التعليم، وبعبارة أخرى فإن الالتحاق ببرامج التعليم المبكر يرفع من نسبة تحقيق الطفل لمهارة القراءة والحساب خلال مرحلة الطفولة المبكرة بـ 22% في الجزائر في سنة 2019.

بناء على ما سبق فإن معادلة الانحدار اللوجيستي الثنائي تكتب على الشكل:

$$log = \left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = 0.244 + 0.503(windex5(2)) + 0.477(windex5(3)) + 0{,}545(windex5(4)) + 0.359(welevel(1)) + 0.569(welevel(2)) + 1.062(welevel(3)) + 1.525(welevel(4)) + 0.475(HH(2)) - 0.325(HH7(5)) - 0.534(HH7(6)) + 0.251(HL4) - 1.469(UB6(2))$$

2.3 المجال الثاني: البدني:

يشير هذا المجال أنه إذا كان الطفل قادراً على التقاط جسم صغير بإصبعين، مثل عود أو حجر من الأرض، ولم تشير الأم أو القائمة على الرعاية بأن الطفل مريض للغاية بحيث لا يستطيع اللعب، فإنه يعتبر أن نموه البدني يسير على ما يرام.

وبعد التطبيق التدريجي لعملية الاختيار تم تحديد متغير واحد وهو:

- المؤشر الخماسي للثروة

أما باقي المتغيرات وسط الإقامة، عدد الأطفال في الأسرة، النشاط الاقتصادي، المستوى التعليمي للأم، وسط البرمجة الإقليمي، وجنس الطفل وكذا الانتظام في برامج تعليم الطفولة

المبكرة، فقد أظهرت النتائج أنه ليس لهم تأثير معنوي على المتغير التابع عند مستوى المعنوية (0.05).

النتائج:

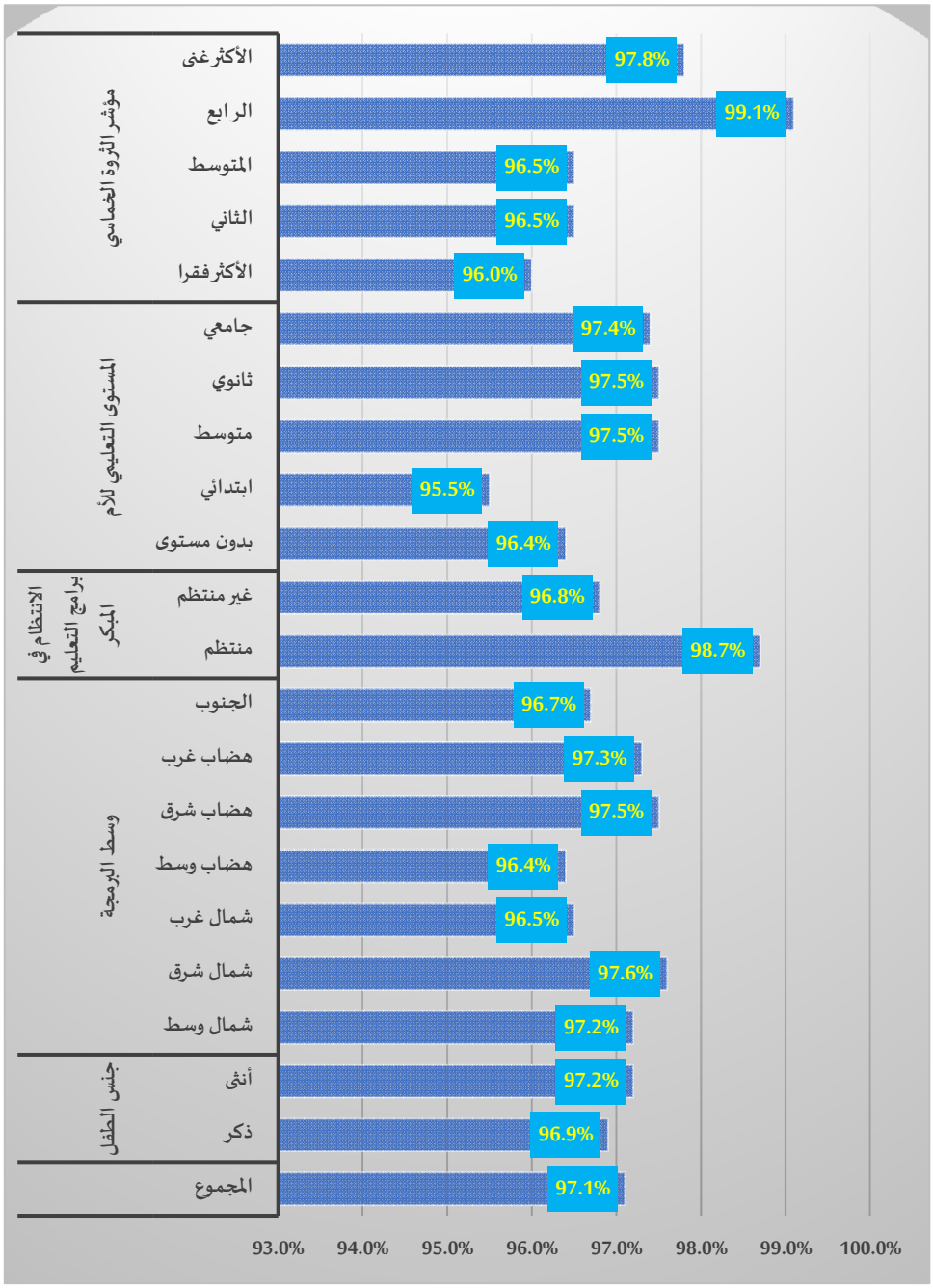
من أجل تحديد أثر المستوى المادي للأسرة على المجال البدني للطفل في عمر 36-59 شهر في الجزائر، تم إجراء الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع المعبر عن قياس مدى تحقيق الطفل لمؤشرات النمو المختلفة باستخدام البرنامج الحاسوبي SPSS وكانت المعادلة على الشكل التالي:

$$log = \left(\frac{p_i}{1 - p_i}\right) = b_0 + b_1 X_1$$

حيث أن: X_1 يمثل windex5

ويمثل p_i: المجال البدني.

شكل رقم 101: نسبة الأطفال الذين يسيرون على مسار النماء الصحيح في المجال البدني في عمر 36-59 شهر في الجزائر حسب المحددات السوسيواقتصادية من خلال بيانات المسح (mics6)



المصدر: من إعداد الباحث بناء على بيانات المسح العنقودي (mics6) 2019.

من خلال الشكل أعلاه يمكننا حصر الملاحظات التالية:

بشكل عام :تشير النتائج إلى أن نسبة كبيرة من الأطفال الجزائريين في الفئة العمرية المحددة يسيرون على مسار نمو بدني سليم، حيث تتراوح النسبة الإجمالية بين 93% و99.1% حسب المحددات المختلفة .

التفاوت بين المجموعات :رغم ارتفاع النسبة العامة، إلا أن هناك تباينات واضحة بين المجموعات المختلفة، سواء كانت هذه المجموعات تعتمد على الموقع الجغرافي أو المستوى التعليمي للأم أو الوضع الاقتصادي للأسرة.

تأثير الوضع الاقتصادي :هناك أيضاً ارتباط إيجابي بين المستوى الاقتصادي للأسرة ونمو الطفل البدني .

التوزيع الجغرافي :تظهر بعض الاختلافات في النسب بين المناطق الجغرافية المختلفة، مما يشير إلى وجود عوامل محلية تؤثر على النمو البدني للأطفال.

جدول رقم 18: اختبار معنوية النموذج للمجال البدني:

Tests composites des coefficients du modèle				
		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	30.337	4	0.000
	Bloc	30.337	4	0.000
	Modèle	30.337	4	0.000

يتبين من مخرجات الجدول أن نتائج اختبار كا² لاختبار معنوية النموذج أنه عند مستوى الدلالة 0.01% ودرجة الحرية 04 فإن قيمة كا² تساوي 14.86 وهي أقل من قيمة كا² المحسوبة وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة والتي مفادها أن النموذج معنوي ويمثل البيانات تمثيلا جيدا.

جدول رقم 19 نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع المجال البدني:

Récapitulatif des modèles			
Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	1597,729[a]	0.005	0.021
a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.			

يتضح من مخرجات الجدول أن 2.1% من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع المجال البدني للطفل يمكن تفسيرها من خلال هذا النموذج.

جدول رقم 20: النموذج التقديري لمحددات المجال البدني في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 48-59 شهر في الجزائر سنة 2019:

Variables de l'équation							
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	Quintile du bien être	الفئة المرجعية	الأكثر فقرا	22.228	4	**0.000**	
	Quintile du bien être(1)	0.131	0.198	0.434	1	0.510	1.139
	Quintile du bien être(2)	0.130	0.203	0.409	1	0.523	1.139
	Quintile du bien être(3)	1.492	0.348	18.406	1	**0.000**	4.445
	Quintile du bien être(4)	0.618	0.261	5.600	1	**0.018**	1.855
	Constante	3.198	0.132	588.434	1	**0.000**	24.476
a. Introduction des variables au pas 1 : Quintile du bien être.							

المصدر: من إعداد الباحث بناء على بيانات المسح العنقودي (mics6) 2019.

يتبين من **الجدول** أعلاه مخرجات نموذج الانحدار اللوجيتسي الثنائي المطبق على المتغير المستقل مؤشر الثروة الخماسي والذي يؤثر على المتغير التابع وهو البعد البدني، ومن أجل تحديد أثر مستويات الرفاه الاقتصادي للأسر المعيشية كانت النتائج كالتالي:

نلاحظ أن نتائج قيم اللوجيت جاءت موجبة ما يعني أن هناك علاقة طردية بين ارتفاع المستوى المادي للأسرة ومدى تحقيق الطفل للنمو البدني خلال مرحلة الطفولة المبكرة في عمر 36-59 شهرا في الجزائر، عند مستوى الدلالة 0,01%، وعند التطرق الى مستويات الرفاه نسجل مستوى الدلالة الإحصائية أكبر من 0.05% في جميع المستويات ما عدا في المستويين الرابع والأكثر غنى والتي جاءت أقل من 0.01 و0.05 على التوالي، وهذا بدلالة الفئة المرجعية الأكثر فقرا ما يعني أنه كلما ارتفع مستوى الرفاه من الأكثر فقرا الى المستوى الرابع زاد احتمال ان يحقق الطفل نموه البدني بنسبة 34.5% و85% بالنسبة للمستوى الرابع والمستوى الأكثر غنى على التوالي.

بناء على ما سبق فإن معادلة الانحدار اللوجيستي الثنائي تكتب على الشكل:

$$log = \left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = 3.198 + 1.492\left(windex5(3)\right) + 0.618\left(windex5(4)\right)$$

3.3. المجال الثالث: القدرة على التعلم:

يشير هذا البعد إلى ما إذا كان الطفل قادرًا على اتباع تعليمات بسيطة حول كيفية القيام بشيء ما بشكل صحيح، أو عندما يُطلب منه القيام بشيء ما، ويستطيع القيام بذلك بشكل مستقل تماما، فهنا يُعتبر الطفل يسير على الطريق الصحيح لتطوير هذه المهارة.

وبعد التطبيق التدريجي لعملية الاختيار تم تحديد 5 متغيرات وهي:

- المؤشر الخماسي للثروة
- جنس الطفل
- وسط البرمجة الإقليمي
- انتظام الطفل في برامج التعليم المبكر

أما باقي المتغيرات وسط الإقامة، عدد الأطفال في الأسرة، النشاط الاقتصادي للأم والمستوى الدراسي للأم فقد أظهرت النتائج انه ليس تأثير معنوي على المتغير التابع عند مستوى المعنوية (0.05).

النتائج:

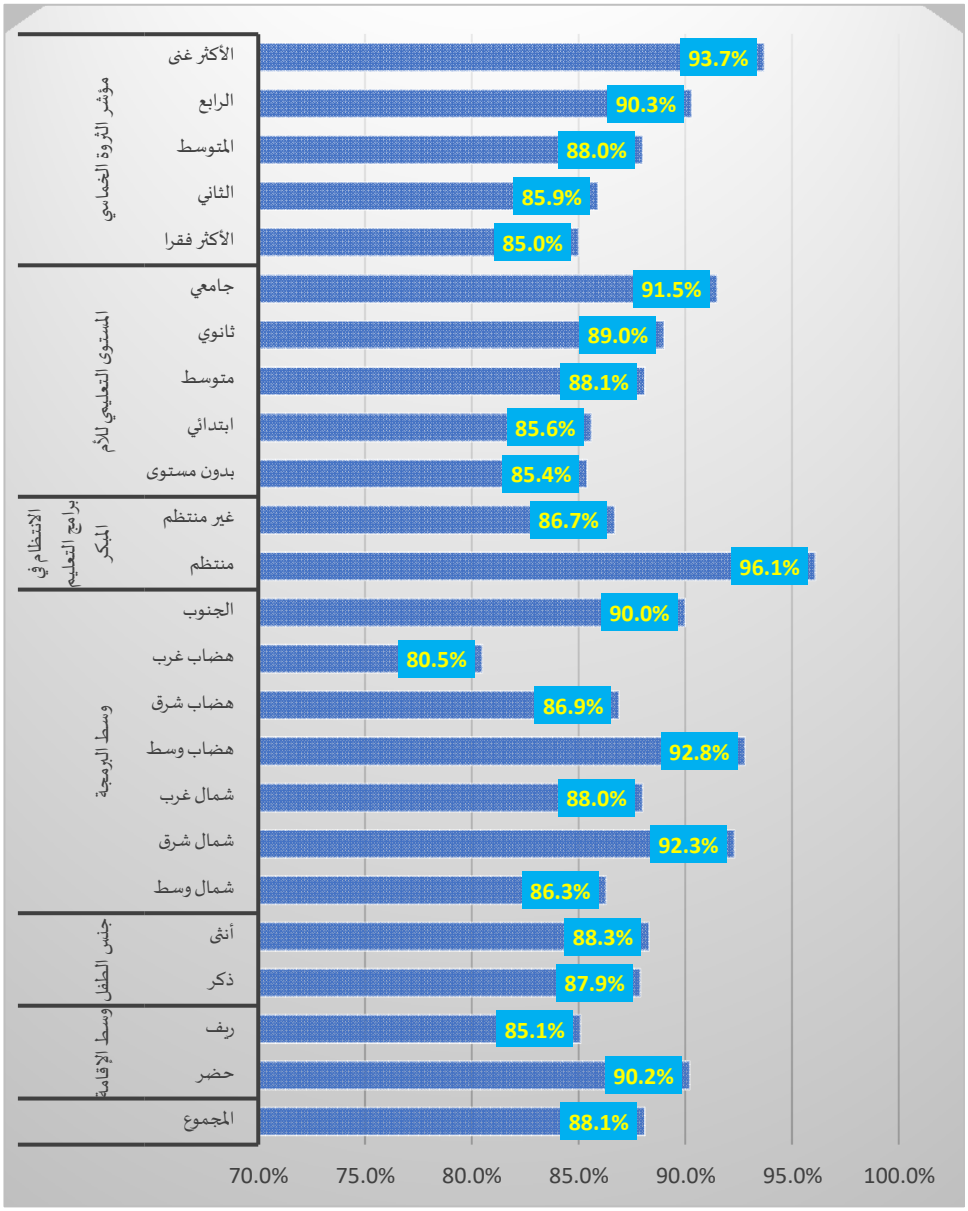
من أجل تحديد أثر المتغيرات السوسيوديمغرافية والاقتصادية على مجال القدرة على التعلم تم إجراء الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع المعبر عن قياس مدى تحقيق الطفل لمؤشرات النمو المختلفة باستخدام البرنامج الحاسوبي SPSSوكانت المعادلة على الشكل التالي:

$$log = \left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5$$

حيث أن: X_1 يمثل windex5، وX_2 يمثل HH6، وX_3 يمثل HH4، وX_4 يمثل HH7، و X_4 يمثل UB6

ويمثل p_i: مجال القدرة على التعلم.

شكل رقم 102: نسبة الأطفال الذين يسيرون على مسار النماء الصحيح في مجال القدرة على التعلم في عمر 36-59 شهر في الجزائر حسب المحددات السوسيواقتصادية



المصدر: من إعداد الباحث بناء على بيانات المسح العنقودي (mics6) 2019.

من الشكل أعلاه يتضح بشكل عام أن نسبة كبيرة من الأطفال الجزائريين في الفئة العمرية المحددة يسيرون على مسار نمو تعليمي سليم، حيث تتراوح النسبة الإجمالية بين 80% و96.1% حسب المحددات المختلفة.

ورغم ارتفاع النسبة العامة، إلا أن هناك تباينات واضحة بين المجموعات المختلفة، سواء كانت هذه المجموعات تعتمد على الموقع الجغرافي أو المستوى التعليمي للأم أو الوضع الاقتصادي للأسرة.

تأثير المستوى التعليمي للأم: يظهر أن الأطفال الذين أمهاتهم حاصلات على مستوى تعليمي أعلى يحققون نمواً تعليمياً أفضل بشكل عام.

تأثير الوضع الاقتصادي: هناك أيضاً ارتباط إيجابي بين المستوى الاقتصادي للأسرة والنمو التعليمي للطفل.

التوزيع الجغرافي: تظهر بعض الاختلافات في النسب بين المناطق الجغرافية المختلفة، مما يشير إلى وجود عوامل محلية تؤثر على النمو التعليمي للأطفال.

جدول رقم 21: اختبار معنوية النموذج لمجال القدرة على التعلم:

Tests composites des coefficients du modèle				
		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	165.892	16	0.000
	Bloc	165.892	16	0.000
	Modèle	165.892	16	0.000

يتبين من مخرجات الجدول أن نتائج اختبار كا² لاختبار معنوية النموذج أنه عند مستوى الدلالة 0.01% ودرجة الحرية 16 فإن قيمة كا² تساوي 32.00 وهي أقل من قيمة كا² المحسوبة وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة والتي مفادها أن النموذج معنوي ويمثل البيانات تمثيلا جيدا.

جدول رقم 22: نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع مجال القدرة على التعلم:

Récapitulatif des modèles			
Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	4323,330[a]	0.027	0.051
a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.			

يتضح من مخرجات الجدول أن 5.1% من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع مجال التعلم للطفل يمكن تفسيرها من خلال هذا النموذج.

جدول رقم 23: النموذج التقديري لمحددات مجال التعلم في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 36-59 شهر في الجزائر سنة 2019:

Variables de l'équation							
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	Quintile du bien être	الفئة المرجعية	الأكثر فقرا	21.838	4	**0.000**	
	Quintile du bien être(1)	-0.057	0.112	0.260	1	0.610	0.945
	Quintile du bien être(2)	0.066	0.125	0.275	1	0.600	1.068
	Quintile du bien être(3)	0.235	0.142	2.739	1	0.098	1.265
	Quintile du bien être(4)	0.693	0.174	15.845	1	**0.000**	2.000
	Milieu de résidence(1)	-0.218	0.091	5.749	1	**0.017**	0.804
	Espace de programmation territoriale (EPT)	الفئة المرجعية	شمال وسط	50.121	6	**0.000**	
	Espace de programmation territoriale (EPT)(1)	0.664	0.151	19.227	1	**0.000**	1.942
	Espace de programmation territoriale (EPT)(2)	0.266	0.122	4.713	1	**0.030**	1.304
	Espace de programmation territoriale (EPT)(3)	0.861	0.185	21.624	1	**0.000**	2.366
	Espace de programmation territoriale (EPT)(4)	0.139	0.122	1.291	1	0.256	1.149
	Espace de programmation territoriale (EPT)(5)	-0.278	0.158	3.105	1	0.078	0.757
	Espace de programmation territoriale (EPT)(6)	0.395	0.143	7.637	1	**0.006**	1.485
	Ever attended early childhood education programme(1)	-1.199	0.230	27.235	1	**0.000**	0.302
	Instruction de la mère	الفئة المرجعية	بدون مستوى	3.228	4	0.520	
	Instruction de la mère(1)	-0.052	0.137	0.143	1	0.705	0.949
	Instruction de la mère(2)	0.114	0.126	0.815	1	0.367	1.121
	Instruction de la mère(3)	0.042	0.141	0.088	1	0.767	1.043
	Instruction de la mère(4)	0.186	0.168	1.219	1	0.270	1.204
	Constante	2.831	0.270	110.275	1	**0.000**	16.956
a. Introduction des variables au pas 1 : Quintile du bien être, Milieu de résidence, Espace de programmation territoriale (EPT), Ever attended early childhood education programme, Instruction de la mère.							

يتبين من **الجدول** أعلاه مخرجات نموذج الانحدار اللوجيتسي الثنائي المطبق على المتغيرات المستقلة مؤشر الثروة والمستوى التعليمي للأم وجنس الطفل ووسط البرمجة الإقليمي والانتظام في برامج تعليم الطفولة المبكرة والتي تؤثر على المتغير التابع، مجال التعلم ومن أجل تحديد أثر المتغيرات المستقلة كانت النتائج كالتالي:

المؤشر الخماسي للثروة: تم اعتماد مؤشر ثروة الأسرة المعيشية التي ينتمي إليها الطفل من المستوى 1 إلى المستوى 4 حسب الترتيب: الثاني، المتوسط، الرابع، الأكثر غنى أما المستوى 5 وهو فئة الأكثر فقرا فاعتمد كفئة مرجعية، وقد جاء مستوى الدلالة للمتغير أقل من مستوى المعنوية 0.05 لذا يمكن القول أنه ذو دلالة إحصائية، ويمكن ادراجه ضمن المحددات المفسرة لقدرة الطفل على التعلم، وبناء على قيم اللوجيت التي جاءت موجبة فنستنتج أن هناك علاقة طردية بين المتغير المستقل مؤشر الثروة ومعدل نمو الطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة بناء على الفئة المرجعية الأكثر فقرا، إلا أن مستويات الدلالة الإحصائية لمستويات الثاني والمتوسط والرابع فقد نتجت على الترتيب: 0.610، 0.600، 0.980، وهي أكبر مقارنة مع مستوى المعنوية 0.05 وعليه فإن التفاوت في معدل نمو الطفل المنتمي لهذه الفئات من الأسر غير دال إحصائيا، في المقابل نجد فئة الأكثر غنى قد نتجت قيمة الدلالة بـ 0.000 ما يعني أنها دالة احصائيا، وعليه فإن الطفل المنتمي لهذه الفئة من الاسر يتمتع بقدرة على التعلم أكثر من الطفل المنتمي للأسر في فئة الأكثر فقرا بنسبة 100% وبالتالي يمكننا اعتبار المستوى المعيشي للأسر كمتغير منبئ للمتغير التابع في البعد المتعلق بالقدرة على التعلم في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر.

المستوى الدراسي للأم: تم اعتماد المستوى الدراسي من 1 إلى 4 على الترتيب المشار اليه في المخرجة أعلاه كما يلي: ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي أما فئة بدون تعليم فاعتمدت كفئة مرجعية، وكانت نتيجة الدلالة للمتغير 0,520 أي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 ما يعني أنه غير دال احصائيا، كما جاءت قيم اللوجيت المرافقة للمستويات الدراسية موجبة ما يدل على وجود علاقة طردية بين المستوى الدراسي للأمهات ومدى تحقيق أبنائهن لمعدلات نمو إيجابية، وبالتالي لا يمكننا اعتبار المستوى الدراسي للأم كمتغير منبئ للمتغير التابع القدرة على التعلم في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر.

وسط البرمجة الإقليمي: تم اعتماد أوساط البرمجة الإقليمية من 1 إلى 6 حسب الترتيب الوارد في المخرجة أعلاه كالتالي: شمال شرق، شمال غرب، هضاب عليا وسط، هضاب عليا شرق، هضاب عليا غرب، الجنوب الكبير، واعتمد وسط إقليم البرمجة شمال وسط كفئة مرجعية، واعتمادا على مستوى الدلالة المرافق لوسط البرمجة الإقليمي المقدر بـ 0.000، فيمكن القول أنه ذو دلالة إحصائية ويمكن اعتباره ضمن قائمة المحددات المفسرة لتباين متغير مجال القدرة على التعلم للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر، وبناء على قيمة اللوجيت الموجبة المرافقة لخانة كل من وسط البرمجة (1) و (2) و(3) و(6) 0.664 و0.266 و0,861 0.395 على التوالي والتي تقابل اوساط البرمجة شمال شرق وشمال غرب والهضاب العليا شرق والجنوب الكبير، فهذا يثبت وجود علاقة طردية بينهما وبين مؤشر النماء وهذا بدلالة الفئة المرجعية شمال وسط مع تسجيل مستوى دلالة أقل من 0.05، كما سجلنا قيمة اللوجيت المرافق لوسط البرمجة الإقليمي (5) 0.278- الذي يقابل وسط البرمجة هضاب عليا غرب وهو ما يشير الى وجود علاقة عكسية بينها وبين مؤشر النماء بدلالة الفئة المرجعية شمال وسط مع تسجيل مستوى دلالة أكبر من 0.05.

غير أن مستويات الدلالة المرافقة لوسط البرمجة هضاب عليا غرب نتجت 0.078 وهي أكبر من مستوى المعنوية 0.05 وبالتالي فإن التباين في مؤشر نماء الطفولة المبكرة غير دال احصائيا في هذا.

على هذا الأساس يمكن القول أن كون الطفل الذي يعيش في اوساط البرمجة شمال شرق وشمال غرب والهضاب العليا شرق والجنوب الكبير يزيد من احتمال تحقيقه لمؤشر النماء بنسبة 94% و30% و13.6% و14% على التوالي مقارنة بوسط البرمجة شمال وسط، كما يقل احتمال تحقيق الطفل المقيم بوسط البرمجة هضاب عليا غرب بنسبة 75% لمجال القدرة على التعلم مقارنة بوسط البرمجة شمال وسط.

وبالتالي لا يمكننا اعتبار المستوى الدراسي للأم كمتغير منبئ للمتغير التابع القدرة على التعلم في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر.

وسط الإقامة: ورد مستوى الدلالة لمتغير وسط الإقامة ريف أو حضر بقيمة 0.017 ما يعني أنه دال احصائيا ويمكن اعتماده كأحد المحددات لمجال القدرة على التعلم لدى الطفل في الجزائر من خلال MICS6 سنة 2019 واعتمد الترميز بقيمة 1 بالنسبة لوسط الإقامة حضر و2 بالنسبة لوسط الإقامة ريف، وباعتبار أن قيمة اللوجيت قد نتجت سالبة −0.218 فيمكننا القول أن كون الطفل الجزائري المقيم في وسط ريفي فإن ذلك يخفض من احتمال قدرته على التعلم خلال مرحلة الطفولة المبكرة بنسبة 19.6%

الانتظام في برامج التعليم المبكر: ورد مستوى الدلالة لمتغير الانتظام في برامج التعليم المبكر بقيمة 0.000 ما يعني أنه دال إحصائيا ويمكن اعتمده كأحد المحددات لمجال القدرة على التعلم خلال مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر، وقد اعتمد الترميز بقيمة 1 في حالة الإجابة بنعم و2 في حالة الإجابة بـ لا على السؤال: هل التحق أم لم يلتحق الطفل ببرامج التعليم المبكر؟ وباعتبار قيمة اللوجيت التي وردت سالبة 1.199− فيمكن القول أن عدم متابعة الطفل لبرامج التعليم المبكر فإن ذلك يخفض من احتمال تحقيقه لمؤشر النمو المطلوب، وأنه توجد علاقة طردية بين الانتظام في برامج التعليم المبكر ومؤشر تنمية الطفولة المبكرة، وإذا لم ينتظم الطفل في برامج التعليم المبكر مع ثبات باقي المتغيرات فإن نسبة تحقيقه للقدرة على التعلم ستنخفض بـ0.302 مرة مقارنة بالتحاقه ببرامج التعليم، وبعبارة أخرى فإن الالتحاق ببرامج التعليم المبكر يرفع من نسبة تحقيق الطفل لمؤشر النمو في مرحلة الطفولة المبكرة بـ 69.8% في الجزائر.

بناء على ما سبق فإن معادلة الانحدار اللوجيستي الثنائي تكتب على الشكل:

$$log = \left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = 2.831 + 0{,}693\left(windex5(4)\right) - 0.218(HH6) + 0.664\left(HH7(1)\right) + 0.266\left(HH7(2)\right) + 0.861\left(HH7(3)\right) + 0.139\left(HH7(4)\right) + 0.395\left(HH7(6)\right) - 1.199(UB6(2))$$

4.3. المجال الرابع: العاطفي الاجتماعي:

يشير هذا المجال إلى أن الطفل يعتبر بأنه يسير على الطريق الصحيح من الناحية التنموية إذا استوفى شرطين على الأقل من الشروط التالية:

- إذا كان يتوافق جيدًا مع غيره من الأطفال في فئته العمرية تقريبا؛
- وإذا لم يقم بضرب أو عض أو إيذاء الأطفال الآخرين؛
- وإذا كان قادرًا على التركيز ولا يشتت انتباهه بسهولة؛

وبعد التطبيق التدريجي لعملية الاختيار تم تحديد 5 متغيرات وهي:

- المؤشر الخماسي للثروة
- جنس الطفل
- وسط البرمجة الإقليمي
- انتظام الطفل في برامج التعليم المبكر
- المستوى التعليمي للأم

أما باقي المتغيرات وسط الإقامة، عدد الأطفال في الأسرة، النشاط الاقتصادي للأم فقد أظهرت النتائج انه ليس تأثير معنوي على المتغير التابع عند مستوى المعنوية (0.05).

النتائج:

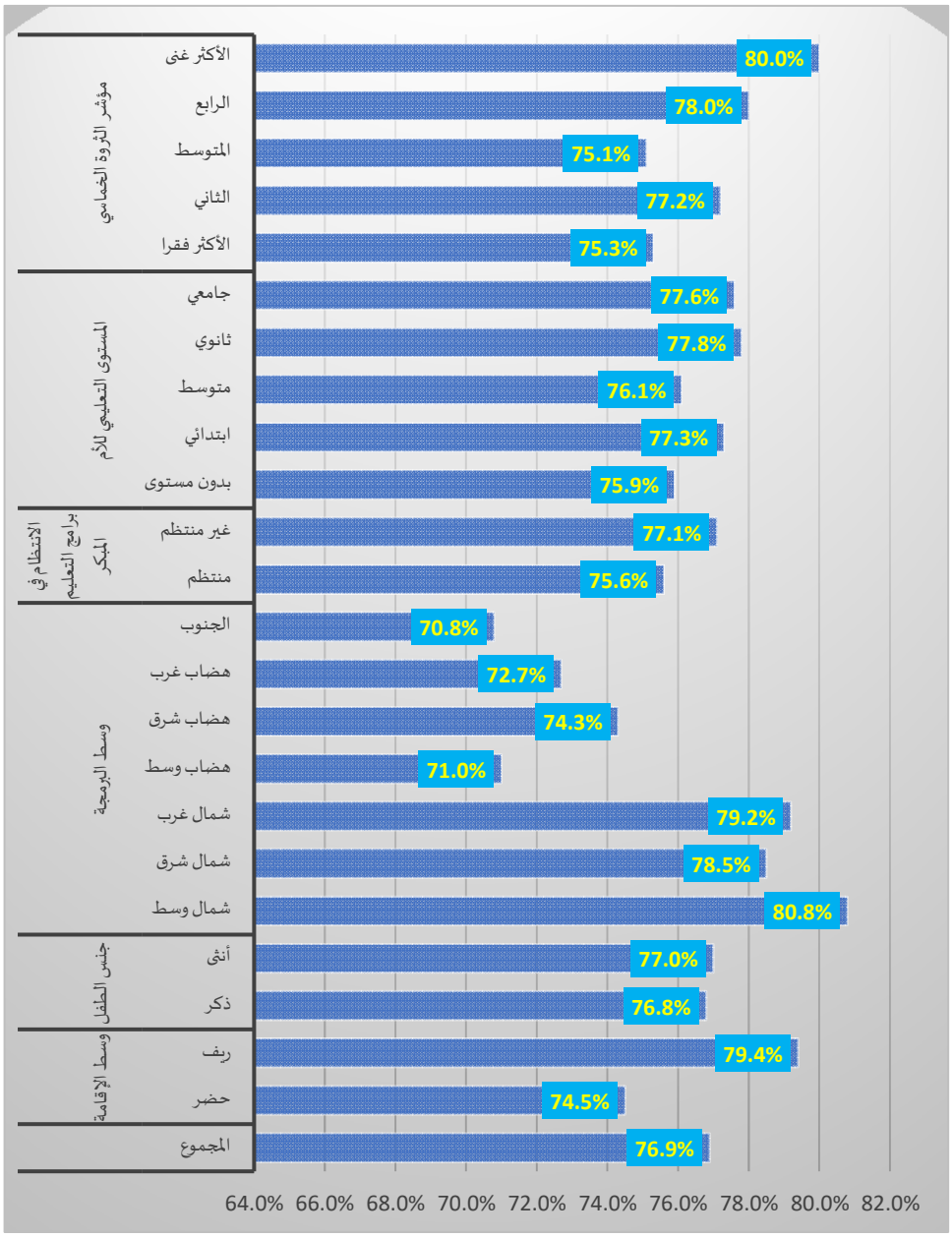
من أجل تحديد أثر المتغيرات السوسيوديمغرافية والاقتصادية على المجال العاطفي والاجتماعي لدى الطفل تم إجراء الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع المعبر عن قياس مدى تحقيق الطفل لمؤشرات النمو المختلفة باستخدام البرنامج الحاسوبي SPSSوكانت المعادلة على الشكل التالي:

$$log = \left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5$$

حيث أن: X_1 يمثل windex5، وX_2 يمثل HH4، وX_3 يمثل HH7، وX_4 يمثل UB6.

ويمثل p_i: المجال العاطفي الاجتماعي.

شكل رقم 103: نسبة الأطفال الذين يسيرون على مسار النماء الصحيح في المجال العاطفي والاجتماعي في عمر 36-59 شهر في الجزائر حسب المحددات السوسيواقتصادية



المصدر: من إعداد الباحث بناء على بيانات المسح العنقودي (mics6) 2019.

تشير النتائج إلى أن نسبة كبيرة من الأطفال الجزائريين، في الفئة العمرية المحددة بين 36-59 شهر يسيرون على مسار نمو عاطفي واجتماعي سليم، حيث تتراوح النسبة الإجمالية بين 70% و80% وفق المحددات المختلفة .

وبالرغم من ارتفاع النسبة العامة، إلا أن هناك تباينات واضحة بين المجموعات المختلفة، سواء كانت هذه المجموعات تعتمد على الموقع الجغرافي أو المستوى التعليمي للأم أو الوضع الاقتصادي للأسرة .

جدول رقم 24: اختبار معنوية النموذج للمجال العاطفي الاجتماعي:

Tests composites des coefficients du modèle				
		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	87.466	16	0.000
	Bloc	87.466	16	0.000
	Modèle	87.466	16	0.000

يتبين من مخرجات الجدول أن نتائج اختبار كا² لاختبار معنوية النموذج أنه عند مستوى الدلالة 0.01% ودرجة الحرية 16 فإن قيمة كا² تساوي 32.00 وهي أقل من قيمة كا² المحسوبة وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة والتي مفادها أن النموذج معنوي ويمثل البيانات تمثيلا جيدا.

جدول رقم 24: نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع المجال العاطفي الاجتماعي:

Récapitulatif des modèles			
Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	4323,330[a]	0.014	0.021
a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.			

يتضح من مخرجات الجدول أن 2.1% من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع مجال التعلم يمكن تفسيرها من خلال هذا النموذج.

جدول رقم 26: النموذج التقديري لمحددات المجال العاطفي الاجتماعي في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 36-59 شهر في الجزائر سنة 2019

Variables de l'équation							
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	Quintile du bien être	الفئة المرجعية	الأكثر فقرا	9.000	4	**0.021**	
	Quintile du bien être(1)	0.165	0.091	3.285	1	0.**040**	1.179
	Quintile du bien être(2)	0.069	0.094	0.532	1	0.466	1.071
	Quintile du bien être(3)	0.228	0.103	4.934	1	**0.026**	1.256
	Quintile du bien être(4)	0.276	0.113	5.944	1	**0.015**	1.318
	Espace de programmation territoriale (EPT)	الفئة المرجعية	شمال وسط	53.766	6	**0.000**	
	Espace de programmation territoriale (EPT)(1)	0.566	0.101	31.649	1	**0.000**	1.761
	Espace de programmation territoriale (EPT)(2)	0.427	0.120	12.644	1	**0.000**	1.533
	Espace de programmation territoriale (EPT)(3)	0.456	0.116	15.520	1	**0.000**	1.578
	Espace de programmation territoriale (EPT)(4)	0.001	0.128	0.000	1	0.993	1.001
	Espace de programmation territoriale (EPT)(5)	0.163	0.112	2.097	1	0.148	1.177
	Espace de programmation territoriale (EPT)(6)	0.097	0.150	0.417	1	0.519	1.102
	Ever attended early childhood education programme(1)	-0.163	0.104	2.481	1	**0.015**	1.177
	Sexe de l'enfant(1)	0.292	0.061	22.577	1	**0.000**	1.339
	Instruction de la mère	الفئة المرجعية	بدون مستوى	3.108	4	0.540	
	Instruction de la mère(1)	-0.011	0.114	0.010	1	0.920	0.989
	Instruction de la mère(2)	-0.135	0.101	1.788	1	0.181	0.874
	Instruction de la mère(3)	-0.044	0.112	0.152	1	0.696	0.957
	Instruction de la mère(4)	-0.118	0.125	0.881	1	0.348	0.889
	Constante	1.384	0.164	71,088	1	**0. 000**	1.719
a. Introduction des variables au pas 1 : Quintile du bien être, Espace de programmation territoriale (EPT), Ever attended early childhood education programme, Sexe de l'enfant, Instruction de la mère.							

يتبين من **الجدول** أعلاه مخرجات نموذج الانحدار اللوجيتسي الثنائي المطبق على المتغيرات المستقلة مؤشر الثروة والمستوى التعليمي للأم وجنس الطفل ووسط البرمجة الإقليمي والانتظام في برامج تعليم الطفولة المبكرة والتي تؤثر على المتغير التابع المجال العاطفي والاجتماعي ومن أجل تحديد أثر المتغيرات المستقلة كانت النتائج كالتالي:

المؤشر الخماسي للثروة: تم اعتماد مؤشر ثروة الأسرة المعيشية التي ينتمي إليها الطفل من المستوى 1 إلى المستوى 4 حسب الترتيب: الثاني، المتوسط، الرابع، الأكثر غنى أما المستوى 5 وهو فئة الأكثر فقرا فاعتمد كفئة مرجعية، وقد جاء مستوى الدلالة للمتغير أقل من مستوى

المعنوية 0.05 لذا يمكن القول أنه ذو دلالة إحصائية، ويمكن ادراجه ضمن المحددات المفسرة لقدرة الطفل على التعلم، وبناء على قيم اللوجيت التي جاءت موجبة فنستنتج أن هناك علاقة طردية بين المتغير المستقل مؤشر الثروة ومعدل نمو الطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة بناء على الفئة المرجعية الأكثر فقرا، إلا أن مستويات الدلالة الإحصائية لمستوى فئة المتوسط فقد نتجت: 0.466، وهي أكبر مقارنة مع مستوى المعنوية 0.05 وعليه فإن التفاوت في معدل نمو الطفل المنتمي لهذه الفئات من الأسر غير دال إحصائيا، في المقابل نجد كل من فئة الثاني والرابع والأكثر غنى قد نتجت قيمة الدلالة بـ 0.040 و 0.026 و0.015 على التوالي، ما يعني أنها دالة احصائيا، وبالتالي يمكننا اعتبار المستوى المعيشي للأسر كمتغير منبئ للمتغير التابع في البعد المتعلق بالمجال العاطفي الاجتماعي في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر.

المستوى الدراسي للأم: تم اعتماد المستوى الدراسي من 1 إلى 4 على الترتيب المشار اليه في المخرجة أعلاه كما يلي: ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي. أما فئة بدون تعليم فاعتمدت كفئة مرجعية، وكانت نتيجة الدلالة للمتغير 0,540 أي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 ما يعني أنه غير دال احصائيا، وبالتالي لا يمكننا اعتبار المستوى الدراسي للأم كمتغير منبئ للمتغير التابع المجال العاطفي الاجتماعي في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر.

وسط البرمجة الإقليمي: تم اعتماد أوساط البرمجة الإقليمية من 1 إلى 6 حسب الترتيب الوارد في المخرجة أعلاه كالتالي: شمال شرق، شمال غرب، هضاب عليا وسط، هضاب عليا شرق، هضاب عليا غرب، الجنوب الكبير، واعتمد وسط إقليم البرمجة شمال وسط كفئة مرجعية، واعتمادا على مستوى الدلالة المرافق لوسط البرمجة الإقليمي المقدر بـ 0.000 فيمكن القول أنه ذو دلالة إحصائية ويمكن اعتباره ضمن قائمة المحددات المفسرة لتباين متغير مجال القدرة على التعلم للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر، وبناء على قيمة اللوجيت الموجبة المرافقة لخانة كل من وسط البرمجة (1) و (2) و(3) 0.566 و0.427 و0.456 على

التوالي والتي تقابل اوساط البرمجة شمال وسط وشمال شرق والهضاب العليا وسط، فهذا يثبت وجود علاقة طردية بينهما وبين مؤشر النماء وهذا بدلالة الفئة المرجعية الجنوب مع تسجيل مستوى دلالة أقل من 0.05، كما سجلنا قيمة اللوجيت المرافق لوسط البرمجة الإقليمي (5) 0.278- الذي يقابل وسط البرمجة هضاب عليا غرب وهو ما يشير الى وجود علاقة عكسية بينها وبين مؤشر النماء بدلالة الفئة المرجعية شمال وسط مع تسجيل مستوى دلالة أكبر من 0.05.

غير أن مستويات الدلالة المرافقة لوسط البرمجة هضاب عليا غرب نتجت 0.078 وهي أكبر من مستوى المعنوية 0.05 وبالتالي فإن التباين في مؤشر نماء الطفولة المبكرة غير دال احصائيا في هذا.

على هذا الأساس يمكن القول أن كون الطفل الذي يعيش في اوساط البرمجة شمال شرق وشمال غرب والهضاب العليا شرق والجنوب الكبير يزيد من احتمال تحقيقه لمؤشر النماء بنسبة 94% و30% 13.6% و14% على التوالي مقارنة بوسط البرمجة شمال وسط، كما يقل احتمال تحقيق الطفل المقيم بوسط البرمجة هضاب عليا غرب بنسبة 75% لمجال القدرة على التعلم مقارنة بوسط البرمجة شمال وسط.

وبالتالي لا يمكننا اعتبار المستوى الدراسي للأم كمتغير منبئ للمتغير التابع القدرة على التعلم في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر.

جنس الطفل: ورد مستوى الدلالة لمتغير جنس الطفل بقيمة 0.000 ما يعني أنه دال احصائيا ويمكن اعتماده كأحد المحددات للمجال العاطفي الاجتماعي لدى الطفل في الجزائر من خلال MICS6 سنة 2019 واعتمد الترميز بقيمة 1 بالنسبة للذكور و2 بالنسبة للإناث، وباعتبار أن قيمة اللوجيت قد نتجت موجبة 0.292 ما يعني أن الأطفال من جنس الاناث أكثر تحقيقا

للمجال العاطفي الاجتماعي خلال مرحلة النمو، وهذا يعود الى الفروقات والاستعدادات الفطرية بين الجنسين.

الانتظام في برامج التعليم المبكر: ورد مستوى الدلالة لمتغير الانتظام في برامج التعليم المبكر بقيمة 0.0150 ما يعني أنه دال إحصائيا ويمكن اعتماده كأحد المحددات لمجال القدرة على التعلم خلال مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر، وقد اعتمد الترميز بقيمة 1 في حالة الإجابة بنعم و2 في حالة الإجابة بـ لا على السؤال: هل التحق أو يلتحق الطفل ببرامج التعليم المبكر؟ وباعتبار قيمة اللوجيت التي وردت سالبة 0.163− فيمكن القول أن عدم متابعة الطفل لبرامج التعليم المبكر فإن ذلك يخفض من احتمال تحقيقه لمؤشر النمو المطلوب في المجال العاطفي الاجتماعي، وأنه توجد علاقة طردية بين الانتظام في برامج التعليم المبكر ومؤشر تنمية الطفولة المبكرة، وإذا لم ينتظم الطفل في برامج التعليم المبكر مع ثبات باقي المتغيرات فإن نسبة تحقيقه للقدرة على التعلم ستنخفض بـ1.117 مرة مقارنه بالتحاقه ببرامج التعليم، وبعبارة أخرى فإن الالتحاق ببرامج التعليم المبكر يرفع من نسبة تحقيق الطفل لمؤشر النمو في مرحلة الطفولة المبكرة بـ 83% في الجزائر.

بناء على ما سبق فإن معادلة الانحدار اللوجيستي الثنائي تكتب على الشكل:

$$log = \left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = 1.384 + 0.165\big(windex5(1)\big) + 0.228\big(windex5(3)\big) + 0.276\big(windex5(4)\big) + 0.292(HL4) + 0.566\big(HH7(1)\big) + 0.427\big(HH7(2)\big) + 0.456\big(HH7(3)\big) - 1.199(UB6(2))$$

5.3.مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة:

لدراسة أثر المتغيرات المستقلة على نمو الطفل في الجزائر وباستعمال SPSS27.0.1 تم تقدير المعادلة بإعطاء القيمة 1 إذا تحصل تمكن الطفل من تحقيق على الأقل 3 مجالات

أو أكثر من مجموع الأربع مجالات، والقيمة 0 إذا لم يحقق الطفل مجالين أو أقل من المجالات الأربعة لقياس مؤشر تنمية الطفولة المبكرة.

ومن أجل تحديد أثر المتغيرات السوسيوديمغرافية والاقتصادية على المتغير التابع مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة والمتضمن المجالات الأربعة السالفة الذكر تم إجراء الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع المعبر عن قياس مدى تحقيق الطفل لمؤشرات النمو المختلفة باستخدام البرنامج الحاسوبي SPSSوكانت المعادلة على الشكل التالي:

$$log = \left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5$$

حيث أن: X_1 يمثل windex5، وX_2 يمثل Welevel، وX_3 يمثل HH4، وX_4 يمثل HH7، و X_4 يمثل UB6

وتم تحديد هذه المتغيرات بعد جراء الاختبار التدريجي لتختلف المتغيرات ثم تم الإبقاء على المتغيرات التي حققت الفرضية الصفرية فقط، وهي:

مؤشر الثروة الخماسي

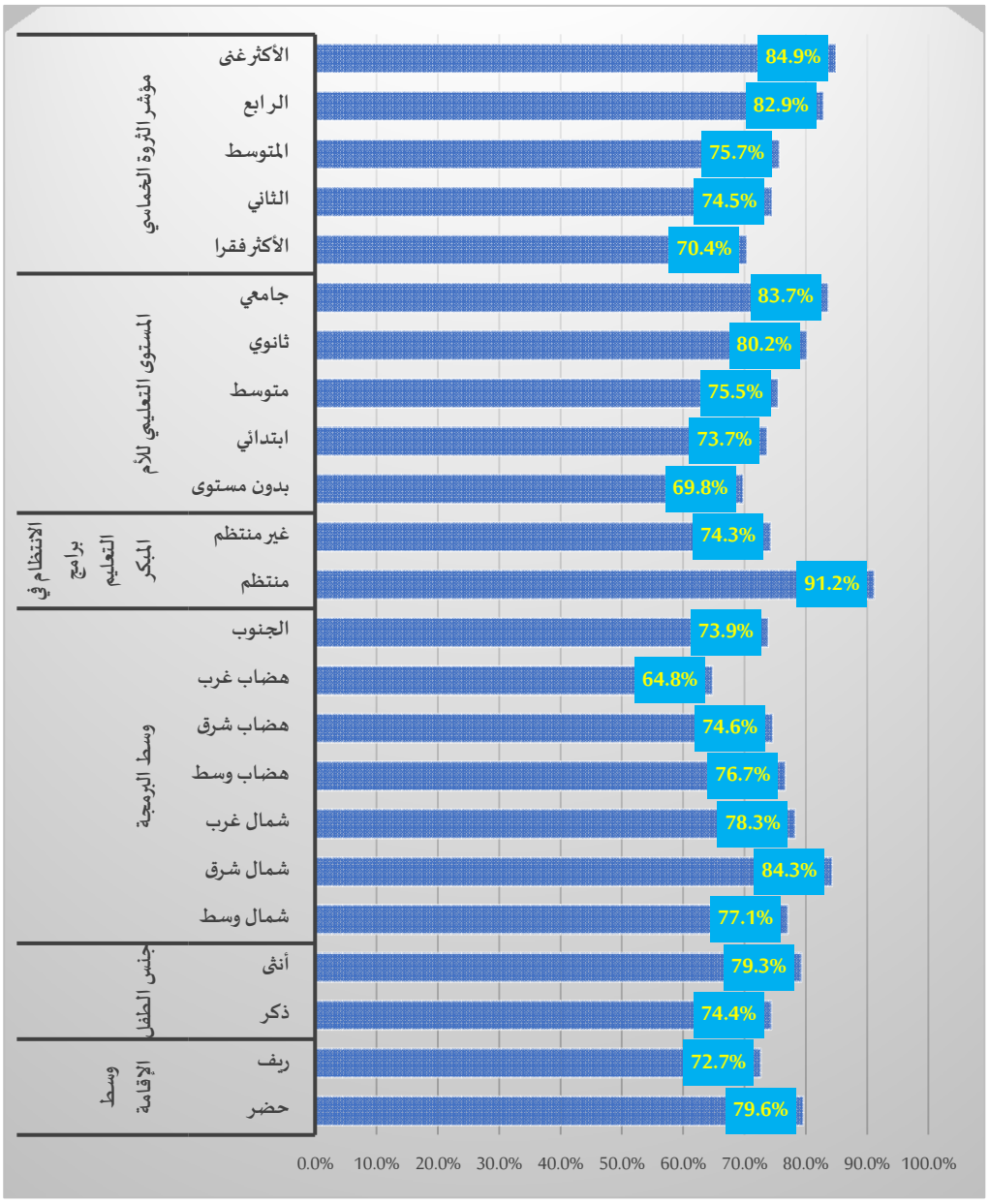
المستوى التعليمي للأم

الانتظام في برامج تعليم الطفولة المبكرة

أوساط البرمجة الإقليمية

جنس الطفل

شكل رقم 104: التوزيع النسبي للأطفال الذين يسيرون على مسار النماء الصحيح خلال مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر حسب المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية



المصدر: من إعداد الباحث بناء على بيانات المسح العنقودي (mics6) 2019.

من خلال الرسم البياني أعلاه يتبين أن هناك تفاوتا واضحا في نسبة الأطفال الذين يسيرون على مسار النماء الصحيح خلال مرحلة الطفولة المبكرة حسب المحددات السوسيوديمغرافية المستوى التعليمي للأم ووسط البرمجة الإقليمي ومؤشرة الثروة وجنس الطفل والانتظام في برامج تعليم الطفولة المبكرة.

جدول رقم 27: اختبار معنوية النموذج لمؤشر النماء خلال مرحلة الطفولة المبكرة:

Tests composites des coefficients du modèle				
		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	263.204	16	0.000
	Bloc	263.204	16	0.000
	Modèle	263.204	16	0.000

يتبين من مخرجات الجدول أن نتائج اختبار كا² لاختبار معنوية النموذج أنه عند مستوى الدلالة 0.01% ودرجة الحرية 16 فإن قيمة كا² تساوي 39.25 وهي أقل من قيمة كا² المحسوبة وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة والتي مفادها أن النموذج معنوي ويمثل البيانات تمثيلا جيدا.

جدول رقم 28: نسبة تفسير النموذج للمتغير التابع مؤشر النماء خلال مرحلة الطفولة المبكرة:

Récapitulatif des modèles			
Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	4323,330[a]	0.042	0.065
a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.			

يتضح من مخرجات الجدول أن 4.2% من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع مجال التعلم للطفل يمكن تفسيرها من خلال هذا النموذج.

جدول رقم 29: النموذج التقديري لمحددات المجال العاطفي الاجتماعي في وسط الأطفال خلال مرحلة الطفولة المبكرة 36-59 شهر في الجزائر سنة 2019

Variables de l'équation							
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	Sexe de l'enfant(1)	0.287	0.062	21.280	1	0.000	1.332
	Quintile du bien être	الفئة المرجعية	الأكثر فقرا	41.678	4	0.000	
	Quintile du bien être(1)	0.133	0.087	2.345	1	0.126	1.143
	Quintile du bien être(2)	0.163	0.093	3.079	1	0.079	1.177
	Quintile du bien être(3)	0.546	0.106	26.539	1	**0.000**	1.726
	Quintile du bien être(4)	0.602	0.119	25.583	1	**0.000**	1.826
	Espace de programmation territoriale (EPT)	الفئة المرجعية	شمال وسط	46.430	6	**0.000**	
	Espace de programmation territoriale (EPT)(1)	0.168	0.102	2.696	1	0.101	1.183
	Espace de programmation territoriale (EPT)(2)	0.611	0.132	21.412	1	**0.000**	1.843
	Espace de programmation territoriale (EPT)(3)	0.348	0.118	8.670	1	**0.003**	1.417
	Espace de programmation territoriale (EPT)(4)	0.292	0.136	4.589	1	**0.032**	1.339
	Espace de programmation territoriale (EPT)(5)	0.047	0.117	0.164	1	0.686	1.048
	Espace de programmation territoriale (EPT)(6)	-0.284	0.146	3.775	1	**0.012**	0.753
	Ever attended early childhood education programme(1)	-1.148	0.157	53.288	1	**0.000**	0.317
	Instruction de la mère	الفئة المرجعية	دون مستوى	11.034	4	**0.026**	
	Instruction de la mère(1)	0.067	0.108	0.381	1	0.537	1.069
	Instruction de la mère(2)	0.087	0.097	0.814	1	0.367	1.091
	Instruction de la mère(3)	0.255	0.110	5.410	1	**0.020**	1.290
	Instruction de la mère(4)	0.350	0.129	7.401	1	**0.007**	1.419
	Constante	1.574	0.194	66.087	1	**0.000**	4.826
a. Introduction des variables au pas 1 : Sexe de l'enfant, Quintile du bien être, Espace de programmation territoriale (EPT), Ever attended early childhood education programme, Instruction de la mère.							

يتبين من **الجدول** رقم 1 أعلاه مخرجات نموذج الانحدار اللوجيتسي الثنائي المطبق على المتغيرات المستقلة مؤشر الثروة والمستوى التعليمي للأم وجنس الطفل ووسط البرمجة الإقليمي والانتظام في برامج تعليم الطفولة المبكرة والتي تؤثر على المتغير التابع مؤشر نمو الطفل المبكر، ومن أجل تحديد أثر المتغيرات المستقلة كانت النتائج كالتالي:

المؤشر الخماسي للثروة: تم اعتماد مؤشر ثروة الأسرة المعيشية التي ينتمي إليها الطفل من المستوى 1 إلى المستوى 4 حسب الترتيب: الثاني، المتوسط، الرابع، الأكثر غنى، أما المستوى

5 وهو فئة الأكثر فقرا فاعتمد كفئة مرجعية، وقد جاء مستوى الدلالة للمتغير أقل من مستوى المعنوية 0.05 لذا يمكن القول أنه ذو دلالة إحصائية، ويمكن ادراجه ضمن المحددات المفسرة للنمو، وبناء على قيم اللوجيت التي جاءت موجبة فنستنتج أن هناك علاقة طردية بين المتغير المستقل مؤشر الثروة ومعدل نمو الطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة بناء على الفئة المرجعية الأكثر فقرا، إلا أن مستويات الدلالة الإحصائية لمستويات الثاني والمتوسط نتجت على الترتيب: 0.126، 0.079، وهي أكبر مقارنة مع مستوى المعنوية 0.05 وعليه فإن التفاوت في معدل نمو الطفل المنتمي لهذه الفئتين من الأسر غير دال إحصائيا، إلا أننا نجد مستوى الدلالة لفئتي الرابع والأكثر غني بقيمة 0.000 وهو أقل من مستوى المعنوية 0.05 أي دال إحصائيا، وعليه يمكن القول أن الطفل الذي يعيش في أسر تحقق مؤشر ثروة من فئتي الرابع والأكثر غنى يحقق معدل نمو بنسبة ترجيح بقيمة 0.546 و0.602 مقارنة بباقي الفئات أي كون الطفل الذي ينتمي لهذه الفئتين من الأسر يزيد من احتمالية تحقيقه لمعدل نمو بنسبة 72.6% و82,6% على التوالي، وعليه يمكننا القول أن مؤشر ثروة الأسر المعيشية يساهم في تعزيز تحقيق الطفل لمعدل النمو في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر، وهو الأمر الذي "أكدته العديد من الدراسات في هذا الشأن، حيث يرتبط الفقر بنقص ملحوظ في الأداء اللغوي والمهارات المعرفية عند سن 3 سنوات والذي يزداد أكثر عند بلوغ الطفل عمر 5 سنوات، كما تؤثر التغيرات في مستوى الفقر بعد عمر 36 شهرا على التطور المعرفي والوظائف التنفيذية للطفل "[6].

المستوى الدراسي للأم: تم اعتماد المستوى الدراسي من 1 إلى 4 على الترتيب المشار اليه في المخرجة أعلاه كما يلي: ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي، أما فئة بدون تعليم فاعتمدت كفئة مرجعية، وكانت نتيجة الدلالة للمتغير 0.02 أي أقل من مستوى الدلالة 0.05 ما يعني أنه دال احصائيا، كما جاءت قيم اللوجيت المرافقة للمستويات الدراسية موجبة ما يدل على

[6] Maureen M Blac, et al : **Op.cit.**, p78

وجود علاقة طردية بين المستوى الدراسي للأمهات ومدى تحقيق أبنائهن لمعدلات نمو إيجابية، كما تم تسجيل مستويات الدلالة للمستويين الدراسيين ابتدائي ومتوسط 0.53 و0.36 على التوالي وهي أكبر من مستوى المعنوية 0.05 وبالتالي فإن التفاوت في تحقيق النمو لدى الأطفال الذين تتمتع أمهاتهم بالمستويين الدراسيين السالفين الذكر غير متباين، بينما في كل من مستوى التعليم ثانوي وجامعي فقد جاءت مستويات الدلالة 0.02 و 0.001 على التوالي وهي أقل من مستوى المعنوية 0.05، فهي دالة احصائيا وعليه يمكن القول أنه يرتفع لوغاريتم نسبة ترجيح معدل النمو في مرحلة الطفولة المبكرة بمقدار 0.255 و0.355 للأطفال الذين تتمتع أمهاتهم بمستوى دراسي ثانوي وجامعي على التوالي مقارنة بالأطفال الذين لم تحقق أمهاتهم أي مستوى دراسي أو تحضيري، كما ترتفع نسبة الأرجحية بنسبة 29% و41.9% للمستويين الدراسيين ثانوي وجامعي على التوالي مقارنة بالمستوى الدراسي بدون مستوى أو تحضيري، وبناء على ذلك يمكن اعتبار أن الأطفال الذين تتمتع أمهاتهم بمستوى دراسي مرتفع، على الأقل ثانوي فما فوق، فإنهم يحققون امكاناتهم النمائية بشكل أكبر، وبالتالي يمكننا اعتبار المستوى الدراسي للأم كمتغير منبئ للمتغير التابع مؤشر النمو في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر.

جنس الطفل: لقد تم اعتماد القيمة 1 بالنسبة للأطفال للذكور والقيمة 2 بالنسبة للأطفال الاناث، وحددت القيمة 1 كفئة مرجعية، وقد ورد مستوى الدلالة لمتغير الجنس بقيمة 0.000 ما يدل على أنه دال إحصائيا كما جاءت قيمة اللوجيت إجابية ما يعني أن هناك علاقة طردية بين جنس الطفل ومؤشر النمو في مرحلة الطفولة المبكرة أي أن كون الطفل أنثى فإنه سيحقق مستوى نمو أكبر من كونه ذكرا بنسبة ترجيح 33.2% وعليه يمكن اعتماد متغير الجنس كمتغير منبئ للمتغير مؤشر النمو في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر.

وسط البرمجة الإقليمي: تم اعتماد أوساط البرمجة الإقليمية من 1 إلى 6 حسب الترتيب الوارد في المخرجة أعلاه كالتالي: شمال شرق، شمال غرب، هضاب عليا وسط، هضاب عليا شرق،

هضاب عليا غرب، الجنوب الكبير، واعتمد وسط إقليم البرمجة شمال وسط كفئة مرجعية، واعتمادا على مستوى الدلالة المرافق لوسط البرمجة الإقليمي المقدر بـ 0.000 يمكن القول أنه ذو دلالة إحصائية ويمكن اعتباره ضمن قائمة المحددات المفسرة لتباين مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة، وبناء على قيمة اللوجيت الموجبة المرافقة لخانة كل من وسط البرمجة (1) و (2) 0.433 و0.280 على التوالي والتي تقابل وسطي البرمجة شمال شرق وشمال غرب، فهذا يثبت وجود علاقة طردية بينهما وبين مؤشر النماء، وهذا بدلالة الفئة المرجعية شمال وسط مع تسجيل مستوى دلالة أقل من 0.05، كما سجلنا قيمة اللوجيت المرافق لوسط البرمجة الإقليمي (5) 0.542- الذي يقابل وسط البرمجة هضاب عليا غرب، وهو ما يشير الى وجود علاقة عكسية بينها وبين مؤشر النماء بدلالة الفئة المرجعية شمال وسط مع تسجيل مستوى دلالة أقل من 0.05.

غير أن مستويات الدلالة المرافقة لأوساط البرمجة لكل من هضاب عليا شرق وهضاب عليا وسط والجنوب الكبير نتجت على الترتيب 0.304 و0.213 و0.101 على التوالي، وهي أكبر من مستوى المعنوية 0.05 وبالتالي فإن التباين في مؤشر نماء الطفولة المبكرة غير دال احصائيا في هذه الأقاليم الثلاثة.

على هذا الأساس يمكن القول أن كون الطفل الذي يعيش في كل من وسط البرمجة الإقليمي شمال شرق، ووسط البرمجة الإقليمي شمال غرب يزيد من احتمال تحقيقه لمؤشر النماء بنسبة 55% و19.7% على التوالي مقارنة بوسط البرمجة شمال وسط، كما يقل احتمال تحقيق الطفل المقيم بوسط البرمجة هضاب عليا غرب بنسبة 36.4% لمؤشر النماء مقارنة بوسط البرمجة شمال وسط.

الانتظام في برامج التعليم المبكر: ورد مستوى الدلالة لمتغير الانتظام في برامج التعليم المبكر بقيمة 0.000 ما يعني أنه دال إحصائيا، ويمكن اعتماده كأحد المحددات لنمو الطفولة المبكرة، وقد اعتمد الترميز بقيمة 1 في حالة الإجابة بنعم و2 في حالة الإجابة بـ لا على السؤال: هل

التحق أو يلتحق الطفل ببرامج التعليم المبكر؟ وباعتبار قيمة اللوجيت التي وردت سالبة 1.148− فيمكن القول أن عدم متابعة الطفل لبرامج التعليم المبكر فإن ذلك يخفض من احتمال تحقيقه لمؤشر النمو المطلوب، وأنه توجد علاقة طردية بين الانتظام في برامج التعليم المبكر ومؤشر تنمية الطفولة المبكرة، وإذا لم ينتظم الطفل في برامج التعليم المبكر مع ثبات باقي المتغيرات فإن نسبة تحقيقه للنمو ستنخفض بـ0.313 مرة مقارنه بالتحاقه ببرامج التعليم، وبعبارة أخرى فإن الالتحاق ببرامج التعليم المبكر يرفع من نسبة تحقيق الطفل لمؤشر النمو في مرحلة الطفولة المبكرة بـ 69.7% في الجزائر.

بناء على ما سبق فإن معادلة الانحدار اللوجيستي الثنائي تكتب على الشكل:

$$log = \left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = 1.574 + 0{,}546\big(windex5(3)\big) + 0{,}602\big(windex5(4)\big) + 0.255\big(welevel(3)\big) + 0.350\big(welevel(4)\big) + 0.622(HH4) + 0.611\big(HH7(2)\big) + 0.384\big(HH7(3)\big) - 0.452\big(HH7(6)\big) - 1.148(UB6(2))$$

الاستنتاج العام:

تناولت هذه الدراسة إبراز العوامل التي تؤثر في تحقيق الطفل لمؤشر النماء خلال مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر، عبر بيانات المسح العنقودي السادس (Mics6) المجرى في الجزائر خلال سنتي 2018 و2919 باستخدام نموذج الانحدار اللوجيستي الثنائي، وقد جاءت النتائج كالتالي:

بالنسبة لمتغير مؤشر الثروة الخماسي للأسر المعيشية فقد ثبت وجود علاقة طردية بين المستوى المادي للأسرة الجزائرية وبين تحقيق الطفل لمؤشر التنمية المبكرة، أي أنه كلما ارتفع المستوى المادي للأسرة أكثر زاد احتمال أن يحقق الطفل الذي يعيش في هذه الأسرة مؤشرات النمو المطلوبة في مرحلة الطفولة المبكرة 3-4 سنوات، لا سيما في فئتي الرابع والأكثر غنى، وهذا يعود لما يمكن أن توفره الأسرة الميسورة الحال من شروط عيش ملائمة، كالتغذية السليمة والمنتظمة والبيئة المنزلية الآمنة وشروط النظافة والرعاية الصحية المناسبة منذ فترة الحمل إلى غاية بلوغ الطفل لسن الرشد، وهو الأمر الذي يدعو السلطات والهيئات المعنية في البلاد إلى التكفل أكثر بالأسر المعيشية ذات الدخل المحدود والهشة عبر برامج مختلفة وتعزيز التحويلات الاجتماعية وايصالها لمستحقيها.

أما بالنسبة لمتغير المستوى الدراسي للأم فقد ثبت وجود علاقة طردية بين ارتفاع المستوى التعليمي للأم الجزائرية ومدى تحقيق ابنها لمؤشرات النمو المطلوبة في مرحلة الطفولة المبكرة 3-4 سنوات لا سيما عند المستويين الدراسيين ثانوي وجامعي، وهو الأمر الذي يؤكد مدى أهمية الوعي في تنشئة ورعاية الطفل بأساليب وطرق صحيحة في المراحل العمرية المبكرة التي تعتبر حاسمة ومصيرية في حياة الطفل، حيث تعتبر المعارف والمهارات الأساسية ضرورية من أجل تحقيق الرعاية المعززة للطفل خاصة في الأشهر الأولى من حياته التي تعتبر حاسمة، وهو ما يستدعي بذل المزيد من الجهود من أجل نشر الوعي الصحي لتنشئة الطفولة في أوساط النساء المتزوجات ذات المستويات التعليمية المحدودة.

كما أن متغير جنس الطفل يعتبر من المحددات الديمغرافية التي تؤثر في نمو الطفولة المبكرة، حيث تتفوق الاناث على الذكور في هذه المرحلة العمرية في تحقيق المؤشرات النمائية بنسبة ترجيح بلغت 33.2% وهذا راجع إلى الطبيعة الفيزيولوجية للإناث وسرعة نمائهم مقارنة بالذكور.

كما ثبت إحصائيا وجود تباين في تحقيق الطفل للمؤشرات النمائية حسب متغير أوساط البرمجة الإقليمية، حيث يرتفع احتمال أن يحقق الطفل الذي يقيم في وسط البرمجة شمال شرق وشمال غرب لمؤشر النماء بنسبة 55% و19.7% على التوالي مقارنة بوسط البرمجة شمال وسط، كما يقل احتمال تحقيق الطفل المقيم بوسط البرمجة هضاب عليا غرب بنسبة 36.4% لمؤشر النماء مقارنة بوسط البرمجة شمال وسط، وهذا يرجع إلى عوامل تحتاج للتعمق أكثر من أجل الكشف عنها.

ويلعب التعليم المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة دورا بارزا في التعزيز من قدرات الطفل النمائية في المجالات الأربع: مجال معرفة القراءة والكتابة والحساب، مجال التعلم، المجال العاطفي والاجتماعي، المجال الصحي، وهو ما يحققه فعلا التعليم المبكر حسب ما تشير اليه العديد من الدراسات التي أجريت في الكثير من البلدان، وهو الأمر الذي تؤكده نتائج الدراسة حيث يزيد الانتظام في برامج التعليم المبكر من نسبة تحقيق الطفل لمؤشر النمو في مرحلة الطفولة المبكرة بـ 69.7% في الجزائر.

من خلال كل ما سبق تتجلى لنا أهم المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية المؤثرة في نمو الطفل في الجزائر، خلال مرحلة الطفولة المبكرة ولعل أبرزها هو محدد الانتظام في برامج التعليم المبكر الذي تؤثر بشكل إيجابي في المجالات الإنمائية الأربعة، ثم يليه محدد المستوى التعليمي للأم الذي يعكس فعلا مدى أهمية الوعي بأساليب المعاملة الوالدية في تنشئة الأطفال ثم يليه محدد المستوى المادي للأسرة المعبر عنه بمؤشر الثروة الخماسي والذي يؤكد أهمية الظروف المادية في تعزيز رعاية الطفولة، وفي الأخير محدد الانتماء الجغرافي الذي سجل

انخفاضا ملموسا في وسط البرمجة هضاب عليا غرب، والذي يضم ولايات: **سعيدة، البيض، تيارت، تيسمسيلت، النعامة،** وهو الامر الذي يتطلب بذل المزيد من الجهود في تحسين جودة رعاية الطفولة بإشراك مختلف الفاعلين، من أجل الوصول إلى الأهداف الإنمائية للألفية ببلوغ تحقيق نسبة نماء في مرحلة الطفولة المبكرة تفوق 81%.

الفرضية الأولى:

من خلال النتائج المستخرجة من التحاليل والمتضمنة في المجالات الأربعة لمؤشر النماء خلال مرحلة الطفولة المبكرة، وكذا مؤشر النمو العام باعتباره متغيرا تابعا، يمكننا حصر المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية التي يمكن اعتبارها كمتغيرات مستقلة تؤثر في المتغير التابع حسب الجدول التالي:

جدول رقم 30: أثر المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية على أبعاد مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر

المجال	المحددات السوسيواقتصادية والديمغرافية					
	جنس الطفل	رتبة الطفل	عدد الأطفال في الاسرة	المستوى الدراسي للأم	مستوى الرفاه	الانتظام في برامج التعليم المبكر
معرفة القراءة والحساب	*			*	*	*
البدني				*	*	
القدرة على التعلم				*	*	*
العاطفي والاجتماعي	*			*	*	*
مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة	*			*	*	*

يتبين لنا أن كل من محددي عدد الأطفال في الاسرة ورتبة الطفل لا يمكن اعتبارهما كمتغيرين مستقلين يؤثران في تحقيق الطفل لمجالاته النمائية الأربعة في الجزائر، في حين يتبين أن متغير الجنس يمكن اعتباره كمتغير مستقل يؤثر في تحقيق الطفل لإمكانياته النمائية وهذا لصالح جنس الاناث، وهو الأمر الذي يرجع الى الخصائص الفيزيولوجية للإناث اللاتي تنمو بشكل أسرع من جنس الذكور في هذه المرحلة العمرية، لا سيما في المجال العاطفي الاجتماعي ومجال معرفة القراءة والحساب.

أما بالنسبة للمحددات السوسيواقتصادية فنجد كل من متغير المستوى الاقتصادي للأسرة والمستوى الدراسي للأم يؤثران بشكل مباشر وشامل على جميع المجالات النمائية للطفل، حيث يلعب تعليم الوالدين دورًا محوريًا في تشكيل المهارات المعرفية والاجتماعية في مرحلة الطفولة المبكرة. فغالبًا ما يمتلك الآباء الذين يحملون تحصيلًا تعليميًا أعلى مفردات أوسع، ومهارات إدراكية متقدمة، وفهم أكبر لتنمية الطفل، مما يتيح لهم إنشاء بيئات تعليمية مخصبة لأطفالهم. وغالبًا ما تشمل هذه البيئات التعرض لمجموعة متنوعة من أنشطة التعلم، مثل قراءة الكتب، والمشاركة في المحادثات، وتوفير الوصول إلى الألعاب والموارد التعليمية، والتي تعد حاسمة للتنمية المعرفية.

علاوة على ذلك، من المرجح أن يقدر الآباء والأمهات الأكثر تعليما ويؤكدون على أهمية التعليم ما قبل التحضيري، ويعملون كقدوة لأطفالهم. يعزز هذا التشجيع موقفًا إيجابيًا تجاه التعلم، ويمكن أن يغرس شعورًا بالفضول والدافع في العقول الصغيرة. فيما يتعلق بالمهارات الاجتماعية، غالبًا ما يظهر الآباء الذين لديهم مستويات التعليم العالي مهارات فعالة في التواصل وحل المشكلات، والتي يعكس أطفالهم.

كما يتسم الأولياء ذوي المستوى التعليمي المرتفع عادة بمهارات في توجيه أطفالهم من خلال التفاعلات الاجتماعية، ومساعدتهم على فهم العواطف وإدارتها، وحل النزاعات، وتطوير التعاطف. ونتيجة لذلك، فإن الأطفال الذين يعانون من الآباء المتعلمين مجهزين بشكل أفضل

للتنقل في المواقف الاجتماعية، وتشكيل علاقات ذات مغزى، ويظهرون مرونة في مواجهة التحديات، ووضع أساس قوي للنجاح في المستقبل.

كما أن الروابط بين مستويات دخل الأسرة ومجال النمو البدني خلال مرحلة الطفولة المبكرة عميقة ومتعددة الأوجه، حيث يتمتع الأطفال من الأسر ذات الدخل العالي بشكل عام بزيادة وصول إلى الموارد التي تعزز التنمية البدنية الصحية، مثل الأغذية المغذية والإسكان الآمن والرعاية الصحية ذات الجودة، كما يعد الوصول إلى نظام غذائي مغذي ضروريًا للنمو والتطور الأمثل، في حين أن الإسكان الآمن يقلل من خطر الحوادث والتعرض للمواد الضارة.

علاوة على ذلك، تتيح الزيارات الصحية المنتظمة والتطعيمات في الوقت المناسب والكشف المبكر للأعراض الصحية المحتملة.

في المقابل، غالبًا ما يواجه الأطفال من الأسر ذات الدخل المنخفض انعدام الأمن الغذائي، مما يؤدي إلى أوجه قصور غذائية يمكن أن تعيق النمو، يمكن أن تعرض ظروف الإسكان المتدنية للمخاطر البيئية مثل الرصاص أو العفن، والتي تضر بالصحة البدنية، يمكن أن يؤدي الوصول المحدود إلى خدمات الرعاية الصحية بسبب القيود المالية إلى مشاكل صحية غير معالجة، والتي قد تؤثر على التنمية البدنية.

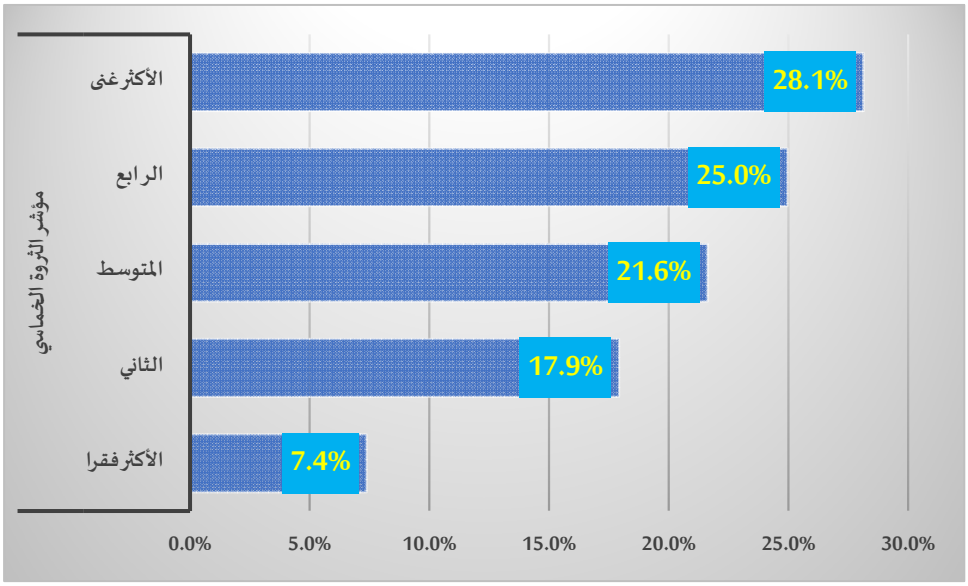
يواجه الأطفال الذين يكبرون في العائلات ذات الدخل المنخفض العديد من التحديات التي لا يواجهها الأطفال من العائلات الأكثر فقرا.

كما يمكن أن يؤدي توافر موارد الرعاية الصحية المحدودة، كنقص التأطير الطبي والبعد عن مراكز الخدمات، إلى أوقات انتظار أطول وتأخير الرعاية، مما يقلل من الوصول إلى الخدمات الصحية وزيادة خطر الإصابة بالأمراض وتعقد المضاعفات.

بالإضافة إلى ذلك، تميل العائلات ذات الدخل العالي إلى العيش في الأحياء ذات الحدائق والمرافق الترفيهية، مما يوفر للأطفال فرصًا للنشاط البدني الذي يعد أمرًا بالغ الأهمية لتطوير

المهارات الحركية والصحة العامة. وعلى العكس من ذلك، قد تتواجد العائلات ذات الدخل المنخفض في المناطق التي تفتقر إلى مساحات اللعب الآمنة، مما يقيد قدرة الأطفال على الانخراط في ممارسة الرياضة البدنية. بشكل عام، تؤثر مستويات دخل الأسرة بشكل كبير على الموارد المتاحة لتعزيز الصحة البدنية، وتسليط الضوء على أهمية العوامل الاجتماعية والاقتصادية في تشكيل التنمية البدنية في مرحلة الطفولة المبكرة، كما أن الانتظام في برامج تعليم الطفولة المبكرة والذي يعتبر غير مجاني في الجزائر يعتبر امتيازا لدى الاسر الميسورة الحال دون سواها.

شكل رقم 105: التوزيع النسبي للأطفال الذين ينتظمون في برامج تعليم الطفولة المبكرة وفق مؤشر الثروة الخماسي من خلال بيانات المسح (mics6)

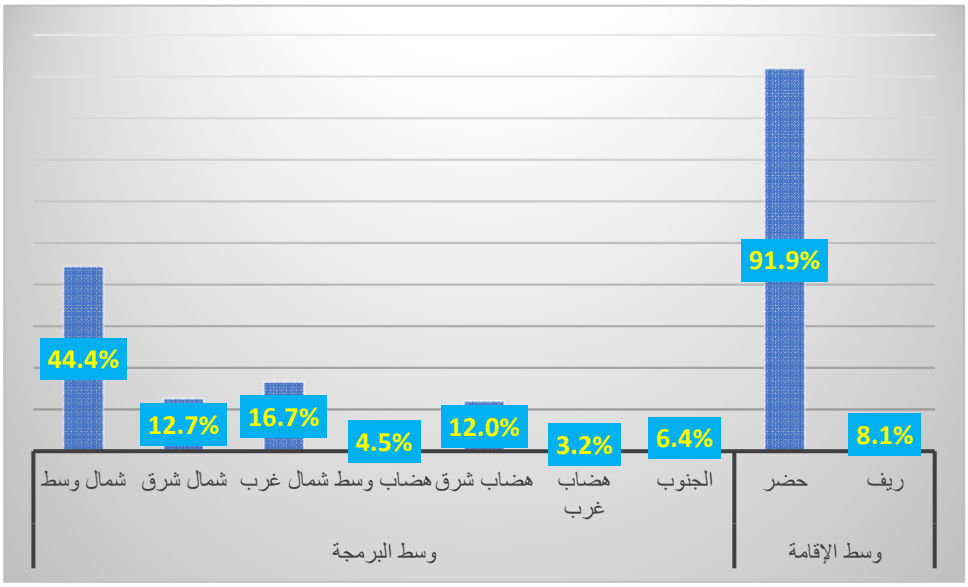


المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

الفرضية الثانية:

لقد بينت النتائج أن هناك تباينا واضحا في مجالات النماء بتباين أوساط البرمجة الإقليمية، حيث سجلت مناطق الهضاب العليا أقل معدلات نماء في جميع المجالات لا سيما في وسط البرمجة الهضاب العليا الغربية، وهذا يعود بالدرجة الأولى الى التبعثر السكاني، حيث تنخفض فرص الوصول الى خدمات الرعاية الصحية الأساسية ناهيك عن انتشار الفقر.

شكل رقم 106: التوزيع النسبي للأسر المعيشية المصنفة في المؤشر الأكثر غنى وفق أوساط البرمجة الإقليمية في الجزائر من خلال بيانات المسح (mics6)



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات المسح العنقودي السادس 2019

يتضح من الشكل أن الغالبية الكبرى من الأسر المعيشية المصنفة في مؤشر الأكثر غنى نجدها في الوسط الحضري أي بنسبة 91.9% في مقابل 8.1% في الوسط الريفي، في حين نجد 3.2% فقط في منطقة الهضاب العليا غرب، وهو ما يؤكد نقص خدمات الرعاية الصحية في هذه المناطق السكنية، إضافة الى تكريس اللامساواة للوصول إلى الخدمات الضرورية لرعاية الطفولة، وهو ما أكدته النتائج المنبثقة من مخرجات تحليل الانحدار.

الخاتمة:

يتطلب تخفيف آثار انخفاض الدخل على تنمية الطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر نهجًا متعدد الأوجه ليشمل الاستراتيجيات التعليمية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية. حيث يعد توفير الوصول إلى برامج التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة أمرًا بالغ الأهمية، يمكن أن توفر هذه البرامج بيئات تعليمية منظمة تحفز التطور المعرفي والاجتماعي والقدرة على الحساب والقراءة والنمو البدني من خلال اتباع حصص التغذية السليمة. ويمكن تسطير برامج تستهدف على وجه التحديد الأسر ذات الدخل المنخفض، مما يضمن أن يلتحق أطفالهم برياض الأطفال حتى يتمكنوا من اكتساب المهارات الأساسية والقدرات البدنية اللازمة لتحقيق النمو مثل اقرانهم، وهذا باعتبار أن الطفولة مرحلة حاسمة واستثنائية تتسم بالضعف لكنها تتوفر على فرص كثيرة لاستدراك النقائص.

كما أن مشاركة الوالدين هو عامل آخر حرج. فالبرامج التي تشجع مشاركة الوالدين النشطة في تعليم أطفالهم يمكن أن تعزز بشكل كبير من النتائج التنموية، يمكن لورش العمل والجلسات التدريبية تزويد الآباء بالمعرفة والمهارات اللازمة لتعزيز التعلم في المنزل، حتى مع موارد محدودة، وهو ما يتطلب تسليط الضوء أكثر على السياسات الاتصالية لفائدة الأمهات والاباء ومقدمي الرعاية من أجل نشر الوعي بأهمية مشاركة الأطفال النشاطات التعليمية.

كما أن الدعم الاقتصادي المباشر للعائلات، مثل المنح العائلية، وعطل الامومة، ودعم رعاية الأطفال بمؤسسات استقبال الطفولة بأسعار معقولة، يمكن أن يخفف من الضغوط المالية التي تعيق الأبوة والأمومة الفعالة. ويعد الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الضرورية في فترة ما قبل الحمل واثناء الحمل وبعده، أمرًا ضروريًا أيضًا، لأنه يضمن أن كل من الأطفال والأمهات يمكنهم الاستفادة من معالجة المشكلات الصحية التي قد تضعف تنمية الطفولة في جميع المجالات.

كما يمكن وبشكل حاسم أن يكون للتدخلات خلال فترة الحمل والولادة والطفولة تأثير كبير على صحة الام والطفل معا، فرعاية الأمهات وتغذيتهن بشكل صحي وآمن خلال فترة ما قبل الحمل وبعدها يساهم في برمجة نمو الطفل ونمائه مع تمتعه بالصحة والرفاهية طيلة حياته. إن الرضاعة الطبيعية عبارة عن وصفة علاجية خاصة بكل مولود على حدة وهي فعالة لتحسين الصحة.

في الختام، يعد تعزيز تنمية الطفل من خلال برامج التعليم والدعم الاقتصادي المستهدف محوريًا في التخفيف من التباينات المرتبطة بدخل الأسرة وتعليم الوالدين. يمكن أن يولد الاستثمار في هذه المجالات تأثيرًا عميقًا على الإنجازات التعليمية للأطفال، والتنمية المعرفية، والنمو الاجتماعي والعاطفي. البرامج التي تركز على تحسين تعليم الوالدين لا تزيد فقط من قدرة الآباء على الانخراط في تعلم أطفالهم ودعمهم ولكن أيضًا تعزيز وضعهم الاجتماعي والاقتصادي العام، وبالتالي خلق بيئة أكثر مواتية لتنمية الطفل.

بالإضافة إلى ذلك، فإن مبادرات الدعم الاقتصادي التي تخفف من الإجهاد المالي تسمح للعائلات بالوصول إلى موارد مثل رعاية الأطفال ذات الجودة والغذاء الصحي الجيد والإسكان المستقر في بيئات نظيفة، وكلها جزء لا يتجزأ من برامج الصحة الشاملة للطفل التي تدمج كل من التعليم والدعم الاقتصادي والرعاية المحتملة من سن مبكرة. فعندما يتم دعم العائلات اقتصاديًا، يكون الآباء مجهزين بشكل أفضل لتوفير بيئة رعاية حانية وغنية بالموارد، في حين فأن التمكين التعليمي يمكّنهم من أن يكونوا نماذج إيجابية ومصدر الهام لتعليم أطفالهم.

من خلال إعطاء الأولوية لهذه الأساليب، تستثمر المجتمعات في أساس تنمية الطفل، والتي يمكن أن تؤدي إلى انخفاض في عدم المساواة التعليمية والتنموية وتؤدي إلى فرص أكثر إنصافًا للنجاح.

التوصيات والاقتراحات:

من أجل تعزيز عملية رعاية الطفل خلال مرحلة الطفولة المبكرة في الجزائر لابد من التركيز أكثر على المجالات التالية:

1. مواصلة الجهود المبذولة لرعاية الأمومة والطفولة في الجزائر وتثمينها.
2. تعزيز التغطية الطبية والصحية للنساء الحوامل في المناطق الداخلية والجنوبية لا سيما في منطقة الهضاب العليا الغربية.
3. إعادة النظر في البرنامج الوطني للصحة المدرسية بتعزيز التغطية الصحية للتلاميذ لا سيما في المرحلة ما قبل التربية التحضيرية.
4. توسيع التغطية لاستفادة جميع الأطفال في عمر 36-59 شهر من برامج التعليم المبكر وبشكل مجاني ومنظم مع تعزيز الرقابة على أداء مؤسسات الرعاية.
5. تعزيز وتطوير أساليب التوعية والتحسيس حول مضامين الصحة الإنجابية في وسط الفئات الشبانية من كلا الجنسين.
6. نشر ثقافة الرعاية الاستجابية والحانية وتعزيزها في وسط الأباء والأمهات وكذا مقدمي الرعاية للطفل خلال المراحل العمرية المبكرة.
7. سن تشريعات قانونية لتعزيز حماية الأمومة والطفولة كتمديد عطلة الامومة وزيادة ساعات الارضاع الطبيعية.
8. مواصلة الجهود المبذولة في إطار توفير الخدمات الصحية الأساسية كالتزود بالماء الشروب والصرف الصحي.
9. تفعيل وتعزيز دور الرقابة الصحية في المؤسسات التعليمية والتربوية، خاصة فيما يتعلق بإطعام التلاميذ وخدمات النظافة.
10. إدراج برامج رعاية الطفولة المبكرة في سيرورة الاقتصاد الوطني، باعتبارها تعود بالنفع على المجتمع والاقتصاد معا، وهذا برفع مستوى الالتزام السياسي.

11. تحسين جودة البيانات والمعطيات المتعلقة بتنمية الطفولة المبكرة لا سيما للأطفال دون سن الثالثة.
12. تحسين التكامل والتنسيق بين مختلف القطاعات الفاعلة في الميدان، كالضمان الاجتماعي والتضامن والصحة والتربية، من أجل ضمان توفير خدمات تنمية الطفولة المبكرة عالية الجودة في مرحلتي الطفولة المبكرة والمدرسة الابتدائية.
13. وضع استراتيجيات للوصول إلى الأطفال المحرومين في المناطق الهشة والنائية.
14. تصميم وانشاء برامج تدخل قابلة للتطوير والاستدامة.

قائمة المصادر والمراجع:

1.قائمة المراجع باللغة العربية

الكتب العامة:

1. جودويث إيفانز، روبررت مايرز، إلين إلفيد: **احتساب الطفولة المبكرة، دليل برمجة ورعاية وتنمية الطفولة المبكرة**، شبكة الموارد العربية، 2005.
2. عمر أحمد همشري: **التنشئة الاجتماعية للطفل**، دار صفا للنشر، عمان، الأردن، ط 2، 2002.
3. فادي الطويل، **نظرية السكان**، دار الفرقد، سورية، 2016.
4. محمود خالد عكاشة، استخدام نظام SPSS في تحليل البيانات الإحصائية، جامعة الازهر غزة، ط 1، 2002.
5. الأمم المتحدة: **السكان والحقوق الانجابية والصحة الانجابية**، المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة،1995.
6. البحر غيث، د معن التنجي، التحليل الاحصائي للاستبيانات باستخدام IBS SPSS Statictis، مركز سبر للدراسات الإحصائية والسياسات العامة، 2014.
7. البنك الأوروبي للإنشاء والتعمير والبنك الأوروبي للاستثمار والبنك الدولي: **اطلاق العنان للنمو المستدام للقطاع الخاص في الشرق الأوسط و شمال افريقيا**، شواهد من مسوح مؤسسات الأعمال،2022.
8. جيه شونكوف ودي فيليبس. **من الخلايا العصبية إلى الأحياء السكنية:** علم التنمية في مرحلة الطفولة المبكرة. واشنطن العاصمة: مطبعة الأكاديمية الوطنية، 2000.
9. حسين الكندري لطيفة: **نظرة على مؤتمر التربية المبكرة للطفل العربي في عالم متغير**، مصر، 2012.
10. ريناتا غوروفا: ترجمة: نزار عيون السود، **مقدمة في علم الاجتماع التربوي**، دار دمشق، ط1، 1983.
11. ستيفان دي فيلدر، ترجمة: دريس خوري، **سياسات الاقتصاد الكلي وحقوق الطفل**، بيسان للنشر والتوزيع، ط1، 2000.

12. صفاء الكوقلي وكارولين كرافت: **تنمية الطفولة المبكرة في شمال افريقيا والشرق الأوسط، توسيع نطاق الفرص للجيل القادم**، مجموعة البنك الدولي، واشنطن، 2016.

13. عبد القادر القصر: **الاسرة المتغيرة في مجتمع المدينة المعاصرة**، دار النهضة العربية، ط1، 1999.

14. منظمة الأمم المتحدة للطفولة، **أهمية اللحظات المبكرة**، نيويورك: اليونيسف، 2017.

15. منظمة الصحة العالمية: المجلس التنفيذي، الدورة 124، اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، ديسمبر 2008.

16. منظمة الصحة العالمية: **معايير النهوض بجودة الرعاية للمواليد الصغار والمرضى في المرافق الصحية**، جنيف، 2021.

17. منظمة الصحة العالمية: **وقاية الأطفال من الإصابات**، الأمانة العامة، جمعية الصحة العالمية الرابعة والستون، مارس 2011.

18. نبيل عبد الهادي وآخرون: **تطور اللغة عند الأطفال**، الأهلية للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2007.

كتب المنهجية:

19. أنول باتشرجي: ترجمة د.خالد بن ناصر أل حيان: **بحوث العلوم الاجتماعية المبادئ والمناهج والممارسات**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2015.

20. بوحوش عمار وآخرون: **منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية**، المركز العربي الديمقراطي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية، ألمانيا، 2019.

21. منال زكريا حسن وآخرون: **مداخل ومنهجيات البحث في العلوم الاجتماعية**، مدخل تعددي، المركز القومي للترجمة، مصر، ط1، 2020.

القواميس:

22. مجمع اللغة العربية: **المعجم الوسيط**، مكتبة الشروق الدولية، مصر، 1999.

23. جيل فيريون، ترجمة أنسام محمد الأسعد، **معجم مصطلحات علم الاجتماع**، دار البحار، بيروت، ط 1، 2011.

24. سارا تشانا رادكليف: ترجمة: فاطمة نصر، **موسوعة الأم والطفل، التربية من عام إلى عشرين عاما**، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، **2009**.

الرسائل الجامعية والأطروحات:

25. أحمد دردیش: **الصحة الإنجابية**، أطروحة دكتوراه علوم، تخصص ديموغرافيا، جامعة سعد دحلب، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، الجزائر، 2011.

26. أسيا شريف: **واقع رعاية الامومة وابعادها أثناء الحمل والولادة وما بعدها**، أطروحة دكتوراه دولة، تخصص ديموغرافيا، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، الجزائر، 2004.

27. يخلف فهد محي الدين: **المحددات السوسيو–ديمغرافيا للرضاعة الطبيعية في الجزائر من خلال قاعدة البيانات للمسح العنقودي**، أطروحة دكتوراة الطور الثالث، تخصص ديمغرافيا اقتصادية واجتماعية، جامعة ورقلة، 2024.

28. الهاشمي مليك: **السلوكات الديمغرافية لدى النساء المصابات بالامراض المزمنة في الجزائر، حالة ظاهرتي الخصوبة والزواج، دراسة تطبيقية اعتمادا على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics4**، أطروحة دكتوراة الطور الثالث، تخصص ديمغرافيا، جامعة البليدة 2، 2020.

29. قياش مفتاح: **التراكيب العائلية في الأسر الجزائرية: التطور، الخصائص والمحددات، دراسة تحليلية من خلال بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics4**، أطروحة دكتوراة الطور الثالث، تخصص ديمغرافيا، جامعة البليدة 2، 2020.

المجلات العلمية:

30. بن سعدة آمال ودلاسي امحمد: **زواج الأقارب وتأثيره على الصحة الإنجابية**، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الأغواط، العدد 27، نوفمبر 2017.

31. زهري أيمن: **مستويات ومحددات وفيات الرضع والأطفال في جيبوتي**، صحة الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات علمية متخصصة، المجلد الأول، العدد الأول، مصر، 2008.

32. محمد أمين دعيش، محمد ساري. نموذج الانحدار اللوجيستي: مفهومه، خصائصه، تطبيقاته مع مثال تطبيقي للانحدار اللوجيستي ثنائي الحدين على برنامج SPSS. **مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع**، الجزائر: جامعة حمة لخضر الوادي، 2017.

33. اليونيسف وآخرون. **النهوض بالتنمية في مرحلة الطفولة المبكرة:** من العلم إلى المقياس. ملخص تنفيذي، مجلة لانسيت، 2016.

34. هيلين كلارك وآخرون: **أي مستقبل لأطفال العالم؟ لجنة من منظمة الصحة العالمية، اليونيسيف**، لانسيت، 2020.

التقارير:

35. اليونبيسيف: **المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS)**، مهام ومسؤوليات – المستشار الوطني للمسح العنقودي متعدد المؤشرات12 إلى 18 شهراً، 2020.

36. اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية: **التقدم المحرز في مياه الشرب والصرف الصحي والنظافة الصحية في المنازل**، نيويورك، 2023.

37. اليونيسيف: **تقرير الأطفال والغذاء والتغذية النمو السليم في عالم متغير، حالة أطفال العالم لعام 2019**، نيويورك، 2019.

38. اليونيسيف: **حالة أطفال العالم لعام 2021، تعزيز الصحة العقلية للأطفال وحمايتها ورعايتها، نيويورك**، جانفي 2022.

39. اليونيسكو: **الطفولة المبكرة في البلدان العربية**، الواقع والتحديات، تقرير مقدم إلى المؤتمر العربي الإقليمي للطفولة المبكرة في البلدان العربية، بيروت، 2010.

40. اليونيسيف، **نظرة عامة على مؤشر النماء في مرحلة الطفولة المبكرة لعام 2030.**

المواقع الالكترونية:

41. **التيتانوس (الكزاز) 12 يوليو** 2024 -https://www.who.int/ar/news room/fact-sheets/detail/tetanus تم الاسترداد يوم 10 أوت 2024

42. سارة الحطاب: اليونيسيف، **نحو 400 مليون طفل صغير في العالم يتعرضون لعقوبات جسدية في منازلهم**، www.unicef.org/ar/نحو-400-مليون-طفل-صغير-في-العالم-يتعرضون-لعقوبات-جسدية-في-منازلهم-اليونيسف/البيانات-الصحفية،10 جوان 2024، تاريخ الزيارة 23 سبتمبر **2024**.

43. منظمة الصحة العالمية: **اقتصروا على الرضاعة الطبيعية لمدة 6 أشهر**، https://www.emro.who.int/ar/nutrition/breastfeeding/index.html، تم الاطلاع بتاريخ 30 أوت 2022.

44. منظمة الصحة العالمية: **الالتهاب الرئوي عند الأطفال، 11 نوفمبر 2022** https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia تم الاسترداد يوم 26 جوان 2024.

45. منظمة الصحة العالمية: https://www.who.int/ar/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination ، 23 أفريل 2023، تم الاسترداد يوم 23 سبتمبر 2024

46. منظمة الصحة العالمية: م**رض الاسهال**، 7 مارس 2024 https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease تاريخ الاسترداد يوم 25 اوت 2024

47. منظمة الصحة العالمية: **منظمة الصحة العالمية تحث على توفير رعاية عالية الجودة للنساء والمواليد في الأسابيع الأولى الحرجة بعد الولادة، توصيات جديدة تشدد على الحاجة الملحة إلى دعم الصحة البدنية والنفسية معاً في فترة ما بعد الولادة**، 30 مارس 2022، www.who.int/ar/news/item/27-08-1443-who-urges-quality-

care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth، تم الاسترداد يوم 23 فيفري 2024.

48. منظمة الصحة العالمية:: https://www.who.int/ar/news/item/15-10-1445-global-immunization-efforts-have-saved-at-least-154-million-lives-over-the-past-50-years، 24 /أبريل 2024 **بيان صحفي مشترك**، تم الاسترداد يوم 14 أوت 2024.

49. اليونيسيف: **الدعم لتنشئة الأطفال، دعم مقدمي الرعاية في أهم مهمة يتولونها — تنشئة أطفالهم**، https://www.unicef.org/ar. تم الاطلاع يوم 14 جويلية 2023.

50. منظمة الصحة العالمية: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding، 20 ديسمبر 2023، تاريخ الاطلاع 13 فيفري 2024.

2.قائمة المصادر والمراجع باللغات الأجنبية:

Livres :

1. Agence Nationale à l'Aménagement et à l'Attractivité des Territoires **: Le schéma national d'aménagement de territoire 2030 actualisé**, 2010.

2. Berlinski S, Schady N: **The early years: child well-being and the role of public policy**, New York: MacMillan, 2015.

3. Lutfi A jaber & Gabrielle J .Halpern, **consanguity Its Impact; Consequences and Managemen**t, Institute Of Neurology, Sharjah, U.A.E, 2014.

4. WHO: **Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination**, 3rd ed, Switzerland, 2007.

5. WHO: **Burning opportunity: clean household energy for health, sustainable development, and wellbeing of women and children**, 2016, Switzerland.

6. Bronfenbrenner Urie: **The ecology of human development**, Harvard University Press, 1979.

7. Farhat yusuf et al: **Methodes of Demographic Analysis**, Springer, 2014.

8. Laura E. Berk: **Child Development Pearson,** Allyn and Bacon, 2006.

9. Mohamed Ihab Ahmed Aissa: **knowledge Attitudes and Practice on Malnourished children under five years Khartoum State Sudan,** Khartoum University, Sudan, 2011.

10. Myers Robert: **The twelve who survive, strengthening programs of early childhood development in the third world**, Routledge, New York, 1992.

11. PATH et Fonds des Nations Unies pour la population : **Répondre aux besoins, renforcer les programmes de planification familiale**. Seattle, 2006.

12. UNICEF : **Dès la première heure de la vie. Plaider pour une alimentation améliorée du nourrisson et du jeune enfant partout dans le monde**, New York, 2016.

13. UNICEF: **Ending Child Deaths from Pneumonia and Diarrhoea**. New York, 2016.

14. WHO: **definition of skilled health personnel providing care during childbirth**, Geneva, 2018.

15. WHO: **International Classification of Diseases and Related Health Problems**, Geneva, 1992.

Rapports:

16 Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière **: Suivi de la situation des enfants et des femmes Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2012-2013,** Rapport finale, 2015.

17 Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière **: Enquête par grappes à indicateurs multiples [MICS] 2019, Rapport finale des résultats**, Décembre 2020.

18 OMS. **Principes directeurs pour l'alimentation des enfants non allaités âgés de 6 à 24 mois.** Geneva, 2005.

Revues :

19. Committee Opinion No. 569: **oral health care during pregnancy and through the lifespan**, Obstet Gynecol. 2013.

20. Unicef, w. B: **Advancing Early Childhood Development: An Executive Summary for The Lancet's Series**. The Lancet, 2016.

Articles :

21. Angela C B Trude et al: **Effects of responsive caregiving and learning opportunities during pre-school ages on the association of early adversities and adolescent human capital: an analysis of birth cohorts in two middle-income countries**, Lancet Child Adolescent Health 2021.

22. Bedrouni Mohamed : **Inégalité de la mortalité des enfants en Afrique, Bilan à l'aube de 2015**, Revue Algérienne des Etudes de Population, Vol °1, N°1, Algérie, Juin 2017.

23. Cesar G Victora et al: **Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect,** The lancet, 2016, N 387**,**

24. Diego G Bassani et al: **Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis,** BMC Public Health, 2013.

25. Ebaidalla, Ebaidalla M: Inequality **Of Opportunity In Child Health In Sudan: Across-Region Study**, WIDER Working Paper, Helsinki,2019.

26. Gossner, C. et al :**L'incident de la mélamine : conséquences pour la sécurité internationale des denrées alimentaires et des aliments pour animaux,** Perspective d'Environ Health 117, 2009.

27. Grantham-McGregor et al**: Effects of integrated child development and nutrition interventions on child development and nutritional status**. Ann N Y Acad Sci*,* 2014.

28. Joy E Lawn and al: E**very Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival**, The Lancet, 2014.

29. Katz, J. et al: **Mortality risk in preterm and small-for-gestational-age infants in low-income and middle-income countries: a pooled country analysis,** **The lancet**, 2015.

30. Linda M Richter, et al : **Advancing Early Childhood Development: from science to Scale 3, Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development**, The Lancet, 2017.

31. Maureen M Blac, et al: **Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 1, Early childhood development coming of age: science through the life course**, The Lancet, 2017.

32. Maureen M Blac, et al: **Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 1, Early childhood development coming of age: science through the life course**, The Lancet, 2017.

33. Michael B: **The role of iodine in human growth and development**, Elsevier, Volume 22,2011.

34. Roper, M., J. Vandelaer and F: **Gasse. Maternal and neonatal tetanus, The Lancet,** 2007.

35. Sanoussi Yakoubou : **Measurement and analysis of inequality of opportunity in access of maternal and child health care in Togo,** BMC health Services research, 2017.

36. Straus, M. and M. Paschall: **Corporal Punishment by Mothers and Development of Children's Cognitive Ability: A Longitudinal Study of Two Nationally Representative Age Cohorts,** Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma 18,2009.

37. Mzumara, Bubile, et al: **Factors associated with stunting among children below five years of age in Zambia**: evidence from the 2014 Zambia demographic and health Survey, BMC nutrition 4, 2014.

38. Nigel C Rollins, and al: **Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices**, The lancet, 2016/

39. Pia R Britto, PhD and al: **Nurturing care: promoting early childhood development**, The Lancet, 2017.

40. Choudhury PK, Joshi R, Kumar A: **Regional and socioeconomic inequalities in access to pre-primary education in India: evidence from a recent household survey,** Int J Child Care Educ Policy. 2023.

41. Robert H Bradley , Diane L Putnick : **Housing quality and access to material and learning resources within the home environment in developing countries**, Child Dev, 2012.

42. Erickson, M. and B. Egeland: **A Developmental View of the Psychological Consequences of Maltreatment,** School Psychology Review ,1987.

Sites internet :

43. Autism and Motor Skills, Explained." abtaba.com, 06. Nov. 2023, https://www.abtaba.com/blog/autism-and-motor-skills Accessed 20. Mar 2024.

44. Factors Affecting Child Growth and Development." parenting.firstcry.com, 17. May 2023, https://parenting.firstcry.com/articles/factors-that-affect-growth-and-development-in-children/. Accessed 20. Jan 2024.

45. Faits saillants de la vaccination 2015." Organisation mondiale de la santé. 27 juin 2016. http://www.who.int/immunization/highlights/2015/en/

46. Functional difficulty among children in Malaysia - findings from the National Health and Morbidity Survey (NHMS) 2019 | Journal of Health, Population and Nutrition | Full Text." jhpn.biomedcentral.com, 05. Nov. 2024, https://jhpn.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41043-024-00677-2. Accessed 20. Jan 2025.

47. Impact of Quality Childcare on Early Childhood Development." littleassets.com.au, 23. Sept. 2024, https://littleassets.com.au/the-impact-of-quality-childcare-on-early-childhood-development/. Accessed 19. DEC 2024.
48. Socioeconomic Status and Its Effect on Child Development." wohum.org, 25. July 2024, https://wohum.org/socioeconomic-status-and-its-effect-on-child-development/. Accessed 19. Dec 2024
49. The Benefits of Early Childhood Education: A Guide for Parents. - Childcare Network." childcarenetwork.com, 20. Aug. 2024, https://childcarenetwork.com/the-benefits-of-early-childhood-education-a-guide-for-parents/. Accessed 26. Nov 2024.
50. The Crucial Role of Early Childhood Education | The Enterprise World." theenterpriseworld.com, 19. July 2024, https://theenterpriseworld.com/crucial-role-of-early-childhood-education/. Accessed 29. oct 2024.
51. The Importance of Early Childhood Education: Benefits for Future Success." greaterheightsschool.com, 17. Jan. 2024, https://greaterheightsschool.com/early-childhood-education-houston-texas/. Accessed 24. Aout 2024.
52. The Influence of Socioeconomic Factors on Education - MakeMyAssignments Blog. makemyassignments.com, 07. Feb. 2024, https://www.makemyassignments.com/blog/bridging-socioeconomic-gaps-education-makemyassignments/. Accessed 19. Jan 2025.
53. The Long-Term Effects of Early Learning | Hippity Hop." hippityhopearlylearning.com.au, 16. Aug. 2023, https://hippityhopearlylearning.com.au/long-term-effects-of-early-learning/. Accessed 19. Dec 2023.
54. Understanding Gross Motor Skills In Children." altapediatrics.com, 29. May 2023, https://altapediatrics.com/resources/education-center/gross-motor-skills/. Accessed 20. Jan 2024.
55. Why is Early Childhood Education Important | Vikaasa." vikaasa.org, 06. Jan. 2025, https://vikaasa.org/guide/why-is-early-childhood-education-essential-unleashing-a-childs-potential/. Accessed 19. Jan 2025.

الملاحق

MICS

استبيان للأطفال دون سنّ الخامسة

المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس 2019

لوحة معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة			**UF**
UF1. *رقم العنقود:* ____ ____ ____		**UF2**. *رقم الأسرة المعيشية:*	____ ____
UF3. *اسم الطفل(ة) ورقم السطر:* الاسم _____ ____ ____		**UF4**. *اسم الأم / مانحة الرعاية ورقم السطر:* الاسم _____ ____ ____
UF5. *اسم ورقم الباحثة:* الاسم _____ ____ ____		**UF6**. *اسم ورقم المشرف(ة):* الاسم _____ ____ ____
UF7. *يوم / شهر / سنة المقابلة:* __ __ / __ __ / 2 0 __ __	**UF8**. *سجّلي الوقت:*	ساعات: __ __	دقائق: __ __

تأكدي من عمر المستجيبة في السؤال HL6 من قائمة أفراد الأسرة في استبيان الأسرة المعيشية:

إذا كان العمر يتراوح بين *15* و17 سنة، تحققي من أنه تم الحصول على موافقة من أحد البالغين في الأسرة على إجراء المقابلة (*HH33* أو *HH39*) أم أن ذلك من غير الضروري (*HL20* = 90). إذا كان هناك ضرورة للحصول على موافقة ولم يتم الحصول عليها، يجب عدم إجراء المقابلة ويجب تسجيل الرمز "*06*" في السؤال *UF17*. يجب أن يكون عمر المستجيبة *15* سنة على الأقل.

UF9. *تأكدي من الاستبيانات المنجزة في هذه الأسرة المعيشية: هل قمت أنت أو فرد آخر من فريقك بإجراء مقابلة مع هذه المستجيبة لاستبيان آخر؟*	نعم، سبقت مقابلتها ..... 1 لا، أول مقابلة 2	*UF10B* ⇦ 1 UF10A ⇦ 2
UF10A. مرحباً، اسمي (***اسمك***). نحن من مكتب الإحصاء الوطني ونقوم بتنفيذ مسح حول وضع الأطفال والعائلات والأسر. أودّ التحدث معك حول صحة وسلامة (***اسم الطفل في UF3***). سوف تستغرق هذه المقابلة حوالي عدد دقيقة. وستبقى جميع المعلومات التي نحصل عليها سرّية للغاية ومجهولة الهوية. وإذا اخترت عدم الإجابة عن سؤال ما أو رغبت بإيقاف المقابلة، يرجى إخبارنا بذلك. هل يمكنني البدء الآن؟		**UF10B**. والآن، أودّ التحدث معك حول صحة وسلامة (***اسم الطفل في UF3***) بتفصيل أكبر. سوف تستغرق هذه المقابلة حوالي عدد دقيقة. ومرة أخرى، نؤكد لك أن جميع المعلومات التي نحصل عليها ستبقى سرّية للغاية ومجهولة الهوية. وإذا اخترت عدم الإجابة عن سؤال ما أو رغبت بإيقاف المقابلة، يرجى إخبارنا بذلك. هل يمكنني البدء الآن؟
نعم ..... 1 *لا* / لم يسأل 2		1 ⇦ *نموذج معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة* 2 ⇦ *UF17*

UF17. *نتيجة المقابلة للأطفال دون سنّ الخامسة* *الرموز تشير إلى الأم/مانحة الرعاية.* *قومي بمناقشة أية نتيجة لم يتم استكمالها مع المشرف/ة.*	أنجزت المقابلة ..... 01 ليست في المنزل ..... 02 رفضت المقابلة ..... 03 أُنجزت بشكل جزئي ..... 04 غير قادرة على اجراء المقابلة (*يرجى التحديد*) _____ 05 لم يتم الحصول على موافقة من أحد البالغين لهذه الأم/ مانحة الرعاية التي عمرها 15 - 17 سنة ..... 06 غير ذلك (*يرجى التحديد*) _____ 96

خلفية عامة دون سنّ الخامسة		UB
UB0. قبل أن أبدأ المقابلة، هل يمكنك لو سمحت إحضار شهادة ميلاد (***الاسم***) وبطاقة أو كارت التلقيح الخاصة به/بها أو أي سجل تطعيمات آخر من مقدم رعاية خاص؟ سوف أحتاج إلى الاطلاع على تلك الوثائق.		
UB1. في أي يوم وشهر وسنة وُلد/ت (***الاسم***)؟ *استوضحي أكثر:* ما هو تاريخ ميلاده/ها؟ *إذا كانت الأم/مانحة الرعاية تعرف تاريخ الميلاد بالضبط، سجّلي أيضاً اليوم؛ خلاف ذلك سجّلي "98" لليوم.* *في كل الأحوال يجب تسجيل الشهر و السنة.*	تاريخ الميلاد اليوم ..... __ __ لا أعرف اليوم .....98 الشهر ..... __ __ السنة..... __ __ 1 0 2	
UB2. كم عمر (***الاسم***)؟ *استوضحي أكثر:* كم كان عمر (***الاسم***) في آخر عيد ميلاد له/لها؟ *سجّلي العمر بالسنوات الكاملة.* *إذا كان العمر أقل من سنة واحدة، سجّلي "0".* *إذا كانت الإجابات على سؤالي UB1 و UB2 غير متوافقة، استوضحي أكثر وصححيها.*	العمر (بالسنوات الكاملة) .....__	
UB3. *تحققي من UB2: عمر الطفل/ة؟*	العمر 0، 1 أو 2.....1 العمر3 أو 4 سنوات 2	*UB9*⇦1
UB4. *تحققي من رقم سطر المستجيبة (UF4) في لوحة معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة والمستجيب/ة لاستبيان الأسرة المعيشية (HH47): هل هذا المستجيب هو أيضا المستجيب على استبيان الأسرة المعيشية؟*	نعم، المستجيب هو نفسه، HH47 = UF4 .....1 كلا، المستجيب شخص آخر، HH47 ≠ UF4.....2	*UB6*⇦2
UB5. *تحققي من ED10 في نموذج التعليم في استبيان الأسرة المعيشية: هل يلتحق/تلتحق الطفل(ة) ببرنامج تعليمي للطفولة المبكرة في السنة الدراسية الحالية؟*	نعم، ED10 = 0 .....1 لا، ED10 ≠ 0 أو فارغ.....2	*UB8B*⇦1 *UB9*⇦2
UB6. هل سبق أن التحق/ت (***الاسم***) بأي برنامج تعليمي للطفولة المبكرة، مثل يجب ادراج أسماء البرامج المتوفرة في البلد؟	نعم.....1 لا 2	*UB9*⇦2
UB7. هل التحق/ت في أي وقت من الأوقات منذ يجب ادراج شهر بداية السنة الدراسة بـ (*البرامج المذكورة في UB6*)؟	نعم.....1 لا 2	*UB8A*⇦1 *UB9*⇦2
UB8A. هل يلتحق/تلتحق حاليا بـ (*البرامج المذكورة في UB6*)؟ **UB8B**. لقد ذكرت أن (***الاسم***) التحق/ت ببرنامج تعليمي للطفولة المبكرة خلال هذه السنة الدراسية. هل هو/هي ملتحق/ة حالياً بهذا البرنامج؟	نعم.....1 لا 2	
UB9. هل يتوفر (***الاسم***) على أي تأمين صحي؟	نعم.....1 لا 2	*انتهى*⇦2

UB10. ما نوع التأمين الصحي الذي يتوفر عليه (***الاسم***)؟ *سجّلي كل ما ذُكر.*	تأمين صحي لمؤسسة صحية مشتركة/ مؤسسة مجتمعية ..... A تأمين صحي من خلال جهة العمل..... B الضمان الاجتماعي ..... C تأمين صحي آخر تجاري..... D غير ذلك (*يرجى التحديد*)_____ X	

نموذج تسجيل الولادة		BR
BR1. هل يوجد لدى (***الاسم***) شهادة ميلاد؟ *إذا كان الجواب نعم، اسأليها:* هل يمكنني رؤيتها لو سمحت؟	نعم، تمت رؤيتها ..... 1 نعم، لم تتم رؤيتها ..... 2 لا ..... 3 لا أعرف 8	1⇦ *انتهى* 2⇦ *انتهى*
BR2. هل تم تسجيل ولادة (***الاسم***) لدى سلطات الحالة المدنية/مكاتب تسجيل الولادات؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	1⇦ *انتهى*
BR3. هل تعرفين كيف تسجلين ولادة (***الاسم***)؟	نعم ..... 1 لا 2	

نموذج برامج تنمية الطفولة المبكرة		EC
EC1. : كم عدد كتب الأطفال أو الكتب المصورة التي لديك وهي مخصصة لـ (***الاسم***)؟	لا يوجد أي كتب .....00 عدد كتب الأطفال ..... 0___ عشرة كتب أو أكثر 10	
EC2. انني مهتمة بمعرفة المزيد حول الأشياء التي يلعب/تلعب بها (***الاسم***) عندما يكون / تكون في المنزل. هل يلعب/تلعب باستخدام: [A] ألعاب منزلية الصنع مثل الدمى أو السيارات أو أية ألعاب أخرى تُصنع في المنزل؟ [B] ألعاب من متجر أو ألعاب مصنّعة؟ [C] أشياء منزلية، كالأوعية، الأواني المنزلية أو أشياء يُعثر عليها خارج المنزل مثل العصي، أو الحصى، أو الحجارة، أو هياكل الحيوانات أو أوراق الأشجار؟	نعم لا لا أعرف ألعاب منزلية الصنع.....1 2 8 ألعاب من المتجر ..... 1 2 8 أشياء منزلية أو أشياء من خارج المنزل 1 2 8	
EC3. يضطر أحياناً الكبار الذين يتولون رعاية الأطفال إلى مغادرة المنزل للتسوّق أو غسل الملابس أو لأي سبب آخر ويضطرون لترك الأطفال الصغار. خلال الأسبوع الماضي، ما هو عدد الأيام التي تُرك/ت فيها (***الاسم***): [A] لوحده/ها لأكثر من ساعة واحدة؟ [B] في رعاية طفل آخر، وأعني أي طفل/ة عمره/ها أقل من 10سنوات، لأكثر من ساعة واحدة؟ *إذا كانت الإجابة "ولا يوم"، سجّلي "0" و إذا كانت الإجابة "لا أعرف"، سجّلي "8".*	عدد الأيام التي تُرك/ت الطفل/ة وحده/ها لأكثر من ساعة واحدة .....___ عدد الأيام التي تُرك/ت الطفل/ة في رعاية طفل/ة آخر/أخرى لأكثر من ساعة واحدة .....___	
EC4. *تحققي من UB2: عمر الطفل/ة؟*	العمر 0 أو1 .....1 العمر 2 أو 3 أو 4 سنوات 2	1⇦ *انتهى*

EC5. خلال الأيام الثلاثة الماضية، هل شاركت أنت أو شارك أحد أفراد أسرتك ممن يبلغون 15 سنة من العمر أو أكثر في أي من الأنشطة التالية مع (***الاسم***): *إذا كان الجواب نعم، اسأليها:* من شارك في هذا النشاط مع (***الاسم***)؟ إذا كان الأب/الأم بالتبني قد شارك/ت مع الطفل وهو/هي يعيش/تعيش في الأسرة، وجب ترميزه/ها كأب/كأم. *سجّلي كل ما ينطبق.* *لا يمكن تسجيل "لا أحد" إذا شارك أحد أفراد الأسرة ممن يبلغ 15 سنة أو أكثر في نشاط مع الطفل/ة*		**أم**	**أب**	**شخص آخر**	**لا أحد**	
[A] قراءة الكتب أو مشاهدة كتب مصورة مع (***الاسم***)؟	قراءة الكتب	A	B	X	Y	
[B] رواية القصص لـ (***الاسم***)؟	رواية القصص	A	B	X	Y	
[C] الغناء لـ أو مع (***الاسم***)، بما في ذلك التهويدات؟	غناء الأغاني	A	B	X	Y	
[D] أخذ (***الاسم***) للتنزّه خارج المنزل؟	أخذه/ها للخارج للتنزّه	A	B	X	Y	
[E] اللعب مع (***الاسم***)؟	اللعب معه/ها	A	B	X	Y	
[F] تسميّة الأشياء أو العدّ أو رسم الأشياء لـ أو مع (***الاسم***)؟	تسميّة الأشياء	A	B	X	Y	
EC5G. *تحققي من* UB2. *عمر الطفل/ة؟*	العمر 2.....1 العمر 3 أو 4 سنوات.....2					1⇦ *انتهى*
EC6. أودّ أن أطرح عليك بعض الأسئلة عن صحة وتطور نمو (***الاسم***). هناك تفاوت بين الأطفال في تطور النمو والتعلّم. على سبيل المثال، بعض الأطفال يبدؤون بالمشي قبل غيرهم. وتتعلق هذه الأسئلة بعدة جوانب من تطور نمو (***الاسم***). هل بإمكان (***الاسم***) تحديد أو تسمية عشرة أحرف أبجدية على الأقل؟	نعم .....1 لا .....2 لا أعرف.....8					
EC7. هل بإمكان (***الاسم***) قراءة أربع كلمات بسيطة وشائعة على الأقل؟	نعم .....1 لا .....2 لا أعرف.....8					
EC8. هل يعرف/تعرف (***الاسم***) اسماء ويدرك/تدرك رموز جميع الأعداد من 1 إلى 10؟	نعم .....1 لا .....2 لا أعرف.....8					
EC9. هل بإمكان (***الاسم***) التقاط جسم صغير من على الأرض باستخدام اصبعين، كالعصا أو الحجر؟	نعم .....1 لا .....2 لا أعرف.....8					

EC10. هل يعاني/تعاني (***الاسم***) أحياناً من المرض الشديد بحيث لا يستطيع/ تستطيع اللعب؟	نعم .....1 لا .....2 لا أعرف.....8	
EC11. هل بإمكان (***الاسم***) اتباع الإرشادات البسيطة حول كيفية القيام بشيء ما بشكل صحيح؟	نعم .....1 لا .....2 لا أعرف.....8	
EC12. عندما يكلّف/تُكلّف (***الاسم***) بالقيام بشيء ما، هل يمكنه/يمكنها القيام به باستقلالية؟	نعم .....1 لا .....2 لا أعرف.....8	
EC13. هل يتأقلم/تتأقلم (*الاسم*) كما ينبغي مع الأطفال الآخرين؟	نعم .....1 لا .....2 لا أعرف.....8	
EC14. هل يقوم/تقوم (***الاسم***) بركل أو عضّ أو ضرب الأطفال الآخرين أو الكبار؟	نعم .....1 لا .....2 لا أعرف.....8	
EC15. هل يتشتت انتباه (***الاسم***) بسهولة؟	نعم .....1 لا .....2 لا أعرف.....8	

نموذج ضبط سلوك الطفل(ة)		UCD
UCD1. *تحققي من UB2: عمر الطفل/ة؟*	العمر 0.....1 العمر 1، 2، 3 أو 4.....2	1⇦ *انتهى*
UCD2. يستخدم الكبار أساليب معينة لتهذيب الأطفال وتعليمهم السلوك الأمثل أو لمعالجة مشكلة سلوكية لديهم. سأقرأ عليك لائحة من الطرق المستخدمة. وأرجو أن تخبريني إذا ما كنت استخدمت أنت أو أي شخص بالغ آخر في أسرتك هذه الطريقة مع ***(الاسم)*** خلال الشهر الماضي.	نعم لا	
[A] حرمان ***(الاسم)*** من امتيازات أو أشياء يرغب/ترغب بها أو عدم السماح له/لها بمغادرة المنزل.	الحرمان من الامتيازات.....1 2	
[B] التفسير/الشرح لـ***(الاسم)*** لماذا كان سلوكه/ها خطأ.	تفسير السلوك الخاطئ.....1 2	
[C] هزّه/هزّها.	هزّه/هزّها 1 2	
[D] الصراخ عليه/عليها أو الزعيق عليه/عليها.	الصراخ، الزعيق، الصياح 1 2	
[E] إعطاؤه/ها شيء آخر ليفعله/تفعله.	إعطاؤه/ها شيء آخر ليفعله / لتفعله.....1 2	
[F] ضربه/ضربها على المؤخرة باليد.	ضربه/ضربها على المؤخرة باليد 1 2	
[G] ضربه/ضربها على المؤخرة أو مكان آخر من الجسم بشيء ما كالحزام أو فرشاة الشعر أو العصا أو باستخدام أي شيء صلب آخر.	ضربه/ضربها بالحزام أو فرشاة الشعر أو العصا أو شيء آخر صلب.....1 2	
[H] مناداته/ها بالغبي/ة أو الكسول/ة أو بأية صفة أخرى من هذا القبيل.	مناداته/ها بالغبي/ة أو الكسول/ة أو أية صفة أخرى 1 2	
[I] ضربه/ها أو صفعه/ها على الوجه أو الرأس أو الأذنين.	الضرب / الصفع على الوجه أو على الرأس أو الأذنين 1 2	
[J] ضربه/ها على اليد أو الذراع أو الأرجل.	ضربه/ها على اليد أو الذراع أو الأرجل 1 2	
[K] ضربه/ضربها ضرباً مبرحاً مراراً وتكراراً بأقصى قدر ممكن.	ضربه/ها ضرباً مبرحاً مراراً وتكراراً بأقصى قدر ممكن 1 2	
UCD3. *تحققي من UF4: هل هذه المستجيبة أم أو مانحة الرعاية إلى أي طفل آخر دون سن الخامسة أو طفل عمره 5-14 تم اختياره للاستبيان للأطفال من سن 5-17؟*	نعم.....1 لا 2	*UCD5* ⇦2
UCD4. *تحققي من UF4:هل سبقت أن أجابت هذه المستجيبة على السؤال التالي (UCD5 أو FCD5) لطفل آخر؟*	نعم.....1 لا 2	1⇦ *انتهى*
UCD5. هل تعتقدين أنه يجب معاقبة الطفل/ة جسدياً من أجل تنشئته/ها أو تربيته/ها أو تهذيبه/ها كما ينبغي؟	نعم.....1 لا .....2 لا أعرف / لا رأي 8	

نموذج القدرات الوظيفية للطفل(ة)		UCF
UCF1. *تحققي من UB2: عمر الطفل/ة؟*	العمر 0 أو 1 سنة.....1 العمر 2، 3 أو 4.....2	1⇦ *انتهى*
UCF2. أودّ أن أطرح عليك بعض الأسئلة حول الصعوبات التي قد يواجهها / تواجهها (***الاسم***). هل يضع/تضع (***الاسم***) نظارات؟	نعم.....1 لا 2	
UCF3. هل يستخدم/تستخدم (***الاسم***) معينات سمعية؟	نعم.....1 لا 2	
UCF4. هل يستخدم/تستخدم (***الاسم***) أي معدات أو يتلقى/تتلقى مساعدة للمشي؟	نعم.....1 لا 2	
UCF5. في الأسئلة التالية، سأطلب منك الإجابة عنها من خلال تحديد واحدة من الإجابات المحتملة. لكل سؤال هل يمكنك القول أن (***الاسم***): 1) لا يجد/تجد أية صعوبة، أم 2) يجد/تجد بعض الصعوبة، أم 3) يجد/تجد كثير من الصعوبة، أم 4) أنه/أنها غير قادر/ة على القيام بالنشاط نهائياً. *كرّري الفئات أثناء توجيه الأسئلة الفردية عند عدم استخدام المستجيبة أية فئة إجابة:* تذكّري، الإجابات المحتملة الأربع هي: هل يمكنك القول أن (***الاسم***): 1) لا يجد/تجد أية صعوبة، أم 2) يجد/تجد بعض الصعوبة، أم 3) يجد/تجد كثير من الصعوبة، أم 4) أنه/أنها غير قادر/ة على القيام بالنشاط نهائياً؟		
UCF6. *تحققي من UCF2: هل يضع/تضع الطفل/ة نظارات؟*	نعم، UCF2 = 1.....1 لا، UCF2 = 2.....2	*UCF7A*⇦1 *UCF7B*⇦2
UCF7A. أثناء وضعه/ها للنظارات، هل يجد/تجد (***اسم***) صعوبة في الرؤية؟ **UCF7B**. هل يجد/تجد (***الاسم***) صعوبة في الرؤية؟	لا يجد/تجد صعوبة.....1 يجد/تجد بعض الصعوبة.....2 يجد/تجد كثير من الصعوبة.....3 لا يستطيع/تستطيع الرؤية نهائياً.....4	
UCF8. *تحققي من UCF3: هل يستخدم/تستخدم الطفل/ة معينات سمعية؟*	نعم، UCF3 = 1.....1 لا، UCF3 = 2.....2	*UCF9A*⇦1 *UCF9B*⇦2
UCF9A. عند استخدام المعين السمعي (المعينات السمعية) ، هل يجد/تجد (***الاسم***) صعوبة في سماع الأصوات كأصوات الناس أو الموسيقى؟ **UCF9B**. هل يجد/تجد (***الاسم***) صعوبة في سماع الأصوات كأصوات الناس أو الموسيقى؟	لا يجد/تجد صعوبة.....1 يجد/تجد بعض الصعوبة.....2 يجد/تجد كثير من الصعوبة.....3 لا يستطيع/تستطيع السمع نهائياً.....4	
UCF10. *تحققي من UCF4: هل يستخدم/تستخدم الطفل/ة اي معدات أو يتلقى/تتلقى مساعدة للمشي؟*	نعم، UCF4 =1.....1 لا، UCF4 = 2.....2	*UCF11*⇦1 *UCF13*⇦2
UCF11. دون المعدات أو المساعدة، هل يجد/تجد (**الاسم**) صعوبة في المشي؟	يجد/تجد بعض الصعوبة.....2 يجد/تجد كثير من الصعوبة.....3 لا يستطيع/تستطيع المشي نهائياً.....4	
UCF12. باستخدام المعدات أو بالمساعدة ، هل يجد/تجد (***الاسم***) صعوبة في المشي؟	لا يجد/تجد صعوبة.....1 يجد/تجد بعض الصعوبة.....2 يجد/تجد كثير من الصعوبة.....3 لا يستطيع/تستطيع المشي نهائياً.....4	*UCF14*⇦1 *UCF14*⇦2 *UCF14*⇦3 *UCF14*⇦4

UCF13. مقارنة بالأطفال في مثل عمره/عمرها ، هل يجد/تجد (***الاسم***) صعوبة في المشي؟	لا يجد/تجد صعوبة.....1 يجد/تجد بعض الصعوبة.....2 يجد/تجد كثير من الصعوبة.....3 لا يستطيع/تستطيع المشي نهائياً.....4	
UCF14. مقارنة بالأطفال في مثل عمره/عمرها، هل يجد/تجد (***الاسم***) صعوبة في التقاط الأشياء الصغيرة بيده/ها؟	لا يجد/تجد صعوبة.....1 يجد/تجد بعض الصعوبة.....2 يجد/تجد كثير من الصعوبة.....3 لا يستطيع/تستطيع التقاط الأشياء نهائياً.....4	
UCF15. هل يجد/تجد (***الاسم***) صعوبة في فهمك؟	لا يجد/تجد صعوبة.....1 يجد/تجد بعض الصعوبة.....2 يجد/تجد كثير من الصعوبة.....3 لا يستطيع/تستطيع فهمي نهائياً.....4	
UCF16. عندما يتحدث/تتحدث (***الاسم***)، هل تجدين صعوبة في فهمه/فهمها؟	لا يجد/تجد صعوبة.....1 يجد/تجد بعض الصعوبة.....2 يجد/تجد كثير من الصعوبة.....3 لا أستطيع فهمه/فهمها نهائياً.....4	
UCF17. مقارنة بالأطفال في مثل عمره/عمرها، هل يجد/تجد (***الاسم***) صعوبة في تعلّم الأشياء؟	لا يجد/تجد صعوبة.....1 يجد/تجد بعض الصعوبة.....2 يجد/تجد كثير من الصعوبة.....3 لا يستطيع/تستطيع تعلم الأشياء نهائياً.....4	
UCF18. مقارنة بالأطفال في مثل عمره/عمرها، هل يجد/تجد (***الاسم***) صعوبة في اللعب؟	لا يجد/تجد صعوبة.....1 يجد/تجد بعض الصعوبة.....2 يجد/تجد كثير من الصعوبة.....3 لا يستطيع/تستطيع اللعب نهائياً.....4	
UCF19. للسؤال التالي خمسة خيارات مختلفة في الإجابات. سأقرأ عليك هذه الخيارات بعد طرح السؤال. مقارنة بالأطفال في مثل عمره/عمرها، إلى أي حد يقوم/تقوم (***الاسم***) بركل أو عضّ أو ضرب الأطفال الآخرين أو الكبار؟ هل يمكنك القول أنه/أنها: لا يفعل/تفعل ذلك نهائياً، أو يفعله/تفعله بدرجة أقل من الأطفال الآخرين، أم بنفس الدرجة أم بدرجة أعلى، أم بدرجة أعلى بكثير؟	لا يفعل/تفعل نهائياً.....1 بدرجة أقل.....2 بنفس الدرجة.....3 بدرجة أعلى.....4 بدرجة أعلى بكثير.....5	

نموذج الرضاعة الطبيعية والتنوع التغذوي		BD
BD1. *تحققي من UB2: عمر الطفل/ة؟*	العمر0، 1 أو 2 ..... 1 العمر3 أو 4 سنوات 2	2⇦ *انتهى*
BD2. هل سبق أن تم إرضاع (***الاسم***) رضاعة طبيعية؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	2⇦*BD3A* 8⇦*BD3A*
BD3. هل ما زال/ت (***الاسم***) يتلقى/تتلقى رضاعة طبيعية؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	
BD3A. *تحققي من UB2: عمر الطفل/ة؟*	العمر 0 أو 1 ..... 1 العمر2 سنوات 2	2⇦ *انتهى*
BD4. هل شرب/شربت (***الاسم***) أي شيء بواسطة رضّاعة ذات حلمة يوم أمس خلال النهار أو الليل؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	
BD5. هل شرب/ شربت (***الاسم***) محلول معالجة الجفاف عن طريق الفم يوم أمس خلال النهار أو الليل؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	
BD6. هل شرب/ت أو تناول/ت (***الاسم***) مكملات غذائية من الفيتامينات أو المعادن، أو تناول/تناولت أية أدوية يوم أمس خلال النهار أو الليل؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	
BD7. أود الآن أن أسألك عن جميع السوائل الأخرى التي يكون/تكون (***الاسم***) قد تناولها/تناولتها يوم أمس خلال النهار أو الليل. يرجى إدراج حتى السوائل المستهلكة خارج المنزل. هل شرب/ شربت (***الاسم***) (***اسم السائل***) يوم أمس خلال النهار أو الليل:	نعم لا لا أعرف	
[A] مياه خالصة؟	مياه خالصة 1 2 8	
[B] عصير أو مشروبات عصائر؟	عصير أو مشروبات عصائر 1 2 8	
[C] الاسم المحلي للشوربة / المرق؟	شوربة/مرق 1 2 8	
[D] حليب خاص بالرضّع، مثل يجب ادراج اسم الماركات التجارية الشائعة؟	حليب خاص بالرضّع 1 2 ⇩ *BD7[E]* 8 ⇩ *BD7[E]*	
[D1] كم عدد المرات التي شرب/شربت فيها (***الاسم***) حليب خاص بالرضّع؟ *إذا كانت الإجابة 7 مرات أو أكثر، سجّلي "7".*	عدد المرات حليب خاص بالرضّع ..... ___ لا أعرف 8	
[E] حليب حيوانات مثل الحليب الطازج أو المعلّب أو مسحوق الحليب؟	حليب 1 2 ⇩ *BD7[X]* 8 ⇩ *BD7[X]*	
[E1] كم عدد المرات التي شرب/شربت فيها (***الاسم***) *حليب؟* *إذا كانت الإجابة 7 مرات أو أكثر، سجّلي "7".* *إذا كانت الإجابة غير معروفة، سجّلي "8".*	عدد المرات حليب ..... ___	

[X] أية سوائل أخرى؟	سوائل أخرى	1	2 ⇩ BD8	8 ⇩ BD8
[X1] *سجّلي جميع السوائل الأخرى المذكورة.*	(*يرجى التحديد*) _____			

BD8. والآن أود أن أسألك عن جميع ما تناوله/تناولته (***الاسم***) يوم أمس خلال النهار والليل. يرجى إدراج حتى الأطعمة المستهلكة خارج المنزل.

- عندما استيقظ/ت (***الاسم***) بالأمس. هل تناول/ت أي شيء في ذلك الوقت؟

إذا كان الجواب نعم، اسأليها: لو سمحت أخبريني عن جميع ما أكله/أكلته (***الاسم***) في ذلك الوقت. *استوضحي أكثر:* أي شيء آخر؟

سجّلي الأجوبة باستخدام مجموعات الأطعمة أدناه.

- ماذا فعل/ت (***الاسم***) بعد ذلك؟ هل تناول/ت أي شيء في ذلك الوقت؟

كرري تسلسل هذه الأسئلة، مع تسجيل الأجوبة في مجموعات الأطعمة، إلى أن تخبرك المستجيبة أن الطفل/ة خلد/ت إلى النوم حتى صباح اليوم التالي.

		نعم	لا	لا أعرف
وبالنسبة لكل مجموعة أطعمة لم يتم ذكرها بعد استكمال تسلسل الأسئلة أعلاه، اسأليها: فقط للتأكد، هل تناول/ت (***الاسم***) (***بنود مجموعة الأطعمة***) يوم أمس خلال النهار أو الليل				
[A] لبن رائب مصنوع من حليب الحيوانات؟ *لاحظي أنه يجب رصد لبن الرائب السائل/المعد للشرب في السؤال BD7[E] or BD7[X]، اعتمادا على محتوى الحليب.*	لبن رائب	1	2 ⇩ BD8[B]	8 ⇩ BD8[B]
[A1] كم عدد المرات التي تناول/ت فيها (***الاسم***) لبن الرائب؟ *إذا كانت الإجابة 7 مرات أو أكثر، سجّلي "7".*	عدد المرات التي تناول/ت فيها لبن رائب ..... __ الإجابة غير معروفة 8			
[B] أي غذاء أطفال، مثل يجب ادراج اسم العلامة التجارية لأي غذاء أطفال تجاري مقوى، مثل السيريلاك أو جير بر أو هيرو أونيستوم؟	غذاء الأطفال المدّعم	1	2	8
[C] الخبز، الأرز، المكرونة، العصيدة أو أي أطعمة مصنوعة من الحبوب؟	الأطعمة المصنوعة من الحبوب	1	2	8
[D] اليقطين أو القرع أو الجزر أو البطاطا الحولة ذات الحشوة الصفراء أو برتقالية اللون؟	اليقطين، الجزر، القرع، إلخ.	1	2	8
[E] البطاطا العادية، اليام، المني هوت، اللفت، او أي أطعمة أخرى مصنوعة من الجذور؟	الأطعمة المصنوعة من الجذور	1	2	8
[F] أية خضار ورقية خضراء مثل يجب ادراج أية خضار ورقية خضراء متوفرة محلياً غنية بفيتامين A ؟	خضار ورقية خضراء	1	2	8
[G] المانجو الناضجة، أو البابايا أو يجب ادراج أية فواكه أخرى متوفرة محلياً غنية بفيتامين A؟	المانجو الناضجة، البابايا الناضجة	1	2	8
[H] أية فواكه أو خضار أخرى مثل يجب ادراج الفواكه والخضار الأكثر شيوعا؟	فواكه وخضار أخرى	1	2	8
[I] الكبد أو الكلية أو القلب أو أية لحوم أعضاء حيوانات داخلية أخرى؟	لحوم أعضاء حيوانات داخلية	1	2	8
[J] أية لحوم أخرى، مثل لحم البقر، أو الخروف، أو الماعز، أو الدجاج أو البطّ أو نقانق مصنوعة من هذه اللحوم؟	لحوم أخرى	1	2	8
[K] البيض؟	بيض	1	2	8
[L] الأسماك أو أسماك صدفية، سواء الطازجة أو المجففة؟	سمك طازج أو مجفف	1	2	8
[M] الفول أو البازلاء أو العدس أو البندق، بما في ذلك أية أطعمة مصنوعة منها؟	أطعمة مصنوعة من الفول أو البازلاء أو البندق، إلخ.	1	2	8
[N] الجبن أو الأطعمة الأخرى المصنوعة من حليب الحيوانات؟	الجبن أو الأطعمة الأخرى المصنوعة من الحليب	1	2	8

[X] أطعمة أخرى صلبة، أو شبه صلبة أو أطعمة ليّنة؟	أطعمة أخرى صلبة، أو شبه صلبة أو أطعمة ليّنة 1 8 ⇩ 2 ⇩ *BD9* *BD9*	
[X1] *سجّلي جميع الأطعمة الصلبة الأخرى أو شبه الصلبة أو الليّنة التي لا تندرج ضمن فئات الأطعمة المذكورة أعلاه.*	(*يرجى التحديد*) _____	
BD9. كم مرة تناول (***الاسم***) أية أطعمة صلبة أو شبه صلبة أو أطعمة ليّنة يوم أمس خلال النهار والليل؟ *إذا كانت الإجابة عن سؤال [A]BD8 "نعم، احرصي على أن تشمل الإجابة هنا عدد المرات المسجّل لطعام اللبن الرائب في السؤال [A1]BD8.* *إذا كانت الإجابة 7 مرات أو أكثر، سجّلي "7".*	عدد المرات..... ___ لا أعرف..... 8	

نموذج التطعيم		IM
IM1. *تحققي من UB2: عمر الطفل/ة؟*	العمر 0، 1 أو 2 ..... 1 العمر3 أو 4 سنوات 2	2⇦ *انتهى*
IM2. هل لديك بطاقة/كارت وطنية أو بطاقة صادرة عن مقدم رعاية صحية خاص أو أية وثيقة أخرى تبين اللقاحات التي أخذها/أخذتها (***الاسم***)؟	نعم، لديها بطاقة (بطاقات) فقط..... 1 نعم، لديها وثيقة أخرى ..... 2 نعم، لديها بطاقة (بطاقات) ووثيقة أخرى ..... 3 لا، ليس لديها بطاقات أو أية وثيقة أخرى 4	*1⇦IM5* *3⇦IM5*
IM3. هل سبق أن كان لديك بطاقة/كارت وطنية أو بطاقة صادرة عن مقدم رعاية صحية خاص لـ (***الاسم***)؟	نعم ..... 1 لا 2	
IM4. *تحققي من IM2:*	لديها فقط وثيقة أخرى، IM2 = 2 ..... 1 ليس لديها بطاقات أو أية وثيقة متوفرة أخرى، IM2 = 4 2	*2⇦IM11*
IM5. هل يمكنني رؤية البطاقة (البطاقات) (و/أو) أية وثيقة أخرى؟	نعم، تمت مشاهدة البطاقة (البطاقات) فقط..... 1 نعم تمت مشاهدة وثيقة أخرى فقط ..... 2 نعم، تمت مشاهدة بطاقة (بطاقات) ووثيقة أخرى ..... 3 لم تتم مشاهدة أية بطاقات أووثيقة أخرى 4	*4⇦IM11*

IM6. (*a*) *انسخي التواريخ لكل لقاح من الوثائق.* (*b*) *سجّلي "44" في عمود اليوم إذا كانت الوثائق تبيّن أنّ اللقاح قد أعطي ولكن التاريخ لم يُسجّل.*		**تاريخ التطعيم**							
		اليوم		**الشهر**		**السنة**			
التدرُّن (السل)	BCG						1	0	2
التهاب الكبد الوبائي (عند الولادة)	HepB0						1	0	2
شلل الأطفال (عند الولادة) (OPV)	OPV0						1	0	2
الجرعة الأولى من تطعيم شلل الأطفال	OPV1						1	0	2
الجرعة الثانية من تطعيم شلل الأطفال	OPV2						1	0	2
الجرعة الثالثة من تطعيم شلل الأطفال	OPV3						1	0	2
تطعيم شلل الأطفال المعطّل	IPV						1	0	2
الجرعة الأولى من اللقاح الخماسي التكافؤ (الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، المستدمية النزلية، والتهاب الكبد الوبائي) – 1	Penta1						1	0	2
الجرعة الثانية من اللقاح الخماسي التكافؤ (الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، المستدمية النزلية، والتهاب الكبد الوبائي) – 2	Penta2						1	0	2
الجرعة الثالثة من اللقاح الخماسي التكافؤ (الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، المستدمية النزلية، والتهاب الكبد الوبائي) – 3	Penta3						1	0	2
الجرعة الأولى من لقاح المكورة الرئوية (المقترن) - 1	PCV1						1	0	2

الجرعة الثانية من لقاح المكورة الرئوية (المقترن) - 2	PCV2						1	0	2
الجرعة الثالثة من لقاح المكورة الرئوية (المقترن) - 3	PCV3						1	0	2
الجرعة الأولى من لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس)- 1	Rota1						1	0	2
الجرعة الثانية من لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس)- 2	Rota2						1	0	2
الجرعة الثالثة من لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس)- 3	Rota3						1	0	2
1 MR/MMR	MMR/MR1						1	0	2
2 MR/MMR	MMR/MR2						1	0	2
الحمى الصفراء	YF						1	0	2
الجرعة معززة من لقاح التيتانوس والدفتريا 1	Td Booster						1	0	2

IM7. *تحققي من IM6: هل تم تسجيل جميع اللقاحات (من تطعيم التدرّن، السل BCG وانتهاءً بتطعيم الجرعة معززة من لقاح التيتانوس والدفتريا Td Booster - 1)؟*	نعم ..... 1 لا 2	1⇦ *انتهى*
IM8. هل شارك/ت (***الاسم***) في أي من الحملات التالية، الأيام الوطنية للتلقيح، أو أيام صحة الطفل:	نعم لا لا أعرف	
[A] يجب ادراج تاريخ/نوع الحملة A، البرنامج الموسع للتلقيح	الحملة A..... 1 2 8	
[B] يجب ادراج تاريخ/نوع الحملة B، البرنامج الموسع للتلقيح	الحملة B..... 1 2 8	
[C] يجب ادراج تاريخ/نوع الحملة C، البرنامج الموسع للتلقيح	الحملة C..... 1 2 8	
IM9. إضافة إلى ما هو مسجّل على الوثيقة (الوثائق) التي عرضتيها عليّ، هل حصل/ت (***الاسم***) على أية لقاحات بما فيها تلك التي تم الحصول عليها خلال حملات التلقيح، أو الأيام الوطنية للتلقيح، أو أيام صحة الطفل التي تم ذكرها؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	2⇦ *انتهى* 8⇦*انتهى*
IM10. *ارجعي إلى السؤال IM6 واستوضحي أكثر عن هذه اللقاحات.* *سجّلي "66" في عمود اليوم المناسب لكل لقاح تم تلقيه.* *بالنسبة للقاحات التي لم يتم تلقيها، سجّلي "00"* *عند الانتهاء، انتقلي إلى النموذج التالي.*		⇦*انتهى*
IM11. هل سبق لـ (***الاسم***) تلقي أية لقاحات لحمايته/ها من الإصابة بالأمراض، بما فيها اللقاحات التي تلقاها/تلقتها خلال إحدى الحملات، أو في يوم التلقيح الوطني أو يوم صحة الطفل؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	
IM12. هل شارك/ت (***الاسم***) في أي من الحملات التالية: الأيام الوطنية للتلقيح، أو أيام صحة الطفل:	نعم لا لا أعرف	
[A] يجب ادراج تاريخ/نوع الحملة A، البرنامج الموسع للتلقيح	الحملة A..... 1 2 8	

[B] يجب ادراج تاريخ/نوع الحملة B، البرنامج الموسع للتلقيح [C] يجب ادراج تاريخ/نوع الحملة C، البرنامج الموسع للتلقيح	الحملة B ..... 1 2 8 الحملة C 1 2 8	
IM13. *تحققي من IM11 و IM12 [A-C]:*	جميع الإجابات "لا" أو "لا أعرف" ..... 1 نعم، هناك إجابة واحدة بنعم على الأقل 2	1⇦ *انتهى*
IM14. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح السل (BCG) ضد التدرن - أي حقنة في الذراع أو الكتف تترك عادة ندبة دائمة؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	
IM15. هل حصل/ت (***الاسم***) على لقاح التهاب الكبد الوبائي النوع ب - وهو عبارة عن حقنة في الجهة الخارجية من الفخذ للوقاية من مرض التهاب الكبد الوبائي النوع ب - خلال فترة الـ 24 ساعة الأولى من الولادة؟	نعم، خلال 24 ساعة ..... 1 نعم، لكن ليس خلال 24 ساعة ..... 2 لا ..... 3 لا أعرف 8	
IM16. هل سبق لـ (***الاسم***) الحصول على أية قطرات لقاح عن طريق الفم لحمايته/ها من مرض شلل الأطفال؟ *استوضحي أكثر بالإشارة إلى أن القطرة الأولى تُعطى عادة عند الولادة وفي وقت لاحق وفي نفس الوقت كحقن للحماية من أمراض أخرى.*	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	*IM20*⇦2 *IM20*⇦8
IM17. هل تم الحصول على أولى قطرات لقاح شلل الأطفال في الأسبوعين الأولين من الولادة؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	
IM18. كم مرة تم الحصول فيها على قطرات لقاح شلل الأطفال؟	عدد المرات ..... ___ لا أعرف 8	
IM19. في آخر مرة حصل/ت فيها (***الاسم***) على قطرات شلل الأطفال، هل حصل/ت أيضاً على حقنة للوقاية من مرض شلل الأطفال؟ *استوضحي أكثر لضمان أن الطفل حصل/ت على كلا اللقاحين، القطرات والحقنة.*	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	
IM20. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح خماسي - أي حقنة في الفخذ للوقاية من الكزاز، السعال الديكي، الدفتيريا، التهاب الكبد الوبائي النوع ب والإنفلونزا المستدمية النوع ب؟ *استوضحي أكثر بالإشارة إلى أنه في بعض الأحيان يُعطى الطفل اللقاح الخماسي (الدفتيريا، السعال الديكي، الكزاز، المستدمية النزلية، والتهاب الكبد الوبائي) في نفس الوقت الذي تُعطى فيه قطرات لقاح شلل الأطفال.*	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	*IM22*⇦2 *IM22*⇦8
IM21. كم مرة حصل/ت فيها الطفل/ة على اللقاح الخماسي؟	عدد المرات ..... ___ لا أعرف 8	
IM22. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح *المكورات* الرئوية المقترن - أي حقنة للوقاية من الإصابة بمرض المكورات الرئوية، بما في ذلك التهابات الأذن والتهاب السحايا الذي تسببه المكورات الرئوية؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	*IM24*⇦2 *IM24*⇦8

استوضحي أكثر بالإشارة إلى أنه في بعض الأحيان يُعطى الطفل لقاح المكورات الرئوية المقترن في نفس الوقت الذي يُعطى فيها لقاح الخماسي.		
IM23. كم مرة حصل/ت فيها الطفل/ة على لقاح المكورات الرئوية؟	عدد المرات ..... ____ لا أعرف 8	
IM24. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس) - وهو سائل يُعطى عن طريق الفم للوقاية من الإسهال؟ *استوضحي أكثر بالإشارة إلى أنه في بعض الأحيان يُعطى الطفل لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس) في نفس الوقت الذي يُعطى فيها التطعيم الخماسي.*	نعم ..... 1 لا. ..... 2 لا أعرف 8	*IM26*⇦2 *IM26*⇦8
IM25. كم مرة حصل/ت فيها الطفل/ة على لقاح الفيروس العجلي (الروتا فيروس)؟	عدد المرات ..... ____ لا أعرف 8	
IM26. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح الحصبة والنُكاف والحُميراء (MR/MMR) - وهو حقنة تُعطى في الذراع في سنّ 9 أشهر أو أكثر للوقاية من الإصابة بالحصبة والنكاف والحُميراء؟	نعم ..... 1 لا. ..... 2 لا أعرف 8	*IM27*⇦2 *IM27*⇦8
IM26A. كم مرة حصل/ت فيها الطفل/ة على لقاح MR/MMR؟	عدد المرات ..... ____ لا أعرف 8	
IM27. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على لقاح الحمى الصفراء - وهو حقنة تُعطى في الذراع في سنّ 9 أشهر أو أكثر للوقاية من الإصابة بالحمى الصفراء؟ *استوضحي أكثر بالإشارة إلى أنه في بعض الأحيان يُعطى لقاح الحمى الصفراء في نفس الوقت الذي يُعطى فيه تطعيم الحصبة والنُكاف والحُميراء (MR/MMR).*	نعم ..... 1 لا. ..... 2 لا أعرف 8	
IM27A. هل سبق أن حصل/ت (***الاسم***) على الجرعة معززة من لقاح التيتانوس والدفتريا Td Booster - وهو حقنة تُعطى في الذراع عند بلوغ السنة الواحدة 1 أو أكثر للوقاية من الإصابة بالتيتانوس والدفتريا ؟ *استوضحي أكثر بالإشارة إلى أنه في بعض الأحيان تُعطى* الجرعة معززة من لقاح التيتانوس والدفتريا *في نفس الوقت الذي يُعطى فيه الجرعة الثانية من تطعيم الحصبة والنُكاف والحُميراء (MR/MMR).*	نعم ..... 1 لا. ..... 2 لا أعرف 8	
IM28. *قومي بإعداد نسخة من* ***نموذج لسجلات التطعيمات في المرافق الصحية*** *لهذا الطفل.* *اكملي لوحة معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة لذلك الاستبيان.*		

نموذج العناية بالمرض		CA
CA1. في الأسبوعين الأخيرين، هل أصيب/ت (***الاسم***) بالإسهال؟	1 ..... نعم 2 ..... لا 8 ..... لا أعرف	 *CA14*⇦2 *CA14*⇦8
CA2. *تحققي من BD3: هل ما زال/ت الطفل/ة يرضع/ترضع رضاعة طبيعية؟*	1 ..... نعم او فارغة، BD3= 1 او فارغة 2 ..... لا أو لا أعرف، BD3 = 2 أو 8	*CA3A*⇦1 *CA3B*⇦2
CA3A. أودّ أن أعرف كمية السوائل التي أعطيت لـ (***الاسم***) لشربها أثناء الإصابة بالإسهال. وهذا يشمل حليب الأم، أملاح معالجة الجفاف (ORS) التي تُعطى عن طريق الفم وأية سوائل أخرى تُعطى مع الدواء. خلال الوقت الذي كان/ت (***الاسم***) يعاني/تعاني فيه من الإسهال، هل أعطي/ت كمية أقل من كمية السوائل التي تُعطى عادة لشربها، أم كمية مساوية لها، أو كمية أكبر من المعتاد؟ *إذا كان الجواب "أقل"، استوضحي:* هل أعطي/ت كمية أقل بكثير من الكمية المعتادة لشربها، أو أقل بعض الشيء؟ **CA3B**. أودّ أن أعرف كمية السوائل التي أعطيت لـ (***الاسم***) لشربها أثناء الإصابة بالإسهال. وهذا يشمل أملاح معالجة الجفاف (ORS) وسوائل أخرى تُعطى مع الدواء. خلال الوقت الذي كان/ت (***الاسم***) يعاني/تعاني فيه من الإسهال، هل أعطي/ت كمية أقل من كمية السوائل التي تُعطى عادة لشربها، أم نفس الكمية تقريباً، أم كمية أكبر من المعتاد؟ *إذا كان الجواب "أقل"، استوضحي:* هل أعطي/ت كمية أقل بكثير من الكمية المعتادة لشربها، أو أقل بعض الشيء؟	1 ..... أقل بكثير 2 ..... أقل بعض الشيء 3 ..... نفس الكمية تقريباً 4 ..... أكثر 5 ..... لم يُعطى/تُعطى شيء لشربه 8 ..... لا أعرف	
CA4. *خلال الوقت الذي كان/ت* (الاسم) يعاني/تعاني فيه من الإسهال، هل أعطي/ت كمية أقل من كمية الطعام التي تُعطى عادة لتناولها، أم نفس الكمية تقريباً، أم كمية أكبر من المعتاد؟ *إذا كان الجواب "أقل"، استوضحي:* هل أعطي/ت كمية أقل بكثير من الكمية المعتادة لتناولها، أم أقل بعض الشيء؟	1 ..... أقل بكثير 2 ..... أقل بعض الشيء 3 ..... نفس الكمية تقريباً 4 ..... أكثر 5 ..... توقف/ت عن تناول الطعام نهائياً 7 ..... لم يتم تناول الطعام أبداً (نظرا للعمر) 8 ..... لا أعرف	
CA5. هل حصلت على مشورة أو علاج لمرض الإسهال من أي مصدر؟	1 ..... نعم 2 ..... لا 8 ..... لا أعرف	 *CA7*⇦2 *CA7*⇦8

CA6. من أين حصلت على المشورة أو العلاج؟ *استوضحي أكثر:* أي مكان آخر؟ *سجّلي جميع مقدمي المشورة أو العلاج المذكورين، لكن لا تقترحي على المستجيبة أية أسماء أو جهات.* *استوضحي منها أكثر لتحديد نوع كل جهة تقديم علاج أو مشورة.* *إذا لم تكن قادرة على تحديد إذا ما كان المكان مكاناً عاماً أم خاصّاً، اكتبي اسم المكان ومن ثم سجّلي مؤقتاً "W" إلى أن تتعرفي على الفئة المناسبة للإجابة.* _____ (*اسم المكان*)	**قطاع طبي عام** مستشفى حكومي ..... A مركز صحي حكومي ..... B موقع صحي حكومي ..... C عامل أو عاملة صحية مجتمعية ..... D عيادة متنقلة / عيادة ميدانية ..... E قطاع طبي عام آخر (*يرجى التحديد*) _____ H **قطاع طبي خاص** مستشفى / عيادة خاصة ..... I طبيب/ة خاص/ة ..... J صيدلية خاصة ..... K عامل أو عاملة صحية مجتمعية (غير حكومية) ..... L عيادة متنقلة ..... M مؤسسة طبية خاصة أخرى (*يرجى التحديد*) _____ O لا أعرف هل هو قطاع عام أم خاص ..... W **مصدر آخر** أحد الأقارب / الأصدقاء ..... P متجر / سوق / الشارع ..... Q ممارس تقليدي ..... R غير ذلك (*يرجى التحديد*) _____ X لا أعرف/لا أتذكر ..... Z	
CA7. خلال الوقت الذي كان/ت (***الاسم***) يعاني/تعاني من الإسهال، هل تم إعطاؤه/ها:	نعم لا لا أعرف	
[A] سائل مصنوع من عبوة خاصة تُدعى يجب ادراج الاسم المحلي لمحلول معالجة الجفاف؟	سائل من عبوة محلول معالجة الجفاف 1 2 8	
[B] محلول لمعالجة الجفاف معبأ مسبقاً يُدعى يجب ادراج الاسم المحلي لسائل محلول معالجة الجفاف المعبأ مسبقاً؟	سائل محلول معالجة الجفاف المعبأ مسبقاً 1 2 8	
[C] أقراص أو شراب الزنك؟	أقراص أو شراب الزنك 1 2 8	
[D] يجب ادراج السائل المنزلي الصنع الذي توصي به الحكومة.	سائل موصى به من الحكومة 1 2 8	
CA8. *تحققي من CA7[A] و CA7[B]: هل أعطي/ت الطفل/ة أي محلول لمعالجة الجفاف؟*	نعم، نعم في CA7[A] أو CA7[B] ..... 1 لا، "لا" أو "لا أعرف" في كل من CA7[A] و CA7[B] ... 2	*CA10*⇦2

CA9. من أين حصلت على (*محلول معالجة الجفاف المذكور في[CA7B] و/أو [CA7A]*؟ *استوضحي منها أكثر لتحديد نوع المصدر.* *إذا كانت الإجابة "كان موجودا في المنزل"، استوضحي أكثر لمعرفة إذا كان المصدر معروف.* *إذا لم تكن قادرة على تحديد إذا ما كان المصدر مصدراً عاماً أم خاصّاً، اكتبي اسم المكان ومن ثم سجّلي مؤقتاً "W" إلى أن تتعرفي على الفئة المناسبة للإجابة.* _____ *(اسم المكان)*	**قطاع طبي عام** مستشفى حكومي.....A مركز صحي حكومي.....B موقع صحي حكومي.....C عامل أو عاملة صحية مجتمعية.....D عيادة متنقلة / عيادة ميدانية .....E قطاع طبي عام آخر (*يرجى التحديد*) _____ H **قطاع طبي خاص** مستشفى / عيادة خاصة .....I طبيب/ة خاص/ة.....J صيدلية خاصة .....K عامل أو عاملة صحية مجتمعية (غير حكومية) .....L عيادة متنقلة .....M مؤسسة طبية خاصة أخرى (*يرجى التحديد*) _____ O لا أعرف هل هو قطاع عام أم خاص.....W **مصدر آخر** أحد الأقارب / الأصدقاء.....P متجر / سوق / الشارع .....Q ممارس تقليدي .....R غير ذلك (*يرجى التحديد*) _____ X لا أعرف / لا أتذكر .....Z	
CA10. *تحققي من [CA7[C: هل أخذت/ت الطفل/ة الزنك؟*	نعم، CA7[C] =1 .....1 لا، CA7[C] ≠1.....2	*CA12*⇦2
CA11. من أين حصلت على الزنك؟ *استوضحي منها أكثر لتحديد نوع المصدر.* *إذا كانت الإجابة "كان موجودا في المنزل"، استوضحي أكثر لمعرفة إذا كان المصدر معروف.* *إذا لم تكن قادرة على تحديد إذا ما كان المصدر مصدراً عاماً أم خاصّاً، اكتبي اسم المكان ومن ثم سجّلي مؤقتاً "W" إلى أن تتعرفي على الفئة المناسبة للإجابة.* _____ *(اسم المكان)*	**قطاع طبي عام** مستشفى حكومي.....A مركز صحي حكومي.....B موقع صحي حكومي.....C عامل أو عاملة صحية مجتمعية.....D عيادة متنقلة / عيادة ميدانية .....E قطاع طبي عام آخر (*يرجى التحديد*) _____ H **قطاع طبي خاص** مستشفى / عيادة خاصة .....I طبيب/ة خاص/ة.....J صيدلية خاصة .....K عامل أو عاملة صحية مجتمعية (غير حكومية) .....L عيادة متنقلة .....M مؤسسة طبية خاصة أخرى (*يرجى التحديد*) _____ O لا أعرف هل هو قطاع عام أم خاص.....W **مصدر آخر** أحد الأقارب / الأصدقاء.....P متجر / سوق / الشارع .....Q ممارس تقليدي .....R غير ذلك (*يرجى التحديد*) _____ X لا أعرف / لا أتذكر .....Z	

CA12. هل تم إعطاء الطفل/ة أي شيء (آخر) لعلاج الإسهال؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	*CA14*⇦2 *CA14*⇦8
CA13. ماذا تم إعطاء الطفل/ة (أيضاً) لعلاج الإسهال؟ *استوضحي أكثر:* أي شيء آخر؟ *سجّلي جميع الأدوية المعطاة. اكتبي العلامة / العلامات التجارية لجميع الأدوية المذكورة.* _____ *(اسم العلامة التجارية)* _____ *(اسم العلامة التجارية)*	**حبوب أو شراب** مضاد حيوي..... A دواء قابض (مضاد للإسهال) ..... B حبوب أخرى أو شراب آخر ..... G حبوب غير معروفة أو شراب غير معروف..... H **حقنة** مضاد حيوي..... L من غير المضادات الحيوية ..... M حقنة غير معروفة..... N الحقن عن طريق الوريد (IV)..... O مستحضر منزلي / دواء من الأعشاب ..... Q غير ذلك (*يرجى التحديد*) _____ X	
CA14. هل كان/كانت (***الاسم***) في أي وقت من الأوقات خلال الأسبوعين الماضيين مصاب/ة بالحمى؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	*CA16*⇦2 *CA16*⇦8
CA15. في أي وقت من الأوقات خلال فترة المرض، هل سبق أن تم أخذ عينة دم من أصبع أو كعب قدم (***الاسم***) بغرض التحليل؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	
CA16. هل كان/كانت (***الاسم***) في أي وقت من الأوقات خلال الأسبوعين الماضيين يعاني/تعاني من السعال؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	
CA17. خلال الأسبوعين الماضين، هل كان/كانت (***الاسم***) يتنفس/تتنفس بشكل أسرع من المعتاد مع تنفس قصير و سريع ؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	*CA19*⇦2 *CA19*⇦8
CA18. هل كان التنفس السريع أو صعوبة التنفس بسبب مشكلة في الصدر أو انسداد في الأنف أو سيلان من الأنف؟	مشكلة في الصدر فقط..... 1 انسداد أو سيلان في الأنف فقط..... 2 كلاهما ..... 3 غير ذلك (*يرجى التحديد*) _____ 6 لا أعرف 8	*CA20*⇦1 *CA20*⇦2 *CA20*⇦3 *CA20*⇦6 *CA20*⇦8
CA19. *تحققي من CA14: هل سبق أن أصيب/ت الطفل/ة بالحمى؟*	نعم، CA14 = 1 ..... 1 لا أو لا أعرف، CA14 = 2 أو 8 2	*CA30*⇦2
CA20. هل حاولت الحصول على مشورة أو علاج للمرض من أي مصدر؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	*CA22*⇦2 *CA22*⇦8

CA21. من أين حصلت على المشورة أو العلاج؟ *استوضحي أكثر:* أي مكان آخر؟ *سجّلي جميع مقدمي المشورة أو العلاج المذكورين، لكن لا تقترحي على المستجيبة أية أسماء أو جهات.* *استوضحي منها أكثر لتحديد نوع كل جهة تقديم علاج أو مشورة.* *إذا لم تكن قادرة على تحديد إذا ما كان المكان مكاناً عاماً أم خاصّاً، اكتبي اسم المكان ومن ثم سجّلي مؤقتاً "W" إلى أن تتعرفي على الفئة المناسبة للإجابة.* _____ *(اسم المكان)*	**قطاع طبي عام** مستشفى حكومي ..... A مركز صحي حكومي ..... B موقع صحي حكومي ..... C عامل أو عاملة صحية مجتمعية ..... D عيادة متنقلة / عيادة ميدانية ..... E قطاع طبي عام آخر (*يرجى التحديد*) _____ H **قطاع طبي خاص** مستشفى / عيادة خاصة ..... I طبيب/ة خاص/ة ..... J صيدلية خاصة ..... K عامل أو عاملة صحية مجتمعية (غير حكومية) ..... L عيادة متنقلة ..... M مؤسسة طبية خاصة أخرى (*يرجى التحديد*) _____ O لا أعرف هل هو قطاع عام أم خاص ..... W **مصدر آخر** أحد الأقارب / الأصدقاء ..... P متجر / سوق / الشارع ..... Q ممارس تقليدي ..... R غير ذلك (*يرجى التحديد*) _____ X لا أعرف/لا أتذكر ..... Z	
CA22. خلال وقت المرض، هل تم إعطاء (***الاسم***) أي دواء لعلاج المرض؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	*CA30*⇦2 *CA30*⇦8

CA23. أي دواء تم إعطاءه لـ (***الاسم***)؟ *استوضحي أكثر:* أية أدوية أخرى؟ *سجّلي جميع الأدوية المعطاة.* إذا لم تتمكن من تحديد نوع الدواء، *اكتبي العلامة / العلامات التجارية* ثم سجلي "W" مؤقتا حتى تكتشفي الإجابة المناسبة. _____ *(اسم العلامة التجارية)* _____ *(اسم العلامة التجارية)*	**الأدوية المضادة للملاريا** A علاج الأرتيميسينين المركب ACT..... B أقراص سلفادوكسين/بيريميثامين / فان سيدار ..... C الكلور وكين..... D أمدياكن ..... E كينين أقراص..... F حقنة/الحقن عن طريق الوريد..... G الأرتيسونات تحاميل..... H حقنة/الحقن عن طريق الوريد..... أدوية أخرى مضادة للملاريا K _____ (*يرجى التحديد*) **مضادات حيوية** L أموكسيلين ..... M كوتريموكسازول..... N مضاد حيوي آخر أقراص/شراب..... O مضاد حيوي آخر حقنة/الحقن عن طريق الوريد ..... **أدوية أخرى** R باسيتامول/ بانادول/ الأسيتامينوفين..... S أسبرين..... T آيبروفين ..... W سجل فقط اسم العلامة التجارية ..... X _____ (*يرجى التحديد*) Z لا أعرف/لا أتذكر	
CA24. *تحققي من CA23: هل تم ذكر المضادات الحيوية؟*	1 نعم، تم ذكر المضادات الحيوية، CA23 = L - O ..... 2 لا، لم يتم ذكر المضادات الحيوية	*CA26*⇦2
CA25. من أين حصلت على (***اسم الدواء في CA23، الرموز من L إلى O***)؟ *استوضحي منها أكثر لتحديد نوع المصدر.* *إذا كانت الإجابة "كان موجودا في المنزل"، استوضحي أكثر لمعرفة إذا كان المصدر معروف.* *إذا لم تكن قادرة على تحديد إذا ما كان المصدر مصدراً عاماً أم خاصّاً، اكتبي اسم المكان ومن ثم سجّلي مؤقتاً "W" إلى أن تتعرفي على الفئة المناسبة للإجابة.* _____ *(اسم المكان)*	**قطاع طبي عام** A مستشفى حكومي..... B مركز صحي حكومي..... C موقع صحي حكومي..... D عامل أو عاملة صحية مجتمعية..... E عيادة متنقلة / عيادة ميدانية ..... قطاع طبي عام آخر H _____ (*يرجى التحديد*) **قطاع طبي خاص** I مستشفى / عيادة خاصة ..... J طبيب/ة خاص/ة..... K صيدلية خاصة ..... L عامل أو عاملة صحية مجتمعية (غير حكومية) ..... M عيادة متنقلة ..... مؤسسة طبية خاصة أخرى O _____ (*يرجى التحديد*) W لا أعرف هل هو قطاع عام أم خاص..... **مصدر آخر** P أحد الأقارب / الأصدقاء..... Q متجر / سوق / الشارع ..... R ممارس تقليدي ..... X _____ (*يرجى التحديد*) Z لا أعرف / لا أتذكر	

CA26. *تحققي من CA23: هل تم ذكر الأدوية المضادة للملاريا؟*	نعم، تم ذكر الأدوية المضادة للملاريا، K-A= CA23 ..... 1 . لا، لم يتم ذكر الأدوية المضادة للملاريا 2	*CA30⇦2*
CA27. من أين حصلت على (***اسم الدواء في CA23، الرموز من A إلى K***)؟ *استوضحي منها أكثر لتحديد نوع المصدر.* *إذا كانت الإجابة "كان موجودا في المنزل"، استوضحي أكثر لمعرفة إذا كان المصدر معروف.* *إذا لم تكن قادرة على تحديد إذا ما كان المصدر مصدراً عاماً أم خاصّاً، اكتبي اسم المكان ومن ثم سجّلي مؤقتاً "W" إلى أن تتعرفي على الفئة المناسبة للإجابة.* _____ *(اسم المكان)*	**قطاع طبي عام** مستشفى حكومي ..... A مركز صحي حكومي ..... B موقع صحي حكومي ..... C عامل أو عاملة صحية مجتمعية ..... D عيادة متنقلة / عيادة ميدانية ..... E قطاع طبي عام آخر (*يرجى التحديد*) _____ H **قطاع طبي خاص** مستشفى / عيادة خاصة ..... I طبيب/ة خاص/ة ..... J صيدلية خاصة ..... K عامل أو عاملة صحية مجتمعية (غير حكومية) ..... L عيادة متنقلة ..... M مؤسسة طبية خاصة أخرى (*يرجى التحديد*) _____ O لا أعرف هل هو قطاع عام أم خاص ..... W **مصدر آخر** أحد الأقارب / الأصدقاء ..... P متجر / سوق / الشارع ..... Q ممارس تقليدي ..... R غير ذلك (*يرجى التحديد*) _____ X لا أعرف / لا أتذكر ..... Z	
CA28. *تحققي من CA23: هل تم تسجيل أكثر من دواء من الأدوية المضادة للملاريا في الرموز من A إلى K؟*	نعم، تم ذكر عدة أدوية مضادة للملاريا ..... 1 لا، ذُكر دواء واحد فقط مضاد للملاريا 2	*CA29A⇦1* *CA29B⇦2*
CA29A. كم مر من الوقت بعد الإصابة بالحمى قبل أن يتناول/تتناول فيها (***الاسم***) لأول مرة أول دواء من بين (***اذكري للمستجيبة أسماء جميع مضادات الملاريا التي تم تسجيلها في CA23، الرموز من A إلى K***) ؟ **CA29B**. كم مر من الوقت بعد الإصابة بالحمى قبل أن يتناول/تتناول فيها (***الاسم***) لأول مرة (***اذكري اسم المضاد للملاريا الذي سُجل في CA23، الرموز من A إلى K***) ؟	في نفس اليوم ..... 0 في اليوم التالي ..... 1 بعد يومين من بداية الحمى ..... 2 بعد ثلاثة أيام أو أكثر من بداية الحمى ..... 3 لا أعرف 8	
CA30. *تحققي من* UB2: *عمر الطفل/ة*؟	العمر 0، 1 أو 2 ..... 1 العمر 3 أو 4 سنوات 2	*انتهى* ⇦2
CA31. في آخر مرة تبرز/تبرزت فيها (***الاسم***)، ما الذي تم فعله للتخلص من البراز؟	استخدم الطفل الحمّام / المرحاض ..... 01 تم التخلص منه في الحمام أو المرحاض ..... 02 تم رميه في المجاري أو في حفرة ..... 03 تم رميه في القمامة (نفايات صلبة) ..... 04 تم دفنه ..... 05 ترك في العراء ..... 06 غير ذلك (*يرجى التحديد*) _____ 96 لا أعرف 98	

UF11. *سجّلي الوقت.*	الساعات والدقائق ..... ___ ___ : ___ ___	
UF12. *لغة الاستبيان.*	العربية ..... 1 اللغة 2 ..... 2 اللغة 3 3	
UF13. *لغة المقابلة.*	العربية ..... 1 اللغة 2 ..... 2 اللغة 3 ..... 3 لغة أخرى (*يرجى التحديد*) _____ 6	
UF14. *اللغة الأم للمستجيبة.*	العربية ..... 1 اللغة 2 ..... 2 اللغة 3 ..... 3 لغة أخرى (*يرجى التحديد*) _____ 6	
UF15. *هل تم استخدام مترجم لترجمة أية أجزاء من هذا الاستبيان؟*	نعم، لترجمة كامل الاستبيان ..... 1 نعم، لترجمة أجزاء من الاستبيان ..... 2 لا، لم يتم استخدام مترجم 3	

UF16. *أخبري المستجيبة بأنه يجب عليك قياس وزن وطول الطفل/ة قبل مغادرة المنزل، وأن زميل/ة لك سيأتي/تأتي لتنفيذ هذا القياس. قومي بإعداد نسخة عن نموذج قياس الوزن والطول لهذا/هذه الطفل/ة واستوفي لوحة المعلومات في ذلك النموذج.*

تحققي من العمودين رقم HL10 و HL20 في قائمة أفراد الأسرة، استبيان الأسرة المعيشية: هل المستجيبة أم أو مانحة رعاية لأي طفل/ة آخر/أخرى يتراوح عمره/ها بين 0 و4 سنوات يعيش/تعيش ضمن هذه الأسرة؟

☐ *نعم ⇦ انتقلي إلى UF17 في لوحة معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة وسجلي "01". بعد ذلك انتقلي إلى استبيان الأطفال دون سنّ الخامسة التالي ليتم استيفاءه مع نفس المستجيبة.*

☐ *لا ⇦ تحققي من العمودين رقم HL6 و HL20 في قائمة أفراد الأسرة، استبيان الأسرة المعيشية: هل المستجيبة أم أو مانحة رعاية لأي لطفل/ة في الفئة العمرية 5-17 سنة تم اختياره/ها لاستفاء استبيان الأطفال في الفئة العمرية بين 5 - 17 سنة في هذه الأسرة المعيشية؟*

☐ *نعم ⇦ انتقلي إلى UF17 في لوحة معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة وسجلي "01". بعد ذلك انتقلي إلى استبيان الأطفال في الفئة العمرية بين 5 - 17 سنة ليتم استيفاءه مع نفس المستجيبة.*

☐ *لا ⇦ انتقلي إلى UF17 في لوحة معلومات الأطفال دون سنّ الخامسة و سجّلي "01".*

بعد ذلك أنهي المقابلة مع هذه المستجيبة بشكرها على تعاونها. تحققي إذا ما كان هناك أية استبيانات أخرى يجب استيفاؤها في هذه الأسرة المعيشية.

ملاحظات الباحثة

ملاحظات المشرف/ة

لوحة معلومات نموذج قياس الوزن والطول	AN
AN1. *رقم العنقود:* _____ _____ _____	**AN2**. *رقم الأسرة المعيشية:* _____ _____
AN3. *اسم الطفل/ة ورقم السطر:* الاسم_____ _____ _____	**AN4**. *عمر الطفل/ة المأخوذ من UB2:* العمر (بالسنوات الكاملة).....__
AN5. *اسم الأم / مانحة الرعاية ورقم السطر:* الاسم_____ _____ _____	**AN6**. *اسم ورقم الباحثة:* الاسم _____ _____ _____ _____

قياس الوزن والطول		
AN7. *اسم ورقم المسؤول/ة عن القياس:*	الاسم_____ _____ _____	
AN8. *سجّلي نتيجة قياس الوزن كما قرأها/قرأتها مسؤول/ة القياس:* *اقرأ/اقرئي ما قمت بتسجيله على مسامع مسؤول/ة القياس واحرص/احرصي أيضاً على أن يتحقق/تتحقق من العدد المسجل.*	كيلوغرام (كغم)..... _____ _____.____ الطفل/ة غير موجود/ة بعد اعادة الزيارات .....99.3 رفض/رفضت الطفل/ة.....99.4 المستجيب/ة رفضت.....99.5 غير ذلك (يرجى *التحديد*) _____99.6	 *AN13*⇦99.3 *AN10*⇦99.4 *AN10*⇦99.5 *AN10*⇦99.6
AN9. *هل كان الطفل/ة مجرد/ة من ملابسه/ها بالحد الأدنى؟*	نعم.....1 لا، تعذر تجريد الطفل/ة من ملابسه/ها بالحد الأدنى 2	
AN10. *تحققي من AN4: عمر الطفل/ة؟*	العمر0 أو 1 سنة.....1 العمر 2, أو 3, أو 4 2	*AN11A*⇦1 *AN11B*⇦2
AN11A. *عمر الطفل/ة أقل من سنتين ويجب قياسه/ها وهو/هي مستلقي/ة. سجّلي نتيجة قياس الطول كما قرأها/قرأتها مسؤول/ة القياس:* *اقرأ/اقرئي ما قمت بتسجيله على مسامع مسؤول/ة القياس واحرص/احرصي أيضاً على أن يتحقق/تتحقق من العدد المسجل.* **AN11B**. *عمر الطفل/ة سنتين على الأقل ويجب أن يتم قياسه/ها وقوفاً. سجّلي/ سجّلي نتيجة قياس الطول كما قرأها/قرأتها مسؤول/ة القياس:* *اقرأ/اقرئي ما قمت بتسجيله على مسامع مسؤول/ة القياس واحرص/احرصي أيضاً على أن يتحقق/تتحقق من العدد المسجل.*	الطول / الارتفاع (سم)..... ___ ___ . ___ رفض/رفضت الطفل/ة.....999.4 المستجيب/ة رفضت.....999.5 غير ذلك (يرجى *التحديد*) _____999.6	 *AN13*⇦999.4 *AN13*⇦999.5 *AN13*⇦999.6
AN12. *كيف تم فعلياً قياس الطفل/ة؟ وهو/هي مستلقي/ة أم وقوفاً؟*	مستلقي/ة .....1 وقوفاً 2	
AN13. *يوم / شهر / سنة القياس:* ___ ___/ ___ ___/___ __ 2 0		
AN14. *هل يوجد ضمن الأسرة المعيشية أي طفل/ة آخر/أخرى دون سنّ الخامسة لم يتم قياسه/ها بعد؟*	نعم.....1 لا 2	1⇦*الطفل/ة التالي/ة*
AN15. *اشكري المستجيب/ة على تعاونه/ها وأبلغي مشرفك/تك أنك و المسؤول(ة) عن القياس قد استكملتما جميع القياسات في هذه الأسرة المعيشية.*		

ملاحظات الباحثة الخاصة بنموذج قياس الوزن و الطول

ملاحظات مسؤول/ة عن قياس الوزن و الطول

ملاحظات المشرف/ة الخاصة بنموذج قياس الوزن و الطول

استبيان الأسرة المعيشية

المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس Mics6

لوحة معلومات الأسرة المعيشية		HH
HH1. *رقم العنقود:* ____ ____ ____		**HH2**. *رقم الأسرة المعيشية:* ____ ____
HH3. *اسم ورقم الباحثة:* الاسم _____ ____ ____ ____ ____		**HH4**. *اسم ورقم المشرف(ة):* الاسم _____ ____ ____ ____ ____
HH5. *يوم / شهر / سنة المقابلة:* __ __ / __ __ / 2 0 __ __		**HH7**. *الإقليم:* *الإقليم* 1 ..... 1 *الإقليم* 2 ..... 2 *الإقليم* 3 ..... 3 *الإقليم* 4 ..... 4 *الإقليم* 5 5
HH6. *المنطقة:*	حضرية ..... 1 ريفية 2	
HH8. *هل تم اختيار هذه الأسرة المعيشية لتنفيذ الاستبيان الخاص بالرجال؟*	نعم ..... 1 لا 2	
HH9. *هل تم اختيار هذه الأسرة المعيشية لتنفيذ فحص جودة المياه؟*	نعم ..... 1 لا 2	**HH10**. *هل تم اختيار هذه الأسرة المعيشية لإجراء فحص العينة الخالية؟* نعم ..... 1 لا 2

قبل إجراء المقابلة، تحقق/تحققي إذا ما كان/كانت المستجيب/ة فرد على دراية كاملة بأمور الأسرة المعيشية ويبلغ/تبلغ على الأقل 18 سنة من العمر. يمكن إجراء المقابلة مع طفل يتراوح عمره بين 15 - 17 سنة فقط في حالة لم يكن في الأسرة المعيشية شخص بالغ أو كان الأشخاص البالغين في الأسرة غير قادرين على اجراء المقابلة. ولا يجوز لك إجراء المقابلة مع أي طفل دون سنّ 15 سنة.	**HH11**. *سجّل/سجّلي الوقت.* ساعات: __ __ دقائق: __ __

HH12. مرحباً، اسمي (***اسمك***). نحن من مكتب الإحصاء الوطني ونقوم بتنفيذ مسح حول وضع الأطفال والعائلات والأسر. أودّ الحديث معك حول هذه المواضيع. تستغرق هذه المقابلة عادة عدد دقيقة. وبعد الانتهاء من هذه المقابلة، هل تسمح/ين لي بإجراء مقابلات إضافية معك أو مع أفراد آخرين من أسرتك؟ وستبقى جميع المعلومات التي نحصل عليها سرّية للغاية ومجهولة الهوية. وإذا اخترت عدم الإجابة عن سؤال ما أو رغبت بإيقاف المقابلة، يرجى إخباري بذلك. هل يمكنني البدء الآن؟

نعم 1	1 ⇦ *قائمة أفراد الأسرة المعيشية*
لا/لم يسأل 2	*HH46*⇦*2*

HH46. *نتيجة مقابلة استبيان الأسرة المعيشية:* *قم/قومي بمناقشة أية نتيجة لم يتم استكمالها مع المشرف/ة.*	أنجزت المقابلة ..... 01 لا يوجد أي فرد من أفراد الأسرة المعيشية أو مستجيب كفؤ في المنزل للإجابة وقت الزيارة ..... 02 الأسرة بأكملها غير متواجدة في المسكن لمدة زمنية طويلة ..... 03 رفضت الأسرة إجراء المقابلة ..... 04 المسكن فارغ أو العنوان ليس مسكن ..... 05 المسكن هدم ..... 06 لم يتم العثور على المسكن ..... 07 غير ذلك (*يرجى التحديد*) 96

HH47. *اسم ورقم سطر المستجيب/ة لمقابلة استبيان الأسرة المعيشية:* الاسم _____ ____ ____ ____		*ستتم تعبئة هذا الإطار بعد الانتهاء من استبيان الأسرة المعيشية*		*ستتم تعبئة هذا الإطار بعد استكمال جميع الاستبيانات*	
أفراد الأسرة المعيشية		العدد الإجمالي		عدد الاستبيانات المنجزة	
النساء في الفئة العمرية بين 15 - 49		**HH48**	__ __		
إذا كان قد تم اختيار هذه الأسرة المعيشية لتنفيذ الاستبيان الخاص بالرجال: الرجال في الفئة العمرية بين 15 - 49 سنة		**HH49**	__ __	**HH53**	__ __
الأطفال دون سنّ الخامسة		**HH50**	__ __	**HH54**	__ __
الأطفال في الفئة العمرية بين 5 - 17 سنة		**HH51**	__ __	**HH55**	__ __
		HH52	__ __	**HH56**	صفر ..... 0 واحد 1

نموذج قائمة أفراد الأسرة المعيشية HL

أولاً، قومي بتعبئة HL4- HL2 لجميع أفراد الأسرة المعيشية بدءا برب الأسرة بشكل عمودي. بعد الانتهاء من تعبئة HL2 – HL4 لجميع أفراد الأسرة، احرصي على الاستيضاح أكثر عن وجود أفراد إضافيين: الأفراد غير المتواجدين حالياً في المنزل، أو أي رضّع أو أطفال صغار وغيرهم ممن قد لا يكونون من أفراد العائلة (مثل الخدم، الأصدقاء) لكنهم يعيشون عادة في الأسرة المعيشية.

بعد ذلك، اسألي الأسئلة من HL5 إلى HL20 لكل فرد من أفراد الأسرة في كل مرة. إذا تم استخدام استبيانات إضافية، أشيري إلى ذلك بتحديد هذه المربع: ☐

HL1. *الرقم*	**HL2.** أولاً، من فضلك أخبريني/أخبريني بأسماء جميع الأشخاص الذين يعيشون هنا عادةً، ابتداءً برب الأسرة. *استوضحي أكثر عن إذا ما كان هناك أفراد إضافيين في الأسرة.*	**HL3.** ما هي علاقة (الاسم) بـ **(اسم ربّ الأسرة)؟**	**HL4.** هل **(الاسم)** ذكر أم أنثى؟ 1 ذكر 2 أنثى	**HL5.** ما هو تاريخ ميلاد **(الاسم)؟** 98 لا أعرف 9998 لا أعرف	**HL6.** كم عمر **(الاسم)؟** *سجّل/سجّلي العمر بالسنوات الكاملة. إذا كان العمر 95 عاماً أو أكثر سجّل/سجّلي "95".*	**HL7.** هل نام/نامت **(الاسم)** هنا الليلة الماضية؟ 1 نعم 2 لا	**HL8.** "كم عمر **(الاسم)** في السنوات الكاملة؟" *سجّل/سجّلي رقم السطر إذا كان سنّ المرأة بين 15- 49 سنة.*	**HL9.** "ما هو رقم سطر **(الاسم)** في قائمة الأسرة المعيشية؟" *سجّل/سجّلي رقم السطر إذا كان سنّ الرجل بين 15-49 سنة وكانت إجابة سؤال HH8 "نعم".*	**HL10.** "ما هو رقم سطر **(الاسم)** في قائمة الأسرة المعيشية؟" *سجّل/سجّلي رقم السطر إذا كان العمر بين 0-4 سنوات.*	**HL11.** *العمر 0-17 سنة؟* 1 نعم 2 لا ↗ *السطر التالي*	**HL12.** هل الأم الحقيقية لـ **(الاسم)** على قيد الحياة؟ 1 نعم 2 لا ↗ 8 لا أعرف ↗ *HL16* *HL16*	**HL13.** هل تعيش الأم الحقيقية لـ **(الاسم)** في هذه الأسرة المعيشية؟ 1 نعم 2 لا ↗ *HL15*	**HL14.** *سجل/سجّلي رقم سطر الأم وانتقل/انتقلي إلى HL16 .*	**HL15.** أين تعيش الأم الحقيقية لـ **(الاسم)؟** 1 في الخارج 2 في أسرة معيشية أخرى في نفس الإقليم 3 في أسرة معيشية أخرى في إقليم آخر 4 في مؤسسة في هذا البلد 8 لا أعرف	**HL16.** هل الوالد الحقيقي لـ **(الاسم)** على قيد الحياة؟ 1 نعم 2 لا ↗ 8 لا أعرف ↗ *HL20* *HL20*	**HL17.** هل الأب الحقيقي لـ **(الاسم)** يعيش ضمن هذه الأسرة؟ 1 نعم 2 لا ↗ *HL19*	**HL18.** *سجل/سجّلي رقم سطر الأب وانتقل/انتقلي إلى HL20.*	**HL19.** أين يعيش الوالد الحقيقي لـ **(الاسم)؟** 1 في الخارج 2 في أسرة معيشية أخرى في نفس الإقليم 3 في أسرة معيشية أخرى في إقليم آخر 4 في مؤسسة في هذا البلد 8 لا أعرف	**HL20.** *انسخ/انسخي رقم سطر الأم من HL14. إذا كان فارغاً، اسأل/ اسألي:* من هو المانح/ة الرئيسي/ة للرعاية لـ **(الاسم)؟** *إذا كانت الإجابة "لا أحد" لطفل(ة) يتراوح عمره/ها بين 15 - 17 سنة، سجّل/سجّلي "90".*
السطر	الاسم	العلاقة*	ذكر أنثى	الشهر	السنة	العمر	نعم لا	امرأة 15-49	رجل 15-49	0-4	نعم لا	نعم لا لا أعرف	أم	نعم لا	نعم لا لا أعرف	أب	نعم لا	نعم لا لا أعرف	
01		0 1	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	01	01	01	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1
02		__ __	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	02	02	02	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1
03		__ __	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	03	03	03	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1
04		__ __	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	04	04	04	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1
05		__ __	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	05	05	05	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1
06		__ __	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	06	06	06	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1
07		__ __	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	07	07	07	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1
08		__ __	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	08	08	08	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1
09		__ __	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	09	09	09	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1
10		__ __	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	10	10	10	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1
11		__ __	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	11	11	11	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1
12		__ __	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	12	12	12	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1
13		__ __	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	13	13	13	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1
14		__ __	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	14	14	14	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1
15		__ __	2 1	__ __	__ __ __ __	__ __	2 1	15	15	15	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	__ __	2 1	8 2 1	8 4 3 2 1

** الرموز للسؤال **HL3**: العلاقة بربّ الأسرة:*

01 ربّ الأسرة
02 زوج(ة) / شريك(ة)
03 ابن / بنت
04 صهر (زوج الابنة) / كنّة (زوجة الابن)
05 حفيد/ة
06 أب / أم
07 الحمي أو الحماة
08 أخ / أخت
09 أخ الزوج / أخت الزوجة
10 عم/عمّة أو خال/خالة
11 ابن أخ أو ابنة أخ / ابن أخت أو ابنة أخت
12 أقارب آخرون
13 ابن أو ابنة بالتبنى / ابن أو ابنة بالرعاية الحضانية / ابن(بنت) الزوجة أو الزوج
14 خدم (مقيمون مع الأسرة)
96 آخرون (لا يوجد صلة قرابة)
98 لا أعرف

نموذج التعليم ED

ED1.	ED2.	ED3.	ED4.	ED5.	ED6.	ED7.	ED8.
رقم السطر	*الاسم والعمر.* *انسخ/انسخي أدناه وعلى الصفحة التالية أسماء وأعمار جميع أفراد الأسرة المعيشية من HL2 و HL6 .*	*عمر 3 سنوات أو أكثر؟* 1 نعم 2 لا ⇦ *السطر التالي*	هل سبق لـ (**الاسم**) وأن التحق/ت بالمدرسة أو بأي برنامج تعليم للطفولة المبكرة؟ 1 نعم 2 لا ⇦ *السطر التالي*	ما هو أعلى مستوى وصف دراسي أو سنة دراسية وصل/ت إليهما (**الاسم**)؟ المستوى: 0 برنامج تعليم طفولة مبكرة ⇦ *ED7* 1 الابتدائية 2 الإعدادية 3 الثانوية 4 مستوى أعلى 8 لا أعرف الصف/السنة: 98 لا أعرف ⇦ *ED7*	هل أنهى (**الاسم**) (ذلك الصف/ تلك السنة)؟ 1 نعم 2 لا 8 لا أعرف	*العمر 3-24 سنة؟* 1 نعم 2 لا ⇦ *السطر التالي*	تحقق/تحققي من ED4: التحق/ت بالمدرسة أو برنامج تعليم طفولة مبكرة؟ 1 نعم 2 لا ⇦ *السطر التالي*

السطر	الاسم	العمر	ED3 نعم	ED3 لا	ED4 نعم	ED4 لا	المستوى						الصف/السنة	ED6 نعم	ED6 لا	ED6 لا أعرف	ED7 نعم	ED7 لا	ED8 نعم	ED8 لا
01		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2
02		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2
03		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2
04		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2
05		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2
06		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2
07		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2
08		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2
09		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2
10		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2
11		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2
12		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2
13		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2
14		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2
15		___ ___	1	2	1	2	0	1	2	3	4	8	___ ___	1	2	8	1	2	1	2

نموذج التعليم												ED
ED1. رقم *السطر*	**ED2.** *الاسم والعمر.*	**ED9.** هل التحق (الاسم) في أي وقت من الأوقات خلال السنة الدراسية ***الحالية*** بالمدرسة أو بأي برنامج تعليمي للطفولة المبكرة؟ 1 نعم 2 لا ⇦ *ED15*	**ED10.** خلال هذه السنة الدراسية الحالية، ما هو المستوى والصف أو السنة التي يلتحق/تلتحق بهما (***الاسم***)؟ المستوى: 0 برنامج تعليم طفولة مبكرة ⇦ *ED15* 1 الابتدائية 2 الإعدادية 3 الثانوية 4 مستوى أعلى 8 لا أعرف الصف/السنة: 98 لا أعرف	**ED11.** هل يلتحق/تلتحق بمدرسة حكومية؟ *إذا كانت الإجابة "نعم"، سجّل/سجّلي "1". إذا كانت الإجابة لا، استوضح/ي أكثر لتحديد رمز الجهة التي تدير المدرسة؟* 1 جهة حكومية / عامة 2 مؤسسة دينية 3 خاصة 6 غير ذلك 8 لا أعرف	**ED12.** في السنة الدراسية الحالية، هل حصل/ت (***الاسم***) على أي دعم للرسوم المدرسية؟ *إذا كان الجواب نعم، استوضح/ي أكثر للتأكد من عدم الحصول على الدعم من العائلة أو أقارب أو أصدقاء آخرين أو من الجيران.* 1 نعم 2 لا ⇦ *ED14* 8 لا أعرف ⇦ *ED14*	**ED13.** من قدم دعم الرسوم؟ *سجّل/سجّلي كل ما ذُكر.* A مؤسسة حكومية / عامة B مؤسسة دينية C جهة خاصة. X غير ذلك Z لا أعرف	**ED14.** بالنسبة للسنة الدارسة الحالية، هل حصل/ت (***الاسم***) على أي دعم مادي أو نقدي لشراء أحذية أو كتب تمارين، أو دفاتر أو زي مدرسي أو أية لوازم مدرسية أخرى؟ *إذا كان الجواب نعم، استوضح/ي أكثر للتأكد من عدم الحصول على الدعم من العائلة أو أقارب أو أصدقاء آخرين أو من الجيران.* 1 نعم 2 لا 8 لا أعرف	**ED15.** هل التحق/ت (الاسم) في أي وقت من الأوقات خلال السنة الدراسية ***السابقة*** بالمدرسة أو بأي برنامج تعليمي للطفولة المبكرة؟ 1 نعم 2 لا ⇦ *السطر التالي* 8 لا أعرف ⇦ *السطر التالي*	**ED16.** خلال تلك السنة الدراسية السابقة، ما هو المستوى والصف أو السنة التي ***التحق/ت*** بهما (الاسم)؟ المستوى: 0 برنامج تعليم طفولة مبكرة ⇦ *السطر التالي* 1 الابتدائية 2 الإعدادية 3 الثانوية 4 مستوى أعلى 8 لا أعرف الصف/السنة: 98 لا أعرف
السطر	الاسم	العمر	نعم لا	المستوى	الصف/السنة	السلطة	نعم لا لا أعرف	الرسوم	نعم لا لا أعرف	المستوى	الصف/السنة
01		___ ___	`	8 4 3 2 1 0	___ ___	8 6 3 2 1	8 2 1	A B C X Z	8 2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___
02		___ ___	2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___	8 6 3 2 1	8 2 1	A B C X Z	8 2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___
03		___ ___	2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___	8 6 3 2 1	8 2 1	A B C X Z	8 2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___
04		___ ___	2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___	8 6 3 2 1	8 2 1	A B C X Z	8 2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___
05		___ ___	2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___	8 6 3 2 1	8 2 1	A B C X Z	8 2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___
06		___ ___	2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___	8 6 3 2 1	8 2 1	A B C X Z	8 2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___
07		___ ___	2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___	8 6 3 2 1	8 2 1	A B C X Z	8 2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___
08		___ ___	2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___	8 6 3 2 1	8 2 1	A B C X Z	8 2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___
09		___ ___	2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___	8 6 3 2 1	8 2 1	A B C X Z	8 2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___
10		___ ___	2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___	8 6 3 2 1	8 2 1	A B C X Z	8 2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___
11		___ ___	2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___	8 6 3 2 1	8 2 1	A B C X Z	8 2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___
12		___ ___	2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___	8 6 3 2 1	8 2 1	A B C X Z	8 2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___
13		___ ___	2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___	8 6 3 2 1	8 2 1	A B C X Z	8 2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___
14		___ ___	2 1	8 4 3 2 1 0	___ ___	1 2 3 6 8	1 2 8	A B C X Z	1 2 8	8 4 3 2 1 0	___ ___
15		___ ___	1 2	8 4 3 2 1 0	___ ___	1 2 3 6 8	1 2 8	A B C X Z	1 2 8	8 4 3 2 1 0	___ ___

نموذج خصائص الأسرة المعيشية		HC
HC1A. ما هي ديانة (***اسم ربّ الأسرة المأخوذ من HL2***)؟	الديانة 1 ..... 1 الديانة 2 ..... 2 الديانة 3 ..... 3 ديانة أخرى (*يرجى التحديد*) ..... 6 لا يعتنق أي ديانة 7	
HC1B. ما هي اللغة الأم الأصلية لـ (***اسم ربّ الأسرة المأخوذ من HL2***)؟	اللغة 1 ..... 1 اللغة 2 ..... 2 اللغة 3 ..... 3 لغة أخرى (*يرجى التحديد*) 6	
HC2. لأي مجموعة أثنية ينتمي (***اسم ربّ الأسرة المأخوذ من HL2***)؟	المجموعة الأثنية 1 ..... 1 المجموعة الأثنية 2 ..... 2 المجموعة الأثنية 3 ..... 3 غير ذلك (*يرجى التحديد*) 6	
HC3. كم عدد الغرف التي يستخدمها أفراد هذه الأسرة المعيشية عادة للنوم؟	عدد الغرف..... __ __	
HC4. *المادة الرئيسية المستخدمة في أرضية المسكن.* *سجّل/سجّلي مشاهداتك.* *إذا تعذر عليك رصد المشاهدات، اسأل/ي المستجيب/ة لتحديد نوعية المادة المستخدمة في أرضية المسكن.*	**أرضية طبيعية** تراب / رمل ..... 11 روث ..... 12 **أرضية بدائية** ألواح خشبية ..... 21 سعف النخيل / خيزران ..... 22 **أرضية جاهزة** باركيه أو خشب مصقول ..... 31 قطع الفينيل أو الإسفلت ..... 32 بلاط سيراميك ..... 33 الاسمنت ..... 34 السجاد ..... 35 غير ذلك (*يرجى التحديد*) 96	

HC5. *المادة الرئيسية للسقف.* *سجّل/سجّلي مشاهداتك.*	**سقف طبيعي** لا يوجد سقف.....11 القش / سعف النخيل ..... 12 تربة ذات أعشاب وجذور ..... 13 **سقف بدائي** حصيرة من الأغصان ..... 21 سعف النخيل / خيزران ..... 22 ألواح خشبية..... 23 كرتون مقوّى..... 24 **سقف جاهز** صفائح معدنية..... 31 الخشب..... 32 الكالامين / الألياف الإسمنتية..... 33 بلاط سيراميك..... 34 الاسمنت ..... 35 ألوح تسقيف متشابكة ..... 36 غير ذلك (*يرجى التحديد*)_____ 96	
HC6. *المادة الرئيسية للجدران الخارجية للمسكن.* *سجّل/سجّلي مشاهداتك.*	**جدران طبيعية** لا يوجد جدران.....11 قصب السكر، سعف النخيل، جذوع الأشجار ..... 12 الطين ..... 13 **جدران بدائية** خيزران مجبول بالطين..... 21 حجارة مجبولة بالطين..... 22 طوب مكشوف ..... 23 رقاقات خشب ..... 24 كرتون مقوّى..... 25 خشب مستعمل ..... 26 **جدران جاهزة** الاسمنت ..... 36 أحجار مع كلس / إسمنت..... 32 طوب ..... 33 كتل اسمنتية ..... 34 طوب مغطى ..... 35 ألواح خشبية / ألواح تسقيف متداخلة.....36 غير ذلك (*يرجى التحديد*)_____ 96	

HC7. هل يوجد لدى أسرتك:	نعم لا	
[A] خط هاتف ثابت؟	خط هاتف ثابت 1 2	
[B] مذياع؟	مذياع 1 2	
[C] أجهزة معينة خاصة بالبلد لا تعمل على الكهرباء (يرجى العودة الى دليل إرشادات تعديل الاستبيانات)	جهاز معين خاص بالبلد 1 2	
HC8. هل لدى أسرتك كهرباء؟	نعم، الشبكة العامة .....1 نعم، من خارج الشبكة (مولّد/نظام منعزل) .....2 لا 3	*HC10 ⇦ 3*
HC9. هل يوجد لدى أسرتك:	نعم لا	
[A] تلفاز؟	تلفاز 1 2	
[B] ثلاجة؟	ثلاجة 1 2	
[C] أجهزة معينة خاصة بالبلد تعمل على الكهرباء (يرجى العودة الى دليل إرشادات تعديل الاستبيانات)	جهاز معين خاص بالبلد 1 2	
HC10. هل يمتلك أي من أفراد أسرتك:	نعم لا	
[A] ساعة يد؟	ساعة يد 1 2	
[B] دراجة هوائية؟	دراجة هوائية 1 2	
[C] دراجة نارية أو سكوتر؟	دراجة نارية / سكوتر 1 2	
[D] عربة يجرّها حيوان؟	عربة يجرّها حيوان 1 2	
[E] سيارة أو شاحنة أو شاحنة صغيرة؟	سيارة / شاحنة / شاحنة صغيرة 1 2	
[F] قارب بمحرك؟	قارب بمحرك 1 2	
[G] إضافات أخرى خاصة بالبلد (يرجى العودة الى دليل إرشادات تعديل الاستبيانات)	إضافات خاصة بالبلد 1 2	
HC11. هل لدى أي من أفراد أسرتك جهاز حاسوب أو جهاز لوحي؟	نعم .....1 لا 2	
HC12. هل لدى أي من أفراد أسرتك هاتف نقال؟	نعم .....1 لا 2	
HC13. هل تستخدم أسرتك الإنترنت في المنزل؟	نعم .....1 لا 2	
HC14. هل تمتلك/تمتلكين أو يمتلك أي شخص آخر في هذه الأسرة المعيشية هذا المسكن؟ *إذا كان الجواب "لا"، اسألها/ليها:* هل تستأجر/تستأجرين هذا المسكن من شخص لا يعيش ضمن هذه الأسرة المعيشية؟ *إذا كانت الإجابة "مستأجر من شخص آخر"، سجّل/سجّلي "2". للإجابات الأخرى، سجّل/سجّلي "6" وحدد/حددي الإجابة.*	ملك خاص .....1 مستأجر .....2 غير ذلك (*يرجى التحديد*) _____6	

HC15. هل يمتلك أي فرد من أفراد هذه الأسرة المعيشية أية قطعة أرض صالحة للزراعة؟	نعم ..... 1 لا 2	2 ⇦ *HC17*
HC16. كم هكتار من الأرض الزراعية يمتلك أفراد هذه الأسرة المعيشية؟ *إذا كانت الإجابة أقل من هكتار 1، سجّل/سجّلي "00".*	هكتار ..... ___ ___ 95 أو أكثر ..... 95 لا أعرف 98	
HC17. هل تمتلك هذه الأسرة المعيشية أية مواشي أو قطعان أو أية حيوانات مزارع أو دواجن؟	نعم ..... 1 لا 2	2 ⇦ *HC19*
HC18. كم عدد الحيوانات التالية التي تمتلكها هذه الأسرة المعيشية؟		
[A] الأبقار الحلوب أو الثيران؟	الأبقار الحلوب أو الثيران ..... ___ ___	
[B] مواشي أخرى؟	مواشي أخرى ..... ___ ___	
[C] خيل أو حمير أو بغال؟	خيل أو حمير أو بغال ..... ___ ___	
[D] ماعز؟	ماعز ..... ___ ___	
[E] خرفان؟	خرفان ..... ___ ___	
[F] دجاج؟	دجاج ..... ___ ___	
[G] خنازير؟	خنازير ..... ___ ___	
[H] إضافات أخرى خاصة بالبلد (يرجى العودة الى دليل إرشادات تعديل الاستبيانات) *إذا لم تكن الأسرة تمتلك أية حيوانات، سجّل/ سجّلي "00". إذا كانت الإجابة 95 أو أكثر، سجّل/سجّلي "95".* *إذا كانت الإجابة غير معروفة، سجّل/سجّلي "98".*	. إضافة خاصة بالبلد ..... ___ ___	
HC19. هل لدى أي فرد من أفراد هذه الأسرة حساب بنكي؟	نعم ..... 1 لا 2	

نموذج التحويلات الاجتماعية					ST
ST1. أودّ أن أسألك عن برامج المساندة الاقتصادية الخارجية المتنوعة المقدمة لأسرتك. وأعني بالمساندة الخارجية الدعم الذي تقدمه الحكومة أو المنظمات غير الحكومية مثل المنظمات الدينية أو الخيرية أو القائمة على الخدمة الاجتماعية. ويستثنى من هذا أي دعم تقدمه العائلة أو الأقارب الآخرين أو الأصدقاء أو الجيران.					
	[A] نوع المساندة 1	[B] نوع المساندة 2	[C] نوع المساندة 3	[D] أي مستحقات التقاعد	[X] أي برنامج مساندة خارجي آخر
ST2. هل أنت على دراية بـ (***اسم البرنامج***)؟	نعم ..... 1 ⬀ *ST3* لا ..... 2 ⬀ *[B]*	نعم ..... 1 ⬀ *ST3* لا ..... 2 ⬀ *[C]*	نعم ..... 1 ⬀ *ST3* لا ..... 2 ⬀ *[D]*	نعم ..... 1 ⬀ *ST3* لا ..... 2 ⬀ *[X]*	نعم (يرجى التحديد) _____ 1 ⬀ *ST3* لا ..... 2 ⬀ *انتهى*
ST3. هل حصلت أسرتك أو حصل أي من أفراد أسرتك على مساندة من خلال (***اسم البرنامج***)؟	نعم ..... 1 ⬀ *ST4* لا ..... 2 ⬀ *[B]* لا أعرف ..... 8 ⬀ *[B]*	نعم ..... 1 ⬀ *ST4* لا ..... 2 ⬀ *[C]* لا أعرف ..... 8 ⬀ *[C]*	نعم ..... 1 ⬀ *ST4* لا ..... 2 ⬀ *[D]* لا أعرف ..... 8 ⬀ *[D]*	نعم ..... 1 ⬀ *ST4* لا ..... 2 ⬀ *[X]* لا أعرف ..... 8 ⬀ *[X]*	نعم ..... 1 ⬀ *ST4* لا ..... 2 ⬀ *انتهى* لا أعرف ..... 8 ⬀ *انتهى*
ST4. متى كانت آخر مرة حصلت فيها أسرتك أو حصل أي من أفراد أسرتك على مساندة من خلال (***اسم البرنامج***)؟ *إذا كانت الإجابة أقل من شهر، سجّل/سجّلي "1" وسجّل/سجّلي "00" في خانة الأشهر.* *إذا كانت الإجابة أقل من 12 شهراً، سجّل/سجّلي "1" وسجّلها/ليها في خانة الأشهر.* *إذا كانت الإجابة سنة واحدة / 12 شهراً أو أكثر، سجّل/سجّلي "2" وسجّلها/ليها في خانة السنوات.*	قبل ..... أشهر **1**__ __ ⬀ *[B]* قبل ..... سنوات **2**__ __ ⬀ *[B]* لا أعرف ..... 998 ⬀ *[B]*	قبل ..... أشهر **1**__ __ ⬀ *[C]* قبل ..... سنوات **2**__ __ ⬀ *[C]* لا أعرف ..... 998 ⬀ *[C]*	قبل ..... أشهر **1**__ __ ⬀ *[D]* قبل ..... سنوات **2**__ __ ⬀ *[D]* لا أعرف ..... 998 ⬀ *[D]*	قبل ..... أشهر **1**__ __ ⬀ *[X]* قبل ..... سنوات **2**__ __ ⬀ *[X]* لا أعرف ..... 998 ⬀ *[X]*	قبل ..... أشهر **1**__ __ ⬀ *انتهى* قبل ..... سنوات 2__ __ ⬀ *انتهى* لا أعرف ..... 998 ⬀ *انتهى*

نموذج استخدام الأسرة للطاقة		EU
EU1. في أسرتك المعيشية، ما نوع موقد الطبخ الذي يُستخدم بشكل رئيسي للطهي؟	موقد كهربائي..... 01 موقد يعمل بالطاقة الشمسية..... 02 موقد يعمل بالغاز النفطي السائل ..... 03 موقد يعمل بغاز الأنابيب الطبيعي..... 04 موقد يعمل بالغاز الحيوي ..... 05 موقد يعمل بالوقود السائل..... 06 موقد يعمل بالوقود الصلب المصنّع ..... 07 موقد تقليدي يعمل بالوقود الصلب ..... 08 موقد حجري ثلاثي / على النار ..... 09 غير ذلك (*يرجى التحديد*)_____ 96 لا يتم طهي طعام في هذه الأسرة المعيشية..... 97	01 ⇦ *EU5* 02 ⇦ *EU5* 03⇦ *EU5* 04⇦ *EU5* 05⇦ *EU5* 06⇦ *EU4* 09⇦ *EU4* 96⇦ *EU4* 97⇦ *EU6*
EU2. هل يوجد له مدخنة؟	نعم ..... 1 لا. ..... 2 لا أعرف..... 8	
EU3. هل يوجد له مروحة؟	نعم ..... 1 لا. ..... 2 لا أعرف..... 8	
EU4. ما نوع مصدر الوقود أو الطاقة المستخدم في هذا الموقد؟ *إذا كانت الإجابة أكثر من خيار واحد، سجّل/سجّلي مصدر الطاقة الرئيسي لهذا الموقد.*	الكحول / الإيثانول ..... 01 البنزين / الديزل..... 02 الكيروسين (الكاز) / البارافين..... 03 الفحم / الليجنت ..... 04 الفحم النباتي ..... 05 خشب..... 06 بقايا المحاصيل / عشب /القش / شجيرات..... 07 روث الحيوانات / الفضلات..... 08 كتل حيوية معالجة (بالات) أو رقاقات خشبية..... 09 قمامة / بلاستيك ..... 10 نشارة الخشب..... 11 غير ذلك (*يرجى التحديد*)_____ 96	
EU5. هل يتم الطهي عادة داخل المنزل، أم في مبنى منفصل، أم في الخارج؟ *إذا كانت الإجابة "في المنزل الرئيسي"، استوضح/ي أكثر لتحدد/ي إذا ما كان يتم الطهي في غرفة منفصلة.* *إذا كانت الإجابة "في الخارج"، استوضحي أكثر لتحدد/ي إذا ما كان الطهي يتم على الفرندة أو في رواق مغطى أو في الهواء الطلق.*	**في المنزل الرئيسي** في غرفة غير منفصلة ..... 1 في غرفة منفصلة..... 2 **في مبنى منفصل** ..... 3 **في الخارج** الهواء الطلق..... 4 على الفرندة أو رواق مغطى..... 5 غير ذلك (*يرجى التحديد*)_____ 6	

EU6. ما هي الوسيلة الرئيسية التي تستخدمها أسرتك للتدفئة عند الضرورة؟	التدفئة المركزية ..... 01 مدفأة مصنّعة ..... 02 مدفأة تقليدية ..... 03 موقد طهي مصنّع ..... 04 موقد طهي تقليدي ..... 05 موقد حجري ثلاثي / على النار ..... 06 غير ذلك (*يرجى التحديد*) _____ 96 لا يوجد مدفأة في الأسرة المعيشية 97	*EU8*⇦01 *EU8*⇦06 *EU8*⇦96 *EU9*⇦97
EU7. هل توجد لها مدخنة؟	نعم ..... 1 لا. ..... 2 لا أعرف 8	
EU8. ما نوع مصدر الوقود أو الطاقة المستخدم في هذه المدفأة؟ *إذا كانت الإجابة أكثر من خيار واحد، سجّل/سجّلي مصدر الطاقة الرئيسي لهذه المدفأة.*	سخّان هواء شمسي ..... 01 الكهرباء ..... 02 غاز أنابيب طبيعي ..... 03 غاز النفط المُسال / غاز الطبخ ..... 04 الغاز الحيوي ..... 05 الكحول / الإيثانول ..... 06 البنزين / الديزل ..... 07 الكيروسين (الكاز) / البارافين ..... 08 الفحم / الليجنت ..... 09 الفحم النباتي ..... 10 خشب ..... 11 بقايا المحاصيل / العشب /القش / شجيرات ..... 12 روث الحيوانات / الفضلات ..... 13 كتل حيوية معالجة (بالات) أو رقاقات خشبية ..... 14 قمامة / بلاستيك ..... 15 نشارة الخشب ..... 16 غير ذلك (*يرجى التحديد*) _____ 96 لا أعرف 98	
EU9. أثناء الليل، ما الذي تستخدمه أسرتك بشكل رئيسي لإضاءة المنزل؟	الكهرباء ..... 01 فانوس يعمل بالطاقة الشمسية ..... 02 مصباح، أو مصباح يدوي أو فانوس قابل للشحن ..... 03 مصباح أو مصباح يدوي أو فانوس يعمل بالبطارية ..... 04 مصباح يعمل بالغاز الحيوي ..... 05 مصباح يعمل بالبنزين ..... 06 مصباح يعمل بالكاز أو البارافين ..... 07 الفحم النباتي ..... 08 خشب ..... 09 بقايا المحاصيل / العشب / القش / شجيرات ..... 10 روث الحيوانات / الفضلات ..... 11 مصباح يعمل بالزيت ..... 12 شمعة ..... 13 غير ذلك (*يرجى التحديد*) _____ 96 لا توجد إضاءة في المنزل 97	

ن		
TN1. هل لدى أسرتك أية ناموسيات لمكافحة البعوض؟	نعم..... 1 لا 2	2 ⇦ *انتهى*
TN2. كم ناموسية لمكافحة البعوض لدى أسرتك؟	عدد الناموسيات..... ___ ___	

	الناموسية الأولى	الناموسية الثانية	الناموسية الثالثة
TN3. *اطلب/ي من المستجيب/ة أن يريك/تريك جميع الناموسيات الموجودة في المنزل.*	تمت مشاهدتها ..... 1 لم تتم مشاهدتها 2	تمت مشاهدتها..... 1 لم تتم مشاهدتها 2	تمت مشاهدتها ..... 1 لم تتم مشاهدتها 2
TN4. كم شهر مضى على حصول أسرتك على هذه الناموسية؟ *إذا كانت الإجابة أقل من شهر واحد، سجّلي/سجّلي "00".*	قبل ..... أشهر ___ ___ قبل أكثر من 36 شهر ..... 95 لا أعرف / غير متأكد/ة 98	قبل ..... أشهر ___ ___ قبل أكثر من 36 شهر ..... 95 لا أعرف / غير متأكد/ة 98	قبل ..... أشهر ___ ___ قبل أكثر من 36 شهر ..... 95 لا أعرف / غير متأكد/ة 98
TN5. *لاحظ/ي أو اسأل/ي عن العلامة التجارية /نوع ناموسية البعوض.* *إذا كانت العلامة التجارية غير معروفة وتعذر عليك مشاهدة الناموسية، اعرض/ي على المستجيب/ة صوراً لأنواع/علامات الناموسيات النموذجية.*	**ناموسية مُعالَجَة ممتدة المفعول** العلامة التجارية A..... 11 العلامة التجارية B..... 12 العلامة التجارية C ..... 13 علامة تجارية أخرى *(يرجى التحديد)* _____ 16 لا أعرف العلامة التجارية..... 18 نوع آخر *(يرجى التحديد)* _____ 36 لا أعرف العلامة التجارية/النوع .. 98	**ناموسية مُعالَجَة ممتدة المفعول** العلامة التجارية A ..... 11 العلامة التجارية B ..... 12 العلامة التجارية C ..... 13 علامة تجارية أخرى *(يرجى التحديد)* _____ 16 لا أعرف العلامة التجارية ..... 18 نوع آخر *(يرجى التحديد)* _____ 36 لا أعرف العلامة التجارية/النوع .. 98	**ناموسية مُعالَجَة ممتدة المفعول** العلامة A ..... 11 العلامة التجارية B ..... 12 العلامة التجارية C ..... 13 علامة تجارية أخرى *(يرجى التحديد)* _____ 16 لا أعرف العلامة التجارية ..... 18 نوع آخر *(يرجى التحديد)* _____ 36 لا أعرف العلامة التجارية/النوع .. 98

TN10. هل حصلت على الناموسية من خلال إحدى اسم حملة التوزيع العمومية المحلية، خلال زيارة لتلقي رعاية ما قبل الولادة، أو خلال زيارة الحصول على التطعيم؟	نعم، اسم الحملة .....1 نعم، خلال زيارة تلقي رعاية ما قبل الولادة .....2 نعم، خلال زيارة التطعيم .....3 لا .....4 لا أعرف 8	نعم، اسم الحملة .....1 نعم، خلال زيارة تلقي رعاية ما قبل الولادة .....2 نعم، خلال زيارة التطعيم .....3 لا .....4 لا أعرف 8	نعم، اسم الحملة .....1 نعم، خلال زيارة تلقي رعاية ما قبل الولادة .....2 نعم، خلال زيارة التطعيم .....3 لا .....4 لا أعرف 8
TN11. *تحقق/تحققي من TN10: هل TN10 = 4 أو 8؟*	نعم، *TN10 = 4 أو 8* ..... 1 لا، *TN10 = 1، 2 أو 3* ..... 2 ⇨ *TN13*	نعم، *TN10 = 4 أو 8* ..... 1 لا، *TN10 = 1، 2 أو 3* ..... 2 ⇨ *TN13*	نعم، *TN10 = 4 أو 8* ..... 1 لا، *TN10 = 1، 2 أو 3* ..... 2 ⇨ *TN13*
TN12. من أين حصلت على هذه الناموسية؟	مرفق صحي حكومي .....01 مرفق صحي خاص .....02 صيدلية .....03 حانوت / السوق/الشارع .....04 باحثة صحة اجتماعية .....05 مؤسسة دينية .....06 المدرسة .....07 غير ذلك .....96 لا أعرف 98	مرفق صحي حكومي .....01 مرفق صحي خاص .....02 صيدلية .....03 حانوت / السوق/الشارع .....04 باحثة صحة اجتماعية .....05 مؤسسة دينية .....06 المدرسة .....07 غير ذلك .....96 لا أعرف 98	مرفق صحي حكومي .....01 مرفق صحي خاص .....02 صيدلية .....03 حانوت / السوق/الشارع .....04 باحثة صحة اجتماعية .....05 مؤسسة دينية .....06 المدرسة .....07 غير ذلك .....96 لا أعرف 98
TN13. هل نام أي أحد تحت هذه الناموسية ليلة أمس؟	نعم .....1 لا .....2 لا أعرف / غير متأكد/ة 8	نعم .....1 لا .....2 لا أعرف / غير متأكد/ة 8	نعم .....1 لا .....2 لا أعرف / غير متأكد/ة 8
TN14. تحقق/تحققي من TN13 : *هل نام أي أحد تحت الناموسية (TN13=1)؟*	نعم، *TN13=1* ..... 1 لا، *TN13=2 أو 8* ..... 2 ⇨ *TN16*	نعم، *TN13=1* ..... 1 لا، *TN13=2 أو 8* ..... 2 ⇨ *TN16*	نعم، *TN13=1* ..... 1 لا، *TN13=2 أو 8* ..... 2 ⇨ *TN16*
TN15. من نام تحت هذه الناموسية ليلة أمس؟ *سجّل/سجّلي رقم سطر الشخص من قائمة أفراد الأسرة المعيشية.* *إذا نام شخص ما تحت الناموسية من غير الأشخاص المدرجين في قائمة أفراد الأسرة المعيشية، سجّل/ سجّلي "00".*	الاسم رقم 1 _____ رقم السطر ..... ___ ___ الاسم رقم 2 _____ رقم السطر ..... ___ ___ الاسم رقم 3 _____ رقم السطر ..... ___ ___ الاسم رقم 4 _____ رقم السطر ..... ___ ___	الاسم رقم 1 _____ رقم السطر ..... ___ ___ الاسم رقم 2 _____ رقم السطر ..... ___ ___ الاسم رقم 3 _____ رقم السطر ..... ___ ___ الاسم رقم 4 _____ رقم السطر ..... ___ ___	الاسم رقم 1 _____ رقم السطر ..... ___ ___ الاسم رقم 2 _____ رقم السطر ..... ___ ___ الاسم رقم 3 _____ رقم السطر ..... ___ ___ الاسم رقم 4 _____ رقم السطر ..... ___ ___
TN16. *هل هناك ناموسية أخرى؟*	نعم ..... 1 ⇨ *الناموسية التالية* لا ..... 2 ⇨ *انتهى*	نعم ..... 1 ⇨ *الناموسية التالية* لا ..... 2 ⇨ *انتهى*	نعم ..... 1 ⇨ *الناموسية التالية* لا ..... 2 ⇨ *انتهى*

حدد/حددي هذا المربع إذا تم استخدام استبيان إضافي: ..... ☐

نموذج المياه والصرف الصحي		WS
WS1. ما هو المصدر الرئيسي لمياه الشرب الذي يستخدمه أفراد أسرتك؟ *إذا لم تكن الإجابة واضحة، استوضح/ي أكثر لتحديد المكان الذي يحصل أفراد الأسرة منه غالباً على مياه الشرب (نقطة جمع المياه).*	**المياه المنقولة عبر الأنابيب** منقولة عبر الأنابيب إلى داخل المسكن .... 11 منقولة عبر الأنابيب إلى فناء / أرض المسكن .... 12 منقولة عبر الأنابيب إلى أحد الجيران .... 13 حنفية عامة / صنبور رأسي عام .... 14 قناة البئر / البئر الجوفية .... 21 **بئر محفورة** بئر محمية .... 31 بئر غير محمية .... 32 **ينبوع** ينبوع محمي .... 41 ينبوع غير محمي .... 42 مياه الأمطار .... 51 صهريج ماء .... 61 عربة ذات صهريج صغير .... 71 كشك ماء .... 72 مياه سطحية (نهر، سدّ، بحيرة، بركة، مياه جارية، قناة، قناة ري) .... 81 **مياه معبأة** في قنينات .... 91 في أكياس .... 92 غير ذلك (*يرجى التحديد*) ______________________ 96	 WS7⇦11 WS7⇦12 WS3⇦13 WS3⇦14 WS3⇦21 WS3⇦31 WS3⇦32 WS3⇦41 WS3⇦42 WS3⇦51 WS4⇦61 WS4⇦71 WS4⇦72 WS3⇦81 WS3⇦96
WS2. ما هو مصدر المياه الرئيسي الذي يستخدمه أفراد أسرتك لأغراض أخرى كالطهي وغسل الأيدي؟ *إذا لم تكن الإجابة واضحة، استوضح/ي أكثر لتحديد المكان الذي يحصل أفراد الأسرة منه غالباً على المياه المستخدمة لأغراض أخرى غير الشرب.*	**المياه المنقولة عبر الأنابيب** منقولة عبر الأنابيب إلى المسكن .... 11 منقولة عبر الأنابيب إلى فناء / أرض المسكن .... 12 منقولة عبر الأنابيب إلى أحد الجيران .... 13 حنفية عامة / صنبور رأسي عام .... 14 قناة البئر / البئر الجوفية .... 21 **بئر محفورة** بئر محمية .... 31 بئر غير محمية .... 32 **ينبوع** ينبوع محمي .... 41 ينبوع غير محمي .... 42 مياه الأمطار .... 51 صهريج ماء .... 61 عربة ذات صهريج صغير .... 71 كشك ماء .... 72 مياه سطحية (نهر، سدّ، بحيرة، بركة، مياه جارية، قناة، قناة ري) .... 81 غير ذلك (*يرجى التحديد*) ______________________ 96	 WS7⇦11 WS7⇦12 WS4⇦61 WS4⇦71 WS4⇦72

WS3. أين يقع مصدر المياه هذا؟	في المسكن الخاص بالأسرة ..... 1 في الفناء / قطعة الأرض الخاصة بالمسكن ..... 2 في مكان آخر 3	*WS7*⇦1 *WS7*⇦2
WS4. كم من الوقت يستغرقه أفراد أسرتك للوصول إلى هناك للحصول على الماء ثم والعودة؟	لا يقوم أفراد الأسرة بجلب الماء ..... 000 عدد الدقائق ..... __ __ __ لا أعرف 998	*WS7* ⇦000
WS5. من يذهب عادة لجلب الماء لأسرتك؟ *سجّل/سجّلي اسم الشخص وانسخ/ي رقم السطر الخاص بهذا الشخص من نموذج قائمة أفراد الأسرة المعيشية*	الاسم _____ رقم السطر ..... __ __	
WS6. منذ (***يوم المقابلة***) الماضي(ة)، كم مرة كان على هذا الشخص الذهاب لجلب الماء؟	عدد المرات ..... __ __ لا أعرف 98	
WS7. خلال الشهر الماضي، هل صدف أن لم يكن لدى أسرتك كميات كافية من مياه الشرب؟	نعم، مرة واحدة على الأقل ..... 1 لا، يوجد دائماً ما يكفي من الماء ..... 2 لا أعرف 8	*WS9*⇦2 *WS9*⇦8
WS8. ما السبب الرئيسي الذي منعكم من الحصول على كميات كافية من الماء عند الحاجة إليها؟	الماء غير متوفر في المصدر ..... 1 المياه باهظة الثمن ..... 2 لا يمكن الوصول إلى المصدر ..... 3 غير ذلك (*يرجى التحديد*) _____ 6 لا أعرف 8	
WS9. هل تفعلون أي شيء لجعل الماء أكثر أماناً للشرب؟	نعم ..... 1 لا ..... 2 لا أعرف 8	*WS11*⇦2 *WS11*⇦8

WS10. ما الذي تفعلونه عادة لجعل الماء أكثر أماناً للشرب؟ *استوضح/ي أكثر:* أي شيء آخر؟ *سجّل/سجّلي جميع الطرق التي ذُكرت.*	A..... غلي الماء B..... إضافة المبيّض / الكلور C..... تصفيته باستخدام قطعة قماش استخدام فلتر الماء (سيراميك، رمل، مرشح يتكون من عدة مواد، إلخ) .....D E..... التطهير عن طريق أشعة الشمس F ..... تركه حتى يترسب X _____ غير ذلك (*يرجى التحديد*) Z ..... لا أعرف	
WS11. ما نوع المرحاض الذي يستخدمه أفراد أسرتك عادة؟ *إذا كانت الإجابة "مياه طاردة" أو "متدفقة بالصبّ"، استوضح/ي أكثر:* إلى أين تتدفق؟ *إذا تعذر تحديد النوع ،اطلب/اطلبي الإذن لمشاهدة المرحاض.*	**مياه طاردة / متدفقة بالصبّ** 11 ..... تتدفق إلى شبكة مجاري 12 ..... تتدفق إلى حفرة امتصاصية 13 ..... تتدفق إلى حفرة مرحاض 14 ..... تتدفق إلى الهواء الطلق 18 ..... لا أعرف إلى أين تتدفق **حفرة مرحاض** 21 ..... مرحاض متصل بحفرة محسّنة ومهوية 22 ..... مرحاض متصل بحفرة مغطاة 23 ..... مرحاض متصل بحفرة غير مغطاة / حفرة مفتوحة 31 ..... مرحاض من السماد 41 ..... سطل 51 ..... مرحاض معلّق 95 ..... لا يوجد مرحاض / بين الشجيرات / في الحقول 96 _____ غير ذلك (*يرجى التحديد*)	⇦11 *WS14* ⇦14 *WS14* ⇦18 *WS14* ⇦41 *WS14* ⇦51 *WS14* ⇦95 *انتهى* ⇦96 *WS14*
WS12. هل سبق أن تم تفريغ (***الإجابة من سؤال WS11***)؟	1 ..... نعم، تم تفريغه 4 ..... لا، لم يتم تفريغه 8 ..... لا أعرف	⇦4 *WS14* ⇦8 *WS14*
WS13. في آخر مرة تم تفريغه، إلى أين تم تفريغ المحتويات؟ *استوضح/ي أكثر:* هل تم إزالة المحتويات بواسطة مقدم للخدمة؟	**تم إزالتها بواسطة مقدم للخدمة** 1 ..... إلى معمل معالجة 2 ..... تم دفنها في حفرة مغطاة 3 ..... لا أعرف أين أفرغت **قامت الأسرة بتفريغها.** 4 ..... تم دفنها في حفرة مغطاة 5 ..... إلى حفرة غير مغطاة، أو أرض مكشوفة أو مكان مائي أو في مكان آخر 6 _____ غير ذلك (*يرجى التحديد*) 8 ..... لا أعرف	
WS14. أين يوجد مكان هذا المرحاض؟	1 ..... في المسكن الخاص بالأسرة 2 ..... في الفناء / قطعة الأرض الخاصة بالمسكن 3 ..... في مكان آخر	
WS15. هل تتشاركون في استخدام هذا المرحاض مع أشخاص آخرين ليسوا من أفراد أسرتكم؟	1 ..... نعم 2 ..... لا	⇦2 *انتهى*

WS16. هل تتشاركون في المرحاض فقط مع أفراد أسر أخرى تعرفونهم، أم أن هذا المرحاض هو للاستخدام العام؟	نتشارك فيه مع الأسر التي نعرفها (ليس مرحاضً عامً) ..... 1 نتشارك فيه مع الناس عموماً..... 2	2⇦ *انتهى*
WS17. كم العدد الإجمالي للأسر التي تستخدم هذا المرحاض، بما فيها أسرتكم؟	عدد الأسر (إذا كانت الإجابة أقل من 10)..... 0 _ _ عشر أسر أو أكثر ..... 10 لا أعرف 98	

نموذج غسل الأيدي		HW
HW1. أودّ أن أعرف المزيد عن المكان الذي يغسل أفراد هذه الأسرة أيديهم فيه؟ هل يمكنك لو سمحت أن تريني المكان الذي يغسل أفراد أسرتك أيديهم فيه في أغلب الأوقات؟ *سجّل/سجّلي النتيجة والمشاهدة*	**تمت مشاهدته** تم مشاهدة مرفق ثابت (مغسلة / حنفية) داخل المسكن..... 1 في فناء / أرض المسكن..... 2 تم مشاهدة مكان متنقل (دلو / وعاء / إبريق)..... 3 **لم تتم مشاهدته** لا يوجد مكان لغسل الأيدي في المسكن/ الفناء /الأرض المحيطة ... 4 لم يسمح برؤيته..... 5 سبب آخر (*يرجى التحديد*) _____ 6	 *HW5*⇦4 *HW4*⇦5 *HW5*⇦6
HW2. *تحقق/تحققي من وجود الماء في مكان غسل الأيدي.* *وتحقق/تحققي من ذلك من خلال تفقد الحنفية/المضخة أو الوعاء أو الدلو أو وعاء الماء أو الأشياء المشابهة للتأكد من وجود الماء.*	الماء متوفر ..... 1 الماء غير متوفر..... 2	
HW3. *هل يوجد صابون أو مادة منظفة أو رماد/ طين/ رمل في مكان غسل الأيدي؟*	نعم، يوجد..... 1 لا، لا يوجد..... 2	*HW7*⇦1 *HW5*⇦2
HW4. أين تقوم/ين أو يقوم أفراد أسرتك الآخرين بغسل أيديهم في أغلب الأوقات؟	مرفق ثابت (مغسلة / حنفية) داخل المسكن..... 1 في فناء / أرض المسكن..... 2 حاوية/إناء متنقل (دلو / وعاء / إبريق) ..... 3 لا يوجد مكان لغسل الأيدي في المسكن / الفناء / الأرض المحيطة..... 4 غير ذلك (*يرجى التحديد*)_____ 6	
HW5. هل لديكم صابون أو أي مادة منظفة أو رماد / طين/ رمل في منزلك لغسل الأيدي؟	نعم..... 1 لا 2	 2⇦*انتهى*
HW6. هل يمكنك أن تريني إياها لو سمحت؟	نعم، تمت رؤيتها ..... 1 لا، لم تتم رؤيتها..... 2	 2⇦*انتهى*
HW7. *سجّل/سجّلي مشاهداتك.* *سجّل/سجّلي كل ما ينطبق.*	قطعة صابون أو صابون سائل ..... A مادة منظفة (بودرة، سائل، معجون)..... B *رماد / طين / رمل* C	

نموذج الملح المدعوم باليود		SA
SA1. نريد أن نتحقق مما إذا كان الملح المستخدم في أسرتك مدعوماً باليود. هل يمكنني الحصول على عينة من الملح المستخدم في طبخ الطعام في منزلك؟ *ضع/ضعي نقطتين من محلول الاختبار، وارصد/ي التفاعل الأكثر غمقة الذي يحدث خلال 30 ثانية، وقارنه/قارنيه مع جدول الألوان ومن ثم سجل/ سجلي النتيجة (1 أو 2 أو 3) (1 أو 5) التي تنطبق مع نتيجة الاختبار.*	**تم فحص الملح** 0 جزء في المليون (لا تفاعل) ..... 1 أقل من 15 جزء في المليون (بين 0 و 15 جزء في المليون) ... 2 أكثر من 15 جزء في المليون (على الأقل 15 جزء في المليون) 3 تفاعل ..... 5 **لم يتم فحص الملح** لا يوجد ملح في المنزل ..... 4 سبب آخر (يرجى التحديد) _____ 6	HH13⇦2 HH13⇦3 HH13⇦5 HH13⇦4 HH13⇦6
SA2. أودّ أن أجري اختباراً آخر. هل يمكنك أن تحضري لي عينة أخرى من نفس الملح؟ *ضع/ضعي خمس نقاط من محلول إعادة الفحص. ومن ثمّ ضع/ضعي نقطتين من محلول الاختبار على نفس البقعة. ارصد/ارصدي التفاعل الأكثر غمقة الذي يحدث خلال 30 ثانية، وقارنه/قارنيه مع جدول الألوان ومن ثم سجل/ سجلي النتيجة (1 أو 2 أو 3) (1 أو 5) التي تنطبق مع نتيجة الاختبار.*	**تم فحص الملح** 0 جزء في المليون (لا تفاعل) ..... 1 أقل من 15 جزء في المليون (بين 0 و 15 جزء في المليون) ... 2 أكثر من 15 جزء في المليون (على الأقل 15 جزء في المليون) 3 تفاعل ..... 5 **لم يتم فحص الملح** سبب آخر (يرجى التحديد) _____ 6	

HH13. *سجّل/سجّلي الوقت.*	الساعة والدقائق ..... __ __ : __ __	
HH14. *لغة الاستبيان.*	العربية ..... 1 اللغة 2 ..... 2 اللغة 3 3	
HH15. *لغة المقابلة.*	العربية ..... 1 اللغة 2 ..... 2 اللغة 3 ..... 3 لغة أخرى (يرجى التحديد) _____ 6	
HH16. *اللغة الأم للمستجيب/ة.*	العربية ..... 1 اللغة 2 ..... 2 اللغة 3 ..... 3 لغة أخرى (يرجى التحديد) _____ 6	
HH17. *هل تم استخدام مترجم لترجمة أية أجزاء من هذا الاستبيان؟*	نعم، لترجمة كامل الاستبيان ..... 1 نعم، لترجمة جزء من الاستبيان ..... 2 لا، لم يتم استخدام مترجم 3	
HH18. *تحقق/ي من HL6 في قائمة أفراد الأسرة المعيشية وأشر/أشيري إلى إجمالي عدد الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 5 – 17 سنة:*	لا يوجد أطفال ..... 0 طفل واحد ..... 1 طفلان أو أكثر (العدد) ..... ___	HH29⇦0 HH27⇦1

HH19. *أدرج/ي كل طفل(ة) يتراوح عمره بين 5 - 17 سنة أدناه حسب ترتيبه في قائمة أفراد الأسرة المعيشية. لا تدرج/تدرجي أي أفراد آخرين في الأسرة المعيشية من خارج الفئة العمرية بين 5 و17 سنة. سجّل/سجّلي رقم سطر واسم وجنس وعمر كل طفل(ة).*

HH20. *رقم الترتيب*	**HH21**. *رقم السطر من HL1*	**HH22**. *الاسم من HL2*	**HH23**. *الجنس من HL4*	**HH24**. *العمر من HL6*
الترتيب	الرقم	الاسم	ذكر 1 أنثى 2	العمر
1	__ __		1 2	__ __
2	__ __		1 2	__ __
3	__ __		1 2	__ __
4	__ __		1 2	__ __
5	__ __		1 2	__ __
6	__ __		1 2	__ __
7	__ __		1 2	__ __
8	__ __		1 2	__ __

HH25.: *تحقق/تحققي من آخر خانة رقمية لرقم الأسرة (HH2) من لوحة معلومات الأسرة المعيشية. هذا هو رقم الصّف الذي يجب أن تذهب/ي إليه في الجدول أدناه.*

تحقق/تحققي من مجموع عدد الأطفال في الفئة العمرية 5 -17 سنة في HH18 أعلاه. هذا هو رقم العمود الذي يجب أن تذهب/ي إليه في الجدول أدناه.

ابحث/ي عن المربع الذي يتقاطع فيه رقم الصّف مع رقم العمود، سجّل/سجّلي الرقم الذي يظهر في المربع. هذا هو رقم ترتيب (HH20) الطفل(ة) الذي/التي تم اختياره/ها.

آخر خانة لرقم الأسرة المعيشية (من HH2)	إجمالي عدد الأطفال المؤهلين في الأسرة المعيشية (من HH18)						
	2	3	4	5	6	7	+8
0	2	2	4	3	6	5	4
1	1	3	1	4	1	6	5
2	2	1	2	5	2	7	6
3	1	2	3	1	3	1	7
4	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	3	5	3	1
6	2	2	2	4	6	4	2
7	1	3	3	5	1	5	3
8	2	1	4	1	2	6	4
9	1	2	1	2	3	7	5

HH26. *سجّل/سجّلي رقم الترتيب (HH20)، ورقم السّطر (HH21)، والاسم (HH22)، والعمر (HH24) للطفل(ة) الذي/التي تم اختياره/ها.*

رقم الترتيب .....___

رقم السطر .....__ __

الاسم_____

العمر .....__ __

HH27. *(عندما يكون HH18 = 1 أو عندما يكون هناك طفل منفرد يتراوح عمره بين 5 - 17 سنة في هذه الأسرة المعيشية): سجّل/سجّلي رقم الترتيب كـ "1"، وسجّل/سجّلي رقم السطر (HL1) والاسم (HL2) والعمر (HL6) لهذا/هذه الطفل(ة) من قائمة أفراد الأسرة المعيشية.*

HH28. *قم/قومي بإعداد استبيان للأطفال ما بين 5 – 17 سنة ليتم استيفاءه مع الأمّ/مانحة الرعاية لهذا/هذه الطفل(ة).*

HH29. *تحقق/تحققي من HL8 في قائمة أفراد الأسرة المعيشية: هل هناك نساء تتراوح أعمارهن بين 15 - 49 سنة؟*

نعم، هناك على الأقل امرأة واحدة
يتراوح عمرها بين 15 - 49 سنة 1
لا ..... 2 ⇦HH34

HH30. *قم/قومي بإعداد نسخة منفصلة عن الاستبيان الفردي للمرأة لكل امرأة يتراوح عمرها بين 15 - 49 سنة.*

HH31. *تحقق/تحققي من HL6 و HL8 في قائمة أفراد الأسرة المعيشية: هل هناك فتيات تتراوح أعمارهن بين 15 - 17 سنة؟*	نعم، هناك على الأقل فتاة واحدة يتراوح عمرها بين 15 - 17 سنة ..... 1 لا 2	2⇦*HH34*
HH32. *تحقق/تحققي من HL20 في قائمة أفراد الأسرة المعيشية: هل يجب الحصول على موافقة لإجراء المقابلة مع على الأقل فتاة واحدة يتراوح عمرها بين 15 - 17 سنة؟*	نعم، هناك على الأقل فتاة واحدة يتراوح عمرها بين 15 - 17 سنة تتطابق حالتها مع HL20 ≠ 90 ..... 1 لا، HL20 = 90 لجميع الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15- 17 سنة 2	2⇦*HH34*

HH33. كجزء من المسح، سنقوم أيضاً بإجراء مقابلة مع النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 - 49 سنة. وسنأخذ الإذن للمقابلة مع كل شخص نجري معه المقابلة. وستقوم باحثة أنثى بإجراء هذه المقابلات.

بالنسبة للفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 - 17 سنة، يجب أن نحصل أيضاً على الموافقة من شخص بالغ قبل إجراء المقابلة معهن. وكما ذكرت سابقاً، ستبقى جميع المعلومات التي نحصل عليها سرّية للغاية ومجهولة الهوية.

هل يمكننا إجراء مقابلة مع (***اسم (أسماء) فرد (أفراد) الأسرة الأنثى/الإناث ممن تتراوح أعمارهن بين 15 - 17 سنة***) فيما بعد؟

☐ *إذا كانت الإجابة "نعم" لجميع الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 - 17 سنة ⇦تابع/تابعي في السؤال HH34.*

☐ *"لا" لفتاة واحدة على الأقل يتراوح عمرها بين 15 - 17 سنة، و"نعم" لفتاة واحدة على الأقل يتراوح عمرها بين 15 - 17 سنة ⇦ سجل/سجلي "06" في WM17 (أيضا في UF17 و FS17، إذا تطابق) في الاستبيانات الفردية للفتيات اللواتي لم يتم الحصول على الموافقة من أحد الكبار البالغين لاستيفاء الاستبيان لهن. بعد ذلك تابع/تابعي في HH34.*

☐ *"لا" لجميع الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 - 17 سنة ⇦ سجل/سجلي "06" في WM17 (أيضا في UF17 و FS17، إذا تطابق) في جميع الاستبيانات الفردية للفتيات اللواتي لم يتم الحصول على موافقة من أحد الكبار البالغين لاستيفاء الاستبيان لهن. بعد ذلك تابع/تابعي في HH34.*

HH34. *تحقق/تحققي من HH8 في لوحة معلومات الأسرة المعيشية: هل تم اختيار هذه الأسرة المعيشية لتنفيذ الاستبيان الخاص بالرجال؟*	نعم، HH8 = 1 ..... 1 لا، HH8 = 2 2	2⇦*HH40*
HH35. *تحقق/تحققي من HL9 في قائمة أفراد الأسرة المعيشية: هل هناك رجال تتراوح أعمارهم بين 15 - 49 سنة؟*	نعم، هناك على الأقل رجل واحد يتراوح عمره بين 15 - 49 سنة ..... 1 لا 2	2⇦*HH40*
HH36. *قم/قومي بإعداد نسخة منفصلة من الاستبيان الفردي للرجل لكل رجل يتراوح عمره بين 15 - 49 سنة.*		
HH37. *تحقق/تحققي من HL6 و HL9 في قائمة أفراد الأسرة المعيشية: هل هناك أولاد تتراوح أعمارهم بين 15 - 17 سنة؟*	نعم، هناك على الأقل ولد واحد يتراوح عمره بين 15 - 17 سنة ..... 1 لا 2	2⇦*HH40*
HH38. *تحقق/تحققي من HL20 في قائمة أفراد الأسرة المعيشية: هل يجب الحصول على موافقة لإجراء المقابلة مع على الأقل ولد واحد يتراوح عمره بين 15 - 17 سنة؟*	نعم، هناك على الأقل ولد واحد يتراوح عمره بين 15 - 17 سنة تنطبق حالته مع HL20 ≠ 90 ..... 1 لا، HL20 = 90 لجميع الأولاد الذين تتراوح أعمارهم بين 15 - 17 سنة 2	2⇦*HH40*

HH39. كجزء من المسح، سنقوم أيضاً بإجراء مقابلة مع الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين 15 - 49 سنة. وسنأخذ الإذن للمقابلة مع كل شخص نجري معه المقابلة. وسيقوم باحث ذكر بإجراء هذه المقابلات.

بالنسبة للأولاد الذين تتراوح أعمارهم بين 15 - 17 سنة، يجب أن نحصل أيضاً على موافقة من شخص عاقل قبل إجراء المقابلة معهم. وكما ذكرت سابقاً، ستبقى جميع المعلومات التي نحصل عليها سرّية للغاية ومجهولة الهوية.

هل يمكنني إجراء مقابلة مع (***اسم (أسماء) الفرد (الأفراد) الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 15 - 17 سنة***) لاحقاً؟

☐ *إذا كانت الإجابة "نعم" لجميع الأولاد الذين تتراوح أعمارهم بين 15 - 17 سنة ⇦تابعي في السؤال HH40.*

☐ *"لا" لولد واحد على الأقل يتراوح عمره بين 15 - 17 سنة، و"نعم" لولد واحد على الأقل يتراوح عمره بين 15 - 17 سنة ⇦سجل/سجلي "06" في MWM17 (أيضا في UF17 و FS17، إذا تطابق) في الاستبيانات الفردية للأولاد الذين لم يتم الحصول على موافقة من أحد الكبار البالغين لاستيفاء الاستبيان لهم. بعد ذلك تابع/تابعي في HH40.*

☐ *"لا" لجميع الأولاد الذين تتراوح أعمارهم بين 15 - 17 سنة ⇦سجل/سجلي "06" في MWM17 (أيضا في UF17 و FS17، إذا تطابق) في جميع الاستبيانات الفردية للأولاد الذين لم يتم الحصول على موافقة من أحد الكبار البالغين لاستيفاء الاستبيان لهم. بعد ذلك تابع/تابعي في HH40.*

HH40. *تحقق/تحققي من HL10 في قائمة أفراد الأسرة المعيشية: هل يوجد أي أطفال تتراوح أعمارهم بين 0 - 4 سنوات؟*	نعم، هناك واحد على الأقل ..... 1 لا 2	2⇦*HH42*
HH41. *قم/قومي بإعداد نسخة منفصلة من استبيان الأطفال دون سنّ الخامسة لكل طفل يتراوح عمره بين 0 - 4 سنوات.*		
HH42. *تحقق/تحققي من HH9 في لوحة معلومات الأسرة المعيشية: هل تم اختيار هذه الأسرة المعيشية لتنفيذ فحص جودة المياه؟*	نعم، HH9 = 1 ..... 1 لا، HH9 = 2 2	2⇦*HH45*
HH43. *قم/قومي بإعداد نسخة منفصلة من استبيان فحص جودة المياه لهذه الأسرة المعيشية*		
HH44. كجزء من هذا المسح، سوف نتأكد من جودة مياه الشرب. ونريد أن نجري اختبار بسيط لمياه الشرب التي تستخدمونها. وستأتي/يأتي إليكم زميلة/زميل لأخذ عينات المياه. هل يمكننا إجراء هذا الفحص؟ *إذا طلب/ت المستجيب/ة معرفة النتائج، اشرحي له/لها أنه لن يتم إطلاع الأسرة المعيشية الفردية على النتائج، وإنما سيتم توفيرها للسلطات المحلية.*	*نعم، تم إعطاء الإذن* ..... 1 *لا، لم يتم إعطاء الإذن* 2	2⇦ *سجّل/سجّلي "2" في WQ31 في استبيان فحص جودة المياه*

HH45. *والآن، ارجع/ارجعي إلى لوحة معلومات الأسرة المعيشية و:*

- *سجّل/سجّلي "01" في السؤال رقم HH46 (نتيجة مقابلة استبيان الأسرة المعيشية)،*
- *سجّل/سجّلي اسم ورقم سطر (من قائمة أفراد الأسرة المعيشية) المستجيب/ة في HH47 من مقابلة استبيان الأسرة المعيشية،*
- *استكمل/استكملي الأسئلة من HH48 إلى HH52،*
- *اشكر/اشكري المستجيب/ة على تعاونه/ها ومن ثم*
- *تابع/تابعي استيفاء الاستبيان/الاستبيانات الفردية المتبقية في هذه الأسرة المعيشية.*

إذا لم يكن سيتم استيفاء أي استبيان فردي أو أي استبيان لفحص جودة المياه في هذه الأسرة المعيشية، أشكر/اشكري المستجيب/ة على تعاونه/ها وانتقل/انتقلي إلى الأسرة المعيشية التالية التي كلفك المشرف(ة) بمقابلتها.

ملاحظات الباحث(ة)

ملاحظات المشرف/ة