

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
جامعة بن يوسف بن خدة الجزائر  
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية  
قسم علم الاجتماع

رسالة دكتوراه تحت عنوان:

خصائص الأسرة و البيئة و علاقتها بصحة الأطفال في الجزائر من خلال  
مسخي 1992 و 2002

من تقديم: زبيدة بلعربي

لجنة المناقشة

رئيسا	الأستاذ نور الدين حقيقي
مقرا	الأستاذ الهاشمي مقراني
عضوا	الأستاذة كلودين شولي
عضوا	الأستاذة كاترين قوربان
عضوا	الأستاذ العربي العمري

السنة الدراسية : 2008-2009

## المقدمة العامة

تعتبر الأسرة المسؤولة الأولى على حماية الطفل ، لا سيما الرعاية الصحية و مع التطور الطبي الذي عرفته المجتمعات خاصة منها المتقدمة ، حيث أوكلت مهمة الرعاية الصحية إلى مؤسسات خاصة بها ، و بالتالي تقاسمت الأسرة هذه المهمة معها .

نعلم أن هناك عوامل عديدة غير طبية تؤثر هي الأخرى على الصحة منها عوامل بيئية ، العادات الغذائية و بعض السلوكيات في الحياة التي قد تشكل مصدر خطر على الصحة , فحسب ما جاء في تقرير المأثا لسنة 1978 : تستطيع جميع دول العالم توفير مستوى مقبول للصحة مع أفاق 2000 , إذا استغلت الموارد المالية بصفة عقلانية , إذ أن نسبة معتبرة منها تصرف على السلاح و النزعات المسلحة ، عوض من استغلالها في المجال الصحي.

تبقى الفروق شاسعة في المجال الصحي بين مختلف دول العالم ، رغم مرور حوالي عشرة سنوات على التاريخ المحدد المسطر في مؤتمر المأثا لوصول كافة دول العالم إلى مستوى مقبول من الصحة.

رغم التطور الذي عرفته الدول النامية في المجال الصحي , إلا أن خدماتها الصحية لا تستجيب لمتطلبات الصحية لشريحة معتبرة من المجتمع . ذلك لأن المشاكل الصحية لسكان هذه الدول مرتبطة بعوامل عديدة منها العادات في الحياة اليومية ، مستوى الخصوبة ، رعاية الأطفال ، و كذا مدى توفير المياه الصالحة للشرب , فالعوامل الاجتماعية إذن تلعب دور مهم في نوعية الحياة و مدى استعمال الطرق الحديثة للعلاج للحفاظ على الصحة.

بذلت الجزائر مجهودات معتبرة لتحسين ظروف حياة السكان و تعد وفيات الأطفال أحد المؤشرات الدالة على هذا التحسن ، إذ عرف معدل وفيات الأطفال انخفاضاً معتبراً منذ الاستقلال حيث قدر معدل وفاة الأطفال الأقل من سنة بـ 142 وفاة لكل ألف مولود حي سنة 1970 و انخفض إلى 38 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 2006 (MICS3)، و لوحظ أن مستوى الوفاة لدى الأطفال أقل من سنة في ركود منذ التسعينات نظراً للظروف الصعبة التي عاشتها الجزائر و مازالت تعاني من أثارها إلى يومنا هذا ، و انعكست هذه الوضعية على صحة الأطفال .

إن احتمال بقاء الطفل العادي على قيد الحياة عند الولادة جد مرتفع حسب موسلي ( Mosley,1988) و لكن الأمراض التي يتعرض لها تؤدي إلى تخلف في نمو الطفل ، و تدهور (cite Biaye, 1994) و لكن الأمراض التي يتعرض لها تؤدي إلى تخلف في نمو الطفل ، و تدهور

حالته الصحية قد يؤدي به إلى الوفاة، و عرفت وفيات الأطفال انخفاضاً في المقابل لم تتبع المرضية نفس الاتجاه.

تم استعمال في هذه الدراسة لتمثيل الصحة: الإسهال ، السعال و الحوادث المنزلية. قسمت الدراسة إلى تسعة فصول ، يهتم الفصل الأول منها بالإطار المنهجي للدراسة ، أما الفصل الثاني فخصص للظواهر الديموغرافية و الانتقال الديموغرافي الذي تعيشه الجزائر ، حيث تم التركيز على البنية السكانية المستخرجة من مختلف التعدادات التي نظمتها الجزائر و مختلف الظواهر الديموغرافية ( الوفيات ، الخصوبة ، الزواجية )

اهتم الفصل الثالث من الدراسة على إبراز الخصائص الجغرافية و التنمية الاقتصادية التي عرفتھا الجزائر منذ الاستقلال ، كما تم التطرق إلى مختلف المشاكل البيئية لا سيما ندرة و تلوث المياه ، و خصصنا آخر الفصل لظاهرة الفقر في الجزائر .

تناول الفصل الرابع النظام الصحي في الجزائر و الانتقال الوبائي ، فتعرضنا من خلاله إلى التطور في الهياكل الصحية و الموارد البشرية المسخرة لتقديم الرعاية الصحية لسكان، كما تطرقنا إلى النشاط الصحي في القطاع العام و أخيراً الانتقال الوبائي في الجزائر.

خصصنا الفصل الخامس من الدراسة للإطار النظري لدراسة محددات الصحة عند الأطفال ، من خلال التعرف بمختلف الأطر لدراسة الوفيات مع اقتراح إطار نظري مستوحى من نموذج موسلي و شان (Mosely et Chen).

و عالجت في الفصل السادس مصادر المعطيات المستعملة و تقييم نوعيتها حيث تم استعمال المؤشرات التالية لهذا الغرض : مؤشر ميرز و المؤشر المجمع للأمم المتحدة ، كما أدرجت مسألة عدم الإجابات للمتغيرات المستعملة ، و تم دراسة خصائص الأسرة و المساكن في الفصل السابع و قمنا بعملية تصنيف المعطيات و استعملنا طريقتين إحصائيتين خاصة بالتصنيف ، إذ أجريت ثلاثة تصنيفات الأولى خاصة برب الأسرة و الثانية بظروف السكن و الأخيرة بوفرة الوسائل الكهرومنزلية و الممتلكات داخل المسكن.

ركز الفصل الثامن على متغير مهم من الإطار النظري ألا و هو استعمال العلاج الصحي، و فرقنا في هذا الفصل بين الجانب الوقائي و الجانب العلاجي حيث تم استخدام المؤشرات التالية في الجانب الوقائي : مراقبة الحمل و الوضع ، التطعيم و التغذية ، أما فيما يخص الجانب العلاجي استعملنا المؤشرات التالية : زيارة الوحدات الصحية و استعمال العلاج الحديث للسعال و الإسهال .

أما الفصل التاسع و الأخير فقد تناولنا فيه العلاقة الموجودة بين الصحة الأطفال و عدد من المتغيرات المستخرجة من الإطار النظري ، فهناك متغيرات خاصة بالأسرة و أخرى خاصة بالأم و الطفل و أخيراً الظروف السكنية التي ينمو فيها الطفل .

## الإشكالية :

شغل الموت و الحياة التفكير الإنساني منذ القديم ، حيث أولت لهما كل الحضارات المتعاقبة أهمية كبرى لكن غالبا ما كانت عاجزة أمامهما ، إذ أن الولادة ، المرض و الموت اعتبروا شأن إلهي لا يمكن للإنسان التدخل فيه بل و حتى وصفه.

و يعتبر جون قرانت الأول في أوروبا الذي ألف كتاب حول قياس الوفاة باستعمال الإحصائيات المتوفرة في عصره ، و زعم أن الكتاب يحتوي على قوانين رياضية لحساب الوفاة و أحدث ضجة كبيرة في ذلك الزمن .

تعتبر وفيات الرضع إحدى المؤشرات الصحية التي تبرز أهميتها العديد من الأسباب نظراً للارتباط القوي بين الوفاة و مستوى التنمية في البلد ، هذا المؤشر غالباً ما يستعمل كمقياس لإبراز التقدم الاقتصادي و الاجتماعي و انخفاضه يعكس تحسن الظروف المعيشية للسكان خاصة على مستوى النظافة .

إن وفاة طفل هي نتيجة لسيرورة مكونة من سلسلة حوادث تؤثر على الصحة و تعتبر الوفاة آخر مرحلة في هذه السيرورة ، حيث يمر الطفل من حالة الصحة إلى المرض الذي قد يؤدي في الأخير إلى الوفاة ، وتركيز الديموغرافيا على المرحلة الأخيرة ألا و هي الوفاة يخفي جوانب عديدة من الصحة .

تؤدي الأمراض المعدية التي تصيب الطفل إلى ضعفه و التخلف في نموه الذي قد يكون دائم أو مؤقت، يكون نقص النمو في الدول المتقدمة مؤقت يستطيع الطفل استرجاع قواه في فترة زمنية وجيزة من خلال تغذية صحية و استعمال العلاج في الوقت المناسب ، بينما في الدول النامية يعتبر المرض الخطوة الأولى نحو الموت و إذا نجى الطفل فالتخلف في النمو يكون دائم .

إن أسباب المرض متعددة و متشابكة و مختلفة المستويات ( فردية ، أسرية و إقليمية) ، و الفقر على هذا الاعتبار يلعب دور معتبر في الحالة الصحية للأطفال و هو أحد عوامل المتغيرات الوسيطة كاستعمال العلاج الحديث و توفير التغذية الكافية و التعليم و الظروف السكن.

إن الأفراد الذين يعيشون في نفس الأسرة يعانون في كثير من الأحيان من نفس المشاكل عامة و الصحية خاصة لأنهم يتقاسمون نفس الخصائص و يعيشون في نفس الظروف ، لذلك فإن دراسة

تمركز المشاكل الصحية في بعض الأسر و المناطق مهمة لأنها تزودنا بمعلومات خاصة بأسبابها وبتالي توجيه برامج مخصصة لمكافحة هذه الأمراض .

إهتم المختصون بالأوبئة بتمركز الأمراض حسب المجال الجغرافي و الزماني بالاعتماد على إحصائيات مكنت هذه الدراسات من تحديد جيوب تمركز الأوبئة , إلا أن وجهت لها انتقادات منها عدم تمكنها من تحديد العوامل التي تؤثر على الظاهرة المدروسة و الاقتصار على وصفها فقط . تعتمد العديد من الدراسات في الوقت الحاضر على الأطر النظرية لدراسة محددات صحة الأطفال و تدرج في هذه الأخيرة الأسرة باستعمال خصائص اقتصادية و اجتماعية و ثقافية للأم أو الأب بدون الإشارة إلى العائلة .

و الخصائص التي تمت دراستها هي مهنة الأب و المستوى التعليمي للأم و هذا ما يظهر أنه تم استعمال متغيرات فردية لوصف الأسرة و لم تأخذ بعين الاعتبار نوع الأسرة التي ينتمي لها الأفراد ، و قد أشار Hobcraft إلى هذا الغموض و سماه منحى تكوين الأسرة (Family pattern) و ذكر أنه تم استعمال ثلاثة متغيرات هي عمر الأم عند الولادة ، رتبة الطفل و المجال بين الولادات و هذه المتغيرات لا تعبر بقوة على الأسرة.

إن دراسة الروابط بين العائلة و صحة الأطفال تستدعي تعريف العائلة ، و صحة الطفل و كذلك شرح ميكانزمات العلاقة بينهما .

اعتمدت العديد من الدراسات على الخصائص الاقتصادية و الاجتماعية لبعض أفراد الأسرة بدون أخذ في الحسبان نوعية الأسرة التي تنتمي إليها و قد تصادفنا حالات عديدة تتقاسم نفس الخصائص الاقتصادية و الاجتماعية للأم و الأب ولكن تختلف نوع الأسر التي ينتمون لها.

تنخفض حصة الطفل في ميزانية الأسرة إذا كان ينتمي إلى أسرة كبيرة الحجم و ذات دخل ضعيف و تحتوي على عدد من المصابين بالأمراض خاصة المزمنة. بالإضافة إلى الوسط العائلي الذي ينتمي إليه الطفل تتأثر صحته بالوسط الطبيعي الذي يعيش فيه .

إن الأطفال يتأثرون أكثر بنوعية البيئة نظراً لنموهم السريع و عدم اكتمال نضوجهم جسدياً و كذلك يستهلكون كميات أكبر من الغذاء و الهواء و الماء حسب أوزانهم مقارنة بالكبار و يعيشون قرب الأرض التي تتراكم فيها العديد من المواد الكيميائية و الغبار بسبب قصر قامتهم ، و يعرضهم فضولهم و نقص إدراكهم بالخطر إلى مخاطر عديدة تؤثر على صحتهم .

أشارت العديد من الدراسات إلى خطورة التدخين على صحة الأطفال التي قد تؤدي إلى الوفاة و تسبب العديد من الأمراض خاصة أمراض الجهاز التنفسي ، و حسب دراسة أقيمت سنة 1995 يعتبر التدخين الملوث رقم واحد للأطفال , و بالإضافة إلى نوعية الهواء ، إن المياه لا يقل دورها في التأثير على صحة الأطفال و تعاني العديد من الأسر و الكثير من الأحياء في الجزائر من نقص في المياه

خاصة في فصل الصيف , و يتسبب نقص المياه كمأً ونوعاً في ظهور العديد من الأوبئة المتنقلة عبر المياه , تعتبر الجزائر من الدول التي تعاني نقص في المياه حيث إن حصة كل ساكن من الماء سنوياً لا تتعدى 3383م<sup>3</sup> علماً أن النسبة العالمية تقدر بـ 1000م<sup>3</sup> لكل ساكن .

نحاول الاجابة من خلال هذا الطرح على السؤال التالي:

- هل هناك تفاعل بين صحة الأطفال و خصائص الأسرة من جهة و البيئة الطبيعية التي ينمو فيها الطفل من جهة أخرى ؟ .

نطرح من خلال هذا السؤال الفرضيات التالية :

### 2-1الفرضيات

- 1- ننتظر تصرفات وقائية مكثفة في الأسر النووية حيث نجد أكبر استعمال للعلاج الحديث خاصة في فترة الحمل و الولادة .
- 2- إن مكانة الطفل في الأسرة مهمة لصحته حيث أننا ننتظر أن يتم استعمال أكبر للعلاج الوقائي لأبناء أرباب الأسر .
- 3- تضطر الأسر ذات الدخل المنخفض إلى تفضيل الذكور في استعمال العلاج الحديث في حالة الإصابة بالمرض خاصة عند الأسر ذات الدخل المنخفض.
- 4- إن وجود عدد كبير من البالغين في الأسرة يوفر ظروف أحسن للعناية بالأطفال و بالتالي تقل الإصابات بالإسهال عندهم .
- 5- إن وجود أعداد معتبرة من الأطفال الأقل من 6 سنوات في الأسرة يزيد من احتمال التعرض لحادث منزلي .
- 6- يزداد احتمال الإصابة بالسعال في الأسر الكبيرة الحجم خاصة عند الأطفال .

### 3-1 تحديد المفاهيم

"ان المفهوم ليس مجرد اتفاقية أو تعريف لمصطلحات بل هو يحاول بناء و تجسيد الواقع , وتحقيقا لهذه الغاية ، فهو لا يشمل جميع جوانب الموضوع ولكن ما يعتبره الباحث ضروري من وجهة نظره (Quivy et al, 1995, p.20).

يتكون المفهوم من عدة أبعاد تمثل الظاهرة , و بناء مفهوم هو تحديد المؤشرات التي يمكن استخدامها لقياس الأبعاد.

#### 1-3-1 الأسرة

إن الأسرة موجود في جميع المجتمعات ، سواء كانت بدائية أو متقدمة و هذه الشمولية لا تعني ان هذا المفهوم يأخذ نفس الشكل دائما , في الواقع ان معرفتنا بالواقع الأسري الذي نعرفه جميعا , و مشاركتنا في العلاقات الأسرية لا يجب ان يبعثنا عن حقيقة تنوعها و اختلافها عبر الزمان و المكان. فالأسرة لا تمثل دائما تلك التي نعيش فيها , فقد تأخذ أشكال أخرى بالإضافة الى انها تقوم بعدة وظائف أولية (أساسية) التي تسمح لأعضائها بالاندماج الاجتماعي.

إن للأسرة عدة وظائف , و أهم دور تلعبه هو وظيفة الانجاب و إضافة الى هذه الوظيفة البيولوجية فهي تعمل في جميع المجتمعات على وظيفتها في التنشئة الاجتماعية و الميراث و التضامن و الاستهلاك و كذلك الإنتاج و العاطفة .

يختلف الوزن الاجتماعي و الاخلاقي من مجتمع لآخر غير أن الأسرة تبقى دائما عامل أساسي في التنشئة الاجتماعية و التي بدورها تعمل على تعزيز الروابط الاجتماعية.

إن المؤلفين الكلاسيكيين حتى علماء الاجتماع سنة 1990 ابدوا اهتمام دائم بوظائف الأسرة إذ يرى Le Play أن العائلة الأصلية (famille souche) هي الشكل المثالي للأسرة من خلال دورها في تعزيز و اعادة انتاج القيم و التقاليد , و في نفس السياق كان لدوركايم (Durkheim 1921) مخاوف من بروز شكل جديد من أشكال الأسرة و هي الأسرة الزوجية المنطوية على الداخل و العلاقات العاطفية التي يمكن ان تولد المزيد من الخلل في المعايير التي تسيّر الأفراد و تضمن نظام المجتمع (anomie).

في سنة 1950 , ظهر المنظور الوظيفي لبارسون (1955) و الذي فرض مع الوقت كنموذج نظري مهيم في علم الاجتماع العائلي و الذي يسمح باستعراض انتقادات الأسرة الزوجية و هذه الأخيرة بعيدة جدا على أن تكون الشكل العائلي الذي يطعن في الوظائف الاجتماعية للأسرة فهي تدخل ضمن

الجزء الفرعي من النظام الاجتماعي خصوصا و أن اندماجها في المجتمع الصناعي ضروري لتحقيق استقرارها.

إن الأسرة النووية المؤسسة على الزواج و الانجاب تتميز بخاصة التخلي عن مزيد من الوظائف التقليدية (التعليم , التدريب على المهن و رعاية المسنين) و هي تكتمل في التنشئة الاجتماعية و الدعم النفسي للكبار و الصغار , و هي تطرح بقوة قضية التمايز في الأدوار بين الجنسين " ( , Queniart 1998, p5).

و في أواخر الستينات جاءت الحركات النسوية لتشكك في هذه الإشكالية من حيث الأدوار الزوجية التي برزت مسبقا حيث سلط الضوء على علاقات السلطة التي تكمن وراء ما يسمى بتكامل الأدوار (Michel, 1971 ; Bernard, 1974, Chodorow, 1978, Collectif APRE, 1985; Collectif le sexe du travail, 1984 rapporté par Quéniart ,1998, p.10).

فقد حللوا الأسرة بوصفها مكان البناء , شأنها في ذلك شأن المجتمع ككل من خلال التقارير التي حددت العلاقات الاجتماعية بين الجنسين و الطبقات. (Hartman, 1981, Haicault, 1984 rapporté par Quéniart ,p.12 1998)

فهي تشكل الوجه المناقض للمجتمع العام المضطرب ، (stressant) و المهده ، ففي المجتمعات الأكثر تجزأة و الأكثر تفكك في العالم ، أصبحت الأسرة المكان المحتمل للبناء وكذا تفكيك الهوية، الحالة الزوجية ، العائلة ، العرقية و الاجتماعية وهكذا فإن علماء الاجتماع اهتموا بالسلوك الذي تنفعل من خلاله الأسرة والتي تعمل كمصفاة بين الفرد و المجتمع سواء في مجال الصحة و التعليم الرفهيه و الأدواق الثقافية وكذلك في السلوك السياسي .

إن الدراسات التي اهتمت بالأسرة الجزائرية تعد قليلة ، إذ نجد علماء الاجتماع العائلي لم يتوصلوا إلى اتفاق حول تعريف الأسرة الجزائرية ، " البعض يتكلم عن الأسرة الممتدة ، المركبة رافضين مصطلح نموذج الأسرة الفردية ( unique ) و البعض الآخر يتحدث عن نموذج الأسرة المتنوعة , والتي تمثل عدة أشكال ، ولكن الاتجاه المسيطر يتمثل في خاصية النموذج الأسري الذي يطرح استراتيجية متعددة الجوانب للتكيف في كل من الوسط الحضري و الريفى على حد سواء " (Addi 2004,P3) .

نفس الباحث يطرح مسألة امكانية الحديث عن الأسرة الزوجية في الجزائري ؟ حتى ولو الأسرة المتكونة من الزوجين و الأطفال مستقلة مجاليا ، فإنه من الصعب اعتبارها أسرة زوجية لأننا عند النظر في طبيعة العلاقات بين العائلة و أفراد الأسرة، نلاحظ انتظام الزيارات و التبعية ( القرابة) ، تدخل الوالدين ، استمرارية العلاقات ، تمنع الأسرة النووية من الاستقلالية و تكون أسرة زوجية .

و طرح هذا الباحث فرضية تحول الأسرة الأبوية ، الى الأسرة الممتدة , والتي وفقا للموارد المادية وعلى رأس المال الثقافي لأعضاء من المجتمع العائلي يظهر إما في عائلة مركبة من عدة أسر يشتركون في مكان الإقامة ومكان الإستهلاك الموحد ، وإما في شكل شبكة عائلية مبنية حول الأسرة الرئيسية ( عادة هي أسرة الوالدين) لكن تعيش في مواقع مختلفة.(Addi, 2004, p.1). تعتبر العائلة والأسرة ليست فقط وحدات القرار الأساسي في مجالات الإسكان ، الإستهلاك ، واستخدام الموارد " لكنها أيضا وحدات للقرار الأساسي لمعظم الظواهر المدروسة في الديمغرافية التقليدية التي تتركز على الفرد ، الخصوبة ، الزواج ، الطلاق والهجرة " (Kuijsten et vossen cité quali ,2006,P.7)

الجزائر ، كسائر الدول في افريقيا والعالم العربي ، فإن مفهوم الأسرة فيها يضم واقع اجتماعي معقد ( مركب ) .

ووفقا لتعداد 1998 نجد مصطلحين أساسيان تم توظيفهما وهما العائلة والأسرة ، فالأسر مكونة من عائلة واحدة أو أكثر ، فلقد تم تعداد 5.1 مليون عائلة ، وكانت هناك غلبة الأسر المكونة من زوجين وطفل والتي تمثل وحدها 78.2% من المجموع العام ، وبالفعل فإنه في تعداد 1966 مثل هذا النوع من الأسر نسبة 66.8% ، كذلك في نفس التعداد نسجل 4.4 مليون عائلة ، وأكثر من 60% من الأسر تتألف من عائلة واحدة تتكون من الزوجين والأطفال.

في هذه الدراسة سنستخدم مفهوم الأسرة كما هي معرفة من قبل الديوان الوطني للإحصاء ، اذ لدينا قائمة من أعضاء ينتمون إلى الأسرة بالنسبة للشخص المرجعي الذي يمثل رب الأسرة ، فلا يمكننا إعادة تشكيل مختلف العائلات التي تكون الأسرة.

إن كل من تحقيقات 1992 EASME و 2002 EASF اعتمدت في دراساتهما على التعدادات التي اجريت في 1987 و 1998 كقواعد للمعاينة لإستخراج العينات الخاصة بالمسوح.

### 1-3-2 الطفل

لقد اهتمت العديد من العلوم بالطفل وتطوره ، ولنبداً أولاً بالطب الذي جاء بعدة حقائق حول النمو الجسدي والعصبي للطفل وعلى التغيرات الفيزيولوجية التي يتأثر بها عضو أو آخر داخل الجسم خلال فترة النمو ، أما علم النفس الطفل ، فهو يدرس ولادة ووظائف الحياة النفسية للطفل وازدواجيتها من الجانب الفكري والعاطفي .

وعلى غرار ما سبق ذكره هناك تخصصات أخرى بدأت تهتم بالطفل منذ القرن التاسع عشر ، فعلى سبيل المثال في منتصف القرن العشرين ، بدأ المشرع بسن قوانين لمنع تشغيل الأطفال ، اذ أصبح الطفل موضوع اهتمام وانتغال المجالس التشريعية .

لقد أثبت المؤرخون أن مفهوم " الطفولة " لم يكن له وجود في العصور القديمة ، وأن هذا الأخير تشكل شيئاً فشيئاً منذ القرون الوسطى، فعلم الإجتماع الذي درس تحول الأسرة مع ظهور الثورة الصناعية ، والهجرة من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية، اهتم أيضا بمكانة الطفل في الأسرة ، كذلك بالنسبة لعلم الأنثروبولوجية الذي اهتم بدراسة وسائل التعليم ومكانة الطفل في مجتمعات أخرى على غرار النموذج الغربي .

إن المجتمع التقليدي لم يمثل الطفل بطريقة حسنة وكذا المراهقين فمرحلة الطفولة اقتصرت على الفترة الأكثر حساسية ، عندما لا يستطيع الطفل تلبية حاجياته والإعتماد على نفسه .  
" فبمجرد أن يصبح الطفل قادرا على العيش دون اهتمام أمه المستمر أو مربية أو ممرضة ، فهو يصبح بذلك ينتمي إلى مجمع الكبار .(Arries, 1973, p.177)

فالأسرة لا تؤمن التنشئة الإجتماعية ، ونقل القيم ، والمعرفة ، فسرعان ما يبتعد الطفل عن والديه إذ يتلقى التربية و التعليم عن طريق احتكاكه وتعايشه في مجتمع الكبار، و هذا ما يمكنه من إكتساب معارف و مهارات بمساعدة الكبار.

فالعلاقات الحميمة والاتصالات الإجتماعية تنسج وتتكون بدورها خارج نطاق الأسرة ، في وسط غفير و حميمي يتكون من الجيران و الأصدقاء ، العمال ، الأطفال ، والشيوخ ، من الرجال والنساء انطلاقا من نهاية القرن السابع عشر ، بدأت المدرسة تأخذ تدريجيا دور التعلم ( التلقين كوسيلة للتعليم، فقد أخذ الطفل يبتعد عن عالم الكبار ومعرفته بتدابير الحياة من خلال احتكاكه بهم حيث تم فصله عن عالم الكبار.

وكذا أصبح الاباء يهتمون بتعليم الأطفال وحتى الأسرة اصبحت مكانا للحميمة والعاطفة ، فالبنسبة لـ (Arries) فإن شعور الأسرة ظهر مع ظهور التعليم المكثف للشباب ، فإنه يبدوا من الواضح أنه كلما تناقص معدل الوفيات ، كلما أصبح فقدان طفل شعور مؤلم و غير مقبول.

### 1.3.3. المرض

إن جسم الإنسان عبارة عن مجموعة مركبة من الأعضاء في اتصال دائم داخليا فيما بينها ، وكذا مع المحيط الخارجي " وهي في تفاعل مستمر مع التأثيرات التي تخضع لها سواء كانت داخلية أو خارجية للجهاز ، هذه التغيرات البيئية المعروفة تسمى أيضا بالعوامل المؤثرة "  
يعرف المرض بتدهور الحالة الصحية و بصفة عامة ان مفهوم المرض يمثل حالة مرضية نعرف في كثير من الأحيان سببه و هذا المصطلح يختلف عن مصطلح Syndrome الذي يحدد ويشير إلى جملة من الأعراض .

فالمرض هو عبارة عن اختلال وظيفي للنظام ، حيث يتم تشخيصه من خلال أعراض مختلفة ، وبعض التحولات التي تظهر مع مرور الوقت .

إن أغلب الأمراض متعددة الأسباب و ظهورها مرتبط بالبيئة و ظروف حياة الشخص.

إن المرضية هي مفهوم مرتبط بالسياق المرض عموما و العامل المرض هو الذي يؤدي الى المرض و هذا الأخير يبرز بظهور الأعراض و بعض الإشارات . و مفهوم المضاعفات (complications) يمثل الظاهرة التي تتعرض لها اثناء المرض و يجب التفريق بين المضاعفات العادية عند الإصابة بالمرض و المضاعفات التي تسببها و التشخيص مرتبط بالمضاعفات.

و كما تشير المنظمة العالمية لصحة في ميثاقها التي تسعى بالوصول بكل الشعوب الى أكبر مستوى ممكن من الصحة و في هذه الوثيقة تعرف المنظمة العالمية لصحة بأنها اكتمال السلامة جسديا و عقليا و اجتماعيا.

فالصحة ليست مجرد إنتفاء المرض أو العجز بل هي القدرة على ممارسة النشاطات الاجتماعية و المشروعة التي يتيحها المجتمع لأفراده , و يطلق على هذا المفهوم الشمولي للصحة تسمية المفهوم الإيجابي في بعض الأحيان , تأكيدا لأهمية الأبعاد المتعددة لحالة الصحة و لأهمية مراعاة هذه الأبعاد , و لكن يبقى هذا المفهوم صعب الاستخدام و مفهوم اكتمال السلامة يصعب تحديده و قياسه . في نفس المرجع ، تعرف الصحة بأنها حالة من اكتمال السلامة البدنية ، العقلية ، والاجتماعية ، وهي لا تتجسد فقط في مجرد انعدام المرض أو العجز ، اذ من الصعب تجسيد هذا التعريف فمصطلح « bien etre » من الصعب تحديده او قياسه ، اذ يقترح قاموس أو كسفورد لعلم الأوبئة ( 1993 ) وضع تعريف يركز على الأدوار التي يقوم بها الفرد في بيئته ، تعرف الصحة أيضا بأنها حالة تختص ، والقدرة الشخصية في لعب أدوار عائلية ، مهنية ، ومجتمعية ، واستعادة القدرة على التعامل مع البيولوجي والاجتماعي فالشعور بالرفاهية هو في حد ذاته إبعاد خطر المرض والموت المفاجيء (Akoto ,2002 ,P.36)

لقد شغلت كل من الصحة والمرض اهتمام البشرية منذ الأزل ، ونحاول فهم الأسباب وكيفية تجنب الأمراض " فالمرض شأنه شأن أي حدث هام في الوجود الإنساني " يتطلب تفسيراً : يجب علينا أن نقدم له معنى, إن الصحة تفرز مجموعة من القواعد التطبيقية و كذلك أخلاقية للمحافظة عليها , و هذا الطرح لا يمس فقط المستوى الفردي بل مرتبط بالمجتمع و الثقافة ( Lecourt, 2007, ) .(p.1011)

و أمام جهل أسباب الأمراض في الماضي يعتبر هذا الأخير " عبارة عن دنس جسدي و اخلاقي و هي إشارة للحرام و المرض هو عبارة عن عقاب لخطيئة و السبب الأول يرجع الى الغضب الإلهي" (Lecourt, 2007, p.418-419).

إن أفراد كل المجتمعات تحاول بذل أقصى مجهودتها للبقاء في صحة جيدة و البقاء على الحياة و عدم تعريض صحتهم للخطر و زيادة إكتمال السلامة ( Van der Geest, 1978 rapporte par ) (Akoto, 2002, p.36

إن الوقاية تعتبر المستوى الأول لمكافحة المرض و لكن الوقاية لا تغطي كل المشاكل الصحية التي قد يتعرض لها الإنسان.

إن الأنثروبولوجيا و علم الاجتماع الصحة استفادوا من وجود في اللغة الإنجليزية من ثلاثة مفاهيم متكاملة (disease, illness, sickness) لإبراز ثلاثة ابعاد اساسية للمرض.

و حسب قاموس الجسم (corps) فإن المفهوم الأول (disease) يشير الى الأمور الغير عادية في البنية و وظائف الأعضاء أو النظام الفيزيولوجي و كل حالة عضوية أو وظيفية للمرض , و هي المرض من حيث قبولها كواقع جسدي (biophysique) . أما فيما يخص المفهوم الثاني (illness) فهي ترمز الى الإدراك و التجارب التي عاشها الأفراد و علاقتها بالمفهوم الأول أو أي حالة جسدية أو نفسية المنددة اجتماعيا , و هي تعبر على ردود أفعال ثقافية فردية خاصة بالمرض و هي ردود أفعال لتجربة الثقافية للمرض , و المفهوم الثالث يستعمل لترجمة الاختيارات العلاجية للأفراد و بتالي لن يصبح المرض حالة بل سيرورة يتبعها الفرد.

### 1-3-3-1 الإسهال

إن الإسهال هو احد أعراض العدوى الناتجة عن وجود عدد كبير من البكتريا الفيروسات والطفيليات ، والتي يمكن أن تنتشر أغلبها عن طريق المياه الملوثة ، وقد تكون أكثر شيوعا خاصة في حالة غياب المياه الصالحة للشرب والطبخ والتنظيف ، وكذا عندما لا تحترم القواعد الاساسية للنظافة الصحية .

إن المياه الملوثة بالفضلات البشر تشكل مصدر لقلق كبير كما تحتوي على إبراز الحيوانات والكائنات الدقيقة التي يمكن أن تسبب الإسهال ( ) يعد الغذاء سبب رئيسي آخر للإسهال وذلك عند تحضيره أو تخزينه في ظروف غير صحية .

قد يتلوث الغذاء ، مياه الري، وكذا الأسماك ، وفواكه البحر بالمياه الملوثة والتي قد تؤدي إلى المرض .

والتدابير الرئيسية للحد من الحالات الاسهال تشمل على : تأمين المياه الصالحة للشرب، تحسين المرافق الصحية، الغذاء الجيد، والنظافة الشخصية و الغذائية و ثقافة صحية حول كيفية انتشار العدوى (OMS, 2001) .

يعد مرض الإسهال ، من اهم المشاكل الصحية التي تواجهها البلدان النامية وهي تغطي مجموعة كبيرة من الأمراض الناجمة عن العوامل المرضية غير محددة ( غير واضحة) فهي شديدة الارتباط بالعوامل الاقتصادية ، ومن الصعب تحديد هل هو عامل الممرض أو سوء التغذية ، وهو السبب الأول لمرض الإسهال و لهذا نتحدث على السبب اسهال و سوء التغذية و هذا السبب syndrome هو نفسه مرتبط بغيره من الأمراض المعدية كالحصبة التي تضعف الطفل ، اذ يعد الإسهال المسؤول الرئيسي وراء نسبة كبيرة من وفيات الأطفال التي تقل أعمارهم عن 5 سنوات . ومن بين التدابير الأساسية المساعدة في علاج الإسهال نذكر منها تناول المزيد من السوائل أكثر من المعتاد ، بما في ذلك محلول أملاح الاماهة لمنع الجفاف ، الاستمرار في التغذية ، واستشارة مختص في قطاع الصحة ، في حالة ظهور علامات الجفاف أو مشاكل أخرى .(OMS, 2001)

### 1-3-3-2 السعال

السعال هو زفير مفاجيء مع صوت ، طوعي أو لإرادي، وذلك لطرد الهواء من الرئيتين ( إن قوة طرد الهواء قد تصل الى 900 كلم /سا) اذ هو عبارة عن رد فعل الجسم لالتهاب ما بداخله ، أي هو رد فعل حيوي.

السعال عبارة عن نوع من الشر إن صح التعبير لا بد منه لطرد مواد غير مرغوب فيها ( كالغبار ، والأجسام الغريبة) فهو ليس مرض في حد ذاته بل يعبر عن أعراض لأمراض أو اصابات أخرى .

### 1-3-3-3 الحوادث

الحادث هو حدث مفاجيء ناتج عن العوامل الفردية ( بيولوجية سلوكية ونفسية .. الخ ) .والمادية أو البيئية ( الإجتماعية ، الاقتصادية والسياسية) . وهي كذلك تعرف بأنها أي حادث مستقل عن إرادة الإنسان , و تتميز بانطلاق مفاجيء لقوة خارجية مسببة لصدمة (traumatisme) .

تعرف الصدمة وفقا للمنظمة العالمية الصحية ( OMS ) بأنها ضرر مادي يصاب به جسد الانسان بصفة مفاجئة في مدة زمنية قصيرة و مستوى الطاقة غير محتملة للإنسان التي قد تؤدي الى خلل في الوظائف أو الحرمان من احد العناصر الحيوية أو مجموعة منهم (الماء و الهواء و الحرارة).

هذا التعريف لا يشمل الآثار المترتبة على استمرار الإجهاد أو المرض أو اضطراب عقلي ، فلا يزال من الضروري التمييز بين الصدمات غير مقصودة لمحاولات الانتحار ، العنف ، أعمال الحرب ، العدوان) هذه الصدمات الغير مقصودة قد تؤدي إلى الحوادث .

تصنف الحوادث حسب أسبابها أو مكان حدوثها :

-الحوادث المنزلية التي تقع في المنزل او محيطه القريب .

-الحوادث التي تقع في الخارج .

-الحوادث المدرسية.

-الحوادث الناجمة عن ممارسة الرياضة.

-الحوادث التي تقع خلال العطل أو في فترات الترفيه .

في دراستنا هذه سنركز على الحوادث المنزلية ، التي تعرض لها الأطفال الذين لا يتجاوز أعمارهم 5 سنوات ، حسب تصريح الأمهات في سنة 1992 ، أما المسح الذي أجرى سنة 2002 فلم يدرج وحدة الحوادث .

#### 1-3-4 البيئة

وفقا لقاموس " Larousse " فإن كلمة بيئة اسم مذكر ومعناه كل ما يحيط بنا وهو مجموعة العناصر الطبيعية والإصطناعية التي تتواجد فيها الحياة الإنسانية.

إن البيئة تتشكل من مجموعة العناصر الطبيعية و الثقافية التي تتواجد فيها الكائنات الحية. البيئة البيوفيزيكية ( الطبيعية والبيولوجية) لمختلف الأجناس تمثل البيئة الطبيعية والبيئة البشرية ، فغالبا ما تمثل البيئة البشرية المثل العليا والتي تجسدها البيئة الثقافية وهي تتألف من ظروف ايكولوجية واجتماعية اذ تحدد بيئة تواجدها الكائنات الحية .

لقد تطور مفهوم البيئة بشكل محسوس في القرن العشرين إلى أن تبلور أخيرا في نهاية القرن 20 ليصبح يشير الى العلاقة بين الأنشطة البشرية وارتباط العنصر البشري بالطبيعة .

نتطرق كذا لك الى حماية البيئة وحقوقها والاهتمامات البيئة بما في ذلك التربية البيئية ونشاطاتها .

إن تعاريف نهاية القرن العشرين تشير الى البيئة الطبيعية فهي " الوسط الذي يعمل فيه النظام ، الذي يشمل كل من الهواء ، الماء ، الأرض ، الموارد الطبيعية ، النباتات والحيوانات ، الكائنات

الحية والعلاقة فيما بينهم " ( Définition francophone ISO 14001, 1996 )

البيئة هي المكان الذي ينمو فيه الأفراد وكل الفصائل ، اذ يشمل هذا الوسط على كل من الهواء و الماء و التربة و العلاقة التي تربطها ببعضها البعض .

أما الموارد الطبيعية، و النباتات والحيوانات ، والنظام البيئي والغلاف الجوي فهي تشكل البيئة البيوفيزيكية .

إن مصطلح البيئة يشكل مرجع لمجموعة مركبة ومتعددة الأبعاد من الخصائص اللاأحيائية، الأحيائية ( Abiotique ) والبشرية المقرونة بالزمان والمكان ، إن المحيط البشري يشير إلى العناصر التي ينتجها الإنسان يعدل فيها أو ينظر إليها كعناصر مشتقة من محيطه اليومي ، والتي قد تؤثر في حياتهم الاجتماعية الاقتصادية و صحتهم ورفاهيتهم .

لقد اختلف العديد من العلماء والمختصين في تحديد أهدافهم وطرق تفسيرهم لمفهوم البيئة فبصفة عامة قام اقدمهم بدراسة مكونات العضوية ولاعضوية للبيئة كالهواء و الماء و التربة و النباتات والحيوانات ، و حسب احتياجات القطاع وتخصصهم في وقت معين أو لفترة زمنية معلومة .

فليس من الغريب أن نجد مؤشرات البيئة قد تم استخدامها وتحديد كعناصر للوصف الكمي للحالة أو لتطور لواحدة أو العديد من عناصر البيئة ، إن وصف تطور الهواء ، الماء ، التربة ، النباتات والحيوانات ، يفرض تدابير خاصة ، بالإنبعاثات و التخلص من النفايات الصلبة ، استخدام أصناف معينة من الموارد ، وتعديل النظام الإيكولوجي .

في دراستنا هذه ، سنتطرق الى البيئة من خلال خصائص الإسكان ( السكن) كمؤشر حيث تم بناءه بإستعمال مجموعة من المعلومات المستنبطة من أسئلة حول مختلف مكونات السكن ( السقف ، الجدران، النافذة، الماء، الكهرباء ، دورة المياه...) حيث قمنا باستغلال السؤال الخاص، بالحالة والمنطقة التي يتواجد بها السكن من أجل معرفة نوعية الهواء ، مع العلم أن هذا السؤال متواجد في المسحيين ، و تم استخدامه من أجل تحليل تأثير وجود مدخنين في المنزل على سعال الأطفال دون الخامسة .

### 1-3-5 الرعاية الصحية

تعرف الرعاية الصحية في مفهومها الواسع بأنها " الإهتمام الموجه نحو شخص أو شيء ما " وفقا لقاموس (Larousse) ، فكلما رعاية تأخذ إذن معنى " وسيلة التي تسعى من أجل إعادة الصحة للمريض " (Larousse, 1984, p.865)

وهي تركز على تعزيز الصحة ، الوقاية من الأمراض ، كذلك رعاية المرضى والمعوقين ، كما تشمل الدفاع و تهيئة بيئة صحية ، البحوث و المشاركة في وضع السياسات الصحية ، وتسيير الأنظمة الصحية وكذلك التربية الصحية .

تتجسد مهمة الرعاية الصحية في المجتمع لمساعدة الأفراد و الأسر والجماعات لتحديد وتحقيق إمكاناتها الكاملة جسديا وعقليا واجتماعيا ، وتحقيق ذلك في إطار البيئة التي يعيشون ويعملون فيها ، مع احترام القواعد الأخلاقية الصارمة وهذا يقتضي على الموظفين الذين يقدمون الخدمات

الصحية و بذل جهودهم بإستعمال ما تعلموه في الرعاية وتأمين الوظائف ذات الصلة بالصيانة وكذا تعزيز وترقية الصحة من أجل الوقاية من الأمراض .  
في هذه الدراسة ، نميز بين الرعاية الوقائية والعلاجية ، بالنسبة للرعاية الوقائية تبدأ قبل الولادة وتستمر حتى السنوات الأولى من عمر الطفل .

#### الرعاية الوقائية

- 1-متابعة الحمل (حمل متابع ، الشهر الحمل عند أول استشارة ، الإستشارة مقدمة من طرف الطبيب ، القابلة، أو الممرضة ، عدد الاستشارات خلال فترة الحمل ) .
  - 2-الرعاية أثناء الولادة .
  - 3-الغذاء المقدم للطفل
  - 4-التطعيم
- تخص الرعاية الصحية الأمراض التالية ، السعال والاسهال لدى الأطفال .

#### 4-1 اختيار المقاربة

ان صحة الأطفال لها طبيعة متعددة الأبعاد وتستدعي لشرحها العديد من التخصصات و الدراسات التي أجريت في مختلف التخصصات مرتبطة بتخصص الأشخاص الذين قاموا بها.  
المختص في علم الاجتماع سوف يركز بحوثه في المقام الأول على العوامل الاجتماعية ، في حين أن الطبيب سيهتم بالعوامل الطبية والتفاعل بين مختلف العوامل الطبية و الاجتماعية لا يأخذ دائما في الاعتبار. " ان معظم الخبراء في العلوم الطبية والاجتماعية يفسرون ارتفاع معدلات الوفيات الرضع أساسا بإننتشار سوء التغذية والأمراض المعدية بين الفقراء , بيولوجيا ، هذا صحيح ولكننا لم نقدم تفسير و تشبه هذه النتيجة القول ان الحمل سبب للولادة , ان الولادة و الحمل والأمراض هي نتيجة تفاعلات بيولوجية و اجتماعية " (Mosley, 1985, p.5).

نميز بين اربعة مقاربات لتفسير محددات الوفيات:

#### 1-4-1 المقاربة الشمولية (Approche globalisante)

ان نقص البيانات الفردية المفصلة حتى أوائل السبعينات اضطر المتخصصين لمعالجة شرح الوفيات على المستوى الماكرواقتصادي (macro-économique). ان هذه المقاربة تمكننا من فرز محددات جماعية لا معنى لها على المستوى الفردي. و يمكن ذكر عييين لهذه المقاربة :

- خطر الاستنتاج الزائفة أي تفسير على المستوى الفردي لقياسات جمعت على المستوى الجماعي و هذا يسمح به في ظل ظروف معينة من المستحيل تطبيقها و من الصعب التحقق منها.

- الخلط في التفسير فيما يخص اتجاه العلاقات الموجودة.

#### 1-4-2 النظريات الجزئية (*Les conceptions théoriques partielles*)

يتم التركيز على محدد معين و يسند لهذا العامل الدور الرئيسي او المحرك بينما توضع العوامل الأخرى في المركز الثاني.

#### 1-4-3 الإطار النظري (*Cadre conceptuel*)

ان المقاربات السابقة مهمة و حددت اهمية بعض العوامل على المستوى الفردي و الجماعي و لكنها ليست كافية لتفسير هذه الظاهرة.

ان النهج المتعدد التخصصات ضروري لفهم آليات تأثير المتغيرات. نتعرض لمشكل ترتيب المتغيرات في تفسير الظاهرة اذا كان تفسيرها من زاوية تعدد الأبعاد.

و خصصنا الفصل الرابع لوصف مختلف التيارات لتفسير انخفاض الوفيات.

#### 1-5 الأساليب الإحصائية

ان الأساليب الإحصائية المستخدمة في شرح العوامل التي تحدد صحة الطفل هي تحليل متعدد المتغيرات التي تسمح بإدراج العديد من المتغيرات في نفس الوقت وليس التركيز على عامل واحد. تم استخدام في هذه الدراسة التحليل الثنائي و استعملنا لهذا الغرض الخطر النسبي و الإنحدار اللوجستي في التحليل متعدد المتغيرات.

#### 1-5-1 الخطر النسبي

ان الخطر النسبي هو مقياس لمدى قوة الارتباط بين التعرض (عامل خطر ، لعلاج على سبيل المثال) و وقوع الحدث و يمثل التغيير المضاعف للخطر المطلق مقارنة بخطر مرجعي. ان تعديل الخطر المطلق قد ينجم عن عوامل خطر (مريض يدخن معرض 1.5 مرات أكثر للإصابة بحدث التاجية (-accident coronarien) أو تدخل وقائي أو علاجي , ان الخطر النسبي هو قياس نسبي ويعرب عن تأثير نسبي على تواتر القاعدي للحدث , و الغرض من قياس نسبي هو إجراء تعديل

على القيمة الأولية ، وبالتالي الحصول على قيمة مستقلة عليها ، والهدف من ذلك هو الحصول على نفس القيمة اذا كان الخطر الأساسي مرتفع او منخفض.

وفقا للاتفاقيات المعتادة ، ان خطر نسبي اقل من واحد يعني ان التأثير ايجابي بينما اذا كان الخطر النسبي يساوي واحد هذا يعني ان العلاج غير ناجع و اخيرا اذا كان الخطر النسبي يفوق واحد يدل على أثر ضار.

ان القيمة 1 مهمة لتفسير الخطر النسبي و معظم الأحوال اين يكون معيار التحكيم هو فشل العلاج على سبيل المثال الوفاة أن الخطر النسبي اقل من واحد و نتحصل عليه اذا كان عدد حدوث الوفيات عند الحالات التي اخذت العلاج اقل من الحالات بدون علاج ، و العلاج يقلل من وتيرة هذا الحدث و الخطر النسبي اقل من واحد يعني ان العلاج مفيد.

و اذا كانت قيمة الخطر النسبي تساوي 1 فيعكس عدم فعالية العلاج : ان وتيرة وقوع الحدث هي نفسه مع أو بدون اخذ العلاج ، و الخطر النسبي يفوق واحد يعني ان العلاج ضار و يزيد من وتيرة وقوع الحدث. ونعكس التفسير إذا كان معيار التحكيم هو وقوع حدث إيجابي مثل الحمل في حالة العلاج من ضعف الخصوبة (hypofertilité) في هذه الحالة اذا كان الخطر النسبي اكبر من واحد هذا يعني ان العلاج اعطى نتائج حسنة (زيادة في وتيرة حدوث الحمل).

ان قيمة الخطر النسبي هو المعامل الذي نطبقه (عملية الضرب) للخطر بدون علاج للحصول على الخطر باستعمال العلاج.

نرمز لإحتمال وجود حالة في المجموعة التي اخذت العلاج ب Pt و احتمال وقوع الحدث في

مجموعة المراقبة ب Pc ، و الخطر النسبي يحسب كمايلي :  $RR=Pt/Pc$

اذا كانت الأدوية ليس لها تأثير فالخطر النسبي يساوي 1 و اذا قلل الدواء خطر المرض في هذه الحالة تتراوح قيمة الخطر النسبي بين 0 و 1 ، و اذا زاد اخذ الأدوية من حدوث المرض فإن قيمة الخطر النسبي تتراوح قيمته بين 1 و  $\infty$  مالا نهائية.

### 1-5-2 الانحدار اللوجيستي

ان تحليل الانحدار هو أسلوب إحصائي يسمح بإقامة علاقة بين المتغير التابع والمتغيرات التفسيرية بهدف دراسة العلاقات و اعطاء تنبؤات ، و يمكن ان نحاول على سبيل المثال حساب العلاقة بين خطر الوفاة و كمية السجائر التي تم تدخينها يوميا بمراعاة السن والجنس ، وربما عوامل خطر اخرى.

اذا لم يكون المتغير التابع كمي او سلمي (catégorielle) ان نموذج الانحدار الخطي ليس مناسب ، و ما يميز نموذج الإنحدار اللوجستي بنموذج الانحدار الخطي هو أن في الأول المتغير التابع نوعي

، أي أن قيمة المتغير تأخذ سمة وليس قيمة رقمية : وعلى سبيل المثال المتغير الحالة الصحية يأخذ صفة "بصحة جيدة" أو "مريض". و إذا كان عدد الصفات تساوي اثنين نتحدث عن متغير ذا شقين (dichotomique) ، في حين أن إذا تجاوز اثنين نقول عليه متعدد القيم (polytomique) .

إذا كان لدينا متغير ذات شقين تأخذ الأبعاد قيمة نسبة مثل  $p/(1-p)$  .

ان الإنحدار اللوجيستي تقدر مباشرة احتمال وقوع الحدث , وقيم المعايير يتم حسابها باستخدام أسلوب الحد الأقصى للاحتمال (méthode de vraisemblance maximale). إذا كنا نريد أن نتنبأ ،

على سبيل المثال ، بإصابة الطفل او لا بمرض كدالة لها ن متغير مستقل  $X_1, \dots, X_n$  ،

ان احتمال الإصابة بالمرض يمكن التعبير عنه على النحو التالي :

$$\text{Prob (malade)} = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n}} \quad (1)$$

La cote (Odds) est calculée à partir de la formule:

$$\text{Prob (malade)/Prob(Non malade)} = e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n} \quad (2)$$

ان النموذج اللوجيستي يعبر عنه كلوجيت logit لإحتمال الإصابة بالمرض ، أو بمعنى اخر في معادلة لوجيستية للوغرتم الطبيعي لحد المتغير التابع هي علاقة خطية للمتغيرات المستقلة.

$$\text{Log (cotes (malade))} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n \quad (4)$$

حيث  $\beta_1$  يمثل أثر المتغير المستقل  $X_1$  ، على logit الإصابة بالمرض (أو لوغاريتم احتمالات الإصابة بالمرض) ، وهذا تحت مراقبة تأثيرات المتغيرات  $2, \dots, n$ .

و استخدمنا برنامج SPSS, version 15 لتعديل مختلف النماذج المستعملة و المتغيرات لها ن فئة و المعادلة اللوجيستية تكتب كما يالي :

$$\text{Log (cotes)} = \beta_0 + \sum \beta_1 X_1 + \sum \beta_2 X_2 + \dots + \sum \beta_n X_n$$

### 1-5-3 تحليل الرسائل المتعددة (analyse des correspondances multiples)

نستعمل تحليل عوامل الاتصال (analyse factorielle des correspondances) إذا كان المتغيرين كيفيين حيث تسمح هذه الطريقة بتحديد موقع على منحنى قيم الاجابات لسؤالين.

ان تحليل الاتصالات المتعددة هو تعميم تحليل عوامل الاتصال لعدد اكبر من المتغيرات و نستطيع تمثيل على نفس المنحنى قيم الايجابيات لأكثر من متغيرين.

ان هدف هذه التحاليل هو استخراج الأبعاد المتخفية التي تحتويها الايجابيات الخاصة بالمتغيرات المختارة و تسهيل تفسير الجداول التي غالبا ما تكون غير واضحة في البداية.

ان الجدول الاول لتحليل عوامل الاتصال البسيط هو جدول يحتوي على متغيرين يمثل توزيع السكان حسب قيم الايجابيات لسؤالين نوعيين اما تحليل الاتصالات المتعددة فينطلق من جدول غير مرتبط (disjonctif) كامل و هو جدول برت (tableau de burt) الذي يمثل على السطور الأفراد و تحتوي الأعمدة على كل قيم المتغيرات النوعية المختارة و خانة التقاطع تحتوي على 1 اذ كان الفرد له تلك الخاصية و 0 في الحالات الأخرى.

يحتوي المحور الأول و الثاني على جزء مهم من المعلومات الجدول الأول (المحور الأفقي له اكبر دلالة).

ان تقارب النقاط يخبرنا بوجود علاقات بينها و ان تمركز قيم كل متغير مقارنة بالمتغيرات الأخرى يساعد على اعطاء معنى لكل محور (و هذا ليس دائما ممكنا بمشاهدة المعطيات على المنحنى).

#### 1-4-5 أساليب التصنيف

ان طرق التصنيف تقنيات قديمة و هي مرحلة تجريد ضرورية لكل العلوم و بظهور الإعلام الألي في بداية الستينات عرفت هذه الأساليب تطور من الناحية المنهجية حيث تم إستخدام خوارزميات لتصنيف الألي.

و تتمثل عملية التصنيف في تنظيم العناصر المحللة في مجموعات حيث تكون عناصر المجموعة الواحدة متشابهة و كذلك نحاول ربط كل مجموعة بنوع معين تمثل مجموع معايير التصنيف. ان طرق التصنيف هي احدى مكونات طرق تحليل المعطيات.

#### 1-4-5-1 النموذج (La typologie)

إن تحليل النموذجي يستعمل كل انواع المتغيرات (حسابي و كفي) و تحاول هذه الطرق توزيع السكان في مجموعات محددة و مختلفة الى درجة كبيرة و يكون الأفراد داخل المجموعة متشابهة قدر الممكن.

ان مختلف طرق تحليل النماذج تستعمل الأفراد و تحاول تصنيفهم تدريجيا و فقا لتشابه الأيجابيات للمتغيرات المختارة.

و من بين طرق تحليل النماذج نذكر كا متوسط (K-means) و طريقة السراب الديناميكي ( nuées dynamiques).

ان الخوارزميات المستعملة متقاربين و الفرق الموجود اختلاف في اختيار الوحدات حيث ان الطريقة الثانية تنطلق من اختيار نواة افراد عوض الاعتماد على افراد معزولين لتكوين حصص الإنطلاقة ( و هذا للحصول على نتائج احسن) , و في الأخير ان الحسابات المتكررة لتحليل النماذج يتوصلون الى تصنيف الأفراد في عدد محدد من مجموعات في البداية و يمكن ان نتحصل على فئات ذات حجم مختلف.

ان تمثيل النتائج على شكل منحنى لتحليل النموذج هي خريطة تبرز مختلف المجموعات و المجموعة المركزية (القريب من مركز المحاور) هو اقل نمطية حسب المتغيرات المستعملة. ان بعض البرامج تحليل الإحصائي ينشئون باستعمال نتائج النموذج متغير جديد لكل فرد يحتوي على رقم المجموعة التي ينتمي لها و هذا المتغير يمكن استعماله لإنشاء جداول جديدة مع المتغيرات الأخرى لتحديد سيمات كل مجموعة.

#### 1-5-4-2 أساليب التصنيف

ان طرق التصنيف هي اساليب لتجميع الأفراد المتشابهين و الفرق هو ان عدد الأفواج غير معروف مسبقا و النتائج تمثلها على شكل شجرة اترتيب و إنشاء هذه الشجرة يمكن ان يكون تصاعديا (طريقة كثيرة الإستعمال) و هذا بتجميع الأفراد على التوالي او تقسيمات متتالية. ان شجرة التصنيف يربط افراد او مجموعة افراد تم تجميعهم سابقا و اذا قطعنا الشجرة عند اخر تجميع نحصل على مجموعتين من الأفراد و اذا قمنا بالقطع قبل اخر تقسيم فإننا نحصل على ثلاثة مجموعات.

تستطيع بعض برامج الإعلام الألي القيام بهذا التقسيم على شجرة الترتيب ثم انشاء متغير خاص بالمجموعة المعنية داخل ملف المعطيات. و يجب الإشارة الى امكانية استخدام التصنيف لتجميع الأسئلة عوض الأفراد و نحصل بتالي على مجموعات متغيرات تتشابه فيها الإجابات.

#### 1- طريقة السراب الديناميكي

هذه الطريقة تتلاءم مع الجداول التي تحتوي على معطيات عديدة و تحتاج الى تحديد عدد الفئات k و المترية (métrique) المستعملة.

الخوارزمية :

لدينا I مجموعة افراد نريد ترتيبها و عدد المراحل غير معروف مسبقا.

## الإستهلال (Initialisation)

- نحدد او نسحب k نواة (noyau) مؤقت (L<sub>1</sub>...L<sub>k</sub>)
- نربط كل وحدة i الى I من المركز الأقرب للمتري المستخدم .
- التكرار (itérations)
- عند كل تكرار
- تكوين الفئة : كل عنصر يربط بأقرب نواة.

يشمل التصنيف على تقنيات تجميع احجام كبيرة من المعطيات و بتاضعف قواعد البيانات تعتمد تقنيات التصنيف اكثر على الخوارزميات بدل تقنيات الرياضية المعقدة و النتائج المتحصل عليها بعد متتالية عمليات بسيطة و متكررة و هناك فائدة اخرى لهذه الطرق و هي بساطة و صف و تمثيل الفئات.

## 2- طريقة ستاب تو ويز (Two step Cluster)

- هذه الطريقة هي و سيلة لإكتشاف مجموعات طبيعية في داخل مجموعة من المعطيات و نستعمل خوارزمية لها وظائف عديدة تختلف على تقنيات التصنيف الأخرى.
- تسير معطيات نوعية و كمية : نفترض ان المتغيرات مستقلة فإن توزيع متعدد عادي يمكن و ضعه على المتغيرات النوعية و الكمية.
  - اختيار الي لعدد الفئات : بمقارنة قيمة المعيار لنموذج المختار في مختلف الحلول لتصنيف و بتالي تستطيع الطريقة تحديد أليا العدد المثالي للمجموعات.
  - التطور : بناء شجرة و وظائف الفئات التي تبين التسجيلات فإن خوارزميات هذه الطريقة يسمح لنا بتحليل ملفات معطيات ضخمة.

تتوفر الجزائر على العديد من مصادر المعلومات لرصد نمو السكان ومن بين هذه المصادر لدينا التعدادات وأول تعداد اجري سنة 1856 , وعرفت الجزائر قبل الاستقلال إجراء تعداد كل خمسة سنوات , و التقديرات المستخرجة من التعدادات قبل الاستقلال لا تمثل كليا واقع المجتمع الجزائري نظرا لتهميش اعداد معتبرة من السكان.

بالإضافة إلى التعدادات تملك الجزائر نظام الحالة المدنية الذي يعود كذلك إلى العهد الاستعماري.

والمصدر الأخير الذي تعتمد عليه دراسة الظواهر السكانية هي المسوح وأجريت قرابة 12 مسح منفذ منتصف الثمانيات.

أن سرعة نمو السكان لوحظ قبل انطلاق حرب التحرير واستمرت خلال الفترة الممتدة بين 1954 و 1966 وهذا رغم زيادة الوفيات الناتجة عن الحرب.

بقي نمو السكان يفوق 3% بشكل مستمر لمدة عقدين من الزمن وقدر عدد السكان خلال التعداد الأول بعد الاستقلال سنة 1966 بـ 12.1 مليون نسمة ووصل إلى 23 مليون نسمة سنة 1977 ويعتبر هذا النمو من احد أعلى معدلات النمو الديمغرافي في العالم وهو راجع إلى ارتفاع معدل المواليد وانخفاض الوفيات (Aouragh,1996,p18).

بدأ انخفاض الولادات بعد اعتماد البرنامج الوطني لتحكم في نمو السكان سنة 1983.

سنقوم في هذا الفصل بتحليل مختلف الظواهر الديمغرافية التي تؤثر على النمو الطبيعي وحجم السكان.

كما سنتطرق إلى احد عناصر نمو السكان وهي الوفاة وكما هو معروف تختلف الوفيات حسب مختلف مراحل عمر الإنسان فقمنا بتحليل الوفاة العامة ثم تطرقنا إلى وفيات الأطفال والأمهات.

كما خصصنا جزء من هذا الفصل إلى أمل الحياة حسب الجنس منذ الاستقلال ومن بين الظواهر التي قمنا بتحليلها في هذا الفصل هي الزواجية والخصوبة.

كرسنا الجزء الأخير لتحول الديمغرافي الذي عرفته الجزائر واستعملنا لهذا الغرض مؤشرين هم معدل الخام للولادات والمعدل الخام للوفاة.

## 1-2 تطور عدد السكان الجزائري خلال الحقبة الاستعمارية:

قدر عدد سكان الجزائر في بداية الاستعمار الفرنسي بـ 3 ملايين نسمة, إن الاعتماد على التعدادات التي أجريت في الجزائر خلال فترة الاستعمار ليست دقيقة ولا تعبر على الواقع الجزائري نظرا لإقصاء أجزاء معتبرة من المجتمع الجزائري في عمليات الإحصاء.

الانتقادات الموجهة لتعدادات هذه الفترة لا تعود فقط إلى نقص التغطية ولكن كذلك التقنيات المستعملة التي كانت بدائية وبالتالي فإن دراسة نمو السكان خلال الفترة الاستعمارية غير كاملة وناقصة (Aouragh, 1996,p17).

إن تطور عدد السكان منذ نصف القرن التاسع عشر إلى غاية انطلاق الحرب التحريرية تتسم بانخفاض معدل النمو حيث سجلنا أقل من 1.5% في المتوسط سنويا و عدد السكان شبه ثابت.

وتضاعف عدد السكان الجزائري في مدة تفوق القرن ابتداء من 1845 حيث إنتقل من 2 مليون و 28 ألف نسمة إلى 4 مليون و 89 ألف نسمة وتضاعف عدد السكان في نفس المدة خلال نصف الأول للقرن العشرين.

عرفت الفترة الاستعمارية مرحلتين لنمو فالمرحلة الأولى امتدت إلى غاية 1920 وقدر عدد السكان المسلمين قرابة 5 ملايين نسمة "وهذا الاستقرار النسبي يرجع أساسا إلى تدمير البنى الأسرية والاقتصادية التقليدية التي ألغت آثار التوجه إلى زيادة طبيعية معتبرة وكذلك عرفت هذه الفترة حدوث نكبات مثل وباء الكوليرا في عام 1867 والمجاعات وانتشار الطاعون في 1872 (Aouragh, 1996,p17).

فان عدد السكان خلال تعداد 1866 قدر بـ 2.656.000 نسمة وهذا العدد انخفض وقدر بـ 2134000 نسمة في 1872 أي أكثر من نصف مليون شخص ناقص بين التاريخين وبالإضافة إلى الوفاة المرتفعة اضطر عدد معتبر من الجزائريين إلى مغادرة البلاد.

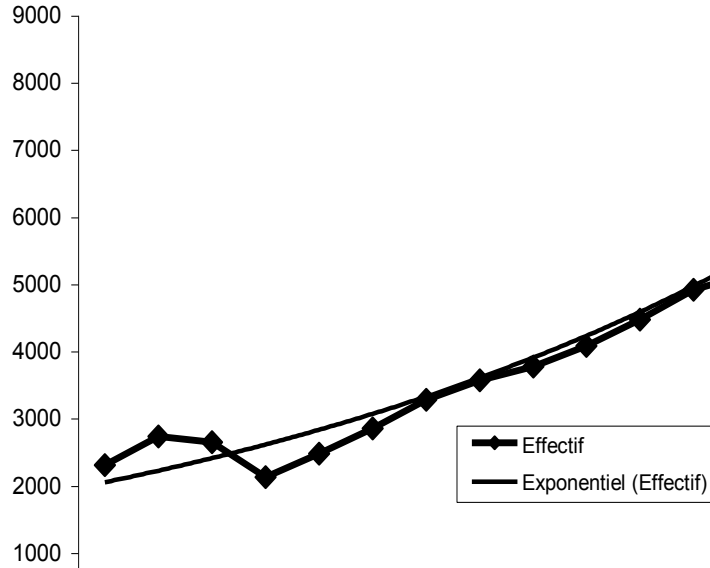
"في بداية القرن العشرين وصل عدد السكان إلى قرابة 4 ملايين نسمة ومعدل النمو الطبيعي كان منخفض و قارب 0.5% سنويا وبقي متوسطا إلى غاية نهاية الحرب العالمية الثانية" (Aouragh, 1996,p17) (1939-1945).

عرف عدد السكان ارتفاع باختفاء النكبات الطبيعية وقدر عدد السكان بـ 8.165002 نسمة خلال تعداد 1954.

تم تسجيل معدل نمو يفوق 1.5% خلال الفترة الممتدة بين 1925 و 1955 باستثناء الفترة الممتدة بين 1941 و 1945 حيث كان معدل النمو سلبياً.

واستمر نمو السكان في التزايد بسرعة إلى غاية فترة الاستقلال حيث أن معدل النمو الذي يمثل عدد الولادات لكل ألف ساكن فاق 40 بالألف في الفترة الممتدة بين 1926 و 1954.

المنحنى 2.1 : تطور عدد سكان الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1856 إلى 1954



## 2-2 تطور حجم السكان بعد الاستقلال

عرف معدل نمو السكان في الجزائر مستويات قياسية حيث سجلنا قيم تقدر بـ 3.4% سنوياً بعد الاستقلال وبدأ الإنخفاض في وتيرة النمو في أواخر السبعينيات خاصة بعد تبني البرنامج الوطني لتحكم في الخصوبة ومراقبة السكان ( Programme national de maitrise et de croissance demographique PNMCD ). لسنة 1983.

تزايد عدد السكان بوتيرة تفوق 3% خلال عشرينيتين وبتالي تضاعف عدد السكان خلال 20 سنة حيث قدر عدد السكان بـ 12.1 مليون نسمة في أول تعداد لسنة 1966 ووصل إلى 17

مليون نسمة في 1977 ليستقر في حدود 23 مليون سنة 1987 وسجلنا 29 مليون نسمة خلال تعداد 1998.

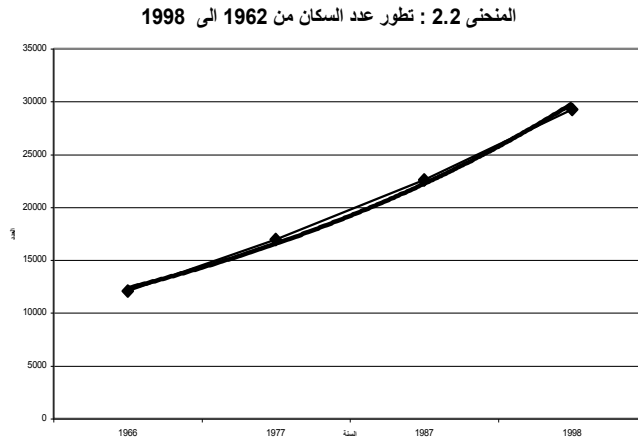
أن حجم السكان ينبع دالة آسية وهذا راجع إلى الوتيرة المرتفعة لنمو السكان منذ الاستقلال ( انظر المنحى 2.2) , وهذه الوضعية تبين الصعوبات والتحديات تواجهها البلاد خاصة فيما يخص تلبية الحاجيات الأساسية المتمثلة في الشغل، السكن، الصحة والتربية والتغذية والمياه .

وسجلت أواخر التسعينيات بالإضافة إلى الوضعية الديموغرافية المشاكل التالية:

- الوضعية الاقتصادية والاجتماعية في المدى القصيرة والمتوسط حيث سجلنا انخفاض المستوى المعيشي لسكان وانتشار الفقر في المجتمع.

- نماذج الاستهلاك غير موافقة نظرا لغياب نموذج مثالي فيما يخص الاستهلاك.

- زيادة على ذلك انتشار أنظمة إنتاجية قليلة الكفاءة. ( CNES ، 1997 )



### 2-3 تطور عدد السكان حسب الجنس و العمر

أن سرعة وتيرة نمو السكان التي عرفتها البلاد لأكثر من عقدين أنتجت تركيبة عمرية لسكان هيمنت فيها فئات الشبان اقل من 20 سنة.

إن نسبة الأشخاص أعمارهم أقل من 20 سنة فاقت 50% من مجموع السكان إلى غاية أواخر الثمانيات حيث مثلت هذه الشريحة في 1987 ، 55% من مجموع السكان والفئة 20 إلى 59 سنة سجلت 39.2% أما الأشخاص أعمارهم تفوق 50 سنة فنسبتهم لم تتعدى 7%.

ولكن هذا الاتجاه انعكس في بداية التسعينات واستمر خلال العشرية التي عرفت بتوازي انخفاض مستمر لمعدل النمو الطبيعي والولادات والوفيات والخصوبة من جهة ومن جهة ثانية زيادة في متوسط العمر ونتائج تعداد 1998 أكدت هذا الاتجاه.

حيث ولأول مرة منذ الاستقلال نسبة الشباب انخفضت إلى أقل من 50% من مجموع السكان (48.3%).

أما فيما يخص فئة الأطفال الأقل من 5 سنوات فكانت نسبتهم تقدر بـ 19.8% خلال 1966 ووصلت إلى 18.8% خلال 1980 وقدرت بـ 10.9% في 1998 وخلال هذه الفترة ارتفع عدد الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و 59 سنة إلى 45.1% سنة 1998 علما أن النسبة التي سجلت في 1966 كانت تساوي 35.9%.

وسجلنا في قمة الهرم السكاني تزايد عدد الأشخاص أعمارهم تفوق 60 سنة وهذا نتيجة لارتفاع أمل الحياة ( حيث سجلنا ربح 20 سنة مقارنة سنة 1980) كما سجلنا ارتفاع نسبة هذه الشريحة سنة 1987 حيث بلغت 5.7% و 6.6% سنة 1998 ، وهذه الوضعية تعلن شيخوخة المجتمع الجزائري بحلول سنة 2020 ، وبالتالي يجب التفكير في وضع سياسة لتلبية حاجيات هذه الشريحة من السكان خاصة الصحية منها حيث نلاحظ ارتفاع الإصابات بالأمراض الانتكاسية مثل أمراض القلب والشرابين والسرطانات.

وفي المدى القصير أن عامل الديموغرافي بشكل عبء على البلد و ارتفاع عدد الأشخاص التي تتراوح اعمارهم بين 20 و 59 سنة يتطلب إدماجهم في سوق العمل وتوفير السكن وحاجيات أخرى.

ان التركيبة السكانية حسب العمر والجنس في تاريخ معين هو نتيجة للاتجاهات في الماضي للخصوبة والوفيات والهجرة ، " ان زيادة السكان في الجزائر هي نتيجة الفائض في الولادات بالنسبة للوفيات ، وبالتالي فإن ملامح الهرم السكان يبرز بوضوح ارتفاع الخصوبة والانخفاض المستمر للوفيات المسجل في وقت واحد (Aouragh, 1996, p32).

ان التركيبة السكانية حسب العمر والجنس تسمح لنا بمعرفة القدرات الإنجابية الانجاب في مجتمع ما والقوى العاملة ، "ان احتياجات التعليم المدرسي والنشاط الاقتصادي وتكوين الأسر على سبيل المثال يختلف حسب سن الأشخاص وهذه التغيرات يمكن ان تنتج ضغوطات في المدى القصير بشأن امكانية الحصول على عمل وكذلك ضغط على نظام التعليم في انجاز وحدات سكانية جديدة " (Aouragh, 1996, p32).

يبين الجدول رقم 1.2 ان المجتمع الجزائري فتي حيث ان حصة الأشخاص اقل من 15 سنة تمثل اكثر من 40% من مجموع السكان خلال الفترة الممتدة من 1954 إلى غاية 1987, وأقصى القيم سجلت خلال التعداد الأول والثاني بعد الاستقلال , حيث أن حصة الاشخاص اقل من 15 سنة تجاوزت 47% وعرفت نسبة هذه الشريحة انخفاض بـ 6 نقاط خلال المرحلة الممتدة من 1987 إلى 1998 وهذه الحالة راجعة إلى تباطؤ نمو السكان.

اما فيما يخص شريحة الاشخاص في سن العمل أي الفئة التي تتراوح أعمارها بين 15 الى 59 سنة فتمثل نسبتهم 59% من مجموع السكان خلال تعداد 1998 و لا تزيد مساهمة الاشخاص اعمارهم 60 سنة واكثر على 7% منذ 1954 .

الجدول 1.2 : تطور الهيكل العمري لسكان في الجزائر في مختلف التعدادات

فئات الأعمار	السنة				
	1954	1966	1977	1987	1998
0-14	42,7	47,2	47,3	44,0	36,30
15-59	52,2	46,2	46,7	50,2	57.11
60 و أكثر	05,1	06,6	06,0	05,8	06.59
المجموع	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
العمر الوسيط	18,7	16,5	16,6	17,7	20,8

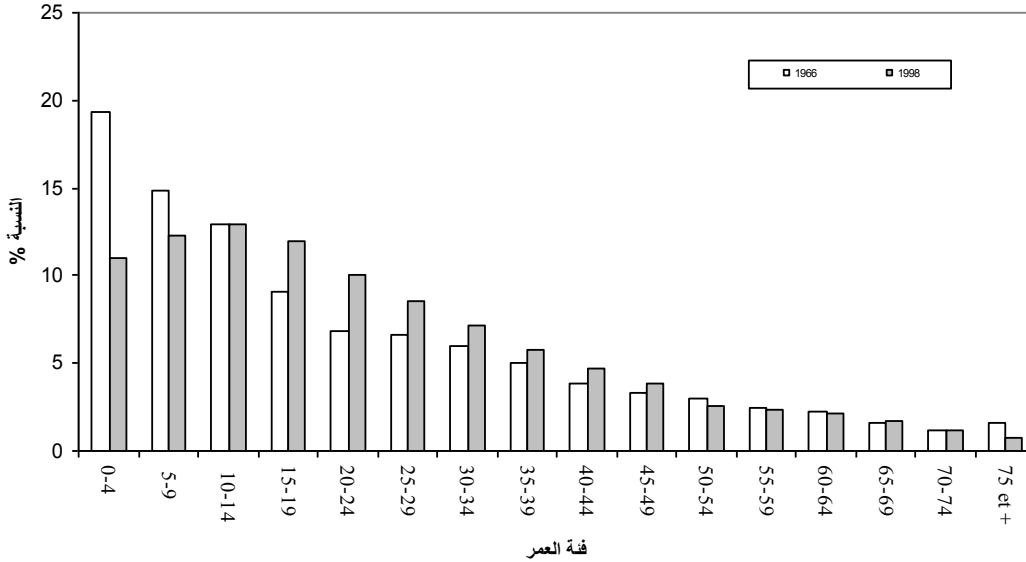
المصدر : 1998, ONS 2005.

ان مساهمة كل فئة عمرية عرفت تغييرا باستثناء الفئة 10 إلى 14 سنة خلال التعداد الأول بعد الاستقلال الذي اجري سنة 1966 وتعداد 1998 .

قبل 10 سنوات نلاحظ ان نسبة الأشخاص الذين يتراوح أعمارهم بين 15 و 19 سنة و 20 و 24 سنة و 25 و 29 سنة عرفت زيادة , و هذه النتيجة متوقعة لأن هذه الفئات تنتمي إلى اجيال ولدوا خلال الفترة الممتدة بين 1970 و 1983, وهذه السنوات تمتاز بمعدلات الولادة مرتفعة حيث سجلنا سنة 1970 معدل خام للولادات يساوي 50 بالألف.

أما فيما يخص مساهمة الفئات العمرية التي تزيد على ثلاثين سنة و تقل على 49 سنة من مجموع السكان فهي اكبر سنة 1998 مقارنة بسنة 1970, ولكن في حدود اقل من فئات الأعمار التي تتراوح بين 15 إلى 29 سنة . (انظر المنحنى 3.2 )

المنحنى 2.3 : تطور البنية حسب العمر لتعداد 1966 و تعداد 1998



### 2-3-1 توزيع السكان

اظهرت نتائج مختلف التعدادات التي اجريت في الجزائر انه لا يوجد تجانس في توزيع السكان عبر مختلف مناطق البلاد.

فمن جهة اكثر من نصف السكان يعيشون في المناطق الحضرية , وحسب اخر الاحصائيات فإن 58.3% من الجزائريون يعيشون في المدن أي 6 جزائريين من بين 10 سنة 1998 بينما سنة 1977 يعيش 4 جزائريون من 10 في المدن و 1 من 3 سنة 1966 , فبالنالي نلاحظ تضاعف عدد سكان المدن بـ 2.5 بين 1977 و 1998.

ومن بين 5.1 مليون أسرة احصيت في 1998 , تقطن 3.1 مليون أسرة في المناطق الحضرية مع انتشار الأسر ذات حجم يتراوح بين 2 إلى 6 افراد .

فإن تمركز السكان في المناطق الشمالية اكثر قوة من المناطق الجنوبية حيث ان الكثافة السكانية قدرت بـ 235 ساكن في الكلمتر المربع في شمال مقابل 1.35 ساكن في الكلمتر المربع في

المناطق الجنوبية , وبالإضافة إلى ذلك فإن 60% من بلديات تقع في الشمال ويبلغ عدد سكانها 19 مليون نسمة , وتمثل هذه المنطقة 4.3% من المساحة الكلية للبلاد في حين ان 10% من السكان يعيشون على ما يقارب 83% من مساحة الجزائر وهذه المساحة تتكون من المناطق الصحراوية.

ان مناطق الهضاب العليا يقطنها 7.7 مليون نسمة سنة 1998 أي ربع مجموع السكان .

نلاحظ أن توزيع السكان في المناطق الشمالية غير متكافئ حيث ان 44% من سكان هذه المنطقة يتمركزون على الشريط الساحلي , وتقع في هذه المنطقة اكبر مدن الجزائر التي تستقطب اكبر عدد من السكان.

وتعرف منطقة الوسط اكبر تمركز لسكان حيث قدر عدد سكانها بعشرة ملايين ونصف نسمة يتليها منطقة الشرق التي تحتوي على قرابة تسعة ملايين نسمة اما منطقة الغرب فيقطن بها ستة ملايين نسمة وفي الاخير يعيش في الجنوب ثلاثة ملايين نسمة .

ان الولايات ذات اكبر كثافة في الجزائر هم الجزائر العاصمة و سطيف وهران وتيزي وزو بأكثر من مليونين نسمة للعاصمة وأكثر من مليون نسمة في الولايات الثلاثة الأخرى اما فيما يخص الولايات ذات اقل كثافة سكانية فتقع في الجنوب وهي اليزي بـ 34189 نسمة وتندوف بـ 27053 نسمة.

إن تزايد عدد السكان في المناطق الساحلية يرجع أساسا إلى تدفقات المهاجرين من المناطق الداخلية وهذه التحركات مرتبطة بإنشاء المراكز الصناعية التي احتاجت إلى اليد العاملة عقب الاستقلال , واخر موجة للهجرة سجلت في الفترة الممتدة بين 1977 و 1987 حيث هجر أكثر من نصف مليون نسمة من الريف إلى المدن الكبرى , ووصل معدل التحضر خلال هذه الفترة إلى 50% أي زيادة 10% خلال عشرة سنوات اما معدل الزيادة بين 1987 و 1998 فقدر بـ 8.3%.

اما فيما يخص اغلب المهاجرين خلال فترة التسعينات فهذه التحركات راجعة إلى الظروف الأمنية خلال تلك الفترة خاصة في المناطق الريفية.

ومنذ بعض السنوات الماضية فإن تيارات الهجرة في الجزائر تبقى غالبا في المناطق الحضرية , الا اننا نشاهد أعداد من الأشخاص يتوجهون إلى المدن الداخلية وهذا نظرا لتشبع المدن

الكبرى التي لا توفر فرص عمل وخاصة الساكنات ، وبينت الإحصائيات ان كلما كانت المدينة مهمة فإن معدل نمو سكانها ينخفض ., حيث ان مدن التي يفوق عدد سكانها 100000 نسمة سجلت خلال الفترة الممتدة بين 1987 و 1998 معدل نمو يساوي 1.9% بينما مدن حجمها يتراوح بين 10 الاف و20 الاف نسمة , فإن معدل نموها قدر بـ 5.7 % ووصل إلى 12.7% في المدن عدد سكانها يتراوح بين 5 إلى 10 آلاف ساكن.

ان جاذبية المدن الكبرى لم تبقى قوية كالسابق بل أصبحت مدن الهضاب العليا والجنوب تستقطب , سكان اكثر ويجدر الاشارة ان هناك سياسة وطنية لتهيئة الأراضي تم تبنيها لهذه المنطقتين حيث ان تعيين مجموعة من المختصين من مختلف الوزارات للقيام بالعملية , وهذه المجموعة دورها تحديد الوسائل والأدوات اللازمة لاستقبال السكان في هذه المناطق خاصة فيما يخص تشغيل الشباب بهدف استقرارهم في المنطقة.

#### 4-2 تطور الوفيات في الجزائر

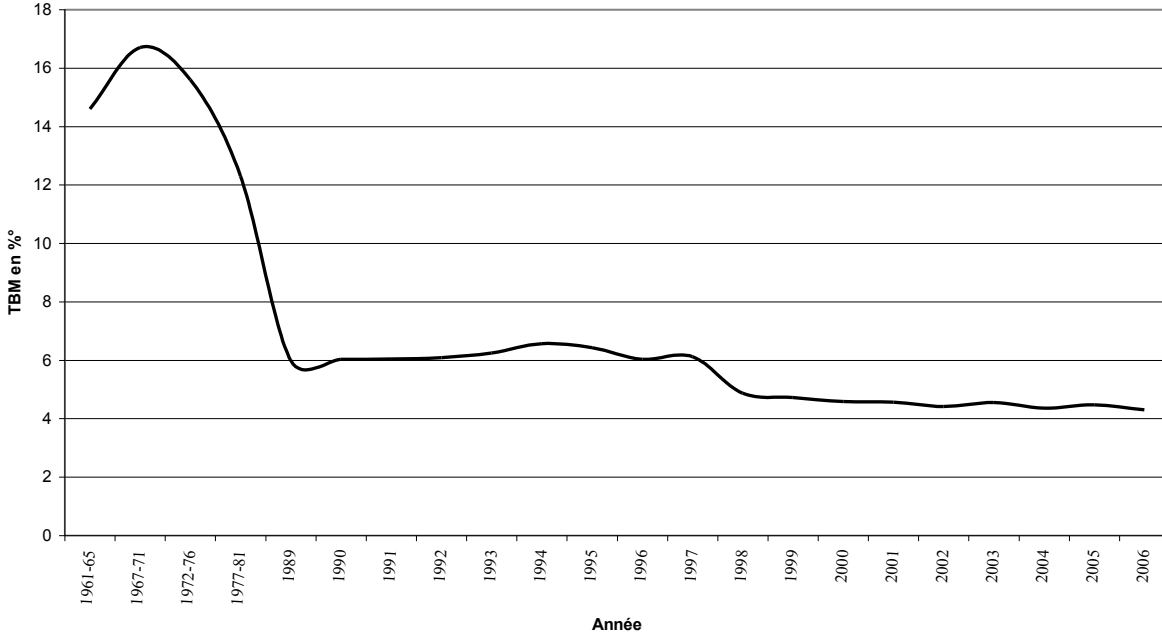
##### 22-4-1 الوفيات العامة

تم تسجيل انخفاض معتبر خلال الفترة ما بعد الاستقلال حيث قدر معدل الخام للوفاة بـ 14.6 بالالف ووصل إلى 4.3 بالالف سنة 2006. (انظر المنحنى 2.4)

كما عرفت عدد الوفيات انخفاض رغم ارتفاع عدد السكان حيث ان سجل اكثر 200 000 وفاة سنة 1970 بينما تم تسجيل 138000 وفاة سنة 2002 رغم ان عدد السكان تضاعف خلال الفترة المعنية.

المنحنى : 2-4 : تطور معدل الخام للوفيات من 1961 الى 2006

Graphique n°2.4 : Evolution du taux brut de mortalité de 1961 à 2006



ان الانخفاض المحسوس في مستويات الوفاة مرتبط بانخفاض وفاة الاطفال اقل من سنة التي ابرزتها مختلف المسوح والنتائج الاخيرة للحالة المدنية و هذا ما سنتطرق له فيمايلي.

#### 2-4-2 وفيات الاطفال

ان معدل وفيات الرضع كان موضوع جدال في الجزائر إلى غاية 2000 حيث ان المعدلات المصرحة من طرف الديوان الوطن للاحصاء كان تفوق القيم المستخرجة من المسوح وبعد مسح 2002 تم استعمال معدلات جديدة لتصحيح لتقدير وفيات الرضع.

ان تقديرات الحالة المدنية والدراسة الوطنية الإحصائية لسكان التي أجريت سنة 1970 كانت متقاربة , حيث ان الفرق بين تقديرات المصدرين لا يفوق 3 نقاط طوال المدة .

المنحنى 5.2: تطور معدل وفيات الرضع حسب مسح 1970 و الحالة المدنية من 1962 الى 1969

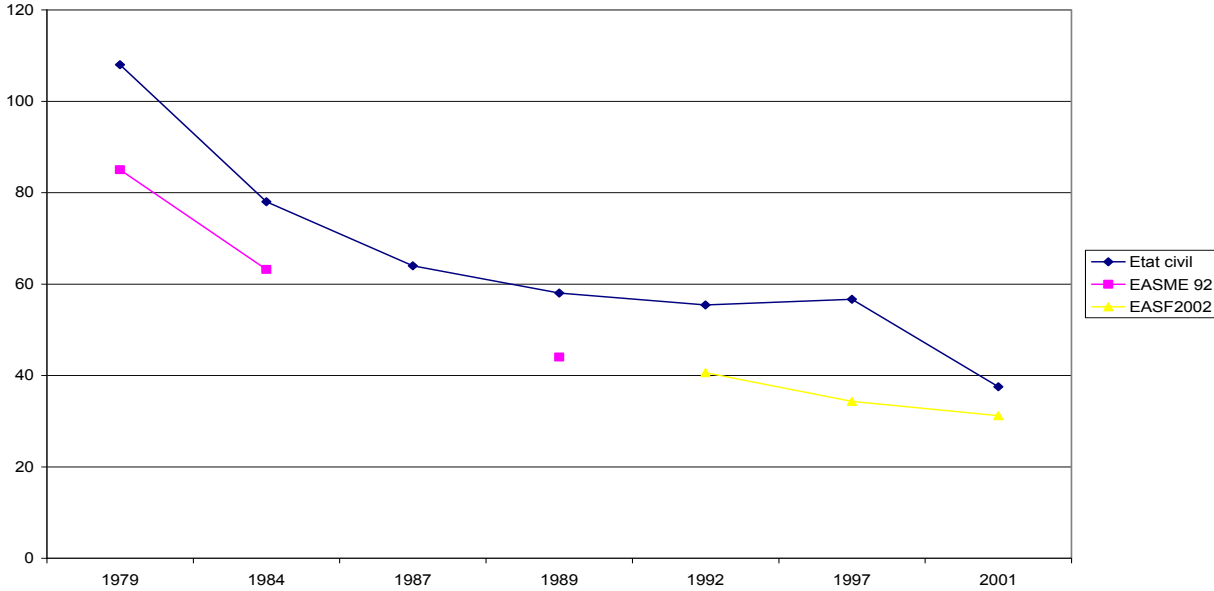
Graphique n°2.5 : Evolution du taux de mortalité infantile selon l'Etat Civil et l'ENSP 70 de 1962 à 1969.



ان التقديرات معدلات وفيات الوضع باستعمال الحالة المدنية كانت اكبر من تقديرات المصادر الاخرى خاصة المسوح , حيث ان الفرق بين تقديرات الحالة المدنية والمسح الخاص بصحة الام والطفل لسنة 1992 وصل إلى 22 نقطة , وتقلص الفارق بعد انجاز المسح الخاص بصحة الاسرة في 2002 , اذ تم حساب معدلات تصحيح جديدة باستخدام هذا المسح وطبقت على المعطيات الحالة المدنية ابتداء من 1998، وبلغ الفارق بين المصدرين في 2002 الى 6 نقاط فقط.

المنحنى 6.2: تطور معدل وفيات الرضع حسب مسحي 1992 و 2002 و الحالة المدنية

Evolution de la mortalité infantime selon l'Etat civil, l'EASME 92 et L'EASF 2002

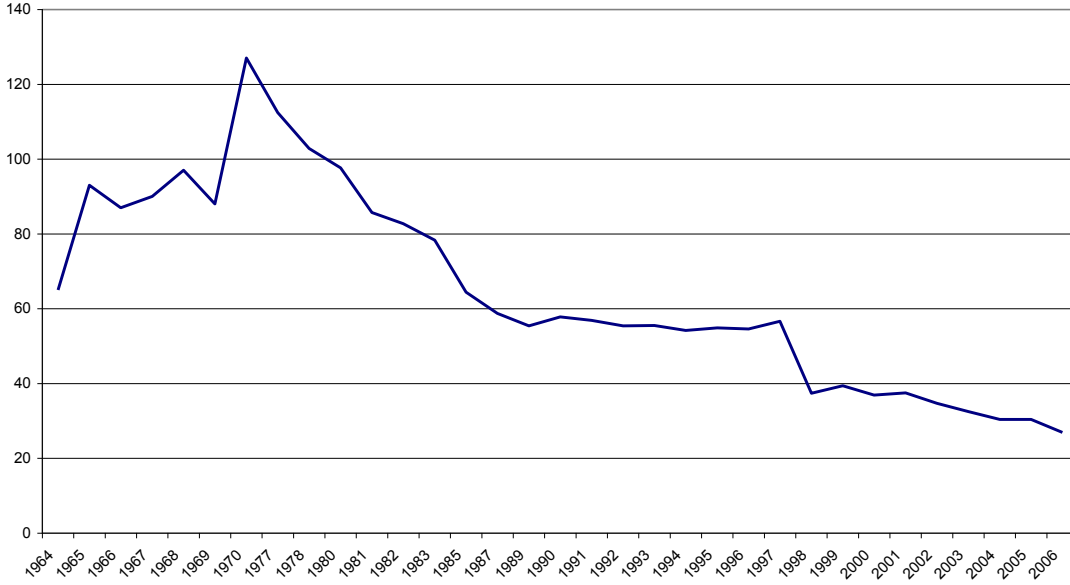


عرفت مستويات وفيات الرضع انخفاضا ملموس منذ الاستقلال , حيث قدر معدل وفاة الرضع سنة 1970 بـ 142 وفاة لكل 1000 مولود وبلغ 84.7 بالالف سنة 1980 , ليصل إلى 34.7 بالالف سنة 2002 (36.1 بالالف لذكور و 33.3 بالالف للإناث حسب مسح 2002)

تم تسجيل تذبذب في مستوى وفاة الرضع من 1962 إلى 1976 وبعد هذا التاريخ سجلنا انخفاض الوفيات خلال الفترة الممتدة من 1976 إلى غاية 1982, وعرفت هذه الفترة اكبر انخفاض و تزامنت هذه الفترة مع ارساء الطب المجاني سنة 1974.

اما فيما يخص فترة التسعينات فإنها تميزت بركود وفيات الرضع و الانخفاض الملاحظ بين 1997 و 1998 راجع الى تغير معدلات تصحيح لحساب معدلات وفيات الرضع ويستمر ركود وفاة الرضع إلى غاية 2002.

المنحنى 7.2: تطور معدل وفيات الرضع حسب الحالة المدنية من 1964 الى 2006



ان هذا الانخفاض تم ابرازه بالانخفاض المحسوس في بنية وفيات الرضع من مجموع الوفيات حيث يمثل وفاة الرضع 17% من مجموع الوفيات سنة 2002 علما انه كان يقارب 44% سنة 1970.

ان الانخفاض النسبي والمطلق للوفاة مرتبط بتحسين بقاء الاطفال على قيد الحياة , علما ان وفاة الرضع والاطفال كانت حصتها جد معتبرة في الوفيات العامة بعد الاستقلال.

ان حصة الوفيات اقل من 5 سنوات كانت تمثل 63% من الوفيات العامة سنة 1970 وتقلصت إلى 18% سنة 2000 .

قدرت وفيات الرضع والاطفال حسب مسح الام والطفل لسنة 2000 (EDG,2000) ب 48 بالالف (51 بالالف عند الذكور و 45 بالالف عند الاناث) مقابل 220 بالالف سنة 1970 ويجدر الإشارة ان هناك اختلافات في مستويات الوفاة حسب منطقة الإقامة حيث ان معدل وفاة الاطفال اقل من 5 سنوات قدر بـ 40 بالالف في المناطق الحضرية و 56 بالالف في المناطق الريفية.

وتسيطر وفاة الرضع على وفاة الاطفال اقل من 5 سنوات حيث قدر معدل وفاة الرضع سنة 2000 بـ 39 بالالف (42 بالالف عند الذكور و 35 بالالف عند الاناث) وتبين هذه النتائج ان البنات يعيش اكثر من الذكور عند اول ميلادهم او الميلاد الخامس .

ومهما تكون الاختلافات الناتجة عن المنهجية المستعملة نلاحظ ان الأطفال يعيشون اكثر بعد اول سنة والسنة الخامسة , وأصبح عيد الميلاد الخامس لا يشكل عقبة للعديد من لاطفال نظرا لانخفاض الوفاة بين 1 إلى 4 سنوات ومعدل وفاة هذه الشريحة قدرت بـ 3 بالالف سنة 2000.

ويبقى عيد الميلاد الأول مرحلة حرجة في حياة الطفل نظرا لارتفاع وفيات الرضع , ونسجل فترة جد حساسة بنسبة للمولود الجديد المتمثل في الشهر الأول او بالاحرى الاسبوع , الأول فإن هذه الفترة تبقى تشكل خطر على المولود الجديد ونهيمن وفيات الاسبوع الأول على وفاة الرضع.

يمثل معدل وفيات الاطفال خلال الشهر الأول من الحياة نصف وفيات الرضع ومعدل وفيات الاطفال خلال الاسبوع الأول تمثل ثلث الوفاة . و سجلنا النتائج التالية خلال مسح 2000 :

- أكثر 10.000 وفاة خلال الشهر الأول من الحياة .

- اكثر من 6600 وفاة خلال الاسبوع الأول.

نلاحظ اعداد قليلة من الأطفال يتوفون قبل عيد ميلادهم الأول , فمن بين المتوفين نسجل طفل من بين اثنين عمرهم اقل من شهر عند وفاته وطفل من بين ثلاثة عمره اقل من 7 ايام .

وحسب المعهد الوطني لصحة العمومية فإن اسباب الوفيات الشهر الأول المبكرة ترجع إلى :

-نقص ندوج بنسبة تتراوح بين 10 إلى 12% من الولادات .

- الاختناق عند الولادة .

- الاصابة بالعدوى.

نلاحظ ان عوامل الخطر المرتبطة بالوفاة بعد الولادة المبكرة هي مجال بين الولادات قصير (اقل من 12 شهر) وعدم مراقبة الحمل والظروف الاقتصادية والاجتماعية المتردية.

تقلص الفارق بين مختلف مناطق الإقامة حيث قدر معدل وفاة الرضع بـ 53.1 بالالف سنة 1992 و 38.1 بالالف سنة 2002 في المناطق الريفية , و 31.8 بالالف سنة 1992 و 31.4 بالالف سنة 2002 في المناطق الحضرية , ونلاحظ انخفاض في الفرق بين المنطقتين حيث سجل فارق يساوي 20 نقطة سنة 1992 مقابل اقل من 7 نقاط سنة 2002.

## 2- 4- 3 وفيات الأمهات

ان النساء الحوامل تعتبر مجموعة حساسة امام الوفاة حيث قدر معدل وفاة الامهات سنة 1999 بـ 117 وفاة لكل 100000 وسمح المسح الخاص بوفاة الأمهات لسنة 1999 بإحصاء 697 وفاة .

تتنمي الجزائر الى الدول ذات مستوى وفات الأمهات متوسط حيث تتراوح وفيات الامهات بين اقل من 10 في الدول المتقدمة إلى اكثر من 1000 في بعض دول افريقيا الشبه صحراوية ، واصفرت النتائج على وجود تباين حسب المناطق حيث ان معدل وفاة الامهات قدر بـ 84 لكل 100000 ولادة حية في وسط شمال البلاد ووصل إلى 210 لكل 100000 ولادة حية في المنطقة الجنوبية الشرقية , ويتراوح هذا المعدل في مختلف ولايات الجزائر بين 17 إلى 235 لكل 100000 ولادة حية , وبالتالي فإن النساء القاطنات في الجنوب يتعرضن لثلاثة مرات خطر الوفاة مقارنة بالنساء القاطنات في الشمال .

وبينت نتائج المسح عوامل اخرى ساهمت في ارتفاع وفاة الامهات , نذكر منها عمر المرأة حيث ان 19% من النساء المتوفيات عمرهن 40 سنة واكثر و 45% منهن عمرهن 35 و اكثر ، والعامل الثاني هو عدد الاطفال (47% من الامهات المتوفيات لهن 4 اطفال واكثر) وكذلك نقص مراقبة الحمل ( 35.1% منهن لم تستفيد من استشارة قبل الولادة) وهذا العامل الأخير يحدده موقع الوحدة الصحية والظروف الاقتصادية والاجتماعية للمراة.

والأسباب الأكثر انتشارا في وفاة الأمهات هي : النزيف والصعوبات المرتبطة بارتفاع الضغط الدموي والتعفنات وتمزق الرحم وهذا السبب الأخير يطرح مشكل الرعاية الصحية اثناء الوضع , ويجب الإشارة ان 5.5% فقط من الوفيات المسجلة راجعة إلى الإجهاض.

ان وفاة الأمهات في الجزائر سنة 2000 يعتبر من المشاكل الصحة العمومية ولكن يجب الإشارة ان النساء في الثمنيات تعرضن لخطر الوفاة مرتين أكثر مقارنة بالفترة الحالية وكان معدل وفاة الأمهات في ثمنيات يفوق 200 وفاة لكل 100 000 ولادة حية (هذا المستوى يلاحظ حاليا في المناطق الجنوبية).

ان انخفاض مستوى وفاة الأمهات راجع إلى تحسن في مراقبة الحمل والرعاية عند الوضع حيث ان 79% من النساء استفدن من استشارة على الاقل خلال الحمل سنة 2000 مقابل 57.3% سنة 1992.

وتم ادراج في مراقبة الحمل التطعيم ضد الكزاز حيث قدرت نسبة النساء اللواتي استفدن من هذا اللقاح بـ 55% (59.1% في المناطق الحضرية و48.7% في المناطق الريفية) مقابل 50% سجلت سنة 1995.

ويجدر الإشارة ان نسبة معتبرة من النساء الحوامل لم تستفيد من 4 زيارات على الاقل لضمان حمل جيد كما توصي به المنظمة العالمية للصحة.

وفيما يخص مكان الوضع فإن 92% من الولادات تمت داخل وحدات صحية تحت مراقبة طبية حسب مسح 2000 و8% من النساء وضعن مولودهن في المنزل مقابل 22% سنة 1992 ، كما سجلت نسبة اكبر من الولادات في المنازل في المناطق الريفية وفي المناطق الجنوبية ، اما فيما يخص الزيارات بعد الولادة ، استفادت ثلث النساء منها سنة 2000 مقابل 20% سنة 1992 و النسب جد متقاربة بين الوسطين (32% في المناطق الحضرية و31% في المناطق الريفية) ورغم النتائج المسجلة الا ان الاستشارات بعد الولادة تبقى ضعيفة في الوسطين.

وحسب تقرير وزارة الصحة لسنة 2002 ، فإن 4 نساء من 5 استفدن على اقل من زيارة خلال الحمل في المناطق الحضرية مقابل 3 نساء من 4 في المناطق الريفية.

وأظهرت النتائج ان أكثر من نصف النساء يتابعن حملهن في القطاع الخاص بنسبة قدرت بـ 54% مقابل 43% في القطاع العام.

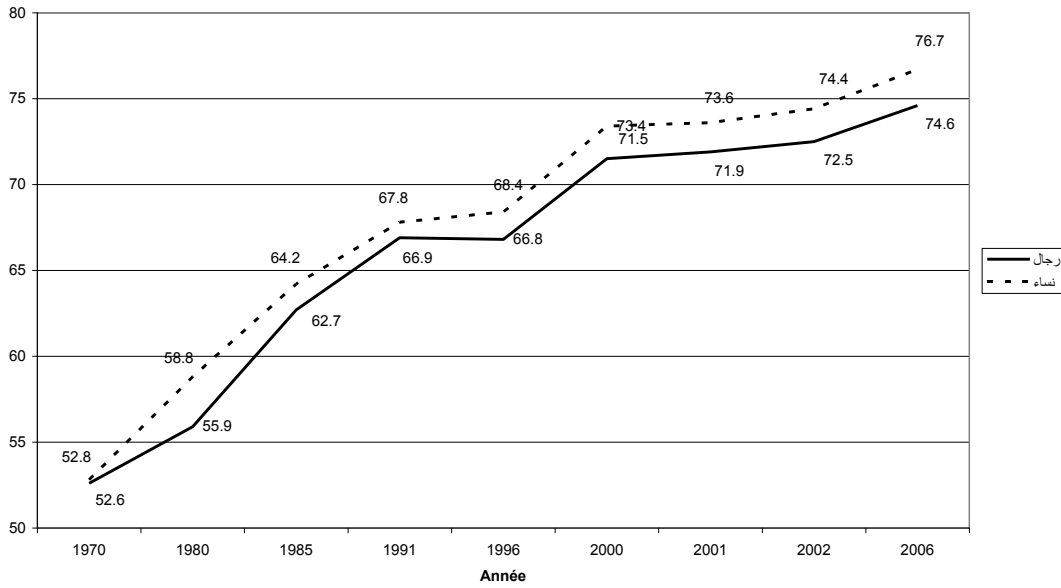
ان قرب الوحدات الصحية من مكان إقامة المرأة يعد عامل حاسم في استخدامها ، ونجد 43% من النساء استفدن من زيارة في وحدة صحية تقع في مسافة اقل من 2 كلمتر من مكان الإقامة ، وربع النساء استفدن من خدمات الوحدة الصحية التي تقع بين 2 إلى 5 كلمتر و 32% منهم تقع الوحدة على بعد أكثر من 5 كلمتر.

## 2-5 تطور متوسط العمر المتوقع للجزائريين

ان امل الحياة يعتبر مؤشر لصحة والتنمية و فاق 73 سنة 2006 أي زيادة بـ 23 سنة مقارنة بـ 1970.

وارتفع امل الحياة خلال العشرية الأخيرة بـ 6.1 سنة (6.6 سنة للنساء و 5.6 سنة عند الرجال) حيث سجلنا 74.6 سنة متوسطة العمر بالنسبة للرجال مقابل 76.7 سنة للنساء سنة 2006 وبالتالي تحققت الفرضية المعروفة فيما يخص امل الحياة (فرق امل الحياة بين الجنسين قدر بستنتين لصالح الإناث).

المنحنى 8.2: تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة خلال الفترة الممتدة بين 1970 و 2006



عرف تطور امل الحياة خلال المرحلة الممتدة بين 1970 و 2006 وتيرتين لنمو (انظر المنحنى 8.2) , المرحلة الأولى عرفت تطور سريع حيث انتقل امل الحياة عند الولادة من 52.6 سنة إلى 63.6 سنة أي زيادة بـ 20% بين 1970 و 1985, والمرحلة الثانية التي تغطي الفترة الممتدة من 1985 إلى 2006 تميزت بانخفاض وتيرة ارتفاع امل الحياة حيث قدرت الزيادة بـ 8.5% فقط.

## 2-6 الخصوبة

عرفت الخصوبة انخفاض مستمر منذ 1970 وانخفضت و شمل هذا الانخفاض كل الأعمار وخاصة عند أقصى أعمار الخصوبة (ONS، 2005)

وقدر المؤشر التركيبي للخصوبة (ISF) بـ 8.1 طفل لكل امرأة سنة 1970 و 7.4 طفل لكل امرأة سنة 1977 و 6.2 طفل لكل امرأة سنة 1985 وازداد انخفاض المؤشر ووصل إلى 4.7 سنة 1988 (ONS، 2005)

وتعتبر هذه النتيجة أكبر انخفاض سجلت في مدة قصيرة في بلد في طريق النمو (1990، Fargues)، واستمر الانخفاض حيث مر المؤشر التركيبي للخصوبة من 4.4 طفل لكل امرأة سنة 1992 إلى 2.4 سنة 2002 أي عرف المؤشر انخفاض بطفلين خلال التاريخين.

ان تحليل نتائج الخصوبة حسب مكان الإقامة بين ان الانخفاض في المؤشر التركيبي للخصوبة كان أكبر في المناطق الريفية بـ 2.8 طفل مقارنة بالوسط الحضري حيث تم تسجيل انخفاض بـ 1.5 طفل خلال عشرية التسعينات، و الفارق المسجل سنة 1986 بين الواسطين تقلص و بلغ 2.6 طفل سنة 1986 و 1.7 طفل سنة 1992 لنسجل أقل من واحد سنة 2002.

ان تحليل المؤشر التركيبي للخصوبة حسب فئات عمر النساء اظهر انخفاض الخصوبة عند النساء في الفئة 15 إلى 19 سنة خاصة في المناطق الريفية.

قدر متوسط عدد الأطفال لنساء عمرهن 30 سنة بـ 2.37 طفل لكل امرأة في المناطق الريفية وسجلنا طفل واحد لكل امرأة خلال الفترة الممتدة بين 1992 و 2002 أي انخفاض بأكثر من النصف مقابل 41.8% في المناطق الحضرية.

الجدول 2.2 : تطور معدلات الخصوبة العامة حسب مكان الإقامة (1992-2002)

العمر	مسح صحة الأم و الطفل 1992			مسح جول صحة الأسرة 2002		
	حضر	ريف	الوطني	حضر	ريف	الوطني
15-19	6	29	21	5		6
20-24	110	185	143	53	68	59
25-29	178	260	214	113	126	119
30-34	188	256	220	122	154	134
35-39	132	200	164	95	121	105
40-44	74	113	92	34	59	43
45-49	21	26	23	7	13	9
<b>ISF (15-49)</b>	<b>3,6</b>	<b>5,3</b>	<b>4,4</b>	<b>2,1</b>	<b>2,7</b>	<b>2,4</b>

المصدر : مسح 1992 و مسح 2002

وعرفت الأجيال اكبر سنا (40- 45 سنة) انخفاض في الخصوبة حيث ان معدل الخصوبة عند هذه الشريحة من النساء قدر بـ 23 ولادة بالألف سنة 1992 و 9 ولادات فقط سنة 2002. تشير هذه الوضعية إلى سلوك جديد فيما يخص الخصوبة وكثرة استعمال موانع الحمل وهذه النتائج مرتبطة كذلك بالتغيرات العميقة في الزواجية.

## 2-7 الزواجية

ركز المهتمين بالزواج في الجزائر خلال النصف الأول من القرن العشرين على ارتفاع شدة الزواجية (Demontes، 1923، Bernard، 1929) حيث كانت العزوبة الدائمة ضئيلة في وسط السكان للجنسين والعزوبة تقتصر عموما على المعوقين حركيا وذهنيا.

عند سنة 35 كانت أغلبية النساء تزوجن مرة واحدة على الأقل ، اما الرجال فيتزوجون بعد النساء ، وخلال نصف القرن الماضي لم تتغير الوضعية حيث ان نسبة العزاب عند 50 سنة لا تفوق 5% عند الجنسين ، وبقيت هذه النسبة منخفضة عند النساء قرابة 2% بينما قدرت بـ 4% سنة 1948 عند الرجال لتستقر عند 2% سنة 1998 ، هذه المستويات المنخفضة جدا يخيل لنا أن كل النساء والرجال سيتزوجون في نهاية المطاف ولكن قد يكون ناتج على آثار الأجيال وارتفاع الزواجية ميزت الأشخاص الذين ولدوا في نصف القرن الماضي ولا نستطيع تأكيد عدم وجود تغيرات بنسبة للأجيال المولودين بعد الاستقلال. (Kateb, 2001, p.23).

حسب الإحصائيات الأخيرة فإن نسبة العزاب ارتفعت عند كل الأعمار ونسبة العزاب عند 50 سنة سترتفع عند وصول المولودين بعد الاستقلال لهذا العمر.

حسب بيانات تعداد 1998 نصف النساء كانت عازبات مقابل الثلث في تعداد 1948 ، وعرفت نسبة العزاب ارتفاع عند كل الأعمار حيث ان في 1966 أكثر من امرأة بين اثنتين عازبات عند الفئة العمرية 15 الى 19 سنة خلال في 1998. تقلص عدد المتزوجات في هذه الفئة العمرية 1998 حيث سجلنا اثنتان من بين 100 امرأة كانت متزوجة عند هذا العمر ونفس الملاحظة يمكن ذكرها فيما يخص الفئة 20 إلى 24 سنة حيث في سنة 1966 سجلنا 11% فقط من النساء العازبات في هذه الشريحة العمرية مقابل 77% لم يتزوجن سنة 1998 اما الفئة 30 إلى 34 سنة ففي مدة 10 سنوات بين 1987 و 1998 تضاعفت نسبة العازبات.

ان التغييرات في الزوجية عند الرجال كانت معتبرة حيث قرابة 6 رجال من بين 10 لازالوا عزاب سنة 1998 مقابل أربعة رجال من بين 10 سنة 1966.

فخلال التعداد الأول بعد الاستقلال نصف الرجال اعمارهم تتراوح بين 20 إلى 24 سنة كانوا متزوجين مقابل 3 بين 100 سنة 1998، أما فيما يخص الفئة 30-34 فنفس الاتجاه تمت مشاهدته حيث تم تسجيل اقل من رجل من بين 10 عزاب سنة 1966 بينما ثلاثون سنة من بعد تم إحصاء 4 رجال من بين 10 لم يتزوجوا بعد عند هذا العمر.

شاهدت الدول المغاربية (الجزائر وتونس والمغرب) في ثلاثة عقود من الزمن تغيير في حياة النساء أكثر من الرجال , حيث مررنا من دورة حياة مسخرة كلياً لزواج والإنجاب إلى دورة حياة جديدة حيث يبدأ عمر البلوغ بفترة طويلة من العزوبة وأعمال حول الزوجية الأوروبية (Hadjnal, 1965) , تبين ان ارتفاع نسبة العزوبة النهائية كان الثمن الذي وجب دفعه بتأخر سن الزواج وحرية اختيار شريك الحياة.

ان ارتفاع سن الزواج خاصة عند النساء المغربيات المعاصرات يشير إلى تغير عميق في نظام الزواج وفي الواقع ان المجتمعات المغربية انتقلت من نظام زواج يركز على الزواج المبكر لنساء إلى نموذج زواج متأخر خلال مدة قرن .

ففي بداية القرن كانوا الجزائريين يتزوجون مبكراً والنساء يتزجن في أعمار أصغرى من الرجال , ففي سنة 1919 امرأة من بين اثنتين عمرهن 17 سنة كانت متزوجة وقرابة امرأة من بين اثنتين قبل 20 سنة (Fargues, 1986).

### - انخفاض الفرق بين عمر الزوجين

إن نظام الزواج التقليدي في دول المغرب العربي يركز على الزواج المبكر لنساء وهذا ما أدى الى ارتفاع الفارق بين أعمار الزوجين , ولكن عند ربط هذا الأخير بهرم سكاني ذات قاعدة عريضة وضيق في القمة مثل حال الجزائر هذا ما يؤدي إلى أعداد كبرى من النساء في سن الزواج ويمكن من تعدد الزوجات. (Pison, 1986)

ولكن نظراً لوجوب دفع الرجل مهر للمرأة أدت هذه الوضعية إلى انخفاض عدد الرجال المقبلين على الزواج رغم وجود كل النساء الغير متزوجات منذ أكثر من 10 سنوات في سوق الزواج , ولكن غلاء المهور اجبر العديد من الرجال إلى تأجيل زواجهم.

في بداية القرن في الجزائر فارق العمر بين النساء اقل من 15 سنة وازواجهن كان في المتوسط يساوي 14 سنة وعند النساء في فئة العمر 15 إلى 20 سنة الفرق بين عمر الزوجين يقارب 9 سنوات في السنوات الأولى للقرن العشرين وأكثر من 10 سنوات ابتداء من 1905 ( , Kateb, 2000 ).

أدى ارتفاع سن زواج المرأة إلى تقلص الفارق بين عمر الزوجين وعرف هذا الفارق انخفاض معتبر حيث انتقل من 10 سنوات تقريبا في بداية القرن إلى قرابة 5 سنوات في نصف القرن الماضي , والفارق بين أعمار الزوجين عند الزواج الأول عرف انخفاض سريع بداية من 1966 حيث انتقل من 4.4 سنة 1977 إلى 3.9 سنة في 1987 وأخيرا 3.7 سنة 1998.

نشاهد عادة فارق بين عمر الزوجين اكبر في الوسط الريفي وهذا يخص خاصة النساء الصغيرات سنا وهذا ما يعزز فكرة ان المجتمع التقليدي الأبوي يشجع الزواج المبكر لنساء وبالتالي نلاحظ فروق معتبرة بين أعمار الزوجين.

ومع التطور الذي شهدته البلاد ارتفع سن الزواج وانخفض الفرق بين أعمار الأزواج في الوسط الحضري والريفي. ولكن فيما يخص متوسط العمر عند الزواج الاول فرغم ان تطور الفوارق مست كل مناطق البلاد هناك تباين حسب الولايات ، فسجلنا فروق اكبر بين الجنسين بين الجنوب والشمال بينما قدر الفارق بين أعمار الزوجين 8 إلى 9 سنوات في المناطق الجنوبية سجلنا 4 إلى 5 سنوات فارق بين الزوجين في شمال البلاد . ( , Bedidi et Vallin, 2000, Kateb, 2001 )

ان انخفاض الفرق بين عمر الزوجين يؤدي إلى انخفاض عدد النساء في سن الزواج وبالتالي خفض إمكانيات تعدد الزوجات رغم ان قانون الأسرة يسمح به.

## 8-2 الانتقال الديموغرافي

### 8-2-1 نظرية الانتقال الديموغرافي

ان منحنى الانتقال الديموغرافي هو نموذج زمني ومكاني يسمح بوصف المرور بين حالتين توازن الحالة الأولى تسمى حالة التوازن التقليدي , وتمتاز هذه المرحلة بارتفاع معدلات الولادة والوفيات , والمرحلة الثانية تسمى مرحلة التوازن الحديث التي تشير إلى مجتمع بمعدلات ولادة ووفيات منخفضة.

ان القاعدة النظرية لأي دراسة حول السكان تعتمد على أهم مبادئ نظرية الانتقال الديموغرافي حيث أن الأبعاد الاقتصادية تم تعزيزها بالعوامل الثقافية و الاجتماعية, في الدراسات الأولى الخاصة بانخفاض الخصوبة في أوروبا ، ومنهم Landry الذي إهتم بالمسائل السكانية بمحاولة معرفة أسباب ما سماه "الثورة الديموغرافية".

وسبقت الوفاة الخصوبة في الانخفاض وهذا راجع الى "التقدم الرائع في مجال الطب والصحة" (Landry , 1934, p22) والقضاء على الفقر والمجاعات والحروب، اما الولادات فانخفضت بسبب قيود طوعية الناتجة عن شعورين خاصة بترشيد الحياة : الإيثار والأنانية وينظر للإيثار على انه الحرص على مصلحة الأطفال "نريد ان يكون لدينا أطفال اذا استطعنا تدليلهم ونضمن لهم ظروف اقتصادية أحسن من الأبوين" (Landry , 1934, p22) ، اما الأنانية فهي محاولة المحافظة على الحرية ومستوى المعيشي "ان الأطفال هم مصدر لنفقات ويسببون الحزن ومشاحنات , وبالتالي يعرفون ممارسة نشاط الوالدين انه من الصعب للام خاصة اذا كان لديها العديد من الأطفال مزاوله نشاط مهني وليس للاباء نفس الحرية لترفيهه والسفر اذا كان لديهم أطفال" . (Landry , 1934, p22)

تم تفسير انخفاض الخصوبة عند المؤلفين الاوائل بترشيد الإنجاب وبعد ذلك ركزت نظرية التحول الديموغرافي على اهمية البعد الاقتصادي في شرح التغيرات الديموغرافية . (Notestein, 1945)

وتم تأكيد على أسبقية انخفاض الوفاة وكذلك البعد المتعدد الأوجه للحدثة التي يصعب تحديد كل عواملها رغم ان اهم محددات انخفاض الخصوبة معروفة وهي التحضر والتصنيع والتعليم.

## 2-8-2 الانتقال الديموغرافي في الجزائر

يمكن تعريف الانتقال الديموغرافي كمرور من نظام ديموغرافي يتميز بارتفاع الولادات والوفيات إلى نظام ذات ولادات ووفيات منخفضة والمرحلة الأولى تخص انخفاض الوفيات و الثانية انخفاض الخصوبة

إن النمو السكاني الهائل الذي عرفته الجزائر خلال النصف الثاني للقرن العشرين يرجع أولاً إلى استمرار ارتفاع الولادات ومن جهة ثانية إلى انخفاض الوفاة في بداية القرن مع التذبذبات الناتجة عن الحروب والأزمات .

وحسب علي قواوسي يمكن تحديد خمسة مراحل خلال القرن العشرين و هي:

## المرحلة الأولى من 1900 إلى 1920.

تتميز هذه المرحلة بارتفاع الولادات و الوفيات وهذه خصائص البلدان في طريق النمو و معدل النمو في هذه المرحلة منخفض .

## المرحلة الثانية من 1921 إلى 1945

نشاهد خلال هذه المرحلة ارتفاع معدل الخام للولادات حيث يتراوح بين 37 و 43 بالآلف بينما معدل الخام للوفاة يتراوح بين 25 إلى 43 بالآلف .

ان الفترة الفاصلة بين الحرب العالمية الأولى و الثانية كانت جد صعبة على الجزائريين خاصة في المناطق الريفية و هذا نتيجة للأزمة الفلاحية التي تسببت فيها السياسة الاستعمارية والتي مست تنقل البضائع والأشخاص بين المستعمرة وفرنسا , وكما عرفت هذه الفترة جفاف وهناك حديث حول مجاعات محددة واضطر العديد من الجزائريين إلى الذهاب للحرب هربا من الجوع (" kouaouci,1992,p,26 ")

## المرحلة الثالثة من 1946 إلى 1970

استمر معدل الولادات في الارتفاع ووصل إلى 50 بالآلف سنة 1970 بينما تراوحت الوفاة بين 15 إلى 32 بالآلف و معدل النمو تراوح بين 2.6% إلى 4.7% .

## المرحلة الرابعة 1970 إلى 1985

بدأت الولادات في الانخفاض بعد 1970 و استمرت الوفاة في الانخفاض بوتيرة أكبر ووافق معدل النمو 3%.

## المرحلة الخامسة 1985 إلى 1992

إن وتيرة انخفاض الولادات فاق انخفاض الوفاة حيث سجلنا فرق قدر بـ4.8 نقطة بين معدل الخام للولادات لسنة 1985 و 1986 بينما فارق معدلات الوفاة قدر بنقطة واحدة.

نضيف مرحلتين في نمو الديموغرافي إلى غاية 2006 .

## المرحلة السادسة 1993 إلى 1997

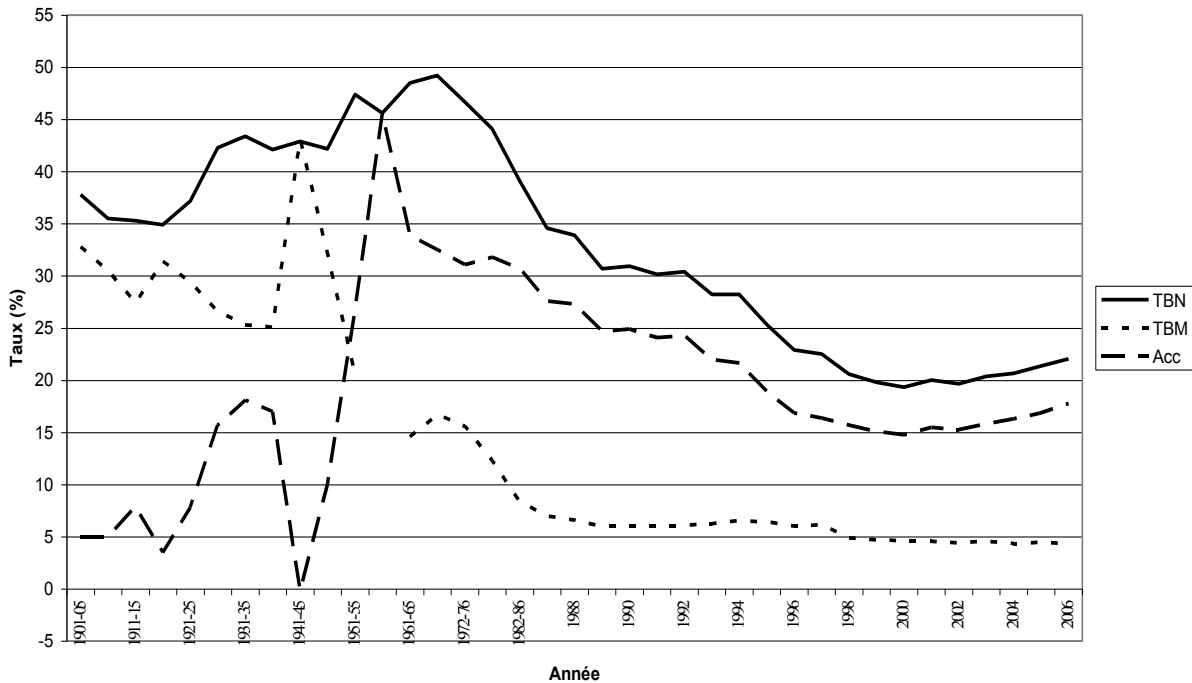
استمرت الولادات في الانخفاض خلال هذه المرحلة ووصل معدل الخام للولادات 22 بالألف سنة 1997 بينما استقر معدل الخام للوفاة عند 6 بالألف وتزامنت هذه الفترة مع الأزمة المتعددة الجوانب التي عاشتها الجزائر .

### المرحلة السابعة من 1998 إلى 2006.

يتراوح معدل الولادات بين 19 و 22 بالألف بينما انخفض معدل الوفاة إلى أقل من 5 بالألف خلال هذه المرحلة ان تحسن الوضعية الأمنية و الانتعاش الاقتصادي في البلاد خاصة بعد ارتفاع اسعار النفط سمح لدولة بإنجاز مشاريع سكنية لفائدة شرائح متعدد من المجتمع وهذا ما سمح بتكوين أسر جديدة , و بالفعل فان عدد الزيجات تضاعف بين 1994 و 2006 حيث انتقل من 147954 سنة 1994 إلى 295295 سنة 2006.

المنحنى 2. 9: تطور معدلات الخام للوفاة و الولادة و المعدل الطبيعي لنمو السكان من 1901 إلى 2006

Graphique n° 2. 9 : Evolution du taux brut de natalité, mortalité et le taux d'accroissement naturel de 1901 à 2006



## الخاتمة

انتقل نمو السكان في الجزائر عبر مختلف مراحل منذ بداية القرن العشرين , و تميزت المرحلة الأولى بإنخفاض النمو و مستويات الوفاة والولادات كانت متقاربة و تتراوح بين 35 و 37 بالألف بالنسبة للولادات و بين 27 و 33 بالألف بالنسبة للوفاة , وبقي معدل النمو الطبيعي منخفض إلى غاية نهاية الحرب العالمية الثانية و لم تزيد عن 2%. وبدأت وتيرة النمو في الارتفاع ووصلت إلى 2.6% عند بداية الحرب التحريرية واستمر هذا النمو إلى غاية منتصف الثمانينات و تزايد عدد السكان بمعدل يفوق 3% في المتوسط سنويا بين 1966 و 1987 وبتالي انتقل عدد السكان من 12 مليون سنة 1966 إلى 23 مليون سنة 1987 .

بدأ معدل النمو في الانخفاض بين 1985 و 1986 ووصل إلى 1.8% سنة 2006 و يبدو أن البلاد دخلت في المرحلة الثانية للانتقال الديموغرافي.

أما فيما يخص الوفاة فعرفت هذه الظاهرة انخفاض محسوس منذ الاستقلال حيث انتقلت من 142 بالألف سنة 1970 إلى 84.7 بالألف سنة 1980 ووصلت إلى 26.9 بالألف سنة 2006.

يعتبر أمل الحياة عند الولادة مؤشر الصحة من الناحية و التنمية من جانب آخر و قدر أمل الحياة بـ 73 سنة 2006 أي ربح أكبر من 23 سنة مقارنة بالقيمة المسجلة سنة 1970 .

تتطرق في الفصل الموالي إلى الخصائص الجغرافية و الاقتصادية للبلاد.

تعتبر الجزائر من اكبر الدول الإفريقية بمساحة تقدر 2.381.741 كلم<sup>2</sup> من مجمل مساحة القارة والتي تقدر بـ30 مليون كلم<sup>2</sup> , وتعتبر من أوسع البلدان بعد السودان حوالي 200.000.000 هكتار عبارة عن الصحراء والتي تغطي 6/5 من مجمل التراب الوطني , يقع البلاد بين خطوط عرض 18° و 38° شمالا وخطوط الطول 9° غربا إلى 12° شرقا.

بالرغم من الواجهة الساحلية الممتدة على 1200 كلم على الضفاف الجنوبية الغربية للبحر الأبيض المتوسط و لكن الامتداد الأراضي نحو خط الاستواء يجعل من الجزائر بلد ينتمي إلى المناطق القاحلة والنصف القاحلة و هي عبارة عن مناطق حساسة تعاني من الجفاف المزمن الراجع الى النقص الكبير في موارد المياه , والذي يمثل مشكلة كبيرة للبيئة,

أن النشاطات الاجتماعية و الاقتصادية و تحسن المعيشي لسكان زادوا من ظاهرة شدة التصحر كما نلاحظ أن الوسط الطبيعي يعاني من تدهور مثل تقلص الغابات، انجراف التربة وانخفاض نوعية الأراضي الزراعية، وانخفاض كمي ونوعي في الموارد المائية وتدهور الأنظمة البيئية .

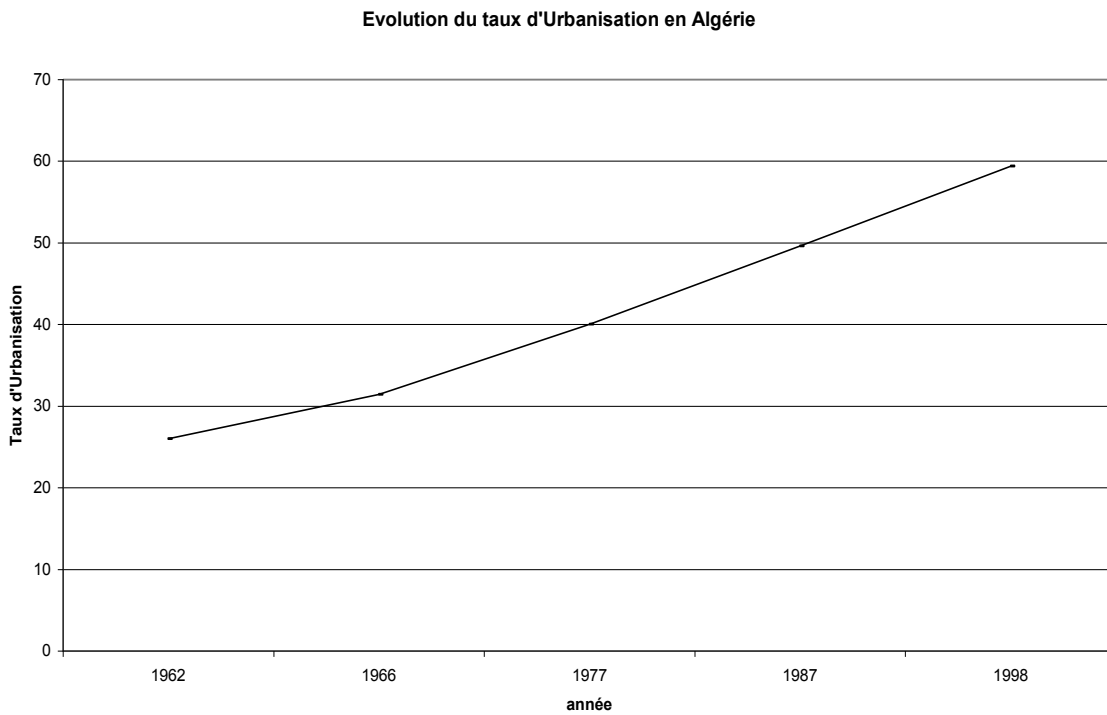
وتعتبر مناطق الهضاب العليا والسهبية منطقة إنتقال من الشمال إلى الجنوب وتغطي حوالي 70% من الأراضي الشمالية الأهلة , و رغم التدهور الذي تعاني منه الا انها تمثل الإمكانيات الحقيقية للزراعة التي تستطيع وتضمن الأمن الغذائي للبلد . يمكن للتغيرات المناخية أن تساهم في تدهور المناطق .

سنتطرق في هذا الفصل في الجزء الأولى لتحضر في الجزائر ونتأجه على الصعيد الاقتصادي والاجتماعي و خصصنا الجزء الثاني إلى البيئة والجزء الثالث يعالج التطور الاقتصادي في الجزائر منذ الاستقلال سنركز على التشغيل في الجزائر والجزء الأخير يعالج ظاهرة الفقر.

على غرار العديد من المناطق في العالم نسبة السكان في الريف والسكان في المدن عرفت تغيرا كبيرا في مدة 50 سنة " الأشخاص الموزعون على أراضي ذات نشاط زراعي تجمعت بالتدرج وشكلت قرى ثم مدن إلى أن وصلت إلى مدن كبيرة" ( MATE,2000,p109).

إن سكان المناطق الحضرية كانت تمثل ربع السكان سنة 1962 واقل من ثلث السكان خلال أول تعداد بعد الاستقلال الذي أجرى سنة 1966 بينما قاربت 60% حسب تعداد 1998.

### المنحنى 1.3 : تطور معدل التحضر في الجزائر



أدى النزوح الريفي إلى ارتفاع عدد سكان المدن وهذه الهجرة راجعة إلى اختلاف ظروف الحياة بين المدن والأرياف وعدم تقييم العمل الفلاحي , ونزوح العديد من المثقفين إلى المؤسسات الصناعية والإدارية الموجودة في الشمال . ان نمو السكان الديموغرافي والهجرة من القرى إلى المدن أدت الى تمركز العديد منهم على الشريط الساحلي , وهذا ما أدى إلى ارتفاع نمو سريع في المناطق الحضرية حيث قدر معدل التحضر بـ 4.5% سنويا، كما نلاحظ أن المراكز الحضرية الكبرى تقع في العاصمة و وهران وقسنطينة وعنابة , يتقطن بهذه الولايات قرابة 30% من مجموع السكان , و النمو الحالي للمدن لم يتباطئ رغم الانخفاض المحسوس في المعدل السنوي لنمو الطبيعي لسكان الذي قدر بـ 3.8% خلال الفترة الممتدة بين 1990 و

1997. كما أدى توسع المدن الى فقدان مساحات من الأراضي الصالحة لزراعة , و تقلصت الأراضي كما يالي :

- 8790 هكتار في المتيجة.

- 2850 هكتار في سهول الساحل.

- 1010 هكتار على السواحل الوسطى.

- 3130 هكتار من مساحة مدينة عنابة.

- 5470 هكتار من مساحة مدينة وهران.

بدأت تيارات الهجرة تنقل نظرا لتشبع (saturation) تدريجي للأراضي في المدن وانخفاض النشاط الصناعي والاقتصادي , وهذا ما أدى إلى تقليص الهجرة من الجنوب إلى الشمال ومن الشرق إلى الوسط.

ويجدر الإشارة إلى أن نقص نمو المناطق الريفية قد يؤدي إلى الهجرة مجددا من هذه المناطق إلى المناطق الشمال وخاصة نحو المدن الساحلية.

إن عدم التوازن بين المناطق يؤدي إلى أثار اقتصادية واجتماعية.

### **3-1-1 الآثار الاقتصادية لتحضر:**

إن قلة الصرامة في تسيير العمران يؤدي إلى ارتفاع مختلف التكاليف نذكر منها:

ثمن الحماية، التقييم وتصليح الأراضي والبيئة للحفاظ على إطار الحياة والأنشطة التي قد تعاني من عدم استقرار الناتج عن التمرکز في المناطق الحضرية.

بالإضافة فإننا نشاهد إنشاء مدن تقع على محيط المراكز الحضرية الكبرى وهذا يخلق مشاكل متعددة منها النقل بين المراكز وهذه المدن الجديدة . وان هذه الوضعية تؤدي إلى الاختناق في الطرقات وتبذير في الوقت والطاقة , ولا ننسى أن نشير كذلك إلى التلوث الناتج عن وسائل النقل وأثرها على صحة السكان.

### **3-1-2 الآثار الاجتماعية لتحضر:**

نشاهد في المدن تدهور إطار ونوعية الحياة كما نسجل استغلال المساحات الخضراء المشتركة لفائدة بنايات ونلاحظ على هوامش المدن إنشاء مجموعات سكنية هشة وسط النسيج العمراني, وهذا ما يؤدي إلى مشاكل في التسيير والحفاظ على السلامة والصحة ونقص المرافق الاقتصادية والاجتماعية.

إن ظاهرة التحضر وتحسين مستوى المعيشي أدى إلى تغير في نمط الاستهلاك وقطية مع النموذج التقليدي.

### 3-1-3 تدهور بسبب التحضر

إن المراكز الحضرية صممت في البداية لاستقبال عدد محدد من السكان والنمو المتزايد أدى إلى عدم التوازن . أن نزوح اعداد ضخمة غير مراقبة في اتجاه هذه المدن أدى إلى ارتفاع معدل استغلال السكن , وإنتاج كميات معتبرة من النفايات وتدهور محيط الحياة واختفاء المساحات الخضراء داخل المدن وعلى أطرافها , ونشاهد تدهور تدريجي لنظافة العامة وتلوث الهواء وتدهور الأراضي والمياه الصالحة لشرب وانتشار الأمراض المعدية.

### 2-3 المشاكل البيئية

إن الجزائر تعتبر من الدول الجافة وشبه الجافة وهي جد حساسة لتغير المناخ , وهذه الحساسية تمثل خطر التعرض لتدهور أو أضرار مرتبطة بفعل الإنسان. ان تغير المناخ يساهم في تدهور مستمر وخطير للموارد الطبيعية في البلاد.

إن الجفاف الذي استمر لثلاثة عقود ساهم في عدم توازن الأنظمة البيئية (écosystème).

أن تغير المناخ يمكن أن شكل عامل يزيد من تدهور العديد من المناطق في البلاد خاصة في الهضاب العليا والسهوب.

إن موارد وهياكل البلاد معرضة لمخاطر الكوارث الطبيعية التي تحدث خاصة في المناطق الشمالية من البلاد حيث تتواجد اكبر نسبة من السكان ومن بين لمخاطر الكبرى نذكر التصحر والجفاف وتدهور الواحات والفياضات والزلازل والجراد.

### 1-2-3 تلوث الهواء:

تتسبب وسائل النقل في تلوث الهواء في المدن الكبرى , كما نسجل بدرجة اقل انبعاثات مصدرها المنازل والنفايات الصناعية التي تفرزها الوحدات الإنتاجية , وكذلك ملوثات ناتجة عن الحرق في الهواء الطلق لنفايات الصلبة حسب أول تقرير حول حالة البيئة في الجزائر لسنة 2000.

إن هذا النوع من تلوث يصيب العديد من المدن الكبرى , ولكن لا توجد معلومات حول مستويات التي وصلت لها في المناطق الحضرية , والدراسات التي أجريت في العاصمة تخص التلوث الناتج عن وسائل النقل و التلوث بسبب حرق النفايات الصلبة في الهواء الطلق.

وأظهرت نتائج هذه البحوث أن مستويات تلوث الهواء بأكسيد الأروط والنفط مصدره الأساسي السيارات , ويتغير حسب كثافة السير وتم تسجيل التاسعة وفي المياه من الساحة السادسة إلى الثامنة مساء.

لا توجد في الجزائر معايير لنوعية الهواء ولكن الحد الأقصى هو 0.1 ppm بالنسبة لأكسيد الأزوت و 0.24 ppm بالنسبة للمحروقات حسب معايير دول أخرى مثل الولايات المتحدة والدول الأوروبية ونسجل قيم تفوق هذه المعايير خاصة في فصل الشتاء حيث أن الظروف اللازمة لظهور الملوثات الكيميائية متوفرة ( الشمى ووجود أكسيد الأزوت والمحروقات).

إن استعمال الغاز الطبيعي في السيارات وضعف تلبية وجود الكبريت في السيارات قلص من وجود ديوكسيد الكبريت.

أما فيما يخص المدن الأخرى فلا توجد معلومات حول ملوثات الهواء بإستثناء بعض الحالات أين تتواجد العديد من الوحدات الصناعية التي تساهم بقوة في تلوث الهواء في المدن مثل عنابة وارزيو وسكيدة , فان تلوث الهواء مصدره الرئيسي يعود لمركبات و وسائل النقل , إن النقل البري هو المسيطر و عدد المركبات في نمو سريع منذ 1975. ووصل عدد المركبات 2700000 وحدة سنة 1995 وتمثل سيارات الخواص نسبة 57% من مجموع وسائل النقل, وتليها الشاحنات بنسبة 20.8% وتمثل هذه الفئتين نسبة 77.8% من مجموع وسائل النقل. يستخدم النفط كوقود في 94% من الحالات كما تعاني حظيرة السيارات من القدم حيث أن متوسط العمر لوسيلة النقل تقدر بـ 17.7 سنة .

المصدر الثاني لتلوث الهواء هو حرق النفايات في الهواء الطلق , و هذا التلوث يشكل مصدر قلق لأن النفايات غير مراقبة و مصنفة ' و قد تحتوي على مخلفات خطيرة مثل النفايات الصناعية و المستشفيات .

### 2-2-3- المياه المستعملة

إن 80% من مياه المجاري ناتجة عن الاستعمالات المنزلية أو صناعية غير مصفية قبل أن تصب في البحر أو الوديان , و تمثل المياه القذرة المنزلية 60% من مجموع المياه المستعملة كما تمثل المياه المستعملة المشتركة 30 % , ومياه المجاري الناتجة عن الصناعة حصتها تقدر ب 10% .

إن الدراسات الخاصة بالإصحاح في الجزائر تبين أن 60% في المتوسط من مياه يعتبر مياه مستعملة .

إن أغلب المدن الساحلية تقذف مباشرة المياه المستعملة في البحر حيث يؤدي هذا التصرف الى تدهور خطير يؤثر على الوسط البحري و أغلب محطات تقنية المياه معطلة .

### 3-2-3- النفايات الصلبة

يطرح كل ساكن في متوسط 0.6 كلغ يوميا من القذرات في المراكز الحضرية الكبرى فبتالي فإن حجم النفايات الخاصة ب 25 مليون ساكن سنة 1990 يقدر ب 15000 طن يوميا و 5500000 طن سنويا . ان النفايات المنزلية و الصناعية توجه إلى اماكن مخصصة للقمامة مراقبة و لكن نشاهد العديد من الأماكن تجمع فيها القمامة غير مراقبة و بمحذاة الغابات و الوديان .

ان بعض الهياكل الاستشفائية تملك وحدات للقضاء على النفايات باستعمال محرقة.

ان التعداد الجزئي لأماكن جمع القمامات (في 22 ولاية) الذي اقامته المديرية العامة للبيئة سنة 1996 اثبت نقص في التكفل بالنفايات الحضرية حيث سجل نقص في المساحات المخصصة لجمع القذورات في الولايات محل الدراسة , ان كميات النفايات المسترجعة حسب النوع مقدرة كمايلي :

- المعادن 100000 طن سنويا وما يمثل 2 ملايين دينار,
- الورق 385000 طن سنويا وما يمثل 5 ملايين دينار ,
- الزجاج 50000 طن سنويا وما يمثل 2.5 ملايين دينار,
- اللدائن (Plastique) 130000 طن سنويا يمثل 7.5 ملايين دينار

إن عمليات الاسترجاع كلي لهذه المواد توفر ربح يقدر بـ 17 مليار دينار , ان الاسترجاع يخص بعض المواد مثل الورق واللدائن والمعادن والزجاج .

ان عمليات الاسترجاع تقام في الوقت الحالي بطريقة تقليدية وجزئية , يتم استرجاع 12000 طن من النفايات الصناعية من بين 300000 طن في الجزائر العاصمة, وبالتالي يتم قذف 180000 طن سنويا في الأماكن العمومية المخصصة لنفايات . تقدر كمية النفايات الخاصة و عالية السموم بـ 30000 طن سنويا ويتم تخزينها في أراضي غير صالحة (non consolides).

يتم استرجاع 60000 طن سنويا من النفايات الصناعية في وهران ويجب الاشارة ان الاسترجاع يمس كذلك نفايات الولايات المحيطة لوهران .

إن تسير النفايات الصلبة الحضرية يعاني من نقائص ان المصالح البلدية تتكفل 60%

من النفايات , والوسائل المسخرة للجمع غير متجانسة وغير ملائمة وجد محدودة , ففي المتوسط لدينا عامل لكل – 100 ساكن ومركبة لكل 13000 ساكن ( Metaf- Audit- Oran, 1993 cite ) (par MATE, 2000).

إن طريقة معالجة النفايات وتفريغها سواء في مواقع غير منتظمة او في مواقع عامة بمختلف أخطارها تؤدي الى تلوث مياه السطح و الجوفية و تدهور التربة والمناظر.

### 3-3 النمو الاقتصادي:

#### 1-3-3 الوضعية عند الاستقلال:

عند توقيع اتفاقيات افيان الذي اثبت الاستقلال السياسي للجزائر فان الإرث الاقتصادي كان جد ضئيل , بالإضافة إلى انخفاض في الإنتاج الزراعي منذ 1959 نتيجة لسياسة تهجير سكان الريف وتحطيم القرى وقنبلتها , مما زاد من ظاهرة انجراف التربة فان الوحدات الصناعية الموجودة تنشط في مجال التحويل وتستعمل الطرق التقليدية , فكانت عبارة على ورشات وحدات صغيرة لصناعة التغذية وبعض المصانع المتوسطة المرتبطة باحتياجات السوق الفرنسية" (Jc.Marteens, 1973, p29-).

إن ما يميز الجزائر سنة 1962 هو ضعف صناعتها وانخفاض الإنتاج الزراعي رغم وجود الهياكل والثروات الباطنية .

وبعد الاستقلال تم التركيز على الاستثمار في القطاع العام بالصناعة والبناء , إن الاستثمارات الموجهة للقطاع الزراعي لضمان الأمن الغذائي لم ترقى إلى النتائج المرجوة.

#### 2-3-3 نموذج التنمية المختار:

تبنت الجزائر النموذج الذي كان يبدو أكثر ملائمة لوضعها ويعتمد هذا الأخير على التخطيط المركزي وبرامج واسعة لتنمية في القطاع الصناعي , وساهم ارتفاع سعر المحروقات في 1973 و 1974 لتغطية نفقات هذه البرامج.

إن الفلاحة لم تكون قادرة على توفير فائض مالي فبتالي تم الاعتماد والتركيز على مورد طبيعي ولعبت المحروقات دور حاسم في نموذج التراكم ( modèle d'accumulation )

إن لتصنيع استقطب نصف الفلاحين بدون اراضي والعمال في المدن , ولكن إجراءات التصنيع لم تكون كافية واستمرت الهجرة باتجاه فرنسا.

إن الإجراءات حول الأملاك الشاغرة (biens vacants) والتسيير الذاتي فان أداءها كان جد محدود في القطاع الصناعي حيث تم إحصاء 450 شركة توظف 10.000 عامل استفادوا من القطاع المسير ذاتي ولكن النظام لم يمس القطاع الصناعي الخاص.

أن اغلب المداخل ووجهت لتصنيع والاحتياجات الاجتماعية لسكان رتبت في المكان الثاني, وكان ينتظر من التصنيع إيجاد الحلول لكل المشاكل ويجب الإشارة إلى ارتفاع مستويات معدلات التراكم لم تشاهد في أي مكان آخر في العالم.

إن الحكام فرضوا على سكان الجزائر باسم محاربة ما يسمى نقص التنمية ( sous developpement) توزيع الإنتاج الوطني بطريقة غير متساوية وكان المستفيد الكبير هو الاستثمار , كان مبرر هذا الإختيار أن بحلول سنة 1980 ستلبى كل احتياجات السكان مثل البطالة يقضي على كل عوامل سوء التنمية الموروث الاستعماري (Aouragh,1996,p72).

إن هذا النموذج تم تصميمه من طرف الاقتصادي الفرنسي فرنسو جيرار دسنان دوبرنيس (Francois Gérard Destanne de Bernies) , الذي نشر العديد من الأعمال منها نظرية الصناعات المصنعة (industries industrialisantes) , و هذا النموذج لنمو يستمد من الجانب النظري على النماذج المتعددة القطاعات لفلمان مهالنوبيس (modèle multisectoriels de (Feldman - Mahalanobis) , الذين كانوا يركزون على ضرورة توجيه الاستثمارات نحو إنتاج الأملاك (Aouragh,1996,p73).

عرف Destanne De Bernis الصناعة المصنعة كما يلي: " وظيفتها الاقتصادية الأساسية تؤدي في محيطها المحدد في تاريخ معين إلى سواد منظم او تغير هيكل للمصفوفة الصناعية وتحويل وظائف الإنتاج و يوضع تحت تصرف الاقتصاد آلات جديدة التي تزيد من الإنتاجية لأحد العوامل بحيث أن الإنتاجية العامة هي في العموم زيادة لتحكم الإنسان في الإنتاج والنتائج (Destanne De Bernis,1966,p419).

إن هذا النموذج الذي يعتمد على السرعة في التصنيع استهلك اغلب الاستثمارات , وحسب الاختصاصات فانه فضل القطاعات الصناعية القاعدية: الحديد و البتروكيميائية , واهتم بضمن تطور الاختصاصات الأخرى لصناعة ميكانيك الكهرباء والمعادن , وهذا لتزويد القطاعات

الأخرى بتجهيزات وخلفية المخطط هو تحسين إدماج مختلف القطاعات وتلبية الاحتياجات الاستهلاكية.

إن توزيع الاستثمارات الصناعية خلال المرحلة الممتدة من 1967 إلى 1978 كانت كما يلي: "33.8% للمحركات و 47.7% لتجهيزات و 11.2% للممتلكات الوسيطة و 8.3% لقطاع المنتج لأملاك الموجهة للاستهلاك النهائي" (Ferguene, 1985, p.68).

إن نموذج التنمية الاقتصادية في الجزائر اثر على استغلال الأراضي وتسيير الموارد الطبيعية " إن تمركز الهياكل وأنظمة استغلال الموارد الطبيعية تم انجازه في ظرف تاريخي وجغرافي معين وهذا خلال حقبة الاستعمار , وكذلك أنظمة استغلال الأراضي أدى قبل الاستقلال الى اضطرابات خاصة بالمحيط وهذا ما أدى إلى خلل في البيئة ببطء " (MATE,2000,p13).

عرف الاقتصاد نمو سريع الاستقلال بين 1962 و 1985 وهذا راجع إلى نمو في إنتاج المحروقات وبإنشاء هياكل صناعية هامة تعتمد على تقييم المحروقات و الموارد المعدنية.

إن القطاع الصناعي يحتوي على مركبات لتصفية المحروقات والغاز , وكذلك صناعة الحديد والصناعات الكيماوية والبتروكيماوية وإنتاج الأسمدة ووحدات لإنتاج الاسمنت ومواد البناء الأخرى , والعديد من الشركات لصناعات التجهيزات الصناعية والمنزلية كما تشمل على وحدات لتحويل الجلود والأقمشة وخلال نفس الفترة عرفت الجزائر اكبر معدل نمو في الاقتصاد في إفريقيا والبحر الأبيض المتوسط.

ارتفع الناتج الداخلي الخام (PIB) من 950 دولار سنة 1975 إلى 2380 سنة 1990 , ثم انخفض إلى 1840 دولار سنة 1992 و 1650 دولار سنة 1993 , وهذه الانخفاضات راجعة إلى انخفاض أسعار المحروقات والنشاط الاقتصادي.

إن مساهمة الصناعة وقطاع الطاقة قدرت بـ 50% من الناتج الداخلي الخام بينما ساهمت الفلاحة بـ 14% والخدمات بـ 36% خلال سنة 1991.

تستورد الجزائر اغلب احتياجاتها الغذائية من الخارج , وتقدر تكلفتها بحوالي ثلاثة ملايين, سنويا واهم واردتها الحبوب المستوردة من الولايات المتحدة وكندا والدول الأوروبية وأمريكا الجنوبية , بينما تصدر الجزائر المحروقات باتجاه أوروبا وأمريكا ( الشمالية والجنوبية).

تعتمد الجزائر على المحروقات حيث تمثل هذه الأخيرة قرابة 90% من الصادراتها الوطنية وتعتبر أهم مصدر للمداخيل بالعملة الصعبة.

إن أغلب الاستثمارات تركزت على الساحل حيث أكبر المدن الجزائرية، أن المراكز الحضرية تطورت على مرتفعات السهول التي تشكل أخصب وأغنى الأراضي وهذا ما أدى إلى ضغوطات مهمة على البيئة التي نلخصها فيما يلي:

- استعمال مفرط للموارد الطبيعية : المياه الأراضي والمحروقات.
- النزوح الريفي وتوسع المدن واضطراب في ظروف المعيشة والعمل.
- التلوث الصناعي والحضري.
- تدهور التربة والغابات والمساحات الخضراء الواقعة على هوامش المدن.

### 3-3-3 مختلف مراحل تطور اقتصاد الجزائري:

لخص CNES تطور الاقتصاد والجزائري خلال ثلاثين سنة بعد الاستقلال وتم تصنيفه في مرحلتين: الفترة الأولى تمتاز بنمو الاقتصاد وتمتد من 1960 إلى منتصف الثمانينات والفترة الثانية تبدأ سنة 1986 وتتميز بالانكماش وهذا راجع إلى انخفاض في ثمن المحروقات وبالتالي اضطرت الدولة إلى تبني إصلاحات اقتصادية.

#### أ- الفترة الأولى:

تميزت هذه المرحلة باستثمارات عمومية كثيفة تركزت أساسا على المحروقات وبدرجة أقل على الصناعة , وعرفت هذه المرحلة ارتفاع نمو الاقتصاد ( 6 إلى 7%) كما سجلنا خلال هذه المرحلة انخفاض معدل البطالة حيث قدر معدل البطالة سنة 1966 بـ 31% وانخفض إلى 18% سنة 1980.

إن التجربة التنموية في الجزائر تميزت باستثمارات معتبرة في مجال الصناعة و خاصة الصناعة القاعدية إلى غاية بداية الثمانينات , والهدف من هذا الاختيار هو المساهمة في المدى الطويل إلى الاستقلال الاقتصادي بوضع , و ذلك نسيج صناعي ينتج آلات إنتاجية أي الوسائل التي يمكن استعمالها بدون انقطاع في إنتاج مواد الاستهلاك , وبالتالي رفع مستوى المعيشي لسكان وزيادة عدد مناصب الشغل . خلال هذه المرحلة كانت القطاعات الصناعية

والبناء والأشغال العمومية والخدمات يوفرون أكبر عدد من مناصب الشغل بينما تم تهميش الفلاحة . أدت سياسة التصنيع إلى ارتفاع المديونية الخارجية حيث كان تقدر بـ مليار دولار سنة 1970 وارتفعت إلى 18 مليار دولار سنة 1980.

وأمام العديد من الاضطرابات الناجمة على السياسة الاقتصادية المتبوعة خلال هذه المرحلة , تم التبنى نهج جديد بداية سنة 1980 هدفه إعادة التوازن للاستثمارات لصالح القطاعات التالية وهي : الفلاحة الري والهيكل الاجتماعية وبتالي تم تأجيل العديد من المشاريع الاقتصادية.

واستفادت هذه السياسة الجديدة من الظروف الاقتصادية العالمية خاصة ارتفاع ثمن المحروقات وهذا ما سمح للجزائر بتسجيل معدل نمو مرتفع (5% سنويا) وانخفاض المديونية.

### ب- مراحل التصنيع:

إن المشروع الوطني إلى غاية 1980 أعطى أهمية قصوى للاستثمارات الصناعية حيث انتقلت نسبة الاستثمار في هذا القطاع من 54% إلى 60% من الحجم الكلي , وهذا ما أدى الى عدم توازن في الاقتصاد و نذكر فيما يلي المشاكل التي كان يعاني منها الاقتصاد :

- خلل في مختلف القطاعات بسبب تفضيل المحروقات على القطاعات الأخرى.

- اضطراب في تيرة وهيكل الاستثمارات مقارنة بالأهداف المسطرة ( عند نهاية المخطط الخماسي الثاني استهلكت الصناعة 60.7% من مجمل الاستثمارات بينما الهدف المسطر في البداية كان 43.6% فقط).

- نقص الاستثمارات في المجال الفلاحي ( نسبة الاستثمارات في هذا القطاع لم تتجاوز 7.3% بينما النسبة المقدرة في البداية هي 13.2%.

وركزت كل المخططات على أهمية إنشاء وحدات صناعية متجانسة تساهم في الاندماج الصناعي وتحديث الجهاز الإنتاجي الوطني.

تم تفضيل بعض القطاعات الصناعية ذات معدل نمو للقيمة المضافة (valeur ajoutée) الصناعية المتوسطة مرتفعة مثل المحروقات (4.8%) والمياه والطاقة (17.7%) و مواد البناء (17.2%) والصناعات النسيجية (10.8%).

بدأت مرحلة جديدة من التصنيع بعد 1980 والمبادئ التوجيهية الرئيسية بقيت نفسها أما الأهداف المحددة حسب المخطط الأول والثاني الخماسيين ( 1980-1984 و 1985-1989 ) فهي تتركز على انجاز ما تبقى من البرامج السابقة ومحاولة تصحيح عدم التوازن المشاهد في انجاز المشاريع الصناعية والهيكل.

وحددت البرامج الجديدة تاريخ 1990 لتغطية شاملة لاحتياجات الاجتماعية والثقافية لعدد السكان في تزايد وصعب الإرضاء فيما يخص الظروف العامة للحياة ( السكن، الصحة، التعليم، التغذية).

إن الدوافع البحث عن المزيد من التكيف لنظام الإنتاج للمتطلبات مع التأكيد على الرغبة في تحسين الكفاءة ( تحسين قدرات الانجازات الهندسية ونضوج المشاريع الصناعية والفلاحية) . إن الانخفاض كان أكثر أهمية لان هذه الفترة سمحت بإمكانية إعادة صياغة النظام الاقتصادي والاجتماعي , وينظر إلى هذا على انه وقفة في الحركة الكبيرة لتصنيع وجسد هذا الاتجاه خلال طول العشرية. تبني مجموعة من الإصلاحات وإعادة هيكلة كل من القطاع الصناعي والزراعي , الذي يعتمد بشكل متزايد على ضرورة وقف الاقتصاد المخطط وتوفير شروط الانتقال إلى اقتصاد السوق.

إن المخططات حددت أهداف بمعدلات تراكم اقل لصناعة بمعدل يقدر بـ 38% من مجموع الاستثمارات , وهذا ما أدى إلى تباطؤ حقيقي في وتيرة الاستثمارات الصناعية لإعادة التوازن في وتيرة التنمية للقطاعات التي لم تستفيد كثيرا في المرحلة الأولى مثل الفلاحة والري والسكن والبنية التحتية.

حددت مختلف البرامج سنة 1980 كمرحلة أساسية لتحول الاقتصاد ولكن ظهرت تحولات في السياسة الاقتصادية تم إدخالها بعد هذا التاريخ.

إن الإصلاحات في الاقتصاد الوطني وإعادة تشكيله من اجل تهيئة الظروف المناسبة لدخول اقتصاد السوق تزامنت مع الإجراءات الثقيلة لإعادة هيكلة التي دعت إليها المؤسسات المالية الدولية ابتداء من منتصف الثمانينات, و التي انتهت إلى نتيجة محتومة وهي إعادة جدولة الديون سنة 1993.

### ج- المرحلة الثانية:

تعرض الاقتصاد الجزائري إلى الأزمة التي كانت سائدة على المستوى العالمي , وفي الفترة الممتدة من 1984 إلى 1988 اتبعت الحكومة الجزائرية سياسة حذرة " لتحرير" الاقتصاد وإعادة هيكلة المؤسسات العامة.

ارتفعت الديون الخارجية حيث انتقلت من 6 مليارات دولار سنة 1974 إلى 26 مليار دولار سنة 1979 , واستغلت هذه الأموال في مشاريع غير مربحة وذات إنتاجية منخفضة لاستيراد سلع استهلاكية , كما عرفت المصانع تأخر في دخولها في الإنتاج ونقص في الاستخدام وتضخم تكاليف الإنتاج وارتفاع سدادات الدين ( amortissements ) , وعرفت ظروف الحياة تدهور وأصبح الميزان التجاري الزراعي سلبي سنة 1973 علما انه كان ايجابيا إلى أواخر الستينيات , حيث أن المنتوجات الفلاحية كانت تغطي 93% من الاحتياجات الوطنية سنة 1969 بينما لم تتعدى هذه النسبة 30% في بداية الثمانينات , وبالتالي أصبحت التبعية جد معتبرة, و مع تضاعف عدد السكان خلال 25 سنة و بقاء الإنتاج الزراعي في نفس المستوى مما إضطر الجزائر الى إستيراد 40% من احتياجاتها من الحبوب و 50 % من الحليب ومشتقاته و 70% من الدهون و 95% من السكر.

إن الارتفاع المفاجئ لسعر الفائدة القاعدية في 1979 من 12% إلى 20% أدى إلى إعادة تقييم الدولار و كانت عواقب هذا الإجراء مضاعفة بالنسبة لبلد كالجزائر حيث نلاحظ ارتفاع معدلات الفوائد الدولية و ارتفاع خدمة الدين المقومة بالدولار.

ترتبط الجزائر بالدول الأوروبية بمعاهدات ابرمتها في افريل 1976 و 1988 من نوع تجاري بحت التي أدت إلى تكريس عدم توازن التبادل التجاري من خلال اقتنار البلاد على توفير بانتظام وتكاليف مستقرة للمنتجات الطاقة , أما فيما يخص المواد الأخرى فهذه الاتفاقية توفر الحماية للمنتوجات الأوروبية.

إن تدهور الوضع الاقتصادي يؤثر على ظروف المعيشة لسكان وهذا ما أدى إلى تدهور الحالة الاجتماعية و الزراعة التي ضحى بها لفائدة الصناعة خلال السبعينات لم تتمكن من تغطية الحاجيات الغذائية لسكان في تزايد.

عرفت أسعار المحروقات انخفاضات معتبرة سنة 1986 (انخفض سعر المحروقات ب 50% و الغاز ب 90% ) التي تمثل 98% من مداخيل بالعملة الصعبة للبلاد , بالإضافة إلى سداد القروض وارتفاع نمو السكان , وهذا ما ادخل البلاد في أزمة عميقة ومتعددة الجوانب ,

واضطرت الحكومة إلى إعادة جدولة ديونها الخارجية ووضع برنامج لإعادة هيكلة الاقتصاد الوطني مع الصندوق الدولي لمدة ثلاثة سنوات.

### 3-4 تطور قوة العمل في الجزائر:

عرف الاقتصاد الجزائري خلال الفترة الممتدة من 1967 إلى 1985 معدل نمو قدر بـ 6% سنويا , وشهد هذا المعدل انخفاض حيث وصل إلى 1.5% سنويا بعد 1985. تم توفير 100.000 منصب شغل سنويا في المتوسط بين أواخر الستينيات إلى أواخر السبعينات واستمر هذا الاتجاه خلال العقد الأول من الثمانينات وعلى الرغم من انخفاض الاستثمارات ( 33% مقابل 40% إلى 45% في المتوسط خلال الستينيات) , تم إنشاء ما يقارب 140.000 منصب عمل في السنة , وهذا التوظيف المكثف أدى إلى انخفاض في نسبة البطالة التي انتقلت من 33% سنة 1966 إلى 18% سنة 1985.

### 3-4-1 التطور السكان الناشطين والمشتغلين:

أثناء المسح الأول الذي اجري في الجزائر بعد الاستقلال قدر عدد السكان بحوالي 12.1 مليون نسمة، و عدد السكان الناشطين قدر بحوالي 2.5 مليون نسمة و اقل من مليونين أشخاص مشغولين بينما في التعداد الذي اجري في عام 1998 , فإن عدد السكان الإجمالي قدر بحوالي 29.398.235 نسمة و عدد السكان الناشطين بلغ 8.326.000 ناشط أي ما يعادل 27.64% من مجموع . إن ضعف في نسبة النشاط ناتجة الى ارتفاع حصة الشباب في مجموع السكان , حيث أن فئة السكان أعمارهم تقل عن 15 سنة تمثل حوالي 36% كما هو يعود كذلك الى ضعف النشاط النسوي إذ لا تزيد نسبة النشاط النسوي على 10% في عام 1998.

خلال السنوات 1966 و 1998 ازداد عدد السكان الناشطين بأكثر من 5 ملايين حيث ان عدد السكان تضاعف خلال المسح الأول وما قبل الأخير اذ انتقل من 1.720.680 إلى 5.993.000.

كما عرفت نسبة البطالة انخفاض كبير خلال 1966 و 1987 و سجلنا فرق في معدل البطالة يزيد ب 9.5 نقطة و ابتداءا من 1987 الاتجاه في ارتفاع هذا المعدل.

الجدول 1.3: توزيع السكان الناشطين و المشتغلين و البطالين من 1966 حتى 2000

1966	1977	1987	1994	1998	2000
------	------	------	------	------	------

السكان النشيطين	2564633	3049952	5341102	6814000	8326000	8860000
السكان المشتغلين	1720680	2336263	4139354	5154000	5993000	6316000
عدد البطالين	843953	713689	1201748	1660000	2333000	2544000
معدل البطالة	32,9	23,4	22,50	24,36	27,96	28,71
Source: ONS, Rétrospective statistique, édition 2005.						

إن فئة السكان من الشباب تجد صعوبة في الاندماج في ميدان الشغل و النسبة حسب العمر للسكان العاطلين عن العمل تؤكد بأنها بطالة الاندماج حيث ان ثلاثة أرباع ( 71% في عام 2000 و 72% في عام 2007) طالبي العمل لم يبلغوا سن 30 سنة و البطالين الذين بلغوا 40 سنة وأكثر تمثل نسبتهم 10% في عام 2000 و 7.6% في عام 2007 من مجمل البطالين.

الجدول 2.3 : توزيع السكان النشيطين و المشتغلين و البطالين حسب فئة العمر سنة 2000 و 2007

العمر	النشيطين		المشتغلين		البطالين	
	2007	2000	2007	2000	2007	2000
< 20	5,8%	8,9%	4,6%	6,0%	12,7%	16,8%
20-29	35,9%	35,5%	32,0%	28,5%	59,2%	54,2%
30-39	27,4%	26,5%	28,5%	29,5%	20,4%	18,7%
40-59	31,0%	29,1%	34,8%	36,1%	7,6%	10,4%
العدد	9716076	8568221	8341413	6228771	1374663	2339449

### 3-4-2 التطور في الطلب والعرض في التوظيف الدائم والمؤقت

إن من مهام الوكالة الوطنية للتشغيل تسجل طلبات العمل و نلاحظ ان عدد طلبات العمل انخفض بأكثر من نصف ما بين 1990 و 2000 , وهذه الحالة هي ناتجة على انخفاض في عدد المناصب المعروضة خلال هذه الفترة و في عام 2004 سجلت الوكالة 453 691 طلب أي ضعف عدد الطلبات في عام 1990 , بينما عدد المناصب المعروضة كانت اقل من تلك المعالوضة في عام 1990 ( 73.311 في عام 2004 مقابل 78783 في عام 1990).

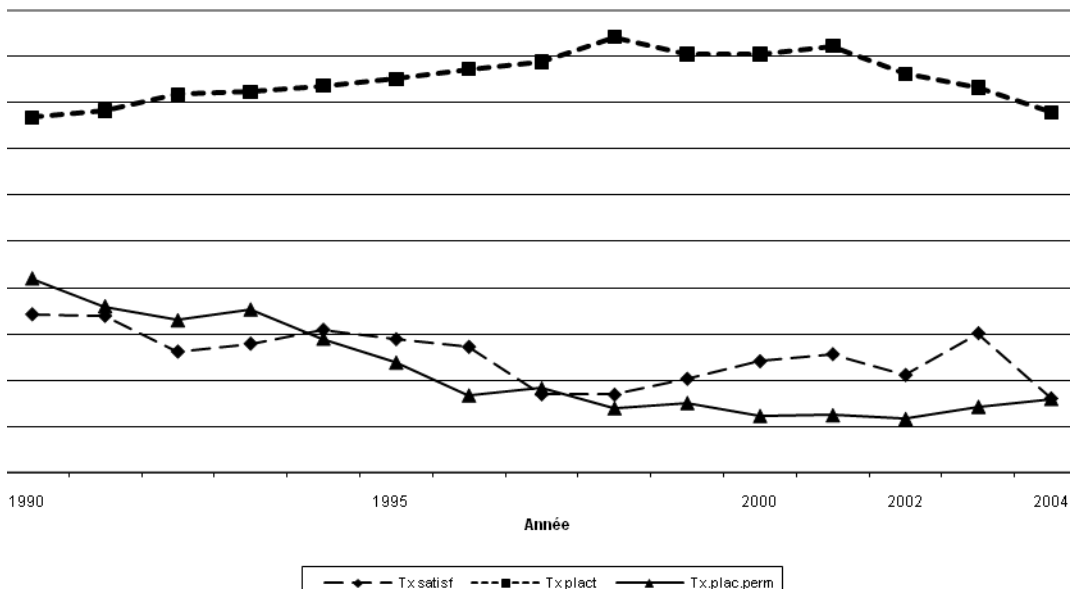
بالنسبة لعدد المناصب المسجلة في (ANEM) نلاحظ انخفاض منذ 1990 , بالفعل في عام 1990 وفرت الوكالة 78783 منصب 3014 في عام 2000 .

حسب المنحى 3,2 نلاحظ ان الطلب اكبر من العرض ومعدل الرضي لا يتجاوز 35% منذ 1990 و اقل نسبة التي قدرت بحوالي 15.16% سجلت عام 2004.

فيما يخص نسبة التوظيف فهو يتراوح بين 77% الى 95% خلال خمسة عشر سنة الاخيرة ( انظر المنحى 2.3)

المنحى 2.3: تطور المؤشرات الخاصة بالعمل ( الطلب , العرض , توظيف )

Graphique n° 3.2 :Evolution des indicateurs de l'emploi (demande, offre et placements)



النسبة الرضي ( عدد المناصب المعروضة مقسومة على عدد الطلبات)

نسبة التوظيف ( عدد التوظيف مقسومة على المناصب المعروضة).

نسبة التوظيف الدائمين: نسبة التوظيف الدائم ( عدد المناصب الدائمة مقسومة على عدد التوظيف).

عدد التوظيف: هي عدد التوظيف الدائمين + عدد توظيف المؤقتين . ان التوظيف الدائم يتقلص من سنة الى أخرى , واخذ مكانه العمل المؤقت , حيث أن نسبة التوظيف الدائم عرف انخفاض مستمر منذ 1990 , و كان التوظيف الدائم يمثل حوالي 42% من مناصب العمل في عام 1990 مقابل 15% فقط في عام 2004.

سجلت وكالات التشغيل ارتفاع في طلبات العمل عند فئة الشباب الاقل من 30 سنة وتمثل نسبتهم اكثر من 55% من مجمل الطلبات منذ 2000.

### الجدول 3.3 : تطور طلب العمالة (%) وفقا للفئات العمرية

السنة	الفئات العمرية			
	<30	30-39	40-49	>=50
2000	58,3	23,9	12,7	5,0
2001	62,2	21,3	11,6	4,9
2002	58,7	22,6	13,1	5,5
2003	68,0	18,8	9,3	3,8
2004	56,3	23,3	16,3	4,1

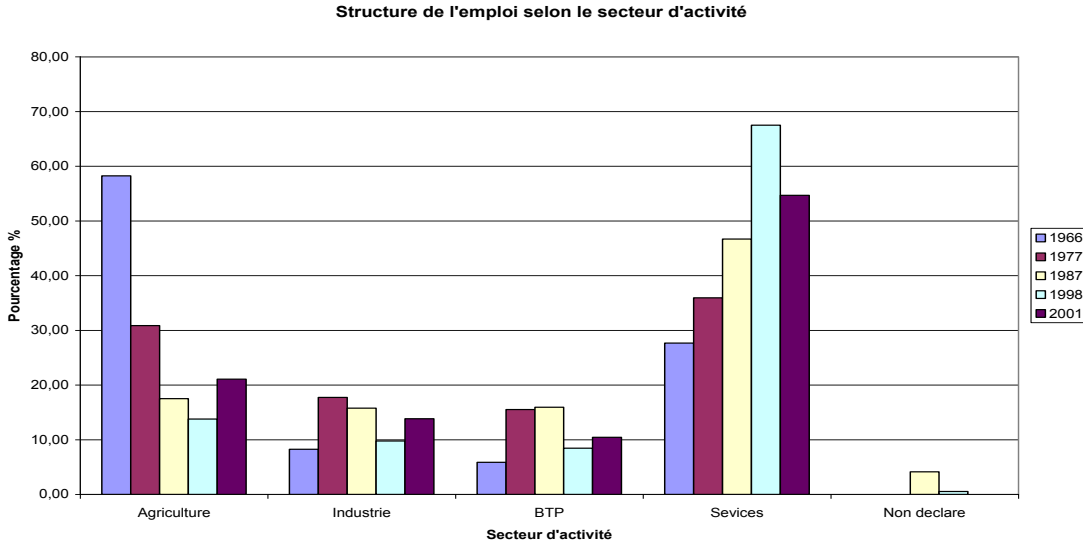
Source: ONS, [www.ons.dz](http://www.ons.dz) consulté le 10/03/2008

### 3.4.3 التطور في العمل حسب فروع النشاط:

المستوى العالي جدا في الاستثمارات العامة في نهاية الستينيات ونهاية السبعينيات أدى الى ارتفاع في مناصب الشغل , و كان لها الأثر المباشر في تفعيل مجال خلق مناصب العمل من اجل امتصاص البطالة " خلال هذه الفترة أعيد تشكيل السوق كما حدث كذلك تغيير في

إشكالية العمل , بالفعل خلال هذه الفترة وضع حدا للهجرة وأثرت لمدة طويلة في بنية السكان الناشطة بمضمون اجتماعي وثقافي جديد، ناتجة عن سياسة تعميم التعليم (CNES, 2002, p.24).

### المنحنى 3.3 : هيكل مناصب العمل حسب قطاع النشاط



قدرت نسبة السكان المشتغلين في القطاع الزراعي بحوالي 60% متنوعة بالخدمات بنسبة اقل من 30% وفي أخر رتبة نجد البناء خلال أول تعداد بعد الاستقلال الذي اجري في الجزائر سنة 1966. حدثت تغيرات جذرية في بنية القوى العاملة ابتداء من التعداد الثاني لسنة 1977 , حيث انخفضت نسبة المشتغلين في الفلاحة , حيث سجلنا اقل من ثلث اليد العاملة في هذا القطاع بينما تضاعفت نسبة الصناعة وارتفعت نسبة البناء والتجهيزات بثلاثة مرات " أدت الصدمة البترولية لسنة 1986 إلى انخفاض نمو في الجزائر سجلت انقلاب في اتجاهات سوق العمل أين تم إعلان نهاية فترة طويلة من النمو قوية ومتنوعة في إنشاء مناصب العمل وبدأت هذه الديناميكية سنة 1967 بوضع المخطط الثلاثي واقفل تقريبا مع المخطط الخماسي الأول ( 1980-1984 ).

"وكانت هذه الفترة جد ايجابية حيث أنها سجلت اكبر عدد من المناصب لسكان يمتازون بتواجد نسبة كبيرة من الشبان وتيرة نمو السكان مرتفعة (3.2%) وبتالي انتقل عدد المناصب من 43.000 سنة 1968 إلى 135000 سنة 1978 و 125000 سنة 1985" ( CNES, 2002, )

(p,26

ظهرت تغييرات في بنية مناصب الشغل ابتداء من 1987 , وخلال منتصف الثمانينات اثر انخفاض سعر المحروقات على مناصب العمل وأدى انخفاض الاستثمارات إلى ضعف النمو الاقتصادي وتقلص عدد مناصب الشغل.

وعرفت عشرية التسعينات تحول إلى اقتصاد السوق , كما عانى الاقتصاد من تضايقات ماكرو اقتصادية واستمر سوق العمل في الانكماش , والقطاعات التي تأثرت أكثر هي الصناعة والبناء والخدمات العمومية.

وبالإضافة إلى نقص عدد مناصب العمل بدأ ظهور العمل الغير دائم حيث أن العمل باجرة مضمونة من الدولة ولفترة غير محددة بدأ بتقلص وترك مكانه للعمل المؤقت وغير مؤهل.

### 5.3 ظاهرة الفقر:

يعرف الفقر بأنه حالة من الحرمان من مستوى الرفاه تعتبر كافية لحياة كريمة , وتحتوي على بعدين الأول مادي وثاني غير مادي حيث أن البعد المادي تمثل العوامل التي يمكن قياسها مثل الدخل والحصول على ما يكفي من الغذاء والخدمات الصحية والتعليم والمياه الصالحة للشرب , بينما البعد الغير مادي غالبا ما يرتبط بالتنمية البشرية ويركز على اكتساب القدرات الوطنية المطلوبة للحصول على المستوى المعيشي المرغوب ويعتبر رون تري (Rowntree) احد المنظرين الأوائل لتحديد مفهوم حديث للفقر حيث قام بدراسة استقصائية في عام 1899 في نيويورك ويعتمد مفهوم الفقر على فكرة العيش مع وجود فقر ابتدائي ( Pauvreté primaire ) حيث أن مجموع مداخل الأسرة لا يكفي لتغطية أدنى الاحتياجات وتحدث على الفقر الثانوي (pauvreté secondaire) إذا كان مجموع المداخل كافيا لو لم يستعمل جزء منه لأغراض أخرى , ومثال على هذا مواطن يعيش في الجزائر العاصمة الذي يضطر إلى تقليص تكاليف الغذاء لتوفير المال لبناء منزل , فيتم تصنيفه في فئة فقراء الثانويين (Kelkoul,2001) , قدر روتري الاحتياجات الغذائية للبالغين والأطفال بالاعتماد على أعمال المختصين في التغذية وتقييم أسعار الفقة باستعمال اقل الأسعار الموجودة في السوق وإضافة مبلغ لتغطية النفقات الأخرى مثل اجر السكن و ثمن اللباس , وهذا ما مكنه من تحديد عتبة الفقر المطلق حسب حجم الأسرة.

بعض المؤلفين الذين عملوا في دول العالم الثالث في السبعينيات اقترحوا إضافة للاحتياجات الرئيسية البعد الجماعي ( dimension communautaire ) مثل البنية التحتية والحصول على

المياه الصالحة لشرب , النقل و النظام الصحي ( Towsen, 1993 rapporte CENEAP, 2006, ) .(p.22)

ان تحليل معطيات المسوح التي اجريت مع الأسر تبين ان عائلة مكونة من اربعة أشخاص يفترض أنها تخصص ثلث ميزانيتها للغذاء بينما تخصص 27% من الميزانية إذا كانت الأسرة تتكون من شخصين , و إذا خصصت أسرة معينة نسبة أكبر من الميزانية للغذاء يتم تصنيفها كأسر فقيرة. تعرضت النظرية الخاصة بالفقر المطلق الى انتقادات عديدة , و بتالي ظهرت المقاربة النسبية و من نقائص نظرية الفقر المطلق الجهل بالبيئة الإجتماعية التي يعيش فيها الفرد و التي تؤثر على أولويته فمثلا فإن فلاح هندي كان يأخذ وجبة واحدة في اليوم في السبعينات و عاش على هذا النحو لمدة طويلة , و استطع أن يؤدي وظائفه على احسن وجه الى أن تم مقارنة استهلاكه بإستهلاك امريكي متوسط حيث بين روني ديمون (Renè Dumont) أن الحصة الغذائية لأمريكي تكفي ل 33 هندي. و من جهة أخرى فإن الإحتياجات الغذائية تختلف حسب الجنس و العمر و الإستقلاب (mètabolisme) و المناخ و مستوى النشاط الأفراد و العادات الغذائية , حيث أن الإحتياجات الغذائية مرتبطة بالبيئة المادية و الإجتماعي و النماذج الثقافية.

إن الأزمة الاقتصادية المستمرة منذ الثمينات ادت الى بروز ظاهرة إفقار جزء كبير من السكان و الأوجاع الاجتماعية التي تصاحبها , و في الوقت الحالي تشير التقديرات الى أن ثلث السكان يعيشون تحت عتبة الفقر , و يبدو أن هذه الظاهرة مرتبطة اكثر بتدهور متوسط الدخل رغم وجود الزيادة في الفوارق الاجتماعية , و مع وصول 300 الف شاب للبحث على فرصة عمل فإن الوضع قد يتدهور أكثر.

بينت الإحصائيات أن عائلة من بين 5 لديها حصة غذائية يومية دون المتوسط الوطني و أكثر من مليون طفل يعانون من سوء التغذية . ففي سنة 2000 صرح المجلس الوطني الاقتصادي و الاجتماعي (CNES) أنه يوجد قرابة 12 مليون جزائري مصنفيين ضمن فئة الفقراء أي ما يعادل 40% من مجموع السكان , و يبدو ان بين 1998 و 2000 تضاعف عدد الفقراء و هذا ما يبين سرعة انتشار هذه الظاهرة في البلاد رغم تقارب النفقات الاجتماعية 6.2 % من الناتج الداخلي الخام (PIB).

### 3-5-1 المؤشرات الاقتصادية و الاجتماعية

إن مصادر البيانات الخاصة بالفقر متوفرة في الدراسات التالية:

- دراسة قامت بها الوكالة الوطنية لهيئة العمرانية (ANAT) , و وضعت هذه الأخيرة خريطة للفقر في الجزائر على المستوى البلديات حيث تم تصنيف البلديات وفقا لأربعة معايير و هي: الصحة و التربية و السكن و الموارد المالية للبلدية , و بما أن وحدة القياس هي البلدية فلا

نستطيع مقارنة نتائجها مع الدراسات الأخرى التي تعتمد على الأسرة أو الفرد كوحدة قياس , و نلاحظ كذلك غياب معلومات حول استهلاك الأسر , فيتالي هذه الدراسة توفر لنا معلومات حول البلديات و ليس الأسر.

- مسوح أنجزها مركز الدراسات الاقتصادية (CENEAP) لفائدة المجلس الوطني الاقتصادي و الاجتماعي و الصندوق العالمي لسكان (FNUAP) سنة 1997 و 2000. و كانت تهدف هذه الدراسات الى مقارنة استهلاك الأسر خلال الفترة الممتدة بين 1988 و 1995.
- مسوح الاستهلاك التي انجزت من طرف الديوان الوطني للإحصاء سنوات 1988 و 1995 و 2000. و بينت النتائج ان الاتجاه في انتشار الفقر مؤكد وهذا منذ 1967 , و لا يمكن ربط تدهور القدرة الشرائية للأسر ببرامج اعادة الهيكلة رغم ان هذه الأخيرة اثرت سلبا على الإستهلاك و المستوى المعيشي للأسر (انظر الجدول رقم 5,3).

الجدول 4.3: المعامل الغذائية في ميزانيات الأسر الجزائرية بين 1967-2000

	1967	1980	1988	1995	2000
الحضر	41,6	54,7	52,8	59,1	45,1
الريف		54,7	52,8	59,1	43,7
Source : Rapport enquête Etude niveau de vie de la pauvreté en Algérie 2006, p.46					

قدر معدل انخفاض الناتج العام الخام (PNB) ب -5.0% سنويا خلال الفترة الممتدة بين 1980 و 1992.

إن الناتج المحلي الخام مبني أساسا على الصناعة التي تشمل على قطاع الطاقة و هذه الأخيرة تشكل الجزء الأكبر من ثروة البلاد و مداخلها بالعملة الصعبة.

و فيما يخص اليد العاملة و صل عدد العمال سنة 1992 الى 4 401 000 و توظف الإدارة 25,9% من اليد العاملة في البلاد و أما حصة قطاع الزراعة و الصناعة و الخدمات فقدت ب 18% من مجموع العمال , و تتقاسم القطاعات الأخرى ما تبقى (13,9% تخص قطاع النقل و الاتصالات ب 5,7%) و و صل عدد البطالين الى مليونين.

أ- اثر على الدخل و القدرة الشرائية للأسر

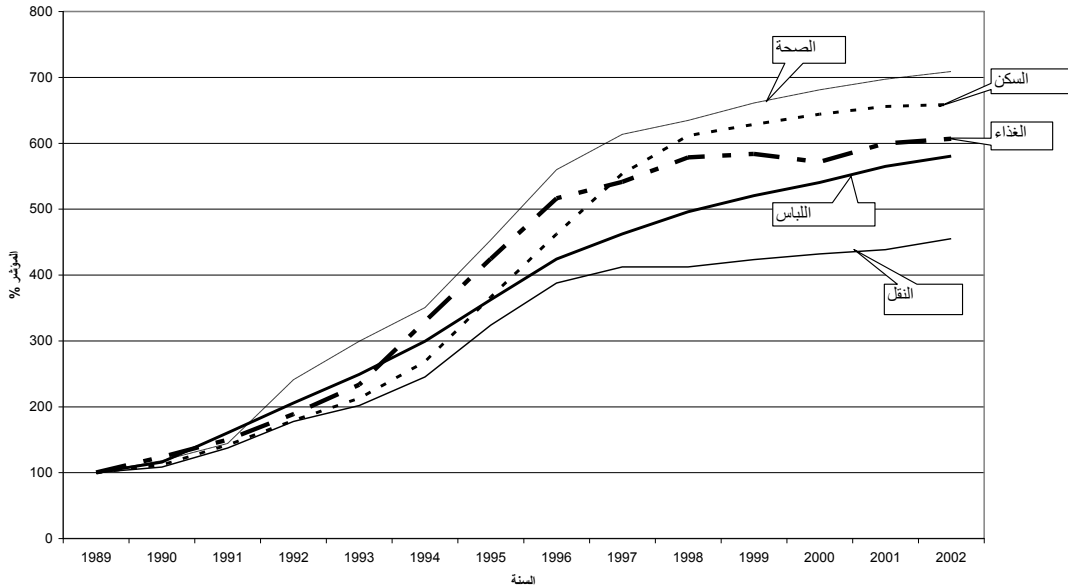
إن التغيرات الهيكلية في الاقتصاد و ركود طويل الأمد اثرت سلبا على الدخل و ظروف المعيشية للأسر.

و رغم استئناف نمو الاقتصاد فإن مستوى البطالة لايزال مرتفعا (قاربة 29% و في بعض الولايات يفوق 35% ) و تمس البطالة فئة الشباب الباحثين على أول منصب الشغل, و تسببت البطالة و التضخم في تدهور القدرة الشرائية للأسر خاصة بعد إلغاء دعم المواد الأساسية الذي كان سري المفعول.

إن مؤشر الاستهلاك خاصة المرتبط بالمواد الغذائية عرف ارتفاع معتبر بين 1989 و 2002 , بينما مداخيل الأسر و خاصة العمال بينما لم تعرف زيادات الأجور نفس وتيرة ارتفاع مواد الاستهلاك (المنحنى رقم 4.3).

إن الفجوة بين الأجور و أسعار المواد الاستهلاكية قد أدى الى إفقار العمال حيث إنخفضت القدرة الشرائية خاصة عند الطبقة المتوسطة بثلاث (الاطارات و العمال التقنيين). و بالإضافة الى ذلك فإن انخفاض الميزانية ادى الى تقليص الإعتمادات المخصصة للقطاعات الاجتماعية التي فرضت قيود على الخدمات العامة حيث قدرت حصتها سنة 1987 ب 38% و انخفضت الى 29% سنة 1995.

#### المنحنى 4.3 : تطور مؤشرات بعض الاحتياجات



## الخاتمة

تبنت الجزائر بعد استرجاع سيادتها نموذج تنموي اعطى أهمية قصوى لتصنيع السريع للخروج من حالة التخلف الذي كانت تعاني منه البلاد.

إن الأهداف المسطرة في السبعينات هو تقليص التبعية تجاه الخارج و هذا عبر التصنيع الذي كان يعوّل عليه في إيجاد حلول هيكلية لمشكل البطالة.

إن هذه الإختيارات كانت لها نتائج إيجابية فيما يخص معدل النمو الاقتصادي الذي كان يناهز 7% سنويا خلال السبعينات. كما ساهمت هذه السياسة الاقتصادية في تحسين القدرة الشرائية للأسر و خفض معدل البطالة (32,7% سنة 1966 الى 22,3% سنة 1977). و لكن رغم هذه الإيجابيات الا أن النتائج لم تكون في مستوى الأهداف المسطرة في نهاية العشرية حيث تبين أن النظام الاقتصادي المقيم لا يتوافق مع الأهداف الاقتصادي المندمج , و أن المصانع التي أوكلت لهم هذه المهمة تعاني من نقص في الهيكلية المالية , و لإصلاح هذه الإنحرافات تم إتخاذ اجراءات في بداية الثمانينات لإيجاد حلول لهذه الوضعية.

إن انخفاض المداخيل الخارجية ابتداء من 1986 كشف على ضعف هيكلية الاقتصاد الوطني و ضرورة اصلاحه.

بدأت البطالة و الفقر تنتشر بحدة منذ بداية التسعينات و هذا ما أدى بالسلطات لإتخاذ تدابير جديدة للحد من تدهور مستوى المعيشي لسكان و سوق العمل.

قمنا في هذا الفصل بتطرق الى نموذج التنمية الاقتصادية في الجزائر , سنتعرض في الفصل الموالي الى النظام الصحي في الجزائر.

ورثت الجزائر المرافق الصحية التي كانت تحت خدمة السكان المستعمر , و كانت هذه المرافق متواجدة في المناطق ذات تركيز عال للمستعمرين. حاليا النظام الصحي في الجزائر هو نظام مجين، مع احتكار القطاع العام للهياكل الثقيلة ولديه شبكة كثيفة من وحدات الرعاية الصحية الأساسية، والأطباء الخواص بالإضافة إلى مراكز الطبية الاجتماعية، ومنذ 1990 هناك عيادات خاصة خاضعة للغطاء الضمان الصحي.

التحسن في التغطية الطبية كان سريعا حيث انتقلنا في عام 1970 من طبيب واحد لـ 7562 نسمة الى 941 ساكن لكل طبيب عام 2000 . ان الارتفاع في عدد الممارسين الطبيين هو نتيجة للمجهودات المبذولة في تكوين الأطباء حيث نلاحظ في السنوات الأخيرة صعوبة توظيف الأطباء الجدد.

بالرغم من النتائج المتحصل عليها وتحسن في الحالة الصحية للسكان , النظام الصحي لم يتمكن من تلبية الاحتياجات الجديدة الناتجة عن التغيرات الديموغرافية الكبيرة , وانماط الحياة الجديدة، و عدم ارتياح المواطن راجع الى مشاكل حقيقية ذات أصول متعددة و تختلف حسب نوع القطاع العام أو الخاص . إن مستخدمي، القطاع العام يواجهون تدهور في الخدمات في السنوات الأخيرة، بينما خدمات القطاع الخاص موجهة لطبقة السكان ميسورة الحال اقتصاديا.

توزيع البني التحتية والمستخدمين الطبيين لاسيما المتخصصين ليست متجانسة عبر كامل التراب الوطني، حيث أن الجزائر تملك 13 مركز استشفائي جامعي و 31 مؤسسة متخصصة موجودة في 14 ولاية تقع كلها في شمال البلاد ، و الجزائر العاصمة وحدها تملك 4 مراكز إستشفائية جامعية و 13 مؤسسة مختصة، و توزيع الأطباء المختصين في القطاع الخاص أو العام تتبع توزيع الهياكل المتخصصة.

وفي الواقع ما يقارب 84% من المختصين ومنهم 63.24% من الخواص متواجدين في 14 ولاية هاته الحالة تظهر صعوبة سكان الولايات الأخرى في الاستفادة من خدمات المختصين.

اغلب القطاعات الصحية تستخدم أطباء عموميين والكثير من المصالح مسيرة من طرف أطباء عامين و أمام استمرار انتشار أمراض البلدان الفقيرة نشهد ظهور أمراض البلدان الغنية ، و إذا كانت الأمراض الأولى يمكن القضاء عليها بوسائل بسيطة فالفئة الثانية تتطلب وسائل أكثر تطورا من اجل التكفل بهم , و قد لا يستطيع طبيب عام متابعة الكثير من الحالات و مايزيد تأزم

و صعوبة الوضع كبر مساحة البلاد وتوزيع الهياكل المتخصصة لا يسمح لشريحة معتبرة من السكان بالإستفادة من خدماتها .

إن عدد الدخول إلى المستشفى انخفض بقرابة 45% خلال المرحلة الممتدة بين 1995 و 2000 بالنسبة لعدد سكان أكبر , أما فيما يخص الفحوصات فتجاوز 32 مليون و بأخذ بعين الإعتبار عدد السكان لدينا أكثر بقليل من فحص في السنة لكل ساكن.

#### 4-1 الوضع قبل الاستقلال:

إن الممارسة الطبية قديمة في الجزائر حيث كانت تمارس 46 قبل الميلاد والملك النوميدي جوبا الأول كان لديه طبيبة الخاص و إسمه اوفورب (Euphorbe).

بقدم الإسلام إلى شمال إفريقيا تعززت الممارسة الطبية رغم أن النشاطات الصحية لم تكون مهيكلة . بعد مصنعة بعد احتلال الفرنسي للجزائر تم إنشاء أول مصلحة صحية من طرف المرشال دوسانت (maréchal De Saint Arnaud) وزير الحرب لنابوليون III ( Napoleon III). (III).

إن الأطباء في ذلك الوقت لاحظوا وجود العديد من الآفات مثل السل ( Tuberculose ) ، و حالات حمى المستنقعات و أكياس المياه و هذه الأمراض لازالت منتشرة في الجزائر.

"في بداية الاستعمار كان التنظيم عسكريا بحثا لان الجيش هو المسؤول على نشر الرعاية الصحية التي كانت موجهة بالدرجة الأولى لخدمة الجيش ( Boussof, 1992, p15).

إن الرعاية الصحية كانت موجهة للجيش الفرنسي و السكان الجزائريين في 1835 كان عدد الأطباء المدنيين في الجزائر 81 طبيبا . تدريجيا عرف النظام الصحي امتداد و بداية من 1844 كان هناك 32 مستشفى مدني وعسكري في الخدمة , ومن ثم النشاط الطبي في الجزائر عزز الوجود الفرنسي وكانت له مكانة مهمة , و أثناء المؤتمر الطبي الذي أجري سنة 1845 صرح وزير التعليم العام " أن حكومة الملك تعتمد بشدة على تقاني الطاقم الطبي في التأثير المعنوي للأطباء في الجزائر من اجل تمدن العرب وذلك بتثييت الحضارة الفرنسية في إفريقيا , كما يجب أن يستفيد المعمرين الجدد من الرعاية الطبية " (Negroni, 1957, p.11). تم انشاء 13 مقاطعة طبية سنة 1850 في الجزائر و صادفت هذه السنة اقامة بعض الأطباء الفرنسيين في المدن الكبرى ( Boussof,1992,p154).

ظهرت عدة أوبئة خلال الفترة الممتدة ما بين 1830 و 1850 و هلك العديد من العسكريين الفرنسيين بالجدي خلال الفترة الممتدة من 1830 الى 1832, وهناك أوبئة أخرى منتشرة حيث أحصوا 404 وفاة في الجزائر العاصمة ما بين ( 1841- 1846) وكذلك سجلنا انتشار الكوليرا بين 1834 و 1837 وكذلك سنة 1847 وظهر الطاعون بكثافة في قسنطينة سنة 1831 حيث قضي على 77 شخص.

خلال الفترة الممتدة بين 1853 و 1944 تم تغيير الوضعية القانونية للأطباء المستعمرين قرابة 10 مرات وفي 1858 قررت السلطات الفرنسية إنشاء 69 مقاطعة موزعة كما يلي: 25 وحدة تخص إقليم الجزائر و 23 وحدة في وهران و 21 وحدة في قسنطينة و قدر عدد الأطباء بـ 90 سنة 1881 و 112 طبيبا سنة 1936, وهذا ما يعني أن كل طبيب يتكفل بـ 45000 إلى 100.000 شخص حسب المقاطعات.

في سنة 1940 تم إحصاء 112 مقاطعة في شمال الجزائر " المجموع يغطي المساحة الكلية لأكثر من 18 مليون هكتار أي نسبة 89.7% من مجموع مساحة شمال الجزائر، وعدد السكان المستفيدين قدر 4200.000 وهذا يمثل 63.5% من مجموع السكان ويعني هذا أن عشر الأطباء يقدمون العلاج في مساحة تقدر بـ 90% من مجمل مساحة شمال الجزائر لـ 3/5 من السكان " (Negroni, 1957, p15).

بلغ عدد المستشفيات الثانوية 80 سنة 1927 و 120 سنة 1943, وعدد الأسرة قدر بـ 18.000, بالإضافة إلى ذلك تم إنشاء 88 قاعة للعلاج سنة 1933 وعدد الدخول إلى المستشفيات عرف ارتفاع بين ( 1910 و 1944) حيث قدرت عدد الاستشارات بـ 37388 سنة 1910 و 125936 سنة 1944.

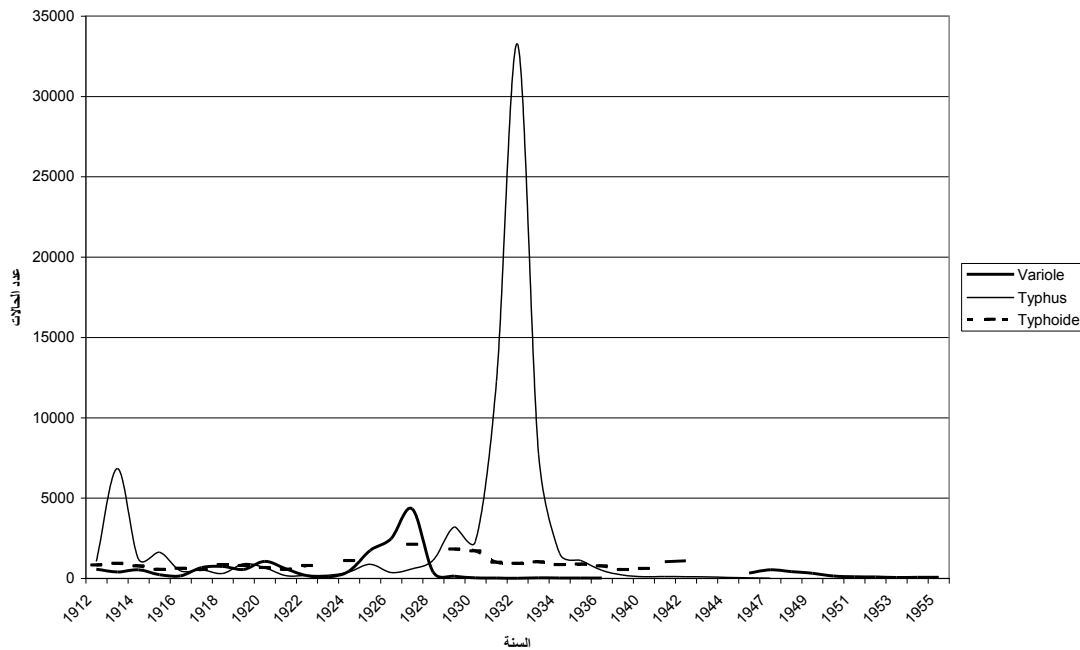
عرفت الفترة الاستعمارية العديد من الأوبئة للأمراض الجدي والطاعون والتيفوس والكوليرا وأدى انتشار وباء التيفوس سنة 1868 إلى وفاة 217000 في مقاطعة الجزائر, وخلال الفترة الممتدة ما بين 1920 و 1944 تم تسجيل مئات حالات التيفوس والحد الأقصى سجل سنة 1942 بـ 33255 حالة ( المنحنى 1.4) أن مختلف مصادر المعطيات تصرح بإعداد قد تزيد عن الضعف , فمثلا من سنة 1942 هناك دراسة طبية أشارت إلى وجود 60.000 وفاة أو 32255 , الأعداد المنشورة تهتم فقط بالحالات المصرح بها وحسب إحصائيات تلك الفترة فان 40% من السكان مقصين من النظام الصحي . ان انتشار الأمراض المعدية في الجزائر اجبر

المحتل لإنشاء وحدات صحية في المدن الكبرى , ولكن التغطية الصحية جد ضعيفة وشريحة معتبرة من السكان الجزائريين لا يستفيدون منها.

ويعتبر الطاعون من الأمراض ذات انتشار واسع في الجزائر حيث تم تسجيل 400 حالة أدت إلى وفاة 194 شخص خلال الفترة الممتدة بين 1899 و 1925 , واكبر حصة سجلت سنة 1921 حيث تم تصريح 203 حالة.

ويعتبر الخناق من الأمراض المنتشرة في الجزائر وتم إحصاء 3123 وفاة بين السكان الأوروبيين خلال الفترة الممتدة بين 1906 و 1915 , وتم إحصاء 7867 وفاة بين الفترة الممتدة من 1921 إلى 1930 , واكبر عدد سجل سنة 1943 بـ 2115 حالة , و أستقر المعدل المتوسط السنوي خلال السنوات الممتدة بين 1926 إلى 1936. وبعد 1940 ارتفع عدد الحالات ووصل إلى 2115 سنة 1943 وهذا الارتفاع قد يكون راجع إلى تشخيص أفضل لهذا المرض.

المنحنى 1.4 : تطور عدد حالات بعض الأمراض خلال الفترة الممتدة من 1912 و 1955 في الجزائر



تعتبر الملاريا والأمراض الفيروسية من الآفات الاجتماعية خلال الفترة الاستعمارية و تم تسجيل 1526 وفاة من بين 6704 دخلوا الى المستشفى و من بين كل 8 وفيات نجد وفاة ترجع الى الملاريا في سنة 1928 في مقاطعة وهران . و حسب إحصائيات تخص 12 مركزا

صرحت بأن عدد الوفيات يفوق 2000 في المتوسط خلال 10 سنوات الماضية. ( Negroni, 1957, p27 )

إن أول حملات مكافحة الملاريا تعود الى سنوات 1902 و 1903 , رغم هاته المجهودات ونظرا لانخفاض التغطية الصحية فان توطن هذا المرض بقي مرتفع.

هناك مرض آخر كثير الانتشار عند سكان المسلمين وهو مرض الزهري فحسب Negroni فان 75% مسلمين كانوا مصابين بهذا المرض , وفي 1929 قامت السلطات بتبني قانون خاص بتنظيم البغاء واستعمال الأدوية ( Spirillicides ) , و هذه الإجراءات أدت إلى انخفاض في انتشار المرض " في 1937 تم فحص 2657285 مريض وثبت إصابة 284026 بالمرض أي ما يعادل 10.3% وانخفضت هاته النسبة إلى 9.5% سنة 1941 ( Negroni, 1957, p26 )

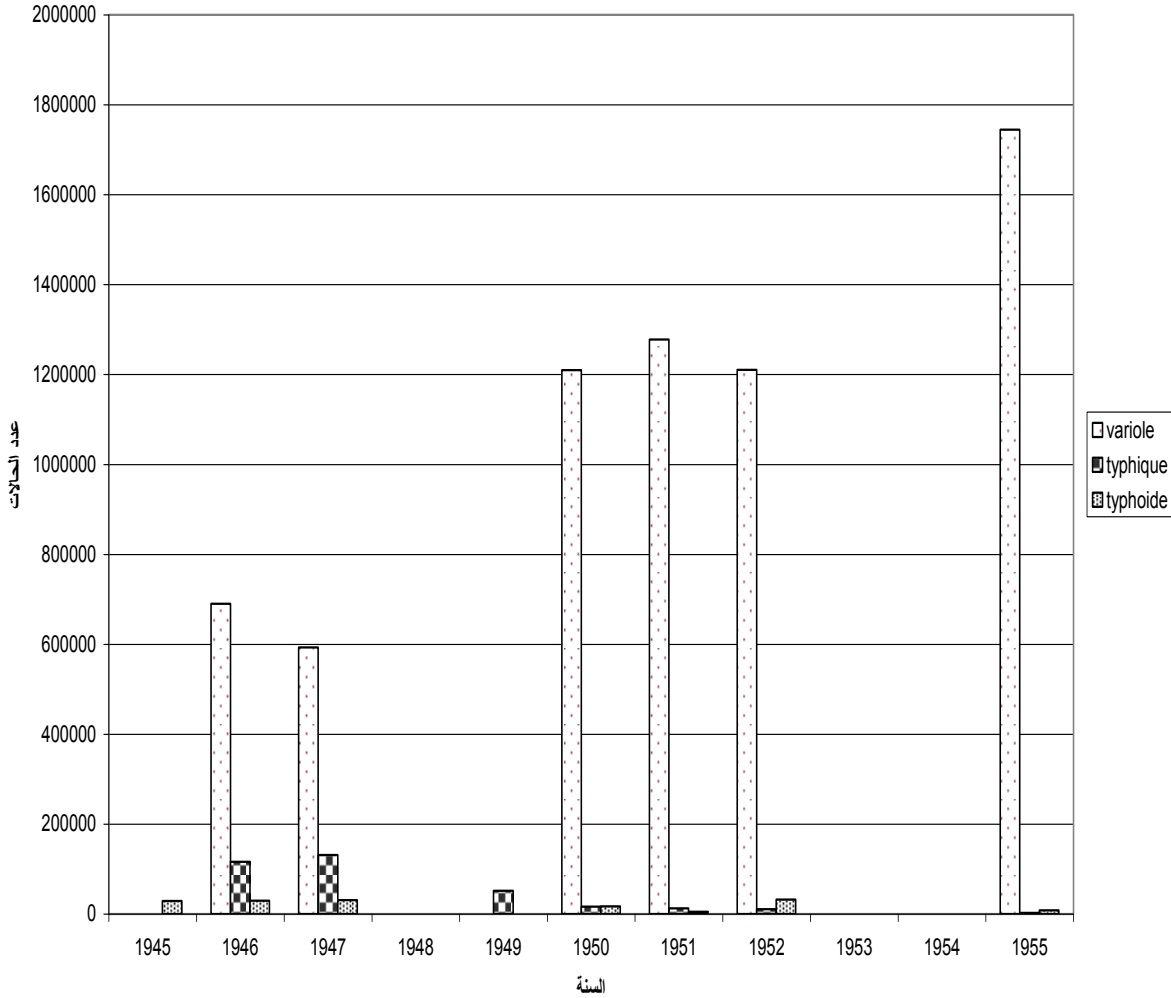
إن الرماد الحبيبي كان مرض كثير الانتشار في الجزائر , في 1930 أصيب حوالي 24% من الأوروبيين و 54% من السكان المسلمين بهذا الداء , فحسب Negroni في سنة 1936 من بين 144186 استشارة تم اكتشاف 41.5% مصاب بهذا المرض في محافظة الجزائر , أما في محافظة وهران فانخفض عدد المصابين إلى 20.6% من بين 140839 استشارة , وفي محافظة قسنطينة وصلت النسبة الى 59% من بين 138983 استشارة.

كما عرف مرض السل انتشار كبير في الجزائر, إلى غاية 1914 يبدو أن هذا المرض في الجزائر لم يكن أكثر أهمية بالنسبة للمناطق الأخرى, ولكن عودة المهاجرين الجزائريين من فرنسا يمكن أن تفسر ارتفاع عدد الحالات المصابة بهذا المرض, حيث أن ظروف العمل كانت تختلف عن تلك الموجودة في الجزائر والظروف المناخية القاسية خاصة في الفصول الباردة. وكان يضطر العمال لتوفير المبالغ لإعالة أسرهم الموجودة في الجزائر, فان تواجد العديد من العمال في مساكن جماعية ساهم بقوة في انتشار هذا المرض وعودة العمال إلى البلاد بسبب المرض ادى الى اصابة اعضاء الاسرة العائدين بسبب مرض السل " في 1955 قدر عدد العمال الذين تم تصريحهم و عودتهم الى الجزائر بسبب المرض بين 150 الى 200 عامل جزائري منهم 58 يقطنون في محافظة الجزائر " ( Negroni, 1957, p85 ).

فحسب Negroni فان الهجرة عامل مهم في انتشار هذا المرض في أوساط الجزائريين , وقد تفاقم هذا المرض نظرا لضعف المستوى الاقتصادي للأسر الجزائرية وسوء الظروف الصحية, وتعايش عدد كبير في مساكن صغيرة وهذا ما يساهم في العدوى, وبدأت مكافحة هذا المرض

سنة 1933, "من 1924 إلى 1931 استفاد 9348 طفل من تطعيم ضد السل كما سجلنا 4536 سنة 1932 و 7395 سنة 1933 10229 سنة 1936" (Negroni, 1957, p.27)

المنحنى 2.4 : تطور التلقيح ضد الجدري و تيفوئيد و تيفوس بين 1945 و 1955



أما فيما يخص حماية الأمومة والطفولة تم إحصاء سنة 1936 ، 141 بلدية أنشأت مراكز لمساعدة الأمهات والأطفال الرضع , وكانت تسمى هذه المرافق الملاجئ وخلال نفس السنة تم تقديم 125.555 استشارة وعدد الملاجئ وصل 179 في شمال الجزائر.

#### 2.4 بعد الاستقلال:

بعد الاستقلال , ورثت البلاد نظام صحي انشأ أساسا لخدمة أقلية من السكان فان البني التحتية كانت منتشرة في مناطق محددة , وأدى هذا إلى التباين بين المناطق حتى وان كانت التغطية الطبية منخفضة تقريبا في كل الجزائر.

إن المغادرة الجماعية للإطارات الأوروبية عامة وخاصة الأطباء زاد من تفاقم الحالة الصحية للجزائريين , بالفعل بقي اقل من 500 طبيب لتغطية احتياجات الصحة للسكان قدر عددهم 10.5 مليون نسمة سنة 1962.

إن المؤشرات الصحية لهذه الفترة تميزت بارتفاع وفيات الرضع حيث فاقت 180 وفاة لكل 1000 ولادة ومتوسط العمر المتوقع لا يزيد على 50 سنة والأمراض المنتقلة المتوطنة تسببت في العديد من الوفيات والإعاقات.

نميز بين ثلاث مراحل لتطور النظام الصحي للجزائر، المرحلة الأولى تغطي العشرية الأولى بعد الاستقلال قبل إدخال نظام مجانية العلاج والمرحلة الثانية تمتد بين 1974 إلى 1989 والمرحلة الأخيرة تمتد من 1990 إلى يومنا هذا.

#### 1-2-4 المرحلة الأولى ( 1963-1973):

كما سبق ذكره إن النظام الصحي عند الاستقلال انشئ لتغطية حاجيات عد قليل من السكان, وزادت من تدهور الوضعية الصحية الحرب التحريرية التي دامت اكثر من سبعة سنوات

تركت فرنسا بعد رحيلها 143 مستشفى بمجموع 40.000 سرير , اما فيما يخص الطاقم الطبي في شهر جويليا سنة 1962 بقي 630 طبيب على كامل التراب الوطني بينما كان عدد الاطباء يقدر بـ 2500 طبيب في بداية السنة ( Bousouf, 1992, p162).

أمام هذه الوضعية الصعبة اتخذت السلطات إجراءات لتحسين التغطية الصحية , حيث ظهرت الخدمة الإجبارية لأطباء والخدمة المدنية للأطباء و هذه الأخيرة تكلفت بتعيين الأطباء في المؤسسات الصحية.

ولسد النقائص فيما يخص الطاقم الطبي كثفت الجزائر من تكوين الأطباء من خلال فتح معاهد جديدة للعلوم الطبية , ورغم هذه الجهود إلا أن الزيادة في أعداد عمال القطاع الصحي كان طفيف ونفس الاتجاه سجلته المرافق الصحية , حيث أن عدد الأطباء المكونين في المعاهد الطبية بقيت ضعيفة إلى غاية 1971, حيث أن معدل عدد الأطباء لكل 1000 ساكن يتراوح بين 1.2 و 1.6 ( Bousouf, 1992,p163). أدت وهذه الوضعية إلى إصلاح الدراسات الطبية في عام 1971 , وصادفت هذه الفترة تنفيذ العديد من البرامج الصحية لحماية الفئات الضعيفة وضمان الوقاية من الأمراض المنتشرة , كما تزامنت هذه الفترة مع إدخال إلزامية التطعيم لجميع الأطفال ونجاح حملة القضاء على الملاريا.

أن قلة الموارد المالية أدت إلى تباطؤ إنشاء وحدات صحية جديدة حيث أن بين 1966 و 1972 لم يتم بناء أي مستشفى , ولكن بالمقابل ظهر نوع جديد من المرافق تم إدخاله لنظام الصحي , وهي مصلحة متعددة الخدمات التي عوضت المستشفى في الزيارات التي لا تتطلب المكوث في المستشفى , كما عرف عدد المراكز الصحية والقاعات العلاجية ارتفاع على توالي ب 20% و 17% خلال 1966 و 1972 (جدول 4.1)

الجدول 1.4 : تطور المرافق الصحية بين عامي 1966 و 1972.

التغير	1972	1966	
المستشفيات	163	163	
عيادات متعددة الخدمات	16		
مراكز الصحة	307	256	20%
قاعات العلاج	1266	1081	17%

المصدر : الديوان الوطني للإحصاء , 2005

#### 2.2.4 المرحلة الثانية ( 1974 – 1989):

إدخال مجانية الطب في الجزائر عام 1974 هو بدون شك حدثا حاسما في تطور النظام الصحي في الجزائر , هذا المشروع يظهر في كل الوثائق المذهبية للثورة الجزائرية ( قانون 73-65 في 28 ديسمبر 1973 متعلق بمجانبة العلاج) . فمجانبة العلاج في الهياكل الصحية العمومية منحت التعميم في الوصول إلى المصالح الصحية , و كل المواطنين لهم الحق في الحماية الصحية وهذا الحق تكفله مصالح صحية عامة ومجانبة , وتوسع نطاق الطب الوقائي وتحسين ظروف المعيشة والعمل، إلى جانب الترقية في التربية البدنية والرياضية والترفيه ( Bousouf, 1992,p165).

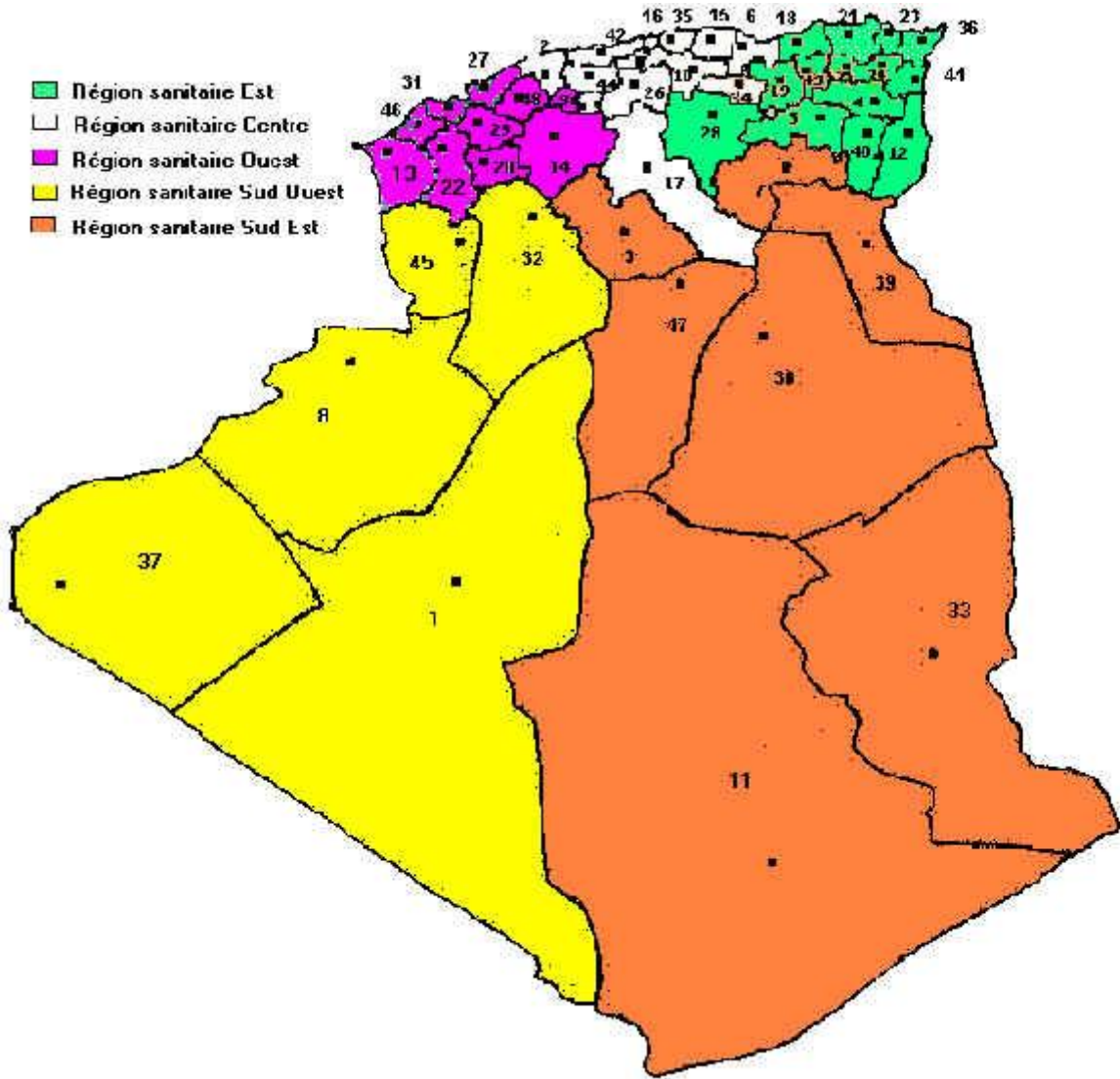
إن حق كل مواطن جزائري في الصحة أصبح مرسخا في الميثاق الوطني لعام 1976, و الرعاية المجانية شكلت قطيعة مع الماضي " في نفس الوقت انهدت فترة التجريب والمواجهة، أو المفتوحة أو الخفية بين حكومة والمهنيين العاملين في مجال الصحة فرض رؤية الحكومة. وتزامنت مع وضع المخطط الرباعي الثاني، الأكثر طموح في مجال مشاريع الاستثمار الصناعي والرغبة في بناء الاقتصاد الوطني ( Oufriha, 2002, p24).

النظام العلاجي تتطور بالموازاة مع النظام الإنتاجي لثروات , إن البحوث المالية الناتجة عن تأمين المحروقات سمحت للبلاد بتخصيص أموال كافية لتنمية الصحة . إن الشركات الكبيرة قد أنشأت مرافق صحية لتلبية الاحتياجات الصحية للعمال وأسرهـم " إلى جانب القطاع العام متكون في البداية من مجمل المستشفيات وقليل من الهياكل صغيرة المدعمة بالتعضدية الفلاحية في سنة 1974 و في المقابل بدأ يظهر قطاع شبه عام قوي بدعم التامين الاجتماعي , الذي ازدادت موارد المالية خاصة بعد انتشار الإجراء والشركات الوطنية الصناعية والتجارية والتي وضعت تحت تصرفهم موارد مالية لصالح العمال وأسرهـم ( Oufriha 2002, p17). ان الفائض المالي الناجم عن تأمين المحروقات مكنت الدولة من انشاء مرافق عديدة كما يلي:

- بناء مرافق صحية عديدة خاصة المستشفيات العامة وهياكل خفيف ( العيادات متعددة الخدمات ومراكز الصحة) وهذا لتوسيع التغطية الصحية في البلاد.

- اقامة 13 مركز استشفائي جامعي لهم ثلاثة مهامات هي الرعاية والتكوين والبحث.

المنحنى 3,4 : توزيع ولايات حسب المناطق الصحية ، الجزائر 2001



بالرغم من التحسن في الحالة الصحية لسكان وتعزيز الموارد البشرية و البنى التحتية , إن عدم التوازن الإقليمي لا يزال مستمر وازدادت في بعض الخدمات.

وقد اتسمت هذه الفترة من حيث السياسة الصحية بمايلي :

- إصلاح نظام التعليم وخاصة الدراسات الطبية، التي تهدف إلى كل من تحسين في نوعية التعليم وتعزيز التأطير , والتي أدت إلى وفرة عدد كبير من الأطباء الممارسين في جميع التخصصات.

- إنشاء قطاع صحي وهو حجر زاوية في تنظيم في النظام الصحي الوطني الذي تم ربطه بجميع وحدات الرعاية الأساسية والتي كانت تديرها البلديات أو القطاع شبه العام.

إن القطاع الصحي هو البنية الأساسية للتشغيل والتنظيم جميع الأنشطة والخدمات الصحية، وهو يمثل الوسيلة الأساسية لتقديم الرعاية للسكان والمساحة والجغرافية لتدخله تترامز في الغالب مع الدائرة.

"القطاع الصحي يشمل كل الهياكل الخاصة بالوقاية و الرعاية و التشخيص والاستشفاء والواقعة في إقليم الادراي للدائرة, بالفعل هو يتكون من مستشفى وفي العموم يكون هو المهم أن لم يكون الوحيد بالنسبة لمقر الدائرة , والذي يمثل القطب لأنه يمثل مركز كل القرار بالإضافة إلى وحدة صحية محيطة متمثلة في عيادات متعددة الخدمة ومراكز الصحية مهيكله ( oufriha 17-18,p,1992, )

كل قطاع صحي يرتكز على مستشفى ويحتوي على عتاد صحي للعلاج و الوقاية و استقلالية في التسيير هذا التقسيم يولي أهمية كبيرة الى النطاق الإداري حيث يسمح بتوحيد في التسيير الاداري والمالي، فضلا عن تنفيذ البرنامج من طرف جميع الهياكل الصحية للدائرة. إن الخريطة الصحية مجموعة من الولايات حسب المنطقة الصحية , إن التراب الوطني مقسم الى 13 قطاع صحي يحتوي كل واحد منهم من ولاية الى أربعة ولايات , و هناك تفاوت في مختلف المناطق الصحية لأن البني التحتية الأساسية غير موزعة بتساوي بين مختلف القطاعات و متمركزة في المدن الكبرى.

في المجال الصحي إن الفترة ( 1974- 1989 ) تتميز بتراجع في الوفيات المرتبط بكل من تحسين في مستوى المعيشة السكان، وتنفيذ برامج صحية وطنية ( لمكافحة السل , سوء التغذية ووفيات الأطفال والبرنامج الموسع، للتطعيم ) و من ناحية أخرى، المواقف تتغير في اتجاه المزيد من السيطرة على الخصوبة وبالتالي تعزيز عملية التحول الديموغرافي. كما نسجل كذلك بداية تحول وبائي متمثل في انخفاض محسوس في بعض الأمراض المتنقلة.

فخلال الفترة الممتدة بين 1974 و 1990 , فإن أصغر زيادة تخص المستشفيات حيث لجأت الدولة إلى استخدام هياكل خفيفة وقل تكلفة لتجهيز المرافق الصحية والسماح لغالبية السكان إمكانية الوصول إليها.

إن عدد العيادات الولادة عرف ارتفاعا كبيرا خلال ( 1974 و 1990 ) خاصة خلال الفترة الممتدة من 1980 إلى 1990, والحد الأقصى لعدد الولادات سجل في عام 1985, ومن ثم كانت هناك حاجة لبناء عيادات جديدة. إن العيادات المتعددة الخدمات تأتي في المركز الثاني و العيادات المتعددة الخدمات و العيادات الولادة شهدت أعلى زيادة. لتغطية البلاد بالمرافق الصحية تم الإعتماد على العيادات متعددة الخدمات لتحقيق هذا الهدف في أجل معقولة و هذا كان ممكن لأن هذا المرفق خفيف و أقل تكلفة مقارنة بالمستشفى.

عرفت عدد قاعات العلاج انخفاض بين 1970 و 1980 , و أقل ارتفاع يخص عدد الأسرة الذي قدر ب 28% بين 1974 و 1990 , بينما تضاعف عدد المستشفيات خلال نفس الفترة (الجدول 4.2).

الجدول 2.4 : تطور المرافق الصحية بين عامي 1974 و 1990

التغير بالمئة			1990	1985	1980	1975	1974	المرافق
74-90	80-90	74-80						
49,65	35,56	21,86	284	211	183	142	143	المستشفيات
57,37	49,43	15,71	1309	969	662	612	558	مراكز الصحة
			510	319	161	123	106	عيادات متعددة الخدمات
79,22	68,43	34,16						
58,07	59,21	-2,79	3344	2454	1364	1452	1402	قاعات العلاج
89,47	88,63	7,41	475		54	53	50	مراكز الأمومة
27,81	28,43	-0,87	60124	49315	43028	44135	43404	عدد الأسرة
49,65	35,56	21,86	284	211	183	142	143	

المصدر الديوان الوطني للإحصاء, 2005.

### 3.2.4 الوضعية خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى يومنا هذا.

الحالة الراهنة متميزة بتراكم المشاكل التي بدأت منذ نهاية ثمانينات القرن الماضي , التي أدت إلى انهيار تدريجي للنظام الصحي و لتصحيح هذا الوضع إتخذت اجراءات لتكييفه مع التغير الاجتماعي و الاقتصادي للبلاد و هي كما يالي :

1- مشروع إقليمي للصحة وسبق أن تم النظر فيها خلال الثمانينات القرن الماضي كإطار من وساطة وتحكيم يؤدي الى تكريس العمل المشتركين بين القطاعات وتحقيق لامركزية وتعزيز التنمية الاجتماعية والصحية المتوازنة.

يعتمد المخطط المؤسسي الإقليمي على المجلس الإقليمي للصحة وهو هيئة منسقة وعلى المرصد الإقليمي للصحة . و لكن اللامركزية الصحية لم تتمكن من تحقيق المهام الموكلة إليها ,

و الايطار القانوني والتنظيمي الذي يحد من سلطاته التي لا تتعدى التشاور على حساب  
صلاحيات صنع القرار, و تبين أنه غير كاف.

2- إنشاء وتنفيذ هياكل دعم وزارة الصحة.

3- إحياء برامج وطنية للصحة والسكان.

4- إعادة تعريف سياسة الدواء فيما يخص الاستيراد والتسجيل ومراقبة توزيع المنتجات  
الصيدلانية.

5- بذل جهود لتعزيز موارد البشرية بتطور التكوين المستمر.

6- إنشاء المجلس الوطني لا خلافيات في العلوم الطبية في عام 1990.

7- إنشاء اللجنة الوطنية لأداب (deontologie) مهنة الطب 1998.

تميزت هذه الفترة كذلك تميزت بتعزيز آلية التحول الديموغرافي والوبائي . الأحداث التي  
عرفتها الجزائر تجعل من الضروري رعاية الأمراض المرتبطة بالعنف.

بالرغم من الجهود المبذولة ونتائج النظام الصحي الوطني, إلا أنه لا يزال يواجه عوائق متعددة  
سواء من حيث التنظيم أو التسيير وتكفل بمشاكل صحية كما ذكر سابقا القطاع الصحي يشمل  
كل البنى التحتية العمومية الموجودة في محيطه الجغرافي ( الدائرة) و بعض القطاعات الصحية  
تجد نفسها تحتوي عدد كبير من الهياكل و مثال على ذلك القطاع الصحي لولاية باتنة الذي  
يحتوي على 4 مستشفيات و 7 عيادات متعددة الخدمات و 8 مراكز صحية و 33 قاعة علاج،  
إن هذا التمرکز يعيق و يصعب التدخل الايجابي في مختلف الهياكل. تم تبني إصلاحات جديدة  
في عام 2007، حيث تم تقسيم القطاع الصحي ينقسم إلى جزئين منفصلين بموجب المرسوم  
التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 : المؤسسة الاستشفائية العامة والمؤسسة  
الصحة العامة الجوارية. ان المؤسسة الاستشفائية العامة هي مؤسسة عامة مستقلة ماليا وتحت  
وصاية الوالي و تتكون من وحدة تشخيص وعلاج والاستشفاء وإعادة تأهيل الطبي التي تغطي  
مجموعة سكانية واحدة او عدة بلديات , وتتمثل مهمتها في تحمل المسؤولية وبشكل متكامل  
وهيكلي في تغطية الاحتياجات الصحية للسكان و من المهام المسندة له نذكر :

- تنظيم وتخطيط وتوزيع العلاج ، التشخيص وإعادة تأهيل طبي والاستشفاء.

- تنفيذ برامج صحية وطنية.

- ضمان الصحة وسلامة السكان ومكافحة التلوث والافات الاجتماعية.

- ضمان تدريب المستخدمين في الصحة.

بموجب اللوائح الجديدة المؤسسات الاستشفائية العامة يمكن أن تكون بمثابة ميدان تكوين سلك الأطباء وسلك الشبه طبي, و قبل عام 2007 التكوين الطبي لم تتكفل به المراكز الاستشفائية الجامعية و المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و مع إنتشار كليات الطب في العديد من الولايات لا تملك مراكز استشفائية جامعية أو مؤسسات استشفائية متخصصة , و هذا الإجراء الجديد يسمح لطلبة كليات الطب التي تعرف تزايد في الأعداد والمتواجدة في العديد من الولايات , أن يستفيدوا من تربصات في المستشفيات العامة المتواجدة فيها. و هذا ما يقلل من الضغط و الإكتضاض على المراكز الإستشفائية و المؤسسات المتخصصة.

التنظيم الجديد ينص على إنشاء هيكل ثان يسمى مؤسسة صحية عامة وجوارية ويتكون من مجموعة من العيادات المتعددة الخدمات و قاعات العلاج ومهمها نلخصها فيمايلي :

- الوقاية والرعاية الأساسية.

- التشخيص

- الرعاية الجوارية.

- فحوصات طبية عامة وفحوصات طبية متخصصة الأساسية.

- الأنشطة المتعلقة بالصحة الانجابية وتنظيم الأسرة.

- وضع برامج وطنية للصحة والسكان.

- أن يساهم في تشجيع وحماية البيئة.

- يمكن استقبال طلبة التكوين الشبه الطبي.

إن الهيكلين الجديدين مستقلين إداريا وماليا، أسفر التنظيم الجديد على 192 مؤسسة استشفائية عمومية و 270 مؤسسة صحية عامة وجوارية , و هذا التنظيم الجديد هو سار المفعول منذ عام 2008.

البيانات المتاحة حتى عام 2007 تتبع التنظيم القديم , ورغم أن عدد البنى التحتية لم يتغير كثيرا ولكن التغير يمس الوضعية القانونية والتنظيم في البنى التحتية الموجودة.

#### 4.2.4 الموارد المادية والبشرية:

##### 1.4.2.4 البنى التحتية:

عرف عدد المستشفيات ارتفاع بين 1992 و 2002 عددهم وصل الى 29% وعدد الصيدليات سجلت اكبر زيادة بين عامي 1992 و 2002.

سجلنا انخفاض في كل البنى التحتية خلال الفترة الممتدة بين 1992 و 1997 بإستثناء الوكالات الصيدلانية الخاصة , و هذا النقص في عدد البنى التحتية كان ناتجا على التدمير الذي لحق بالعديد من المباني العامة مثل المدارس والمؤسسات الصحية , ومع التحسن الاوضاع الامنية تم إعادة بناء العديد من المؤسسات , المراكز الطبية الاجتماعية هي الاكثر تضررا حيث أن الكثير من مؤسسات القطاع العام تم تقسيمها مع استقلالية المؤسسات التي بدأت في نهاية الثمانينات و بتالي تقلص عدد الاجراء الذين يحصلون على الخدمة الصحية في هاته المراكز و مع استمرار الأزمة الاقتصادية اضطرت المؤسسات الى الإستغناء على عدد من المراكز الصحية التي كانت تحت رعايتها لان التكاليف اصبحت مرتفعة للغاية.

الجدول 3.4 : تطور المرافق الصحية بين عامي 1992 و 2002.

التغير بالمئة			2002	1997	1992	المرافق
92-2002	97-2002	92-97				
29,30	40,05	-17,94	372	223	263	المستشفيات
15,86	18,50	-3,24	227	185	191	القطاع الصحي
0,00	0,00	0,00	13	13	13	المراكز الجامعية الإستشفائية
40,63	21,88	24,00	32	25	19	مراكز الإستشفائية المتخصصة
12,80	13,35	-0,63	1281	1110	1117	مراكز الصحة
12,09	9,94	2,38	513	462	451	دات متعددة الخدمات
8,99	14,83	-6,86	4228	3601	3848	قاعات العلاج
-25,56	3,47	-30,08	403	389	506	مراكز الأمومة
3,92	4,10	-0,19	55233	52968	53068	عدد الأسرة
43,48	22,06	27,48	6046	4712	3417	الصيدليات
-0,86	-5,42	4,33	1051	1108	1060	العام
52,81	27,85	34,60	4995	3604	2357	الخاص
-19,01	23,98	-56,54	563	428	670	مركز طبي إجتماعي

المصدر الديوان الوطني للإحصاء، 2005.

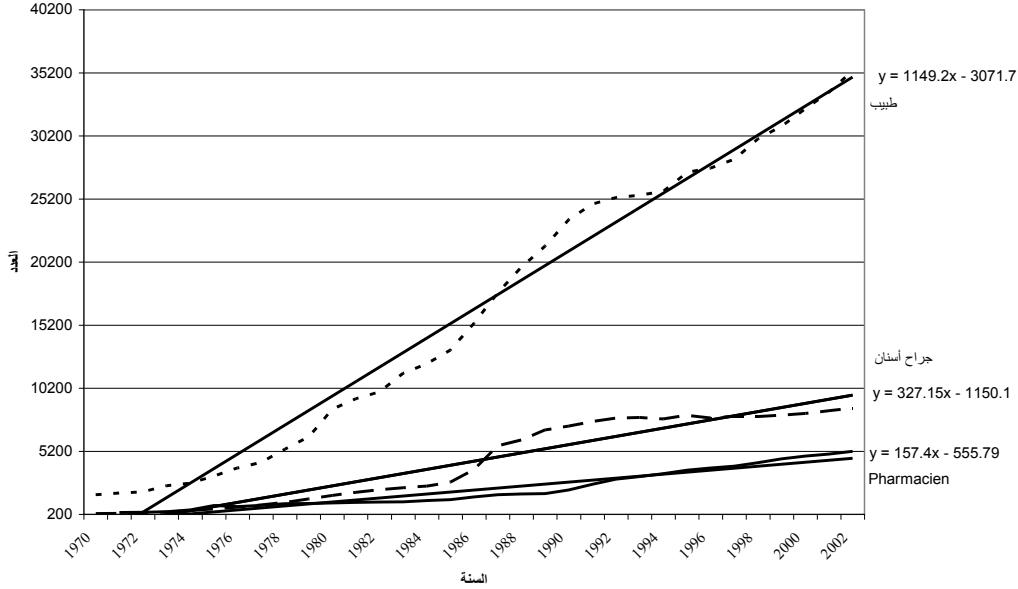
#### 2.4.2.4 المستخدمين الطبيين:

عرف عدد المستخدمين الطبيين ارتفاعا خاصة بعد الاصلاحات في الدراسات الطبية حيث أن عدد الاطباء والصيدلايين وجراحي الاسنان تضاعف على التوالي بـ 13 ، 9.6 و 17 اكبر ارتفاع لوحظ في عدد الاطباء ، لأن مكانة الطبيب مرغوبة في المجتمع لذلك شجعت الاسر ابنائها على مواولة الدراسات الطبية ، و اقل ارتفاع سجل عند الصيدلايين ، و هذا يرجع الى انخفاض الاحتياجات في هذا القطاع و اغلبية الصيدلايين يمارسون في القطاع الخاص، الامر الذي يتطلب موارد مالية وتوفير محل لازوال النشاط. اما بالنسبة للاطباء فيستطعون إيجاد منصب في الهياكل الصحية.

إن توزيع الاطباء ليس متجانسا في جميع انحاء البلاد، و المناطق الشمالية تعرف زيادة في عدد الاطباء، و مست البطالة العديد من الأطباء المتخرجين ، كما أن تأنيث مهنة الطب تصعب في تعين الإناث في المناطق النائية و الجنوبية أين لوحظ النقص في مختلف التخصصات حيث أن الزوج و البطالة لخفضت بهذا النوع من التكوين تأنيث مهنة الطب تصعب في تعين الإناث المناطق الجنوبية اين لوحظ النقص خاصة مختلف التخصصات حيث أن الوالدين أو الزوج

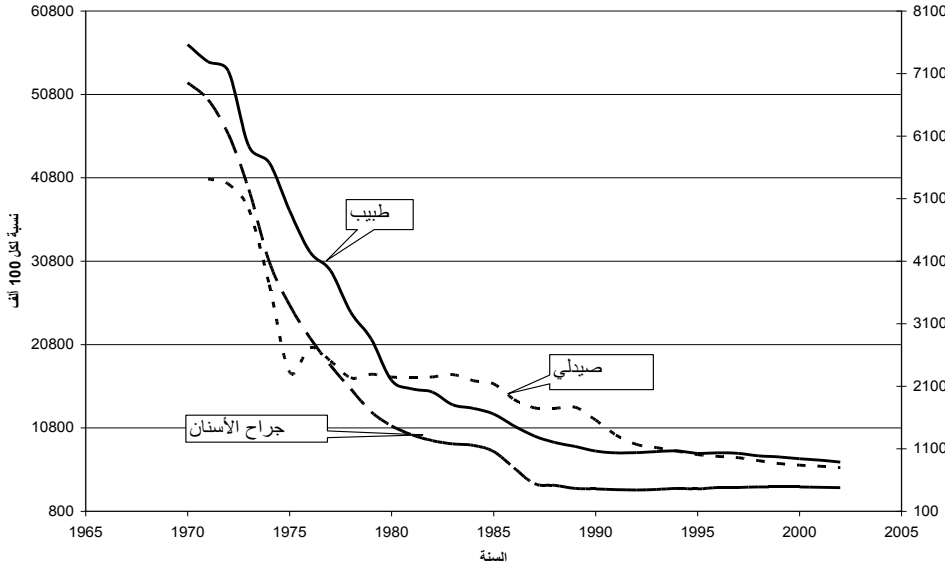
يرفضون بقاء المرأة لفترات طويلة بعيدة على المنزل , و الوضعية اكثر حساسية بالنسبة  
للأمهات حيث يصعب التوفيق بين العمل والحياة العائلية.

#### المنحنى 4.4 : تطور عدد الأطباء و الصيادلة و جراحي الأسنان



أن عدد المستخدمين في المجال الطبي ليس مؤشر جيد للرعاية الطبية لهذا اعتمدنا على مؤشر  
آخر و هو عدد السكان لكل مستخدم في الصحة , و هذا المؤشر يمثل أحسن التغطية الصحية  
لأننا نأخذ في الاعتبار عدد السكان , نلاحظ أن عدد السكان قسم على 8 لمؤشر عدد السكان  
بالنسبة لطبيب واحد (انتقل 7562 الى 886 بين 1970 و 2002)) و اكثر من 6 لمؤشر عدد  
السكان بالنسبة للصيادلة ( من 40628 الى 6033 ما بين 1971 الى 2002) وعلى 14 لمؤشر  
عدد السكان بالنسبة لجراح الاسنان ( 52192 الى 3639 خلال 1970 الى 2002) في 30 سنة  
(المنحنى رقم 4.4) , و اكبر انخفاض لوحظ بعد الإصلاحات في الدراسات الطبية والذي ادى  
الى ارتفاع في مستخدمي الصحة.

#### المنحنى 5.4 : تطور عدد السكان لكل طبيب , صيدلي , جراح اسنان



#### 4-2-5 النشاط الصحي:

بالرغم من التدعيم الشبكة الصحة العامة ( ارتفاع في موارد البشرية والمادية ) مجمل الخدمات المقدمة من طرف القطاع العام لم يعرف نفس التوجه منذ 1990.

العدد الإجمالي في الاستشفاءات عرف انخفاضا منذ 1990 , و الخماسي الأول من التسعينيات عرف انخفاض قدر ب 0.1% وصل إلى 12% خلال 1995 – 2002 , و أكبر إنخفاض سجل في المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU) حيث بلغت نسبة الإنخفاض 46% خلال الفترة الممتدة من 1995 الى 2002 , أما فيما يخص المؤسسات الاستشفائية المتخصصة عرف عدد الاستشفاءات فيها ارتفاعا وصل إلى 50% (أنظر الجدول رقم 4.4).

ارتفع مجموع عدد التدخلات الجراحية في القطاع العام الصحي في الفترات التالية 1990-1995 و 1995-2002 , ولكن بأخذ بعين الاعتبار مختلف المؤسسات الصحية نلاحظ انخفاض ب 80% بالنسبة CHU في الفترة الممتدة من 1995 إلى 2002، و بالنسبة للقطاع الصحي عرفت الفترة الأولى عرفت انخفاض بثلاث في التدخلات الجراحية وارتفاع ب 40%

في الفترة الثانية (الجدول 4.4) ، وهذا الانخفاض راجع الى الوضعية الأمنية المتردية التي مرت بها الجزائر خلال النصف العقد الأخير من التسعينات .

ان المؤسسات الاستشفائية كانت متمركزة في المدن الكبرى اوالمقر الرئيسي للولاية و هذا ما صعب لفئة كبيرة من السكان الاستفادة من خدماتها نظرا لتدهور الظروف الأمنية أثناء العشرية السوداء ( التسعينات) في العموم وخاصة الخمس السنوات الأخيرة منها ، و التحسن في الظروف الأمنية كانت السبب في ارتفاع التدخلات الجراحية و التحاليل المخبرية و الأشعة تابعت نفس اتجاه التدخلات الجراحية.

أدى التخريب المسجل في المؤسسات العمومية الى نقص إقبال السكان على هاته المؤسسات من اجل الرعاية ، كما أدى الانتظار الطويل و الاستقبال السيء للمستخدمي الصحة الى نفور السكان من هذه المصالح العمومية الصحية ، و الأشخاص ذات دخل يسمح لهم بالاستفادة من خدمات القطاع الصحي توجه نحو هذا القطاع ، أما فيما يخص الفقراء فكانوا يحصلون على فحص مجاني في القطاع العام ولكن يجب ان يشتروا الدواء الضمان الاجتماعي لا يشمل كل السكان، و تعويض تكاليف العلاج الطبي يحصل فقط بعد شراء الدواء والتكاليف الطبية الأخرى وكل المصاريف لا تعوض كليا، بعض الصيدليات كانت لها اتفاقيات مع الصندوق التامين الذي يسمح للمرضى المزمنين المؤمنين الحصول على الدواء مجانا .

معدل الاستعمال بقي مستقرا في مراكز الاستشفائية الجامعية و المؤسسات المتخصصة منذ 1995 أكثر و قدر ب64%.

بالمقابل يقدر بأقل من 50 منذ 1990 في قطاعات الصحية و المعدل الإجمال للاستعمال قدر ب 56.3% في 1990 و 49.5% في 1995 وبلغ 51.1% في عام 2002.

من بين 51.398 سرير في القطاع العام بقي 26272 سرير شاغرا خلال السنة 2002 ( ما يعادل 110 مستشفى بـ 240 سرير لم يسجل أي حالة دخول إلى المستشفى بالرغم من كونها كانت في حال عمل).

اما فيما يخص متوسط مدة الإقامة فتجاوز 6.6 يوم في عام 1990 انخفض الى 5.3 يوم في عام 2002، و هذا الانخفاض مس مجمل المستشفيات المتخصصة حيث المدة المتوسطة للإقامة سجلت انخفاضا كبيرا ما بين 1990 و 2002، كانت مدة المكوث في المستشفى تقدر ب

7 اسابيع في عام 1990 بينما تقلصت المدة لتصل الى أقل من أسبوعين سنة 2002 )  
(MSPRH, 2002

#### الجدول 4.4 : تطور الأنشطة الصحية في القطاع العام

	1990	1995	2002	1990	1995	2002	90-95	95-02
لدخول للمستشفى	161451	1612835	1432190	16145	161283	143219	-0.1	-12.6
القطاع الصحي	104614	1031442	1025785	64.80	63.95	71.62	-1.3	10.7
CHU	537688	535786	325842	33.30	33.22	22.75	-0.2	-46.0
EHS	30683	45607	80563	1.90	2.83	5.63	32.8	49.7
عمليات جراحية	259105	307852	379147	25910	30785	37914	15.8	18.8
القطاع الصحي	122806	110097	222147	47.40	35.76	58.59	-32.5	39
CHU	127099	190226	127701	49.05	61.79	33.68	20.6	-83.5
EHS	9200	7489	29299	3.55	2.43	7.73	-46	68.5
إستشارات	2575764	21975449	36369984	257576	219754	363699	-17.2	39.6
القطاع الصحي	2206537	18226664	30929637	85.67	82.94	85.04	-3.3	2.5
CHU	338005	3417968	4494352	13.12	15.55	12.36	15.6	-25.9
EHS	312204	330817	945995	1.21	1.51	2.60	19.5	42.1
تحاليل مخبرية	1474607	13220753	28001566	147460	132207	280015	-11.5	52.8
القطاع الصحي	766441	5924475	15554046	51.98	44.81	55.55	-16	19.3
CHU	766441	5924475	9876571	51.98	44.81	35.27	-16	-27.0
EHS	723023	663943	2570949	4.90	5.02	9.18	2.4	45.3
الأشعة	455234	4206637	6489734	455234	420663	648973	-8.2	35.2
القطاع الصحي	283986	2517095	3724014	62.38	59.84	57.38	-4.3	-4.3
CHU	160368	1493060	2399434	35.23	35.49	36.97	0.75	4.00
EHS	108794	196482	366286	2.39	4.67	5.64	48.83	17.24

Source : MSPRH, 1990, 1995, 2002

#### 4-2-5-1 التوزيع والهيكل و الطاقم الطبي حسب المنطقة

كما ذكر أعلاه الهياكل الصحية والعاملين في المجال الطبي موزعين بطريقة غير متجانسة في جميع مناطق البلاد , و فيمايلي سنقوم بتحليل توزيع الموارد البشرية والمادية حسب المناطق الأربعة في سنة 2002.

#### أ) توزيع الهياكل الصحية حسب المنطقة

يبين توزيع المرافق الصحية أن أكبر عدد من المستشفيات متواجد في المنطقة الشرقية من البلاد مع العلم أنها تحتل المرتبة الثانية من حيث عدد السكان , ويقطن في منطقة الوسط أكبر عدد من السكان بينما عشر السكان يعيش في الجنوب الذي يحتوي على 16 ٪ من مجموع المستشفيات , و نلاحظ أن نسبة المرافق تتجاوز نسبة السكان و تعود هذه الوضعية الى شاسعة أراضي الجنوب و تشتت السكان عليها (الجدول رقم 5.4).

#### الجدول 5.4 : توزيع المرافق الصحية حسب المنطقة عام 2000

المجموع	الجنوب	الغرب	الشرق	الوسط
---------	--------	-------	-------	-------

100,0%(227)	15,9%(36)	20,7%(47)	34,8%(79)	28,6%(65)	المستشفيات
100,0%(34056)	13,9%(4751)	24,3%(8269)	31,6%(10769)	30,1%(10264)	الأسرة
					عيادة متعددة الخدمات
100,0%(513)	11,5%(59)	21,0%(108)	32,2%(165)	35,3%(181)	مركز الصحي
100,0%(1281)	13,0%(167)	22,1%(283)	29,3%(376)	35,5%(455)	قاعة العلاج
100,0%(4228)	13,7%(579)	25,6%(1081)	35,6%(1504)	25,2%(1064)	CMS
100,0%(563)	12,3%(69)	24,9%(140)	26,8%(151)	36,1%(203)	الصيدلية
100,0%(1051)	14,5%(152)	26,4%(278)	40,4%(425)	18,6%(196)	المخابر
100,0%(48)	20,8%(10)	25,0%(12)	31,2%(15)	22,9%(11)	السكان
					العدد
(32030008)	(3315522)	(7110358)	(10450468)	(11153660)	النسبة
100,0%	10,35%	22,20%	32,63%	34,82%	

والأرقام الواردة بين قوسين تمثل العدد

المصدر : وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات 2002

وبالنظر إلى نسبة عدد السكان لكل مرفق صحي نلاحظ ان الشرق افضل تجهيز من حيث المستشفيات و قاعات العلاج, متبوع بالغرب بينما الوسط أكثر كثافة سكانية و أعلى معدل خاص بعدد السكان لكل مستشفى سجل في هذه المنطقة . إن الوسط سجل أحسن معدلات الخاصة بعدد السكان لكل عيادة متعددة الخدمات مقارنة بالشرق و الغرب, و تبين النتائج أن أقل معدلات سجلت في الجنوب لكل الهياكل و لكن يبقى الجنوب الأكثر حرمانا من حيث التغطية الصحية لأن السكان موزعين على مساحات كبيرة (أنظر الجدول رقم 6.4).

الجدول 6.4 : بعض المؤشرات الخاصة بالهياكل الأساسية في 2002

عدد السكان لكل	الوسط	الشرق	الغرب	الجنوب	المجموع
المستشفى	171595	132284	151284	92098	141101
سرير	1086	970	860	698	941
عيادة متعددة الخدمات	61622	63336	65837	56195	62437
مركز الصحي	24514	27794	25125	19853	25004
قاعة العلاج	10483	6948	6578	5726	7576
CMS	54944	69208	50788	48051	56892
صيدلية	56906	24589	25577	21813	30476
مخبر	1013969	696698	592530	331552	667292
السكان	11153660	10450468	7110358	3315522	32030008

المصدر : وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات 2002

ب- التوزيع الإقليمي لمختلف انواع مستخدمي الصحية

نسب السكان لمختلف مقدمي الخدمات الطبية تدل على أن الجنوب هو الأكثر حرمانا متنوع بالمنطقة الشرقية , حيث سجلنا أعلى نسب لكل مستخدم الصحة من المعدل الوطني رغم وجود العديد من المنشآت في هذه المنطقة بإستثناء الصيدلة و أقل نسب سجلت في الوسط (أنظر رقم 7.4)

الجدول 7.4 : نسبة السكان حسب مقدمي الخدمات الطبية في 2002

المنطقة	المختصين	العامون	صيادية	جراحي الأسنان	العامون	شبه طبي
الوسط	2484	1590	6203	2925	1590	398
الشرق	4182	1956	5387	4430	1956	364
الغرب	3278	1677	6383	4086	1677	361
الجنوب	5707	2109	9987	6879	2109	329
المتوسط الوطني	3289	1763	6179	3816	1763	370
المصدر:وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات , 2002						

الموارد البشرية غير موزعة بتساوي و خاصة في حالة الممارسين المتخصصين الذين يتواجد معظمهم في المدن الكبرى الواقعة في الشمال و لتوضيح فإن عدد سكان ولاية الجزائر يمثل حوالي 8 ٪ من مجموع السكان و تضم 29% من المتخصصين (32 ٪ من المتخصصين في القطاع العام و 23 ٪ من اطباء المتخصصين في القطاع الخاص).

إن منطقة الوسط سجلت أكبر نسبة من المتخصصين و أقل نسبة لوحظت في الجنوب (الجدول 7.4). إن تأطير المتخصصين في الوحدات العامة خاصة الإستشفائية منها ضعيف حيث يتمركز المتخصصين في المراكز الإستشفائية الجامعية , و العديد من الوحدات الإستشفائية العامة تقع تحت مسؤولية أطباء عامون غير مؤهلين لهذه المهمة, و من جهة أخرى معظم هذه الهياكل خالية من الصيدلة. أن التواجد المكثف للمتخصصين في المراكز الإستشفائية الجامعية و المؤسسات المتخصصة الجامعية تفسر تواكب أعداد كبيرة من المرضى مباشرة لهذه الهياكل الذين يبحثون على رعاية أفضل من حيث المؤطرين و التجهيزات.

ربع المتخصصين يمارسون في القطاعات الصحية في مختلف المناطق بإستثناء الجنوب حيث وجدنا أكثر من نصف عدد المتخصصين يزاولون مهامهم في القطاع الصحي (أنظر الجدول 8.4) و هذه الوضعية راجعة لأن المتخصصين في الجنوب تم تعيينهم من طرف الدولة في إطار الخدمة المدنية و لكن معظمهم لا يمارسون تخصصهم لأن الهياكل لا تحتوي على المعدات اللازمة و الكافية لأداء وظيفتهم على أحسن وجه , فمثلا من المعروف أن الرماد الحبيبي (trachome) مرض كثير الإنتشار في الجنوب نلاحظ أن عدد المتخصصين في طب العيون ضئيل حيث تم إحصاء 14 طبيب عيون لكل

ولايات الجنوب سنة 2002 , و هذا العدد غير كافي لتكفل بالمرضى المصابين بهذا المرض و معدل عدد السكان لكل طبيب عيون قدر ب 236823 في المناطق الجنوبية بينما المعدل الوطني قدر ب 87753 .

إن عدم تحفيز العمال مرتبطة بعدم ملائمة الوضعيات المهنية مع تكوين الموظف و كذلك الأجور تشكل سبب مهم للمغادرة الجماعية خاصة المتخصصين نحو القطاع الخاص و الخارج. أمام هذه الحالة اتخذت الدولة اجراءات منذ عام 2000 لتحسين الوضعية , بحيث تم اعادة ادراج الخدمة المدنية للمتخصصين بهدف تحسين التغطية الصحية في المناطق المحرومة. الممارسة في القطاع الخاص في اطار النشاط التكميلي بالنسبة للمتخصصين زاد من تفاقم الوضع و تدهور خدمات القطاع العام.

إن القطاع الخاص يرتكز أساسا على الرعاية الإسعافية (soins ambulatoire) بما في ذلك بعض العيادات , حيث لا تخضع لنفس قيود القطاع العام كما يشتهر القطاع الخاص بتوفر التجهيزات و المعدات و يجذب العديد من المتخصصين حيث أن اغلبهم ينشط في القطاع الخاص في كل المناطق. إن المشكل المطروح بالنسبة للقطاع الخاص هو تركزه في بعض المناطق الجغرافية و خدماته موجهة الى فئة السكان ميسوري الحال اقتصاديا.

إن القانون دعى الى تكامل القطاع الخاص و العام و هذا الأمر لم يتجسد في الواقع حيث أن الممارسين في القطاع الخاص خاصة المتخصصين منهم متمركزين في المدن الكبرى ذات كثافة سكانية عالية. تقع تكاليف الخدمات المقدمة في القطاع الخاص على عاتق المريض كليا و هذا رغم وجود التغطية بضمان الإجتماعي و هذه الوضعية راجعة الى جمود في تعويض التكاليف الأداء الطبي منذ 1987. إن التجهيزات التقنية في المرافق العامة للعلاج قليلة و اذا وجدت تعاني من عطب في كثير من الأحيان , و بالتالي يضطر المريض و حتى المرضى داخل المستشفيات لتوجه الى القطاع الخاص لإجراء التحاليل المخبرية و الأشعة.

الجدول 8.4: توزيع العاملين في المجال الطبي حسب المنطقة ونوع الهيكل لعام 2002

شبه طبي	صيدلي	جراح أسنان	طبيب عام	طبيب خاص	القطاع الصحي	الوسط
70,13	1,95	51,72	61,68%	25,03%	ديرية الصحة و السكان	
0,29	0,28	0,10	0,60	0,13	الخاص	
0,00	95,27	46,26	30,80	50,42	CHU-EHS	
29,58	2,50	1,91	6,93	24,41	المجموع	
32,41	34,68	45,43	38,60	46,10		

79,77	2,22	50.66	54.31	24.61	لقطاع الصحي	الشرق
0,65	0,15	0.30	0.64	0.36	ديريية الصحة و السكان	
0,00	96,75	48.28	41.03	59.10	الخاص	
19,58	0,88	0.76	4.02	15.93	CHU-EHS	
33,17	37,42	28.10	29.40	25.66	المجموع	
79,41	1,89	61.67	61.99	28.58	لقطاع الصحي	الغرب
0,68	0,27	0.34	0.64	0.41	ديريية الصحة و السكان	
	96.86	37.01	33.06	55.23	الخاص	
19.91	0.99	0.98	4.32	15.77	CHU-EHS	
202.25	11.44	17.87	43.55	22.27	المجموع	
99.15	1.51	58.30	71.31	52.15	لقطاع الصحي	الجنوب
0.85	0.30	0.21	1.27	0.17	ديريية الصحة و السكان	
0.00	98.19	41.49	27.42	47.68	الخاص	
11.65	6.40	5.74	8.65	5.97	المجموع	
86508	5184	8394	18169	9739	العدد الكلي	
المصدر: وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات 2002						

#### 3-4 الموارد المادية

المرافق ، بما في ذلك المعدات الطبية لم تحصل على تجديد مهم منذ 1982, فمعدلات العطب مرتفعة (اكثر من 30%) لأسباب كثيرة منها قدم الأجهزة و عدم توفر قطع الغيار و الإفراط في إستخدامها و عدم وجود الصيانة.

"ان معدل الاستخدام يسجل اعلى مستوى في المعدات الوظيفية حيث بلغ 32% و وصلت نسبة التصوير الطبي 24% و سجل التعقيم و التطهير 21% " (MSPRH, 2002).

هذا الوضع يعرقل السير الحسن للوحدات الصحية العامة و يدفع الممارسين الى توجيه المرضى نحو الوحدات الخاصة لإجراء مختلف الإستكشافات (الأشعة و التحاليل المخبرية).

#### 1-3-4 الموارد المالية

إن النفقات الوطنية الصحية (DNS) انتقلت من 6 ٪ من الناتج الوطني الخام في الثمانينات الى 4,6% عام 1993 و استقر عند 4,1% عام 2003.

هذا الانخفاض مع الزيادة في النمو السكان ادى الى تقليص النفقات الصحية للفرد الواحد في السنة حيث قدر ب 165 دولارا في عام 1990 و 58 دولارا في عام 2000 وبلغت 89 سنة 2003, و

يجدلا الأشارة ان البنك الدولي أوصى في عام 1993 بتخصيص 62 دولارا / للفرد في البلدان

النامية كما تقترح جميع المؤسسات الدولية ان لا تقل نسبة النفقات الصحية عن 5 ٪ من الناتج المحلي الإجمالي

الجدول 9.4 : النفقات الصحية لبعض الدول العربية عام 2002

البلاد	مصاريف 1	بنة الدخل القومي	مصاريف 2	3 مصاريف	أمل الحياة
--------	----------	------------------	----------	----------	------------

71	10	80,8	4,1	186	الجزائر
68	8,2	42,6	5,8	235	مصر
72	6,3	48,2	5,1	116	سوريا
58	14,3	76,8	4,2	59	موريتانيا
71	8,9	45,2	9,4	440	الأردن
70	8,4	29,3	10,2	730	لبنان
72	5,9	62,9	4,1	327	ليبيا
71	6,0	33,1	5,1	218	المغرب
72	7,2	45,7	5,4	409	تونس
59	6,0	40,9	5,5	89	اليمن
77	6,1	77,5	3,5	567	الكويت
المصدر : المنظمة العالمية لصحة , التقرير حول صحة السكان في العالم سنة 2006 , ص,172-190 مصاريف 1 : مجموع تكاليف الصحة للفرد بدولار الدولي مصاريف 2 : نسبة المصاريف العامة للصحة من مجموع المصاريف العمومية مصاريف 3 : نسبة المصاريف العامة للصحة من مجموع المصاريف الخاصة بالصحة					

على سبيل المقارنة ، فإن متوسط الإنفاق في مجال الصحي لمنطقة الشرق الأوسط ومنطقة شمال أفريقيا تقدر ب 208 دولارا للفرد الواحد حيث انتقلت من 24 \$ الى 49 \$ في المغرب ، ومن 76 الى 105 دولارا في تونس خلال الفترة 1990-1998 وهذه الأرقام بعيدة كل البعد عن 2000 دولارا / للفرد في المتوسط الذي تنفقه الدول الاوروبية, و بمقارنة الإنفاق على الصحة في بعض البلدان الصناعية و / أو من نفس المستوى الاجتماعي والاقتصادي كالجائر وردت في الجداول حالة التمويل للصحة و عدم التحكم في النفقات اثر سلبا على الخدمات المقدمة من طرف القطاع العام.

مع العلم فإن احتياجات الصحية للسكان شهدت كل من زيادة و تنوع تتصل بالتحويلات الديموغرافية و الوبائية و بالإضافة الى ذلك التحسن العام للتعليم و العولمة المعلوماتية جعل الناس أكثر تكلف فيما يخص الرعاية الحديثة و الجودة.

الجدول 10.4 : مستوى نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في عام 2003 لبعض البلدان

البلد	صارييف1	(%PIB)	مصارييف2	صارييف3	أمل الحياة
الجزائر	186	4,1	80,8	10	71
المانيا	3001	11,1	78,2	17,6	79
كندا	2989	9,9	69,9	16,7	80
كوبا	251	7,3	86,8	11,2	78
إسبانيا	1853	7,7	71,3	13,7	80
فرنسا	1853	7,7	71,3	13,7	80
إيطاليا	2266	8,4	75,1	12,8	81
النرويج	3809	10,3	83,7	17,6	80
الولايات المتحدة الأمريكية	5711	15,2	44,6	18,5	77
أفغنستان	26	4,1	39,5	7,3	42

المصدر : المنظمة العالمية لصحة , التقرير حول صحة السكان في العالم سنة 2006 , ص,172-190  
 مصارييف 1 : مجموع تكاليف الصحة للفرد بدولار الدولي  
 مصارييف 2 : نسبة المصارييف العامة للصحة من مجموع المصارييف العمومية  
 يارييف 3 : نسبة المصارييف العامة للصحة من مجموع المصارييف الخاصة بالصحة

#### 4-3-2 تمويل الصحة

يعتمد تمويل الصحة أساسا على مساهمة جزافية من الدولة والصندوق الوطني للضمانات الاجتماعية و مساهمة متزايدة من الأسر ففي عام 1998 توزعت 3.6 ٪ من الناتج الداخلي الخام (PIB) المخصص لصحة كمايلي : 1,6 ٪ مساهمة الدولة تليها حصة الصندوق الوطني لضمان الاجتماعي ب 1 ٪ و نفس نسبة المساهمة كانت على عاتق الأسر , (rapport Banque Mondiale , 2000) .

إن تمويل الصحة أظهر محدودية على تعبئة موارد اضافية لضمان التكفل بالإحتياجات الصحية الوطنية التي هي في تزايد مستمر .

لم يطرح مشكل نقص الموارد المالية المخصصة لصحة الا في نهاية الثمانينات بل كان المشكل في استخدامها , و منذ بداية التسعينات بدأت الوضعية الصحية تسوء نظرا لتقلص الموارد المالية المخصصة لقطاع الصحة .

و لهذا السبب فإن السلطة التشريعية حاولت منذ 1993 إعادة تحديد دور الدولة و طبيعة العلاقات القائمة بين النظام الصحي و نظام الضمان الاجتماعي و بالفعل منذ هذا التاريخ سنت قوانين تمويل تعتمد على مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانية المؤسسات العامة لصحة , التي يجب ان

تنفذ على اساس علاقات تعاقدية, و تنص كذلك على ان التكاليف الخاصة بالوقاية و التكوين و البحث في مجال الصحة و الرعاية الطبية الموجهة لسكان بدون دخل و لا يستفيدون من تأمين الضمان الاجتماعي تبقى على عاتق ميزانية الدولة.

#### 4 - 4 التحول الوبائي

دخلت الجزائر في مرحلة التحول الوبائي , و يتميز هذا التحول باستمرار الأمراض المعدية (الأمراض المعدية التي تصيب الأطفال ، والسل ، والأمراض المنقولة عن طريق المياه ، والأمراض حيوانية المصدر) , المعروفة بالأمراض والفقر و تعتبر من خصائص البلدان النامية , و بالإضافة الى هذا الوضع نشاهد ظهور أمراض الثراء المنتشرة في الدول الغنية (السرطان والسكري ، وأمراض القلب والكلية والعصبية والتنفسية المزمنة) , و هذه متواجدة في الدول المتقدمة. إن وطأة هذه الاضطرابات تتطلب رعاية طبية مرهقة وباهضة الثمن خاصة مع زيادة أعمار السكان, كما نلاحظ قلق متزايد مع انتشار المشاكل الصحية العقلية و حجمها الحالي يؤثر على المدى المتوسط و البعيد الذي لا يجب إهماله.

البلد يجب أن يتحمل عبئا مضعفا و الذي تحس به خاصة الفئة الاجتماعية المحرومة التي تعاني من انخفاض في القدرة الشرائية التي تحد من الحصول على الرعاية الصحية.

#### 4-4-1 من التحول الوبائي الى الانتقال الصحي

صاغ لأول مرة عمران مفهوم التحول الوبائي في عام 1971 ولقد طوره آخرون ، إن التحول الوبائي لا يهتم فقط بالوفيات و لكن يشمل الاعتلال و نظريته تعتمد على دراسة التغيرات المعقدة لنماذج الصحة و الأمراض و التفاعل بين هذه النماذج و محدثه و الاثار الديموغرافية و الاقتصادية و الاجتماعية , " تعنتي نظرية التحول الوبائي بالتغيرات على المدى البعيد في منحنيات الاعتلال و الوفيات الناتجة او مصاحبة للتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية و الديموغرافية " (Tabutin, 2001, p.36). حاول المؤلفون اقتراح ثلاثة او اربعة مراحل مستلهمين بنظرية التحول الديموغرافي , و المراحل المختلفة لتحول الوبائي تعرف اتجاهات مرضية مختلفة , و تتميز مرحلة قبل التحول الديموغرافي بارتفاع الوفيات و الولادات , و حسب عمران فإن التطور الاجتماعي الاقتصادي يؤدي الى التحول الديموغرافي مقترنا بالتحول الوبائي في نفس الوقت و الذي يسمح بزيادة في متوسط العمر المتوقع . يعتمد نموذج التحول الوبائي مثل ماهو الحال في التحول الديموغرافي على تجربة البلدان المتقدمة في العموم و خاصة البلدان الأوروبية و الولايات المتحدة الأمريكية. ان توفر البيانات الخاصة بالسكان و كذلك حول الحالة الصحية ساعد على تطوير النموذج و تحليل البيانات اظهرت تطور بنية الأمراض التي حدثت حيث اننا انتقلنا من

مجتمع قبل التصنيع الى مجتمع حديث " لقد لاحظنا على منحى الصحة تعويض الأمراض المعدية بالأمراض المزمنة الغير معدية و اصبحت من الأسباب الرئيسية في الوفاة , و على الصعيد التغذية فإن الزيادة في الوزن و السمنة اخدوا مكان النقص في التغذية ( Marie et al. , 2002 cite Ait ) (Mohand, 2005, p.53).

كما ادى تراجع الأمراض المعدية الى انخفاض في الوفيات و هذه الأخيرة سبقت الإنخفاض في الخصوبة , و من المعروف ان في نظام يتميز بمستويات وفيات مرتفعة الخصوبة تكون مرتفعة من أجل تعويض عدد الوفيات.

حدد Tabutin سنة 1995 ثلاثة عناصر اساسية في هذه النظرية و هي :

1- تغير في نموذج الاعتلال : الأمراض الطفيلية و المعدية تترك مكانها للأمراض الإنتكاسية و العقلية و الناتجة عن الحوادث.

2- تغير في الأعمار : نلاحظ ارتفاع العمر عند الإصابة بمرض او تعرض للوفاة.

3- التحول في نموذج الصحة : في البداية العامل الرئيسي هو الوفاة السريعة بعد مرض معدى حاد و بعدها نلاحظ ان سرعة الوفاة تقل بينما مدة المرض تطول , حيث نشاهد تراجع الوفاة و زيادة المرضية.

ان المجتمعات تنتقل "من عهد الطاعون و المجاعة التي تميز أول مرحلة في التحول و أمل الحياة في هذه المرحلة لاتتعدى 40 سنة و الأسباب الرئيسية للوفاة مرتبطة بسوء التغذية و الأمراض المعدية و مضاعفات الحمل و الولادة , اما المرحلة الأخيرة فتتميز بتراجع في الأمراض المعدية و زيادة في الأمراض الغير متنقلة و يتجاوز أمل الحياة في هذه المرحلة 50 سنة , كما نلاحظ تراجع في الخصوبة, ان الإنتقال من المرحلة الأولى الى المرحلة الثالثة يتم بفضل تراجع الأوبئة و نلاحظ انخفاض في الوفاة خلال المرحلة الثانية او أمل الحياة عند الولادة يتراوح بين 30 الى 50 سنة.

استمرت هذه السيرورة في البلدان المتقدمة قرابة قرنين بينما في الدول النامية التي استفادت من الأكتشفات الطبية في ميدان الصحة انخفضت الوفاة في مدة أقل كما نسجل تنوع كبير في البلدان النامية.

و يتم الانتقال الوبائي من مرحلة الى أخرى حسب نماذج تنتمي اليها دول العالم و يمكن تصنيف هذه الدول في النماذج التالية :

- النموذج الكلاسيكي

عرف هذا النموذج في البلدان الغربية حيث جرى انتقال كامل من مرحلة الوبئة و المجاعات الى مرحلة امراض التحضر و الشيخوخة , و هذا النموذج بطيء النشوء , و التغييرات الوبائية و السكانية فيه تتابعية و لكنها متدرجة.

- النموذج الكلاسيكي المتسارع

هو شبيه بالنموذج الأول و لكنه قصير نسبيا , و قد لوحظ في الإتحاد السوفياتي سابقا و اليابان.

- النموذج متأخر الحدوث

يلاحظ هذا النموذج , في الوقت الحاضر , في معظم البلدان النامية. و قد سمي كذلك لأن انخفاض معدل الوفيات تأخر الى منتصف القرن العشرين أي بعد مائة أو مائتي سنة من حدوثه في أوروبا. و يتميز النموذج أيضا بأن انخفاض معدل الوفيات كان نتيجة لاسباب طبية , اذ شاع بعد الحرب العالمية الثانية استعمال المضادات الحيوية و المبيدات و البرامج الخاصة بمكافحة الوبئة و تلافى وفيات الاطفال و الامهات , و هي برامج دعمتها أو ادخلتها منظمات عالمية.

- ال نموذج الانتقالي للبلدان النامية

هو متفرع عن النموذج الثالث نتيجة لنجاح برامج تنظيم الاسرة مصحوبة بارتفاع مستوى المعيشة , و قد حدث هذا نسبيا في تونس و لبنان و اندونيسيا.

2-4-4 مظاهر الأمراض في الجزائر

سنعتمد لوصف الوضعية في الجزائر على مجموعتين من الأمراض و هي الأمراض المتنقلة و الأمراض الغير متنقلة.

المرحلة الأولى لتحول الوبائي تتميز بانتشار الأمراض ض المعدية و بالنسبة للجزائر لدينا فقط احصائيات خاصة بالأمراض الواجب الإبلاغ عنها , و شهدت هذه القائمة العديد من التغييرات منذ الاستقلال حيث نلاحظ اختفاء بعض الأمراض الموجودة في القوائم الأولى مثل الجدري و الطاعون و ادراج بعض الأمراض الجديدة التي ظهرت مؤخرا مثل السيدا , إن نظام المعلومات الصحية لا يرصد كل الأمراض التي أن يمكن أتحدث حيث أن العديد منها يفلت من الإحصاء , و المنشورات تخص فقط القطاع العام و من صعب الحصول على معلومات حول نشاط القطاع الخاص خاصة الأشخاص الغير مؤمنين في القطاع الضمان الاجتماعي و بالإضافة الى القطاع العام و الخاص فإن العديد من المرضى يلجؤون للعلاج بطرق التقليدية او التطبيب الذاتي (automedication) وبتالي فإن البيانات المتاحة تبقى بعيدة في تمثيل الواقع الصحي لكل السكان.

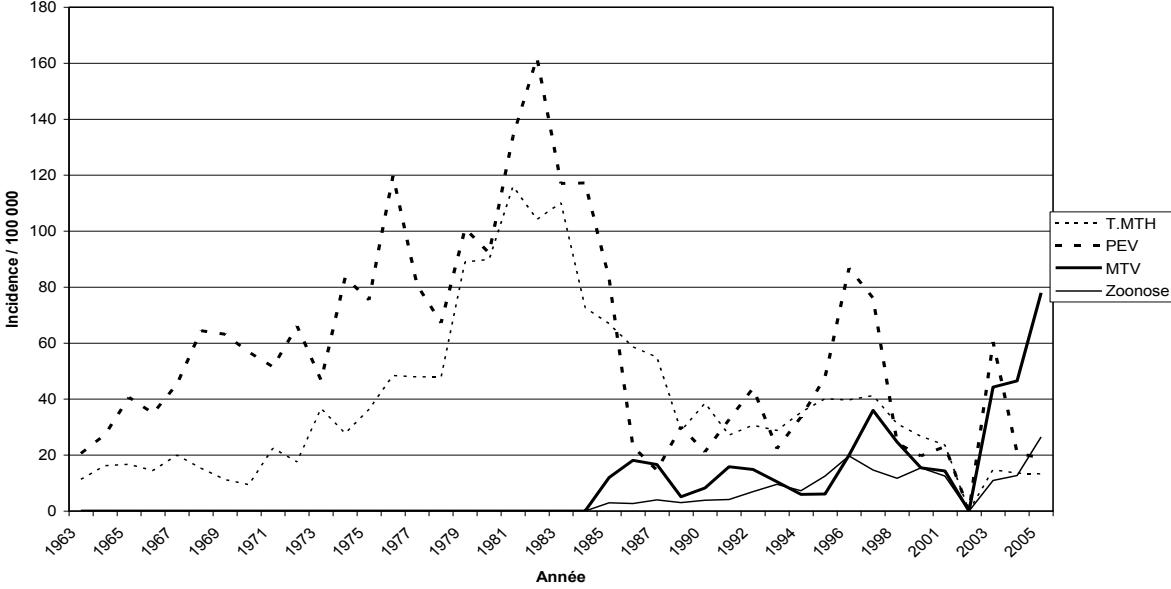
بالرغم من نقص في البيانات لوحظ بأن الجزائر تواجه نوعين من المشاكل الصحية و تشمل المجموعة الأولى على الأمراض المعدية المتواجدة في البلدان الفقيرة و الثانية تخص الأمراض الغير معدية الموجودة في البلدان الغنية " الاتجاه الوبائي في الجزائر يبقى يتسم في بداية القرن

الواحد و العشرين بإستمرار انتشار الأمراض المعدية و البعض منها لايزال متوطن و تنامي كبير للأمراض الغير معدية و البعض منها مرتبط بالبيئة الاجتماعية و نمط الحياة" (MSPRH, 2002, p.23).

#### 1-2-4-4 الأمراض المعدية

الأمراض الخاصة بالبرنامج الموسع لتطعيم تشكل أكبر حصة حتى عام 1986 متبوعة بالأمراض المتنقلة عن طريق المياه. إن ارتفاع معدل الإصابات لوحظ في عام 1982 حيث قدرت النسبة ب 161,8 حالة لكل 10000 ساكن و انخفضت هذه النسبة و بلغت 19 حالة لكل 100000 ساكن. أما بالنسبة للأمراض المتنقلة عبر المياه فهي منتشرة و تؤثر في الإعتلال و الوفاة و تجاوزت نسبة الإصابة 100 حالة لكل 100000 ساكن سنة 1982 و هذه المجموعتين من الأمراض عرفت إنخفاض خلال عامي 1982 و 1985 حيث إنقسم عدد الحالات على 9 خلال هذه الفترة. (المنحنى 6.4).

## المنحنى 6.4 : تطور الأمراض المعدية ذات التصريح الإجباري من 1963 الى 2005



### (أ) الأمراض المتنقلة عبر المياه

الأمراض المتنقلة عبر المياه (MTH) تشير أساسا الى الزحار (dysenterie) والتيفوئيد والكوليرا والتهاب الكبد الفيروسي. ان نقص النظافة تعزز انتشار هذه الأمراض و استمرار تسجيل هذه الأمراض بالرغم من وجود برامج لمكافحتها و لاتزال متوطنة و يمكن تفسير ذلك ب :

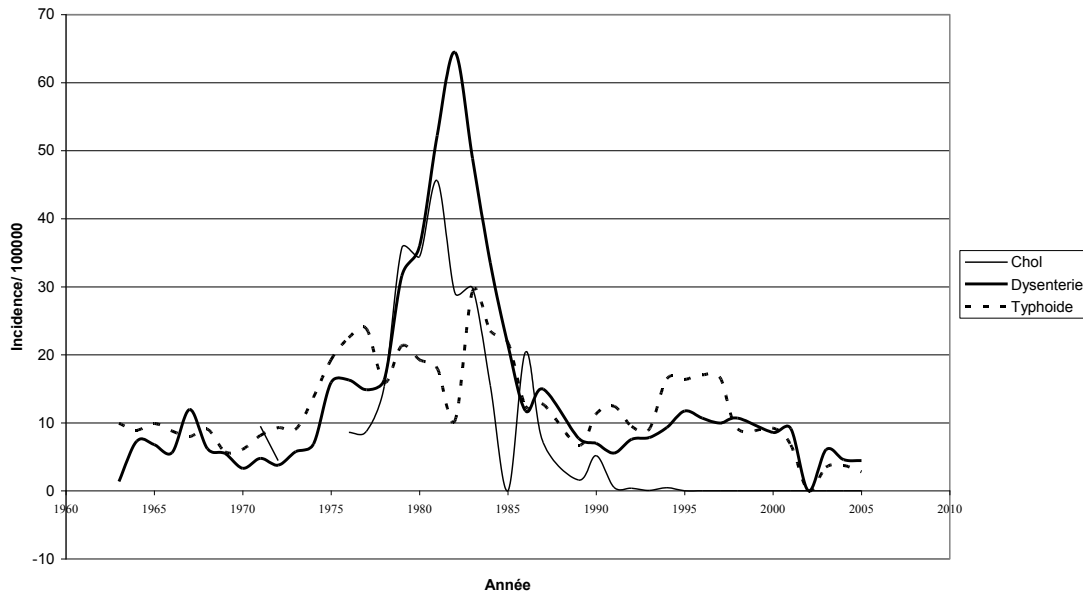
- عدم كفاية كمية الموارد المائية للبلاد بسبب القدم وعدم وجود صيانة لنظام المياه الصالحة لشرب ؛
- زيادة الطلب على المياه الناجمة عن النمو السكاني ؛
- التحضر والتنمية الصناعية والسياسات لم تدرج مسألة الحفاظ على البيئة ؛
- "تدهور نظافة المحيط يعود الى التلوث المنزلي في المناطق الحضرية والنزوح الريفي و التلوث الصناعي بالإضافة الى قدم شبكة الصرف الصحي و معالجتها" (Khiati, 1995, p,118).

لم يعترف بالكوليرا حتى 1971 حيث تم احصاء تلك السنة 1332 حالة و يظهر هذا المرض في دفعات وبائية خفيفة من جولية الى ديسمبر دوريا (الدورة تمثل 3 الى 4 سنوات). ارتفع عدد حالات المصابين بهذا المرض سنة 1986 حيث تم تسجيل 4586 حالة و وصلت النسبة الى 20,4 لكل 100000 ساكن , و اخر حالات تم رصدها سنة 1995 و منذ ذلك التاريخ و فقا للإحصائيات المنشورة لم يصرح بأي حالة جديدة الى يومنا هذا.

سجلنا توطن التيفوئيد من 1963 الى 1973 حيث تم إحصاء من 6 الى 10 حالات لكل 100000 ساكن و تضاعف عدد الحالات خلال الفترة الممتدة من 1974 الى 1984 حيث وصلت ثلاثة أضعاف و النسبة المشاهدة تراوحت بين 10 الى 29 حالة لكل 100000 ساكن و يبقى هذا المرض متوطن , و اخير تشير الإحصائيات أن عدد الحالات المسجلة في 2005 اقل من 1000 و قدرت نسبة الإصابة بهذا المرض ب 2,8 حالة لكل 100000 ساكن.

إن مرض الزحار منتشر في الجزائر منذ الاستقلال حيث كانت حصته تمثل 12% من مجموع الأمراض المتنقلة عبر المياه سنة 1963 و ارتفعت نسبتها الى 60% سنة 1967 و تم تسجيل 61% سنة 2005.

المنحنى 7.4: تطور الأمراض المتنقلة عبر المياه من 1963 الى 2005



الأمراض المتنقلة عبر المياه لا تزال متوطنة و يبدو ان القضاء عليها صعب و هي تعتبر "جزء من موكب أمراض التخلف و لا تزال تصيب عدد كبير من المواطنين , و تثقل بذلك ميزانية الصحة , و الوقاية من هذا الأمراض تحتاج الى تظافر مجهودات قطاعات متعددة تمهيدا لضمان توفر المياه كميًا و نوعيًا و هذا مايساعد في تحسين الحالة الصحية العامة للجزائريين و تمديد في أمل حياة في ظروف صحية جيدة " (MSPRH, 2002, p.33).

ان التسممات الغذائية و الجماعية بسبب تلوث الغذاء الناتج عن ندرة المياه تنتشر في الجزائر, حيث ان نقص المياه لا يسمح بضمان مستوى مقبول من النظافة و يجب الإشارة أن هناك نقص في تصريح بحالات التسمم لأن العديد منها لا يستفيد من فحوصات طبية , و حسب الإحصائيات الرسمية فإن عدد الحالات المعلن عليها يقدر ب 4000 الى 5000 حالة سنويا و تنتشر التسممات

خلال فصل الصيف خاصة في الأعراس التي تسبب تسممات جماعية و كذلك نسجل العديد من الحالات عند الطلبة و التلاميذ في المطاعم المدرسية و الجامعية خلال السنة الدراسية.

و من الأمراض التي تبدو غير خطيرة ولكن تحصد أرواح الأطفال و تعتبر من أهم أسباب المرض و الوفاة عندهم نذكر الإسهال , و هذا بالرغم من تنفيذ برنامج مكافحة امراض الإسهال (PLMD) منذ 1995 . لاتزال تحتل الرتبة الثانية في أسباب الوفاة في المستشفى و لا تزال تحدث بوتيرة مرتفعة دون انخفاض منذ 1987 , و أعلى نسب سجلت عند الأطفال أقل من سنتين حيث يشكلون الشريحة الأكثر تعرضا للإصابة بالإسهال , و هذه النتيجة لوحظت في مختلف الدراسات التي أجريت في الجزائر منذ 1989.

الحد الأقصى للإنتشار لوحظ في عام 1995 بنسبة 20.8 % , و قد تكون هذه النتيجة مبالغ فيها لأن المسح أجري في شهر أكتوبر الذي إتسم بالحر الشديد تلك السنة و خلال نفس السنة قدر عدد الإصابات سنويا ب 2,5 نوبة إسهالية لكل طفل أقل من خمس سنوات في السنة, بينما كان معدل الإصابة يساوي 2,1 نوبة في عام 1989 (MMI , 1989) و 2,5 في عام 1992 (EASME, 1992) , و خلال اخر مسح الذي أجري سنة 2006 (MICS3) فإن 8,8% من الأطفال أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين الذين سبقوا المسح.

إن الإسهال الحاد عند الأطفال يعتبر السبب الثاني في الإستشفاء عند الأطفال أقل من خمس سنوات و مع الأيصابات التنفسية الحادة تبلغ حصة هذين المرضين 40% من الإستشفاءات عند الأطفال.

ب- الأمراض المسيطر عليها بالتلقيح

التحصين ضد الخناق والسعال الديكي والكزاز وشلل الأطفال كان إلزاميا في عام 1969 ومع ذلك ، فإن نسبة تلقيح الأطفال لجميع الأمراض تختلف حسب كل مرض.

عدد حالات الخناق بين عامي 1963 و 1978 تجاوزت 100 في عام 1979 و عرف عدد الحالات انخفاض كبير بإستثناء الفترة الممتدة من 1993 إلى 1996 أين لوحظ عودة ظهور المرض ويرجع ذلك أساسا إلى نفاذ مخزون اللقاحات.

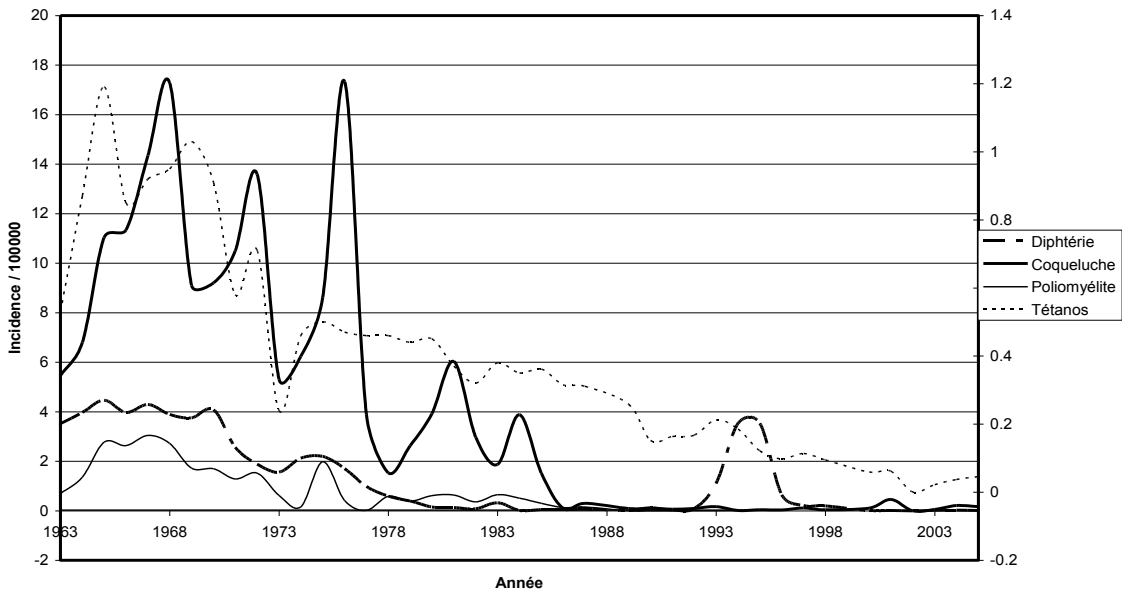
و من أهداف برنامج التلقيح القضاء على الخناق , إلا أنه لم يتحقق هذا الهدف حيث سجلنا ثلاثة حالات من هذا المرض في عام 2005.

وفيما يتعلق بالسعال الديكي هناك انخفاض في عدد الحالات , و أعلى نسبة تم إعلان عليها سنة 1975 حيث تم احصاء 11879 حالة و بلغ عدد الحالات سنة 2005 55 إصابة و قدرت نسبة الإصابة ب 0,2 حالة لكل 100000 ساكن (أنظر المنحنى 4.8)

كما لم يصرح بأي حالة شلل عند الأطفال منذ 1997 , وبالتالي فإن هدف البرنامج الخاص بهذا المرض تحقق.

لم يتم القضاء على مرض الكزاز لأن في عام 2005 تم تسجيل 15 حالة و 9 حالات تخص حديثي الولادة هذه النتيجة تعود لاستمرار الولادات في المنزل بدون رعاية طبية كافية مما أدى الى استمرار حدوث المرض ففي عام 1992 صرحت وزارة الصحة بأن "معظم حالات الكزاز عند حديثي الولادات و وقع للأطفال الذين ولدوا في المنزل أثناء قطع الحبل السري, كما لوحظ استخدام الكحل فوق الجرح و المعدات المستعملة لم تكون معقمة " (INSP, 2001, p.74).

المنحنى 8.4 : تطور أمراض البرنامج الممتد لتطعيم من 1963 الى 2005



أول حملة تطعيم ضد مرض السل كان في عام 1967 , والتلقيح عند الولادة قد أصبح إلزاميا في عام 1969. إن التكوين المكثف للمستخدمين المتخصصين في الكشف عن عصابة كوخ و توحيد طرق التشخيص و العلاج ساهم في انخفاض نسبة الإصابة بمرض السل , و قدرت النسبة ب 150 حالة لكل 100000 ساكن خلال 1975 و بلغت 53,2 لكل 100000 ساكن في عام 1981. و لم تتجاوز نسبة المرض 10 حالات لكل 100000 في الفترة الممتدة بين 1986 الى 1990 و التحسن في ظروف الاقتصادية في العموم و تلقيح السكان أدوا الى إنخفاض في نسبة المرض. و بالرغم من بلوغ الأهداف المسطرة من طرف المنظمة العالمية الصحية (معدل اكتشاف حالات الإصابة تفوق 90% و نسبة نجاح العلاج يساوي 85%).

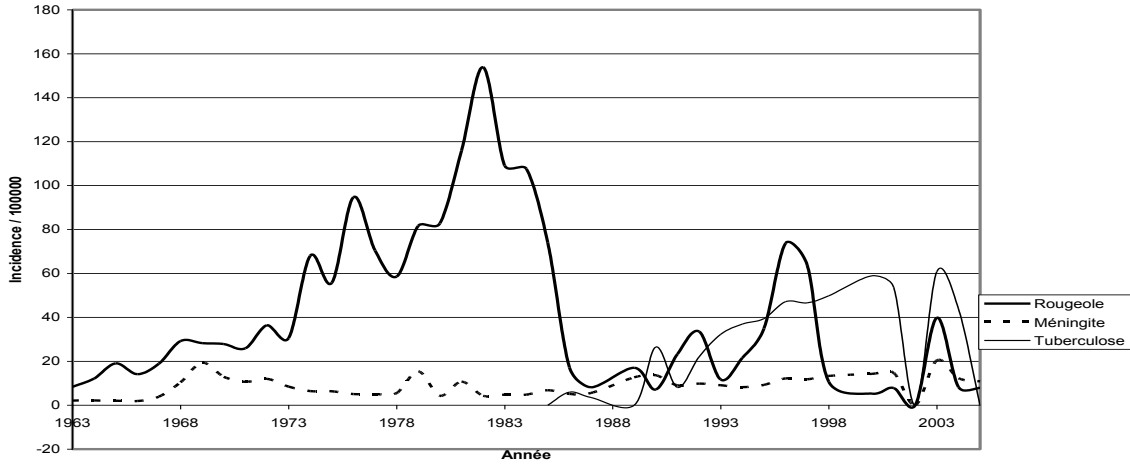
إن هذا المرض لم يعرف الإنخفاض المتوقع , و نلاحظ زيادة طفيفة في نسبة الإصابة بالمرض و علاوة على ذلك فإن المعدلات الوطنية المذكورة لا تعكس التفاوتات الكبيرة في مختلف مناطق البلاد

و هذا راجع لعدم المساواة في الوصول الى المراكز الصحية و الى معايير تشخيص غير فعالة في الكثير من الحالات و عدم كفاءة نظام تصريح بالمرض. " (MSPRH, 2002, p.36)

منذ عام 1994 , تم إحصاء أكثر من 10000 حالة سنويا و في عام 2002 تم الإعتماد على نظام جديد لعلاج السل , و هذا النظام حسب الخبراء أكثر مرونة لأنه لا يعتمد على حقن الستريبتوميسن (streptomycine) في العلاج الأول و استعمال اتمبتول (Ethambutol) ادى الى قابلية أفضل عند المرضى من جهة و تكلفة الدواء أقل من جهة ثانية. ان التدابير الجديدة المتخذة لمكافحة هذا المرض تعتمد على النظام الجديد للعلاج و تدعيم شبكة المخابر مع تطور زراعة عصية كوخ (bacille de Koch), و الاعتماد على نظام المعلومات اكثر فعالية و انشاء فرق متنقلة جوارية. و هذه الاجراءات جيدة و لكن لا يجب ان نتغاضى على كون السل مرض خطير و تنتشر العدوى في أوساط الفقراء و القضاء عليه يتطلب تحسين ظروف المعيشية لسكان و خاصة الشريحة المحرومة. كانت الحصبة من اسباب الرئيسية للوفاة و المسح الذي قام به المعهد الوطني لصحة العمومية (INSP) سنة 1976 بالتعاون مع المنظمة العالمية للصحة أكدت انها كانت المسؤولة على 15% من وفيات الرضع و ربع وفيات الأطفال الذين يتراوح اعمارهم بين سنة و اربعة سنوات , و التأخر في دمجهم ضمن الرزنامة الوطنية لتلقيح راجع الى عدم توفر سلسلة التبريد (من أجل الحفاظ على فعالية التلقيح). و انتقلت نسبة المصحح بها من 8,33 لكل 100000 سنة 1963 الى 153,85 لكل 100000 ساكن سنة 1982 , و بالرغم من وجود تلقيح لهذا المرض الا أن المرض لا يزال متوطن ففي عام 2003 سجلنا 12688 حالة (انظر المنحنى 8.4 ب).

اما فيما يخص مرض التهاب الكبد الفيروسي فظهوره يعود فقط إلى عام 1976 ، حيث سجلنا أكثر من 1000 الحالات سنويا منذ عام 1976 حتى عام 2000 ، لم يكن هناك تمييز بين الأنواع المختلفة للإلتهاب الكبد ، ولكن منذ عام 2001 هناك تصنيف لثلاثة أنواع من الإلتهاب الكبدي و خلال التسعينات تم احصاء من 3000 إلى 4000 حالة سنويا , و أجر المعهد الوطني لصحة العمومية بالتعاون مع معهد باستور بالجزائر في عام 1998 مسح مصلي وبائي (-séro- épidémiologique) على عينة حجمها يقدر 8126 شخص و تمثل سكان الجزائر , و النسبة الكلية لحاملي الفيروس (AgHBs) بلغت 2,15% و هذا المستوى يضع الجزائر ضمن البلدان متوسطة الاستيطان (endémicité) كما بينت نتائج تلك الدراسة ان نسبة الإصابة عند النساء في سن الإنجاب تفوق 3%. و بعد هذا أتخذ قرار دمج تلقيح ضد الإلتهاب الكبدي الفيروسي نوع ب (hépatite virale B) في رزنامة البرنامج الوطني الموسع لتلقيح. و هذا التلقيح يمس كل الأطفال الصغار بالإضافة للفئات المعرضة لهذا المرض (المستخدمين في المجال الطبي و الأشخاص المعرضين أثناء معالجة نفايات المستشفيات).

#### المنحنى 8.4.ب : تطور الأمراض المعدية ذات التصريح الإجباري من 1963 الى 2005



هناك أمراض معدية أخرى لا تزال مستوطنة في الجزائر ، من بينها نذكر التهاب السحايا البكتيرية " من جهة نظر علم الأوبئة فإنه مهم ان نعرف دورة حدوث الأوبئة و المتسبب فيها هو (Meningocoque) و أن النسبة مرتفعة في الجنوب مقابل المناطق الشمالية , و عند تشخيص المرض نلاحظ ان الأدلة البكتريولوجية (bacteriologique) على العموم ناقصة ( MSPRH, 2002, p,38) , و في عام 2005 تم احصاء 3350 حالة أي بنسبة 10 حالات لكل 100000 ساكن.

قبل الاستقلال كان الملاريا ضمن الأفات الاجتماعية و استمر استيطان هذا الوباء لمدة 10 سنوات بعد الاستقلال , و نظرا لاستمرار هذا المرض قررت الدولة الجزائرية ., بعد توقيع على بروتوكول التعاون مع المنظمة العالمية للصحة سنة 1963 , اطلاق حملة للقضاء على المرض في عام 1964 , و ذلك بإنشاء مكتب مركزي للقضاء على الملاريا و هو مسؤول على التوجيه التقني للعمليات . قدر عدد الحالات سنة 1968 ب 12630 أي بنسبة 100 حالة لكل 100000 ساكن و انخفض عدد الحالات الى 30 حالة سنة 1978 أي بنسبة 0,17 حالة لكل 100000 ساكن و حصة الملاريا القادمة من خارج البلاد كانت معدومة في 1977 , و بدأت ترتفع تدريجيا الى 46% في عام 1978 و واصلت في الإرتفاع حيث تم تسجيل 80% سنة 1980 و استمر في الإرتفاع و بلغ سنة 1985 نسبة 95% و لقد صرحت وزارة الصحة ب 163 حالة في عام 2004.

أما بالنسبة للأمراض حيوانية المصدر و الأكثر شيوعا في الجزائر فهي الحمى المتموجة (Brucellose) و الليشمانيوز و الأكياس المائية (hydatidose) و الكلب البشري و نلاحظ أن الحمى المتموجة هي في تطور مستمر حيث أن تم تصريح بإصابة 8000 جزائري بهذا المرض

بينما تم تسجيل 3933 حالة سنة 2000 و ولاية مسيلة لوحدها سجلت 2164 حالة متبوعة بتبسة ب 1495 حالة . أما فيما يخص الليشمنياز هناك نوعين من هذا المرض تم التصريح بهم الليشمنياز الأعضاء الداخلية (leishmaniose viscérale) و الليشمنياز الجلدي , و نلاحظ ارتفاع في عدد الحالات الليشمنياز الجلدي في السنوات الأخيرة حيث تضاعف عدد الحالات أربعة مرات بين 2000 و 2005 و الحد الأقصى في عدد الحالات سجل في ولاية بسكرة.

#### 2-2-4-4 أمراض الغير المتنقلة

سيطرت الأمراض المعدية على الوضعية الصحية كما ذكرنا أنفا و جهود كبيرة بذلت من أجل القضاء على هذه الأمراض, و لكن منذ أكثر من 15 سنة برز نوع ثاني من الأمراض و أصبح يحتل المرتبة الأولى في أسباب المرض و الوفيات "المعلومات الجزئية المتوفرة تظهر أن المنحنى التنزلي للأمراض المعدية خاصة منها المتنقلة عبر المياه تتقاطع مع الإصابات الخاصة بالبلدان المتقدمة مثل السرطان و السكري و أمراض الشرايين و القلب " (CNES, 2000, p.77) الأمراض المزمنة الأكثر شيوعا والتي تصيب العديد من الجزائريين هي أمراض الجهاز الدوراني و الأمراض التنفسية المزمنة , و السرطان و الأمراض الكلوية " و لكن مستويات الأمراض لا تقاس جيدا نظرا لنقص البيانات الوطنية السنوية " (MSPRH, 2002, p.39).

والمسح الخاص بصحة الجزائريين الذي أجري سنة 1990 أظهر لأول مرة ثقل الأمراض الغير معدية , و البيانات التي تم جمعها خلال مسوح 1990 و 2002 و 2006 تبين أن ارتفاع ضغط الشرياني هو المرض الأكثر إنتشار , و معدل الانتشار في سنوات 1990 و 2002 و 2006 كان على التوالي 17,2% و 26% و 41,8% , إن الضغط الشرياني يشكل الخطر الأكبر لأمراض القلب و عرف هذا المرض أكبر ارتفاع خلال المسوح الثلاثة متبوع بمرض السكر أما الأمراض العقلية فعرفت إنخفاض خلال الفترة الممتدة بين 1990 و 2002 (انظر المنحنى 8.4).

إن تحليل بيانات الخاصة ب 19189 مريض أدخلوا الى المستشفى خلال 15 يوما في افريل سنة 2003 و المعطيات استخرخت من لعينة وطنية للوحدات الاستشفائية , أظهرت نتائج هذه الدراسة أن أغلب المرضى يعانون من مرض غير معدى و العينة لا تشمل الولادات و احتلت الأمراض التنفسية المرتبة الأولى ب 13% من الإستشفاءات متبوع بأمراض الجهاز الهضمي. تسببت أمراض الجهاز الدوراني على ثلث الوفيات في عام 2000 و 26% من الوفيات سنة 2002 المصرح بها من طرف المعهد الوطني لصحة , و تم إستغلال شهادات الوفيات ل 12 ولاية في الجزائر فيما يخص معطيات سنة 2002 و بينت تحليل المعطيات أن الأمراض الغير معدية و أمراض القلب تحتل المرتبة الأولى في أسباب الوفاة بنسبة 44,5%.

و ترتفع نسبة الإصابة بسرطان مع تقدم في العمر حيث تؤدي شيخوخة السكان الى ارتفاع السرطان و كذلك فترة التعرض الى الخطر , و يعتبر هذا المرض من أهم الأمراض الغير معدية و عرفت نسبة السرطان ارتفاع حيث قدرت ب 50 حالة لكل 100000 ساكن خلال الفترة الممتدة بين 1966 و 1975 مع سيطرة السرطانات الخاصة بالرجال في الأعمار المتقدمة و عند النساء في سن الإنجاب.

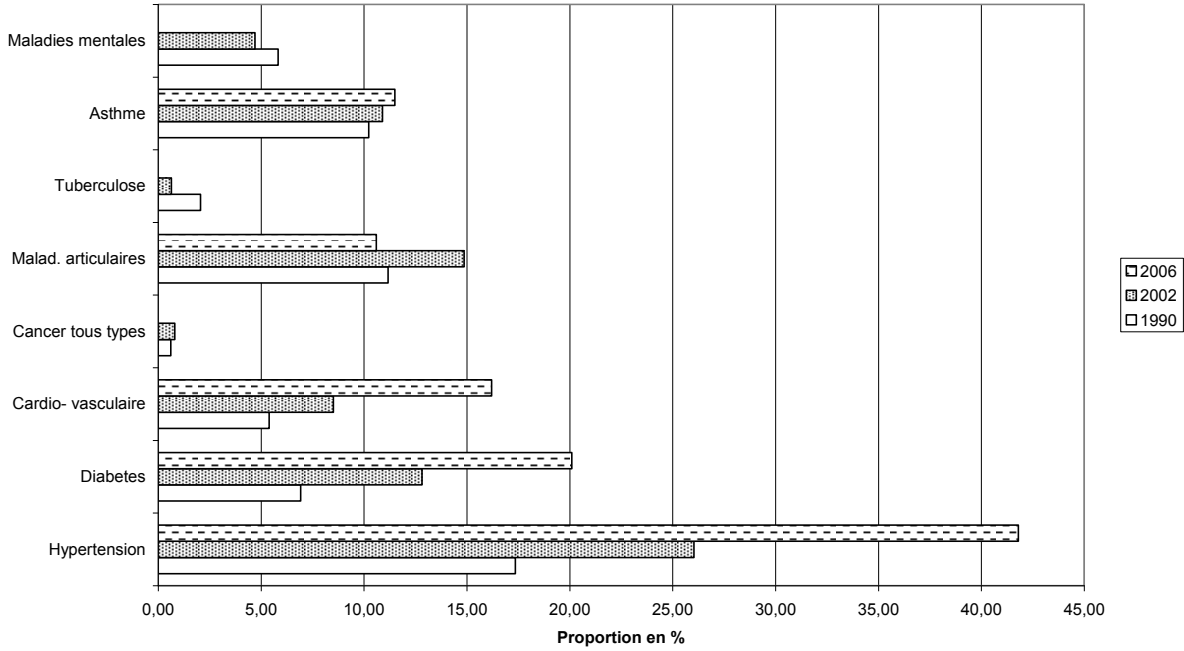
وينتشر مرض السكري في البلدان الغنية و البلدان النامية و يمثل هذا المرض 7% في عام 1990 و وصلت الى 20,1% في عام 2006 " و فيما يخص السكري المعالج بالأنسولين فنسبته تقع بين 7 و 8 % في الفئة العمرية مابين 30 و 65 سنة و بالإشتقاق فإن عدد المرضى المصابين بالسكري تتراوح بين 1,2 الى 1,4 مليون في عام 2000 و نصف المصابين بالسكري غير معروفين " (MSPRH, 2002, p.43).

إن الاعتلال و الوفيات بالسكري يمكن أن تنخفض اذا تم تشخيص المرض و يخضع لحمية غذائية و ممارسة الرياضة و متابعة صحية جيدة " و اجريت دراسة في عام 2000 على 2100 مريض موزعين على 23 ولاية أظهرت نقصا في الإختبارات التكميلية , و هناك تباين معتبر بين مختلف المراكز , و نتائج نفس المسح تبين أن 26% من المرضى يمارسون المراقبة الذاتية و 38% منهم قادرون على التعرف على الأعراض و يحسنون التصرف امام إنخفاض السكر في الدم " (MSPRH, 2002, p.43).

و وفقا لمسح 2002 هناك 19% من الأشخاص الذين صرحوا بأنهم يعانون من السكري مشغولون و 40% من النساء الماكثات في البيت و 26% من المتقاعدين. انه من الصعب لشريحة معتبرة من السكان اتباع الطرق الوقائية لتجنب هذا المرض خاصة الحمية الغذائية نظرا لغلاء المواد الغذائية الخاصة بداء السكري و قلة تنوعها حيث انها متواجدة بكميات ضئيلة في الأسواق. و يعتمد غذاء الجزائريين على العجائن خاصة الخبز و البطاطا و الحمية المناسبة لمرضى السكري يجب ان تتركز على المواد النشوية , و هذه الحمية ليست في متناول عدد كبير من المرضى.

المنحنى 9.4 : تطور أهم الأمراض المزمنة من 1990 الى 2002

Graphique n° 4.9 : Répartition des principales maladies chroniques en 1990 et 2002



إن مرض الصرع منتشر في الجزائر حيث بلغت نسبته 5 حالات لكل 1000 ساكن و قدر عدد المرضى ب 155000 في عام 2000 حسب إحصاءات وزارة الصحة , و حسب نفس المصدر فالمرض يصيب فئة الشباب لأن 70% من الحالات تظهر قبل 15 سنة . فخلال السنة الدراسية 2000-2001 تم إحصاء 6444 حالة و تمثل 0,14 % من مختلف الإصابات المشخصة في المؤسسات التعليمية , و يعتبر زواج الأقارب عامل مساهم لإصابة بمرض الصرع . (MSPRH, 2002).

يمكن للمريض المصاب بالصرع أن يعيش حياة شبه عادية اذا كان يستفيد من العلاج بانتظام و هناك متابعة جيدة.

كما تصيب الأمراض الوراثية مجموعة من السكان و تتسبب هذه الأمراض في وفاة 1,9% من مجموع المتوفين المصرح بهم سنة 2000 من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية. و حسب تقديرات المنظمة العالمية لصحة فإن نسبة الأمراض الوراثية تقدر ب 69 بالألف في بلدان شرق البحر الأبيض المتوسط و 61 بالألف في إفريقيا , و من بين الأمراض الوراثية المنتشرة في الجزائر نذكر خاصة أمراض الدم (hemoglobinopathies) , و يمثل زواج الأقارب عامل خطر للإصابة بهذا النوع من الأمراض حيث تخص هذه الأخيرة 34,6% من الزيجات و فقا للمسح الخاص بصحة الأم و الطفل عام 1992 و ربع من 34% من الحالات هم أبناء عمومة.

إن تأخر سن الزواج يؤدي الى ولادات في الأعمار المتقدمة حيث بلغ متوسط العمر عند إنجاب الطفل الأول 24,6 سنة في الوسط الحضري و 23,27 سنة في الوسط الريفي سنة 1992 و انتقل العمر المتوسط عند الانجاب لجميع الولادات من 30,4 سنة 1992 الى 31,3 سنة 2002 في المناطق الحضرية و بين 30,5 سنة الى 31,1 سنة خلال نفس المدة في المناطق الريفية.

إن الخصوبة المتأخرة تزيد من أخطار الأمراض الوراثية (trisomie 21) و حسب معطيات تعداد 1998 فإن عدد الحالات تقدر ب 430 حالة سنويا.

و بعض الأمراض المعدية مثل الحصية الألمانية (rubeole) و داء المقوسات (toxoplasmose) قد تؤدي الى تشوهات خلقية.

إن الأمراض المرتبطة بنقص اليود قد تؤدي كذلك الى تشوهات خلقية ان نسبة الاصابة بالتخلف العقلي (cretinisme) المرتبطة بخلل في الغدة الدرقية المتوطن تتراوح بين 1,1% الى 1,8% في المناطق الأكثر تضررا.

إن تحليل بيانات عن دخول المستشفيات في ولاية الجزائر بين عامي 1992 و 1996 تبين أن من بين 437 طفل دخلوا المستشفى ربعهم (26,5%) يعاني من الإنحراف الكروموزمي (aberration chromosmique) و من بينها 23,5% (trisomie 21) (MSPRH, 2002).

كما أحصى تعداد 1998 1590466 شخص معوق أي بنسبة 5,4% من مجموع السكان و قدرت نسبة الذكورة ب 116%.

## الخاتمة

إن عدم رضى المواطن على النظام الصحي في الجزائر راجع الى مشاكل حقيقية ولكن مصادرها متعددة وتختلف حسب القطاع المقصود (العام أو الخاص). فإن القطاع العام لرعاية الصحية الذي يضمن أغلب الإستشفاءات التي تطلب المكوث في المستشفى يعاني من نقائص عديدة تعود الى نقص الموارد (المالية و البشرية و العتاد) و كذلك نلاحظ قلة اهتمام بالمتطلبات الحقيقية للمريض.

أما بالنسبة للقطاع الخاص فإنه يتمركز في المدن الكبرى و تكاليفه تضاعفت مقارنة بتكاليف الرسمية المجمدة منذ 1987 , فإن النظام الصحي في مجمله يعاني من نقص في التنظيم في كيفية تلبية حاجيات المريض , و هذا ما يؤدي الى غياب في استمرار اعطاء العلاج خاصة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من مرض مزمن أو مصابين بأمراض خطيرة و من جهة ثانية فلا توجد أليات كافية لمراقبة نوعية الخدمات.

يتمركز العديد من المتخصصين في الوسط و أقل من 10% يزاولون نشاطهم في المناطق الجنوبية للبلاد .

إن تأطير الوحدات الصحية العمومية من حيث المتخصصين ناقص و يتمركزون في المراكز الجامعية الإستشفائية (CHU).

و يوجد العديد من المصالح مسيرة من طرف أطباء عاميين لا يستطيعون توفير الخدمات اللازمة لكل المشاكل التي تواجههم نظرا لعدم اكتسابهم المهارات اللازمة لذلك و من جهة ثانية أغلب هذه الهياكل لا تتوفر فيها صيادلة.

إن العديد من التجهيزات التقنية الموجودة في الوحدات الصحية قليلة و معطلة في بعض الأحيان و هذا ما يضطر الكثير من المرضى و حتى الذين يتواجدون داخل المستشفيات التوجه الى الوحدات الخاصة لإجراء الإشعاعات و تحاليل مخبرية.

إن تواجد أعداد كبيرة من المختصين في المراكز الاستشفائية الجامعية تفسر جزئيا اختيار المرضى التوجه مباشرة لهذه الهياكل التي تمتاز بوجود المتخصصين و توفر التجهيزات.

يحث القانون على تكامل القطاعين و لكن هذا لم يحدث حيث نلاحظ استنزاف القطاع العام من الموارد البشرية لفائدة القطاع الخاص خاصة المتخصصين منهم و تمركزهم في المدن الكبرى ذات كثافة سكانية عالية.

إن تكاليف الخدمات المقدمة من طرف القطاع الخاص تقع كليا على عاتق المريض و هذا رغم تغطية شريحة معتبرة من السكان بالضمان الاجتماعي و حتى المؤمنين يجي عليهم دفع مسبقا

التكاليف و التعويض لا يكون كلياً و هذا راجع الى تجميد لتكاليف المعتمدة لتعويض تكاليف الخدمات الطبية.

إن تحليل نموذج الانتقال الديموغرافي في الجزائر يبين انخفاض الوفاة منذ الحرب العالمية الثانية اما فيما يخص الخصوبة فالإنخفاض لوحظ في الثمنيات.

أما بالنسبة لنموذج التحول الوبائي يقترب من النموذج الوسيط لنموذج المتأخر الحدوث حسب نظرية عمران.

إن الدراسات حول الصحة التي أقيمت في الجزائر تظهر نمو معتبر للأمراض الغير متنقلة مع استمرار الأمراض المعدية.

أدى اتجاه استعمال المستشفى الى توجيه المصابين بالأمراض المزمنة مباشرة عند المتخصصين لتكفل بهم و هذا ما يؤدي الى ارتفاع تكاليف المرض.

تطرقنا في الفصول السابقة الى وصف الوضعية الديموغرافية و الاقتصادية و الصحية في الجزائر و الفصل الموالي يخص الاطار النظري لتحليل محددات الصحة عند الأطفال , و سنخصص الجزء الأول من الفصل لوصف أهم التيارات النظرية لإرتفاع الوفاة ثم نتطرق الى النماذج و بناء نموذج لتحديد العوامل الخاصة بصحة الأطفال بالإعتماد على نموذج موسلي و شان.

## المقدمة

لوصف الوضع الصحي نستخدم المؤشرات الصحية ، أي مقاييس كمية معينة من البيانات التي تعكس الحالة الصحية , و الأكثر شيوعا هي معدلات الوفيات ومتوسط العمر المتوقع و بالنسبة للكثيرين ، أفضل مؤشر الرفاه العام للسكان هو معدل وفيات الرضع (عدد الوفيات قبل سن 1 سنة لكل 1000 ولادة حية), اما في الوقت الحالي فإن معدل وفيات الأطفال دون 5 سنوات يعتبر أفضل مؤشر على الرفاه العام للسكان.

إن الوفاة هي الظاهرة الأولى التي تم قياسها من طرف جون قرانت مؤسس الديموغرافيا ( John Graunt 1620-1674), و هو أول من نشر إحصائيات خاصة بالوفاة في عام 1662 , ولكن محاولات تفسير الإنخفاض في معدلات الوفيات تعود فقط الى بداية القرن الماضي.

حتى بداية الثلاثي الثاني من القرن العشرين , فإنه يكاد لا توجد وسيلة فعالة لمكافحة الأمراض "وفي الواقع حتى 1930 و 1950 الطب كان عاجزا على مواجهة المشاكل الصحية التي تهدد الصحة البشرية باستثناء الجدري والدفتريا ، التي استفادت من اللقاح و الترياق منذ القرن الثامن عشر كانت في أوروبا (Zourkaleini, 1997, p.32).

كانت الإصلاحات الصحية في بريطانيا في القرن التاسع عشر تقوم أيضا على أساس أن الظروف البيئية لها تأثير مباشر على الصحة. و الدراسة التي قام بها McKeown عام 1976 أظهرت أن إطالة الحياة لوحظت في القرن 20 , و هذه الأخيرة لها علاقة بالتغير في الأوضاع المعيشية أكثر من التقدم الطبي, وبالتالي أثبت أن الانخفاض في معدل وفيات الرضع منذ 1841 (التاريخ الذي تتوفر فيه إحصائيات) كان منتظم و قليل التأثير بالتقدم في مجال الطب , و يعتبر مرض السل مثال جيد على ذلك حيث بدأ في الإنخفاض منذ 1838 و اكتشاف المضادات الحيوية (عقار الستربتومايسين عام 1945) ، و لقاح (السل سنة 1955) قد أدى إلى زيادة في الانخفاض في معدل الوفيات.

عدة نظريات وضعت لتوضيح أسباب انخفاض معدل الوفيات و "الجدل قائم منذ فترة طويلة بين المعارضين و المناصرين لدور تكنولوجيا الصحة ، والذين يشددون من جهة أخرى على تأثير التنمية الاقتصادية أو تحسين الحالة التغذوية و أخيرا الذين يؤيدون بقوة أثر التغيرات الاجتماعية والثقافية" (Zourkaleini, 1997, p.32).

وسوف يناقش هذا الفصل مختلف التفسيرات لفهم الانخفاض في معدل الوفيات و وصف الأطر النظرية لتحليل العوامل المحددة للصحة الطفل مع التركيز على نموذج شين و موسلي (Mosley et Chen)، والجزء الأخير يخص اقتراح إطار نظري لمحددات صحة الطفل في الجزائر.

## 5-1 تيار التكنولوجيا الطبية

خلال الفترة الممتدة بين 1870 و 1914 , تضاعفت الاكتشافات الطبية حيث ساهم اكتشاف و سائل الإستكشاف في ايجاد حلول للكثير من المشاكل الصحية. كما تم تحديد عدة عوامل معدية ما بين 1871 و 1882 كعصية الجذام (Hansen 1871) ، طفيلي الملاريا (Laveran 1880) نذكر منها وبكتيريا ستييلوكوك (staphylocoque) و ستربتوكوك (streptocoque) من طرف باستور (Pasteur en 1880) ، وعامل الحمى الصفراء (Ross et Finlay 1881) ، والسل (Koch 1882) ، والخناق (الدفتريا) في 1882 من قبل Klebs والكزاز من Nicolair سنة 1884. في هذا السياق انه من الطبيعي أن نعهد لطب و العاملين في المجال الطبي والأدوية مهمة تحسين صحة الأفراد , و لفترة طويلة حتى 1960 التيار المهيم منح للطب و التكنولوجيا الوقائية و العلاجية دورا هاما في انخفاض الوفيات .

إن انخفاض في معدل الوفيات في بلدان الجنوب تزامن مع تطور التكنولوجيا الصحية, و لعبت الخدمات الصحية دورا مهما , والعلاقة بين الاثنين تم تبنيها الى غاية 1970 . و النموذج المهيم منح للإجراءات الصحية أكبر دور في إنخفاض الوفاة, و صحيح أن خلال الفترة الممتدة من 1945 الى 1965 و وضعت هذه الدول برامج وطنية عمودية لمحاربة و مراقبة الأمراض الرئيسية , مثل حملات التطعيم ضد السل و الجدري و الخناق , و إستيراد الأدوية والمضادات الحيوية أدوا الى إنخفاض محسوس في الوفاة (Tabutin, 1995)

إن انخفاض معدل وفيات مستقل عن النمو الاقتصادي ، أو تحسن في مستويات المعيشة : وباختصار فإن الوفاة ستنخفض مهما كانت الوضعية الاقتصادية و الاجتماعية و اشار بعض الكتاب أن التقدم الاقتصادي يمكن أن يكون كافيا لخفض معدل الوفيات ، لكنه لم يعد شرطا ضروريا و المؤلفون من بينهم (Clark, 1967) يدعمون ان الانخفاض ذات مدلول بدأ في حوالي 1759 في انكلترا , و ارتبط بالتقدم في مجال الطب و يرجع ذلك إلى فهم أفضل للعلوم الطبية (Caldwell, 1986)

إن وضع اجراءات تقنية فعالة للوقاية و العلاج ذات تكلفة منخفضة أدى الى تصور أن انخفاض الوفاة في الدول المتقدمة كانت ممكنة و مستقلة على النمو الاقتصادي و الاجتماعي. الى غاية الستينات تم الإتفاق على أن دور التكنولوجيا الطبية في انخفاض الوفاة كان هو الأهم و هذه الفرضية لم تهجر تماما , وبقي بعض الكتاب يرددون أهمية التكنولوجيا الصحية في

الإنخفاض في معدل الوفيات , و النتائج التي تم الحصول عليها في العالم لا يدع مجالاً للشك أن التقدم الطبي قد ساهم في انخفاض معدل وفيات , ولكن لا يستطيع احد ان يقول ان الدواء وحده يمكن أن يقلل من وفيات , "ولكن لأحد اليوم وخصوصا المختصين في علم الديموغرافيا و العلوم الاجتماعية يفكر في شرح الانخفاض في معدلات الوفيات بالإعتماد على التقدم الطبي فقط , و قد أثبتت التجربة أن النجاح الباهر هنا وهناك ، على الأقل في المظهر ، وبغض النظر عن أي تحسن ملحوظ في مستويات المعيشة يظل استثنائيا جدا, ويصعب استنساخه في سياقات مختلفة (Vallin, 1989, p.402).

أقمت دراسات في الثمانينات قللت من دور التكنولوجيا الطبية في انخفاض معدل الوفيات و قدر (Preston) سنة 1980 دورها بنسبة 50٪ لمجمل دول العالم الثالث بين عامي 1940 و 1970 , كما وجد ( Palloni ) نفس النسبة لدول أمريكا اللاتينية بين 1950 و 1970 . و لكن بسرعة كبيرة تم التوصل الى الى اظهار عوامل أخرى حيث وجد (Murray et Chen) سنة 1993 صعوبة لتأكيد الفرضية التي مفادها أن تطوير التكنولوجيا والصحة هي أساس للحد من الوفيات في البلدان المتقدمة و كلا المؤلفين اعطى التوضيحات الآتية :

- توسيع نطاق اللقاحات ضد الحصبة والكزاز والإمهاة الفموية حدثت بعد انخفاض كبير في نسبة الوفيات ؛
- انخفاض معدل الوفيات في أواخر السبعينات و أوائل الثمانينات تزامن مع ازدهار الاقتصاد في العالم؛
- انخفاض معدل وفيات تكون أسرع في المناطق التي تستخدم بالفعل الاملاح اعادة التميح أو ذات نسبة مرتفعة لتلقيح الأطفال .

## 2-5 التيار الاقتصادي

دعاة التنمية الاقتصادية يركزون على أهمية العوامل الاقتصادية و خاصة الدخل الذي يسمح للأفراد والأسر بإقتناء السلع و و الإستفادة من الخدمات التي تساعد على المحافظة على صحة جيدة ( الغذاء و المسكن و اللباس).

الإحصاءات المنشورة تظهر لنا ما يلي : ارتفاع متوسط دخل الفرد يؤدي الى ارتفاع متوسط العمر المتوقع ، والعكس صحيح , يظهر أن كلما كانت الوفاة مرتفعة تقابلها و ضعيفة اقتصادية متدهورة, و كلما كان المستوى الاقتصادي منخفض فإن تحسن طفيف في الدخل يصحبه انخفاض في معدل الوفيات و لكن عند و صول الى مستوى معين للوفاة فإن الزيادة في المستوى الاقتصادي لا يصحبه نفس التأثير حسب البنك الدولي. إن العلاقة بين زيادة في العمر المتوقع و النمو في الدخل تبقى قوية

طالما ان نصيب دخل الفرد أقل من الحد الأدنى (3000 دولار أمريكي) "مضاعفة الدخل لكل الفرد (مع مراعاة تعادل القوة الشرائية) مقارنة بمستوى أولي قدره 1000 دولار في عام 1990 ، على سبيل المثال ، يوفر 11 عاما اضافية في العمر المتوقع في حين ان تضاعف الدخل مقارنة مع 4000 دولار يؤدي الى زيادة بأربعة سنوات فقط في أمل الحياة (البنك الدولي, 1993, ص41-42). و حسب دراسة أخرى للبنك العالمي مست 58 دولة من البلدان النامية , فزيادة في الدخل بنسبة 10% تؤدي الى انخفاض في معدلات و فيات الرضع و الأطفال بنسبة تتراوح بين 2% الى 3.5% كما يزيد متوسط العمر بشهر واحد , و بينت دراسة اخرى ان تحليل 50 حالة من البلدان النامية أظهرت " أن انخفاض دخل الفرد ليس عائقا لا يمكن تجاوزه امام زيادة في متوسط العمر, و لكن الدخل المرتفع نسبيا ( يتجاوز 300 دولار للفرد الواحد في ذلك الوقت) لا يمكن تصوره بدون طول حياة معتبرة, إن استقلالية التقدم الصحي على التنمية الاقتصادية ليست غير محدودة" ( Vallin, 1968, p.859), و بعبارة أخرى فإن هناك عتبة يصعب الوصول اليها في غياب قدر من التقدم الاقتصادي.

إن انخفاض معدل الوفيات في المدى المتوسط و الطويل يكون مصحوب بتغيرات في هيكل أسباب الوفاة و يمكن تصنيف مرحلتين , المرحلة الأولى تتميز بهيمنة الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية و الطفيلية ( و التي يمكن أن تنتقل عن طريق الماء و الهواء و الغذاء و الإتصال الشخصي). أما المرحلة الثانية تتميز بظهور الأمراض الإنتكاسية و أمراض القلب و الأوعية الدموية و الحوادث التي تعتبر من أهم أسباب الوفاة.

ثلاثة أنواع من التوضيحات لهذه التغييرات الهيكلية طرحها (Tabutin, 1995) و هي:

- مع متوسط العمر المتوقع ب 71 عاما في مدن الصين في عام 1982 ، لوحظ أنه خلال الفترة 1957-1982 الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية (السل و الجهاز التنفسي و الجهاز الهضمي) تركت مكانها لأمراض غير معدية (القلب والسكتة الدماغية و الأورام) ؛

- هونغ كونغ التي أوشكت على الانتهاء من المرحلة الانتقالية للوفاة كان متوسط العمر المتوقع يقدر 77 سنة في عام 1990 ، و خلال الفترة الممتدة بين 1951 و 1989 تبين ان وزن الأمراض المعدية انخفض من 24% الى 3% , و أمراض الجهاز الهضمي انخفضت من 15% الى 4% , في حين أن جميع الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية عرفت زيادة من 10% إلى 60%.

-متوسط العمر المتوقع قدر ب64 سنة في المكسيك عام 1984 و 71 سنة في كوستاريكا سنة 1980 ، وجزر موريس 65 سنة في 1977 ، و تعتبر هذه البلدان متأخرة في تحولها و يبدو أن السيرورة بدأت في بداية الثمانينات.

ولكن المرور من الأمراض المعدية الى الأمراض الإنتكاسية غير المعدية لا يحدث كما وقع في الماضي , و بعض الأمراض المعدية أصبحت تقاوم أو تنخفض ببطء و اختفى البعض الآخر لبعض الوقت ثم عاود الظهور من بعد , و يمكن ذكر كمثال مرض السل اختفى لعدة سنوات و عاود الظهور في التسعينات في الجزائر.

إن العوامل الاقتصادية والطبية لا يمكن الفصل بينهم , ولها كلها آثار على صحة الأفراد ، "ان هذا الانقسام ضيق إلى حد ما و مضلا بعض الشيء, أولا لإن هاتين المجموعتين من العوامل ليست مستقلة, وبغض النظر عن الارتباط التاريخي بين التنمية الاقتصادية ونمو المعرفة الطبية , قد لا يمكن تحقيق التنفيذ الفعال للمعارف الطبية في حالة عدم وجود نمو اقتصادي " ( Palloni, 1985, p.448).

في الواقع ،إن تطبيق التكنولوجيا الصحية تتطلب موارد بشرية ومادية لكي يستفيد منها السكان و الخدمات الصحية تحتاج الى جود مرافق صحية و تقدم من طرف موظفين مدربين في المجال الطبي , "استخدام المعرفة الطبية تتطلب بناء المستشفيات وتدريب العاملين في المجال الطبي ، وصناعة الأدوية واللقاحات و هذا كله مرتبط بحجم الموارد الوطنية و إرادة السلطات على تخصيص نسبة من الدخل لتمويل الإنفاق على الصحة و كذلك أيضا على درجة من التكامل و مشاركة السكان التي تؤدي الى نجاح هذه الاستثمارات (Palloni, 1985, p.449).

و الاستخدام الفعال للتكنولوجيا الصحة لتحقيقه مرتبطا بشدة بالتنمية الاقتصادية للبلد " حتى التدخلات العمودية التي غالبا ما تمول من الخارج ، مثل تنظيم حملات للقضاء على الملاريا تتطلب بنية تحتية وحد أدنى من الإرادة السياسية التي من دونها يكون مصير هذه البرامج محكوم عليه بالفشل في المدى الطويل ، وإن كان من الممكن الحصول على بعض النجاح على المدى القصير "(Palloni, 1985, p.449).

إذا كانت العوامل الاقتصادية يتم التحفظ عليها حاليا , يعتبر الدخل من العوامل لتحسين الصحة و هذا رغم الارتباط الموجود بين أمل الحياة و الدخل , و حسب برستون (Preston, 1980), فإن الدخل لم يساهم بقوة في انخفاض الوفاة لأن هذا الأخير ليس المتسبب الوحيد و يجب البحث على العوامل الأخرى التي تفسر الجزء الأكبر ، كما أن التفسير انخفاض الوفاة بتطور التكنولوجيا الصحية لا يمكن اعتماده كليا فإن التنمية الاقتصادية لا يمكن تقبله أيضا.

### 3-5 التيار الغذائي

فيما يخص البلدان المتقدمة و خصوصا انكلترا تؤكد دراسة ماكوين على أن هناك انخفاضا كبيرا في معدل الوفيات في هذا البلد في القرن الثالث عشر قبل تطبيق التكنولوجيا الطبية الحديثة.

للوصول إلى هذا الاستنتاج اعتمد ماكوين على أربعة أنواع من الافتراضات التي قد تفسر انخفاض معدل الوفيات (McKeown, 1976):

- انخفاض القوة (virulence) من الكائنات الدقيقة ؛

- النشاط الطبي ؛

- تحسين ظروف السكن التي تحد من التعرض للأمراض ؛

- تحسين النظام الغذائي الذي يؤدي إلى مقاومة أفضل للمرض.

نفى ماكوين الفرضية الأولى و يشرح أن تكييف جهاز المناعة البشري للكائنات الحية الدقيقة لا يمكن أن يبرر الانخفاض في معدل الوفيات , كما رفض الفرضية الثانية لأن الوسيلة الوحيدة لتكنولوجيا الطبية المتوفرة في ذلك الوقت هو اللقاح ضد الجدري و " بالنسبة لأوروبا من القرن الثامن عشر إلى بداية القرن العشرين دورها كان هامشيا إذا لم تبني موقف متطرف الذي لا يعترفون بأي دور لطب و أن أهم الاكتشافات العلاجية سلفاميد (sulfamide) والمضادات الحيوية ، والتطعيم ،... ) هي في الواقع ظهرت في السنوات بين 1930 و 1955 , عندما كانت الوفيات بالأمراض المعدية والطفيلية في حالة تراجع تام و بعضها منخفضة و التقدم الطبي ساهم في حركة الانخفاض التي انطلقت منذ مدة" (Tabutin, 2001, p.40).

و فيما يخص الظروف السكنية فإن التحسن ظهر في القرن التاسع عشر بعد انخفاض الوفاة و توصل ماكوين إلى أن تحسين النظام الغذائي هو الذي ساهم في معظم الانخفاض في معدل الوفيات , و يدعي أن 40 ٪ من الانخفاض في معدلات الوفيات كان بسبب تحسين الوضع الغذائي والدخل الفردي

"عاملان يحددان الأمراض المعدية أولا قابلية الاستضافة و التعرض للعدوى بالمرض محددة جزئيا بالوضع الغذائي " (Chen et al, 1981, p.59).

إن الحالة التغذوية تحدد جزئيا قدرة الإنسان المضيف للدفاع عن نفسه ، وسوء التغذية تزيد احتمال الإصابة بمختلف الأمراض المعدية وبمجرد حدوث المرض سيتوقف الشفاء على الوضع الغذائي.

إن محاول ماكوين أثبت أن الطب لم يكن له دور في انخفاض معدل وفيات منذ أواخر القرن الثامن عشر لم تقنع المؤرخون , وقد تبين أن سياسات الصحة العامة وبناء مرافق صحية كبرى ربما لعبت دورا حاسما في الحد من انتشار أمراض الأطفال (التهاب المعدة والأمعاء والتيفوئيد), التي تضعف الجسم وتجعله أكثر عرضة للإصابة بالحصبة والحمى القرمزية والسل , ومن الواضح الآن أن التطعيم ضد الجدري لعب في نفس الاتجاه حيث أن الجسم لم يعود يعاني من الآثار الخطيرة لهذا المرض وبالتالي أصبح أكثر مقاومة للأمراض الأخرى.

و يبدو أن في حالة السيطرة على الوضع الصحي تضاعفت التحليلات التاريخية و السسيولوجية التي تنتقد دور الطب, و غياب خطر وبائي سهل ظهور التيارات المناهضة لدور فعال لطب في انخفاض الوفيات الناتجة عن الأمراض المعدية, و هناك دعاة آخرين يبرزون أهمية الرقابة الاجتماعية و التحكم في الأجساد و المجتمعات عن طريق الطب. ان الابتعاد عن ذكر المخاطر الوبائية التي ادت الى الممارسات المشاهدة ايدت نظرية امكانية استئصال الأمراض و دام هذا التوجه قرن و نصف.

ان الانتقادات سمحت بمعرفة مجمل الاجراءات المتخذة لخفض الوفيات و تبنى مقارنة متعددة التخصصات.

ان مستوى المعيشة في مناطق عدة من البلدان النامية قد انخفض و لم يعرف تقدما لعدة سنوات و الفقر منتشر في المناطق الريفية والحضرية, عادت لظهور العديد من الأمراض التي كان يعتقد انه قضي عليها, و انخفاض الدخل يقلل من الحصة المخصصة للغذاء وهذا يؤدي الى سوء التغذية, و هذه الأخيرة تعتبر سببا ونتيجة للعديد من الأمراض المعدية والطفيلية خاصة بين الأطفال. تم الاعتماد على نتائج دراسات عديدة انجزت في دول في طريق النمو حول تأزر سوء التغذية و الأمراض المعدية, لإثبات اولوية الغذاء على حساب التكنولوجيا الطبية في انخفاض الوفيات و لكن تبقى العلاقة بين سوء التغذية و الأمراض تغذي نقاش واسع حاليا.

ان معدل وفيات الأطفال في أفريقيا من بين أعلى المعدلات في العالم, تم ملاحظة خصيتين في كثير من حالات و فيات الأطفال و هي سوء التغذية و الأمراض المعدية, و للحد من الوفيات دار نقاش يحاول الاجابة على السؤال التالي "هل يجب تطعيم أو تحسين تغذية الأطفال لتعزيز حصانهم?" ان الردود لها تأثير على السياسات الصحية المتخذة لمكافحة الوفيات في البلدان النامية, و فكرة العلاقة بين الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية وسوء التغذية قد لفتت انتباه الباحثين, فمثلا حسب شاندر ان ارتفاع معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية يرجع أساسا إلى سوء التغذية لدى الأطفال التي تضعف جهاز المناعة بخفض حضانة كساد و الخلايا ( Chandra, 1981). ان سوء التغذية تساهم في ظهور الالتهابات وتزيد بدورها من تقاوم سوء التغذية, و تأزر هذا العاملين هو الذي يؤدي الى الوفاة. و حسب دراسة قام بها قران ميشال اجريت في السنغال في منطقة النبخار "ان خطر الوفاة من الأمراض المعدية تتراوح ما بين 1 إلى أكثر من 10 بين الأطفال الذين يحصلون على تغذية جيدة, والأطفال الذين يعانون سوء التغذية, والوفيات تكون أقل ب 60 ٪ اذا تم اعطاء تغذية سليمة لكل الأطفال (Garenne, 1987).

كما اقيمت دراسات أخرى داخل مستشفيات في السنغال (Cantrelle, 1980) و المالي (Johnson et al, 1992) تشير الى ان اكثر من ثلث الأطفال الذين أدخلوا الى المستشفى

ظهرت عليهم علامات سوء التغذية , و نسبة الوفاة عند الأطفال الذين يعانون سوء التغذية أعلى من نسبة الآخرين , وقد شجعت هذه النتائج الباحثين إلى أن يقترحوا استخدام خطر الوفاة الناجمة عن الحصبة كدالة لسوء التغذية (Jeliffe, 1966) , و على العكس إن معدل سوء التغذية يعتبر مقياس غير مباشر للإلتهابات الجهاز التنفسي الحادة (Johnson et al, 1992), و هذه العلاقة لها نتائج مهمة من حيث سياسة التحصين. و بعض الكتاب يعتقدون أن تطعيم الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية لا جدوى منه لأنه لا يستطيع التغلب على القصور في نظام المناعة , فإن وجود عطل في نظام حصانة كساد الخلايا في الواقع يمكن أن يسبب قصور في جهاز المناعة , و هذا ما يؤدي إلى انخفاض في نشاط خلايا سرية باء (lymphocytes B) الذي يفرز المضادات الأجساد (Anticorps). إن سوء التغذية قد تؤدي الى عدم فعالية التلقيح , وقد أظهرت بعض الدراسات أن عدم فعالية التلقيح ضد الحصبة مستقل عن الحالة التغذوية للأطفال (Dao et al, 1992). ولكن حتى مع فعالية جيدة لتلقيح , فهذه الأخيرة تكون غير ضرورية وفقا لموسلي , أن طفل الذي توفى بسبب الحصبة هو بأي حال من الأحوال على منحدر الموت , بسبب حالة سوء التغذية , وإذا تم تطعيم هذا الأطفال فلن يموت بالحصبة , ولكن بمرض آخر لا يوجد تحصين ضده : و اللقاحات لن تكون فعالة في الحد من وفيات لأنها تغير فقط سبب الوفاة دون التعرض الى خطر الموت نفسه (Mosley, 1985, rapporté par Desgrées Du Lou, 1996, p21-22)

ان اعمال ابي (Aaby) في غينيا بيسو و السنغال و البنغلادش فندت هذه النظرية , ففي 1983 اظهرت نتائج الدراسات انه لا توجد علاقة بين الوفيات بالحصبة والحالة التغذوية للأطفال, إن خطورة المرض مرتبطة بآليات العدوى و ليس بالحالة الغذائية للطفل فحسب نفس المؤلف فإن الطفل الذي تلقى العدة من قبل عضو في الأسرة حيث يقيم أكثر شدة وربما يرجع ذلك إلى قوة الجرعة من الفيروس التي تلقاها و مدة العدوى , اما الطفل الذي تعرض لمدة قصيرة خارج المنزل لفيروس الحصبة فتكون اصابته معتدلة , و بالتالي طور فرضية تحفيز عام لجهاز المناعة الناجم عن التلقيح ضد الحصبة , ان التلقيحات لازمة لحماية الأطفال من الموت و لهم دور مفيد لحماية صحة الطفل (Zourkaleini, 1997, p.44).

#### 4-5 التيار الثقافي الاجتماعي

ان دراسة وفيات الأطفال قد أظهرت أن العوامل الاقتصادية ، والخدمات الصحية ، وسوء التغذية وحدها لا يمكن أن تفسر تطورها و اشار Quesnel , ان سكان احدى مناطق المكسيك ذات دخل و مستوى تعليمي منخفض يستعملون الخدمات الصحية أكثر من السكان ذات وضع اجتماعي واقتصادي احسن, لمجرد أن الأول لديه الحق في الحصول على الخدمات مجانية

و بينت دراسة قام بها Vimard سنة 1980 في التوغو أن احدى الإثنيات تستخدم أكثر خدمات مركز صحي رغم بعده اذ يتطلب ساعة سير على الأقدام للوصول من إثنية اخرى تقع بقرب المركز , و توصل المؤلف الى أن العوائق الثقافية تلعب دور مهم في استخدام النظام الصحي. قام عدة مؤلفين منهم (Caldwell 1979, 1989) بدراسة حول دور العوامل الثقافية وسلوكيات الأفراد في تحسين الصحة.

"و فيما يخص وفيات الأطفال في البلدان النامية ، فإنه لا يسعى إلى تحديد اسباب انخفاض معدل الوفيات التي تسبق في كثير من الأحيان البيانات المتاحة ، ولكن دور العوامل الثقافية في التفاوت الاجتماعي و الجغرافي " ( Tabutin ، 2001 ، p.45).

و وفقا (szeter 1988) ، فإن McKeown قد أساء تفسير الأسباب التي تكمن وراء انخفاض معدل الوفيات في بريطانيا ، و حسب هذا المؤلف فإن التربية الصحية و السلوكيات الجديدة التي يتبناها السكان خاصة من ناحية النظافة التي كان دورها اكبر من الدخل و التغذية.

إن دور التربية و خاصة التعليم موثقة جيدا و يعتبره كالدويل العامل الأساسي للتغيير الاجتماعي على مستوى المجتمع و الفرد والأسرة في كل من أوروبا في الماضي و في الجنوب اليوم" (Tabutin, 2001, p.45). كما أكد ، (J.Caldwell (1979) و H.Mosley (1985) ، "ان التعليم يحدد إلى حد كبير معارف الفرد و استقلاليتها في اتخاذ القرارات والانفتاح على الخارج ، ومكانته في الأسرة والمجتمع ، و غيرت من رؤية الطفل و تصور الأمراض بغض النظر على دخل الأسرة." (Tabutin, 2001, p.45).

ومع ذلك ، فإن آليات تأثير التعليم يبقى غير واضح و على الرغم من أن عدد معتبر من الدراسات اظهرت ان خطر الوفاة ينخفض كلما زاد مستوى تعليم الأم ، و في معظم الحالات ان هذه العلاقة لا تتأثر بعوامل الغموض و لا نعرف سوى القليل عن نظريات و الخطط التفسيرية المعتمدة لدراسة هذه العلاقة " (Stroobant - Massuy ، 2002 ، p.421)

وبالإضافة إلى ذلك ، إذا كان تعليم المرأة يبدو مكسب لخفض وفيات الرضع و الأطفال الا ان مستوى تعليم الأب لا يزال يثير التسؤلات ، حيث تشير دراسة اجريت في ثلاثة دول افريقية خلال الفترة الممتدة بين 1975 و 1985 ان زيادة بنسبة 10 ٪ في معدل محو الأمية بين النساء سوف يقلل وفيات الأطفال بنفس النسبة ، الا ان تعليم الرجال ليس له تأثير على وفاة الأطفال (البنك الدولي 1994).

تستطيع البنية الأسرية ان تحد من دور مستوى تعليم الأم في انخفاض الوفاة حيث اذا كانت المرأة تنتمي الى اسرة ممتدة فإن السلطة و النفوذ يكون في أيدي كبار الأسرة ، و هذا ما يقلل من استقلالية المرأة في اتخاذ القرار فيما يخص مراقبة الحمل و علاج الأطفال

ويعتبر ديزون و مور (Dyson et Moore, 1983) و هم من مؤيدي ان البنية الأسرية المغلقة والصلبة و غياب استقلالية النساء شمال الهند يفسر الزيادة في الوفيات مقارنة بمناطق الجنوب (Caldwell, 1994 rapporte par Zourkaleini, 1997, p.48). و يركز على سبعة عوامل

ادت الى انخفاض وفيات الأطفال :

- الاستقلال الذاتي للمرأة ؛

- استثمارات معتبرة في الصحة والتعليم ؛

- إمكانية الحصول على الخدمات الصحية ؛

- توفير غذاء متوازن داخل الأسرة ؛

- التحصين الشامل ؛

- تغطية جيدة لمراقبة الحمل و استشارات طبية بعد الولادة.

"يبدو ان الخطأ المشترك للمؤلفين الذين حاولوا ابراز اهمية عامل معين هو تركيزهم على دراسة مجتمع معين او الإعتماد على احصائيات متباينة جدا لتسليط الضوء على علاقات موجودة"

(Vallin ، 1989 p:505)

إن الفصل ما بين التخصصات غذى المعارضة الزائفة بين العوامل الاجتماعية و الاقتصادية من جهة و العوامل الصحية حسب Mosley 1985 , في حين ان العلوم الاجتماعية أكثر اهتماما بالعلاقة بين الوفيات ومختلف جوانب البنية الاجتماعية (الدخل ، والتعليم..) ، و أن الأطباء ركزوا أكثر على الآليات البيولوجية التي تحدد المرض ، ويؤدي إلى الوفاة.

و لتجاوز مرحلة اقامة علاقة ذات دلالة إحصائية فقط , نستعمل المقاربة التفسيرية فإن الدراسات الحديثة عن وفيات الأطفال تحاول أن تكون أكثر تفسيرية وادخال تخصصات مختلفة أصبح أمر عادي.

ان فهم ظاهرة يستوجب النظر في مجموعة من العوامل منها تاريخية واقتصادية وجغرافية وسياسية و ايدولوجية ثقافية.

## 5-5 الأطر النظرية

ان العوامل التي تؤثر على صحة الأطفال متعددة و بعض الكتاب مثل Meegama (1980) و موسلي (1984) قد وضعوا أطر نظرية لدراسة وفيات الأطفال.

يعرف الإطار النظري كمجموعة متماسكة تجمع بين مختلف المفاهيم المستخدمة في الدراسة , وقد حاول العديد من الباحثين وضع نماذج نظرية التي تتيح التوصل إلى فهم أفضل للعمليات المسؤولة عن ارتفاع معدلات الوفيات في البلدان النامية.

#### 4-5- نموذج شين و موسلي لمحددات وفيات الأطفال

يحاول النموذج الذي اقترحه وشين موسلي الأخذ في الاعتبار معظم العوامل المحددة لوفيات الأطفال ، ووصف آليات تأثيرها و هذا ما يقرب بين أسباب العلوم طبية و العلوم الاجتماعية. استلهم المؤلفين نموذجهم من النموذج ك ديفيس بليك (Black et Davis) وجيه لشرح الفروق في معدلات الخصوبة. و صنف شين و موسلي العوامل التي تؤثر على معدل وفيات الأطفال في مجموعتين : المتغيرات الوسيطة ، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية.

#### 4-5-1-1 المتغيرات الوسيطة

ويحدد هذا النموذج مجموعة من المتغيرات التي تؤثر على مخاطر معدلات الاعتلال والوفيات و تم تحديد أربعة عشر متغير في خمس مجموعات فرعية هي :

(1) عوامل الأمومة ،

(2) التلوث البيئي ،

(3) نقص التغذية ،

(4) الإصابات و الحوادث ،

(5) مراقبة الفرد على صحة ،

وفيما يلي وصف موجز لكل فئة .

(أ) عوامل الأمومة

وتضم هذه المجموعة سن الأم عند الولادة ، و رتبة الولادة و المجال فاصل قبل وبعد ولادة الطفل. ان الدراسات التي اجريت حول عوامل الأمومة و مستوى وفيات الأطفال (Pebley و Trussel ، 1984 ؛ Hobcraft ، McDonald & Rutstein ، 1985) تبين أن كل واحد من هذه العوامل كان له تأثير مستقل على مصير الحمل و بقاء الرضيع على قيد الحياة ، حيث ان الأطفال الذين يولدون لأمهات أصغر سنا و المسنات لهم احتمالات البقاء على قيد الحياة أقل من غيرهم ، و كذلك الأطفال ذوي المراتب العالية سيتعرضون لإحتمال وفاة أعلى من غيرهم .

زيادة على ذلك فإن الأطفال الذين يولدون قبل أو بعد مجال مدته أقل من سنتين معرضون لخطر الموت أكبر من غيرهم ، و تظهر آثار تآزرية بين هذه المتغيرات مثل عمر الأم و عدد الأطفال حيث كلما ارتفع سن الأم زاد الفرق بين احتمال وفاة طفل ذات رتبة منخفضة و طفل رتبته خمسة أو أكثر. (Barbierri, 1991, p.8).

ب-عوامل تلوث البيئة

ان التلوث في البيئة تشير إلى عامل انتقال العدوى إلى الأطفال و نذكر الفئات الأربعة التي تمثل الطرق الرئيسية لانتقال و هي كما يالي :

1) الهواء : يعتبر الوسيلة الرئيسية للعوامل المعدية التي تدخل الشعب الهوائية و للعديد من الأمراض الفيروسية و البكتيرية. "وبصورة عامة فلا نستطيع تأثير مباشرة على الهواء على نحو فعال للحد من درجة التلوث الا بتحسين التهوية أو تخفيض الكثافة السكانية " ( Mosley, 1985, p.123).

2) المياه و المواد الغذائية : وهناك عدد كبير من أسباب الأمراض المعدية يتم ابتلاعه شفويا التي يمكن أن تسبب أمراض الأمعاء و الاصابة يمكن ان تكون عن طريق رفع اليد إلى الفم.

3) الجلد ، و التربة ، و الجماد: يمكن ان تسبب الالتهابات الجلدية أو الكزاز ؛

4) الحشرات : تعتبر ناقلات للعديد من الأمراض الفيروسية و الطفيلية.

#### ج) حالات نقص التغذية

ان سوء التغذية محددة بنقص اوسوء امتصاص ثلاثة عناصر غذائية هي : السعرات الحرارية و البروتينات و المغذيات الدقيقة (الفيتامينات و المعادن) , و من المهم الإشارة هنا إلى أن صحة الطفل لا تتوقف على غذائه فقط بل أيضا على غذاء والدته , حيث ان غذاء الأم خلال فترة الحمل له تأثير كبير على وزن الطفل عند الولادة و خلال فترة الرضاعة على كمية و نوعية الحليب التي يتلقها الطفل.

#### د) الإصابات :

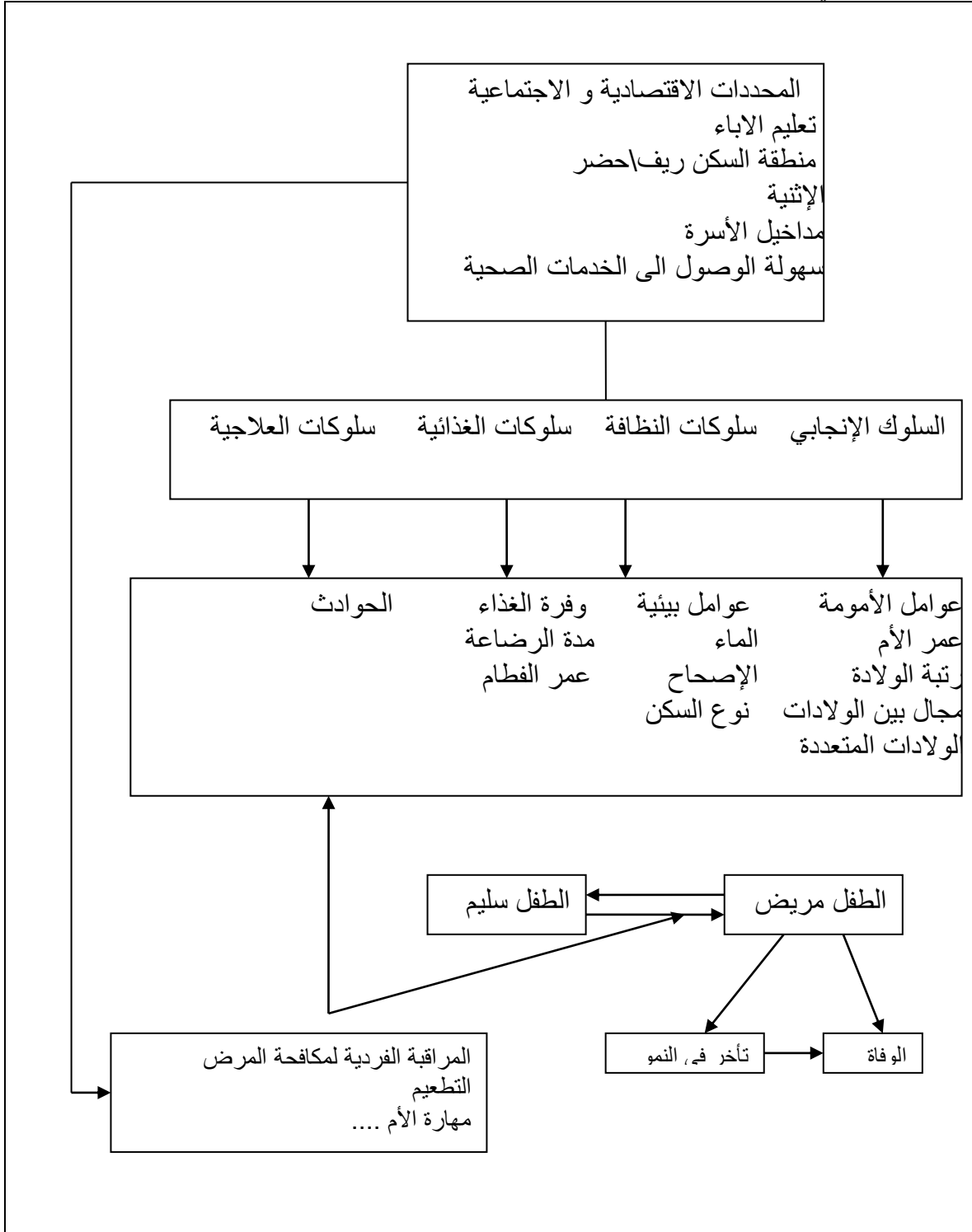
وتشمل الجروح و الحروق و التسمم , و على الرغم ان الإصابات الناجمة عن الحوادث غالبا ما ينظر إليها على أنها تحدث صدفة للفرد الا ان تردد في عدد السكان يعكس المخاطر البيئية الموجودة في الوسط , والتي تعتمد على السياق الاجتماعي و الاقتصادي و الجغرافي.

#### ه) المراقبة الفردية لصحة

وتشمل جميع التدابير الرامية إلى تعزيز صحة الأطفال . و تعتبر بعض الممارسات التقليدية ضارة بصحة الأطفال مثل المحظورات الغذائية التي تحرم الطفل من بعض الأطعمة التي تعزز النمو. ان المواقف و السلوك تجاه الرعاية الصحية الحديثة مثل التطعيم يمكن ان تجنب بعض الأمراض او استعمال العلاج في حالة المرض يساعد في الشفاء. نقدم فيما يلي نموذج عن المقومات الأساسية للصحة الطفل.



لمنحى 1.5 : النموذج النظري الذي يبين اثر خمس فئات من المتغيرات والعوامل الاجتماعية والاقتصادية في معدلات اعتلال ووفيات الأطفال



Source: Degrée Le Lou A. (1996), *Sauver les enfants: le rôle de la vaccination*, Etudes ceped n°12, p.19

## 5-1-2-5 المحددات الاجتماعية والاقتصادية

ان الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والثقافية تحدد تصورات حول الصحة و الإنجاب والوسائل الضرورية لاستخدام الخدمات الصحية. وقبل الوصول الى أسباب الوفاة ، يجب الإشارة إلى بعض العوامل التي تشجع على رفع مستوى معدل الوفيات دون سن الخامسة على وجه الخصوص و هي عدم كفاية المرافق الصحية والفقر المدقع وجهل الأمهات تعتبر هي عوامل بعيدة من جهة و من جهة اخرى ان الولادات المبكرة او المتأخرة جدا أو متقاربة والخصوبة العالية تقابل مجالات فاصلة بين الولادات مدتها قصيرة جدا.

ان الأوضاع الاجتماعية والمادية الوطنية تؤثر على الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأسر المعيشية والخصائص السياقية (اطر الحياة) الذي يولد و يعيش فيه الطفل , و هذه العوامل لا تحدد فقط مدى توافر الموارد المادية و المالية اللازمة للحصول على الغذاء الجيد والرعاية الكافية ، ولكن أيضا تؤثر على سلوك الأفراد في استخدام الخدمات الصحية. ان البيئة المعيشية للأسرة لها دور كذلك في بقاء الأطفال على قيد الحياة عن طريق ناقل لمرض المسؤول عن تدهور الحالة الصحية للطفل. "والحد من احتمال البقاء على قيد الحياة يرجع إلى أثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية بوصفها الأسباب الرئيسية للوفيات.مرض" (Mosley, 1985, p.117).

- المتغيرات الفردية

- • المهارات ،

- والحالة الصحية ، والوقت

- • التقاليد والأعراف ، والمواقف

متغيرات الاسرية

المتغيرات الخاصة بالوسط المحلي :

• البيئة الايكولوجية

• السياسات الاقتصادية

• الخدمات الصحية

هذه الخطة تقوم على مبدأ أن جميع المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية والسياسية تؤثر على وفيات الأطفال من خلال عمل مجموعة مشتركة من الآليات البيولوجية ( المتغيرات الوسيطة) والتي لها تأثير مباشر على وفيات و يعتبر الإطار المنطقي لدراسة وفيات كعبارة عن سيرورة من الأمراض المزمنة بكل الأسباب المتعددة.

2-5-5 مزايا هذا النموذج :

ان هذا النموذج مهم للأسباب التالية :

1 - يضم متغيرات من تخصصين هي العلوم الطبية والعلوم الاجتماعية , وتبين أن وفيات الأطفال عادة ما تكون نتيجة لسلسلة من الأمراض (والتأزر البيولوجية) التي تضعف الطفل : فمن النادر أن تكون نتيجة لمرض واحد معزول " ( Mosley., 1985, p.117).

2 - يترك مكانا هاما للمحددات الاجتماعية والاقتصادية في تفسير البقاء على قيد الحياة, من خلال تجميع المتغيرات في خمس فئات , توصل المؤلفين الى وضع نموذج مختصر يبين تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية للوفيات و يفترض أن يكون من خلال الآليات البيولوجية.

يسير النموذج على النحو التالي :

"المحددات الاجتماعية والاقتصادية تتدخل عبر المتغيرات الوسيطة التي بدورها تؤثر على مخاطر المرض وحدوثه . ان نقص التغذية والأمراض التي لوحظت عند مجموعة اشخاص باقيين على قيد الحياة و يمكن اعتبارها مؤشرات بيولوجية لتأثير المتغيرات الوسيطة" ( Mosley et Chen , 1984, p.23)

وفقا لنموذج كل المحددات الوسيطة للمجموعات الأربعة الأولى تؤثر على مرور الاشخاص من الحالة الصحية الجيدة الى المرض , و العوامل المتصلة بمكافحة الأمراض على مستوى الفرد تؤثر على كل من نسبة المرض (للقاية) ومعدل الاسترداد (للعلاج).

ان بعض اعتلال الصحة (عدوى أو نقص التغذية) مؤقتة لا يترك أي آثار ولكن يمكننا أيضا أن نلاحظ تباطؤا في النمو الذي يمكن أن يؤدي إلى الموت.

يحدد هذا النموذج الحالة المرضية للفرد كمؤشر للدور الذي قامت به المحددات الوسيطة و ليس فقط كسبب للمرض و الوفاة. "ان الأمراض مثل الاسهال والملاريا او حالات مرضية مثل سوء التغذية لا تعالج كأسباب و لكن كمؤشرات فقط فمثلا ملاحظة ان الوفيات عند الأطفال تقابلها ارتفاع و تيرة

سوء التغذية تم قياسها بنقص النمو يؤدي فقط الى ملاحظة الأليات البيولوجية المؤدية للوفاة (Mosley, 1985, p.119).

### 5-5-3 نقائص النموذج

- العيب الرئيسي هو أن النموذج لا يميز بين وفيات الرضع و وفيات الأطفال خلال فترة الطفولة ، علما اننا نعرف ان في الأعمار الصغرى معدل الوفيات فيها أعلى ، ولكن " حدود أخرى يمكن أيضا تسليط الضوء عليها :

- خصائص الأب والأم تنتمي إلى مجموعات العوامل الاجتماعية والاقتصادية و لكن الحالة الصحية هو نتيجة التفاعل بين الأم (أو غيرها من المسؤولين على الرعاية) و الطفل و في قائمة التقاليد والمعايير والمواقف التي اشار اليها شين موسلي ، نلاحظ عدم وجود إشارات إلى رعاية الأطفال والممارسات والمعتقدات التي تؤثر في التفاعل بين الأم والطفل و في هذا النموذج لا يوجد سوى التفضيلات الغذائية ولا توجد معلومات عن الممارسات الغذائية.

-ان تعريف المتغيرات الوسيطة تعتبر من نقائص النموذج ، حيث ان المتغيرات الوسيطة التي عرفها المؤلفين تشمل على عوامل تؤثر على الوفاة على مستويات مختلفة ، الا أن البعض منها يؤثر مباشرة على الوفاة و الآخرين عن بعد و هذه الوضعية نجدها خاصة في فئة الحوادث و الجروح ، و هذه الفئة هي الوحيدة التي تمثل اسباب طبية للوفاة ، اما فيما يخص الفئات الأخرى اختار موسلي و شين عوامل تؤثر على اسباب الوفاة ، و هذا الغموض يطرح مشكل عند جمع المعطيات لأن في حالة الحوادث لدينا السبب المباشر للوفاة ، و في الحالات الأخرى لدينا متغيرات تؤثر على الوفاة . من الناحية العملية يجب ان نجمع معلومات حول سبب الوفاة او العوامل المؤثرة على الوفاة و الفرق معتبر من الناحية النظرية و المنهجية (Barbierri, 1990, p 9), و بتالي لا نستطيع استعمال نفس المعطيات لتحليل المتغيرات الوسيطة ، لان كل واحد منها تحتاج الى معطيات خاصة بها ، و فئة الحوادث لا يمكن معالجتها مثل الفئات الأخرى لأنها لا تتفق مع التعريف الأولي للأليات الموحدة لجميع الأمراض (Barbieri, 1990, p 9.)

صنف موسلي و شين المتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية في ثلاثة مستويات و هي الفرد و الأسرة و المجتمع ، و عند تعاملنا مع متغيرات من المستوى المجتمع ينتقل المؤلفين مباشرة الى النظر في المتغيرات المرتبطة بأنظمة تتدخل على المستوى الوطني ، و يجب الإشارة الى غياب المشاركة و تنظيم المجتمع التي تعتبر كتجمع اجتماعي ذات بعد اعلى من الأسرة التي ينتمي اليها الأطفال (UNESCO-UNICEF, 1990, p.116) ان المتغيرات المرتبطة بالمجتمع يشار اليها باعتبارها تخصص الموقع الجغرافي.

ان الوفيات لا تتبع نفس النمط على مدى حياة الأفراد , وتختلف أيضا حسب الجنس ومكان الإقامة , و الاهتمام فقط بالنتيجة النهائية للعملية لا يصف هذه الظاهرة , و سبب الوفاة غالبا ما يصعب تحديده.

و يتميز غالبا بين السبب الأول أو الرئيسي و السبب الفوري و الأسباب المساعدة (Cantrelles, 1980)

"ان الطفل الذي يعاني من سوء التغذية (سبب مساعد) أصيب بالحصبة (السبب الرئيسي) و توفي نتيجة الجفاف من جراء الإسهال (السبب الفوري) فإذا صرحنا فقط بالسبب الرئيسي كما هو الحال في كثير من الأحيان تخنفي العوامل الأخرى , بتالي لا تكون لدينا المعلومات حول سوء التغذية و الإسهال". (Zourkaleini, 1997 , p.63).

### 5-6 الإطار النظري المقترح

وفقا لموسلي (1988) ، أن الأطفال لهم قدرات بيولوجية عالية و يضعف الجسد نتيجة الاعتداءات التي يتعرض لها ، والتي قد تبدأ عند الحمل ، وتستمر أثناء الحمل والولادة وسنوات الأولى من الحياة , وتأتي هذه الهجمات من البيئة المادية والاجتماعية التي ينمو فيها الطفل.

يعتمد النموذج المقترح على نموذج شين و موسلي ، و يميز اطارنا بين أربعة مستويات من المتغيرات في تحليل : عوامل المجتمع و المتغيرات المتعلقة بالأسرة و المتغيرات الفردية تمثل مستوى آخر يعتمد على متغيرات صحة الطفل.

عند المنبع نجد المتغيرات التي ليس لها تأثير مباشر على صحة الأطفال و لكنها ستساعد على شرح كيفية تأثير المتغيرات في صحة الأطفال , وشرح الفوارق والاختلافات في معدلات الوفيات حسب المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية للأسرة أو الفرد.

### 5-6-1 المتغيرات الوسيطة

تعتبر فئة المتغيرات الوسيطة العوامل التي تتدخل في البقاء على قيد الحياة أو سبب الوفاة و هي مجمعة في خمس فئات.

### 5-6-1-1 العوامل البيولوجية والديموغرافية

(أ) الجنس

ان الفوارق بين الجنسين في معدل وفيات الرضع قد أثارت اهتماما كبيرا لدى الديموغرافيين , و الأطفال الذكور عادة ما تخضع لارتفاع خطر الوفاة في سن الطفولة (Jorge Huascar, 1980) بالمقارنة مع الفتيات التي هي أكثر مقاومة بيولوجيا (.Waltisperger, 1988; Vidal, 1980) و هذه الزيادة في وفيات الذكور ترجع اساسا إلى عوامل بيولوجية , حيث ان نقص مقاومة للأمراض المعدية بشكل عام وتطور مختلف للجنين مرتبطة بزيادة هشاشة الرئة , مما يسبب في ارتفاع معدل انتشار أمراض الجهاز التنفسي (Waldron, 1983) ومع ذلك , في بعض البلدان , يمكن أن نلاحظ زيادة في معدل وفيات الإناث

ان مضاعفات الحمل تختلف حسب جنس الطفل , فإذا كانت بنت فإن احتمال تعرض الأم الى البروتينيري و هو و جود فائض من البروتين في البول و تكون كذلك عرضة الى الغيثان و التقيؤ المبكر(Pickard et al, 1982). و في حالة صبي تتعرض الأمهات الى زيادة في الوزن و التشنجات , و اظهرت دراسة مقارنة بين الوفيات قبل الولادة في سبع دول ذات مستوى منخفض للوفاة , ان كلما ارتفعت الوفيات قبل الولادة نلاحظ ارتفاع وفيات الذكور وسجلوا كذلك ان نسب الذكورة بالنسبة للوفيات قبل الولادة ترتفع كلما زاد عمر الأم و لكن لم يستطيعوا اثبات النتائج حول عدد الأطفال

وضح بعض المؤلفين الآخرين ان نسبة الذكورة للوفيات في الأسبوع الأول بعد الولادة مرتفعة عند الولادة الأولى (Naeye et Tefari, 1983 cité par Echarri Canovas, 1993) وبعض الدراسات تبين ارتفاع تعرض الفتيات للحصبة في منطقة الساحل

(Cantrelle et al. 1986; Fargues et Ouiadou, 1988).ولكن حسب (Mbacké et Legrand 1991) هذه النتائج تثير الدهشة لأن ضعف الفتيات يقتصر فقط على الحصبة و ليس الأمراض أخرى (مثل الاسهال والتهابات الجهاز التنفسي , الخ). وفي جنوب الصحراء الكبرى في أفريقيا اجريت دراسة في ثلاثة بلدان (بوركينافاسو ومالي والسنغال) , ولم يشاهدوا وجود فرق بين الجنس في مخاطر الوفاة الناجمة عن الحصبة .

و فيما يخص الجزائر فإن Tabutin كشف وجود زيادة في الوفاة بين الإناث في الفئة العمرية 1 الى 4 سنوات خلال سنة 1970 , حسب الدراسة التي اقيمت سنة 1970 و لكن الدراسات التي اجريت فيما بعد لم تؤكد هذه النتيجة.

ب) الوزن عند الولادة

"من بين العوامل البنيوية التي يمكن أن تؤثر على الصحة العامة للطفل فإن الوزن عند الولادة له دورا مهم للغاية , و يعتبر الوزن عند الولادة مؤشر جيد لنضج ونموه خلال فترة الحمل. تعتبر الولادة السابقة عن أوانها اذا كانت قبل 37 اسبوع من الحمل.

ان نمو الجنين مرتبط بالحالة الغذائية للأم , و نقص في تغذيتها يؤدي الى تأخر نمو الجنين و ان الولادة السابقة لأونها و سوء التغذية في الرحم قد تؤدي الى نقص الوزن عند الولادة أي وزن اقل من 2500 غرام ( Bobadilla et Langer, 1990 cité Echarri Canovas, 1993 ) , و بعض المؤلفين يقترحون التمييز بين الأطفال ذات أوزان ضعيفة الناتجة عن الولادة قبل الأوان و الولادات ذات وزن منخفض بعد انتهاء فترة الحمل , فالولادات قبل الأوان يسترجعون بسرعة التأخر اما نقص الوزن عند الآخرين فهو راجع الى التهابات و تشوهات ( DaVanzo , 1984 )

و هناك العديد من المؤلفين منهم Davenzo برهنوا ان نقص الوزن عند الولادة مرتبط بمرضية مرتفعة و نقص في الذكاء و نقص الطول و حالات عديدة في نقص البصر و السمع و مشاكل اخرى يتعرض لها الطفل طوال سنوات الطفولة , و هذا مايزيد من ارتفاع معدلات الوفيات (Banza, 1993, p.49).

يعتبر انخفاض الوزن عند الولادة مؤشر جيد لإحتمال البقاء الطفل على قيد الحياة , و توجد علاقة اسية بين وزن الطفل و مدة الحمل و الوفاة قبل الولادة و الأطفال الذين يولدون بوزن منخفض و باقيين على قيد الحياة يتعرضون الى مشاكل عديدة ذهنية.

(ج) عمر الأم عند الولادة

ان الأطفال أكثر عرضة للوفاة عند بداية و نهاية سن الإنجاب , و تطور خطر وفاة الرضع حسب سن الأم يتبع شكل U و هذا الإتجاه لوحظ في العديد من البلدان النامية (Rustein, 1984).

اما فيما يخص فئات عمر الأطفال فالنتائج جد مختلفة و كذلك حدود الخصوبة المعنية (Hobcraft, 1993, p.51)

ان زيادة وفيات الأطفال والأمهات الصغيرات جدا (دون 16 سنة) يمكن تفسيره بنقص الوزن عند الولادة و هو نتيجة لعدم نضج الجهاز التناسلي. ان عمر الأم عند الولادة مهم في بداية الحياة الإنجابية و الأمهات المراهقات أكثر عرضة للمضاعفات أثناء , الولادة لأنهن لم تصلن بعد إلى مرحلة النضج الجسدي, و تتزايد خطورة المشاكل في معظم البلدان النامية ( Sendorowitz et Paxman, 1985 cite par Banza , 1994, p.70)

وتؤكد فرضية أخرى منافسة بين الأم والجنين للمواد الغذائية التي يحتاج كل منهما لنموه (Hobcraft, 1987).

غير أنه يبدو أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي تعيش فيها الأمهات الشابات وراء الزيادة في معدل وفيات الرضع. وعلاوة على ذلك ، أثر سن الأم يختلف قبل الولادة و بعد السنة الأولى, و ما يؤكد هذا هو ارتفاع اكبر للوفاة بعد اسبوع من الميلاد أي ان الظروف المعيشية للأم هي التي تؤثر على الوفاة.

و حسب مؤلفين آخرين فان التعقيدات لا تتصل مباشرة بعمر الأم و لكن لعدم كفاية الرعاية الصحية خلال فترة الحمل و انتماء الأمهات المراهقات اللواتي يتأخرن في مراقبة حملهن لاسباب عديدة , و السبب الأول هو نقص تجربة المراهقة و الثانية هو احتمال ان يكون الحمل خارج الزواج.

ان أسباب ارتفاع خطر الوفاة قبل الولادة للأمهات اكبر سنا معروفة احسن, حيث ان شذوذ الكروموسومات ، وخاصة متلازمة داون ترتبط بزيادة مخاطر الوفيات في فترة ما قبل الولادة ، و تزداد كلما ارتفع سن الأم (Tafari et Naeye, 1983 cite par Cavanos Echarri, 1993).

ان احتمال التعرض لتدفق الدم في المشية و تخلف نمو المشية يزداد كلما ارتفع عمر الأم عند الإنجاب , و الأسباب المذكورة هي انخفاض تدفق الدم في الرحم (Golding, 1990) و السبب الثاني هو تدهور الرحم و عدم فعالية الجهاز التناسلي و حساسية اكبر لبعض الأمراض مثل السكري و الضغط الدموي (Schalaepfer et Boabdilla, 1990 cité Echarri Cavanos 1993,p.51).

عرف سن الزواج في الجزائر ارتفاع بين التعداد الأول لسنة 1962 و تعداد سنة 1998 , حيث ارتفع من 18.3 سنة الى 27,6 سنة بالنسبة للنساء و من 23.8 سنة الى 33 سنة عند الرجال بين التعدادين

ان ارتفاع سن الزواج للمرأة له تأثير كبير على العمر عند الولادة , لأن الإنجاب يحدث في كثير من الأحيان في الزواج, "اكثر من 61 ٪ من حالات الوفاة سجلت ما بين 30 و 39 , و اذا اعتبرنا الفئات الخماسية فلدينا 25 ٪ للفئة العمرية 30-34 عاما و 36.1 ٪ للفئة العمرية 35-39 عاما ، في كل من المناطق الحضرية و الريفية. (Bouisri, 1999, p.8) .

تزداد وفيات الأطفال في سن الخصوبة القصوى ، فإن نسبة وفيات الرضع تقدر ب 57.8 لكل ألف من الأمهات دون سن 20 و 71.9 في الألف بالنسبة للأمهات اعمارهن اكبر من 35 عاما (ONS, 1992, p.37) و كلا القيمتين تزيد عن المتوسط الوطني الذي يساوي 53.8 في الألف و نفس الاتجاه لوحظ في المناطق الحضرية و الريفية.

اظهرت دراسة أخرى اجريت في عام 2002 أن مخاطر وفيات الرضع والأمهات هي أعلى بالنسبة للأمهات اعمارهن اقل من 20 سنة او اكثر من 35 سنة , و نسبة الوفيات بين الأطفال امهاتهم تقل أعمارهن عن 20 سنة يقدر بنحو 45.9 في الألف و 40.2 لكل ألف لأكثر من 35 عاما (ONS-MSPRH, 2004, p.40).

- رتبة الولادة

منذ بداية القرن جرت العادة لمحاولة قياس اثر رتبة الولادة او عدد الولادات على خصائص بشرية مختلفة , و تعتبر الوفاة و التشوهات الخلقية و مستوى الذكاء من الظواهر التي ادخلت رتبة الولادة في التحليل " (Sutter J; Ledermann S, 1959, p.703).

ان العلاقة بين رتبة الولادة ووفيات الأطفال هي مماثلة للعلاقة الموجودة بين السن عند الإنجاب و معدل وفيات الرضع و مخاطر وفيات المواليد يختلف حسب رتبة المولود فالرتبة الأولى تمتاز بوفاة مرتفعة , ثم تنخفض بين الرتبة الثانية و الثالثة و تعاود الإرتفاع عند الرتب العالية (Hobcraft, 1985).

ان ارتفاع وفيات الولادة الأولى تحدث خلال الشهر الأول بعد ولادة في حين أن أعلى رتبة يكون لها قدر أكبر من خطر الوفاة بعد ستة أشهر. "بالنسبة لمواليد الرتبة الأولى أسباب الوفاة ترجع لنقص الوزن و صغر سن الأم , اما الأسباب الخاصة بالرتب العالية فهي عوامل سلوكية في المقام الأول (Davenzo, 1983, p.394).

فحسب دراسة تاريخية لوفيات الأطفال في ثلاثة مناطق من فرنسا في القرن التاسع عشر, " فإن وفيات الولادات الأول أكبر من ولادات الرتب الوسيطة في المناطق الثلاثة , ولكن بالنسبة للولادات الأخيرة النتائج متناقضة " (Houdaille, 1980, p.110). الولادات الأولى معرضون أكثر للأمراض مقارنة بالولادات الموالية كما نلاحظ أيضا ان الأطفال امهاتهم لديهن عدد اطفال مرتفع معرضون الى أخطار اقل نسبيا.

"تقتصر وفاة المولود الأول فقط في السنة الأولى من الحياة , ان تحليل بيانات المسوح العالمية للخصوبة الخاصة ب 34 دولة توصلت الى النتائج التالية : نسبة خطر الولادات الأولى يساوي 1.7 و 1.5 على التوالي لحديثي الولادة وبعد الولادة, و بعد السنة الأولى وحتى السنة الخامسة , لا نلاحظ زيادة وفيات الولادات الأولى , ولكن هناك تباين في النتائج من بلد إلى آخر " (Hobcraft, 1987).

ان خطر الموت للولادات الأولى يعكس وجود صعوبات في جسم الأم الذي لا يزال غير مهيء لمشاكل الوضع , و حسب الجراحين فإن الولادة الأولى مؤلمة و أكثر عرضة للخطر , لأنها هي التي توفر المسلك فالولادة الأولى تفتح الطريق امام أشقائه و يزيد الخوف من المجهول, فحسب الأطباء و القابلات في القرون الماضية فإن طول وصعوبة الولادات الأولى ترجع إلى أن معظم النساء العاديات مقتنعات بأنهن تعانين من الآلام في وقت مبكر, و تشعرن بأنهن مريضات و غير قادرات لإنجاب مولوديهن , و هذا مايفسر الشكاوى , والبكاء" (Lalou, 1990).

#### ه) مجال بين الولادات

نعتبر الطفل الرمز الطفل المعني بالدراسة و الطفل المولود قبل الطفل الرمز نطلق عليه اسم الولادة السابقة و الطفل الذي ولد بعد الطفل الرمز يسمى الولادة الموالية.

المجال السابق هي الفترة الفاصلة بين المولود الرمز و الولادة السابقة , و المجال الموالي هي المدة بين الولادة الرمز و الولادة الموالية.

فرص بقاء الطفل على قيد الحياة تختلف مع طول المجال , فعندما يكون المجال السابق قصير (اقل من سنتين) , فإن موارد الأسرة و إهتمام الأم يجب تقسيمها على الأطفال , و هذه المنافسة تضر بطفل الرمز لأنه يحتاج الى رعاية و إهتمام أكبر من أمه (Zourkaleini, 1997, p.67).

ومن المعروف منذ مدة طويلة أنه مفيد للصحة الأطفال تجنب ولادة متقاربة زمنيا , و ينصح المختصون بمجال مدته لا تقل على سنتين , و بينت دراسات عديدة ان الولادات بعد مجال يقدر بسنتين على الأقل يزداد احتمال بقائهم على قيد الحياة مقارنة بأطفال ولدوا بعد فترة أقل , و علاوة على ذلك فالأطفال المولودين بعد مدة دامت سنتين على الأقل اقل عرضة من المولودين قبل الأوان , و يعانون من انخفاض الوزن عند الولادة و سوء التغذية و فرص بقاء الطفل ما قبل الأخير تتحسن اذا كانت الولادات متباعدة (Vidya Setty-Venugopal et al, 2002, p.3).

و غالبا ما استشهد بالعديد من الآليات البيولوجية و السلوك لشرح كيف يؤثر مجال قصير على وفيات الرضع و الأمهات, فإن عوامل مثل عدد الأطفال السابقة و عمر الأم عند الولادة لها تأثير على الفترات الفاصلة بين الولادات , و تعمل بشكل مستقل على صحة الطفل و الأم . "ويمكن شرح أثر المجال على الصحة و احتمال البقاء على قيد الحياة الأطفال :

-أعراض إرهاق الأم و ثمة فرضية تقول ان مجال بين الولادات قصير لا يعطي الوقت الكافي للأم لإسترجاع قواها و اعادة بناء احتياطاتها الغذائية بعد الولادة و الرضاعة, و رغم ان الكل لا يتفق على دور أو وجود اعراض ارهاق الأم فإن الدراسات اثبتت ان مجالات قصيرة تؤثر على طاقة الأم و وزنها و مؤشر كتلة جسم الأم (Population Repor t,2002)

فإن سوء تغذية الأم يؤثر على نمو الجنين ، وبالتالي يقلل من فرص بقائه على قيد الحياة.

• الولادة المبكرة : وخلصت بعض الدراسات إلى أن فترات أقصر ترتبط بزيادة مخاطر الولادة المبكرة ، ولكن البعض الآخر لم يكتشف مثل هذا الارتباط و الولادة المبكرة وتأخر نمو الجنين تؤدي في الحالتين الى انخفاض الوزن عند الولادة ، و يعانون من زيادة خطر الوفاة في سن مبكرة جدا.

• انخفاض الرضاعة : إذا كان لدى الأم طفل و هي ترضع فإنها غالبا ما تكون أقل قدرة على انتاج ما يكفي من الحليب لإطعام الطفل الأول , و عندما يفطم الأطفال مبكرا يؤدي هذا الى تباطؤ النمو و هو اكثر عرضة للإصابة بالاسهال والالتهابات الجلدية ، وبالتالي فإنهم معرضون اكثر للوفاة و المرض, فإنخفاض الرضاعة من الأرجح أن تحدث عند النساء بعدد أطفال أكبر تعاني من سوء التغذية فإن مزايا مجالات بين الولادات متباعدة لا تنخفض بمراقبة مدة الرضاعة, و هذا ما يوحى الى أن تباعد الولادات مفيد للأطفال بوجود اليات اخرى تضاف الى فوائد رضاعة ممتدة.

• المنافسة بين الأشقاء : عندما يولد الأطفال في تواريخ متقاربة يزداد التنافس على الموارد والحصول على الرعاية من الأم و المولود الجديد يمكن أن ينتزع كل الاهتمام ، ولكن من المحتمل أيضا ان الأمهات لا تستطيع توفير غذاء كافي للمولود الجديد, و هذا ما يعرضه الى نقص التغذية و الأمراض المعدية, من المشاكل الصحية الأخرى نذكر انخفاض الحصانة ان دور التنافس على الموارد غير موثقا كثيرا, و لشرح الآثار المترتبة للمجالات الوجيزة على خطر و فاة الأخ الأكبر يبقى نفسه في حالة وفاة شقيقه, و لكن خطر وفاة الولادة الجديدة ينخفض اذا توفى الأخ الأكبر أو يكبره بخمسة سنوات أو أكثر. و علاوة على ذلك فإن مجالات تفوق خمس سنوات مضرة بصحة الأمهات و أطفالهن, و بعض الباحثين يشيرون الى ان مجال ولادة أكبر أو يساوي خمسة سنوات بعد الولادة الأخيرة يفقد المرأة الحماية التي منحها لها الولادة السابقة مثل انخفاض التشنجات, الذي قد يعرضها للأخطار المرتبطة بالولادة الأولى و كذلك الأطفال معرضون لمشاكل صحية.

و يقترح التقرير منظمة السكان لسنة 2002 أن في الدول النامية العديد من النساء يعانين من مشاكل خاصة بالصحة الإنجابية مثل سالبينجيت حادة أو أورام في الرحم الذي يؤدي الى انخفاض خصوبتهن و هذه النساء تحمل بصعوبة بعد مدة طويلة بين الولادات و الأخطار و الصعوبات خلال الحمل راجعة الى مشاكل صحية أخرى و ليس لطول مجال الفاصل بين الولادات.

#### ه) التوائم

ان الولادة عند الجنس البشري عادة ماتكون احادية أي ان حمل ينتج ولادة واحدة ,فالولادات المتعددة تعتبر استثناء (Nations unies, 1954), و يمكننا تمييز بين نوعين من التوائم و النوع الأول هو نتيجة انقسام الخلية الملقحة بعد الاخصاب و هذا ينتج ولادتين من نفس الجنس و بنفس الخصائص الوراثية اما النوع الثاني فهو نتيجة اخصاب بيضتين و الولادات في هذه الحالة ليس لها نفس الخصائص.

ان الولادات المتعددة تتعرض لأخطار أكبر من الآخرين بالنسبة للأم و الأطفال, و حسب دراسة المنظمة العالمية لصحة التي اجريت سنة 1978 فإن خطر الوفاة قبل الولادة مرتفع بستة مرات في حالة ولادات متعددة مقارنة بالولادة الوحيدة و هذه الزيادة في الوفاة ناتجة لنقص في الوزن و حدوث الولادة قبل الأوان (Federici et Terrnato, 1980).

ان الولادات المتعددة معرضة أكثر للخطر ويزداد احتمال الوفاة في بداية حياتهم ب 4 الى 5 مرات مقارنة بالولادات الوحيدة و ارتفاع الوفاة يستمر خلال الطفولة (Pison, 2000) , و حسب نفس المؤلف فبالإضافة الى العجز البيولوجي و هناك عوائق اجتماعية, حيث ان كل المجتمعات تولي اهمية لتوأم فهناك من يعتبره حدث سعيد و يحتفل به, و لكن هناك اخرين يتشأمون منهم و يخشونهم, فبتالي فالرعاية تختلف حسب الحالات ففي افريقيا غالبا ما تنسب لهم قدرات خارقة فبتالي يمكن ان يكون مدللين او على العكس مرفوضين.

#### 5-6-1-2 العوامل السلوكية

ان الممارسات التمييزية ضد البنات يمكن أن تؤدي إلى زيادة خطر وفاتهن, و يكون هناك تمييز ضد الفتيات في مجال الصحة والتغذية.

ان تعميم الرعاية الصحية المجانية كانت مفيدة للفتيات, و هذا ما يؤكد معدلات الوفاة حيث نلاحظ ان وفيات البنات أقل من الذكور ، ولكن تفضيل الذكور أمر واقع في كثير من الأسر الجزائرية, وهذا التفضيل هو أكثر وضوحا في معدلات المرض و توفير الخدمات الصحية الحديثة حيث بينت نتائج مسح 2002 ان الفتيات اقل استفادة من الخدمات الصحية الحديثة لمعالجة الاسهال مقارنة بالذكور.

ان الممارسات التمييزية ضد الفتيات قديمة ، فإنها كانت موجودة في مختلف الحضارات الماضية, و اجريت دراسات عديدة للتمييز ضد الفتيات في آسيا, و هذه الأخيرة بينت انه لوحظ زيادة في الوفاة عند الاناث في الفئة العمرية الممتدة من 1 الى 4 سنوات في المناطق الريفية في بنغلادش (وفاة البنات كانت ضعف و فاة الذكور) كما تم تسجيل نسبة مرتفعة من سوء التغذية عند البنات حيث قدرت نسبة سوء التغذية عند الذكور ب 5.1 % في حين و صلت عند الإناث 14.4 %.

وقامت (Das Gupta, 1987) بدراسة في ولاية البنجاب اظهرت ان خلال السنتين الأولى من الحياة, نفقات الرعاية الطبية بالنسبة للذكور قدرت ب 2.34 مرة ما ينفق على الفتيات, و تقدم لذكور وجبات غذائية أكثر ثراء و ذات قيمة اجتماعية معتبرة, و توضح الباحثة ان التمييز ضد الفتيات لا يمس كل الفتيات و انما التمييز يمس البنات التي و لدن بعد عدة فتيات.

ان الزيادة في وفاة البنات لا يمكن تفسيرها بضعف الدخل لان هذه الزيادة لوحظت ايضا عند الأسر ذات دخل مرتفع, و حسب شين و الأخرين سجلت زيادة في وفيات الإناث اعمارهن بين 1 الى 4

سنوات عند الأسر ميسور الحال فبتالي فإن التنافس على الموارد لا يشرح الزيادة في وفاة الإناث, وعدم كفاية الموارد لا يفسر كل هذه الظاهرة . وكانت الزيادة في الوفيات بين الإناث أعلى بين الفقراء مقارنة بالأسر الغنية خلال عام 1974 ، ولكن العائلات الغنية سجلت أعلى وفيات عند الإناث في عام 1977. وبالتالي فإننا لا نزال غير مؤكدين عن دور الضغوط على الموارد الاقتصادية للأسر المعيشية في تفسير سلوك تفضيل الجنس فيما يخص الرعاية الصحية " ( Chen , Huq, D souza, 1981, p68 ).

### 5-6-1-3 العوامل الغذائية

من المعروف منذ مدة طويلة أن الأطفال الذين استفادوا من الرضاعة الطبيعية أكثر قدرة على مقاومة العدوى (الأمراض المعوية ، والتهابات الأذن ، الخ.) أكثر من غيرهم, لأن الأجسام المناعية وغيرها تمنع نمو الجراثيم في الحليب, ان الإيموغلوبين هي بروتينات تحمي من العدوى و تم التعرف على عدد كبير من الأجسام المضادة في حليب الأم .

و هذه الأجساد المضادة تقضي على مجموعة من الأمراض هي ستفيليكوك و ستربتوكوك و هذه الحماية مرتبطة بتلقيحات التي استفادت منها الأم (الكزاز و الشلل), و نجد اجساد مضادة كاملة في لبن الأم و عناصر أخرى تزيد من المقاومة.

و تقترن الآلية المناعية بالجهاز البيولوجي, حيث ان منتجات هضم الحليب تتسم بمستويات عالية من اللاكتوز ، وتركيز بروتين منخفض و قليل من الفوسفور, وهذا ما يفسر من ناحية سرعة العبور في الأمعاء ، وكذلك أهمية البقايا الحمضية في القولون.

ان الأطفال الذين لم يستفيدوا من الرضاعة الطبيعية هم أكثر عرضة للمخاطر المرتبطة بنوعية الطعام والنظافة, أثناء إعداد والاستهلاك خاصة في ظل قلة المياه الصالحة للشرب و عدم وجود الصرف الصحي.

وتقترح منظمة الصحة العالمية كتعريف لسوء التغذية " حالة مرضية مرتبطة بعجز او زيادة لمجموعة من العناصر الأساسية للغذاء و يتم كشفها عبر التحاليل البيوكيماوية او القياسات البشرية أو الفيزيولوجية (OMS, 1982 cité par Garenne, 1987)

و يحتوي تعريف منظمة الصحة العالمية على العديد من اشكال سوء التغذية وأنواع مختلفة من وسائل التشخيص, و إضافة إلى سوء التغذية والعجز التي يعاني منها كثير من الأطفال من البلدان النامية ، ان الفائض في الغذاء و قلة تنوعه يهدد صحة الأفراد في كثير من انحاء العالم.

ومن الناحية النظرية يمكن أن يميز المرء بين قلة التغذية التي تتسم بتزويد ه بالسعرات الحرارية ككل ، وسوء التغذية ، التي تخص مكونات الغذاء .

ان قلة الغذاء راجعة الى عجز في الاستهلاك الغذائي نظرا لعدم وجود موارد اقتصادية كافية او فقدان الشهية المرتبط على سبيل المثال لمرض او خلل في الجهاز الهضمي, التي تمنع الجسم من الاستفادة الكاملة من السعرات الحرارية التي يوفرها امتصاص الغذاء..(Barbierri 1991, p.16)

ان حليب الأم يغطي جميع الاحتياجات الغذائية للأطفال منذ الولادة وحتى ستة أشهر, و بعد ستة أشهر يصبح غير كاف لتغطية جميع احتياجات الطفل. إن فترة الفطام هي خطوة حاسمة في حياة الطفل فالفطام المبكر أو المتأخر ، والغذاء غير المناسب أو المواد الغذائية الملوثة يزيد من خطر الوفاة في سن الطفولة.

الاتجاهات الغذائية في بعض المناطق يمكن أن يحرم الشباب أو النساء الحوامل من الأغذية ذات قيمة غذائية عالية في مرحلة حاسمة في حياة الطفل و في بعض الحالات يحرم الطفل من المصدر الوحيد للبروتين المتاحة ، والتي غالبا ما تؤدي إلى ارتفاع معدل انتشار الأمراض المرتبطة بنقص التغذية لأنه لا يتم تعويض هذه المواد لتلبية الاحتياجات التغذوية للطفل.

#### 4-1-6-5 عوامل الخطر للبيئة

أكثر من ثلاثة ملايين طفل دون الخامسة يموتون سنويا من جراء أسباب وظروف تتعلق بالبيئة, فإن البيئة تعتبر أحد العوامل التي تتسبب في معظم الأحيان في وفيات الأطفال ، وأنها تؤثر بشكل كبير على صحة ورفاه الأمهات (OMS ، 2005).

على المستوى العام ، ان تلوث الهواء وتلوث الهواء داخل المنازل ، والمياه الملوثة ، وانعدام المرافق الصحية ، والمواد السامة ونواقل الأمراض والإشعاع فوق البنفسجي وتدهور النظم البيئية هي عوامل خطرتهدد محيط الذي يعيش فيه الأطفال و الأمهات. ولا سيما في البلدان النامية حيث ان التلوث والمخاطر البيئية هي المسؤولة عن الأمراض التنفسية الحادة وأمراض الإسهال ،

والإصابات البدنية والتسمم ، والأمراض المنقولة بواسطة الحشرات والعدوى تشكل الأسباب الرئيسية للوفيات والأمراض والعجز لدى الأطفال.

ان التعرض للتهديدات البيئية يمكن أن يؤثر على الصحة الطفل قبل الولادة, وجود الرصاص في الهواء ، والزئبق في المواد الغذائية والمواد الكيميائية الأخرى قد تكون لها اثار دائمة مثلا العقم والإجهاض والتشوهات الخلقية. و تعرض المرأة لمبيدات و الهوام والمذيبات والملوثات العضوية الثابتة تؤثر على صحة الجنين, وعلاوة على ذلك ، على الرغم من فوائد الرضاعة الطبيعية عامة ، فحليب الأم يمكن أن يشكل خطرا على الوليد إذا كان يحتوي على تركيزات عالية من الملوثات.

ان اجسام الأطفال الصغار تتطور بسرعة وأحيانا تظهر اثار ضارة في مرحلة لاحقة من حياتهم. (OMS, 2002).

و لكنه من الصعب جدا إقامة علاقة سببية ، لأننا نواجه مشكلة لقياس التعرض للملوثات, ان توفر المياه تعتبر محدد حاسما في الإصابة بالمرض و الوفيات بالاسهال, ووفقا للمنظمة العالمية لصحة في عام 2002 تشير التقديرات إلى أن كل عام 1.6 مليون طفل يموتون بسبب الاسهال ،النتائج أساسا عن المياه الملوثة وسوء الإصحاح.

وفيما يخص البيئة المباشرة ، إضافة إلى نسبة إشغال الغرفة، و مختلف المرافق وخدمات البنية التحتية وخصائص المساكن المتصلة مباشرة بالمخاطر البيئية ، من خلال توفير الطاقة اللازمة لإعداد وحفظ الأغذية. ان بلاط المسكن قد يشكل بيئة ملائمة لناقلات الأمراض المرتبطة ببلاط مصنوع من الطين و التربة.

و بالإضافة الى البلاط فإن عدم وجود إمدادات كافية من المياه في المنازل يفرض على الأسرة استخدام كميات اقل من المياه اللازمة للحفاظ على صحة الأفراد و خاصة الأطفال, و هذه العائلات تجد صعوبة في الوقاية من امراض مثل الاسهال (Twimasi, 1986, cité par Zourkaleini, 1997,p.78).

تعتبر الجزائر من الدول التي تعاني من قلة المياه و يزيد الجفاف من حدة مشكلة المياه و هذا ما يفرض على العديد من الأسر حفظ المياه في أواني لا تتوفر على شروط النظافة خاصة في فصل الصيف حيث تنتشر امراض الإسهال.

5-1-6-5 العوامل الرقابة الصحية

تشمل هذه الفئة على الرعاية الوقائية والعلاجية ان الإنسان في بداية حياته يعتمد كلياً على من حوله، و الأطفال ليس لهم سلطة القرار فيستطيعون فقط البوح بأوجاع يشعرون بها و الأشخاص الذين يعتنون بهم هم الذين يقررون ما ينبغي فعله.

و عادة ما تقع رعاية الأطفال على عاتق المرأة فهي تسهر على تلبية احتياجات الأطفال. وهناك اتجاه لتقييد مفهوم 'الصحة' لعمل العاملين في المجال الطبي، ولكن الأسرة لا تزال تقوم بدور هام في مجال صحة الأطفال و لديها الحرية للاتصال بالمصالح الطبية و الالتزام بالعلاج، و الطاقم الطبي يملك المعارف لتحسين نوعية الرعاية التي تقدمها الأسر (Graham, 1984 cité Echarri Canovas, 1993)

اثبتت الدراسات ان المراقبة الطبية أثناء الحمل يعتبر عاملاً رئيسياً من عوامل التمييز في الوفيات في مرحلة الطفولة (Meegama, 1980)

وهكذا يعتبر كزاز المواليد من اسباب وفيات الأطفال في العالم فإن تحصين الأمهات ضد هذا الوباء مهم لخفض وفيات الأطفال ففي بعض الدول يتسبب الكزاز في ثلث وفيات الأسبوع الأول. (D'souza, 1986 cite Banza, 1993). و تشير بعض البحوث ان وجود المرافق الصحية يشكل عاملاً مهماً في استخدامها ولا سيما في البلدان النامية حيث العديد من المرضى يضطرون إلى قطع مسافات طويلة مشياً على الأقدام للحصول على الخدمات الصحية..

ان المدن في معظم البلدان النامية لديها شبكة من البنى التحتية الاجتماعية والصحية، "ان البيئة الصحية أكثر تطوراً على عكس الوضعية التي كانت تسود في أوروبا في بداية الثورة الصناعية، عندما كانت المدينة مرادفاً غير صحية و تعاني من الإكتضاض و الفقر للفئات المحرومة، أما في أفريقيا فالمدينة مرادفة للتقدم حيث تتمركز فيها الهياكل الصحية، و تتوفر على مياه نافية و الإصحاح و ينتشر فيها التعليم . ان الفروق في معدلات الوفيات تبرز بشكل خاص خلال فترة الطفولة، و هذه المرحلة من الحياة أكثر حساسية للأوضاع الاجتماعية والاقتصادية. ولكن في المدن الكبيرة، ما زالت هناك أوجه تفاوت كبير في الموت، بين المناطق الغنية والفقيرة (Desgrees Lou, 1996, p.15)"

ان توفر الخدمات الصحية لا يعني دائماً استخدامها من قبل السكان حيث لا يمكن استخدامها لأسباب مختلفة، مثل الحواجز الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والنفسية.

## ا- التحصين

ان الوفاة والعجز تعتبر أحداثاً مأساوية في الحياة و فقدان طفل كان باستطاعتنا انقاضه امر صعب تقبله, ان الوليد الجديد لديه حصانة لبعض الأمراض المعدية و اكتسب هذه الحصانة من امه.

ان التطعيم هو طريقة لمكافحة الأمراض المعدية, و تطعيم كل شخص يشكل عائقاً أمام انتشار المرض بين افراد عائلة و التي قد تشمل الأطفال والآباء والأصدقاء و الذين لسبب أو لآخر ، لا يمكن تلقيحهم. وعلاوة على ذلك عندما نجذب المرض لطفل فنقطع الطريق امام العدوى و في الواقع ، لا يوجد لقاح ضد كل الأمراض ، وشدة بعضها نسبي ، وأن جميع اللقاحات المتوفرة ليست متساوية الفعالية. وبالإضافة إلى ذلك ، إن الوسائل المالية التي يمكن توفيرها لبرنامج التحصين ليست بلا حدود. نصنف في بحثنا التطعيم ضمن الرعاية الوقائية.

### 2-6-5 المحددات الاجتماعية والاقتصادية

تحتوي هذه الفئة على متغيرات ليست لها تأثير مباشر على معدل وفيات الأطفال ولكن نستطيع دراسة الوفيات حسب هذه المحددات, فهي تعتبر عوامل جد مهمة في وفاة الأطفال و تفسر الفروق الملحوظة في الوفيات المرتبطة بالخصائص الاقتصادية و الاجتماعية للأسر و الأفراد (مثل النظام الصحي ، ونظام التعليم), و هذه المتغيرات تؤثر على الوفاة من خلال متغير او مجموعة من المتغيرات الوسيطة و تنتمي خصائص الأسرة والتعليم إلى هذه الفئة من المتغيرات.

### 1-2-6-5 مستوى تعليم الوالدين

يعتبر تعليم الوالدين منذ فترة طويلة مؤشراً على الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسر . وقد وجدت علاقة سلبية قوية بين معدل وفيات الأطفال وتعليم الآباء والأمهات ، وهذا ما أدى الى تفسير من الناحية الاقتصادية في كثير من الأحيان.

أثار مقال كالدويل حول العلاقة بين تعليم الأم و صحة الطفل جدال حيوي ادى الى طرح العديد من الفرضيات ايدت نتائج كالدويل (Locoh, 1989, p.25).

حسب كالدويل ان تأثير تعليم الأم على صحة الطفل لا ترجع فقط للمعارف الصحية, و لكن ايضا الى عوامل ثلاثة ترتبط بمكانة الأم في و سطها و قدرتها على اتخاذ القرار :

1 - الأم المتعلمة اقل تشاؤم من الأمهات الأميات في مواجهة الأمراض التي تصيب الأطفال.

2 - لديها القدرة على استخدام أفضل لوسائل الصحة المتاحة في العالم الحديث بشكل عام, لأنها تعرف أفضل ما يوجد ولديها القدرة على تعبئة و لفت إنتباه العاملين في القطاع الصحي. انها تتمتع كما يقول كالدويل "المزيد من القدرة على استغلال العالم" قدرة أكبر على التأثير على العالم.

3 - تعليم المرأة يزيد من استقلاليتها ويحد من نفوذ كبار الأسرة عليها, و بالتالي يزيد نصيب الأطفال من الموارد الجماعية و الأم المتعلمة لديها سلطة اتخاذ قرارات أكثر أهمية في رعاية الأطفال.

يسمح التعليم للفرد بالاتصال بقيم و معتقدات جديدة التي تساعد في تصحيح بعض السلوكات المضرّة للصحة .

الأليات التي يؤثر بها التعليم في وفيات الأطفال تكون اقتصادية و ثقافية, حيث ان التعليم يسمح للأولياء بالقراءة و الكتابة و الوصول الى المعلومات مباشرة في حين ان المرأة الغير متعلمة لا تستطيع قراءة التوجيهات المدرجة في علبة املاح الاماها الفموية, كما لا تستطيع تحضيرها بطريقة سليمة و تعجز على فهم الملصقات التي تحتوي على معلومات حول الصحة اما الأم المتعلمة فتستطيع متابعة مختلف التلقيحات و متابعة نمو طفلها عن طريق منحى خاص (Barbierri, 1991,p.24)

أن الأمهات المتعلمات تفهم النظرية المتعلقة بالجراثيم و تتخذ اجراءات عقلانية مثل غلي ماء الشرب لكل افراد الأسرة وخاصة الأطفال و غسل أيديهم.

اوبالإضافة إلى ذلك ، يزيد التعليم من القدرة على دمج المفاهيم الجديدة وتقبل المفاهيم التي قد تبدو عكس المنطق, و يبقى التعليم المدرسي هو أداة الفهم العلمي و يمكن قبول فكرة أن التحصين ، والإمالة الفموية ضروري لبقاء الطفل على قيد الحياة "نفهم بسهولة ان اللقاح قد يسبب الحمى مؤقتا دون انقاص من فعالية التلقيح، و لن تتردد في الحصول على تطعيم أبنائهم في الوقت المحدد (Zourkaleini, 1997, p89), الوالدان أقل تشاؤم من المرض ، ولا يقلقوا زيادة على اللوزوم من الآثار الجانبية على عكس الآباء الأميين الذين يمكنهم اتخاذ المواقف, التي تعرض صحة الأطفال

للخطر كمنع الحصول على الرعاية الطبية. "فإن أول تفسير الذي يعتبر السبب الوحيد هو أن الأمهات والمسؤولين على رعاية الأطفال يستطعون كسر التقاليد، يصبحون أقل 'تشاؤم' من المرض ، واعتماد العديد من البدائل في رعاية الأطفال والمدواة في مجتمع سريع التغير. " (Caldwell, 1979, p.409).

بالإضافة إلى المعلومات المتاحة للوالدين، ان مكانة المتعلمين في المجتمع تتغير و يتلقوا اجور اعلى و ذات مكانة راقية اجتماعيا، "ونقل المعرفة ليست السمة الوحيدة لتعليم التي يمكن أن تؤثر على الصحة، ان دوره في تغيير الوضع الاجتماعي لا يقل أهمية، حيث انه يقلل من الاعتماد على التقاليد التي يحميها كبار الأسرة و القرى و بالإضافة إلى ذلك ، كالدويل يصر على أن التعليم هو عامل للتغيير في العلاقات الأسرية التقليدية و القدرة على اتخاذ القرار داخل الأسرة لم يعد حكرا على رب الأسرة او أم الزوج . ان استقلالية المرأة المتعلمة تزداد مما يسمح لهم بمزيد من الانصاف في توزيع الموارد الأسرة على الأطفال " (Caldwell, 1979 cité Barbierri, 1991, p.24).

يعتبر تعليم الأمهات في البلدان النامية احد اهم العوامل في انخفاض وفيات الرضع، و تمت تسجيل علاقة صلبة بين مستوى التعليم و وفيات الأطفال في دول الصحراء الكبرى، و لكن شدة الظاهرة تختلف حسب الدول وان العلاقة اكثر وطادة بالنسبة لوفيات اطفال من 1 الى 4 سنوات.

حدد قانون عام 1966 الزامية التعليم لكل الأطفال التي تتراوح اعمارهم بين 6 الى 14 سنة في الجزائر و من نتائج هذا البرنامج انخفاض معدل الأمية حيث قدر ب 6 . 74% سنة 1966 و 9 . 39% سنة 1998، و لكن بفي الفرق بين الرجال و النساء مرتفع حيث قدر ب 23 نقطة سنة 1966 و 17 نقطة سنة 1998.

#### 5-6-2-2 العوامل الاقتصادية

ان تحسن الحالة الاجتماعية والاقتصادية تقابلها صحة جيدة، و يعتبر الدخل والمكانة الاجتماعية من محددات الصحة، و تتميز افراد البلدان بصحة جيدة اذا كان توزيع الدخل متساوي على افراد السكان من حيث العمر المتوقع ، ونوعية الحياة ومعدل الوفيات.

وعلاوة على ذلك، ان الدخل المرتفع يسمح بتلبية الاحتياجات الأساسية ، و يتيح المزيد من الخيارات ويعطي الشعور بأنه سيد قراراته و هذا الشعور بالتحكم يساهم في الصحة.

ان دخل الأسرة يؤثر على مصير الأطفال لأنهم يعتمدون على والديهم (أو أي شخص يتكفل بهم) من حيث الغذاء والمأوى والملبس والترفيه والأنشطة الاجتماعية، و انخفاض الدخل يمكن أن يؤثر على السلامة البدنية والعقلية والفكرية ، والتنشئة الاجتماعية والأداء المدرسي للأطفال.

ان الحالة الاجتماعية والاقتصادية لا تحدد فقط مصير الأطفال أثناء سنوات الدراسة، ولكن يحدد أيضا حالة الصحية والرفاه لبقية حياتهم (Bertrand, 1998, p. 6).

قام فلاق سنة 1982 بدراسة حول أثر توزيع الدخل على معدل وفيات الرضع ، وتبين أن تركيز جزء كبير من الدخل القومي عند أغنى الأسر لها تأثير ملحوظ على معدل وفيات الرضع. كما يشير بريستون انه لا نتوقع وجود علاقة مباشرة بين الوفيات والدخل الوطني لأن هذا الأخير هو مجرد مقياس لمعدل السلع و الخدمات الا ان الدخل يؤثر على الوفاة بطريقة غير مباشرة عبر استهلاك بعض العناصر التي تؤثر على الصحة مثل الغذاء و السكن و الاصحاح و الرعاية الطبية و " (Flegg, 1982, p.442-443)

ان دخل الأسرة يمكن أن يستخدم كمؤشر لمستوى الحصول على الاحتياجات الأساسية ، واستهلاك المواد التي تؤثر على صحة وبقاء الطفل على قيد الحياة ، مثل الغذاء والسكن والرعاية الطبية والمياه.

أن تحليل معطيات المسح الوطني الخاص بالأطفال و الشباب بين ان الدخل و الفقر لا يعتبرون قياسات دقيقة للموارد الاقتصادية الموضوعة تحت تصرف الطفل, نظرا اولا لعدم استقرار الدخل و الدخل الحالي لا يمثل دائما مستوى الدخل (مثل الوالد الذي فقد و التحاقه مجدد بالتعليم )، و ثانيا من الممكن ان النتائج المترتبة على انخفاض الدخل تكون بعد مدة زمنية و حسب إطار Becker (1974) ، يفترض ان الوالدين يستثمرون حاليا موارد على أبنائهم لتعزيز الانجازات في المستقبل وثالثا ، فإن الدخل الحالي لا يشمل الموجودات المتاحة للأسرة (المساكن التي يشغلها ) و ممتلكات اخرى.

وأخيرا ، قد تكون لأسرتين نفس الدخل ولكن هناك اختلاف كبير في المدة اللازمة لكسب هذا الدخل (أسر لها دخل واحد او اكثر من دخل) و حسب Becker (1974) فإن المحددين الرئيسيين لزيادة الإنجازات للأطفال من الوالدين بإبعاد الإرث الجيني هو الدخل و الوقت, و اذا اقتصر تحليلنا على الدخل بدون الأخذ بعين الإعتبار المدة اللازمة للحصول عليه تعطينا صورة ناقصة للموارد الاقتصادية المتاحة للأطفال.

ان الأم في معظم الأحيان هي أول شخص يقوم برعاية الطفل ولكنها ليست حرة دائما في تصرفاتها الخاصة بالطفل، فالأمهات الواتي يعيشن في أسر ممتدة ليست المسؤولة الوحيدة على صحة ابنائهن، فمثلا لا تستطيع الذهاب الى مركز صحي بدون موافقة الأعضاء المؤثرين في الأسرة مثل زوج و أب الزوج او ام الزوج، و اعتمدت دراسات عديدة ديموغرافية لمدة طويلة على نماذج و مقاربات خاصة بالوفاة لاتأخذ في عين الإعتبار الأسرة. فإن الهدف هذه الإطارات هو تحديد مجموعة من المحددات الاجتماعية و الاقتصادية و السلوكيات العلاجية التي تركز على معطيات مختصرة او فردية (Fournier et al., 1995) و العديد من النماذج التفسيرية ادت الى وصف مجموعة المحددات السلوكيات العلاجية و هذه النماذج تركز على عوامل فردية خاصة بالأم و الطفل لا تبين البعد الاجتماعي لسلوكيات حول الصحة. (Hobcraft, 1993) و حسب هذا التحليل فإن دور الأب و الأقارب الآخرين لم يتطرق له. (Albrecht et al, 1995)

ومع ذلك ، في عدة مناطق من العالم وخصوصا في افريقيا ، الأسرة تحتل مكانا هاما حيث انها تقدر و حدة المجموعة و تجذر الهوية الفردية في بعد جماعي، فإن الانتماء الاجتماعي للطفل مسجل في اطار المجموعة العائلية فتالي فصححة الطفل لا ترتبط فقط بالوالدين، و لكنها تهتم مجموعة من الأفراد و الأم ليست حرة في اتخاذ القرارات حيث يتدخل الأب او الأجداد في اتخاذ القرار. (Adjamagbo et al, 1999, p.121).

ان استخدام الرعاية هو نتاج اجتماعي حيث العلاقة المعرفة -التحاق - تصرفات ليس خطية و لا ميكانيكية ، ولكن نتيجة للمفاوضات تشمل على مجموعة من التفاعلات الاجتماعية والعوائق الداخلية أو الخارجية لأسرة.

ان الممارسات العلاجية والاجتماعية يتدخل ضمن تحديات اجتماعية مدمجة في نظام علاقات القوى داخل القطعة الأرضية. (Dozon et al, 1986)

ان التنظيم داخل العائلة الممتدة للعلاقات الاجتماعية يحدد مجال التدخل و اتخاذ القرارات و الحقوق و الواجبات لكل فرد (Guigou, 1995). ان استقلالية الأم و قدرتها على اتخاذ القرار و حصولها على الموارد الاقتصادية، يحدد قدرتها على اختيار و استعمال الرعاية التي تراها أفضل لإبنها.

ان نوع الأسرة التي ينتمي اليها الطفل تؤثر على صحته و نرزم في دراستنا لنوع الأسرة من خلال المتغيرات الآتية : مكونات الأسرة و صلة قرابة الطفل مع رب الأسرة.

#### 5-6-3-2 مكونات الأسرة

ان تصنيف الأسر الى نووية أو ممتدة أمر هام لأنه يخبرنا عن العلاقات الأسرية ، والأجيال المختلفة التي تعيش معا.

ان المركز ودور مختلف أفراد الأسرة مرتبط بنوع السلطة وعملية صنع القرار ، وتوزيع الأدوار بين أفراد الأسرة مرتبط بتقاسم الموارد فيما بينهم.

بلغ متوسط عدد الأشخاص في الأسرة الجزائرية 7, و كثير من الأزواج يجبرون على العيش مع والديهم و ميزة العيش معا هو تضاعف المداخل و الأسر التي لديها عدد كبير من العاملين تتوفر على موارد كبيرة, و تتقاسم الأعباء و مختلف الرسوم والمصاريف و لكن يقابل هذه الميزة الضيق في المسكن ، والتوترات التي قد تنشأ بين مختلف أفراد الأسرة.

و من فوائد التعايش إمكانية الأزواج الذين يعيشون جنبا إلى جنب مع الآباء توفير المال لشراء السكن والتضامن من أجل رعاية الأطفال, حيث ان أمهات الأطفال الصغار يسهل عليهن ايجاد المساعدة لرعاية الأطفال خاصة الأمهات اللواتي يعملن خارج المنزل.

ان تعميم التعليم خاصة بالنسبة للمرأة والتحضر ونمو نصيب الفرد من الدخل وتغير دور المرأة يمكن أن تؤدي إلى الخلافات بين الأجيال.

نذكر فرضيات كارلوس كانوفا فيما يالي :

- تزداد مخاطر البيئة في الأسر غير نووية نظرا لتزايد عدد افرادها و هذا ما يؤدي الى زيادة خطر تعرض للأمراض المعدية.

ان الأسر الغير نووية تتيح ظروف جيدة لرعاية اليومية لطفل, لأن مختلف أفراد الأسرة يتعاونون في رعاية الأطفال و هذا ما يحد من احتمال التعرض للحوادث و الإصابة بالجروح و الأمراض الاسهالية الناجمة عن ابتلاع التربة او على اتصال مع الأشياء الملوثة.  
و ننتظر سلوكيات اكثر وقائية عند الأسر النووية, التي تعتبر أكثر حداثة او تلك التي تستوعب داخليا المعايير الجديدة بما في ذلك استخدام التكنولوجيا الحديثة (خاصة في حالة الرعاية الصحية).  
إن الأسر التي تعتمد سلوكيات جديدة تزيد من الاستفادة من الرعاية الصحية الحديثة.  
جنس رب الأسرة

ان الأسر التي ترأسها امرأة كثيرا ما تكون نتيجة لانهاية الزواج (الطلاق ، والانفصال والترمل)  
(Jelin, 1978 ; Ono, 1991 ; De Oliveira, 1992 cité par Echarri Canovas, 1993, p.25).  
و نسبة ربات الأسر في الجزائر منخفضة قدرت ب 11.49 ٪ في عام 2002 ووفقا للمسح EASF و أقل من 1 ٪  
من الرجال هم أزواج من رب أسرة امراءة, و الأسر التي تسيرها إمراة محرومة اقتصاديا, لأنها تعتمد فقط على دخلها و تجد صعوبة في التوفيق بين الأعمال المنزلية ودورها كأم و عاملة اقتصادية  
(Tienda et Ortega, 1992 cité Echarri Canovas, 1993, p.25), وبالتالي تعاني الأسرة من الفقر  
(Browner, 1989).

وقد وجدت العديد من الدراسات أن نسبة عالية من الأسر المعيشية الأشد فقرا ترأسها نساء ، و  
هذه الوضعية منتشرة اكثر في البلدان النامية مقارنة بالبلدان الصناعية ; (Buvinic et al, 1978 ;  
Merrick et Schmink, 1978).

و الكثير من الافتراضات وضعت على النساء ربات الأسر : المرأة لا تختار ان تكون ربة أسرة بل  
تضطر إلى أخذ زمام المبادرة في الأسرة لأن الزوج لا يقوم بدوره الاقتصادي (شيخا طاعنا في  
السن والمرضى) او غائبا.

## الخاتمة

تطرقنا في هذا الفصل الى مختلف التيارات التي اهتمت بصحة الأطفال, ان اكتشاف العديد من طرق الاستكشاف قد ساعد على حل الكثير من المشاكل الصحية.

و في هذا السياق ، كان مبررا تماما منح التقدم التكنولوجي الطبي دور مهم في تحسين صحة الأشخاص و بتالي فإنخفاض الوفاة مستقل على النمو الاقتصادي و تحسن ظروف المعيشة و الكثير من المؤلفين اكدوا ان التقدم الاقتصادي هو شرط كافي و لكن غير ضروري لخفض الوفاة. ان اكتشاف وسائل وقائية و علاجية غير مكلفة ادى الى تصور ان انخفاض الوفاة في البلدان المتقدمة كانت ممكنة و مستقلة على النمو الاقتصادي و الاجتماعي.

و حتى الستينات معظم إنخفاض في معدل وفيات تم ربطه بالنجاحات الطبية, ان التقدم في التكنولوجيا الصحية ساهم في انخفاض الوفيات, و لكن لا يمكننا الجزم عاى انها و حدها قدرة على خفض معدل الوفيات و العوامل الاقتصادية و الصحية لا يمكن فصلها, و ان تطبيق التكنولوجيا الطبية تحتاج الى موارد بشرية و مادية لكي يتمكن السكان الاستفادة منها عدة دراسات حول وفيات الأطفال قد اظهرت ان العوامل الاقتصادية و الصحية و الغذائية لا يمكن ان تفسر كلية تطورها.

ان المحددات التي تؤثر على صحة الأطفال عديدة و متنوعة و لهذا صممت الأطر النظرية التي تعرف بأنها مجموعات متماسكة, تربط بين العوامل المختلفة التي استخدمت في الدراسة. ان الإطار المقترح يستند الى اطار موسلي و شين و العوامل التي تؤثر على صحة الأطفال مصنفة في مجموعتين : العوامل الوسطية و العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و حدد نموذج موسلي مجموعة من 14 متغير تؤثر على خطر الاصابة بالمرض, و تم ترتيب المتغيرات في خمسة مجموعات هي : عوامل الأمومة , تلوث البيئة , نقص التغذية , الحوادث , المراقبة الفردية للصحة. ان الظروف الاجتماعية و المادية الوطنية تؤثر على الخصائص الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية للأسر و على نمط حياتهم, و انها لا تحدد فقط مدى توافر الموارد المالية التي تسمح بإقتناء غذاء متوازي و الرعاية الكافية, و لكن تؤثر كذلك على سلوك الأفراد فيما يخص استعمال الخدمات الصحية.

ان المحددات الاجتماعية و الاقتصادية تؤثر على الصحة من خلال مجموعة من المتغيرات الوسيطة, التي تؤثر بدورها على احتمال الاصابة بالمرض.

تطرقنا في نموذجنا الى خصائص الأسرو السكن الذي يعيش فيه الطفل, و تلعب الأسرة دورا مهما في صحة الأطفال و حاولنا في هذا البحث عدم الاعتماد كلياً على الخصائص الفردية للأم و الطفل.

بعد بناء الإطار النظري لدراسة محددات صحة الأطفال في الجزائر نتطرق في الفصل الموالي الى مصادر المعلومات المستعملة لتحقيق من الفرضيات المقترحة.

## المقدمة

تتوفر الجزائر على ثلاثة مصادر لبيانات و هي نظام الحالة المدنية و التعدادات و المسوح, و يعود تاريخ الحالة المدنية و التعدادات الى أوائل الاستعمار الفرنسي حيث أن "منذ بداية الغزو حاول الفرنسيين تسجيل الحوادث الديموغرافية التي تمس السكان الأروبيين و المسلمين و هذا لأغراض ادارية و امنية, و حسب المرسوم المؤرخ في 7 ديسمبر 1830 (لا يمكن رفع أي جثة و دفنها في المقابر المسلمة أو اليهودية أو المسيحية بدون الحصول على ترخيص من السلطات المحلية), و أول مكاتب الحالة المدنية أقيمت على المدن الساحلية حيث تم تسجيل بعض الوقائع الخاصة بالسكان المسلمين" (Tabutin, 1976, p2) .

يعتبر نظام الحالة المدنية مصدر معطيات ذو قيمة عالية خاصة اذا كان يغطي كافة التراب الوطني و يسجل كل الحوادث الديموغرافية, و يمكن استغلاله لتقدير مختلف المؤشرات الديموغرافية باستخدام بالإضافة للمعطيات الحالة المدنية معلومات حول حجم السكان حسب العمر و الجنس المستخرجة من التعدادات الدورية.

و لكن رغم وجود هذين المصدرين و منذ مدة طويلة في الجزائر تبقى غير مستعملة بكثرة خاصة الحالة المدنية, و منذ منتصف الثمانيات نلاحظ استعمال المسوح لتقدير المؤشرات الخاصة بالظواهر التي تمس السكان.

ان استخدام المسوح يسمح بتحديد آليات تأثير العوامل على الظواهر الديموغرافية ضروري, لأن المصادر الأخرى مثل التعدادات و الحالة المدنية لا تحتوي على كل المعطيات اللازمة لفهم ظاهرة معينة خاصة المعلومات المرتبطة بالسلوكات و مواقف الأفراد.

كما تم انجاز العديد من المسوح منذ الاستقلال و سنعتمد في دراستنا هذه على مسحين الأول انجز سنة 1992 و الثاني سنة 2002, إن هذه الدراستين تنتمي لنفس البرنامج فهذا ما يساعدنا على المقارنة, كما تحتوي الدراستين على عدة وحدات تخص صحة الأطفال و نستطيع تحليل المعطيات على مستويات متعددة (فردية , أسرة , مجتمع المحلي).

و في الواقع لدينا معطيات فردية تخص الأطفال الذين ينتمون الى الأسر المستجوبة كما لدينا معطيات خاصة بالأم و مكان اقامة الطفل و الأسرة و المجتمع المحلي و المسحيين ممثلين على المستوى الوطني كما تم الاعتماد على عينة في مسح 2002 ممثلة على المستوى المحلي.

قمنا في هذا الفصل بوصف مصادر المعطيات المستخدمة, و تقييم البيانات المستعملة حيث وظفنا مؤشرين (مؤشر ميرز و المؤشر المجمع للأمم المتحدة) , كما تطرقنا الى شكل مختلف التصريحات الخاصة بالتاريخ الميلاد و في الأخير ركزنا على مختلف الإجابات و خاصة عدم الإجابات على الأسئلة المهمة لدراستنا.

## 6-1 تقديم مصادر المعطيات المستعملة

### 6-1-1 مسح الخاص بصحة الأم و الطفل 1992 (EASME)

هذه الدراسة هي جزء من المشروع العربي لتنمية الطفل (PACHILD) التي قامت بها الأمانة العامة لجامعة الدول العربية بمساعدة مالية من صندوق الخليج العربي ، وصندوق الأمم المتحدة للسكان ، ومنظمة الصحة العالمية ، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وإدارة الإحصاء التابعة للأمم المتحدة، و قام الديوان الوطني للإحصاء بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان بإنجاز المسح الميداني و أهداف الدراسة هي :

- تقييم المتغيرات المتعلقة بتنظيم الأسرة والاتجاهات ؛

- تحديد ودراسة العوامل المحددة التي تؤثر على صحة الأم والطفل ؛

- دراسة العلاقة بين الخصوبة وصحة الطفل ؛

- دراسة العوامل البيئية وآثارها على صحة الأم والطفل.

أجري المسح الميداني في الفترة بين ماي وأ غسطس 1992. و شملت المقابلات 6133 أسرة تتألف من 42842 فرد، و عدد الأطفال اقل من خمس سنوات قدر ب 5030.

و تم توظيف مجموعة من الإستمارات لجمع المعطيات و هي :

1 - استبيان للأسر المعيشية ،

2 - استبيان بشأن خصائص السكن،

3 - استبيان خاص بصحة الأم ،

4 - استبيان خاص بصحة الأطفال ،

5 - استبيان خاص بالمنطقة المحلية .

### 6-1-2 مسح الخاص بصحة الأسرة لعام 2002 (EASF)

هذا البرنامج هو استمرار المشروع العربي لنماء الطفل التي بدأتها جامعة الدول العربية حيث مكن هذا البرنامج الدول العربية من الحصول على البيانات اللازمة لتقييم صحة سكانها.

و كانت أهداف الدراسة كمايلي :

- تمكين السلطات العمومية لتوفير المعلومات الضرورية لتنفيذ ورصد وتقييم سياسات صحة السكان ؛

- المساهمة في تحسين وتعزيز البرامج الصحية بما فيها الصحة الإنجابية ، من خلال تحديث وإثراء قواعد البيانات القائمة ؛

- توفير الأدوات اللازمة لانتهاج سياسة اقليمية لسكان ، وأخذ العينات الممثلة على المستوى الإقليمي؛

- توفير المؤشرات لأغراض المقارنة بين البلدان العربية وتقييم الجهود الرامية إلى تحسين الوضعية الصحية؛

تم استخدام خمسة استبيانات في هذا التحقيق؛

1 - استبيانين خاص بالأسرة ؛

- استبيان للأسرة للعينة الرئيسية.

- استبيان الأسر لعينة الموسعة.

و نلاحظ غياب الإستمارة الخاصة بالمجتمع المحلي خلال هذا المسح.

لتقدير معدل وفيات الرضع ، تضاعف حجم العينة لهذا المؤشر.

2 - استبيان الصحة الإنجابية وانقطاع الطمث (بالنسبة لجميع النساء اللواتي سبق لهن الزواج في سن 15 إلى 59 سنة)

3 - استبيان خاص بالشباب (15 إلى 29 سنة)

4 - استبيان خاص بالمسنين (60 +)

#### **خطة أخذ العينات.**

تم الإعتماد على عينة طبقية بدرجتين و تم استخراج الوحدات كما يالي :

الدرجة الأولى : استخراج الوحدات الأولية (المقطاعات district) و عددهم 510.

الدرجة الثانية: استخراج الوحدات الثانوية (الأسر), تم تحديد 20 أسرة للإستجواب في كل مقاطعة بالنسبة للعينة الرئيسية و 40 أسرة في كل مقاطعة بالنسبة للعينة الموسعة.

و للحصول على معلومات على مستوى دقيق, لقياس المؤشرات الممكنة بإستخدام معطيات المسح,

تم تصنيف مختلف مناطق البلاد (الشرق و الغرب و الجنوب و الوسط) الى 17 منطقة فرعية

حسب اربعة معايير (المؤشر التركيبي للخصوبة و الأمية و ربط بشبكة الصرف الصحي و نسبة

السكان الذين يقطنون في المناطق المبعثرة (zone eparse), تم حساب المعايير بإستعمال

معطيات التعداد الذي اجري سنة 1998 و الحالة المدنية, كما تم استخدام برنامج SPSS للقيام

بعملية التصنيف إضافة إلى المعايير المذكورة أعلاه تم الأخذ بعين الإعتبار التواصل الجغرافي.

استعمال هذا التقسيم الطبقي يبرره عدم تجانس الولايات التي تشكل كل منطقة صحية بالنسبة لعدد

من المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بقوة بأهداف هذا التحقيق, وبالتالي الحاجة استعمال

عينة طبقية، و هذا التقسيم الطبقي مكن من خفض هامش خطأ في مختلف المؤشرات ، والحصول على أفضل دقة لتقديرات المختلفة ، وتحسين نوعية البيانات ((MSPRH, 2002, p9) و عدد الأسر التي تم استجوبها في كل منطقة فرعية هي 600 أسرة. و اجري المسح الميداني في الفترة الممتدة بين 21 سبتمبر 2002 الى 30 نوفمبر 2002.

## 2-6 تقييم جودة بيانات المسحيين

سنقوم في ما يلي بحساب مؤشرين لتقييم جودة بيانات مسح 1992 و 2002.

أ) المؤشر المجمع للأمم المتحدة

يقيس هذا المؤشر انتظام البنية حسب العمر والجنس. "وهو متكون من مؤشرين يتم جمعهم للحصول على المؤشرات المجمع للأمم المتحدة.

- قياسيين للانتظام الأعمار (A et B) : بالنسبة لكل الفئة عمرية لكلا الجنسين نحسب نسبة عدد الفئة المعنية و متوسط مجموع الفئتين المحيطتين، و إذا كان التوزيع منتظم فإن النسب تقارب 100 و متوسط القيم المطلقة لكل انحراف عن 100 هي مؤشر العمر.

- مؤشر الذكورة (C) : هو مجرد حساب الفروق بين النسب المتتالية لذكورة لكل الفئات العمرية، و توصي الأمم المتحدة عدم تجاوز في الحسابات 70 سنة نظرا للإضطرابات التي تسجل عند هذه

الأعمار (Tabutin , 2001, pp51.54)

المؤشر المركب للأمم المتحدة (Ic)

$$Ic = A + B + 3xC$$

الجدول 1.6: توزيع السكان حسب الفئات العمرية و الجنس في 1992 و 2002

مسح 2002		مسح 1992			العمر
اناث	ذكور	اناث	ذكور		
4860	4920	2576	2494	0	0-4
6197	6624	2852	3098	1	5-9
7148	7503	2694	2810	2	10-14

7654	7676	2339	2446	3	15-19
6653	6937	1949	2116	4	20-24
5162	5614	1612	1731	5	25-29
4441	4239	1193	1200	6	30-34
4076	3541	1070	1077	7	35-39
3079	2961	841	914	8	40-44
2702	2759	582	551	9	45-49
2126	2180	503	563	10	50-54
1489	1504	653	518	11	55-59
1366	1396	509	455	12	60-64
1235	1210	344	320	13	65-69
890	915	255	239	14	70-74
938	1117	389	315	15	75 و أكثر
60016	61096	20361	20847		
28,23		42,47		Ic	
7,06		14,24		S	
19,54		28,23		I'c	

وقد لوحظ حدوث تحسن بين هاتين الدراستين, حيث ان المؤشر المجمع للأمم المتحدة الصافي قدر ب 28,23 سنة 1992 و انخفض الى 19.54 سنة 2002 و حسب نتائج هذا المؤشر فإن البنية العمرية و الجنس لا تعاني كثيرا من التشوهات.

#### أ) مؤشر ميرز

مؤشر ميرز يتطلب بنية سنوية لحسابه و هدفه قياس التفضيلات (أو النفور) لكل عدد من 10 ارقام الممكنة (0 إلى 9).

واضاف "لا يمكن مقارنة مباشرة مجموع أعداد العمار التي تنتهي بنفس الرقم، ويرجع ذلك إلى انخفاض طبيعي في اعداد السكان يفصل بينهما 10 سنوات, ويقترح المؤلف لحساب لكل أرقام (0 إلى 9) عدد خيالي او مصحح الذي يساوي 10% من المجموع فغياب تفضيلات له..

نقوم بحساب العدد المصحح بجمع كل الأعداد المنتهية بأحد الأرقام من 0 الى 9 لمجتمعين, بحيث المجتمع الأول متكون من السكان عمرهم اكثر من 10 سنوات و الثاني متكونة من الأفراد عمرهم اكثر من 20 سنة, و يتم بعد ذلك تطبيق معامل ترجيح للمتاليين و جمعها في الأخير.

إن مجموع الفروق بالقيم المطلقة بين التوزيع المصحح و التوزيع الموحد يعطينا مؤشر ميرز.

إذا كان تصريح الأعمار جيدا فإن الفرق بين الأعداد المصححة و 10 تقارب 0 و مؤشر ميرز يقارب 0, و اذا كانت الأعمار المصرح بها تنتهي في اغليبتها بنفس الرقم قد تصل قمة المؤشر

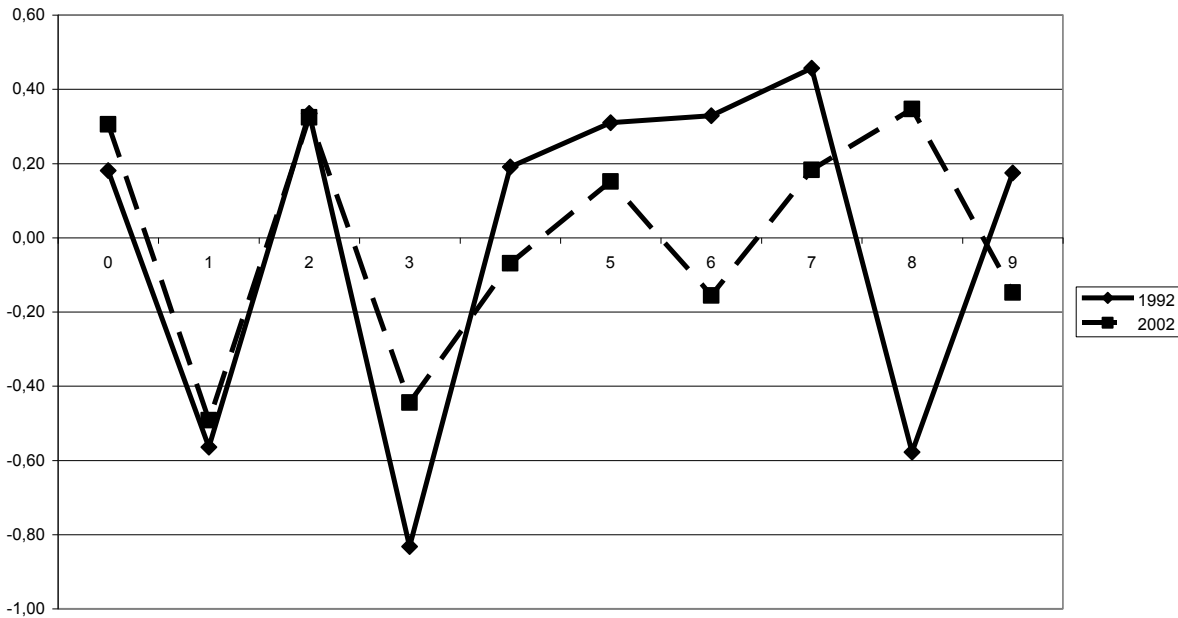
الى 180 و هذه الفرضية غير واقعية. (Tabutin , 2001, p31).

قمنا بحساب المؤشر لكل جنس, و مثلنا الفروق بين التوزيع المعدل و التوزيع الموحد لمختلف الأرقام لنساء في المنحنى رقم 1.6, ونلاحظ ان اكبر جاذبية في 1992 سجلت عند الأعمار المنتهية بالرقم 7 متبوع بالأعمار المنتهية ب 2, بينما في 2002 نلاحظ ان العدد 8 هو اكثر جاذبية ثم يليه الرقم 2.

اما فيما يخص النفور فنلاحظ ان الأعمار المنتهية برقم 3 هي اكثر نفور يليها العدد 8 سنة 1992 اما بالنسبة لسنة 2002 فالأعمار المنتهية بالرقم واحد هي اكثر نفور متبوعة بالعدد 3.

المنحنى 1.6 : الفرق بين التوزيع المصحح و التوزيع المتجانس حسب العدد الأخير في العمر الإناث

Graphique n° 6.1 : Ecart entre la distribution remanié et la distribution uniforme selon le chiffre terminant l'âge pour le sexe Féminin

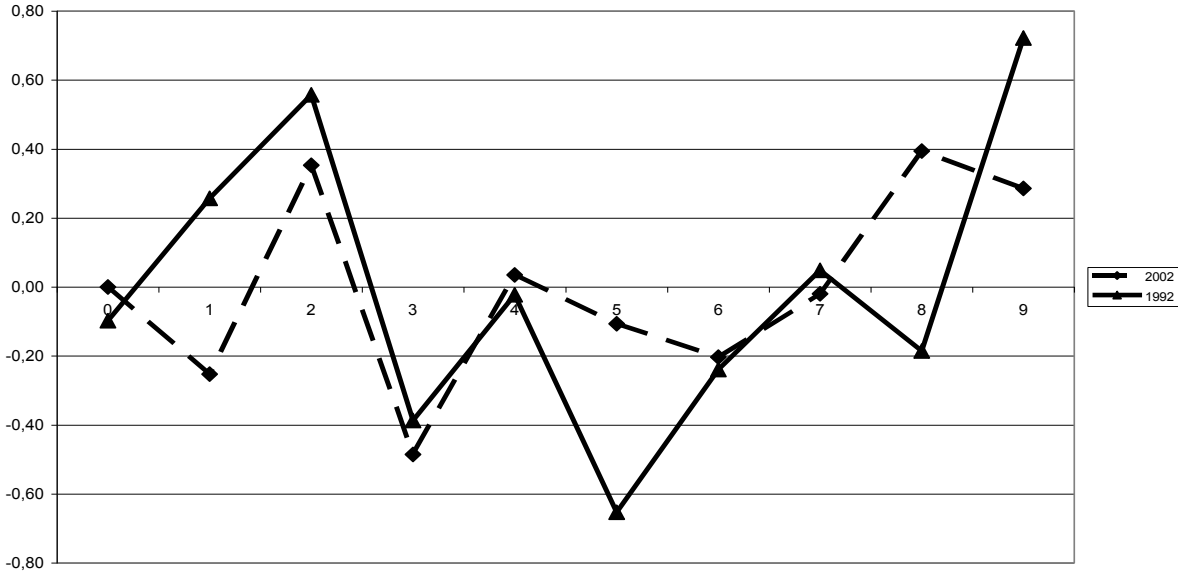


يمثل الرسم البياني رقم 6.2 الفروق بين توزيع المعدل و توزيع المتجانس حسب مختلف الأرقام للذكور في عام 1992 نشاهد ان أقوى جاذبية تتعلق بالأعمار التي تنتهي برقم 9 متبوعة 2 ، بينما في عام 2002 الأعمار المنتهية برقم (8) سجلت أعلى جاذبية تليها الأعمار المنتهية ب 2.

اما فيما يخص النفور فالأعمار المنتهية برقم 5 سجلت اكبر نفور تليها الرقم 3 سنة 1992 بينما في 2002 اكبر نفور يخص العدد 3 متبوع ب 1.

المنحنى 2.6: الفرق بين التوزيع المصحح و التوزيع المتجانس حسب العدد الأخير في العمر الذكور

Graphique n° 6.2 : Ecart entre la distribution remanié et la distribution uniforme selon le chiffre terminant l'âge pour le sexe Masculin



### ج) الهرم السكاني

إن الهرم هو أداة إحصائية لدراسة السكان حيث يمثل توزيع السكان حسب العمر والجنس في وقت معين في شكل تاريخ مزدوج.

إن شكل الهرم يعتمد على الخصوبة والوفيات والهجرة و هناك ملامح مختلفة لهرم السكان, نلاحظ ان قاعدة الهرم أكبر في عام 1992 و هذا راجع للخصوبة حيث كان متوسط عدد الأطفال لكل امراء يقدر بأربعة سنة 1992, بينما انخفض الى 2 سنة 2002 و بلغت نسبة الأطفال اقل من 6 سنوات سنة 1992 15.16%, بينما سجلنا اقل من 10% سنة 2002.

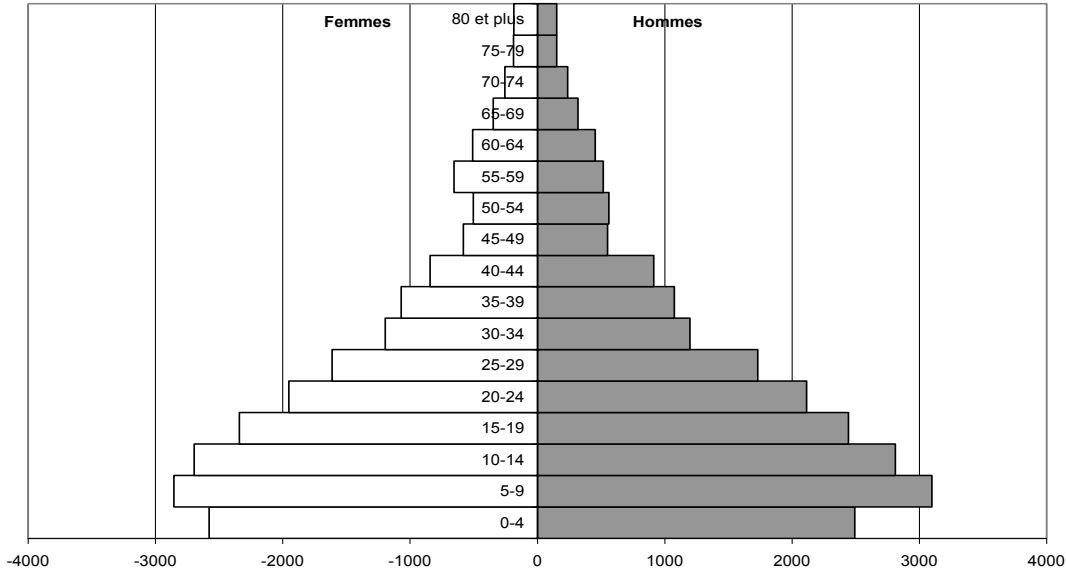
نلاحظ ان سلسلة الأعداد تنخفض مع ارتفاع العمر الى غاية 50 الى 59 سنة بالنسبة للإناث سنة 1992, و لم نلاحظ هذه الظاهرة سنة 2002, و هذا ما يؤكد فرضية تحويل نساء اعمارهن أقل من 55 سنة في الفئة التي تحتوي على نساء اعمارهن اكثر من 55 سنة من قبل المكلفين بالعد من اجل تخفيف عمل ملء الإستمارات.

ان الفئة العمرية 15 الى 19 سنة احتوت على أكبر عدد من الأشخاص سنة 2002 بالنسبة للجنسين, و هذه الوضعية راجعة الى انخفاض الخصوبة و تأخر سن الزواج, و مايؤكد هذا هو ارتفاع نسبة العزاب في الفئة 15 الى 19 سنة حيث قدرت نسبتهم ب 99% سنة 2002, اما فيما يخص كل افراد العينة سجلنا 17% منهم في فئة العزاب سنة 1992 مقابل 49% سنة 2002.

انخفضت حصة الأفراد اقل من 14 سنة خلال المسحيين حيث انتقلت من 38.3% سنة 1992 الى 30.2% سنة 2002 بينما الفئة الناشطة (الأشخاص اعمارهم بين 15 الى 64 سنة) ارتفعت ب 10 نقاط بين المسحيين (52.8% في 1992 و 63% سنة 2002).

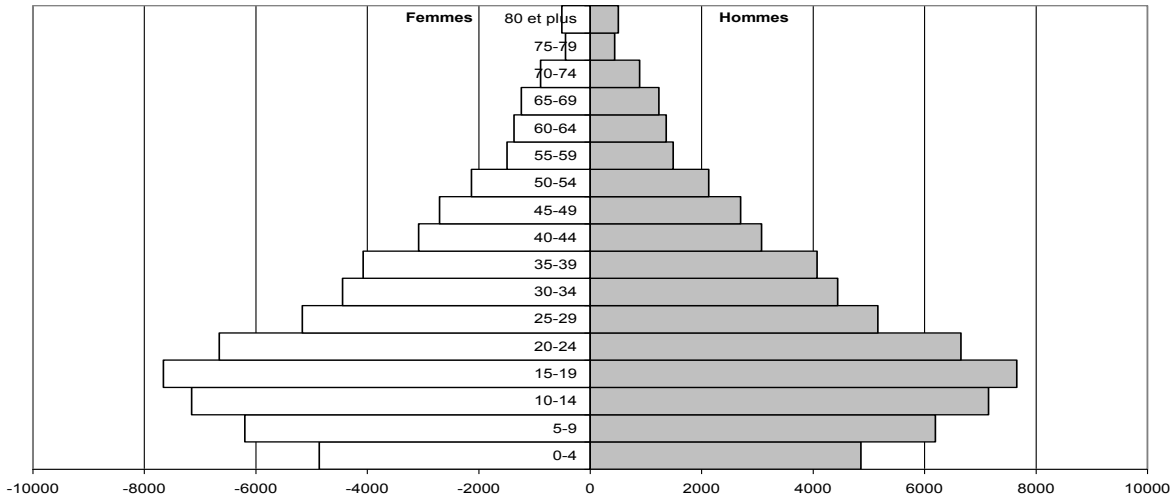
### المنحنى 6.3,أ : الهرم العمري حسب مسح 1992

Graphique n° 6.3.a : Pyramide des Ages EASME 1992



### المنحنى 6.3,ب : الهرم العمري حسب مسح 2002

Graphique n° 6.3.b : Pyramide des Ages EASF 2002



لتقييم نوعية البيانات طبقنا بعض الاختبارات على المواليد والوفيات من أجل الحصول على تقييم نوعية هذه البيانات, و هذان العنصران وهناك حاجة لحساب معدلات أو نسب وفيات الرضع.

## 6-2-1 اختبارات حول شكل تصريح تواريخ الميلاد أفراد الأسرة

نسبة الردود "لا يعرف" و "القيم ناقصة" تمثل 11.6 % من أفراد العينة في عام 1992 و 9.77 % في عام 2002, و سنة الميلاد هو معروف بالنسبة لمعظم الأفراد للاستقصاء (أكثر من 99 % وفقا لعمليات المسح على حد سواء).

الشهر لا يعرف لأكثر من عشر العينة في عام 1992 ، ولكن لوحظ تحسن طفيف في عام 2002. نسبة الردود "غير معروف" و "القيم الناقصة" أكبر للنساء والفرق بين الجنسين لهذا المتغير ذات دلالة احصائية على عتبة 5% خلال المسحيين, اما فيما يخص سنة الميلاد فلا يوجد فرق ذات دلالة احصائية على عتبة 5 % بسبب انخفاض أعداد الولادات.

الجدول 2.6 : توزيع الأفراد وفقا لبيان من الشهر وسنة الميلاد .

الذكور		الإناث		المجموع		
A	العدد	A	العدد	A	العدد	
<b>المسح 1992</b>						
10,01 (±0,41)	20850	13,20 (±0,46)	20369	11,59 (±0,31)	41219	الشهر مجال الثقة(95%)
0,07 (±0,04)	20850	0,13 (±0,05)	20369	0,10 (±0,03)	41219	السنة مجال الثقة(95%)
<b>المسح 2002</b>						
8,97 (±0,23)	61117	10,57 (±0,25)	60036	9,77 (±0,31)	121153	الشهر مجال الثقة(95%)
0,01 (±0,008)	61117	0,01 (±0,008)	60036	0,01 (±0,006)	121153	السنة مجال الثقة(95%)

A : الجواب لا أعرف ، والقيم الناقصة

إن الشهر و السنة الميلاد معروفين ل 88.4 % من أفراد العينة, و نلاحظ نسبة أكبر من الرجال الذين يعرفون شهر الميلاد مقارنة بالنساء (89.96 % للذكور مقابل 86.78 % للنساء), كما سجلنا تحسن طفيف سنة 2002, حيث ان نسبة الأشخاص الذين صرحوا الشهر و سنة الميلاد قدرت ب 90.24% بالنسبة للكل و 91.02 % لرجال و 89.45% لنساء .

قدرت نسبة الأشخاص الذين لا يعرفون سنة و شهر الميلاد ب 1% من مجموع المستجوبين خلال المسحيين, حيث تم احصاء 40 شخص من بينهم 26 امراء لا يعرفون أعمارهم من بين المجموع الكلي المقدر ب 41219 تم استجوابهم, و انخفض العدد الى 10 افراد سنة 2002 و نصفهم نساء علما أن حجم العينة سنة 2002 تضاعف بثلاثة مرات مقارنة بحجم العينة لسنة 1992.

## 6-2-2 اختبار حول شكل تصريح تواريخ ميلاد الأطفال

تم جمع معطيات حول الحياة الإنجابية لنساء و أول اختبار يخص شكل تصريح تاريخ ميلاد الأطفال حيث " نتوقع أن تكون المعطيات الخاصة بالخصوبة صحيحة اذا كانت المستجوبات ادلت ببيانات حول السنة و الشهر مقارنة باللواتي التي صرحت فقط بسنة الميلاد أو المدة منذ الميلاد" ( Akoto, ) (1993, p43)

الجدول 3.6 : توزيع الأطفال (%) حسب شكل تصريح بتاريخ الميلاد (EASM 92) .

العدد	شهر و السنة			العدد
	كل الرتب	الرتبة الأولى	الرتبة الأخيرة	
26066	91,04 %	87,27 %	96,91 %	2,10 %
				6,72 %
				كل الرتب

نعرف لأكثر من 90 % من الولادات الحية شهر وسنة الميلاد, و نلاحظ ان الولادات الأخيرة تعاني بدرجة أقل من مشكل النسيان لأنها حدثت في زمان قريب و .

3-2-6 اختبار حول متوسط عدد الأطفال لكل امراة

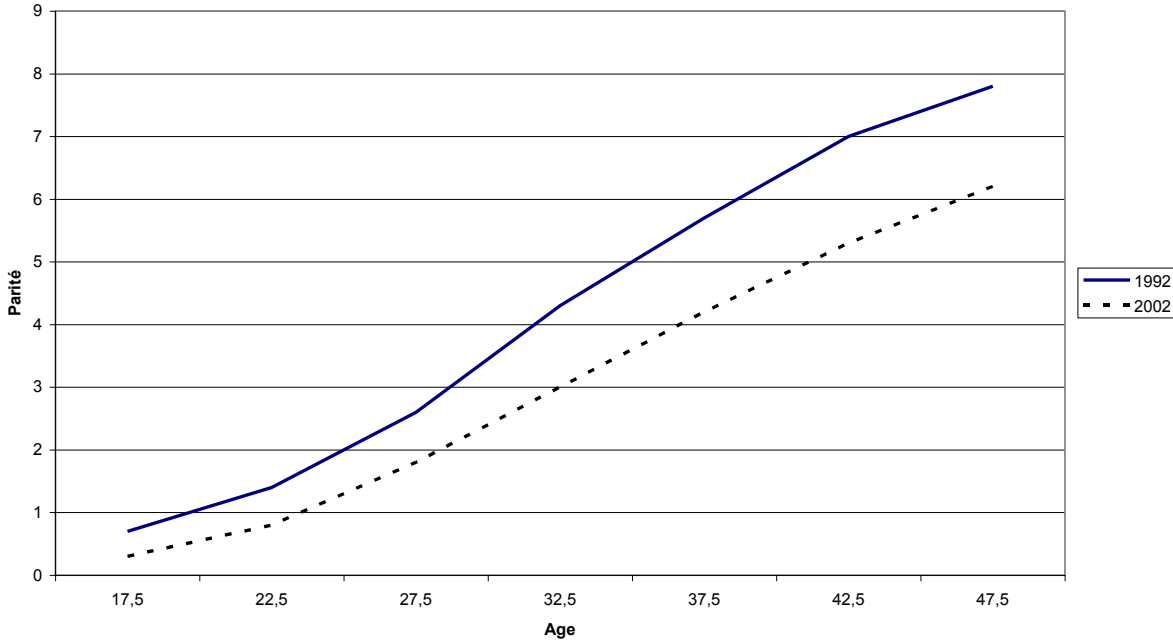
لتقييم تغطية الولادات الحية سنعتمد على متوسط الولادات لكل امراة حسب عمر الأم, نعرف ان في غياب ارتفاع الخصوبة فمتوسط الولادات لكل امراة يرتفع مع الزيادة في العمر.

وللحد من ظاهرة الجاذبية و النفور لبعض الأعمار قمنا بجمع الأعمار في فئات عمرية خماسية و تحصلنا على نتائج مرضية و تغطية الولادات مقبولة.

تتبع منحنيات متوسط عدد الأطفال لكل امراة نفس الإتجاه خلال المسحيين و الفرق بين المنحنيين يزداد مع ارتفاع عمر الأم, و نلاحظ انخفاض الخصوبة عند كل الأعمار و سجلنا اكبر انخفاض عند الأعمار المتقدمة.

## المنحنى 4.6 : متوسط عدد الأطفال حسب عمر الأم

Graphique n°6.4 : Déclaration déclarée selon l'âge de la mère durant les deux enquêtes



### 4-2-6 إختبار خاص بالعمر عند الوفاة

إن التصريح بالعمر عند الوفاة في الشهر الأول بالأيام و بشهور بنسبة للمتوفين قبل سنتين أظهرت وجود جاذبية لبعض الأعمار حيث أن الأعمار الأكثر جاذبية في الشهر الأول هي على التوالي 0 و يوم واحد و ثلاثة ايام و سبعة أيام و خمسة عشر يوم و عشرون يوم.

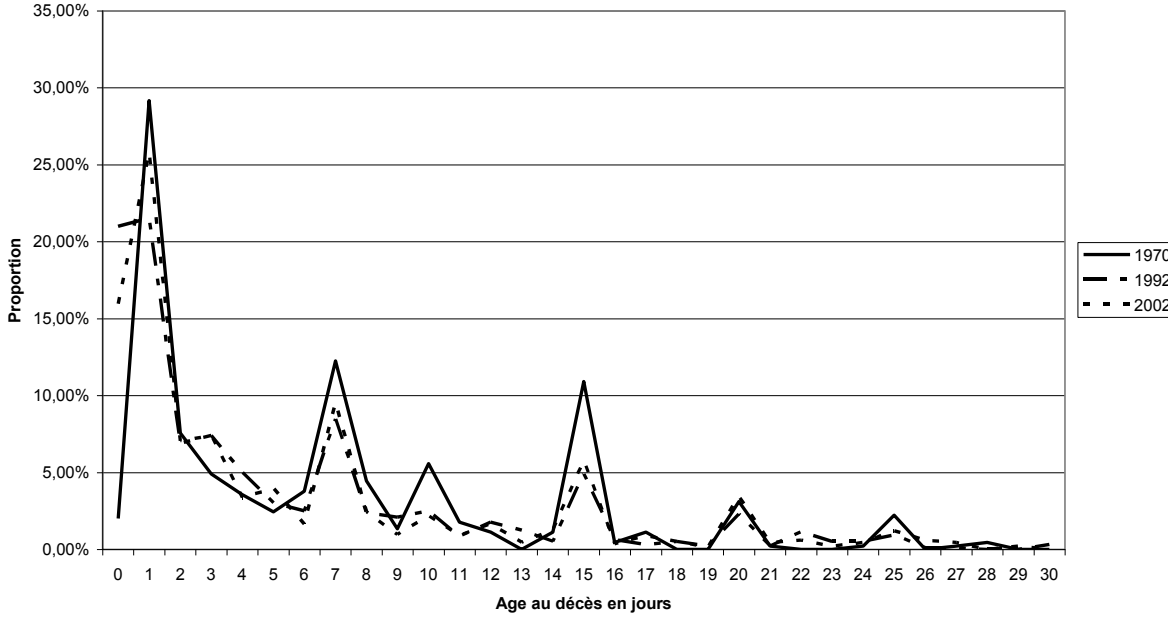
إن عدد الأطفال المتوفين في 0 و يوم واحد منقضي (0 et 1 jour révolu) مرتفع جدا, حيث يمثل عدد المتوفين أكثر من 42 % من مجموع المتوفين في الشهر الأول , إن الجاذبية للأعداد 7 و 15 يوم تعود الى التصريحات الغير دقيقة مثل أسبوع أو أسبوعين, كما سجلنا جاذبية للأعمار المنتهية بالأرقام 0 و 5.

ان توزيع وفيات الشهر الأول حسب اليوم يتبع نفس الإتجاه لمختلف المسوح التي أجريت منذ منتصف الثمينات و سجلنا جاذبية أكبر بالنسبة للمعطيات الخاصة بمسح 1970 , " إن المستجوبين مطالبين بتحديد العمر عند الوفاة باليوم اذا وقعت في الشهر الأول و بشهور الى غاية ثلاثة سنوات و بالسنوات بعد ذلك, و تم فرض صرامة على المكلفين بالعد و الحد من الإيجابيات السريعة و النمطية مثل الأسبوع أو سنة, و هذا بهدف جمع معطيات تسمح لنا بتحليل الوفاة حسب العمر لكن رغم هذا تعاني المعطيات من قلة الدقة" ( Tabutin , 1976, p105 ) , ان الإعتماد فقط على تصريحات

المستجوبين يزيد من احتمال الأخطاء في جمع المعطيات, بالإضافة الى ذلك فإن الوفاة عموما و وفاة الأطفال خاصة تجربة مؤلمة يحاول الجميع نسيانها وبالتالي يقل الخوض فيها.

#### المنحنى 5.6 : توزيع وفيات الشهر الأول بالأيام حسب مسح 1970 و 1992 و 2002

Graphique n° 6.6.b : Répartition des décès survenus le premier mois en jours selon ENSP 1970, EASME 1992 et EASF 2002



سجلنا أدنى قيمة بخصوص الوفاة في اليوم الأول سنة 1970 " ان عدد وفيات اليوم الأول مرتفع جدا, و هذه الوضعية تعود الى ارتفاع الوفاة عند حديثي الولادة التي تحدث في الساعات الأولى من الحياة, فبتالي هذا الإرتفاع راجع الى الغموض بين 0 و 1 يوم منقضي, حيث يتم تسجيل في الحالتين يوم واحد, و أغلب الأحداث التي وقعت قبل يوم صنفت مع الوفيات التي حدثت بعد اليوم الأول" (Tabutin , 1976, p.106.)

انتقلت نسبة وفيات الشهر الأول التي حدثت في اليوم الأول من 30% سنة 1970 الى 42.5 % سنة 1992 و 41.7 % سنة 2002, و نلاحظ ان بنية وفيات الشهر الأول عرفت تغيير بين 1970 و 1992, و استقرت في نفس المستوى بين 1992 و 2002, يجدر الإشارة الى توضيح يخص الأجيال المعنية بمختلف الدراسات التي اجريت في 1970 و 1992 و 2002, حيث ان الوفيات الشهر الأول لسنة 1970 تخص الأجيال التي ولدت بين 1966 و 1968, بينما الوفيات المستخرجة من المسوح الأخرى تخص كل الولادات الحية للمراة, و إذا اعتمدنا فقط على الولادات الخيرة لسنوات الخمسة قبل المسح تنخفض عدد الحالات في مسح 1992 و 2002.

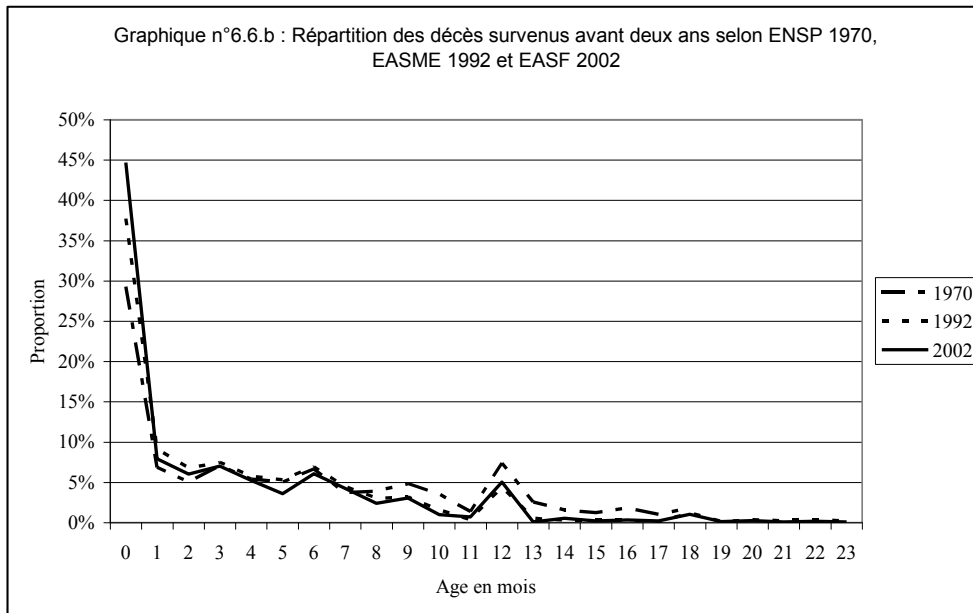
إن عدد الوفيات التي حدثت خلال خمس سنوات قبل المسح عرف انخفاض بين 1970 و 2002, حيث بلغ عدد المتوفين 1534 سنة 1970 و 239 سنة 1992 و تم احصاء 77 وفاة سنة 2002.

ان استعمال المسوح لدراسة الوفيات تتطلب استعمال عينات كبيرة الحجم لتقدير مستويات الوفاة نظرا لإنخفاض الوفاة

أما فيما يخص الوفيات التي حدثت بين شهر واحد و 23 شهرا فنلاحظ جاذبية للأعمار المنتهية بمضاعفات 3 أي الأعمار 3 و 6 و 9 و 12 و 18, و نفس النتيجة تم تسجيلها بإستعمال معطيات 1970.

و أكبر جاذبية سجلت عند العمر 12 شهر, و هذا التفضيل يؤثر على قياس وفاة الرضع و نشاهد اعلى نسب عند نفس الأعمار حسب مختلف المسوح.

المنحنى 6.6 : توزيع و فيات قبل سنتين بالشهر حسب مسوح 1992 و 2002



ان توزيع وفيات الشهر الول بالأيام و بشهر قبل سنتين تتبع نفس المنحنى للمسوح الثالثة التي اجريت في السنوات التالية 1970 و 1992 و 2002.

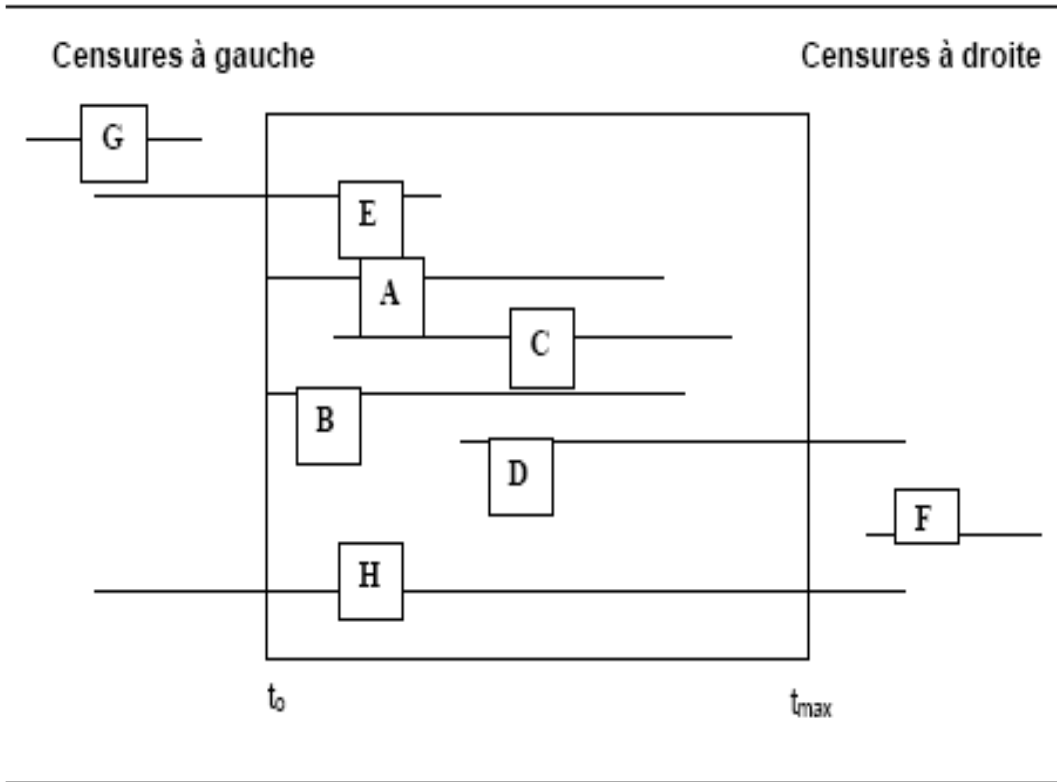
ان مختلف الاختبارات التي طبقت تخص المتغيرات الخاصة بتواريخ الميلاد و الوفاة, و هذه الأخيرة لا تظهر تشوهات خطيرة, و المشكل الوحيد الذي صدقناه يتمثل في ظاهرة التفضيلات لبعض الأعمار و شاهدنا هذه الظاهرة في مختلف المسوح التي اجريت في الجزائر منذ السبعينات.

3-6 النقص المنهجية للمسحيين

ان تحديد أعمار النساء يتسبب في ظهور ظاهرة البتر (troncature), حيث اذا كنا نعرف وقت دخول الفرد ضمن المجموعة المعرضة لظاهرة معينة, علما ان هذا الشخص لم يعيش الحدث في المدة المحددة لدراسة, و تسمى هذه الحالة المنع على اليمين (censure á droite), اما المصطلح المنع على اليسار (censure á gauche) يستخدم في حالة الفرد الذي لا نعرف وقت دخوله الى المجموعة المعرضة لظاهرة, او في حالة الأشخاص الذين تعرضوا لظاهرة قبل بداية الدراسة. يبين المنحنى رقم 7.6 مختلف الموانع التي يمكن مصادفتها, و يمثل المستطيل ما يسمى نافذة الملاحظة و عرضها يمثل الفترة الزمنية الفاصلة بين الوقت  $t_0$  و أقصى الزمن  $t_{max}$  (وقت اجراء المسح), لمراقبة السكان المعرضون لظاهرة معينة, و لتوضيح هذا المخطط نأخذ مثال ظاهرة و هي الإصابة بإسهال عند الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة سنوات.

المنحنى 7.6 : الأقصاء و البتر

Figure 2 : censures et troncatures



نلاحظ في اللحظة  $t_0$  ان الأفراد A معرضون لظاهرة عند لحظة البداية, و حسب هذا المخطط فإن الأفراد C و D يدخلون في المجتمع المعرض للإسهال في وقت لاحق, فبتالي اذا اهتمنا بالإسهال

خلال خمسة عشر يوم قبل المسح فإن D ممنوع على اليمين, و هذا حتى لو دام الإسهال اقل من خمسة عشر يوما بعد الفترة المرجعية, و في حالة D نتحدث على مدة مبتورة على اليمين بينما B يتعرض لبتنر المدة قبل خروجه من الملاحظة.

ان الخروج من الملاحظة في اغلب الحالات مستقل عن وقوع الحدث, و الاستقلالية نقصد بها هنا ان الخروج من الملاحظة يحدث عشوائيا, و هذا يعني ان المنع و البتير على اليمين لا تؤدي الى انحراف في تقدير المؤشرات المدروسة.

و لكن تختلف الوضعية بالنسبة للمنح على اليسار, حيث نفترض ان افراد كانوا معرضين للإصابة بالإسهال و هذه الوضعية تخص الأفراد H و G و E, و فيما يخص الأطفال H و E فإنهم يدخلون الى المجموعة المعرضة للإسهال منذ البداية  $t_0$  و لكننا لا نعرف منذ متى, فننتحدث في هذه الحالة على المدة المبتورة يسارا اما فيما يخص E فإنه يتعرض للحدث, بينما H يخرج من الملاحظة بدون ان يتعرض لظاهرة.

ان حالات المنع على اليسار تطرح مشكل, لأننا لا نستطيع تحديد مدة الملاحظة و الحالات الاستثنائية تخص الأفراد الممنوعة تماما على اليسار, و هذه الحالة التي تعرض لها مسار G حيث انه تعرض لظاهرة قبل ان نتمكن من رصده ضمن السكان المعرضة لها و نصادف هذه الحالات اذا كان الوقت  $t_0$  يصادف حدث بدائي راجع الى اثر الإنتقاء, و تظهر في العلوم الانسانية اثر المنع و البتير على اليسار خاصة في مسح المراقبة (PANEL).

المنحنى 6 . 8 : جيل ولادات حسب عمر الأم عند ولادة الطفل سنة المجموع

عمر الأم عند ولادة الطفل	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30+
- 20	x	x	x	x	x	x	x
20-24	x	x	x	x	x		
25-29	x	x	x	x			
30-34	x	x	x				
35-39	x	x					
40-44	x						
45-49	x						
المجموع	x	x	x	x	x	x	x

الفئة المعنية

x :

ان ظاهرة البتير تؤدي الى تحيز في قياس اتجاهات الوفاة المشاهدة, و من المعروف ان الوفاة غير موحدة في مدى الحياة الانجابية بحيث ان اطفال الأمهات اكبر سنا ليس لهن فرصة لتواجد ضمن

العينة لأن الأم اقصيت من البداية (اكثر من 49 و 55 سنة) "ان الوفاة بين الأطفال المولودين في 10 الى 14 سنة قبل المسح يعانون من سوء تقدير طفيف في مستوى الوفاة نظرا لإقصاء ولادات النساء اكبر سنا (40 سنة و اكثر), و ولادات نساء المتقدمات في السن يتعرضون اكثر لخطر الوفاة" (Zourkaleini, 1997, p123).

لتجنب اثار البتر نعتمد على معطيات الأجيال التي لا تعاني من هذه الظاهرة او تعديل المؤشرات المشاهدة في الأجيال التي تعرضت للبتر (United Nations, 1987).  
اذا استعملنا الطريقة الأولى فإننا نحلل اتجاه وفاة الأطفال باستخدام الاجيال 0-4 و 10-14 و 15-19, و اذا حددنا هذه الولادات فهي تخص الأمهات اقل من 30 سنة.  
اما طريقة التعديل فإنها تفترض ان توزيع الوفاة حسب عمر الأم و توزيع الولادات حسب عمر الأم المشاهد في اقرب جيل (اي خمس سنوات قبل المسح), لا تختلف عن تلك المشاهدة في الأجيال الأخرى فإننا نستعمل المعلومات الكاملة المستخرجة من الجيل 0-4 سنة و نطبقها في تعديل المؤشرات الملاحظة في الأجيال الناقصة, فإن التعديل يعني استعمال معامل التصحيح للمؤشرات المبتورة لكل جيل (United Nations, 1987).

#### ا- اقصاء الفئات المعرضة لأخطار اكبر

ان طريقة جمع المعطيات المستعملة تعتمد على النساء على قيد الحياة خلال فترة اجراء المسح بينما "الأمهات المتوفيات و ابنائهن مقصيين من العينة, علما ان خطر الوفاة بين ابناء الأمهات المتوفيات اكبر لأنهن يعيشون مع اشخاص اخرين غير الأب و لأم" (Brockerhoft et al, 1994).  
ان نوع هذه التحقيقات تحدد عمر النساء المؤهلات ان تكون ضمن العينة, و فئة العمر المحددة تقصي بعض الاطفال الذين يعانون من مشاكل صحية فخلال مسحي 1992 و 2002 تم اقصاء النساء اعمارهن اقل من 15 سنة, و النساء الغير متزوجات فإن هذا الإختيار لا يسمح بتمثيل فئة الأطفال المعرضة لأخطار, فبتالي تكون تقديرات الوفيات و المرضية عند الأطفال تعاني من سوء تقدير كما " ان ابناء النساء اعمارهن اكثر من 55 سنة انجبين قبل 40 سنة من المسح لا يتواجدون في العينة و هذا الاستبعاد يؤدي الى سوء تقدير للوفاة حسب الأجيال, و في الواقع فإن ابناء النساء اعمارهن اكثر من 50 سنة عند بداية المسح و عمرهن اكثر من 40 سنة عند الانجاب معرضين لمستويات اكبر للوفاة نظرا لارتفاع مستويات وفاة الرضع" (Brahimi, 2004, p.67).  
ان وفاة الأمهات مرتفعة بين نساء ذات مستوى اقتصادي منخفض و مستوى تعليم متدني لأن امكانيتهن المادية لا تسمح لهن باستعمال الخدمات الصحية الحديثة "و علاوة على ذلك ان اثر ارتفاع وفاة الأمهات جد حساس على المؤشرات الخاصة بالوفاة, اذا كانت المدة المعنية بعيدة عن

فترة اجراء المسح, و في الواقع كلما كانت الولادة بعيدة عن تاريخ اجراء المسح كلما كان احتمال بقاء الأم على قيد الحياة خاصة اذا كانت امية و فقيرة و تعيش في المناطق الريفية منخفض" (Rutstein, 1985).

الإختلاف لا يخص فقط الوفاة بل يمس كذلك المرض " ان معدل الأمراض يحسب بالإعتماد فقط على الأبناء الباقين على قيد الحياة لأنه تم اقصاء الأطفال المتوفيين, و اسباب وفاة الأطفال المتوفيين قد تختلف على الأمراض المنتشرة عند الأطفال الأحياء ( Brockerhoff et De Rose, 1994 ) (rapporte par Zourkaleini, 1997, p.126)

ب- غياب السيرة الذاتية (Absence de biographie)

ان المسوح تجمع بيانات حول الأسرة و السكن في تاريخ معين, و في الكثير من التحاليل نحاول ابراز دور العوامل الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية و اثرها على صحة الأطفال, و يمكن ان تتأثر النتائج اذا كانت ظروف وقوع الحدث تختلف عن تلك السائدة اثناء المسح, و مثال على هذا هو بناء مركز صحي في مكان الإقامة عند تاريخ اجراء المسح, و محاولة دراسة اثر هذا المركز الصحي على مستوى الوفاة قبل وجوده يؤدي الى غموض و خلط في النتائج حيث ان بعض المعلومات في تاريخ معين غير ملائمة لتحليل محددات الوفاة و الصحة عند الأطفال.

ان جمع بيانات سنة 1992 حول الحياة الإنجابية لنساء في مدة 35 سنة لا نستطيع معرفة كل جوانب الواقع, حيث ان الحوادث البعيدة التي حدثت قبل عقدين او ثلاثة و محاولة ربطها بالخصائص الفردية الحالية تحدث فجوة بين النتائج نظرا لتغيير في ظروف الاجتماعية و الجغرافية للأفراد " (Brahimi, 2004, p.69) و نفس الملاحظة يمكن الإشارة لها بخصوص معطيات مسح 2002 و هذا احد مشاكل المسوح الإسترجاعية التي لا تجمع معلومات حول ظروف حدوث الظاهرة. فإن محاولة اقامة علاقات بين الحدث و خصائص الأولياء و البيئة الحالية بإفتراض عدم تغير الظروف الاقتصادية و الاجتماعية عبر الزمن و هذا ليس دائما صحيح, و قد تؤدي الى تفسيرات غير واقعية , ان تغيير النتائج حوادث وقعت في الماضي يجب ان تكون بتحفظ " ان معطيات المسح تخص الظروف الموجودة و لا تشير الى التغيرات التي حدثت, و غياب سيرة ذاتية مفصلة خاصة بالأولياء قد تؤدي الى تفسيرات خاطئة حول وفاة الأطفال , بالنسبة للحوادث التي تعرض لها الأفراد يجب الأخذ بعين الإعتبار الظروف المحيطة بالأولياء و الأطفال عند حدوث وفاة مثل الفئة الاجتماعية و الثقافية و هذا بجمع معطيات بيوغرافية (Brahimi, 2004, p.70).

#### 6-4 تحليل استمارات مسح 1992 و 2002.

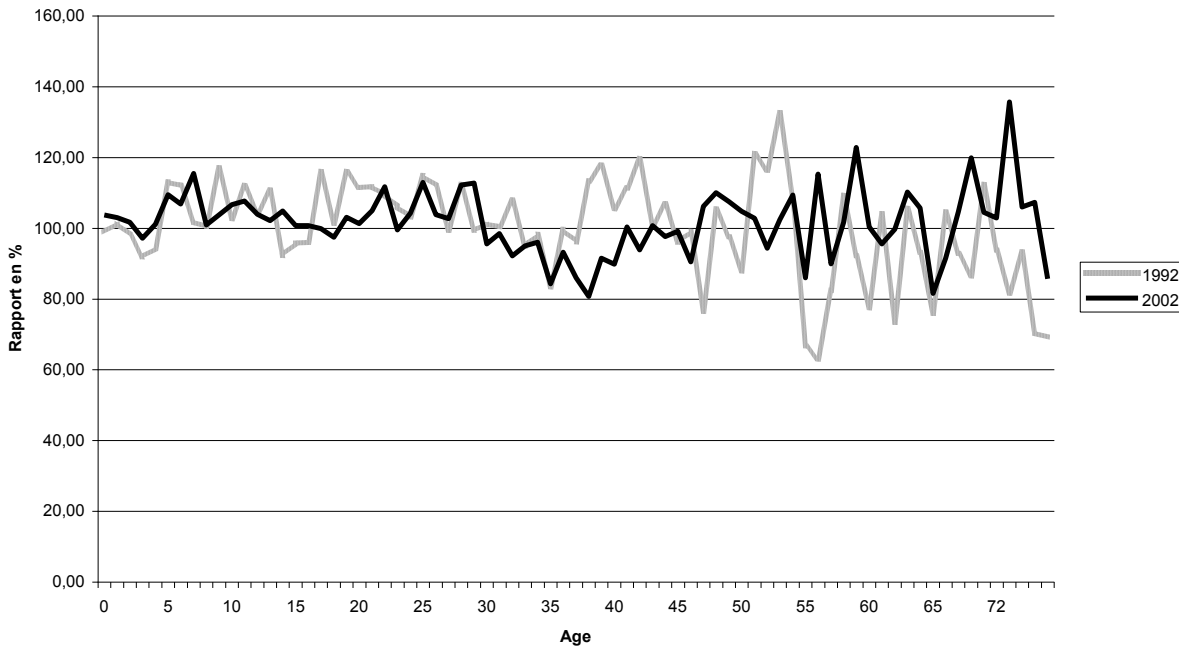
ان توزيع السكان حسب الجنس و العمر خلال المسحيين لا يتبع نفس المنحنى, حيث ان الرسم البياني لنسبة الذكورة يبين انه يتراوح بين 80 و 120 % الى غاية العمر 50 سنة خلال المسحيين.

سجلنا نسبة ذكورة أقل من 100% سنة 1992, و هذه الوضعية قد تكون راجعة الى تحويل نساء أعمارهن بين 50 الى 54 سنة الى فئة النساء التي تحتوي على النساء اعمارهن اكثر من 55 سنة, و هذا لتخفيف من عملية ملء الإستمارات, و لم نشاهد هذه الظاهرة بنسبة لبيانات المستخرجة من مسح 2002, لأن كل فئات النساء كانت معنية بالإستجاب, ماعدا فئة البنات من 6 الى 14 سنة و هذه الفئة الوحيدة التي لم يخصص لها استمارة.

بالنسبة للإستمارة الخاصة بالصحة الانجابية و انقطاع الطمث هذه الإستمارة تخص فقط النساء الغير عازبات, فالبنسبة للولادات خلال فترة الإنجاب أي المرحلة الممتدة بين 15 الى 54 سنة, فيفترض ان عدد الولادات خارج اطار الزواج ضئيلة جدا و لا تؤثر على معدلات الخصوبة العامة و لكن هذه الوضعية تغيرت حيث اننا نسجل ارتفاع عدد الولادات خارج اطار الزواج. أما بالنسبة لإنقطاع الطمث فإن هذه الظاهرة تمس كل النساء بدون استثناء و الإعتماد فقط على المعلومات الخاصة بالنساء الغير عازبات لا يمثل واقع جميع النساء عند هذه الأعمار, حيث مشاكل العازبات تختلف على مشاكل الغير عازبات لأنهن لم يتعرضن لنفس الأخطار طوال حياتهن.

المنحنى 9.6 : تطور نسبة الذكورة حسب العمر في 1992 و 2002

Graphique n° 6.9 : Evolution du rapport de masculinité selon l'âge en 1992 et 2002



يحتوي استبيان الخاص بالأسرة للمسح الذي أجري عام 2002 على بيانات خاصة بصحة جميع افراد الأسرة.

1-4-6 صحة أفراد الأسرة سنة 2002

يحتوي مسح 2002 على اسئلة خاصة بصحة كل أفراد الأسرة و هذه المعلومات غير متوفرة في مسح 1992 حيث ان هذا الأخير اهتم بصحة الأم و الطفل.

تم اجراء سنة 1990 دراسة ميدانية حول صحة الجزائريين و لكنها لم تستغل كما ينبغي, و هو حال العديد من المسوح التي لم تستغل جيدا الى يومنا هذا, نظرا لصعوبة الوصول اليها. ان غياب هيئة تجمع كل المعطيات و نتائج المسوح يصعب استغلالها من طرف الباحثين و مختلف المستعملين حيث لا يستطيعون الحصول على المعطيات خاصة المعطيات الفردية.

2-4-6- المرضية و العجز

طرحت ستة أسئلة خاصة بمختلف الأمراض المزمنة و الإعاقات التي أصيب بها أعضاء الأسرة سنة 2002 , و فيما يخص الأمراض فخصصت الدراسة سؤالين لها, و تم احصاء 26 ايجابية لكل مرض كما ادرج سؤال " هل تم التأكد من المرض من طرف طبيب ؟" كما تشمل الإستمارة على اسئلة خاصة بالتدخين. إن الإجابات الخاصة بالسؤال "هل انت مصاب بمرض ؟" أظهرت أن 12% من العينة اجابوا بنعم و اجاب بنعم ربع المصابين بمرض الأول على السؤال الخاص بالمرض الثاني.

الجدول 6.4 : توزيع السكان حسب المرض الأول و الثاني

النسبة%	المجموع	لا	نعم	
12,08	120877	106273	14605	مرض الأول
25,46	14353	10699	3654	مرض ثاني

ان توزيع أفراد العينة حسب الأمراض المزمنة اظهر أن ارتفاع الضغط الدموي هو المرض الأكثر انتشار, حيث تم احصاء 3100 حالة تعاني من هذا المرض متبوع بمرض السكري حيث بلغ عدد المصابين به 1500 حالة . ان حصة ارتفاع الضغط الدموي و السكري و امراض المفاصل و الربو و امراض المعدة قدرت بأكثر من 60% من الحالات المصرح بها. و فيما يخص نسبة النساء اللواتي صرحن بالأمراض الخمسة فهي اكبر من النسبة المسجلة عند الرجال (64.9% لنساء و 57.9% لرجال).

ان العينة تحتوي على عدد اكبر من الرجال مقارنة بنساء إلا أن الرجال لا يتحدثون كثير على الأمراض التي تصيبهم مقارنة بنساء, حيث ان نسبة النساء اللواتي صرحن بإصابتهم بمرض بلغ 13,8% مقابل 10,3% عند الرجال, كما أن نسبة الذكور للمصابين بمرض الأول تقدر ب 75.8% .

و سجلنا اقل نسبة ذكورة في ارتفاع الضغط الدموي , ان المرأة ليست أكثر عرضة للإصابة بهذا المرض, إلا أنها أقل مقاومة و تستشير طبيب في بداية المرض و يتم العلاج, و اكثر من نصف المصرحين بمرض المفاصل هم نساء بينما نلاحظ اكبر نسبة من المصابين بأمراض عقلية عند الرجال.

اغلب المصرحين و استشاروا طبيب بمرض حيث بلغت نسبة الإستشارة للمرض الأول 95.6% و 93,5% بالنسبة للمرض الثاني, و فيما يخص الحالات الغير مؤكدة من طرف طبيب فبلغت 29 حالة بالنسبة للمرض الأول و 16 حالة بالنسبة للمرض الثاني. وليس 16 ثانية للمرض.

الجدول رقم 1.4.6 : توزيع أفراد الأسرة حسب نوع المرض والجنس

المرض الثاني				المرض الأول				نوع المرض
الكل	% (a)	نساء	رجال	الكل	% (a)	نساء	رجال	
670	54,0	435	235	3133	42,3	2202	931	ضغط الدم العالي
313	53,4	204	109	1559	87,1	833	726	السكري
660	36,6	483	177	1511	47	1028	483	أمراض المفاصل
127	81,4	70	57	1464	112,3	690	774	الربو
350	54,2	227	123	1371	113,2	643	728	أمراض المعدة
336	59,2	211	125	908	81,2	501	407	القلب و الشرايين
46	64,3	28	18	640	179,5	229	411	امراض العقلية
78	77,3	44	34	639	118,8	292	347	امراض التنفسية و الرئة
152	65,2	92	60	548	95,0	281	267	امراض الكلى
137	57,5	87	50	414	57,4	263	151	تثقيف و أوجاع الرءس
91	51,7	60	31	328	87,4	175	153	الظهر - العمود الفقري
57	18,7	48	9	284	33,3	213	71	الأنيميا المزمنة
59	63,9	36	23	268	83,6	146	122	أخر
29	141,7	12	17	255	142,9	105	150	أمراض الصرع
51	41,7	36	15	227	94,0	117	110	أمراض الجلد
157	86,9	84	73	193	112,1	91	102	المياه البيضاء
50	11,1	45	5	146	7,3	136	10	زيادة نشاط الغدة الدرقية
62	72,2	36	26	120	122,2	54	66	المياه الزرقاء
20	300,0	5	15	113	101,8	56	57	اضرار في المخ
7	75,0	4	3	109	94,6	56	53	السرطان
39	30,0	30	9	100	51,5	66	34	امراض الكبد
12	100,0	6	6	80	128,6	35	45	السل
41		0	41	66		0	66	البروستات
75	36,4	55	20	58	26,1	46	12	الكوليستيرول العالي
18	12,5	16	2	40	17,6	34	6	نشاط الغدة الدرقية نقص
12	140,0	5	7	23	109,1	11	12	القيم الناقصة
4	33,3	3	1	6	20,0	5	1	لا يعرف
3653	54,7	2362	1291	14603	75,8	8308	6295	المجموع

نسبة الذكورة: (a)

ان نسبة الحالات المرض المؤكدة من طرف طبيب تتراوح بين 100% و 84.96% , كما سجلنا ان كل السرطانات تم تأكيدها من طرف طبيب اما فيما يخص الإصابات في المخ ( lésions cérébrales ) فبلغت نسبة الحالات الغير مؤكدة من طرف طبيب 15% و لا يجب الوثوق كثيرا بهذه الردود, لأن هذا المرض يستوجب فحوصات طبية لتعرف عليه.

ان قراءة الجدول يظهر اختلافات في عدد الحالات في بعض الإجابات, فمثلا عدد حالات الإصابة بمرض غير متساوي مع عدد الحالات بالنسبة لمرض مؤكد من طرف طبيب, فبنسبة للمرض الأول سجلنا تباين في 12 اجابة بالنسبة للمتغيرين, حيث ان مجموع الإجابات بالنسبة "نوع المرض" قدر ب 14603 حالة مقابل 14613 بالنسبة لسؤال "مرض مؤكد من طرف طبيب", كما سجلنا اختلافات بالنسبة للمرض الثاني رغم تساوي المجموع الكلي لسؤالين (3653).

ان نسبة الأشخاص الذين لم يؤكدوا المرض من طرف طبيب بالنسبة للمرض الأول و الثاني متقاربة, و لم نسجل اختلاف حسب الجنس (4,34% بالنسبة للمرض الأول و 5,8% بالنسبة للمرض الثاني), اما فيما يخص الأشخاص الذين لم يجيبوا على هذه الأسئلة فإنها تختلف بالنسبة للمرضين (1.14% بالنسبة للمرض الأول مقابل 10.8% بالنسبة للمرض الثاني).

ان الإجابات الغير واضحة مثل "لأعرف" قليلة و متقاربة حسب الجنس, و مجموع الفروق بالنسبة للمرض الأول قدر ب 10 و صفر (0) بالنسبة للمرض الثاني, و مثال على ذلك مجموع حالات الضغط الدموي في المرض الأول حسب الجدول 1.4.6 ا يساوي 3133 و سجلنا نفس المجموع لهذا المرض في الجدول 5.6 و الفرق بين الجدولين لهذا المرض يساوي 0 اما مجموع حالات ارتفاع ضغط الدم كمرض ثاني حسب الجدول 1.4.6 ا يساوي 670 بينما قدر ب 669 في الجدول 5.6 و الفرق في هذه الحالة يساوي 1.

الجدول 5.6 : توزيع حالات المرض الأولى والثانية حسب الجنس وتأكيدها من طبيب

تأكيد من طبيب												نوع المرض
المرض الثاني						المرض الأول						
d	c	الكل	v	لا	نعم	b	a	الكل	v	لا	نعم	
-1	85,5	669	79	18	572	0	97	3133	27	68	3038	ضغط الدم العالي
0	82,7	313	39	15	259	0	98,4	1559	8	17	1534	السكري
0	78,8	660	95	45	520	1	92,2	1512	22	96	1394	أمراض المفاصل
1	90,6	128	8	4	116	0	97,5	1464	9	27	1428	الربو
-1	83,4	349	30	28	291	0	93	1371	16	80	1275	أمراض المعدة
1	85,5	337	42	7	288	0	95,8	908	8	30	870	القلب و الشرايين
0	89,1	46	2	3	41	1	87,36	641	23	58	560	امراض العقلية
0	85,9	78	3	8	67	0	93,43	639	12	30	597	امراض التنفسية و الرئة
0	84,2	152	17	7	128	0	95,62	548	4	20	524	امراض الكلى
1	79,7	138	12	16	110	0	86,71	414	5	50	359	الشقيقة و أوجاع الرءس
1	79,3	92	11	8	73	0	93,29	328	7	15	306	الظهر - العمود الفقري
0	89,5	57	3	3	51	0	95,07	284	2	12	270	الأنيمية المزمنة
0	84,7	59	2	7	50	1	88,85	269	5	25	239	أخر
-1	71,4	28	2	6	20	1	93,36	256	6	11	239	أمراض الصرع
0	80,4	51	7	3	41	1	89,47	228	3	21	204	أمراض الجلد
0	86,6	157	9	12	136	1	92,27	194	1	14	179	المياه البيضاء
-1	89,8	49	5	0	44	-1	93,10	145	2	8	135	زيادة نشاط الغدة الدرقية
1	73,0	63	8	9	46	0	90,00	120	0	12	108	المياه الزرقاء
0	90,0	20	0	2	18	0	84,96	113	0	17	96	اضرار في المخ
0	100,0	7	0	0	7	1	100,0	110			110	السرطان
-1	92,1	38	1	2	35	0	97,00	100	1	2	97	امراض الكبد
1	92,3	13	1	0	12	1	96,30	81	0	3	78	السل
-1	82,5	40	4	3	33	1	95,52	67	1	2	64	البروستات
0	86,7	75	8	2	65	1	93,22	59	1	3	55	الكوليستيرول العالي
0	88,9	18	1	1	16	1	95,12	41	0	2	39	نقص نشاط الغدة الدرقية
0	41,7	12	4	3	5	0	43,48	23	3	10	10	القيم الناقصة
0	75,0	4	1	0	3	0	66,67	6	0	2	4	لا يعرف
<b>0</b>	<b>83,4</b>	<b>3653</b>	<b>394</b>	<b>212</b>	<b>3047</b>	<b>10</b>	<b>94,52</b>	<b>14613</b>	<b>166</b>	<b>635</b>	<b>13812</b>	<b>المجموع</b>

(a):نسبة تأكيد المرض الأول من طبيب

(b):الفرق بين مجموع عدد المرض الأول من الجدول 1.4.6 و الجدول 5.6.

(c):نسبة تأكيد المرض الثاني من طبيب (d):الفرق بين مجموع عدد المرض الأول من الجدول 1.4.6 و

الجدول 5.6 (v):القيم الناقصة

اما فيما يخص الأمراض عند الأطفال اقل من ستة سنوات, تم احصاء 219 طفل يعاني من مرض مزمن من بين 11981 طفل اقل من 6 سنوات, كما تم تسجيل 7 حالات من الأطفال يعانون من مرض ثاني مزمن.

اما فيما يخص نسبة تأكيد المرض الأول من طرف طبيب فهي ضعيفة مقارنة بالمجموع, حيث ان النسبة بلغت 95,6% بالنسبة للمجموع مقابل 91,7% بالنسبة للأطفال بينما كل حالات المرض الثاني مؤكدة من طرف طبيب عند هذه الفئة.

تمثل أمراض الجهاز التنفسي (الربو) اكثر من ثلث الحالات و نسبة المصابين بمرض السل تقدر 7% من حالات الخاصة بالمرض الأول.

الجدول 6.6 : توزيع أسباب المرض الأول للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 6 سنوات

النسبة	العدد	المرض
6,92	15	الأنيمية المزمنة
7,36	16	القلب و الشرايين
7,41	16	السل
7,28	16	الأمراض الصرع
19,41	42	الربو
16,30	36	أمراض التنفسية و الرئة
8,78	19	أمراض الجلد
5,49	12	امراض المعدة
21,05	46	أخر
100,00	219	المجموع

تم طرح أسئلة حول الإعاقة و عدد الإعاقات الممكنة هي 6, كما تم تخصيص سؤال واحد حول سبب الإعاقة و سؤال خاص بمدى الإعاقة, و في حالة إصابة شخص بأكثر من إعاقة فإننا لا نستطيع جمع اسباب و مدة كل إعاقات, كما نواجه مشكل لأي اعاقه جمعنا المعلومات الخاصة بالسبب و المدة.

كما ان الأسئلة الخاصة بمختلف الإعاقات غير دقيقة لأننا لا نعرف اذا كانت مؤكدة من طرف طبيب, و هذا ما تؤكد بعض الإجابات فمثلا "الفهم" و "تفاعل مع الآخرين" و "الرعاية الشخصية" فهذه الإجابات ليست مناسبة للأطفال أقل من سنة.

الجدول 7.6 : توزيع الأفراد وفق الإعاقة

أطفال دون ست سنوات			المجموع					
% الإعاقة	لا	نعم	% الإعاقة	المجموع	(v)	لا	نعم	
1,83	93	11	21,20	2829	15	2214	600	نقص النظر
1,19	99	5	14,79	2829	15	2396	418	نقص السمع
4,79	58	46	33,95	2829	15	1854	960	نقص الفهم
5,01	42	62	43,77	2829	15	1576	1238	نقص التحرك
3,49	87	17	17,21	2829	15	2327	487	نقص العناية الشخصية
2,33	90	14	21,21	2829	15	2214	600	نقص التفاعل

(v) : القيم الناقصة

#### 3-4-6 القياسات الجسمانية

تم جمع بيانات حول مختلف قياسات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات والنساء اعمارهن يتراوح بين 15 و 55 عاما, و الأخطاء الممكنة بالنسبة لهذه القياسات هي أخطاء في قراءة الأعداد أو الميزان يعاني من عطب و بتالي القياسات كلها خاطئة أي أننا أمام أخطاء منتظمة. نلاحظ أن كل الأطفال لم يتم قياسهم و الإيجابيات الناقصة تمثل 1% من الإيجابيات و عدد الأطفال الغائبين يقدر ب 311.

الجدول 6 . 8. أ : توزيع الأطفال الذين تم قياسهم

النسبة	العدد	
88,22	5244	الطفل تم قياسه
1,59	94	الطفل مريض
5,24	311	الطفل غائب
1,45	86	الطفل رفض
0,96	57	رفض الأم أو الأب
1,54	92	اخر
1,00	60	قيمة ناقصة
100,00	5944	المجموع

تم جمع معلومات حول وضعية القياس و حسب متغير "الطفل تم قياسه" فالمجموع قدر ب 5244 و لكن مجموع الإيجابيات (كل الوضعيات ممتد و واقف) حسب المتغير "وضعية القياس" بلغ 5148 . من المفروض أن الأطفال أقل من سنتين يتم أخذ قياساتهم في الوضعية ممتدة إلا أن تم إحصاء بعض الأطفال أقل من سنتين تم قياسهم في الوضعية "واقف" و نفس الشيء تم تسجيله بالنسبة للأطفال اعمارهم اكثر من سنتين حيث سجلنا 04:11:40 طفل تم قياسهم أكثر من 40% من الأطفال اقل من سنتين تم قياسهم في الوضعية "واقف" مقابل 5% من الأطفال تفوق اعمارهم سنتين أخذت قياستهم في الوضعية "ممتد".

الجدول 6 . 8. ب : توزيع الأطفال حسب وضعية القياس

النسبة	العدد	الوضعية
18,91%	1124	ممتد
67,70%	4024	واقف
13,39%	796	قيمة ناقصة
100,00%	5944	المجموع

ان نسبة القيم الناقصة المسجلة للمتغيرات الخاصة بالقياسات الجسمانية بلغت 11.4% بالنسبة للوزن و 12.8% بالنسبة لطول عند الأطفال.

اما فيما يخص النساء فتبين النتائج ان نسبة عدم الإجابة مرتفعة مقارنة بالأطفال, حيث بلغت نسبة القيم الناقصة الخاصة بالوزن و الطول 17% عند النساء.

ان نسبة "عدم الإجابة" لسؤال "نتيجة قياس" الأطفال و النساء متشابهة و تقارب 1% من مجموع الإجابات.

الجدول 6 . 8. ج : توزيع الأطفال و النساء حسب المقاييس الأونتروبوميترية

الأطفال	القيم الناقصة	الإجابات	نسبة عدم الإجابة%
نتيجة القياس	60	5885	1,01
وضعية القياس	796	5148	13,4
الوزن	676	5268	11,4
الطول	758	5186	12,8
النساء			
نتيجة القياس	212	17469	1,2
الوزن	3017	14665	17,1
الطول	3014	14668	17,1

أن الطفل في سنوات الأولى ينمو بسرعة, و قمنا بحساب ثلاثة قيم (أدنى و متوسط و أقصى) لطول و الوزن حسب العمر, نلاحظ فرق كبير بين القيم الثلاثة لكل عمر.

الجدول 6. 8. د : توزيع بعض الإحصائية للأطفال أقل من ست سنوات

العمر	طول بالسنتيمتر			الوزن بالكيلوغرام		
	أدنى قيمة	المتوسط	أقصى قيمة	أدنى قيمة	المتوسط	أقصى قيمة
0	38	64,3	89.5	1,4	7,21	15
1	58,2	77,72	100,8	3,5	10,54	18
2	68	87,58	114	5	12,65	23
3	73	95,2	122	5,6	14,5	28,5
4	78	101,8	130	6,9	16,24	30
5	84	108	139	8,5	18	31

إن وزن النساء المستجوبات يتراوح بين 30 كلف و 155 كلف وطولهن يتراوح بين 100 سم و 198,89 سم.

إذا اخذنا في عين الاعتبار سن المراة فإن الفرق في الوزن حسب الفئات العمرية ضئيل فالنسبة لأدنى وزن أكبر فرق بلغ 4 كلغ بين مختلف الأعمار .  
أما فيما يخص الطول فإن القيم المتوسطة و الوسيطة حسب العمر جد متقاربة حيث يتراوح طول النساء بين 158 سم و 159.5 سم.

الجدول 8.6 هـ : توزيع بعض الإحصائية لنساء اعمارهن بين 15 إلى 54 سنة.

العمر	العدد	طول بالسنتيمتر			الوزن بالكيلوغرام	
		ادنى	متوسط	الوسيط	ادنى	متوسط
15-19	2735	102,4	158,04	158,00	30,0	54,648
20-24	2642	102,2	159,17	159,10	32,1	58,235
25-29	2189	105,0	159,37	159,20	32,0	60,473
30-34	1854	110,1	159,32	159,30	31,8	63,651
35-39	1886	100,0	159,33	160,00	32,4	65,523
40-44	1489	105,1	158,59	159,00	34,0	66,606
45-49	1235	116,2	158,70	158,50	30,4	67,483
50-54	930	102,2	158,78	159,00	30,1	68,218

#### 4-4-6 المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية

ان عدد أفراد العينة يقدر ب 121153 سنة 2002 و 41219 سنة 1992, و لتقدير مستويات وفيات الرضع تم مضاعفة حجم العينة و تم استخراج معدلات تغطية الظواهر الديموغرافية (الولادات و الوفيات) و تم تصحيح كل المعدلات و فيات الرضع ابتداء من سنة 1998 .  
إن بعض الأسئلة لا تخص كل افراد الأسرة فمثلا التعليم يخص فقط أشخاص بلغت اعمارهم 6 سنوات و اكثر, و سجلنا فرق في تسمية المتغير, كما نلاحظ اختلاف في الإجابات للأسئلة الخاصة بالتعليم, رغم ان المسيحيين ينتميان لنفس البرنامج و انجزى من طرف نفس الهيئة و هو الديوان الوطني للإحصاء بمشاركة وزارة الصحة و السكان.  
نلاحظ عدم وجود بعض الأسئلة في 1992 مثل السؤال حول القدرة على القراءة فهو موجود فقط في المسح 2002, و هذا السؤال مهم, لأن بعض الناس لا يستطيعون القراءة رغم مكوثهم في المدارس لسنوات, و كذلك هناك أشخاص يجدون القراءة بدون المرور على المدرسة.  
ان نسبة عدم الإجابات للأسئلة الخاصة بالمتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية المتمثلة في القيم الناقصة ارتفعت بين المسيحيين, حيث بلغت نسبة القيم الناقصة في 1992 أقل من 0.5% للمتغيرات

المستوى التعليمي و الحالة الفردية و الحالة المهنية و هذه النتائج يمكن تفسيرها بحجم العينتين حيث ان حجم العينة سنة 1992 قدر ب 6133 أسرة مقابل 10200 للعينة الرئيسية و 20400 للعينة الموسعة سنة 2002. و بلغت نسبة "القيم الناقصة" أقل من 1% سنة 1992 و أقل من 2% سنة 2002.

الجدول 9.6: توزيع الاجابات و عدم الاجابات حسب بعض خصائص أفراد الأسرة.

EASAF 2002			EASME 1992			المتغير
النسبة	VM	المجموع	النسبة	VM	المجموع	
0,44	367	83470	0,26	94	35918	مستوى التعليم
1,86	1097	58947				القدرة على القراءة
						النشاط الاقتصادي (2002)
0,38	319	83897	0,09	33	35918	الحالة الفردية (1992)
						الوظيفية في الوظيفة (2002)
0,93	194	20971	0,33	28	8474	الحالة المهنية (1992)
		121153			41219	عدد الأفراد
القيم الناقصة : VM						

ان نسبة الأشخاص المتمدرسين عند تاريخ المسح بلغت 30.9% سنة 2002 و قرابة ربع افراد العينة المستجوبين اميين و نسبة القيم الناقصة قدرت ب 0.3%.

الجدول 9.6 ب: توزيع قيم المتغير التعليم عام 2002

النسبة	العدد	التعليم
30,9 %	33847	لا زال يتعلم
45,0 %	49305	تعلم في الماضي
23,9 %	26161	لم يتعلم
0,3 %	335	القيم الناقصة
100,0 %	109648	المجموع
	12751	اقل من 6 سنوات
	122399	المجموع

يبين الجدول رقم 10.6 ان الإجابات الخاصة يسؤال حول الحالة المهنية تختلف في المسحيين فمثلا استعملنا المفهوم الأشخاص بدون مهنة سنة 2002 و استعملنا المفاهيم المستعملة في التعدادات سنة 1992 و هي STR1 و STR2 الأشخاص في سن العمل و يبحثون على عمل أو لا . سجلنا نسبة أكبر من الأشخاص الذين صرحوا بأنهم يشتغلون سنة 2002 مقارنة ب 1992, و أكثر من ثلث النساء أعلن أنهن ماكثات في البيت مقابل 25,2% سنة 1992, و لم يتم تسجيل أي امراء ناشطة ماكثة في البيت سنة 2002.

كما بينت النتائج اختلاف في نسبة التلاميذ و الطلبة بين 1992 و 2002.

الجدول 1.10.6 : توزيع قيم المتغير وضعية في العمل

المسح 2002			المسح 1992		
النسبة بالمئة	العدد	ضعية في الوظيفة	النسبة بالمئة	العدد	الوضعية المهنية
24,90	20969	مشتغل	21,5	7724	مشتغل
19,65	16545	بدون وظيفة	2,1	750	STR 1
0,65	546	الخدمة الوطنية	5,4	1951	STR 2
32,98	27777	ماكثة في البيت	24,6	8841	ماكثة في البيت
			0,6	207	ماكثة في البيت مشتغلة
11,77	9909	تلميذ - طالب	31,3	11261	تلميذ - طالب
5,59	4703	متقاعد	2,7	962	متقاعد - منحة
3,72	3130	أخر	11,7	4189	أخر
99,62	83897	الإجابات	99,9	35885	الإجابات
0,38	319	القيم الناقصة	0,1	33	القيم الناقصة
100,00	84215	المجموع		35918	المجموع

عند النظر الى عمر التلاميذ و الطلبة, فإن عمر هذه الشريحة يتراوح بين 5 الى 30 سنة خلال مسح 1992 و بين 12 الى 83 سنة عام 2002 (شخص واحد عمره 12 سنة عام 2002) كما قدرت نسبة الأشخاص أقل من 15 سنة ب 77% بالنسبة لفئة التلاميذ و الطلبة سنة 1992 بينما بلغت هذه النسبة 100% سنة 2002, و هذه النتيجة راجعة الى عدم ادراج تلاميذ المراحل الابتدائية و المتوسط في هذه الفئة سنة 2002.

الجدول 1.10.6 ب : التوزيع العمري لفئة تلميذ/طالب

مسح 2002		مسح 1992		العمر
النسبة	العدد	النسبة	العدد	
0,01%	1	76,61%	8625	من 15 سنة
75,62%	7494	18,39%	2070	15-
23,71%	2350	4,93%	555	20-
0,47%	47	0,08%	9	30-

0,18%	18			أكثر
	9909		11259	المجموع

نلاحظ عدم ادراج العديد من الأسئلة الخاصة بمواد البناء سنة 2002 و السؤال الوحيد الذي طرح سنة 2002 يخص مواد الأرضية بينما ادرجت اسئلة عديدة حول مواد البناء الخاصة بالجدران و السقف و الأرضية سنة 1992 كما تحتوي الإستمارة على سؤال حول زينة النوافذ, و نسبة عدم الإجابة كانت ضعيفة حيث قدرت بأقل من 1%.

و فيما يخص سؤال "هل توجد حيوانات داخل المنزل " نلاحظ ان أكثر من نصف الأسر لم يجيبوا على هذا السؤال سنة 1992, و ادرج هذا السؤال ضمن الأسئلة الخاصة بالتملكات و المرافق خلال مسح 2002, و طرحت اسئلة حول مختلف أنواع الحيوانات سنة 2002 (الغنم و الأبقار و الدواجن) , اما فيما يخص السؤال حول وجود مطبخ مشترك فهذا الأخير تم طرحه فقط سنة 1992 , و خصصت الدراستين العديد من الأسئلة الخاصة بالمياه و لكن الأسئلة تختلف خلال المسحيين. أما فيما يخص الحاويات المستخدمة لتخزين المياه تم تخصيص سؤال واحد خلال سنة 1992 بينما تم جمع معلومات حول نوع كل حاوية سنة 2002.

الجدول 1.11.6 : توزيع الايجابيات الخاصة بخصائص المسكن

1992			2002			المتغيرات
VM			VM			
الإجابات	العدد	%	الإجابات	العدد	%	خصائص المسكن
5907	4	0,07	19219	5907	4	نوع المسكن
5876	35	0,59	18161	71	0,37	ملكية المسكن
5877	34	0,58	17704	524	2,72	نوع ارضية المسكن
5874	37	0,63	18195	37	0,19	عدد الغرف
5876	35	0,59	18179	53	0,28	عدد غرف النوم
						المياه
5906	5	0,08	19210	23	0,12	مصدر مياه الشرب
5899	12	0,20	17395	195	1,01	مكان مصدر مياه الشرب
		لم تطرح	19067	55	0,29	حفظ الماء في صهريج مطلي
		لم تطرح	19067	55	0,29	حفظ الماء في باش
		لم تطرح	19067	55	0,29	حفظ الماء في دلو من البلاستيك
		لم تطرح	19067	55	0,29	حفظ الماء في دلو
		لم تطرح	19067	55	0,29	حفظ المياه في نوع اخر من الخزان
5908	3	0,05	19098	5908		نوع علاج المياه
						الإصحاح
4659	1252	21,18	19218	4659		توجد دورة مياه
		لم تطرح	1312		0,02	نوع دورة المياه
4597	1314	22,23	17810	4597		دورة مياه مشتركة
5907	4	0,07	17768	146	0,76	نوع دورة المياه
5907	4	0,07	19208	24	0,12	نوع الكهرباء
5872	39	0,66	19186	46	0,24	يوجد مطبخ
5898	13	0,22	19097	135	0,70	الطاقة المستعملة لطهي
						النفايات
5905	6	0,10	19213	20	0,10	ترتيب النفايات
5185	726	12,28	16938	171	0,89	مكان حفظ النفايات
5218	693	11,72	17078	31	0,16	التخلص من النفايات
4842	1069	18,08	14780	289	1,50	وتبيرة التخلص من النفايات
5904	7	0,12	19193	40	0,21	التجفيف
5911			19233			اعدد الأسر المستجوبة

ان العديد من الأسئلة موجودة فقط سنة 1992 و لم تدرج سنة 2002 مثل الوقت بساعات و الدقائق لإحضار الماء و الشخص المكلف بهذه المهمة, و لكن اغلب الإجابات لهذه الأسئلة "قيم ناقصة" أي لم يتم الإجابة عليها.

الجدول 6. 11.ب : الأسئلة المطروحة في 1992 و لم تدرج في 2002

النسبة	Vm	الإجابات	الخصائص
0,6%	34	5877	المواد الأساسية للجدران
0,7%	43	5868	المواد الأساسية لسقف
0,5%	32	5879	زخرفة النوافذ
1,1%	66	5845	مطبخ مشترك
71,3%	4214	1697	الوقت اللازم لأحضار الماء بالساعات
71,3%	4214	1697	الوقت اللازم لأحضار الماء بالدقائق
71%	4195	1716	من في العادة يجلب الماء
0,2%	15	5896	من اين تشترون الماء
0,1%	4	5907	هل لديكم الماء يوميا
64,2%	3794	2117	مدة توفير المياه

القيم الناقصة : Vm

## 5-6 ملف الطفل

سنحاول فيما يلي تحليل الإستمارات الخاصة بالطفل في 1992 و 2002 و أول اختلاف نسجه خلال المسحيين هو جمع معلومات سنة 1992 حول كل الولادات التي وقعت خمس سنوات قبل المسح, بينما تم جمع سنة 2002 معلومات خاصة فقط بالولادة الأخيرة في الخمس سنوات قبل المسح.

كما تم جمع معلومات حول صحة كل أعضاء الأسرة سنة 2002 و تم جمع معلومات حول الطول و الوزن لكل الأطفال أقل من ستة سنوات, نلاحظ غياب بعض الأسئلة تارة و اختلافها تارة أخرى خلال المسحيين.

أما الجزء الخاص برعاية الأمومة خلال الولادة الأخيرة التي حدثت في الخمس سنوات قبل المسح فتشمل الرعاية على متابعة الحمل و الرعاية أثناء الوضع و الرضاعة الطبيعية و التغذية.

## 6-5-1 الرعاية قبل الولادة

خصصت العديد من الأسئلة حول مراقبة الحمل خلال المسحين, و تم اضافة سؤال حول مكان الإستشارة في 2002, حيث تم جمع معلومات حول مكان اخر استشارة بينما السؤال المطروح سنة 1992 هو مكان الإستشارة عادة .

ان نسبة عدم الإيجابية لا تتعدى 5% للأسئلة الخاصة بالحمل خلال المسحين, و تم تسجيل تحسن في السؤال الخاص بشهر عند أول زيارة, و لكن هذه المعلومة متوفرة فقط للولادة الأخيرة و لكن المعلومات المتحصل عليها أكثر دقة لأن النسيان يكون أقل للولادة الأخيرة.

و في 1992 ايجابية واحدة برمجت لسؤال من تستشيرين عادة بينما نلاحظ تعدد الإيجابيات سنة 2002 و لكن سجلنا نفس العدد و نفس نسبة "عدم الإيجابيات" لمختلف الأسئلة.

الجدول رقم 12.6 : توزيع الردود على المتغيرات المتعلقة بالرعاية قبل الولادة

السؤال	1992			2002		
	إيجابيات	(v)	النسبة	الإيجابيات	(v)	النسبة
الاستشارة خلال الحمل	4984	79	1,59			
من تستشيرين في العادة	2920	1	0,03			
طبيب				3796	27	0,72
قابلة - ممرضة				3796	27	
مولدة ريفية				3796	27	
أخر				3796	27	
الشهر عند الاستشارة الأولى	2920	6	0,21			
عدد الاستشارات خلال الحمل	2920	138	4,73	3769	8	0,21
مكان الإستشارة عادة	2920	2	0,07			
مكان اخر إستشارة				3037	9	0,30
سبب عدم الإستشارة	2064	82	3,97	759	29	3,79
استفدت من حقنة ضد التيتانوس	4984	93	1,87			

(v) : القيم الناقصة

و تم طرح اسئلة أخرى حول مختلف الاختبارات (Tests) و تحاليل طبية التي اجرتها الأم خلال الحمل الأخير.

## 6-5-2 الرعاية خلال الوضع

تم تخصيص 13 سؤال سنة 2002 و 8 أسئلة سنة 1992 , كما تم جمع معلومات حول ظروف الوضع سنة 1992, حيث تم طرح سؤال "هل الولادة تمت بعملية قيصرية" بينما أصبح هذا سؤال في 2002 احد الإيجابيات على السؤال "كيف كان الوضع؟" و 97% من النساء اجابوا بدقة على هذا السؤال خلال 1992, كما سجلنا ايجابية واحدة على السؤال "من ساعد في الوضع" في 1992, و سجلنا اقل من 2% من عدم الإيجابيات بينما تم برمجت اكثر من ايجابية لهذا السؤال و نسبة عدم

الإيجابيات بلغت 8.4%، و تم إدراج سنة 2002 أسئلة حول المضاعفات التي تعرضت لها الأم خلال الوضع.

الجدول 13.6 : توزيع الردود على المتغيرات الخاصة بالوضع

	1992			2002		
	الإيجابيات	(v)	النسبة	الإيجابيات	(v)	النسبة
الرعاية خلال الوضع						
مكان الولادة	4984	77	1,54	3796	31	0,81
اسباب الوضع في مركز صحي	3859	105	2,72			
ظروف الوضع	4984	114	2,29	3421	3	0,08
ولادة قيصرية	3859	83	2,15			
اسباب عدم الوضع في مركز صحي	1125	1	0,09	375	31	8,36
وسائل قطع الحبل الصرى	1125	15	1,33	375	43	11,41
علاج جرح الحبل الصرى	1125	34	3,02	375	77	21
من ساعد في الوضع	4984	79	1,59			
طبيب				375	32	8,42
قابلة - ممرضة				375	32	8,42
مولدة ريفية				375	32	8,42
اقارب - صديقة				375	32	8,42
اخر				375	32	8,42
الولادة دامت اكثر من 12 ساعة				3796	37	0,97
ارتفاع الحرارة خلال الوضع				3796	89	2,36
تشنجات خلال الوضع.				3796	107	2,83
نزيف				3796	60	1,58
وجود مضاعفات				820	44	5,34
طلب مساعدة				820	10	1,27
وضع غير متابع				375	32	8,42

### 3-5-6 الرضاعة الطبيعية

ان معظم الأسئلة الخاصة بالرضاعة الطبيعية متوفرة خلال المسحيين, و أكبر نسبة عدم الإجابات تخص السؤال اسباب عدم الرضاعة.

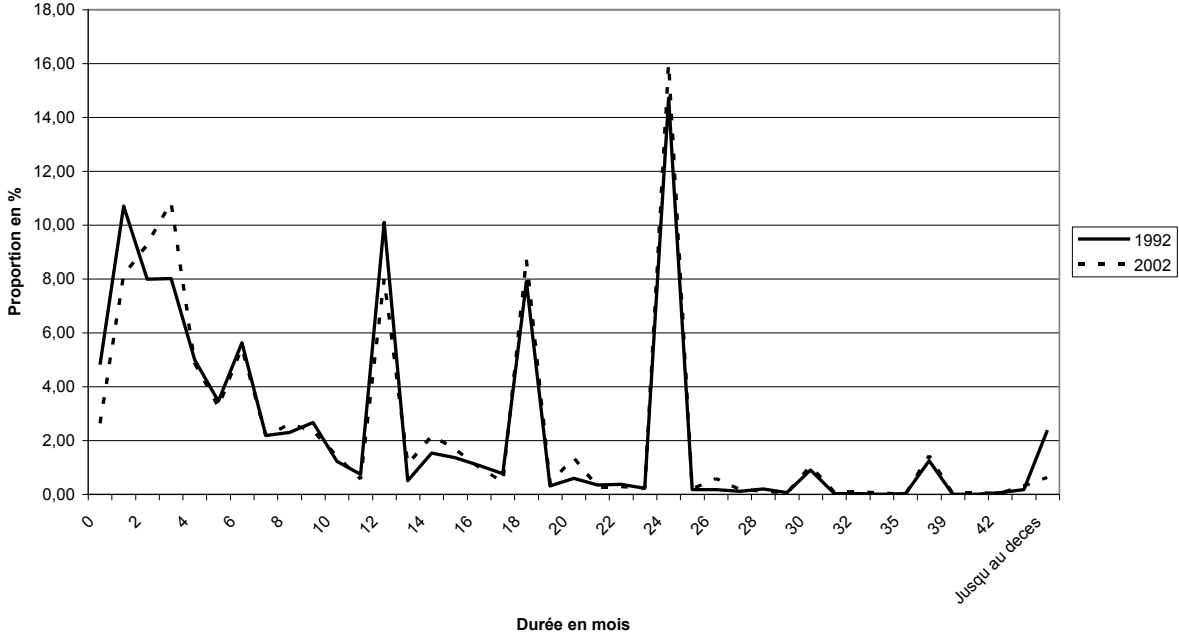
الجدول 14.6 رقم : توزيع الردود على المتغيرات المتعلقة بالرضاعة السؤال الطبيعية

1992			2002			السؤال
4984	80	1,61	3796	31	0,80	الرضاعة الطبيعية
			3457	6	0,16	رمز الرضاعة الطبيعية
			3457	6	0,16	تلقين الرضاعة الطبيعية
4544	13	0,29				متى بدأت الرضاعة
440	74	16,82	339	39	11,50	اسباب عدم الرضاعة
2875	8		3431	43	1,25	يرضع حاليا
992			1106	12	1,08	عدد رضاعات البارحة
992	2		1106	4	0,36	عدد رضاعات ليلة البارحة
3552	19		2351	79	3,36	مدة الرضاعة
3468	19		2337	66	2,82	اسباب الفطام
3468	43		2331	68	2,92	نوع الفطام
992						الرضاعة في ساعات معينة

يظهر تحليل المتغير مدة الرضاعة جاذبية معتبرة لبعض الأعداد, و سجلنا هذه الظاهرة خلال المسحيين حيث أن مضاعفات 3 عرفت أكبر نسب و أعلى نسبة شوهدت للمدة 24 شهرا.

## المنحنى 6 . 10 : توزيع الطفل أقل من 6 سنوات حسب مدة الرضاعة

Graphique n° 6.10 : Répartition des enfants de moins de six ans selon la durée d'allaitement



### 4-5-6 التغذية

يحتوي المسحيين على أسئلة خاصة ببعض المواد الغذائية و السوائل و بعض الأسئلة غير موجودة في الدراستين, فمثلا عمر الطفل عند اعطائه زجاجة الرضاعة لم تدرج سنة 2002, و تم إضافة ثلاثة أسئلة في 2002 مقارنة بسنة 1992, و نلاحظ أن نسبة عدم الإجابة لا تتعدى 5% لكل المتغيرات بإستثناء سؤاليين " عدد مرات شرب الماء البارد" و "غذاء آخر".

الجدول 15.6 : توزيع الردود على المتغيرات المتعلقة الغذاء

السؤال	1992			2002		
	اخذ زجاجة رضاعة نهار- ليل	4761	32	0,67	1914	48
عدد المرات شرب الماء البارحة	لم تطرح			1643	119	7,23
حليب طازج كامل	4761	45	0,94	1643	55	3,34
حليب مبستر داخل قرورة	4761	41	0,86	1643	56	3,41
حليب العلب	4761	42	0,88	1643	61	3,73
عصير فواكه	4761	38	0,80	1643	55	3,35
ماء مسكر	4761	39	0,82	1643	54	3,30
ماء الأرز	4761	39	0,82	1643	51	3,10
مغلي اعشاب	4761	40	0,84	1643	55	3,38
الزبادي	لم تطرح			1643	60	3,65
غذاء الرضع محضر في البيت	4761	43	0,90	1643	57	3,47
غذاء الرضع				1642	53	3,23
غذاء العائلة	4761	41	0,86	1642	56	3,41
غذاء اخر	4761	74	1,55	1642	88	5,36
سائل زائد سكر	لم تطرح			1915	37	1,93
عمر بالشهور	2695	26	0,96	لم تطرح		

#### 5-5-6 الأمراض الخاصة بالولادة الأخيرة خلال المسحيين

اهتمت الدراستين بأمراض التي تصيب الأطفال, و تم تخصيص العديد من الأسئلة لهذا الغرض خلال المسحيين, و بعض الأسئلة الخاصة ببعض الأمراض موجودة فقط في المسح 1992. تم استجواب الأمهات حول الاسهال و الأمراض التنفسية و العلاج و السلوكات فيما يخص التغذية في حالة الإصابة بالاسهال.

الجدول 16.6 : توزيع أمراض الطفولة و العلاج

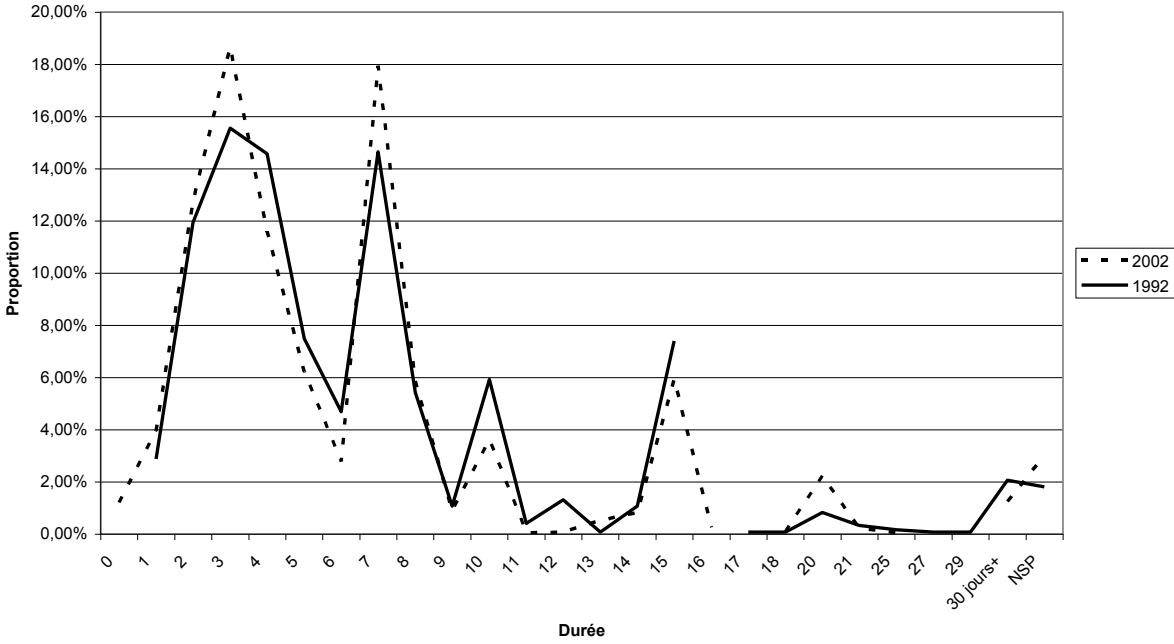
السؤال	1992			2002		
	لمجموع	NSP+(v)	%	لمجموع	NSP+(v)	%
حمية خلال 15 يوم	4876	18	0,4	3721	23,9	0,6
سعال خلال 15 يوم	4876	13	0,3	3721	29,1	0,8
مدة السعال بالأيام	1223	30	2,4	942	47,7	5,1
صعوبات التنفس	1223	10	0,8	942	28,8	3,1
اسهال خلال 24 ساعة	4876	2	0,1	559	6,7	1,2
اسهال خلال 15 يوم	4162	18	0,4	3720	31,7	0,8
مدة الإسهال بالأيام	419	7	1,7	559	8,8	1,7
اثر الدم	1133	25	2,2	559	5	0,9
تغيير كمية السوائل	1133	13	1,1	559	1,4	0,5
نفس كمية السوائل	1133	12	1,1	559	3,2	0,6
اخذ أملاح التمييه	390	5	1,3	347	0,6	0,2
اخذ شئ اخر	390	5	1,3	347	0,6	0,2
اخذ حقنة	390	5	1,3	348	1	0,2
اسباب عدم العلاج	748	9	1,2	298	0	0,0
مدة اخذ الأملاح	311	18	5,8	165	10,9	6,6

NSP لا يعرف (v): القيم الناقصة

نلاحظ جاذبية لبعض الأعداد الخاصة بمتغيرات الخاصة بالمدة, و أكبر نسبة سجلتها للقيمة 3 حسب المنحنيين و تاليها مدة سبعة أيام, و فيما يخص هذه المدة فقد يقصد بها أسبوع و بتالي سجلت المعنية بالعدد سبعة أيام, و من ممكن جدا ان المراءة عند تصريحها بأسبوع لا تقصد 7 أيام, و نلاحظ ان نسب الإيجابيات المحيطة بسبعة أيام و هي 6 و 8 منخفضة مقارنة ب 7 أيام و هذه الظاهرة نشاهدها خلال المسحيين حيث أن نسبة الإيجابيات الخاصة ب 7 أيام قدرت ب 17.9% سنة 1992 و 14.6% سنة 2002, و هذه القيمة تساوي ثلاثة مرات نسبة 8 أيام في 1992 و 2002 و ستة مرات سنة 1992 بالنسبة لسته أيام (أنظر المنحنى 1.11.6) و النسب المسجلة ل 6 أيام و 7 أيام و 8 أيام هي على التوالي 2.8% و 17.9% و 5.9% سنة 2002 و 4.7% و 14.6% و 5.6% سنة 1992 .

## المنحنى 6.11.6: مدة السعال في 1992 و 2002

Graphique n° 6.11.a : Durée en jours de la toux en 1992 et 2002



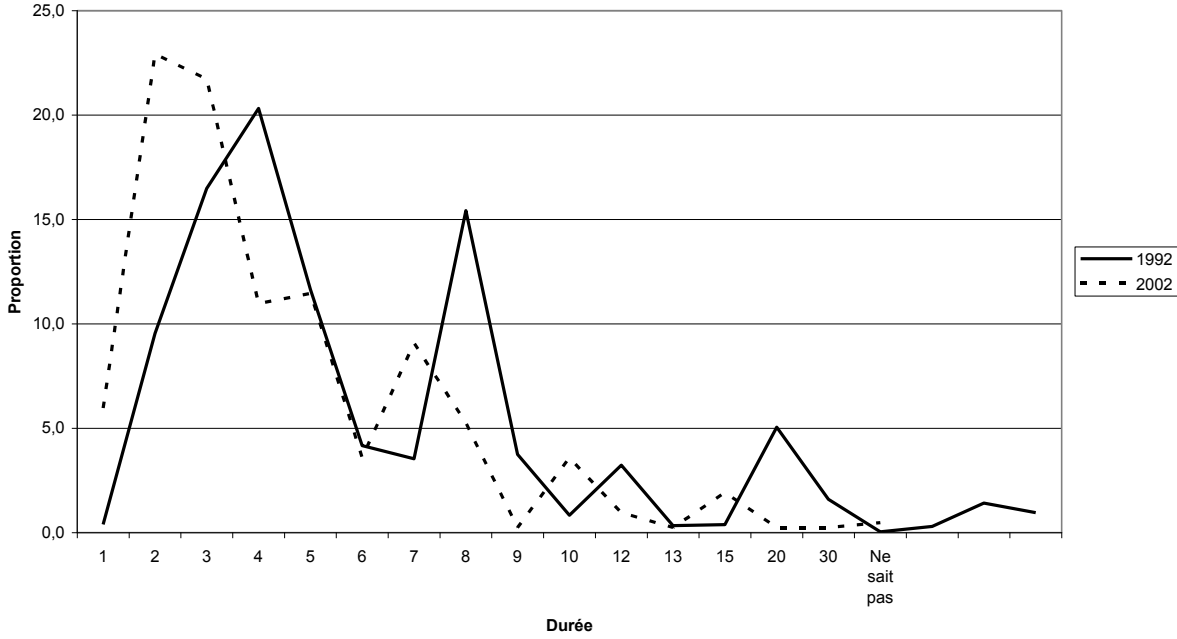
تم جمع بيانات حول مدة الاسهال خلال المسحيين حيث خصص مسح 1992 سؤالين لمدة الاسهال هما : "ما هي مدة اخر اسهال تعرض له الطفل" ؟ و السؤال الثاني "ما هو عدد الأيام منذ بداية آخر اسهال" ؟ و هناك اختلاف في الإجابات لسؤالين.

إن المنحنيين بخط مستمر غير متطابقان و نلاحظ ظاهرة الجاذبية لنفس الأعداد الخاصة بالسعال و هي 7 و 3 (المنحنى 6.11.6.ب).

و تم الإشارة الى ظاهرة الجاذبية لأعداد 3 و 7 عند تحليل العمر عند الوفاة حسب الأيام خلال الشهر الأول و بشهور بالنسبة للوفيات أقل من سنتين.

المنحنى 6.11.ب: مدة الإسهال في 1992 و 2002

Graphique 6.11.b : Durée en jours de la diarrhée en 1992 et 2002



ان العديد من الأسئلة طرحت سنة 1992 لم تدرج سنة 2002 ففي سنة 1992 تم جمع معلومات حول الحصبة و الحوادث المنزلية و أسباب الوفاة, و هذه المعلومات لم يتم جمعها سنة 2002. ان الجدول رقم 17.6 يعرض الإجابات على الأسئلة التي لم تدرج سنة 1992, و نسبة الإجابات الناقصة لا تتعدى 1% بالنسبة لكل الأسئلة بإستثناء السؤال الخاص بنوع المرض حيث قدرت نسبة القيم الناقصة ب 14.4%.

الجدول 17.6 : توزيع الردود على المتغيرات المتعلقة ببعض أمراض الطفولة.

السؤال	الإجابة	Vm	النسبة %
قيح في الأذن خلال 15 يوم	4876	21	0,43
مرض اخر خلال 15 يوم	4876	32	0,66
ماهو هذا المرض	295	44	14,92
الحصبة	4876	23	0,47
العمر الإصابة بالحصبة	734		

قيم ناقصة Vm:

كما تم جمع معلومات حول الحوادث المنزلية سنة 1992 و أكبر نسبة لعدم الإجابات سجلت لسؤال الخاص بالأسباب الخارجية للحدث حيث بلغت حصة عدم الإجابات لهذا السؤال 19.15%.  
الجدول 18.6 : توزيع الردود على المتغيرات المتعلقة بالحوادث.

ادث السؤال	النسبة %	Vm	المجموع
تعرض لحادث	0,21	10	4876
متى تعرض لحادث	5,53	13	235
نوع الحادث	5,53	13	235
الأسباب الخارجية للحادث	19,15	45	235
مكان الحادث	6,81	16	235
اثر	5,53	13	235
نوع الأثار	13,04	12	92
القيم الناقصة : Vm			

يحتوي مسح 1992 على معلومات خاصة بالأعراض قبل الوفاة و أسباب وفاة الأطفال, و أظهرت الإيجابيات ان نسبة "القيم الناقصة", تمثل أكثر من ثبات الإيجابيات حول ظروف وفاة الطفل.

الجدول 19.6 : توزيع الردود على الأعراض قبل الوفاة 1992

السؤال	%	NSP+(v)	المجموع	السؤال	المجموع	NSP+(v)	%
اصيب بالإسهال قبل الوفاة	35%	78	223	قبل الأوان	223	78	35%
تقى قبل الوفاة	35,4%	79	223	اعراض اخرى	223	79	35,4%
صعوبات تنفسية قبل الوفاة	47,5%	106	223	السبب الرئيسي للوفاة	223	106	47,5%
حمى قبل الوفاة	35%	78	223	قيم ناقصة : (v) لا يعرف NSP:	35,4%	79	223
اندفاع جلدي قبل الوفاة	35,4%	79	223				

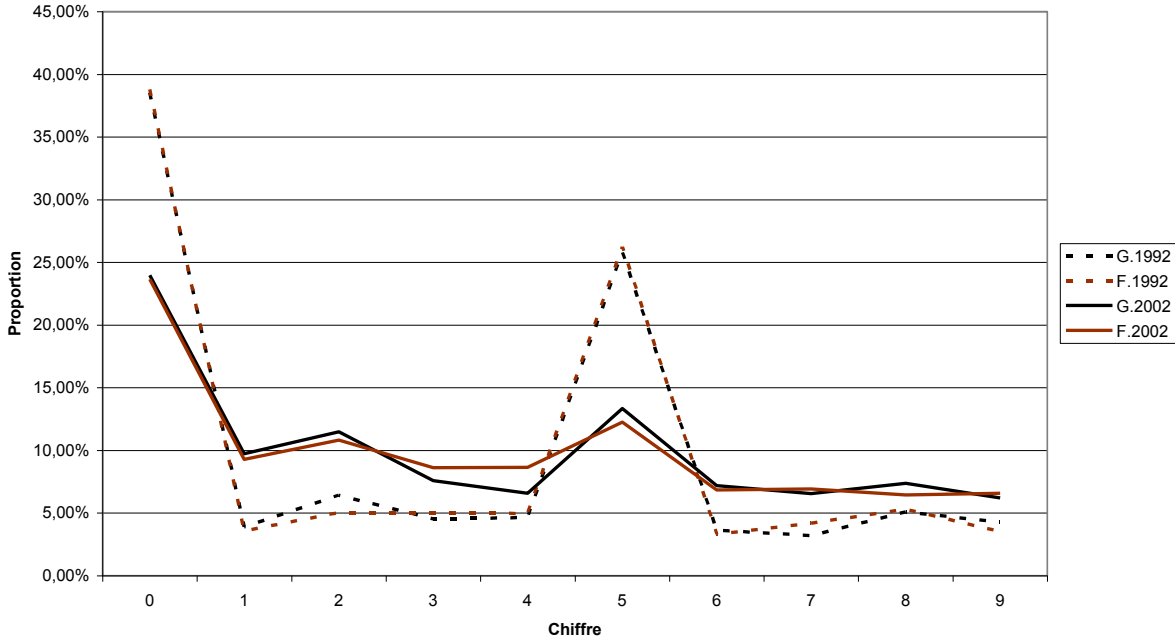
### 6-5-6 وزن و طول الأطفال

تم جمع معلومات حول الوزن و طول كل الأطفال سنة 2002 حيث قامت المعنيات بجمع المعطيات بقياس الأطفال أقل من سنتين في الوضعية ممتدة و الآخرون في وضعية واقف خلال 2002, كما تم جمع معلومات خاصة بالوزن و الطول لكل ولادات الخمس سنوات قبل المسح ولكن لم يتم جمع معلومات حول و وضعية القياسات خلال 1992.

و نلاحظ جاذبية للقياسات المنتهية بالأعداد 0 و 5 خلال المسحيين و لكن الجاذبية كانت أكبر خلال مسح 1992, و سجلنا أن نسبة القيم الناقصة مستقرة خلال المسحيين, و بلغت قرابة 9%, لم نشاهد اختلاف حسب الجنسين سنة 1992 بينما هناك تباين في 2002 للأعداد 3 و 4 .

المنحنى 12.6 ا: توزيع أوزان الأطفال حسب عدده الأخير

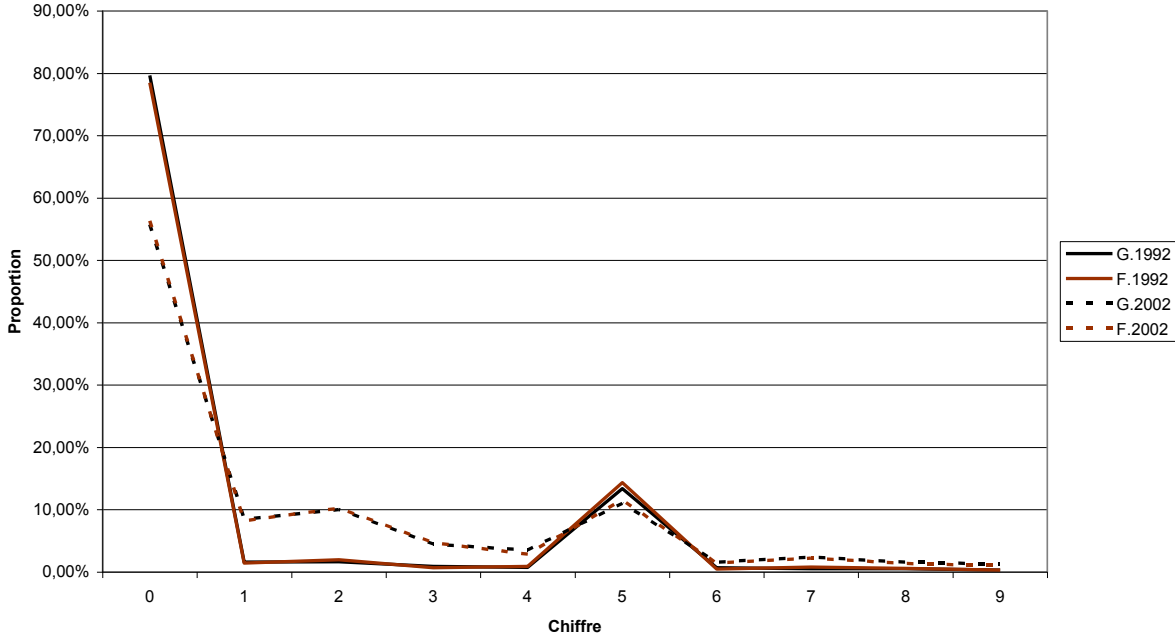
Graphique n° 6.12.a : Répartition des poids des enfant selon son dernier chiffre



تتطابق منحنيات الطول حسب الجنس خلال المسحيين و اكبر جاذبية شهدت عند العدد 0, حيث ان 80% من قامات الأطفال تنتهي ب 0 سنة 1992 و 55% سنة 2002, و يتضائل الفرق بين الشكلين من 4 الى 9 حيث سجلنا عدم تأثر القياسات بالوضعية.

## المنحنى 12.6ب: توزيع طول الأطفال حسب عدده الأخير

Graphique n° 6.12.b : Répartition des tailles des enfants selon le dernier chiffre de la mesure

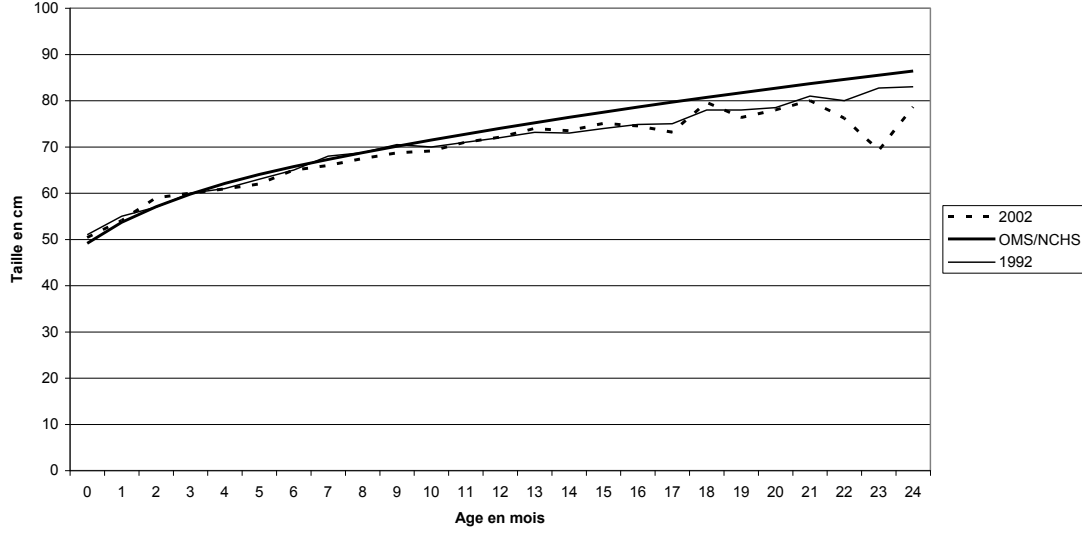


### 1 - طول الأطفال أقل من سنتين

ان المقارنة بين البيانات التي تم جمعها و الجداول المرجعية للمنظمة العالمية لصحة تظهر ان طول الأطفال الذكور الذين تقل أعمار على سنتين محصورة بين -2 انحراف معياري و +1 انحراف معياري و تم تسجيل بعض القيم الغير عادية, و يعرف مخطط قيم طول الوسيط تذبذبات عند بعض الأعمار و هي راجعة الى أخطاء في القياس.

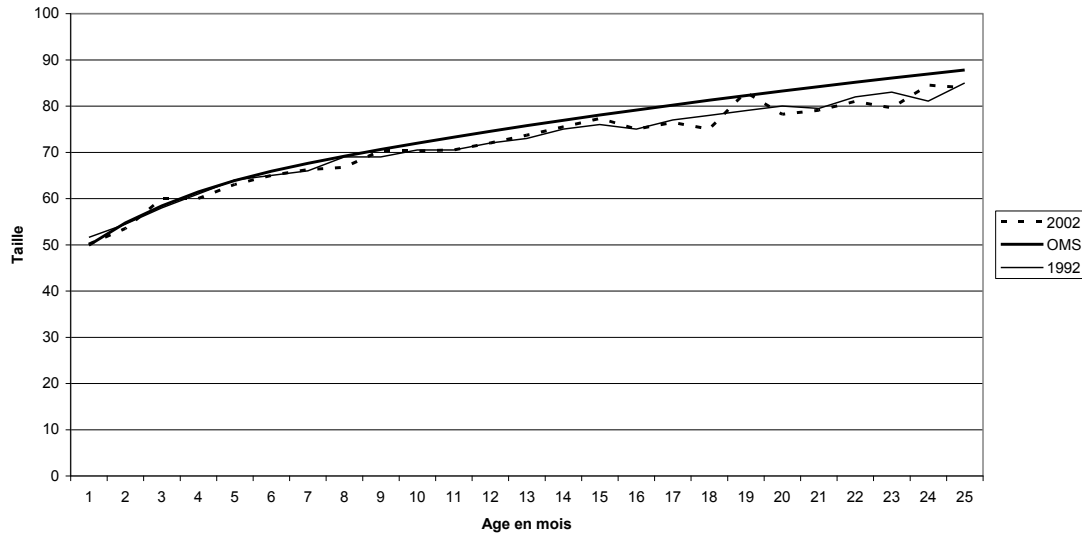
نحاول فيمالي مقارنة معطيات المسحيين مع منحنيات النمو المرجعية للمنظمة العالمية لصحة, و تبين النتائج ان الطول الوسيط للأطفال سنة 2002 هي أكبر من القيم المرجعية الى غاية العمر 14 شهرا, و بعد تسعة أشهر نلاحظ أن منحنيات الخاصة بالمسحيين تقع تحت قيم الجداول المرجعية, و متوسط الحجم للأطفال في عام 2002 هي أعلى بكثير من القيم المرجعية الى غاية 4 أشهر و ابتداء من تسعة أشهر نلاحظ منحنيات هاتين الدراستين تقع تحت المخططات المرجعية. إن الإقتصار على الرضاعة الطبيعية لوحدها لا يكفي بعد أربعة أشهر, لأن حليب الأم وحده لا يستطيع تغطية الحاجيات الغذائية لطفل بعد 6 أشهر, و أكبر فرق سجل عند 23 شهرا للإناث حيث سجلنا 16 سم فرق بين الطول الوسيط للبنات سنة 1992 و 6 سم بنسبة لذكور مقارنة مع الجداول المرجعية.

المنحنى 13.6: مقارنة طول الوسيط حسب العمر لمعطيات المسحين و الجدول المرجعي للمنظمة العالمية لصحة للإناث من 0 الى 24 شهرا



إن المنحنيات الثلاثة جد متقاربة الى غاية ستة أشهر, و نسجل فرق معتبر ابتداء من تسعة أشهر في 1992 مقارنة بالجدول المرجعية, كما نلاحظ أن المخطط الخاص بمعطيات مسح سنة 1992 اكثر انتظام مقارنة بمنحنى الخاص بسنة 2002.

المنحنى 13.6ب: مقارنة طول الوسيط حسب العمر لمعطيات المسحين و الجدول المرجعي للمنظمة العالمية لصحة نكور من 0 الى 24 شهرا

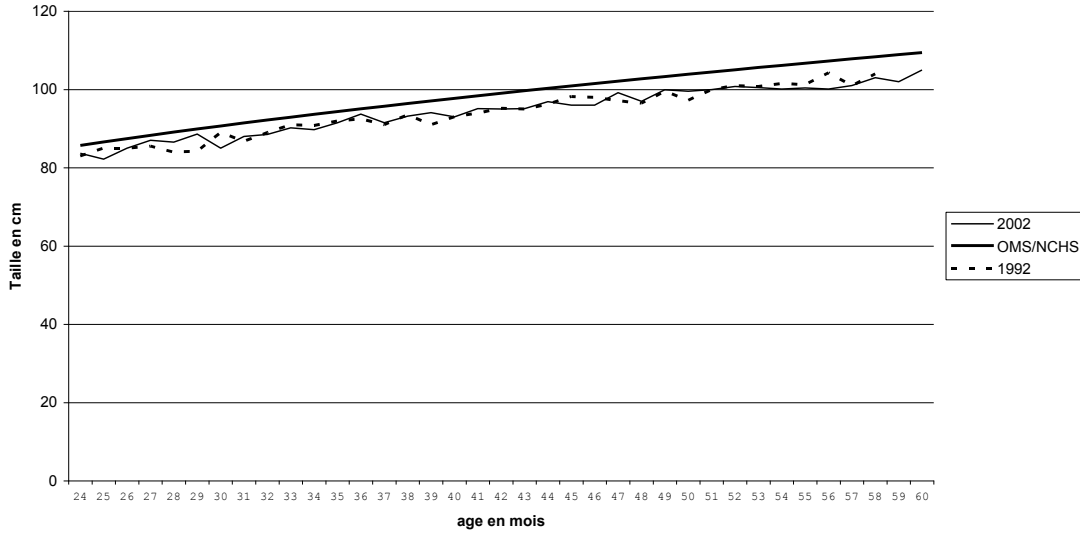


ب- طول الأطفال 24 الى 59 شهرا

ان الطول الوسيط للأطفال أقل من ستة سنوات عند الجنسين سجل قيم أقل من القيم المرجعية للمنظمة العالمية لصحة خلال المسحين, و المنحنى الخاصة بمعطيات 1992 و 2002 متطابقة عند أغلب الأعمار.

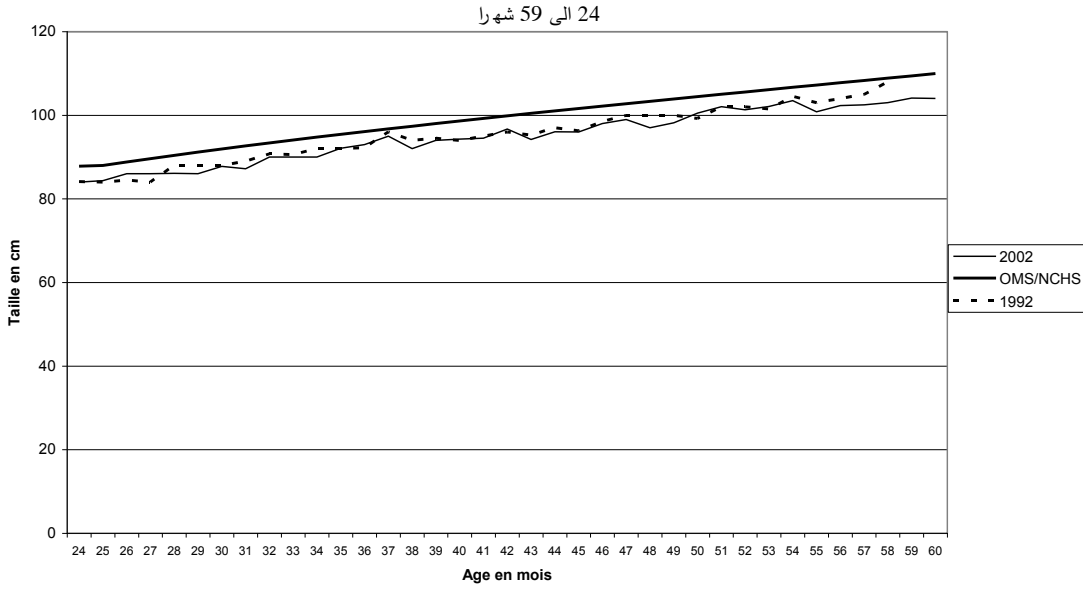
نلاحظ ان طول الذكور عند 35 و 37 شهرا متساوية سنة 1992, و الفرق بين القيم الخاصة بالطول سنة 1992 تزداد بعد 54 شهرا مقارنة بالجدول المرجعية, و نتائج مسح 1992 هي أقرب لنتائج الجداول المرجعية مقارنة بمعطيات 2002.

المنحنى 13.6: مقارنة طول الوسيط حسب العمر لمعطيات المسحين و الجدول المرجعي للمنظمة العالمية لصحة اناث من 24 الى 59 شهرا



إن طول الوسيط عند الإناث عند الأعمار 27 و 28 و 35 شهرا لا تختلف كثيرا على قيم الجداول المرجعية.

المنحنى 13.6: مقارنة طول الوسيط حسب العمر لمعطيات المسحين و الجدول المرجعي للمنظمة العالمية لصحة ذكور من

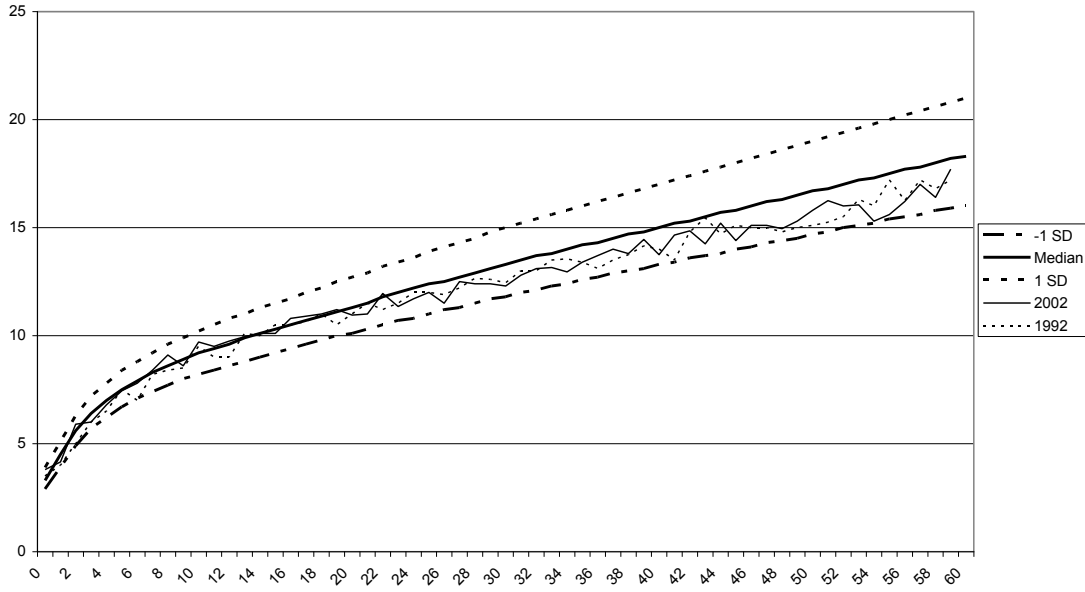


ان مقارنة قياسات الطول للبنات أقل من سنتين تبرز قيم شاذة عند العمر 23 شهر, حيث ان الطول الوسيط عند هذا العمر أقل من 3 انحراف معياري مقارنة بالجدول المرجعية , أما بالنسبة للأعمار الأخرى فتتراوح القيم بين -2 انحراف معياري و +1 انحراف معياري . أما بالنسبة للأطفال اعمارهم اكثر من سنتين, فإن المنحنيات الخاصة بالطول الوسيط تتراوح بين -1 انحراف معياري و +1 انحراف معياري للجنسين.

ج- الوزن

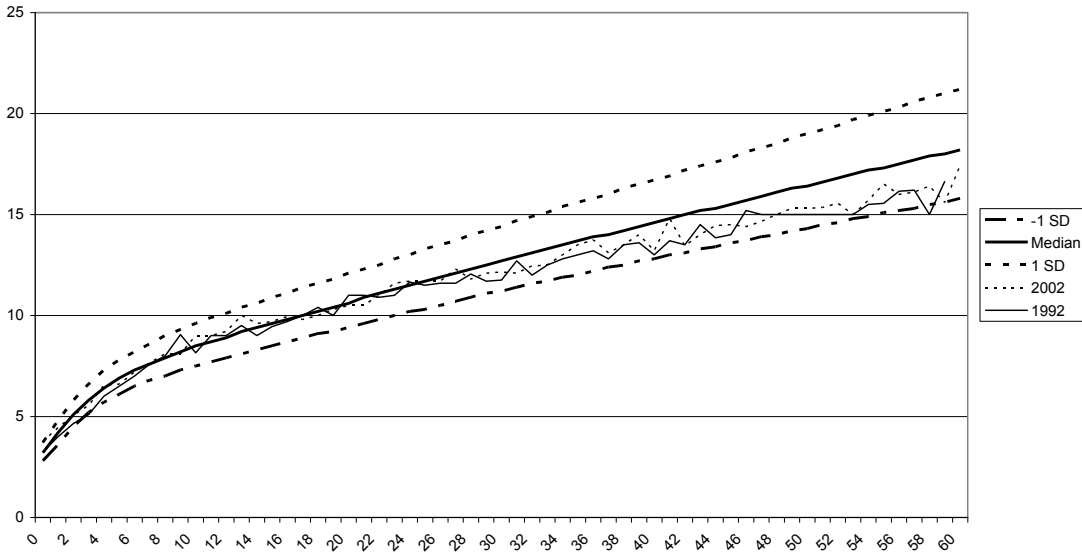
تتصدر أوزان الأطفال المستخرجة من مسح 2002 بين -1 انحراف معياري و +1 انحراف معياري للإناث و الذكور , و أكبر فرق بين الوزن الوسيط و القيم المرجعية عند الأطفال عمرهم 41 شهرا سنة 1992 (1,7 كلغ), و بلغ هذا الفرق سنة 2002 2 كلغ عند العمر 54 شهرا و المنحنيات الخاصة بالمسحين متقاربة و تظهر تذبذبات في بعض الأعمار. فعند الولادة أوزان الأطفال عند الجنسين أكبر من قيم الجداول المرجعية خلال المسحين و نلاحظ ان الفرق بين الوزن الوسيط و الجداول المرجعية أقل عند الذكور.

المنحنى 14.6: مقارنة الوزن الوسيط حسب العمر لمعطيات المسحين و الجدول المرجعي للمنظمة العالمية لصحة ذكور



أكبر فرق بين متوسط الوزن و القيم المرجعية سنة 1992 لوحظ عند الأطفال أعمارهم 59 شهرا و تقلص هذا الفرق سنة 2002 حيث بلغ 1,5 كلغ. كما سجلنا تقارب مختلف المنحنيات المستخرجة من المسحيين مع ظهور تذبذبات عند بعض الأعمار.

المنحنى 14.6ب: مقارنة الوزن الوسيط حسب العمر لمعطيات المسحين و الجدول المرجعي للمنظمة العالمية لصحة اناث



نلاحظ ان الفرق بين مختلف المنحنيات و الجداول المرجعية الى غاية شهرين يبقى ضئيل, و لكن بعد هذا العمر يزداد الفرق بين المعطيات الجزائرية و القيم المرجعية للجنسين.

إن نسبة القيم الناقصة مرتفعة للوزن و الطول في 2002, حيث أن نصف الأطفال نعرف أوزانهم و طولهم سنة 2002 مقابل 80% من الولادات الخمس سنوات قبل المسح في عام 1992.

## الخاتمة

تم انجاز العديد من المسوح منذ الاستقلال و لكن رغم وجود العديد من مصادر المعلومات تبقى هذه الأخيرة قليلة الأستعمال, و حتى التقارير النهائية غير متوفر لبعض المسوح (مسح 1990) كما يبقى الوصول الى قواعد البيانات صعب لأن المعطيات متواجدة في العديد من الهيئات مثل الديوان الوطني للإحصاء و المعهد الوطني لصحة, و غياب هيئة تجمع نتائج مختلف المعطيات تحد و تصعب من استغلال هذا الكم الهائل من المعلومات.

و نعتمد في دراستنا هذه على مسحين هما المسح الخاص بصحة الأم و الطفل في سنة 1992 و المسح الخاص بصحة الأسرة الذي اجري سنة 2002, و هاتين الدراستين تنتمي لنفس البرنامج و تكفل بإنجازهما الديوان الوطني للإحصاء.

و كان مسح 1992 ممثل على المستوى الوطني بينما مسح 2002 ممثل على المستوى المحلي, و تم الإعتماد في تمثيل على المستوى الإقليمي نظرا لإختلاف المؤشرات حسب مختلف مناطق البلاد. و يحتوي المسحين على العديد من المعلومات الخاصة بالطفل و أسرته و ظروف الإقامة, و لكن بعض الأسئلة لم تدرج في 2002 مثل بعض الأمراض و ظروف الوفاة و سببها.

أما فيما يخص عدم الإجابات فإن نسبة الخاصة بهم عموما منخفضة كما سجلنا ظهور ظاهرة الجاذبية في المتغيرات الكمية (العمر و المدة).

و سنتطرق في الفصل القادم الى خصائص الأسرة و المسكن حيث قمنا بعمليات تصنيف كل من رب الأسرة و ظروف السكن و الممتلكات و تجهيزات المسكن.

## المقدمة

ان جميع العلاقات بين الطفل والعالم تمر عبر الأسرة التي ينتمي إليها و النموذج المثالي للأسر المعيشية مؤلفة من الزوجين والأولاد غير المتزوجين , حيث يكون دور الزوج توفير الاحتياجات المادية بينما المرأة مسؤولة عن المهام المنزلية. "وهي مسؤولة عن إدارة الموارد المشتركة للأسرة ، الأعمال في الحقل والمياه ، والغذاء ، هي مسؤولة على توفير الخدمات الأساسية لصحة للأطفال و لكبار السن (Brachet Marquez , 1990 cite par Echarri Canovas, 1993, p.6).

تعرف الأسرة على انها مجموعة من الخصائص وركزت العديد من البحوث على بعض العناصر المعينة, و المستوى الاقتصادي للأب متواجد في العديد من الاستبيانات, عند نفس المستوى الاقتصادي يقابلها العديد من الحالات, و بالتالي فإننا صنفنا في نفس الفئة الأطفال الذين ينتمون إلى أسر مختلفة من حيث التكوين و الحجم.

يعتبر دخل الأسرة وتوزيعه بين أفراد الأسرة أهم ميزة لصحة الأطفال لان الموارد المالية تساهم في توفير مجموعة من الأملاك واستعمال العديد من الخدمات التي قد تؤثر على الوفاة من خلال المحددات الوسطية ( Barbierri, 1991, p. 26 ). ان الموارد الاقتصادية للأسر تكتسي أهمية في ضمان نظام غذائي متوازن وملئم لجميع أفراد الأسرة ، وخاصة النساء الحوامل والمرضعات, و لرب الأسرة دورا هاما في توزيع الدخل بين أفراد الأسرة , والد الطفل ليس دائما رب الأسرة, و في الواقع ان أزمة السكن أجبرت العديد من الأزواج الذين لتعيش مع والديهم. ولإبراز هذه الظاهرة تم إنشاء متغير جديد اسمه نوع الأسرة الذي يعتمد على علاقة القرابة مع رب الأسرة .

يحتوي المسحيين على خصائص رب الأسرة وتم اختيار المتغيرات التالية لتصنيف رب الأسرة هي: الجنس و العمر و الحالة المدنية و المستوى التعليمي والنشاط الاقتصادي.

بالإضافة إلى المعلومات الخاصة برب الأسرة هناك معلومات حول خصائص المسكن وأملاك الأسرة.

والهدف من هذا الفصل هو بناء المؤشرات التي تلخص المعلومات الواردة في العديد من المتغيرات, و استخدمنا أساليب التصنيف لبناء مؤشرات التي تلخص المعلومات عن أرباب الأسر ، والإسكان ، والمعدات المتوفرة في المساكن والممتلكات حيث شيدت ثلاثة متغيرات جديدة و تم استخدام طريقتين للتصنيف و هي طريقة السراب الديناميكي و الثانية ستاب ويز. تتطلب الطريقة الأولى لاستخدامها أن تكون كل المتغيرات حسابية إلا أن لدينا متغيرات كيفية فلماذا أجبرنا لاستعمال طريقة

لتحويل المتغيرات الكيفية لمتغيرات حسابية (Analyse des correspondances) أما فيما يخص الطريقة الثانية لتصنيف فإنها تقبل المتغيرات الحسابية والكيفية .

#### 7-1 بنية الأسرة

إن الأسرة التي ينتمي لها الطفل لها دور مهم في حالته الصحية, ونرمز في بحثنا الى بنية الأسرة بالاعتماد على المتغيرات التالية مكونات الأسرة وعلاقة القرابة مع رب الأسرة .

وتعتبر الأم في كثير من الحالات الشخص الذي يقع على عاتقه مهمة رعاية الطفل من حيث الغذاء والأمور اليومية .

#### 7-1-1 مكونات الأسرة

هناك مجموعة من السمات يجب فحصها لتحديد إذا كانت الأسرة نوية و حديثة, و هذه الخصائص سوف تعكس أثر التغير الاجتماعي على الأسر والأفراد وستؤثر هذه التغيرات في التصرف تجاه المرض, و من بين السمات ندرج التعليم ، واستعمال وسائل الاتصال ، واستخدام الخدمات الصحية ، والتوسع الحضري.

و يعتبر تصنيف الأسرة كأسرة نوية او ممتدة مهم, لأنه يخبرنا عن العلاقات الأسرية الموجودة و مختلف الأجيال التي تعيش معا.

ان مركز و دور مختلف اعضاء الأسرة مرتبط ببنية السلطة و أليات صنع القرار, و توزيع الأدوار بين أفراد الأسرة ، وتقاسم الموارد فيما بينهم.

إن متوسط عدد أفراد الأسرة في الجزائر يقدر بسبعة أشخاص, ونظرا لأزمة السكن التي يعيشها الجزائريين يضطر العديد من الأزواج العيش مع أوليائهم خاصة في المدن الكبرى ، أن الأسر التي يعيش فيها عدد كبير من العمال تتوفر على مداخل معتبرة وتنخفض مختلف الأعباء المرتبطة بالسكن ( الكراء، الماء ، الكهرباء ) لكل فرد من الأسرة ولكن هذه الميزة تقابلها الضيق في المسكن الذي يؤدي إلى إنخفاض المكان المخصص لكل فرد وهذا قد يسبب توترات بين مختلف أفراد الأسرة .

يزداد تقاسم مختلف الموارد (المسكن ، الغذاء ، اللباس ، الدواء) في الأسر ذات حجم كبير وهذا ما قد يزيد من احتمال التعرض للإصابة بالأمراض المعدية (Canovas, 1993, p23) .

إن الأمهات اللواتي يعشن في أسرة ممتدة ليست المسؤولة الوحيدة على صحة أطفالها, كما لا نستطيع اتخاذ القرار لذهاب إلى مرفق صحي من دون موافقة الأعضاء ذوي النفوذ في الأسرة مثل الزوج أو أب الزوج أو أمه.

إن تعميم التعليم خاصة للإناث والتحضر والزيادة في الدخل أدوا إلى تغيير عميق في أدوار أفراد الأسرة وخاصة النساء, فإن الإتجاهات والسلوكيات الجديدة التي تتبناها المرأة المتعلمة لا تلقى قبول من المجتمع, وبالتالي قد تحدث صراعات بين مختلف الأجيال, وهذه الوضعية ليست خاصة بالجزائر حيث لوحظ في المكسيك نفس الوضعية ويقول بشأنها كنوفاس أن التغيير الاجتماعي والاقتصادي الذي تعيشه المكسيك منذ 1940 خاصة تعميم التعليم والتحضر السريع ونمو دخل الفرد والتحول العميقة في البنية الاقتصادية أحدث اختلاف في وجهات النظر والسلوكيات بين مختلف الأجيال تجاه التقاليد, واستخدام الخدمات الصحية وتكنولوجية المعلومات الطبية الخاصة بالغرب . (Canovas, 1993, p24).

#### 7-1-2 أنواع الأسر

تم جمع معلومات حول علاقة القرابة لمختلف افراد الأسرة اثناء مسح 2002. وتم جمع معلومات حول القرابة ورقم العائلة خلال المسح الذي أجرى سنة 1992 لكن فيما يخص القرابة مختلف قيم الرموز غير موجود في التقرير النهائي .

أما فيما يخص تعداد 1998 فالمعلومات حول العائلات التي تكون الأسرة غير متوفرة في المسح 2002, وهذا العائق لم يمكننا من بناء نفس أنواع الأسر الملاحظة في التعداد , فإننا نجد المفهومين الأسرة والعائلة متوفرة في تعداد 1998, وقد تم تحديد 4 أنواع من العائلات و 15 نوع أسرة .

وتم إنشاء نفس نموذج الأسر في 1998 مع تعداد 1966, واعتمد هذا التصنيف على عدد العائلات وتعايش مختلف انواع الأسر ووجود أو عدم وجود أشخاص بدون علاقة قرابة .

الجدول رقم 1.7.1 : عدد العائلات حسب نوع العائلة من خلال تعداد 1998

نوع	حضر	ريف	مجموع
العائلات	3083877	2024214	5108091
زوج بأطفال-1	77,1%	80,0%	78,2%
زوج بدون اطفال-2	8,1%	8,4%	8,2%
عائلة بأحد الوالدان-3	13,3%	10,2%	12,1%
اخر-4	1,5%	1,3%	1,4%
المجموع	100%	100%	100%
عدد العائلات	3083877	2024214	5108091
Source : ONS, données statistiques, N° 314, Novembre 2000			

ونلاحظ في الجدول رقم 1.7. ب تطابق الأسر ذات نوع 10 و 11. كما لا نستطيع إعادة بناء جميع أنواع الأسر الموجودة في التعداد 1998 باستخدام المعطيات المستخرجة من مسح 2002, ولكن هذا لن يؤثر على دراستنا لأن العديد من الأنواع الأسر لا يوجد فيها أطفال, وموضوع دراستنا تخص صحة الأطفال أقل من ستة سنوات وبالتالي فإن الأسر التي تحتوي على الأطفال هي الوحيدة التي تهتمنا .

الأسر التي تحتوي على أكثر من عائلة لا نستطيع إنشاءها, لأن كما ذكرنا سابقا المعلومة الوحيدة المتوفرة وهي علاقة القرابة مع رب الأسرة, ولا توجد معلومات حول مختلف العائلات التي تشكل الأسرة .

وفيما يخص الأنواع التي نستطيع بناءها فهي النوع الثاني المكون من شخصين أو أكثر بدون عائلة بيولوجية, ومختلف الانواع المتكونة من عائلة بيولوجية التي تحتوي على الزوجين والأطفال , أزواج بدون أطفال والعائلات التي تحتوي على أحد الوالدين .

يشير الجدول رقم 1.7.ب أن 61 % من الأسر هي من نوع الثالث, أي أنها متكونة من الزوجين والأطفال ولا يوجد فيها أشخاص بدون علاقة قرابة, والنتائج متشابهة في الوسطين الريفي والحضري .

الجدول 1.7.ب : عدد الأسر حسب نوع الأسرة في تعداد 1998

نوع	ريف	حضر	المجموع
-----	-----	-----	---------

2,4%	2,3%	2,4%	واحد شخص 1-
0,6%	0,7%	0,5%	عائلة بيولوجية شخصين و اكثر بدون 2-
61,1%	60,4%	62,1%	عائلة نوع 1 لا تحتوي على اشخاص خارج العائلة 3-
3,7%	3,6%	3,8%	عائلة نوع 2 لا تحتوي على اشخاص خارج العائلة 4-
6,3%	6,9%	5,4%	عائلة نوع 3 لا تحتوي على اشخاص خارج العائلة 5-
7,7%	7,9%	7,5%	نوع 1 تحتوي على اشخاص خارج العائلة عائلة-6
0,8%	0,8%	0,7%	تحتوي على اشخاص خارج العائلة نوع 2 عائلة-7
1,5%	1,7%	1,1%	العائلة تحتوي على اشخاص خارج عائلة نوع 3- 8-
0,1%	0,1%	0,2%	عائلتان من نوع 2 مع وجود او عدم وجود اشخاص خارج العائلة 9-
8,1%	8,0%	8,3%	عائلتان من نوع 1 او 3 مع وجود او عدم وجود اشخاص خارج العائلة 10-
3,2%	3,1%	3,4%	من نوع 1 او 3 مع وجود او عدم وجود اشخاص خارج عائلتان-11
2,4%	2,4%	2,4%	عائلات او اكثر من كل الأنواع بدون او وجود اشخاص خارج 3- 12-
0,9%	0,9%	0,9%	عائلة نوع 4 بدون اشخاص معزولين 13-
0,2%	0,2%	0,2%	عائلة نوع 4 مع وجود اشخاص معزولين 14-
0,9%	1,0%	0,9%	انواع اخرى من الأسر 15-
100%	100%	100%	المجموع
4425521	2680979		عدد الأسر
Source : ONS, données statistiques, N° 314, Novembre 2000			

تم استعمال المتغير علاقة القرابة لكل عضو من الأسرة لبناء نوع الأسر باستعمال معطيات مسح 2002, وعلاقة القرابة مع رب الأسرة جد مهمة لمعرفة نوع الأسرة, وأكبر شريحة عدديا تخص فئة الأطفال حيث أن اكثر من نصف أفراد الأسر هم أبناء رب الأسرة, ونسبة الأطفال أكبر اذا كان رب الأسرة رجل وتوطن الأسرة في الوسط الحضري, ونلاحظ نسبة معتبرة من ازواج الأبناء والبنات .

إذا كان رب الأسرة امرأة, وهذه الحالة ليست غريبة عن المجتمع الجزائري حيث أن لا تترك الوالدة وحدها خاصة إذا كانت مسنة أو مريضة, والأبناء الذكور خاصة يعتبرون استثمار للوالدين حيث ينتظر منهم رعايتهم عند الكبر خاصة مع العجز المسجل في الجزائر لهياكل إستقبال المسنين .

نلاحظ أن نسبة أزواج وزوجات الأبناء الذين يعيشون مع الأب رب الأسرة متقاربة في الوسط الحضري والريفي, وتتضاعف هذه النسبة إذا كان رب الأسرة امرأة , ونلاحظ نسبة معتبرة من الأولياء الذين يعيشون مع أبنائهم في الوسط الحضري و الريفي .

إن النساء تتراأس الأسرة عند الأعمار المتقدمة وهذا ما يقلل من احتمال وجود الأولياء على قيد الحياة.

الجدول 1.2.7: توزيع أفراد الأسرة حسب العلاقة مع رب الأسرة وجنسه و مكان الإقامة في 2002

صلة القرابة	حضر		ريف		المجموع	
	ذكور	اناث	ذكور	اناث	ذكور	اناث
رب الأسرة	15,63%	20,89%	20,49%	14,74%	20,78%	15,25%
زوج زوجة	15,20%	0,90%	0,62%	14,35%	0,82%	14,84%
ابن ابنة	60,26%	57,69%	64,14%	61,96%	59,43%	60,98%
زوج الابنة زوجة الابن	1,48%	4,03%	3,56%	1,48%	3,90%	1,48%
احفاد	2,79%	9,87%	7,74%	2,87%	9,29%	2,82%
الأب الأم	1,34%	0,93%	0,55%	1,43%	0,82%	1,38%
أب أم الزوجة	0,05%	0,09%	0,11%	0,04%	0,10%	0,05%
أخ أخت	1,76%	1,81%	0,98%	1,93%	1,59%	1,83%
أخ أخت الزوجة	0,12%	0,13%	0,00%	0,12%	0,10%	0,12%
قرابة اخرى	1,04%	2,35%	1,53%	0,88%	2,13%	0,97%
متبني	0,27%	0,85%	0,22%	0,13%	0,68%	0,21%
بدون صلة قرابة	0,07%	0,47%	0,04%	0,05%	0,35%	0,06%
لا يعرف	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,01%	0,00%
المجموع	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
العدد	64938	7450	2752	47255	10202	112193

تم حساب لكل أسرة عدد كل صلة قرابة مع رب الأسرة ووجدنا أن 14 % من الأسر لا تحتوي على الزوج وأقل من 1 % من الأسر متعددة الزوجات .

كما تم إحصاء أقل من 10 % من اولياء أرباب الأسر وهذه النسبة تتخفص للوالدين معا ، وقد تم إحصاء 1% من الأسر التي تحتوي على الأبوين معا، وفيما يخص أولياء الزوج أو الزوجة تم إحصاء 63 حالة يعيشون مع ازواج بناتهن وحالة واحدة تخص أب و أم الزوجة مع زوج البنت. .

ويحتوي ثلثي الأسر على ثلاثة أبناء على الأقل عزاب، وتم إحصاء واحد إلى اثنين أبناء متزوجين في أقل من 10% من الأسر كما سجلنا 1.5% من الأسر التي تحتوي على ثلاثة أبناء متزوجين، ونلاحظ أن نسبة أقارب الزوج أكبر من نسبة أقارب الزوجة وعدد أشقاء وشقيقات رب الأسرة أكثر من أخوات وأخوان الزوجة ، كما نلاحظ أن أقل من 5% من أعضاء الأسرة ليسوا آباء ولا أبناء ولا أشقاء رب الأسرة.

وفيما يخص الأبناء المتبنين تم إحصاء أقل من 20%، ونلاحظ نسبة قليلة جدا من أعضاء الأسرة بدون صلة قرابة.

الجدول 2.7.ب : توزيع الأسر حسب عدد والحالة الزوجية لأفراد الأسرة في 2002

عازب			متزوج			المجموع			الوضعية
0 (%)	1-2 (%)	>=3 (%)	0 (%)	1-2 (%)	>=3 (%)	0 (%)	1-2 (%)	1-2 (%)	
10,6	22,7	66,7	90,7	7,9	1,5	8,3	22,7	69	ابن
			91,0	8,8	0,2	91,0	8,8	0,2	زوج الإبنة زوجة الإبن
90,4	6,7	2,9	100			90,4	6,7	2,9	أحفاد
95,7	2,9	1,4	99,3	0,7		94,7	3,7	1,6	إخ - أخت
99,9	0,07		99,4	0,6		99,3	0,7		أخت الزوج - أخ الزوج
96,6	2,8	0,5	99,69	0,31		95,90	3,5	0,6	قرابة أخرى
98,7	1,28	0,02	99,95	0,05		98,7	1,3		متبني
99,9	0,06		99,95	0,05		99,63	0,32	0,05	لا توجد صلة قرابة

لبناء متغير نوع الأسرة، تم عزل الأسر المتكونة من رب الأسرة والزوج وعلى أقل من ابن عازب، وتم اختيار الأسر ذات حجم أكبر من واحد لانه لا نستطيع إيجاد طفل أقل من 6 سنوات يعيش وحده.

النوع الأول : هذا نوع يتكون من رب الأسرة و الزوجة والأبناء العزاب ويسمى هذا النوع "الأسرة النووية".

النوع الثاني : يسمى هذا النوع وحيد الوالدين وكما يبين الإسم فإن هذا النوع يتكون من أحد الوالدين والأبناء العزاب .

النوع الثالث : إذا كان عدد أفراد الأسرة أكبر من صفر و هذا النوع يطلق عليه إسم "الأسرة الممتدة" , جميع افراد الأسرة مرتبطين بعلاقة قرابة .

النوع الرابع : يشمل هذا النوع على الأسر التي لم تستطيع تصنيفها ضمن الانواع السابقة ونلاحظ وجود افراد بدون علاقة قرابة مع رب الأسرة في هذا النوع.

7-1-2-1 توزيع فئات حسب المنطقة

تمثل الأسر النووية أكثر من نصف الحالات ( 51.51%) من مجموع الأسر, ونلاحظ أن نسبة الأسر النووية أكبر في الوسط الريفي ، وحسب تعداد 1998 فإن أكثر من 60% من الأسر المتكونة من عائلة واحدة أي الزوجين والأبناء, ولا يوجد في هذا النوع أفراد بدون علاقة قرابة مثل هذا النوع 46.2% سنة 1966 ( ONS, 2000, p1 ) .

هذه النتائج تناقض فرضيات Goode ونماذج برنسون (Parsons) حول الأسر النووية تحت تأثير الحداثة, بحيث نلاحظ انتشار "الأسر النووية" في الوسط الريفي مقارنة بالوسط الحضري, ولا نستطيع تقبل أن الوسط الريفي أكثر حداثة من الوسط الحضري في الجزائر. توصل أحد المؤلفين الى نفس النتيجة في المكسيك والتبريرات التي قدمها المؤلف هي وفرة الأراضي في الوسط الريفي, وهذا ما يسمح للزواج الجدد ببناء مساكن مستقلة عن الأباء, وكذلك الهجرة الى المدن حيث ان القرابة تشكل شبكة دعم واستقبال لأفراد الأسرة القادمين من الريف .

بعد إستقلال الجزائر سنة 1962, فإن الجهد الرئيسي لتنمية الاقتصادية المتمثل في استثمارات ضخمة في القطاع العام والصناعة والبنى التحتية .

إن الاستثمارات في القطاع الزراعي لم تكون كافية لتلبية حاجيات السكان والمراكز الحضرية توسعت على السهول الساحلية التي تشكل الأراضي الخصبة والغنية في البلاد, وهذه السياسة شجعت وساهمت في النزوح الريفي وتوسع المراكز وتدهور ظروف الحياة والعمل ، وبقي في القرى الاشخاص المسنين, أما الشباب فأختاروا المدن الكبرى نظرا لتوفر فرص العمل .

الجدول 2.7 ج : توزيع الأسر المعيشية حسب نوع الأسرة

EASME 1992		EASF 2002		
حضر	ريف	حضر	ريف	
54,11%	54,68%	48,27%	56,53%	نووية
		5,55%	4,28%	أحد الوالدين (الأب أو الأم)
		17,15%	16,63%	ممتدة
45,89%	45,32%	29,03%	22,56%	أخر
3038	2873	11703	7530	الأعداد

7-1-2-2 توزيع أنواع الأسر حسب العمر و جنس رب الأسرة

يعتبر جنس رب الأسرة محدد هام في نوع الأسرة, أن قيادة المرأة للأسرة حدث نادر ونلاحظ تمركز نساء ربات الأسر عند الأسر احادية الأبوين أما فيما يخص الأنواع الأخرى فنجد أن أغلب هذه الأسر يرأسها رجل .

الجدول 2.7.د : توزيع الأسر حسب نواعها وعمر و جنس رب الأسرة في 1992 و 2002

السنة	نوع الأسرة	جنس رب الأسرة		عمر رب الأسرة				
		رجال	نساء	15-29	30-39	40-49	50-59	60 &+
1992	نووية	60,9%	0,3%	48,1%	64,7%	66,7%	42,8%	
	أخر	39,1%	99,7%	51,9%	35,3%	33,3%	57,2%	
	مجموع	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	عدد الأسر	5275	636	285	1470	1482	2659	
2002	زوج مع الأبناء	57,7%	1,5%	38,4%	64,9%	65,4%	47,0%	31,5%
	أحد الولدين (الأب أو الأم)	0,5%	41,5%	2,1%	3,6%	4,6%	6,0%	6,2%
	ممتدة	15,7%	27,3%	33,9%	15,0%	11,5%	12,0%	26,3%
	أخر	26,1%	29,7%	25,6%	16,4%	18,5%	35,0%	36%
	مجموع	100%	100,0%	100%	100%	100%	100%	100%
	عدد الأسر	17113	2120	531	3845	5579	4078	5192

إن الهيكل العمري لأرباب الأسر مرتبط بنوع الأسرة حيث نلاحظ ان أرباب الأسر أقل من 50 سنة ينتمون لأسر نووية في حين أن الأسر الممتدة مسيرة من طرف أرباب اعمارهم تفوق 60 سنة, و أكبر نسب لأرباب الأسر أقل من 60 سنة سجلت في الأسر النووية .

تم إحصاء نسبة 65% من الأسر مسيرة من أفراد تتراوح اعمارهم بين 30 إلى 49 سنة, وأكثر من نصف الأسر الممتدة مسيرة من طرف أفراد تقل اعمارهم على 30 سنة, و هذه الوضعية راجعة إلى زواج الأبناء الذين يعيشون مع آبائهم, وتعتبر الحالة الزوجية متغير مهم لقيادة الأسرة .

7-1-2-3 توزيع الأسر حسب الحالة الزوجية

كما تم الإشارة إليه سابقا, أن العمر يؤثر على نوع الأسرة ولكن يجب أن نأخذ بعين الإعتبار الحالة الزوجية لقيادة الأسرة, وأقل نسب تم تسجيلها عند الأشخاص العزاب و اعمارهم أقل من 30 سنة حسب المسحيين اما فيما يخص الاشخاص المتزوجين و اعمارهم أكبر من 40 سنة فنصفهم يعتبرون أرباب أسرة , وحسب الحالة المدنية . فإن احتمال قيادة الأسرة تزداد معا ارتفاع العمر ما عدا المطلقين والارامل حيث نلاحظ أنخفاض نسبة ارباب الأسر في هذه الشريحة لآعمار أكبر من 60 سنة, وهذه نتيجة تأكدت في مسح 2002 .

الجدول 3.7 : نسبة تسيير الأسرة حسب العمر والحالة المدنية

العمر	1992			2002		
	عازب	متزوج	أرمل / مطلق	عازب	متزوج	أرمل / مطلق
15-29	0,44%	10,58%	8,25%	0,41%	8,28%	11,26%
30-39	3,48%	37,84%	24,00%	3,15%	32,60%	34,62%
40-49	13,92%	51,79%	62,34%	8,72%	50,09%	59,47%
50-59	19,23%	54,67%	57,66%	9,68%	55,76%	71,93%
60 و أكثر	20,00%	60,91%	33,33%	21,62%	64,06%	46,20%

#### 7-1-2-4 حجم الاسرة

إن متوسط حجم الأسرة متقاربة في المناطق الحضرية والريفية في 1992 و بينما سنة 2002 سجلنا انخفاض في حجم الأسرة في الوسط الحضري مقارنة بالمناطق الريفية , إن نسبة الأسر التي يتراوح عدد أفرادها بين 3 إلى 6 أكثر انتشارا في المناطق الحضرية, أما الأسر ذات حجم 8 أفراد أو أكثر فهي أكثر شيوعا في المناطق الريفية, ومتوسط عدد الأفراد في المناطق الريفية قدرت بـ 6.6 سنة 2002 و 7.2 سنة 1992 .

الجدول 1.4.7 : متوسط حجم الأسر حسب منطقة الإقامة في عامي 1992 و 2002

الوسط	1992				2002			
	متوسط	العدد	التشتت	الوسيط	متوسط	العدد	التشتت	الوسيط
حضر	6,79	3038	3,058	7,00	6,19	11703	2,597	6,00
ريف	7,17	2873	3,378	7,00	6,64	7530	2,795	6,00

المجموع	6,97	5911	3,223	7,00	6,36	19233	2,685	6,00
---------	------	------	-------	------	------	-------	-------	------

ويعتبر حجم الأسرة عامل مهم لقيادة الأسرة, فإن الأسر المسيرة من طرف رجل هي أكبر حجماً من الأسر المسيرة من طرف امرأة فإن متوسط حجم الأسرة تحت قيادة رجل تزيد على 6 أفراد بينما الأسر المسيرة من طرف امرأة يقل على 5.

وعند ادخال العمر فإننا نلاحظ أن أقل قيمة سجلت عند الأسر المسيرة من طرف أشخاص أعمارهم أقل من 30 سنة, وهذه الوضعية جد معقولة نظراً لأن هذه الأسرة في أغلب الأحيان متكونة من أزواج جدد .

أما أكبر حجم أسرة فتمت مشاهدته عند الأعمار 50 و 59 سنة, متبوع بأرباب الأسر في فئة العمر 40 إلى 49 سنة , إن الفرد البالغين في هذه الأسرة لم يستقروا, لأنهم لم يتزوجوا أو يجدون صعوبة للحصول على مسكن مستقل .

الجدول 4.7.ب : متوسط حجم الأسر حسب الجنس والفئة العمرية لرب الأسرة

فئات العمر	EASME 1992			EASF 2002		
	ذكر	أنثى	المجموع	ذكر	أنثى	المجموع
15-29	4,73	3,25	4,67	4,46	4,03	4,44
30-39	6,21	4,96	6,17	5,03	4,45	4,99
40-49	8,05	5,64	7,84	6,82	5,33	6,71
50-59	8,58	5,05	8,07	7,76	5,50	7,49
60 & +	7,02	3,99	6,46	6,77	4,33	6,32
المجموع	7,26	4,68	6,98	6,56	4,81	6,36

نلاحظ أن الأسر المسيرة من طرف نساء أقل عدد مقارنة بالأسر المسيرة من طرف الرجال و الأسر وحيدة الأبوين هي أقل حجماً, وهذه الأخيرة متكونة من أحد الأبوين والأطفال العزاب .

الجدول 4.7.ج : متوسط حجم الأسرة حسب نوعها و جنس رب الأسرة

نوع الأسرة	1992			2002		
	ذكر	أنثى	المجموع	ذكر	أنثى	المجموع
زوج مع الأبناء	6,8	6,2	6,2	6,21	5,9	6,2
أحد الولدين		4,7	4,7	4,75	4,4	4,5
ممتد		7,1	7,1	7,13	4,9	6,7
أخر	8,0	7,0	7,0	7,01	5,2	6,8

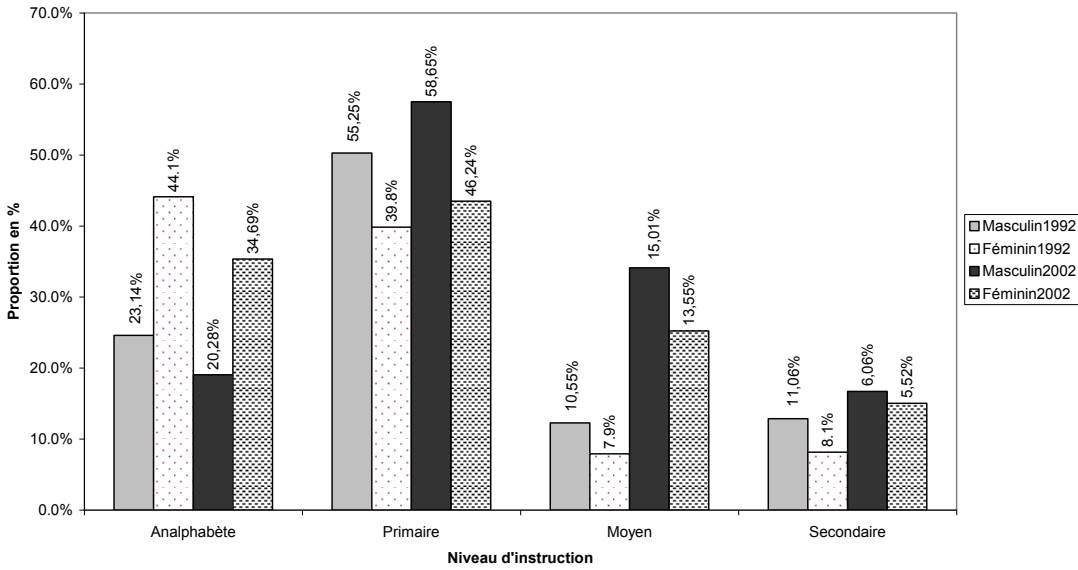
المجموع	7,2	6,6	6,6	6,6	4,8	6,4
---------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

#### 7-1-2-5 مستوى التعليم

نلاحظ ارتفاع في المستويات ابتدائي ومتوسط لكلا الجنسين بين 1992 و 2002 . أما فيما يخص المستوى الثانوي, ففي سنة 2002 نلاحظ نسبة أقل من الأشخاص في هذا المستوى مقارنة ب 1992 وهذه الوضعية راجعة إلى عدد الأسر المستجوبة خلال المسحيين, فإن حجم العينة سنة 1992 قدرت بـ 6133 أسرة و 20400 أسرة سنة 2002, و العينة لسنة 2002 ممثلة لمجموعة من المناطق الجغرافية, وكما هو معلوم فإن بعض المناطق تحتوي على مرافق أكثر, منها المؤسسات التعليمية خاصة في المستويات الثانوي والجامعي, وهذا ما يحرم العديد من الأفراد وخاصة البنات من إتمام دراستهم وهذه الوضعية تفاقمت خلال العشرية الصعبة التي مرت بها الجزائر .

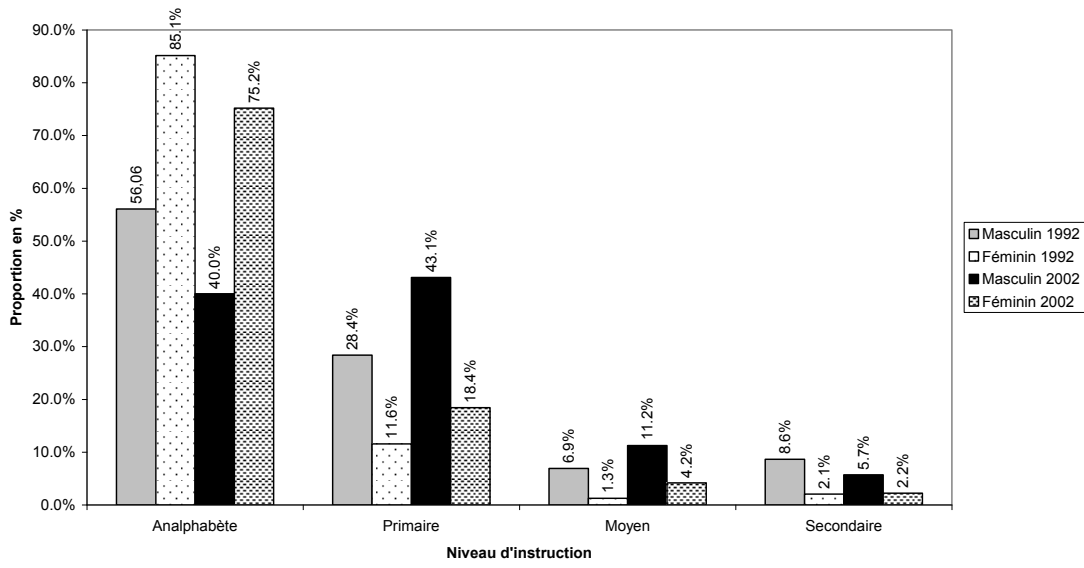
أما فيما يخص الأعضاء الآخرين للأسرة أقل انخفاض سجل عند النساء, ولكن يبقى الفرق بين الجنسين معتبر حيث قدر سنة 1992 بـ 40 نقطة و 30 نقطة سنة 2002 .

المنحنى 1.7 : توزيع افراد الأسرة اعمارهم 10 سنوات على الأقل حسب المستوى التعليمي و الجنس



ان مستوى تعليم أرباب الأسر يعكس الجهود المبذولة لتعميم التعليم, ولكن هناك فوارق معتبرة بين الجنسين. ونلاحظ ان اكثر من نصف أرباب الأسر رجال اميين و 85% من النساء اميات سنة 1992, إن نسبة الأمية انخفضت في وسط أرباب الأسر عند الجنسين, إلا أن اكبر انخفاض سجل عند الرجال و الفرق بين 1992 و 2002 هو 16 نقطة عند الرجال و 10 نقطة عند النساء حسب المسحيين, و نلاحظ ارتفاع مستوى تعليم أرباب الأسر بين المسحيين حيث تضاعفت نسبة ارباب الأسر ذوي المستوى الإبتدائي و المتوسط و الثانوي (المنحنى 2.7) و فيما يخص أرباب الأسر فإن أغليتهم باستثناء الرجال سنة 2002 اميين و هذه النتيجة منتظرة, لأن أرباب الأسر ينتمون الى فئات الأعمار الكبرى التي ولدت قبل الإستقلال و لم تستفيد من التعليم و الأشخاص الذين ولدوا بعد الإستقلال لم يصلوا بعد لقيادة أسرهم, و هذا راجع لإرتفاع سن الزواج و أزمة السكن التي يعيشها العديد من الجزائريين. و بتالي يضطر العديد من الأزواج الجدد الإقامة مع والديهم.

المحنى 2.7 : توزيع ارباب الأسرة حسب المستوى التعليمي و الجنس



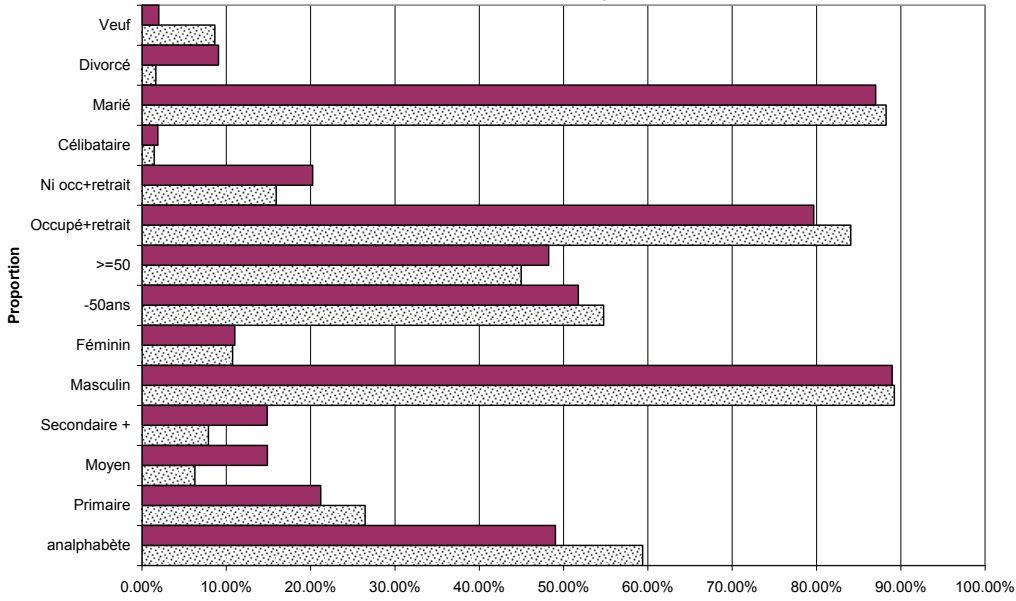
2-7 تصنيف بيانات المسوح (EASME 1992., EASF 2002)

1-2-7 وصف البيانات المستخدمة

1 - رب الأسرة

اخترنا بعض خصائص رب الأسرة لإجراء عملية التصنيف و المتغيرات المستخدمة هي مستوى التعليم و الجنس و السن و الحالة الزوجية و الحالة المهنية.

المحنى 3.7 : توزيع خصائص ارباب الأسرة سنة 1992 و 2002



## ب- الإسكان

تم استخدام احد عشر متغير لوصف المسكن و هي : نوع المسكن و ملكية السكن و المواد المستعملة للبلاط و وفرة المياه الصالحة لشرب و موقع و مصدر مياه الشرب و وجود دورة المياه و ان كانت دورة المياه مشتركة و الكهرباء و الطاقة المستخدمة لطهي و حالة المحيط. نلاحظ أن الإيجابيات فاقه 5% لكل الحالات باستثناء الإجابة "اخر" للمتغير الكهرباء و الطاقة المستخدمة لطهي, كما سجلنا ان اكثر من 60% من الأسر تملك مساكنها, و هذا راجع لسياسة الدولة التي تشجع شراء المساكن, حيث قامت الدولة بعدة تنازلات للعقار في فائدة الأسر, وهذا ما يفسر النسبة المرتفعة للأسر المالكة لمساكنها, ونلاحظ أن قرابة 20% من المساكن مقيمة في مناطق مغمورة بالمياه وهذه الحالة تساهم في انتشار الطفيليات . ارتفعت نسبة المالكين لمنازلهم بين 1992 و 2002 بـ 6.5 نقطة حيث قدرت 72.48% سنة 1992 و 78.91 سنة 2002.

الجدول 1.5.7 : توزيع المساكن و فقا لبعض خصائص المسكن

المتغيرات	القيم	1992	المجموع	2002	المجموع
نوع المسكن	شقة	17,52%		18,08%	
	منزل فردي/قبيلة	35,35%		40,65%	
	منزل تقليدي	39,82%		35,51%	
	منزل هش	3,49%		5,43%	
	أخر	3,83%	5907	0,32%	19221
وضعية الساكن	المالك	72,48%		78,91%	
	منزل مستأجر	15,78%		12,45%	
	يسكن بدون دفع أيجار	11,20%		8,20%	
	أخر	0,54%	5876	0,45%	18045
مواد الأرضية	تربة	10,40%		6,40%	
	البلاط والاسمنت	87,73%		92,04%	
	فينيل	0,99%		1,37%	
	أخر	0,88%	5877	0,18%	17611
مواد الجدران	صلب اسمنت	82,12%			
	حجارة	6,84%			
	طوب / تراب جاف	9,21%			
	أخر	1,84%	5877		
	المجموع				
مواد السقف	سطيحة صلبة	56,36%			
	بلاط صلب	29,14%			
	أخر	14,50%	5868		
النوافذ	زجاج النوافذ	4,15%			
	مصاريع فقط	4,85%			
	مصاريع ونوافذ	72,24%			
	الستائر فقط	0,73%			
	لا الزينة	4,47%			
	بدون النوافذ	13,56%	5879		

الجدول 5.7.ب : توزيع المساكن و وفقا لبعض خصائص المسكن -تابع

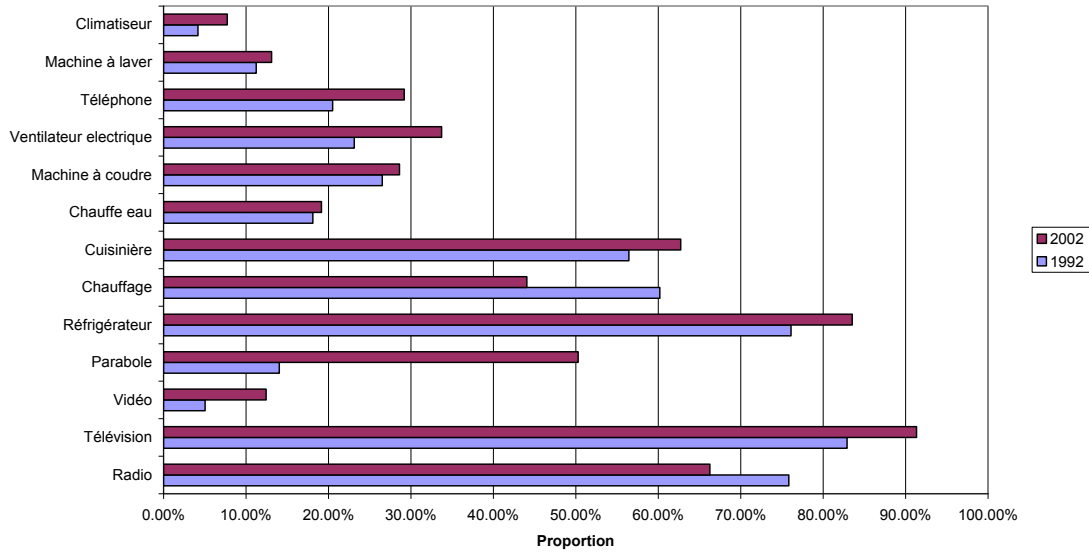
المتغيرات	القيم	1992	المجموع	2002	المجموع
يوجد مطبخ	نعم : داخل	49,17%		82,82%	
	نعم : خارج	37,98%		7,45%	
	لا	12,86%	5872	9,73%	19180
مصدر الطاقة لأغراض الطهي	الغاز الطبيعي	26,70%		31,83%	
	غاز البوتان بروبان	71,96%		66,29%	
	فحم - فحم الحطب	1,24%		1,84%	
	اخر	0,10%	5898	0,04%	19086
مصدر مياه الشرب	ماء من الحنفية عنصر	78,87%		80,76%	
	بئر بمضخة	10,14%		7,71%	
	جرار بصهرج	1,68%		9,20%	
	اخر	9,31%	5906	2,33%	19213
مكان مصدر المياه	داخل المسكن	39,63%		63,48%	
	خارج المسكن	31,04%		20,22%	
	اخر	29,33%	5899	16,31%	17183
نوع الكهرباء	كهرباء	91,13%		97,44%	
	غاز	1,54%		0,49%	
	مصباح بالزيت	0,41%		1,74%	
	اخر	6,92%	5907	0,32%	19210
نوع دورة المياه	متصل بالمجاري حفرة	68,97%		93,17%	
	غير متصل بالمجاري حفرة	8,18%		1,89%	
	مرحاض مشتركة	3,93%		0,06%	
	في الهواء الطلق	17,10%		4,75%	
	اخر	1,83%	5907	0,12%	19214
دورة مياه مشتركة	نعم	19,03%		15,04%	
	لا	80,97%	4597	84,96%	17811
حالة المنطقة المحيطة بالمسكن	منطقة جافة	96,61%		82,88%	
	مياه راكدة	2,47%		1,96%	
	منطقة عائمة	0,91%	5904	15,16%	19005

(ج) ممتلكات و معدات المسكن

ان المعدات والممتلكات تخبرنا عن الظروف الاقتصادية لسكن, و من المتوقع ان يكون وجود بعض المعدات الكهرومنزلية مثل الثلاجة لها تأثير ايجابي على صحة الأطفال لأنه يسمح بالحفاظ على المواد الغذائية.

ان توفر التلفاز و المذياع داخل المسكن يسمح للأسر بالإتصال مع العالم الخارجي و متابعة بعض الحصص الخاصة بالصحة.

المنحنى رقم 4.7 : توزيع الأسر حسب الأجهزة الكهرومنزلية سنة 1992 و 2002

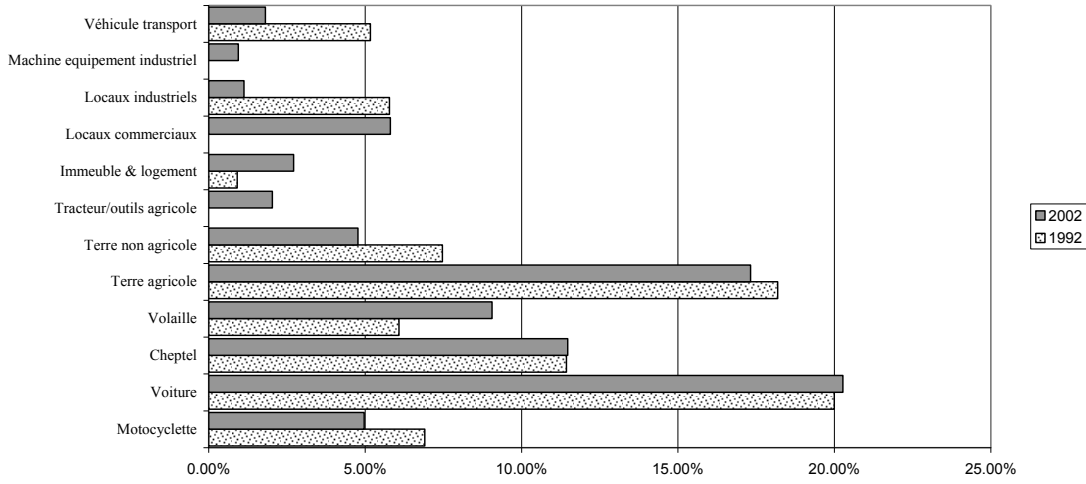


## الملكية

وطرحت أسئلة على بعض الممتلكات و بمأن المسح ممثل على المستوى الإقليمي, تم إدراج اسئلة خاصة بالوسط الحضري و الريفي, و نسبة الأسر لا تتعدى 25% لكل الممتلكات, و اعلى نسبة تخص السيارة بنسبة 20.3% و تأتي في المرتبة الثانية الأراضي الزراعية . نظرا لأن الإجابات كانت جد ضئيلة تم جمع بعض الردود و بتالي تم انشاء ثلاثة متغيرات جديدة, الأولى تخص الماشية و الثانية خاصة بالممتلكات الغير متنقلة المتمثلة في الأراضي و المساكن و المتغير الأخير يخص المحلات الصناعية و المعدات الصناعية.

المحني 5.7 : توزيع الأسر حسب الممتلكات المتوفرة لديها في 1992 و

2002



#### 1-1-2-7 تصنيف أرباب الأسر

ان استعمال طريقة ستاب ويز افرز ثلاثة فئات من الأسر هي كالتالي :

- الفئة الأولى تتكون من 35.4 % من الأسر بمجموع 6544 أسرة.

- الفئة الثانية تشمل على أكبر عدد من الأسر, حيث أن أكثر من نصف الأسر تنتمي لهذه الفئة أي 9730 أسرة.

-الفئة الثالثة تشمل على 14% من الأسر .

أما فيما يخص الطريقة الثانية لتصنيف وهي سراب الديناميكي أفرزت النتائج التالية :

-الفئة الأولى تشمل على 14.38 % من الأسر .

-الفئة الثانية تحتوي على 10.51% من الأسر .

-الفئة الثالثة: تم تصنيف أغلب الأسر في هذه الفئة حيث وصلت نسبة الأسر إلى 75% أي 14423 أسرة .

وتم إقصاء عدد قليل من الملاحظات في استعمال طريقتين ( أقل من 2 بالمئة) و الطريقة الثانية

(Nuée dynamique) لم تعطي أفواج متجانسة من حيث الأعداد اذ أن الفئة الأخيرة شملت على أغلب الأسر, و هذا راجع لأن الطريقة تتطلب لإستعمالها متغيرات حسابية و لا تقبل المتغيرات الكيفية, فلهذا اضطررنا لاستعمال طريقة تحليل المراسلات المتعددة ( Analyse des

( correspondance multiples ) الى تحول المتغيرات الكيفية الى متغيرات رقمية و هذا مآدى الى فقدان جزء من المعلومات في عملية التحويل.

إن طريقة السراب الديناميكي صنفت جميع النساء ربات الأسر في الفئة الثانية وهذه الفئة تتميز بنسبة عالية من الأمية حيث وصلت إلى أكثر من 77% وأغلب النساء يفوق أعمارهن 50 سنة وأقل من 5% منهن متزوجات حالياً وأسر هذه الفئة تحتوي على مشتغل واحد.

وفيما يخص التعليم فإن جل الفئات تحتوي على المتعلمين والأمين وكما تم الإشارة سابقاً فإن أكبر نسبة من الأميين موجودة في الفئة الثانية

نلاحظ أن الفئة الأولى والثالثة متشابهتان في أغلب المتغيرات المستعملة لتصنيف ، حيث أن توزيع أرباب الأسر حسب الحالة الزوجية و عدد المشتغلين في الأسرة وجنس رب الأسرة جد متقاربة والفرق بين الفئتين يخص المتغير نشاط رب الأسرة (أنظر الملحق رقم ).

إن طريقة ستاب ويز ( step two wise ) تستعمل المعطيات الحسابية والكيفية, واستعملنا الإختيار الألي لتحديد عدد الفئات, وصنف البرنامج الأسر في ثلاثة فئات حيث أن الفئة الأولى تتكون على 31% من الأسر سنة 1992 و 35% سنة 2002 و الفئة الثانية تحتوي على 21% من الأسر سنة 1992 و نصف عدد الأسر سنة 2002, اما فيما يخص الفئة الأخيرة فتتكون من 48% من الأسر سنة 1992 و 14% من الأسر سنة 2002 .

ان استخدام طريقة ستاب ويز افرزت ثلاثة فئات خلال المسحيين حيث ان الفئة الأولى تجمع ارباب الأسر المتعلمين و اغليتهم تقل اعمارهم عن 50 سنة و كلهم متزوجون و رجال و مشتغلون او متقاعدون حسب مسح 1992 و مسح 2002.

الفئة الأولى : إن نسبة المتعلمين بين أرباب الأسر عرف ارتفاع معتبر بين المسحيين, حيث أن تم تصنيف نصف أرباب الأسر في فئة المتعلمين سنة 1992 اما فيما يخص 2002 فكل أرباب الأسر متعلمين وهذه النتيجة متوقعة لأن أرباب الأسر التي تقل اعمارهم عن 50 سنة 2002 ولدوا بعد الإستقلال واستفادوا من تعميم التعليم ونلاحظ أن أكثر من 70% من ارباب الأسرة تقل أعمارهم على 50 سنة خلال المسحيين وكل أرباب الأسر مشتغلون في 1992 و 2002 وجميع أرباب الأسرهم رجال متزوجون .

الفئة الثانية : تشمل على أرباب أسر رجال ومتزوجون وأكثر من 60% منهم تفوق أعمارهم 50 سنة خلال المسحيين, وجل أرباب الأسرة مشغولون سنة 1992 و 74 % منهم مشغولون سنة 2002, نلاحظ انخفاض عدد المشغولون في هذه الفئة, ويمكن تفسير هذه الوضعية بالأزمة الاقتصادية التي عرفتها الجزائر بين 1992 و 2002, حيث أن الشغل من بين القطاعات التي أثرت عليها الأزمة بشدة, وما يؤكد هذه الفرضية تقلص عدد المشغولون في الأسرة حيث أن جل الأسر سنة 1992 تشمل على أكثر من مشغول وانخفض إلى الثلث سنة 2002 .

إن الفئة الأخيرة تحتوي على عديد قليل من الاسر ولكن تختلف على الفئات الأخرى, حيث أننا نلاحظ أن قرابة 80% من أرباب الأسر نساء سنة 2002 ونصنفهم سنة 1992 , و 75% من أرباب أسر هذه الفئة أميون مقابل ثلثي سنة 2002 , وأكثر من 60% منهم يزيد اعمارهم عن 50 سنة ونصف أرباب أسر هذه الفئة سنة 1992 و 95% منهم غير متزوجين حاليا(عازب او مطلق او ارمل) ، وتحتوي هذه الفئة على كل نساء ربات الأسر اللواتي يسيرن أسرهن في غياب الزوج عموما, و نصف أرباب الأسر مشغولون او متقاعدون في 2002 مقابل 26% سنة 1992 , وربع أسر هذه الفئة تحتوي على مشغول على أقل .

إن الفئات الثلاثة لأرباب الأسر في 2002 مختلفة مقارنة بالفئات لسنة 1992 خاصة فيما يخص الفئة الأخيرة ويمكن تفسير هذه الوضعية بحجم العينة في المسحيين 6000 أسرة في 1992 و 10200 أسرة سنة 2002.

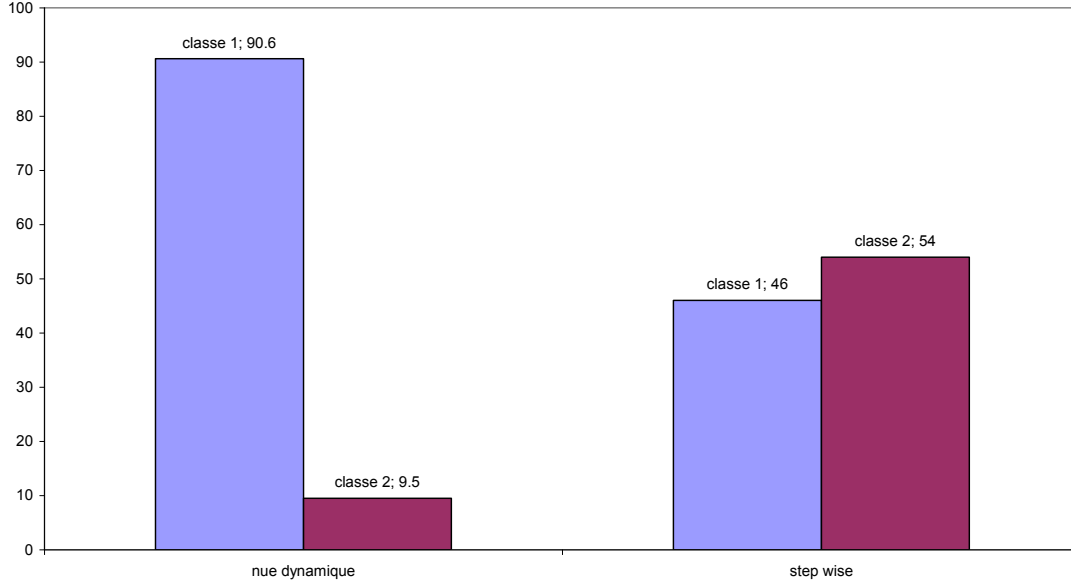
الجدول رقم : 1.6.7 : توزيع الأسر وفقا لخصائص ارباب الأسر بإستعمال طريقة ستاب ويز في 1992 و 2002.

الخصائص	القيم	EASME 1992			EASF 2002		
		الفئة 1	الفئة 2	الفئة 3	الفئة 1	الفئة 2	الفئة 3
التعليم	متعلم	51,3%	35,8%	24,7%	100,0%	32,5%	32,7%
	امي	48,7%	64,2%	75,3%	0,0%	67,5%	67,3%
السن	اقل من 50 سنة	74,7%	34,4%	39,8%	73,3%	40,7%	37,5%
	50 و اكثر	25,3%	65,6%	60,2%	26,7%	59,3%	62,5%
مشتغل او متقاعد	نعم	100,0%	100,0%	25,7%	100,0%	73,7%	50,3%
	لا	0,0%	0,0%	74,3%	0,0%	26,3%	49,7%
الجنس	رجال	100,0%	100,0%	49,6%	100,0%	100,0%	21,0%
	نساء	0,0%	0,0%	50,4%	0,0%	0,0%	79,0%
الحالة المدنية	ع-م-ا	0,0%	0,0%	55,0%	0,0%	0,0%	92,9%
	متزوج	100,0%	100,0%	45,0%	100,0%	100,0%	7,0%
عدد المشتغلين في الأسرة	Noc<=1	100,0%	0,0%	73,8%	100,0%	62,8%	75,9%
	Noc>1	0,0%	100,0%	26,2%	0,0%	37,2%	24,1%
	العدد	<b>2817</b>	<b>1806</b>	<b>1251</b>	<b>6801</b>	<b>9730</b>	<b>2680</b>

#### 7-2-1-2-7 تصنيف السكن

تم استخدام احد عشر متغير لتصنيف المساكن و المتغيرات المختارة هي : نوع المسكن , ملكية المسكن و نوع البلاط و وفرة المياه الصالحة لشرب و مصدر المياه و وجود دورة المياه . ان نتائج طريقة ستاب ويز (Step wise) افرزت نتائج احسن بنسبة لتصنيف المساكن حيث ان الفئة الأولى تشمل على 46 % من الأسر بإستعمال طريقة الستاب و ايز و 90,5 % بإستعمال السرب الديناميكي (Nuec dynamique) .

المحنى 6.7 : توزيع الأسر حسب خصائص المسكن في فئتي التصنيف حسب الطريقتين 1992



يسكن قرابة 80 ٪ من الأسر في منازل فردية (حديثة أو تقليدية) , و معظم الأسر تملك مساكنها و الطريقتين المستعملة قسمت الأسر الى فئتين يمكن تسميت الفئة الأولى بالمفضلة و الثانية المحرومة

ان فئة المساكن المفضلة تتميز بوفرة المياه داخل المسكن و الكهرباء و الغاز و دورات مياه غير مشتركة , كما ان الطاقة المستعملة في اغلب مساكن هذه الفئة هو غاز البوتان و البيئة المحيطة جافة.

اما فيما يخص الفئة الثانية المسماة الفئة المحرومة, فهي تتميز بعدم و فرة المياه الصالحة لشرب داخل المسكن, و اكثر من نصف مساكن هذه الفئة هي منازل تقليدية أو هشة, و قرابة ربع اسر هذه الفئة تشغل مساكن ذات ارضية مصنوعة من غير بلاط أو اسمنت, و هذه المواد تساهم في انتشار الطفيليات نظرا لصعوبة تعقيم و تنظيف هذا النوع من الأرضية.

الجدول 6.7.ب : توزيع الأسر حسب خصائص السكن (step wise) في عامي 1992 و 2002.

المتغير	القيم	1992		2002	
		الفئة 1	الفئة 2		
نوع المسكن	مسكن فردي فيلا	50,9%	22,4%	29,9%	50,0%
	شقة	37,8%	0,3%	6,5%	28,0%
	مسكن تقليدي	10,2%	65,3%	51,7%	21,9%
	اخر	1,0%	11,9%	11,8%	0,01%
الملكية	مالك	64,8%	79,0%	70,9%	77,2%
	غير مالك	35,2%	20,98%	29,1%	22,8%
الأرضية	مواد اخرى	4,5%	18,8%	24,2%	7,9%
	بلاط اسمنت	95,5%	81,2%	75,8%	92,1%
الجران	صلب	96,3%	70,2%		
	اخر	3,7%	29,7%		
السقف	سطح صلب	82,9%	33,9%		
	قرميد صلب	17,1%	66,1%		
النوافذ	نعم	99,1%	75,9%		
	لا	0,9%	24,1%		
مصدر مياه الشرب	نعم	100,0%	61,0%	40,7%	99,8%
	لا	0,0%	39,0%	59,3%	0,1%
مكان مصدر المياه	داخل	80,0%	5,1%	9,4%	97,2%
	خارج	20%	94,9%	90,6%	2,8%
مرحاض مشترك	نعم	98,6%	44,1%	60,0%	97,5%
	لا	1,4%	55,9%	40,0%	2,5%
وجود مرحاض	نعم			17,6%	10,8%
	لا			82,4%	89,2%
الكهرباء	نعم	99,96%	83,7%	94,8%	99,7%
	لا	0,04%	16,3%	5,2%	0,3%
يوجد مطبخ	نعم			80,6%	98,3%
	لا			19,4%	1,7%
مصدر الطاقة لأغراض الطهي	غاز طبيعي	51,6%	5,6%	10,6%	49,6%
	غاز البوتان و				
	اخر	48,4%	94,4%	89,4%	50,4%
حالة المنطقة المحيطة بالمسكن	جافة نظيف	99,2%	94,3%	72,3%	90,1%
	عائم متسخ	0,8%	5,7%	27,7%	9,8%
المجموع		2683	3146	8808	10351
الحالات المقصية		82		74	

تحتوي الفئة الأولى على أكبر نسبة المساكن المحرومة حسب طريقة ستاب ويز وربع المساكن أراضيهم غير بلاط أو اسمنت، وقرابة 20% من المساكن لا يوجد فيها مطبخ و 40% منهم لا يتوفرون على دورة المياه، و 18% من المساكن توفر على مراحض مشتركة وأغلبية المنازل لهذه الفئة مشيدة فوق أراضي غير مغمورة

أما فيما يخص الفئة الأولى فهي تحتوي على المساكن الأكثر رفاهية حسب المؤشرات المستعملة ( نوع المسكن، نوع الشرفة، دورة المياه ، والمطبخ ) .

### 3. 1. 2. 7. تصنيف الأسر حسب رفاهية المسكن

تم استعمال الأسئلة الخاصة بالامتلاك ووسائل الراحة الموجودة في المسكن، ونظرا لأعداد القليلة لبعض الإجابات تم تجميع بعض المتغيرات وإنشاء ثلاثة متغيرات جديدة .

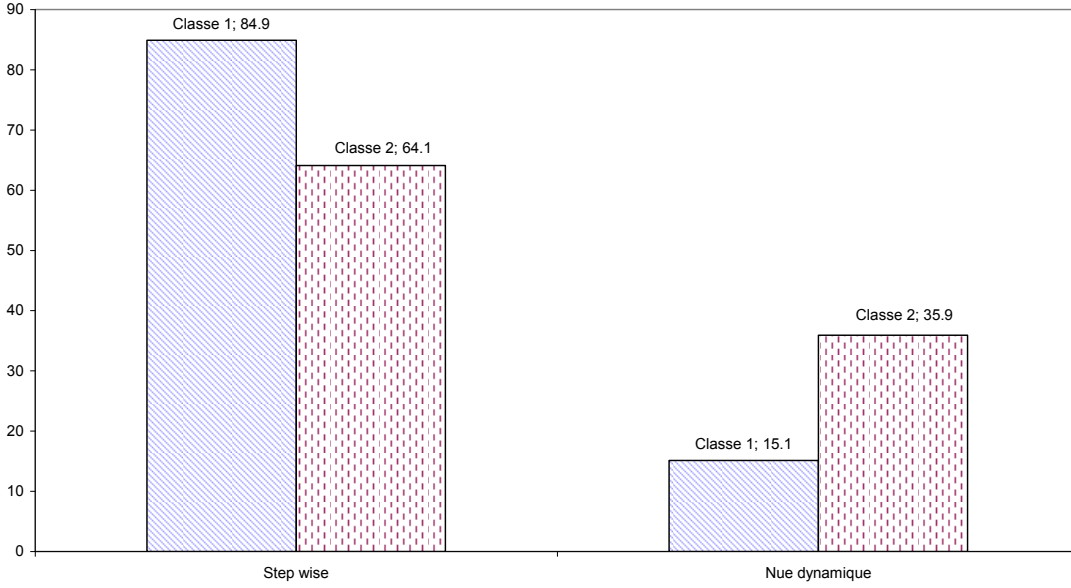
يأخذ هذا المتغير القيمة واحد في حالة امتلاك الأسرة لقطيع من الغنم أو البقر أو الطيور .

المتغير "بناء" يشمل على أربعة متغيرات وهي الأراضي الزراعية ، الأراضي في الزراعة الجزر والمساكن .

المتغير "صناعي" : تم بناء هذا المتغير باستعمال المحلات التجارية، والمحلات الصناعية والمعدات الصناعية .

تم اختيار 18 متغير لتصنيف الأسر حسب المعدات والامتلاك، وتم تقسيم الأسر إلى فئتين حسب طريقة ستاب ويز و نتائج هذه الطريقة أفضل مقارنة بطريقة السراب الديناميكي، حيث أن الفئة الثانية تتكون من 16% من الأسر حسب طريقة السراب الديناميكي .

المنحنى 7.7 : توزيع الأسر و فقا للمعدات و الممتلكات المتوفرة في المسكن 2002



تملك معظم الأسر ثلاجة و مذياع و تلفاز, حيث ان اكثر من 70 ٪ من الأسر تملك ثلاجة, و وجود ثلاجة يسمح بالحفاظ على الطعام في ظروف جيدة, و تقلل من تلوث الغذاء وخاصة في الفصول الحارة .

ان نتائج الطريقتين ميزت بين فئتين, حيث ان الفئة الأولى تشمل على الأسر الأكثر رفاهية و الفئة الثانية تحتوي على الأسر الأقل رفاهية .

ان الأسر التي تنتمي الى الفئة المحرومة لا يملكون بعض المعدات مثل سخانات المياه و الآلة الغسيل و الهاتف و اجهزة تكييف الهواء (مروحة و مكيف الهواء) , اما فيما يخص الممتلكات فإن ازيد من نصف الأسر حسب طريقة السراب الديناميكي يملكون سيارة و 40 ٪ من الأسر يملكونها حسب طريقة ستاب ويز, بينما الفئة المحرومة فنلاحظ أن اقل من 14 ٪ من الأسر يملكون سيارة. اما فيما يخص وسائل النقل الأخرى مثل الدراجات النارية غير منتشرة في الأسر الجزائرية (أنظر الملحق رقم )

الجدول 7.7 : توزيع الأسر وفقا للمعدات والممتلكات في المسكن (ستاب ويز و السراب الدينماكي) في عام 1992 و 2002.

المعدات والممتلكات	1992		2002	
	الفئة 1	الفئة 2	الفئة 1	الفئة 2
الراديو	90,30%	58,66%		90,30%
تلفاز اسود و ابيض	64,64%	63,64%		
تلفاز ملون	53,37%	1,90%	99,14%	53,43%
فيديو	9,01%	0,30%	28,22%	15,21%
سحن مقوقع	23,63%	2,57%	85,49%	46,08%
السخان	80,39%	36,17%	80,33%	43,30%
ثلاجة	98,31%	49,74%	99,47%	53,61%
الة الطبخ	90,30%	16,36%	93,66%	50,48%
السخان الماء	32,79%	0,71%	49,73%	26,80%
الة الخياطة	43,36%	6,54%	49,51%	26,69%
مروحة كهربائية	38,63%	4,68%	59,39%	32,01%
الهاتف	37,06%	0,74%	71,78%	38,68%
الة الغسيل	20,52%	0,19%	36,59%	19,72%
مكيف الهواء	7,47%	0,22%	20,80%	11,21%
الدراجة	9,19%	0,56%		
الدراجة النارية	8,88%	4,57%	7,25%	3,91%
السيارة	31,22%	6,58%	26,98%	11,02%
مواشي	4,49%	19,67%	4,04%	2,18%
دواجن	2,07%	10,86%	2,66%	1,43%
اراضي مزروعة	10,10%	27,81%	9,62%	5,19%
اراضي غير مزروعة	5,62%	9,55%	5,45%	2,94%
عمارة مسكن	1,44%	0,30%	4,98%	2,68%
محلات صناعية	9,38%	1,30%	2,55%	1,37%
سيارة النقل	7,81%	2,08%	3,00%	1,62%
جرار ادوات زراعية			1,31%	0,70%
الات و معدات صناعية			2,26%	1,22%
العدد	3.187	2.69	6590	12227

تتكون الفئة الأولى من الأسر التي تملك معدات منزلية و ممتلكات بنسبة اعلى, و تسمى هذه الفئة الفئة المميزة او الجيدة و الفئة الثانية تضم الأسر التي لا تملك معدات كهربومنزلية و سنطلق عليها اسم فئة المحرومة (سيئة).

### 3-7 الأوضاع المادية للمسكن

تم وصف أرباب الأسر والمسكن على حدة في الفقرات السابقة, وفيما يلي سنحاول تحليل الأوضاع المادية للأسر مع مراعاة خصائص رب الأسرة .

استعملنا لتحليل ظروف السكن التصنيف المتحصل عليه سابقا باستعمال طريقة ستاب ويز, وتم استخراج فئتين حيث أن الفئة تحتوي على المساكن المحرومة والفئة الثانية على المساكن الراقية, ويعتبر هذا مؤشر ذات قيمتين حيث ترتبط كل أسرة بميزة إيجابية ( خصائص المسكن الجيدة) أو سالبة في حالة انتماء الأسرة إلى الفئة المحرومة , يجب تذكير بأن وجود المعدات لا يعني بالضرورة استعمالها, ولكن وفرة المياه الصالحة لشرب وقنوات الصرف تسمح للأسرة من الحصول على مياه ذات نوعية جيدة ووجود قنوات الصرف المياه المستعملة يقلل من الروائح الكريهة وخاصة الطفيليات .

وثمة قيد آخر فرضته علينا المعطيات أن نموذج الإنحدار اللوجيستي للمساكن حيث أن بعض المساكن تحتوي على أكثر من أسرة وستكون هذه الأخيرة أكثر تمثيلا في النموذج.

تم إدخال في النموذج سبعة متغيرات تخص أربعة منها خصائص رب الأسرة ( الجنس، العمر ، النشاط والحالة المدنية), والمتغيرات المتبقية تخص الوسط وحجم الأسرة ونوعها ، تبين من تحاليل نتائج النموذج أن المتغيرات حجم الأسرة ونوع الأسرة ليست لها مدلول احصائي على عتبة 10% فيما يخص معطيات 1992, والحالة الزوجية ليست لها مدلول إحصائي سنة 2002.

إن متغير الجنس يستطيع أن يخبرنا, اذا كانت الأسرة تحت قيادة الرجال تعيش في مساكن ذات خصائص مادية جيدة, وتم استخدام مستوى التعليم رب الأسرة كمتغير مراقبة, ونظرا للأعداد الضئيلة لبعض الأجابات اضطررنا لجمع بعض قيم الخاصة بالمستوى التعليمي, وهذا القيد حررنا من التحقق من الفرصة المتمثلة في العلاقة بين المستوى التعليمي ونوع المهنة والدخل, حيث من المتوقع أن نلاحظ احتمال أكبر للحصول على فرصة عمل ذات دخل مرتفع كلما زاد مستوى التعليم .

ويعتبر النشاط الاقتصادي لرب الأسرة متغير مراقبة للمكانة الاجتماعية والاقتصادية, ويستطيع هذا المتغير إخبارنا بالمعنى المزدوج لقيادة الأسرة فالأولى تعتمد على أهمية الدخل والثانية تقاطنه تعتمد على التسلسل الهرمي النابعة من احترام الكبار , إن رب الأسرة ليس مجرد شخص مرجعي لترتيب الآخرين يمكن استبداله, ولكنه شخص ذات نفوذ وجميع أفراد الأسرة يعترفون بسلطته .

جل المتغيرات التي أدخلت في النموذج لها دلالة احصائية على عتبة 1% باستثناء الحالة الزوجية والجنس سنة 2002 .

تم تصنيف جيدا أغلب الأسر باستعمال النماذج الخاصة بمعطيات 1992 و 2002 , حيث أن نسبة الأسر المصنفة جيدا قدرت ب 74.3 % سنة 1992 مقابل 68.32 % سنة 2002.

تعيش الأسر في مساكن توفر أفضل ظروف إذا كان رب الأسرة أكبر سنا, هذه الوضعية معقولة لأن الأسرة تحت قيادة شاب ليس لها الوقت الكافي لتحسين ظروف مسكنها, وهذه النتيجة لوحظت في 1992 و 2002 .

أما فيما يخص المتغير نوع الأسرة فإن الأسر النووية أكبر حرمان خلال المسح 2002 والأسر آخر لديها فرصة اقتناء مسكن ذات خصائص جيدة تزيد ب 20% مقارنة بالأسر النووية.

ان الأسر المقيمة في الوسط الحضري لها فرصة الإيواء في مسكن ذات خصائص جيدة تزيد بأربعة مرات مقارنة بالأسر الريفية سنة 2002 و يزيد هذا الاحتمال إلى سبعة مرات سنة 1992 .

إن الدولة تمنح مساعدات مالية للأسر الراغبة في بناء سكنها في المناطق الريفية, إلا أن هذه المساعدات غير كافية لبناء مساكن بنفس جودة المساكن المقيمة في الوسط الحضري

كما يحتل التعليم الرتبة الثانية بعد مكان الإقامة في تفسير خصائص المساكن, حيث أن احتمال اقتناء مسكن جيد يقدر بمرتين سنة 2002 وثلاثة مرات سنة 1992 إذا كان رب الأسرة متعلم.

ونلاحظ أن الأسر التي تقودها امرأة يسكنون منازل جيدة مقارنة بالآخرين, وهذا متوقع لأن النساء يبلغن قيادة الأسرة عند الأعمار الكبرى بعد طلاق أو فقدان الزوج ومن المحتمل أن هذا السكن استفادت منه عن الطريق الميراث .

الجدول رقم : 8 . 7 : معامل الانحدار اللوجستي للمقومات المادية للمساكن

المتغيرات	القيم	1992				2002			
		العدد	خط ر	الدلالة	معامل الارتباط	العدد	خط ر	دلالة	معامل الارتباط
الجنس	ذكور	5168				12665			
	اناث	625	1,4	0,038	1,9%	1486	1,2	0,003	2,0%
العمر	15-29	274				391			
	30-39	1437	1,8	0,000	4,6%	3208	1,6	0,000	2,5%
	40-49	1462	2,2	0,000	6,0%	4554	2,4	0,000	5,3%
	50 & +	2620	2,9	0,000	8,3%	5998	2,9	0,000	6,5%
النشاط الاقتصادي	مشتغل/متقاعد	4879	1,3	0,004	3,2%	10983	1,3	0,000	4,2%
	لا	914				3168			
التعليم	متعلم	2367	3,3	0,000	19,4%	8077	2,2	0,000	14,2%
	غير متعلم	3426				6074			
مكان الإقامة	حضر	2976	7,2	0,000	39,0%	8330	3,7	0,000	26,5%
	ريف	2817				5821			
حجم الأسرة	1 à 5					5926	1,2	0,000	2,5%
	6 à 8					5880	1,2	0,000	2,6%
	> 8					2345			
نوع الأسرة	نووي					9853			
	اخر					4298	1,2	0,000	3,1%
الحالة المدنية	مطلق+ارمل+عازب	681							
	متزوج	5112	1,4	0,026	2,2%				
التصنيف	الثابت		1,4	0,000	7,0%		0,7	0,000	5,4%
	التصنيف		74,3%				68,3%		

#### 4-7 المعدات في المسكن

قمنا ببناء نموذج انحدار للمعدات المسكن و المتغير التابع المستعمل تم انشائه بإستعمال التصنيف بطريقة ستاب ويزر, و افرزت عملية التصنيف التي استعملت كل المتغيرات الخاصة بالأدوات الكهرومنزلية و الممتلكات الخاصة بالأسرة.

إن الفئة الأولى تشمل على الأسر الذين يعيشون في مساكن تتوفر على المعدات والممتلكات والثانية تشمل الأسر التي تقل نسبة الإمتلاك المعدات و الممتلكات فيها.

نتبع نفس الخطوات التي قمنا بها فيما يخص خصائص المسكن, فإننا نربط المساكن التي تتوفر على المعدات الكهرومنزلية والممتلكات بصفة ايجابية والمساكن الأخرى بصفة سلبية .

فإننا نلاحظ نفس القيود فيما يخص تمثيل بزيادة للمساكن التي تأوي أكثر من أسرة .

تم بناء النموذج باستعمال ثمانية متغيرات وهي نفس المتغيرات التي استخدمت في النموذج الخاص بخصائص المسكن .

أفرزت النتائج أن المتغير نوع الأسرة ليس له مدلول احصائي سنة 1992 , والحالة 6-8 أفراد الخاصة بالمتغير حجم الأسرة ليست لها مدلول إحصائي سنة 2002 .

أظهرت نتائج النموذج أن المتغير مكان الإقامة له أكبر مساهمة لتفسير الظاهرة خلال المسحيين وهذه النتيجة جد متوقعة لأن المعدات الكهرومنزلية تحتاج إلى توافر الكهرباء والمناطق الحضرية لا تعاني من مشكل الكهرباء عكس المناطق الريفية التي لا تزال بعض المناطق غير متصلة بشبكة الكهرباء .

احتل الرتبة الثانية التعليم في تفسير توفير المعدات حيث أننا نلاحظ أن الأسر المسيرة من طرف شخص متعلم يزداد احتمال امتلاك المعدات بأربعة مرات حسب المسحيين .

أما فيما يخص متغير السن فإن احتمال امتلاك المعدات يزداد مع ارتفاع عمر رب الأسرة, وتبين النتائج أن أرباب الأسر الذين يزيد اعمارهم على 50 سنة يرتفع احتمال امتلاك المعدات بأربعة مرات مقارنة بأرباب الأسرة أعمارهم أقل من 30 سنة .

ان الأسر التي ترأسها امراءة تقطن مساكن مجهزه على نحو افضل بالمعدات مقارنة بالأسر التي يرأسها الرجال, و هذه النتيجة لوحظت كذلك في الخصائص الفيزيائية للمسكن.

الجدول 8.7.ب : معامل الانحدار اللوجيستي لمحددات التجهيز و الممتلكات

المتغير	القيم	1992				2002			
		العدد	النسبة	دلالة	R	العدد	النسبة	دلالة	R
جنس رب الأسرة	ذكر	<b>5219</b>				<b>12455</b>			
	اناث	629	2,0	0,000	4,6%	1460	1,8	0,000	3,5%
فئة العمر	15-29	<b>283</b>				<b>388</b>			
	30-39	1458	1,8	0,000	4,3%	3162	1,4	0,022	1,5%
	40-49	1468	2,6	0,000	6,9%	4477	2,8	0,000	5,3%
	50 et plus	2639	4,2	0,000	10,5%	5888	4,6	0,000	8,0%
مشتغل متقاعد	نعم	4922	1,5	0,000	4,5%	10785	2,2	0,000	11,1%
	لا	<b>926</b>				<b>3130</b>			
التعليم	غير متعلم	<b>3459</b>				<b>5981</b>			
	متعلم	2389	5,2	0,000	26,3%	7934	4,6		24,6%
الحالة المدنية	مطلق+ارمل+عازب	<b>687</b>				<b>1672</b>			
	متزوج	5161	1,9	0,000	4,6%	12243	1,4	0,016	1,7%
مكان الإقامة	حضر	3007	6,2	0,000	35,9%	8176	4,6	0,000	26,6%
	ريف	<b>2841</b>				<b>5739</b>			
نوع الأسرة	نووي					<b>9691</b>			
	اخر					4224	1,5	0,000	6,3%
حجم الأسرة	1 à 5	<b>2040</b>				<b>5833</b>			
	6 à 8	2125	1,2	0,014	2,5%	5770	1,0	0,564	
	> 8	1683	1,5	0,000	5,4%	2312	0,6	0,000	5,9%
	الثابت		0,5	0,000	11,8%		0,3	0,000	23,1%
	التصنيف		73,9%				72,7%		

#### 5-7 ادارة الأسرة

قمنا بتحليل خصائص أرباب الأسر في الأجزاء السابقة و في هذه الفقرة حاولنا معرفة خصائص كل أفراد الأسرة الذين تزيد أعمارهم على 15 سنة لمعرفة أهم الخصائص للوصول لقيادة الأسرة. تم تشييد نموذج لكل الجنس, و تم استعمال ستة متغيرات لبنائه و هي : مكان الإقامة و النشاط الاقتصادي و التعليم و العمر و الحالة المدنية و حجم الأسرة. ان الفئات المرجعية هي الأفراد اعمارهم اكثر من 60 سنة بالنسبة للعمر و المستوى التعليمي متوسط و اكثر بنسبة لتعليم و الأرامل و المطلقين بالنسبة للحالة المدنية و اكثر من 8 افراد للمتغير

حجم الأسرة و غير مشغولين و لا متقاعدین بالنسبة لنشاط الاقتصادي و اخيرا الوسط الريفي بنسبة لمكان الإقامة.

تنبئ النموذجين جيدا 95% من الحالات سنة 2002 و 94.4% سنة 1992 بالنسبة للرجال و 96.6% سنة 2002 و 94.8% سنة 1992 بالنسبة للنساء .

إن نتائج النموذجين ممثلة في الجداول رقم 7.8 ج و 7.8 د تبين النتائج النموذج الخاص بمعطيات سنة 2002, أن كل المتغيرات لها مدلول احصائي على عتبة 1%, أما فيما يخص معطيات سنة 1992 فإن الحالات 30-39 للمتغير العمر ومستوى التعليم ومكان الإقامة للبناء ليس لها مدلول احصائي على عتبة 10% .

إن أكبر مساهمة لتفسير قيادة الأسرة خاصة بالمتغير الحالة المدنية لكلا الجنسين, حيث أن أكثر من نصف التغير يرجع لهذا العامل، إن الرجال المتزوجين لهم أكبر حظ لقيادة الأسرة, حيث أن يزيد حظهم بقرابة 20 مرة سنة 2002 و 24 مرة سنة 1992 لقيادة الأسرة مقارنة بالرجال المطلقين والأرامل .

أما فيما يخص النساء فنلاحظ أن النساء الأرامل والمطلقات لهم أكبر فرصة لقيادة أسرهن حسب المسحيين .

ويأتي العمر في الرتبة الثانية من حيث تفسير ظاهرة قيادة الأسرة ، فإن رجال أقل من 40 سنة هم أقل حظ لقيادة أسرهم, والفئة العمرية 50-59 يتضاعف احتمال قيادتهم للأسر سنة 2002 وتزيد عن 5.3 سنة 1992 مقارنة بالأشخاص اعمارهم أكثر من 60 سنة .

أما فيما يخص النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 40 و 49 سنة و 50 و 59 سنة لهن على التوالي مرتين وثلاثة مرات سنة 2002 و 4 مرات و 3 مرات سنة 1992 إمكانية قيادة أسرهن مقارنة بالحالة المرجعية وهي النساء أكبر من 60 سنة, نلاحظ أن الأفراد الأميين لهم أكبر احتمال لقيادة أسرهم في 1992 و 2002, وهذه النتيجة كما سبق الذكر أن كبار سن لهم أكبر فرصة لقيادة أسرهن ، وأن أغلبيتهم ولدوا قبل الإستقلال حيث كانت الأمية منتشرة في وسط الشعب الجزائري .

إن الاعضاء الذين ينتمون لأسر ذات حجم صغير لهم أكبر فرصة لقيادة أسرهن لكلا الجنسين مقارنة مع أولئك الذين ينتمون لأسر حجمها يزيد على 8 أفراد تزداد ، أما الأسر التي يقودها رجل فإن أفرادها لهم 16 مرة سنة 2002 و 33 مرة سنة 1992 فرصة قيادة أسرهم .

الظروف الاقتصادية لها تأثير على قيادة الأسرة حيث أن المتعلمين والمتقاعدين تزداد فرصة قيادة أسرهم بثلاثة مرات مقارنة بالأعضاء الآخرين خلال المسحين, أما فيما يخص مكان الإقامة فإن رجال الريفيون لهم فرصة أكبر لقيادة الأسر مقارنة برجال الذين يعيشون في المناطق الحضرية, في حين أن نساء أكثر عرضة لقيادة أسرهن في المناطق الحضرية سنة 2002 .

وتوصلت دراسة أجريت في المكسيك إلى نتائج مماثلة فيما يخص النساء والحالة المدنية لأرباب الأسر, حيث أن النساء يصلن إلى قيادة الأسرة في غياب الرجل خاصة الزوج وهذا ما يفسر كثرة نساء مطلقات أو أرامل على رأس قيادة أسرهن .

إن العلاقة بين مكان الإقامة والقيادة عكسية لكل جنس, أن حيث أن النساء تزداد فرص قيادتهن لأسرهن في المناطق الحضرية, في حين تزداد فرص الرجال في المناطق الريفية , إن مستوى التعليم له دورا هاما ولكن أقل أهمية, وتأثيره يختلف حسب النموذجتين حيث نلاحظ أن المستوى الإبتدائي عند الرجال و النساء هو الوحيد ذات مدلول احصاء عند عتبة 10% , والعلاقة سالبة في حين أن النساء الأميات تزداد احتمال قيادة أسرهن بقراءة 17% من المتوسط (Echarri Canovas ,1993 , p 14).

الجدول 8.7 د: معاملات الانحدار اللوجيستى للمقومات الأساسية لإدارة الأسرة حسب الجنس  
1992

المتغير	القيم	ذكور				إناث			
		العدد	دلالة	Cote	R	العدد	دلالة	Cote	R
فئة العمر			(***)		45,4%		(***)		25,7%
	15-29	6262	(***)	0,0	30,2%	5882	(***)	0,2	10%
	30-39	2265	(***)	0,2	16,3%	2258	(NS)	0,8	
	40-49	1457	(***)	2,2	7,1%	1420	(***)	4,0	16%
	50-59	1078	(***)	5,3	11,9%	1149	(***)	3,0	14,9%
	>60	1312				1474			
				(***)		49,7%		(***)	
الحالة المدنية	عازب	6162	(***)	0,3	7,7%	4463	(***)	0,0	19,2%
	متزوج	6060	(***)	24,4	21,0%	6281	(***)	0,0	50,2%
	ارمل/مطلق	152				1439			
حجم الأسرة			(***)		42,9%			0,000	
	1 à 5	2566	(***)	33,1	40,8%	2853	(***)	13,4	33,4%
	6 à 8	4275	(***)	6,3	28,6%	4125	(***)	3,0	13,0%
	>8	5533				5205			
التعليم			(***)		7,6%		(NS)		0,9%
	امي	3653	(***)	1,9	7,6%	6233	(**)	1,9	3,1%
	ابتدائي	4927	(*)	1,2	1,8%	3586	(*)	1,7	1,9%
	متوسط و اكثر	3794				2364			
مكان الإقامة	حضر	6478	(***)	0,8	4,0%	6461	(NS)	1,0	
	ريف	5896				5722			
مشتغل/متقاعد	نعم	7711	(***)	3,0	15,0%	906	(***)	3,5	17,7%
	لا	4663				11277			
	الثابت	-0,45	(NS)				(***)	0,034 3	
تصنيف		94,4%				94,8%			

Signif: seuil de signification; (\*\*\*) Significative au seuil de 1%; (\*\*): Significative au seuil de 5%;

## الخاتمة

قمنا في هذا الفصل بتجميع مجموعة من المتغيرات باستخدام طرق التصنيف, وأجرينا ثلاثة تصنيفات الأولى خاصة بأرباب الأسرة والثانية بخصائص السكن والثالثة خاصة بالمعدات والممتلكات المتوفرة في المسكن .

وتم تصنيف أرباب الأسر في ثلاثة فئات باستعمال طريقة ستاب ويز, حيث أن الفئة الأولى تحتوي على أرباب الأسر رجال تحت 50 سنة خلال المسحيين , أما الفئة الثانية فتتكون من الرجال المتزوجين وأكثر من نصفهم أعمارهم تفوق 50 سنة وكل أرباب الأسر في هذه الفئة لهم دخل سنة 1992 وأغليبتهم لهم دخل منتظم سنة 2002.

تحتوي الفئة الثالثة على جميع النساء أرباب الأسر حسب مسح 2002, وأغلبية النساء سنة 1992 ويتميز أرباب لأسر في هذه الفئة بالأمية وأعمارهم تفوق 50 سنة .

التصنيف الثاني الذي قمنا به يخص المساكن وطريقة ستاب ويز صنفت المساكن في فئتين الفئة الأولى تشمل على المساكن المفضلة والثانية تحتوي على المساكن المحرومة .

إن المساكن المفضلة مبنية بمواد صلبة مرتبطة بشبكة المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي والكهرباء متوفرة في جميع مساكن هذه الفئة .

أما فيما يخص آخر تصنيف فإنه يخص المعدات الكهرومنزلية والممتلكات المتوفرة في المسكن, إن استخدام طريقة ستاب ويز افرز فئتين ونلاحظ أن بعض المعدات الكهرو منزلية مثل المذياع والتلفاز والثلاجة متواجدة في أغلب مساكن الفئتين .

أما فيما يخص الهاتف ونعني هنا الهاتف الثابت نجد نسبة قليلة من المساكن مرتبطة بشبكة الهاتف ولكن حالياً نعرف أن الهاتف النقال منتشر في الكثير من الأسر .

ونلاحظ أن أجهزة تكييف الهواء وآلات الغسيل ووسائل الفردية ليست منتشرة عند الأسر الجزائرية, إلا أن اكتساب سيارة في السنوات الأخيرة أصبح ممكن مع اتساع نطاق وشراء المركبات عن طريق قروض البنوك, ودخول السيارات الصينية ذات تكلفة منخفضة في متناول ميزانية الجزائري المتوسط .

ان الأسر التي تقودها النساء تسكن منازل افضل من حيث الخصائص المادية كما تمتاز بتجهيز احسن من حيث المعدات الكهرومنزلية.

تم بناء نموذج خاص بقيادة الأسر لكل جنس على حدى و النموذجين صنفوا اكثر من 95% من الرجال و النساء, و اكبر مساهمة في كلا النموذجين تخص الحالة الزوجية, حيث ان نصف التفسير راجع لهذا المتغير, و من جهة اخرى نلاحظ ان كبار السن و ذات الدخل لهم اكبر فرصة لإدارة اسرهم, و تزداد فرص النساء في تسير اسرهن في الوسط الحضري.

نتطرق في الفصل الموالي الى متغير وسيط مهم في الأطار النظري و هو استعمال الرعاية الصحية و نفرق بين نوعين من الخدمات : الخدمات الوقائية و العلاجية.

## المقدمة

ان الرعاية الصحية تلعب دورا هاما في المحافظة على الصحة سواء في مجال الوقاية من المرض ، وعلى مستوى توفير الخدمات الصحية في حالة المرض.

تمر صحة الطفل بعدة مراحل, و المرحلة الأولى تبدأ قبل ولادة الطفل و المرحلة الثانية تخص الوضع و الأخيرة تصادف الرعاية المقدمة خلال السنوات الأولى من الحياة.

"إن استخدام الخدمات الصحية هي نتيجة سيرورة تبدأ المرحلة الأولى بظهور الحاجة للرعاية الصحية" (Donabedien , 1985 cite Echarri Casonava, 1993, p.205).

و هذا الوضع قد يكون الإحساس بالضيق او حالة مرضية أو مجرد ظهور اعراض تحتاج لعناية خاصة, إن تصور و معرفة الأعراض أو الإعراف بالحاجة الى الرعاية الصحية تأتي في الدرجة الثانية , هذا التصور مرتبط بعدة عوامل خاصة الثقافية منها . إن التصور الحاجة الى الرعاية الصحية تؤدي الى اتخاذ قرار بشأن كيفية التصرف, و سيتخذ القرار على اساس الأعراض و شدتها و التداخل في الأنشطة اليومية و مستوى تحمل الإزعاج و طبيعة المرض المزمع و عواقبه (Arredondo , 1992 cite par Echarri Casonava, 1993, p.205).

الردود على الاحتياجات في مجال الصحة متعددة : لا تفعل شيئا و التشارور مع الآخرين في الأسرة ، أو اللجوء الى النظام الصحي ( Pelto ، 1987). و يمكن استخدام مجموعة من الخيارات للرعاية حيث نستطيع إستخدام الأساليب التقليدية و التوجه الى المعالجين التقليديين, كما نستطيع ايضا إقتناء الدواء من عند الصيدلية, أو إستشارة طبيب خاص أو الذهاب الى مركز طبي من القطاع العام. إن إستخدام العلاج الحديث مشروط بتوفره في منطقة الإقامة و بالإضافة الى ذلك يجب الأخذ في الحسبان العوائق الاقتصادية و الثقافية.

إن الدراسات التي تهتم بصحة الأم و الطفل تركز على الرعاية خلال فترة الحمل و الوضع و السنوات الأولى في حياة الطفل.

و يتم التمييز بين نوعين من الرعاية الخاصة بالأم و الطفل, حيث ان النوع الأول له طابع وقائي مثل مراقبة الحمل و التطعيم ضد بعض الأمراض و متابعة نمو الطفل و هذا الأخير يعتمد كلياً على الآخرين و قرار استعمال الخدمات الصحية ليس دائماً في يد الأم و الأب, و لكن لا يجب الإستهانة بدور اعضاء اخرين في الأسرة لا يمكن تجاوزهم, و يبقى تحديد الحاجة الصحية و الإعراف به داخل الأسرة.

نحاول في هذا الفصل التحقق من تأثير بنية الأسرة في استخدام الخدمات الصحية الخاصة بالطفولة و الأمومة.

إن مكانة الأم التي نرّمز لها في دراستنا بعلاقة القرابة مع رب الأسرة, يمكن أن تعطينا معلومات حول و ضعية الأم داخل الأسرة , إن زوجات الأبناء اللواتي تعيشن مع اباء ازواجهن يواجهن ضغوطات معتبرة مقارنة مع النساء الأخريات, و من بين الصعوبات الحد من تحركاتهن خارج البيت مقارنة مع النساء اللواتي ينتمين الى أسر نووية, بالإضافة الى تبعية الأم أن بعض خصائصها مثل التعليم و الأصل الريفي و صغر السن يؤثرون على التصورات و الإحتياجات الصحية و الإستجابة لها.

أن ثقل الحماة بنسبة لزوجة الإبن في اخذ القرار جد مهم و سيكون من الصعب على زوجة الإبن فرض وجهة نظرها خاصة اذا كانت تعيش في بيتها. يحتوي مسح 2002 على وحدات خاصة بالصحة الإنجابية و تم طرح اسئلة خاصة بالولادة الأخيرة خلال الخمس سنوات قبل المسح, و هذه المعطيات تمكننا من تحليل سلوكيات الخاصة باستخدام المراكز الصحية و هذا بأخذ بعين الإعتبار الرعاية الوقائية و العلاجية. و تشمل الرعاية الوقائية التي سنتطرق لها على مايلي:

- 1- مراقبة الحمل و سنستعمل لهذا الغرض المؤشرات التالية : مراقبة الحمل , هل كانت الإستشارة خلال الثلاثي الأول , الإستشارة مقدمة من طرف عمال الصحة و عدد الإستشارات خلال الحمل.
- 2- الرعاية الصحية اثناء الولادة
- 3- تغذية الطفل.
- 4- التطعيم.

أما الرعاية العلاجية سنستعمل لوصفها زيارة المراكز الصحية, و اخذ العلاج للإسهال و السعال عند الأطفال اقل من خمس سنوات المصابين بأحد المرضين. و تجدر الإشارة أن الحالة الصحية للأم قد تشجع هذه الأخيرة و الأعضاء الآخرين للأسرة لإستخدام الرعاية الصحية لعلاج المرأة و ليس بهدف مراقبة الحمل. و تزداد الأخطار التي يتعرض لها الطفل اذا كانت الأم مصابة بمرض مزمن خاصة مقارنة بالنساء الأخريات (Potter, 1988 cite par Banza, 1993) أن استخدام الرعاية قبل الولادة من طرف النساء في المناطق الريفية بالمكسيك هو نتيجة لعدم الارتياح الذي تشعر به المرأة اثناء الحمل فمثلا التقبيء يقابله استعمال مكثف لرعاية قبل الولادة.

## 8-1 استخدام الرعاية الصحية الوقائية

### 8-1-1 مراقبة الحمل

"تهدف الرعاية قبل الولادة الى الوقاية والكشف المبكر والتعامل مع التعقيدات التي يمكن أن تؤثر على صحة الأم والطفل لذي لم يولد بعد ، وايضا مرافقة المرأة وعائلتها طوال فترة الحمل"

(Prua L. de Bernis , 2002, p91)

ان الرعاية ما قبل الولادة مهمة لمتابعة نمو الجنين و مراقبة تطور الحمل, و نستطيع بالتالي التنبؤ بالمخاطر التي يمكن ان تحدث عند الولادة, مثل اكتشاف موقع غير عادي للجنين او تعدد الحمل او خطر تمزق الأغشية قبل الأوان ، ومخاطر العيوب الخلقية ، وغير ذلك حسب المؤلف Prual .Bernis

وفقا لمعايير المنظمة العالمية لصحة من المهم تقديم الرعاية مبكرا و مستمرة لكي تكون الإستشارات فعالة و مفيدة للمرأة, و حددت المنظمة عدد الإستشارات بأربعة على الأقل خلال فترة الحمل, و هذا لتمكين الإختصاصيين من تقييم الوضع الصحي للمرأة و الجنين, و تزويد المرأة بنصائح الخاصة بالتغذية و رعاية الأطفال و وجذب انتباه المرأة عن علامات الخطر ، ومساعدتها على الاستعداد للولادة.

ان غياب الإستشارات الطبية قبل الولادة يمكن اعتباره عامل خطر لانها لا تستطيع منع بعض المضاعفات واكتشاف الأمراض, ان المتابعة المبكرة للحمل من طرف طبيب او قابلة يعتبر مؤشر ايجابي في نمط الرعاية الصحية.

استعملنا أربعة مؤشرات لفترة الحمل و هي :

- هل تمت مراقبة الحمل أم لا

-مدة الحمل عند اول استشارة

- التأهيل للموظفين الذين قاموا بالإستشارة (الزيارة قام بها طبيب أو ممرضة أو قابلة)

- عدد من الإستشارات (على الأقل 4 زيارات خلال الحمل).

و فيما يخص اول مؤشر لرصد الحمل, اظهر مسح عام 2002 ان 81 ٪ من الولادات الأخيرة لسنوات الخمس قبل المسح كانت متابعة, و هذه النتيجة تخص فقط الولادات الحية, و بينت النتائج و جود اختلاف في مراقبة الحمل حسب مكان الإقامة و قدر الفرق بين الوسط الحضري و الريفي ب 14.6 نقطة لصالح المناطق الحضرية سنة 2002.

أما بالنسبة للمؤشر الثاني فحوالي 72 ٪ من الولادات الأخيرة في السنوات الخمس التي سبقت الدراسة استفادوا من أول زيارة قبل الولادة خلال الثلاثي الأول للحمل كما سجلنا فجوة تزيد على

عشر نقاط بين المناطق الحضرية و الريفية, حيث ان في المناطق الريفية استفاد 65 ٪ من الأطفال من استشارة طبية قبل الولادة خلال الثلاثي الاول للحمل.

ان نسبة حالات الحمل الغير متابعة في المناطق الريفية و وصلت الى 26.8 ٪ و 12.2 ٪ في المناطق الحضرية, كما ان ثلثي الولادات استفادت من زيارة طبية خلال الثلاثي الأول للحمل في المناطق الريفية و وصلت النسبة في المناطق الحضرية الى 76 ٪ في المناطق الحضرية. اما فيما يخص عدد الإستشارات فإن نصف الولادات التي حدثت خلال الخمس سنوات قبل المسح استفادت من اربعة زيارات على الأقل, و هو الحد الأدنى الذي أوصت به المنظمة العالمية لصحة , وسجلنا اقل من هذه النسبة في المناطق الريفية (الجدول 8.1.1).

الجدول 1.8.1 : توزيع الولادات التي حدثت قبل خمس سنوات من الدراسة وفقا لأربعة مؤشرات ومكان الإقامة

متابعة الحمل	العدد	نعم	لا
حضر	2132	87,85%	12,15%
ريف	1679	73,20%	26,80%
المجموع	3811	81,40%	18,60%
رعاية طبية قبل الولادة			
حضر	2136	87,69%	12,31%
ريف	1681	73,11%	26,89%
المجموع	3817	81,27%	18,73%
استشارة خلال الثلاثي الأول			
حضر	1846	76,27%	23,73%
ريف	1192	65,27%	34,73%
المجموع	3038	71,96%	28,04%
عدد الإستشارات اقل من 4			
حضر	1817	56,08%	43,92%
ريف	1192	44,80%	55,20%
المجموع	3009	51,61%	48,39%

قدم الرعاية قبل الولادة طبيب أو ممرضة أو قابلة لأكثر من 80 ٪ من مواليد الخمس سنوات التي سبقت المسح.

و على الرغم من التذكير للزيارات ما قبل الولادة ، إلا ان نصف الولادات استفادت من أربع زيارات كما أوصت بها منظمة الصحة العالمية. ففي المناطق الريفية اقل من نصف الولادات استفادت من اربعة زيارات حيث سجلنا فقط 45 ٪ من الولادات استفادت من العدد التي و صت به المنظمة العالمية لصحة بينما وصلت هذه النسبة الى 56 ٪ في المناطق الحضرية

ان جهل المرأة بوجود مراكز صحية توفر الرعاية الصحية خلال الحمل لا نستطيع قبوله لأن 80% من الولادات استفادوا من زيارة على الأقل, و الهدف من الزيارة هو التأكد من الحمل هذا هو التفسير الأول, و قد يرجع عدم اتمام العدد المطلوب من الإستشارات عدم تشجيع المرأة لأنها ليست على علم بضرورة الإستفادة من أربع زيارات, و سوء الإستقبال لا يحث المرأة على العودة. وردا على سؤال حول أسباب الزيارة الأولى, فإن الإيجابيات الواردة في الجدول رقم 2.1.8 تبين ان هدف الزيارة الأولى هو التحقق من الحمل في كل الحالات بغض النظر عن عدد الزيارات التي استفادت منها المرأة, اما الإجابة الثانية فهي مراقبة الحمل و المضعفات و الحالة الصحية لطفل فأحتلت المرتبة الثالثة في الردود على السؤال, حيث أن قرابة نصف النساء اللواتي استفدن من اربعة استشارات في مرحلة الحمل صرحن ان السبب لأول زيارة هو التحقق من الحمل مقابل 30% من النساء لم تستفد من اربعة زيارات على الأقل, و اقل من 2% من النساء قمنا بأول استشارة لحجز مكان للوضع داخل المستشفى.

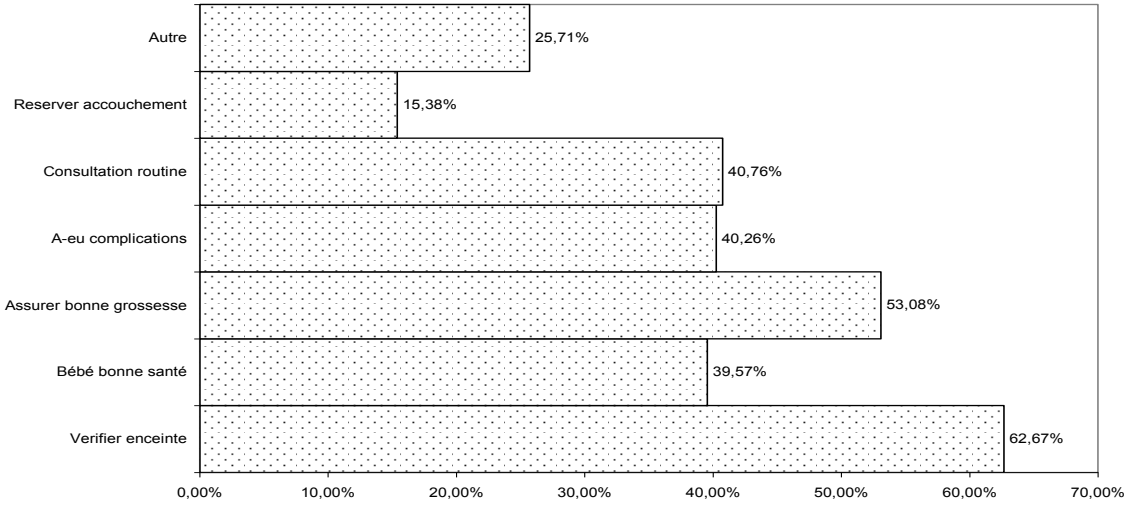
الجدول 2.1.8 : توزيع الولادات حسب السبب الأول للإستشارة الطبية قبل الولادة و عدد من الزيارات

السبب	المجموع	>=4
تأكد من الحمل	38,48%	46,80%
الطفل في صحة جيدة	15,64%	12,01%
ضمان حمل في ظروف جيدة	23,44%	24,15%
تعرضت لصعوبات	15,54%	12,14%
استشارة روتينية	5,28%	4,18%
حجز مكان للولادة	0,44%	0,13%
اخر	1,18%	0,59%
العدد	2973	1532

ان النساء التي صرحن بأن سبب الأول للإستشارة هو التحقق من الحمل هن اكثر عدد من الإستفادة من 4 زيارات على الأقل, و ضمان حمل في ظروف جيدة احتلت المرتبة الثانية و جاءت المضاعفات في المرتبة الثالثة ( انظر المنحنى رقم 1.8 )

المنحنى 1.8 : توزيع النساء الواتي استفدنا من 4 زيارات على الأقل حسب سبب الإستشارة الأولى

Graphique n° 8.1 : Répartition des femmes selon la raison de la première consultation et qui ont réalisé 4 visites au moins



ا- و صف المتغيرات المستخدمة في المؤشرات الأربعة

ان الجداول 1.8.1 و 1.8.2 يبينان خصائص بعض المتغيرات المستعملة التي تشمل الأعداد و النسب لكل الإجابات .

ان نسبة الأمهات المصابات بمرض مزمن تمثل 12.7 % من جميع الأمهات اللواتي انجبن مولود خلال الخمس سنوات التي سابت المسح, و 83.8 % من أرباب الأسر مشغلون أو متقاعدين. أما فيما يخص سن الإنجاب فنلاحظ ان 40 % من النساء يتراوح أعمارهن بين 20 و 29 عاماً، بينما لا تزيد نسبة الأمهات أقل من 20 سنة على 2 % ، وثالث النساء في سن 35 وما فوق. كما سجلنا أكثر من 80 % من النساء هن زوجات ارباب الأسر ، وأقل من 2 % منهن ربات أسر. فكما رأينا في الفصل السابع وصول المرأة إلى إدارة الأسرة تكون عند الأعمار المتقدمة حيث أن متوسط عمر النساء ربات الأسر قدر ب 57 سنة عند النساء مقابل 50 سنة للرجال في عام 2002. و نلاحظ كذلك ان أكثر من 40 % من النساء أميات ، وأكثر من 90 % صرحن بأنهن ماكنات في البيت و 7 % فقط منهن يشتغلن خارج المنزل وأكثر من 60 % من النساء لهن على الأقل ثلاثة ولادات.

الجدول 1.8 : ترددات لبعض خصائص الأم

المتغير	القيم	العدد	النسبة
الأم مصابة بمرض مزمن	نعم	485	12,72%
	لا	3329	87,28%
	المجموع	3814	100,00%
عمر الأم عند الولادة	اقل من 20 سنة	63	1,68%
	20-29	1514	40,33%
	30-34	1043	27,78%
	>=35	1197	31,89%
	المجموع	3754	100,00%
صلة قرابة الأم	رب الأسرة	44	1,15%
	زوجة رب الأسرة	3173	83,13%
	ابنة/زوجة الأبن	545	14,28%
	اخر	55	1,44%
	المجموع	3817	100,00%
المستوى التعليمي	امي	1728	45,27%
	تقرأ و تكتب ابتدائي	1354	35,47%
	متوسط واكثر	735	19,26%
	المجموع	3817	100,00%
النشاط الاقتصادي للأم	مشتغل	274	7,19%
	بدون وظيفة	49	1,29%
	ماكنة في البيت	3473	91,11%
	تلميذ طالب	6	0,16%
	متقاعد	6	0,16%
	اخر	4	0,10%
	المجموع	3812	100,00%
	رتبة المولود	1	694
2		658	17,25%
3 و اكثر		2462	64,55%
المجموع		3814	100,00%

ان نوع الأسرة الأكثر انتشارا هو "النوعية" ، متنوع بالأسر "الممتدة" و كما تم احصاء 18 أسرة متعددة الزوجات. كما سجلنا أكثر من نصف أي 55.9 % من أرباب الأسر اعمارهم تقل على 50 سنة يليه ربات الأسر ب 26.6 % من الحالات.

اما فيما يخص السكن فإن نصف المنازل مبنية بمواد صلبة, و لكن ثلث المساكن فقط تتوفر على جميع الأدوات الكهرومنزلية و اقل من ربع الأسر يزيد حجمها على 8 افراد, و الحجم المتوسط قدر ب 6.9 شخص.

ان قرابة 28% من الولادات السنوات الخمسة قبل المسح تخص منطقة الوسط, و خمس الولادات في منطقة الغرب و ربع الولادات يعيشون في منطقة الجنوب و اكثر من نصف الولادات يقيمون في المناطق الحضرية.

الجدول 1.8. ب : ترددات لبعض خصائص الأسرة والمسكن

المتغيرات	القيم	العدد	النسبة
رب الأسرة مشغل/ متقاعد	نعم	3197	83,78%
	لا	619	16,22%
نوع الأسرة	نووي	2384	62,46%
	احد الوالدين	31	0,81%
	ممتدة	639	16,74%
	متعدد الزوجات	18	0,47%
	اخر	745	19,52%
	رجال اقل من 50	2097	55,92%
	رجال اكثر من 50	655	17,47%
فئة رب الأسرة	النساء	998	26,61%
	سنية	1831	48,94%
ظروف المسكن	جيدة	1910	51,06%
	جيدة	1237	33,40%
التجهيز و ممتلكات	سنية	2467	66,60%
	1 à 5	1371	36,54%
حجم الأسرة	6 à 8	1507	40,17%
	> 8	874	23,29%
	الوسط	1062	27,82%
المنطقة	الشرق	1019	26,70%
	الغرب	774	20,28%
	الجنوب	962	25,20%
	حضر	2136	55,96%
مكان الإقامة	ريف	1681	44,04%

ب- التحليل الثنائي

تمثل الجداول 1.8.ج و 1.8.د اعداد كل محدد و قوام مخاطر النسبية وكذلك مجالات الثقة, و في هذا الجزء تتم دراسات المحددات على حدى و في المرحلة اللاحقة نشارك في التحليل جميع المتغيرات معا لتحديد المساهمة الصافية لكل متغير.

تبين النتائج ان جل المتغيرات لها مدلول احصائي على عتبة 1% بإستثناء المتغير الخاص بصحة الأم و منطقة الغرب الخاص بالمتغير المنطقة.

لم نشاهد اختلافات سلوكية وفقا للمؤشرين فيما يخص الحالة الصحية للأم و منطقة الشرق التي لا تختلف عن القيمة المرجعية و هي الجنوب.

ان النساء المقيمات في المناطق الحضرية اكثر حضا لمتابعة حملهن مقارنة بالمقيمات في المناطق الريفية, و هذه النتيجة جد معقولة نظرا لعدم تكافؤ التجهيزات في الوسطين, حيث ان الوسط الريفى لا يتوفر على بنية تحتية مثل تلك الموجودة في المناطق الحضرية خاصة المنشآت الصحية المختصة.

نلاحظ كذلك ان النساء الأصغر سنا يتابعن اكثر حملهن, و هذا راجع لأنه اول حمل و ليست لهن التجربة الكافية و يعتبر العمال في القطاع الصحي مصدر مهم لنصائح او المساعدات في حالة حدوث صعوبات, و ما يؤكد هذه التصريحات ان 60% من ولادات النساء التي تقل اعمارهن عن 25 سنة هم من الرتبة الأولى .

و نظرا لقلّة الأعداد في بعض المتغيرات قمنا بجمع بعض الحالات, فمثلا فيما يخص المتغير نوع الأسرة, قمنا بإنشاء متغير جديد يأخذ قيمتين و هي "نووي" و "اخر" و الفئة "اخر" تشمل على الأسر "الممتدة" و"متعددة الزوجات" و الأنواع "الأخرى".

نلاحظ ان النساء اللواتي ينتمين الى اسر نووية اقل متابعة لحملهن مقارنة بالنساء الأخريات, هذه النتيجة قد تكون راجعة الى نقص الدعم الأسري الذي قد تعاني منه النساء المنتميات الى اسر نووية عكس النساء المنتميات الى اسر ممتدة فإنهن يستطعن الإعتماد على اعضاء اخريين داخل الأسرة للقيام بالأشغال المنزلية و خاصة رعاية الأطفال, فمثلا فإنهن يستطيعن الذهاب الى مركز صحي للإستفادة من إستشارة طبية خلال فترة الحمل.

وأظهر تحليل المؤشرين مراقبة الحمل و زيارة مبكرة ان النساء اللواتي ينتمين الى اسر "غير نووية" اكثر مراقبة لحملهن من قبل الطاقم الطبي .

ان تحليل العوامل الاقتصادية التي نرمر لها بنشاط الأم و رب الأسرة و التجهيزات و ممتلكات الأسرة و ظروف السكن, ان النساء العاملات خارج بيوتهن يستطيعن التنقل بأكثر حرية من الماكثات في البيت, لأن الأعضاء ذات نفوذ داخل الأسرة مثل الزوج او اب الزوج او أم الزوج لا يتحكمون في تحركات العاملات, مقارنة بالماكثات بالبيت بنفس المستوى.

نفس النتائج شاهدها بالنسبة للمؤشرات مراقبة الحمل و الإستهارة مقدمة من طرف عمال الصحة, و هذا راجع لأن هذين المتغيرين مرتبطين لأن الإستهارة تكون من قبل الطاقم الطبي المتكون من طبيب او قابلة او ممرضة.

الجدول 1.8.ج : استخدام الخدمات الصحية أثناء الحمل (مراقبة والعاملين فى المجال الطبي) الأثر الصافي للمتغيرات

المتغيرات	القيم	مراقبة الحمل				الرعاية الطبية			
		العدد	خطر نسبي	RR	الدلالة	العدد	خطر نسبي	RR	الدلالة
الأم مصابة بمرض مزمن	نعم	485	83%			485	83%		
	لا	3323	81%	0,98	NS	3329	81%	0,98	NS
مكان الإقامة	حضر	2132	88%	1,20	***	2136	88%	1,20	***
	ريف	1679	73%			1681	73%		
عمر عند الوضع	اقل من 20	63	89%	1,18	***	63	89%	1,18	***
	20-29	1512	86%	1,14	***	1514	86%	1,14	***
	30-34	1043	81%	1,08	***	1043	81%	1,09	***
	>=35	1193	75%			1197	75%		
حجم الأسرة	1 à 5	1370	88%	1,21	***	1371	88%	1,21	***
	6 à 8	1504	81%	1,11	***	1507	80%	1,11	***
	> 8	872	73%			874	72%		
نوع الأسرة	نووي	2379	79%	0,93	***	2384	79%	0,92	***
	اخر	746	86%	1,01	***	746	86%	1,01	***
	ممتدة	621	85%			622	84%		
تجهيز و ممتلكات	جيدة	1234	92%	1,20	***	1237	92%	1,20	***
	سنية	2464	76%			2467	76%		
ظروف المسكن	سنية	1827	74%	0,83	***	1831	73%	0,83	***
	جيدة	1908	89%			1910	89%		
النشاط رب الأسرة	مشتغل	3192	83%	1,11	***	3197	83%	1,11	***
	لا	618	74%			619	74%		
المنطقة	الوسط	1060	85%	1,05	***	1062	85%	1,05	***
	الشرق	1018	81%	1,00	NS	1019	81%	1,00	NS
	الغرب	771	78%	0,97	***	774	78%	0,96	***
	الجنوب	962	81%			962	81%		

RR: الخطر النسبي NS : مدلول بدون : \*\*\* عتبة 1 : \*\*

الجدول 1.8 ج (تابع) : استخدام الخدمات الصحية أثناء الحمل (مراقبة والعاملين في المجال الطبي) الأثر الصافي للمتغيرات

المتغيرات	القيم	مراقبة الحمل				الرعاية الطبية			
		العدد	خطر نسبي	RR	الدلالة	العدد	خطر نسبي	RR	الدلالة
فئة رب الأسرة	رجال > 50	2093	82%	0,98	***	2097	82%	0,98	***
	رجال < 50	654	75%	0,90	***	655	75%	0,89	***
	النساء	997	84%			998	84%		
المستوى التعليمي للأم	امي	1724	70%	0,737	***	1728	70%	0,74	***
	ابتدائي	1353	88%	0,93	***	1354	88%	0,93	***
	متوسط و اكثر	734	95%	1		735	95%	1,00	
النشاط الاقتصادي للأم	مشتغل	274	93%	1,157	***	274	93%	1,16	***
	اخر	3532	80%	0,505		3538	80%	0,51	
صلة قرابة الأم مع رب الأسرة	رب الأسرة	44	70%	1,00	***	44	70%	1,00	***
	الزوجة	3167	80%	1,14	***	3173	80%	1,14	***
	البنات	60	95%	1,35	***	60	95%	1,35	***
	زوجة الابن	485	87%	1,23	***	485	87%	1,23	***
	اخر	55	80%	1,14	***	55	80%	1,14	***
رتبة المولود				0,81	***			0,81	***

RR: الخطر النسبي NS : مدلول بدون : \*\*\* عتبة 1 : %ذات دلالة على عتبة 1 : \*\*\* مدلول بدون : NS الخطر النسبي: RR

و فيما يخص مؤشر الزيارة المبكرة بينت النتائج ان معظم المتغيرات لها مدلول احصائي عدا الحالة الصحية للأم و فئة "زوجة" من المتغير علاقة القرابة مع رب الأسرة, حيث ان هذه المتغيرات الأخيرة ليست لها مدلول احصائي على عتبة 5% (انظر الجدول رقم 1.8 د).

ان تحليل المؤشر عدد الزيارات خلال فترة الحمل أظهر المتغير الحالة الصحية للأم و صلة القرابة مع رب الأسرة و السن عند الإنجاب و فئة الأسرة "النوعية" للمتغير نوع الأسرة ليست لها مدلول احصائي على عتبة 5% .

ان النساء اللواتي يعيشن في اسر مسيرة من طرف إمراة يتمتعن بفرصة اكبر للإستفادة من استشارة مبكرة و اربعة استشارات خلال الحمل. فكما توصلنا له في الفصل السابق فإن الأسر المسيرة من طرف امراة يقيمون في المناطق الحضرية, و من المعلوم ان الوسط الحضري يتوفر على هياكل صحية و يسهل الإتصال بها مقارنة بالوسط الريفي. نظرا لعزلة العديد من مناطقه فبتالي

النساء القاطنات في المناطق الريفية يصعب عليهن الحصول على الخدمات الصحية، نظرا لبعدها عن المنزل.

و فيما يخص المتغير المنطقة، فإن النساء القاطنات في المنطقة الغربية اقل متابعة لحملهن مقارنة بالنساء الساكنات في منطقة الجنوب.

الجدول 1.8. د: زيارة ما قبل الولادة المبكرة وعدد الإستشارات خلال فترة الحمل لأخر ولادة خلال الخمس السنوات قبل المسح

المتغيرات	القيم	عدد الإستشارات				استشارة مبكرة	
		الدلالة	الخطر النسبي	النسبة	العدد	الدلالة	الخطر النسبي
	نعم			0,5	384		0,7
	لا	NS	0,97	0,5	2622	NS	0,7
الأم مصابة بمرض مزمن	حضر	***	1,2	0,6	1817	***	0,8
	ريف			0,4	1192		0,6
مكان الإقامة	اقل من 20	NS	1,1	0,6	54	***	0,7
	20-29	NS	1,0	0,5	1267	***	0,8
	30-34	**	0,9	0,5	827	***	0,7
	>=35			0,5	861		0,7
سن عند الإنجاب	اقل من 6	***	1,4	0,6	1172	***	0,8
	6 = 8	***	1,1	0,5	1176	***	0,7
	> 8			0,4	610		0,7
حجم الأسرة	نووي	NS	0,9	0,5	1832	***	0,7
	اخر	**	1,1	0,5	621	***	0,8
	ممتد			0,5	505		0,7
نوع الأسرة	جيدة	***	1,3	0,6	1105	***	0,8
تجهيز و ممتلكات المسكن	سيئة			0,5	1819		0,7
	سيئة	***	0,8	0,5	1293	***	0,7
ظروف السكن	جيدة			0,6	1657		0,7
	مشتغل	***	1,2	0,5	2566	***	0,7
نشاط رب الأسر	لا يعمل			0,4	442		0,6
	الوسط	***	1,2	0,6	873	***	0,7
	الشرق	***	1,2	0,6	796	***	0,7
	الغرب	***	0,8	0,4	592	***	0,8
المنطقة	الجنوب			0,5	748		0,6

ذات دلالة على عتبة 10% : \*\*\* ذات دلالة على عتبة 5% : \*\* ذات دلالة على عتبة 10% : \* بدون دلالة احصائية : NS

الجدول 1.8. د (تابع): زيارة ما قبل الولادة المبكرة وعدد الإستشارات خلال فترة الحمل لأخر ولادة خلال الخمس السنوات قبل المسح

المتغيرات	القيم	عدد الإستشارات				استشارة مبكرة		
		الدلالة	النسبة	العدد	الدلالة	الخطر النسبي	النسبة	العدد
فئة رب الأسرة	رجل اقل من 50 سنة	***	0,96	1680	***	0,9	1689	
	رجل اكبر من 50 سنة	***	0,9	472	***	0,9	480	
	امراة			804			815	
تعليم الأم	امي	***	0,6	1165	***	0,7	1173	
	ابتدائي	***	0,8	1160	***	0,9	1175	
	متوسط و اكثر			684		1,0	690	
نشاط الأم	مشتغلة	***	1,3	246	***	1,2	246	
	اخر		1,0	2758			2758	
صلة القرابة	رب الأسرة			29	***		30	
	زوجة	NS	1,1	2470	NS	1,0	2490	
	ابنة	NS	1,2	55	***	1,1	56	
	زوجة الإبن	NS	1,2	411	***	1,1	418	
	اخر	NS	1,1	44	***	1,0	44	
الرتبة	***	0,9		***	0,8			

ذات دلالة على عتبة 1% : \*\*\* ذات دلالة على عتبة 5% : \*\* ذات دلالة على عتبة 10% : \* بدون دلالة احصائية : NS

تم حساب الأثر الصافي بتعديل معادلة الإنحدار اللوجستي في مرحلتين, حيث تم ادخال كل المتغيرات في المرحلة الأولى, و المرحلة الثانية تم بناء نموذج بإستعمال المتغيرات ذات مدلول احصائي و نظرا لمشكل الأعداد القليلة الذي صدقنا قمنا بجمع قيم بعض المتغيرات. ان اول مؤشر تم تحليله هو مراقبة الحمل, و بينت النتائج ان قرابة 82% من الأطفال تم ترتيبهم بصفة جيدة, و من بين 13 متغير ادخلوا في المرحلة الأولى سبعة متغيرات لها مدلول احصائي على عتبة 1%. فإن الحالة الصحية للأم لم يكون له مدلول إحصائي في التحليل الثنائي, اصبحت ذات مدلول في التحليل المتعدد, فإن النساء اللواتي صرحن بإصابتهم بمرض مزمن اكثر متابعة لحملهن مقارنة بالأخريات, و فيما يخص رتبة الولادة فكلما زادت رتبة المولود انخفض احتمال متابعة الحمل.

اما فيما يخص النتائج الأخرى فإنها متوقعة حيث ان المستوى التعليمي يؤثر ايجابيا على متابعة الحمل, فإن النساء ذات مستوى متوسط و اكثر يراقبن حملهن ثلاثة مرات اكثر مقارنة مع النساء الأميات.

كما تؤثر العوامل الاقتصادية على متابعة الحمل, فإن النساء اللواتي ينتمين الى اسر ميسورة اقتصاديا تزداد فرص متابعة الحمل ب 80% اذا كانت المرأة تقطن في مسكن ذات خصائص جيدة.

و تزداد فرصة متابعة الحمل ب 70% اذا كانت المرأة تعيش في مسكن مجهز جيدا مقارنة بالنساء الأخرى.

و تتميز النساء القاطنات في منطقة الوسط مقارنة بالنساء اللواتي يعيشن في المناطق الأخرى من الوطن بإستعمال أكثر لرعاية الصحية خلال فترة الحمل, فإن منطقة الوسط تشمل على العاصمة و تعتبر هذه المنطقة افضل تجهيز من حيث المرافق الصحية, فمن بين 28 مركز استشفائي جامعي 7 منها تقع في هذه المنطقة, و تحتوي على قرابة نصف الهياكل الصحية المتخصصة.

و بينت النتائج ان صلة القرابة مع رب الأسرة هي المتغير الوحيد الخاص بالأسرة ذات مدلول احصائي على عتبة 10% , اما فيما يخص المتغيرات المتبقية و هي حجم الأسرة و نوع الأسرة و فئة رب الأسرة لم تكون لهم دلالة احصائية .

ان المساهمات في تفسير مراقبة الحمل حسب الترتيب التنازلي هي : رتبة المولود ب 14,2% متبوع بالمستوى التعليمي بأكثر, 12% و ظروف السكن يحتل المرتبة الثالثة ب 10,4% الجدول 8.2 : معامل الانحدار اللوجيستي على المقومات الأساسية للمراقبة الحمل لأخر ولادة خلال الخمس السنوات السابقة للمسح .

الخصائص	القيم	العدد	الدلالة	النسبة	معامل الارتباط الجزئي
المستوى التعليمي للأم	امي	1658			
	تقرأ و تكتب ابتدائي	1283	(***)	1,9	10,2%
	متوسط و اكثر	707	(***)	3,3	10,5%
المنطقة	الوسط	1017	(***)	1,4	5,5%
	اخر	<b>2631</b>			
ظروف المسكن	سنية	1793			
	جيدة	1855	(***)	1,8	10,4%
الأم مصابة بمرض مزمن	نعم	469	(***)	1,6	5,1%
	لا	3179			
مكان الإقامة	حضر	2034	(***)	<b>1,6</b>	8,2%
	ريف	1614			
صلة قرابة الأم و رب الأسرة	رب الأسرة	44	(*)	1,8	1,5%
	اخر	<b>3604</b>			
تجهيز و ممتلكات المسكن	جيدة	1217	(***)	1,7	7,2%
	سنية	2431			
رتبة المولود			(***)	0,9	14,2%
التصنيف	الثابت		(***)	13,1	21,4%
	82,1%				

ان تحليل المؤشر الثاني خاص بالزيارة المبكرة قبل الولادة ، نلاحظ أن ما يقارب 73 % من الولادات رتبت بصفة جيدة.

و اظهرت النتائج ان رتبة الولادة هي اهم متغير ساهم في تفسير هذا المؤشر, يليه تعليم الأم و مكان الإقامة , فإن وجود المرافق الصحية و الطاقم الطبي يساعد في الإستفادة من الزيارات المبكرة. اما فيما يخص الظروف الاقتصادية المتمثلة بنشاط رب الأسرة, فإن النساء اللواتي ينتمين الى اسر ذات مدخول تزيد فرصتهن ب 40 % من الحصول على استشارة طبية خلال الثلاثي الأول للحمل. كما بينت النتائج اهمية سن الإنجاب لهذا المؤشر حيث ان النساء اكبر سنا استفدن اكثر من زيارة مبكرة و الحالة الصحية للأم ساهمت في شرح هذا المؤشر في التحليل المتعدد, بينما في التحليل الثنائي لم يكون هذا المتغير ذات دلالة احصائية, فتزداد فرصة الزيارة المبكرة ب 30 % اذا كانت الأم مصابة بمرض مزمن.

كما ان المتغيرات الجغرافية مهمة لتفسير هذا المؤشر حيث يعتبر مكان الإقامة محدد هام بالنسبة لزيارة المبكرة, و احتمال الإستفادة بزيارة خلال الثلاثي الأول للحمل يزيد ب 40 % اذا كانت المرأة تقيم في الوسط الحضري.

الجدول 8.2: ب : معامل الانحدار اللوجيستي للمحددات الأساسية لزيارة المبكرة في فترة الحمل لأخر ولادة خلال الخمس السنوات قبل للمسح

الخصائص	القيم	العدد	الدلالة	الخطر النسبي	معامل الارتباط
	<b>امي</b>	1171			
المستوى التعليمي للأم	تقرأ و تكتب ابتدائي	1173	(***)	1,5	7,01%
	متوسط واكثر	690	(***)	2,3	10,25%
عمر عند الوضع	اقل من 30	55	1,1	***	
	>= 30	1707	(**)	1,3	3,29%
الأم مصابة بمرض مزمن	نعم	388	(*)	1,3	2,26%
	لا	2646			
النشاط الاقتصادي لرب الأسرة	مشتغل/ متقاعد	2586	(***)	1,4	4,41%
	غير مشتغل/ متقاعد	448			
مكان الإقامة	حضر	1844	(***)	1,4	5,86%
	ريف	1190			
المنطقة	الوسط	878	(***)	1,3	4,75%
	اخر	2156			
رتبة المولود			(***)	0,8	15,04%
	الثابت		(***)	6,2	26,54%
التصنيف	72,7%				

المؤشر الثالث يتعلق بالأشخاص الذين قدموا الرعاية و نلاحظ ان ما يقارب 82 % من الولادات صنف جيداً بالنسبة لهذا المؤشر , اما فيما يخص المتغيرات التي افرزها النموذج حسب تأثيرها و هي : رتبة المولود و مستوى تعليم الأم و ظروف المسكن و مكان الإقامة و تجهيز المسكن و الحالة الصحية للأم و نشاط رب الأسرة.

اظهرت النتائج ان العوامل الاقتصادية هي الأكثر أهمية لهذا المؤشر, و جميع المتغيرات لها مدلول احصائي على عتبة 1 % بإستثناء نشاط رب الأسرة, و هذا الأخير له دلالة احصائية على عتبة 5 %.

الجدول 2.8. ج : معامل الانحدار اللوجيستي للمحددات الأساسية للرعاية الطبية أثناء الحمل لأخر ولادة خلال الخمس السنوات قبل المسح

الخصائص	القيم	العدد	الدلالة	الخطر النسبي	معامل الارتباط
	امي	1674			
المستوى التعليمي للأم	تقرأ و تكتب ابتدائي	1302	(***)	1,9	10,14%
	متوسط و اكثر	713	(***)	3,1	10,15%
	جيدة	1234	(***)	1,6	6,38%
تجهيز و ممتلكات المسكن	سنية	2455			
	جيدة	1878	(***)	1,8	10,48%
ظروف المسكن	سنية	1811			
	نعم	471	(***)	1,6	5,17%
الأم مصابة بمرض مزمن	لا	3218			
	مشتغل/ متقاعد	3098	(**)	1,3	3,20%
النشاط الاقتصادي لرب الأسرة	غير مشتغل/ متقاعد	591			
	حضر	2060	(***)	1,5	7,58%
مكان الإقامة	ريف	1629			
	الوسط	1026	(***)	1,4	5,61%
المنطقة	اخر	2663			
	رتبة المولود		(***)	0,9	14,36%
	الثابت		(***)	15,5	37,27%
التصنيف		81,8%			

المؤشر الأخير الذي تم تحليله هو عدد الاستشارات خلال الحمل . المتغير التابع يساوي 1 إذا كان عدد الاستشارات يساوي أو أكبر من 4 وتمنح للمؤشر القيمة 0 إذا كانت عدد الإستشارات أقل من 4 .

وسجلنا لهذا المؤشر أدنى نسبة لتصنيف الولادة حيث تم تصنيف جيداً 61 % من الولادات.

وتبقى رتبة الولادة المتغير الذي يساهم بأكبر حصة في تفسير هذا المؤشر وبالنسبة لهذا المؤشر نلاحظ أن السن عند الإنجاب سبق مكان الإقامة, حيث أن احتمال الاستفادة على الأقل بأربعة زيارات تزداد بـ 30% عند النساء أعمارهن يساوي أو أكثر من 30 سنة .

إن الحالة الصحية للأم تبقى محدد مهما لهذا المؤشر, حيث تزداد فرصة الاستفادة من 4 زيارات على الأقل بـ 30% اذا كانت الأم تعاني من مرض مزمن .

ساهم التعليم في تفسير هذا المؤشر نسجل تراجع لتأثير التعليم مقارنة بالمؤشرات السابقة.

تعتبر العوامل الاقتصادية من المحددات المهمة لمتابعة الحمل, وأكبر مساهمة تخص تجهيز المسكن يليها ظروف المسكن ونشاط رب الأسرة.

تزداد فرصة الاستفادة بأربعة زيارات على الأقل بـ 30% لدى النساء اللواتي يعشن في مساكن مجهزة جيدا بـ 20% إذا كان رب الأسرة يشتغل أو متقاعد ونفس, الزيادة سجلت لنساء يعيشن في مساكن ذو خصائص جيدة .

ويبقى مكان الإقامة ذات مدلول إحصائي بعد إدخال جل المتغيرات, و تزداد فرصة الاستفادة من 4 زيارات على الأقل بـ 20% خلال الحمل اذا كانت المرأة تقطن في الوسط الحضري, كما تزداد فرصة الاستفادة لنساء القاطنات في الوسط بـ 50% مقارنة بالنساء المناطق الأخرى, أن الزيادة في احتمال الاستفادة بأربعة استشارات على أقل تتراوح بين 20% إلى 70% لكل محددات المساهمة في تفسير هذا المؤشر .

الجدول 2.8.د: معامل الانحدار اللوجيستي للمحددات الخاصة بعدد الإستشارات خلال الحمل لأخر ولادة خلال الخمس السنوات قبل المسح

الخصائص	القيم	العدد	B	الدلالة	Cote	R
				(***)		6,12%
	امي	1133	Référence			
المستوى التعليمي للأم	تقرأ و تكتب ابتدائي	1116	0,21	(**)	1,2	2,7%
	متوسط وأكثر	663	0,52	(***)	1,7	6,5%
عمر عند الوضع	أقل من 30	1270	Référence			
	>= 30	1642	0,30	(***)	1,3	4,5%
تجهيز و ممتلكات المسكن	جيدة	1102	0,25	(***)	1,3	3,8%
	سنية	1810	Référence			
الأم مصابة بمرض مزمن	نعم	373	0,23	(*)	1,3	2,1%
	لا	2539	Référence			
المنطقة	الوسط	845	0,38	(***)	1,5	6,7%
	اخر	2067	Référence			
مكان الإقامة	حضر	1758	0,17	(**)	1,2	2,4%
	ريف	1154	Référence			
النشاط الاقتصادي لرب الأسرة	مشتغل/ متقاعد	2492	0,19	(*)	1,2	1,7%
	غير مشتغل/ متقاعد	420	Référence			
ظروف المسكن	سنية	1279	0,19	(**)	1,2	2,8%
	جيدة	1633	Référence			
رتبة المولود			-0,15	(***)	0,9	10,6%
	الثابت		0,74	(***)	2,1	10,6%
	التصنيف	60,8%				

ذات دلالة على عتبة 1% : \*\*\* ذات دلالة على عتبة 5% \*\*: ذات دلالة على عتبة 10% \* : بدون مدلول S:

إن عدم المساواة في استخدام الوقاية قبل الولادة هي أكثر وضوح عند النساء الأميات القاطنات في المناطق الريفية، ذات ظروف اقتصادية متدهورة .

الأثار المرتبطة بواقع الإقامة والمنطقة تبين دور العرض وتوفر الخدمات في استخدام الرعاية الصحية ، ويمكن تفسير هذه الفروقات بغياب المراكز الصحية ولكن حتى بوجود الهياكل الصحية فإن نوعية الخدمات قد تؤدي إلى عدم استعمالها .

ونلاحظ تفاوت في الاستخدام حسب المتغيرات الاقتصادية المتمثلة في مستوى التعليم وظروف السكن ونشاط رب الأسرة و المستوى التعليمي، فإن 30% من النساء الأميات لم يستفدن من خدمات صحية خلال فترة الحمل مقابل أقل من 54% من النساء المتعلقات لم يستفدن من رعاية صحية خلال الحمل .

إن العوامل الاقتصادية والجغرافية ليست العوامل الوحيدة التي تؤثر في استخدام الرعاية قبل الولادة حيث أن التجارب السابقة لها دور مهم .

تعتبر رتبة المولود عامل حاسم في الاستفادة من الرعاية الصحية قبل الولادة، وبينت مختلف التحليل أن أكبر مساهمة في تفسير المؤشرات الأربعة هي رتبة الولادة ، ونلاحظ أن استخدام الرعاية الصحية قبل الولادة تنخفض مع ارتفاع رتبة الولادة.

أما فيما يخص السن عند الانجاب بينت النتائج انه ذات مدلول احصائي للمؤشر عدد الزيارات فقط، حيث يزداد احتمال الإستفادة من 4 استشارات طبية على الأقل بـ 30 % إذا كانت المرأة عمرها على الأقل 30 سنة ، ونظرا لقلّة الاعداد لم نستطيع من التحقق من أثار العمر في استخدام الرعاية الصحية خلال الحمل لأننا سجلنا عدد قليل من الولادات قبل 20 سنة ، ومن جهة ثانية فهناك تفاعل بين سن المرأة وحالتها الصحية حيث نسجل أكبر عدد من المصابات بامراض مزمنة عند النساء أعمارهن على أقل 30 سنة .

أما فيما يخص خصائص الأسرة فنوع الأسرة ليس له مدلول احصائي في التحليل متعدد المتغيرات باستثناء القرابة مع رب الأسرة ذات مدلول احصائي بالنسبة للمؤشر متابعة الحمل، وتم تسجيل استعمال أكثر لرعاية الحمل إذا كانت المرأة ربة أسرة .

#### 8-1-2 الرعاية الصحية اثناء الوضع

تعتبر مرحلة الوضع حاسمة في حياة الام والطفل ويمكن أن تشكل خطر قد يؤدي إلى الوفاة تحت ظروف معينة.

واستعملنا لإبراز هذه المرحلة المؤشرة الخاص بمكان الولادة، وستتبع نفس الخطوات التي اعتمدناها في متابعة الحمل، حيث قمنا في المرحلة الأولى بتحليل كل متغير على حد ( تقدير أثار الخام للمتغير)، وفي المرحلة الثانية كل المتغيرات تأخذ بعين الإعتبار في آن واحد، وتستعمل في هذه المرحلة نموذج الإنحدار اللوجيستي لتحديد أثار الصافي لكل متغير .

تمت أكثر من 50% من الولادات في مرافق صحية، واصلت النسبة إلى 90% في الوسط الحضري و أقل من 80% في المناطق الريفية .

الجدول 8. 3.1 : توزيع الولادة الأخيرة التي حدثت خلال خمس سنوات قبل المسح حسب مكان الولادة و مكان الإقامة

ولادة في مركز صحي	العدد	نعم	لا
حضر	2132	93,29%	6,71%
ريف	1677	79,73%	20,27%
المجموع	3809	87,32%	12,68%

احتاجت أقل من 10% من الولادات إلى عملية قيصرية، وكانت نسبة العمليات القيصرية أكبر في المناطق الحضرية حيث سجلنا 5.7% في المناطق الحضرية مقابل 4.2% في المناطق الريفية، وسجلنا 481 ولادة في المنزل، والإجابات على السؤال "لماذا لم تتم الولادة في المستشفى" أكثر من نصف النساء صرحن أنهن يفضلن الوضع في المنزل وأقل من 5%

صرحن أن لا يوجد مرافق صحية في مكان الإقامة، و 7% منهن ذكرن التكاليف الباهضة في المناطق الحضرية .

أما بالنسبة لنساء القاطنات في المناطق الريفية، قرابة ثلث الولادات التي تمت في البيت راجعة لعدم توفر الهياكل الصحية في منطقة السكن، وانخفضت نسبة النساء التي يفضلن الولادة في المنزل، حيث سجلنا 36% فقط، ونسبة منخفضة من الولادات في المنزل استفادت من خدمات قابلة حيث لا تتعدى 3% من الولادات وهذه النسبة وصلت إلى 11% في المناطق الحضرية . إن الولادات في المنزل قد تشكل خطرا على حياة الأم والمولود الجديد، ومن بين الأخطار التي تحرق بهم فإن وسائل قطع الحبل السري قد تؤدي إلى الكزاز حديثي الولادة ، فإن 70% من الإجابات لسؤال "وسيلة قطع حبل السري" هي "أخرى" في المناطق الحضرية ووصلت إلى 81% في المناطق الريفية .

تبين نتائج تحليل مختلف المتغيرات مع مكان الوضع أن جل العلاقات ذات مدلول احصائي على عتبة 10% على الأكثر .

الجدول 8. 3. ب : خصائص الوضع خارج المستشفى للولادة الأخيرة خلال الخمس سنوات قبل المسح

المتغير	القيم	حضر	ريف
أسباب الوضع خارج المستشفى	تفضل المنزل	54,23%	36,18%
	لا توجد مصلحة صحية	4,93%	29,12%
	تكاليف مرتفعة	7,04%	7,35%
	قبل الأوان/ فجأة	21,13%	19,41%
	اخر	12,68%	7,94%
	المجموع	29,46%	70,54%
	العدد	142	340

	كاي 2	37,08	p<0,0001
قابلية ساعدت في الولادة	نعم	10,56%	2,65%
	لا	89,44%	97,35%
	المجموع	29,52%	70,48%
	كاي 2	13,20	p<0,0001
قريبة صديقة ساعدت في الولادة	نعم	28,87%	36,28%
	لا	71,13%	63,72%
	المجموع	142	339
	كاي 2	2,44	p<0,10
الوسيلة المستعملة لقطع الحبل الصري	مقص عادي	10,64%	2,95%
	شفرة حلاقة/سكين	16,31%	12,98%
	اخر	69,50%	81,12%
	لاتعرف	1,42%	0,59%
	المجموع	141	339
	كاي 2	14,67	p<0,010

يحتوي الجدول رقم 3.8. ج على نتائج التحليل الثنائي الخاص بمكان الوضع, و نلاحظ ان كل المتغيرات لها مدلول احصائي باستثناء صلة القرابة و الحالة الصحية للأم. ان فرصة الوضع في مستشفى تزداد ب 17% في المناطق الحضرية مقارنة بالنساء القاطنات في المناطق الريفية و كلما يرتفع مستوى تعليم المرأة كلما تزيد فرصة الولادة داخل مستشفى, النساء العاملات اكثر استقلالية ماديا و هي اكثر اتصال مع العالم الخارجي, و بالإضافة الى هذا فإن المرأة العاملة تحتاج الى شهادة طبية تسلم لها من طرف المصالح الطبية لإثبات الحمل و الوضع و الاستفادة من عطلة الأمومة.

اظهرت نتائج تحليل مكان الولادة و نوع الأسرة ان النساء اللواتي ينتمين الى أسرة نووية اقل حظ لوضع مولدهن في مرفق صحي, حيث انه ينخفض احتمال الولادة في مستشفى ب 50% مقارنة بالأخريات, و هذه النتيجة قد تكون راجعة الى العدد الكبير من الأسر النووية, و ان التصنيف بالإعتماد فقط على عدد افراد الأسرة و صلة القرابة و بتالي لم يمكننا من فصل الأسر الحديثة.

الجدول 3.8. ج : الوضع داخل مؤسسة طبية حسب بعض الخصائص

المتغيرات	القيم	العدد	النسبة	نسبة الخطر	الدلالة
مكان الإقامة	حضر	2132	93,3%	1,17	***
	ريف	1677	79,7%		
مستوى تعليم الأم	امي	1723	78,3%	0,81	***
	تقرأ و تكتب ابتدائي	1354	93,5%	0,96	***
	متوسط و اكثر	732	97,1%		

**	1,05	91,2%	274	مشتغلة	النشاط الإقتصادي للأم
		<b>87,1%</b>	<b>3530</b>	اخر	
***	0,95	85,8%	2379	نووي	نوع الأسرة
		<b>90,3%</b>	<b>1365</b>	اخر	
NS	0,91	79,6%	44	رب الأسرة	صلة قرابة الأم مع رب الأسرة
		<b>87,5%</b>	<b>3710</b>	اخر	
***	1,04	87,3%	63	اقل من 20	العمر عند الوضع
***	1,06	88,6%	1511	20-29	
***	1,06	89,3%	1042	30-34	
		<b>84,0%</b>	<b>1193</b>	<b>&gt;=35</b>	
***	0,90	82,9%	1826	سنية	ظروف المسكن
		<b>91,7%</b>	<b>1907</b>	جيدة	
***	1,13	94,6%	1234	جيدة	تجهيز و ممتلكات المسكن
		<b>83,7%</b>	<b>2462</b>	سنية	
***	1,11	86,1%	1060	الوسط	المنطقة
***	1,21	94,1%	1017	الشرق	
***	1,19	92,2%	771	الغرب	
		<b>77,5%</b>	<b>961</b>	الجنوب	
***	1,05	87,9%	3190	مشتغل/ متقاعد	النشاط الإقتصادي لرب الأسرة
		<b>84,1%</b>	<b>618</b>	غير مشتغل/ متقاعد	
*	0,98	87,4%	2092	رجال اقل من 50	فئة رب الأسرة
*	0,96	85,0%	654	رجال اكثر من 50	
		<b>89,0%</b>	<b>996</b>	النساء	
***	0,95	89,2%	167	نعم	حمل غير متابع
		<b>94,1%</b>	<b>220</b>	لا	
		92,0%	387	المجموع	

NS: بدون دلالة احصائية (\*) : له مدلول احصائي على عتبة 10% (\*\*): له مدلول احصائي على عتبة 5% (\*\*\*) : له مدلول احصائي على عتبة 1%

الجدول 3.8 . ج (تابع) : الوضع داخل مؤسسة طبية حسب بعض الخصائص

المتغيرات	القيم	العدد	النسبة	نسبة الخطر	الدلالة
الأم مصابة بمرض مزمن	نعم	485	87,4%	1,00	NS
	لا	3321	<b>87,3%</b>		
	المجموع	3806	87,3%		
حجم الأسرة	1 à 5	1369	91,8%	1,15	***

***	1,10	87,9%	1503	6 à 8
		79,6%	872	> 8
		87,3%	3809	المجموع

NS بدون دلالة احصائية (\*) : له مدلول احصائي على عتبة 10% (\*\*): له مدلول احصائي على عتبة 5% (\*\*\*) : له مدلول احصائي على عتبة 1%.

ان المتغيرات ذات مدلول احصائي التي تم ادخالها في نموذج الإنحدار اللوجيستي موجودة في الجدول رقم 8 . 3. د, و تبين النتائج ان النموذج صنف جيدا قرابة 89% من الولادات و اعلى معامل ارتباط يخص منطقة الشرق, حيث قدر معامل الترابط الجزئي ب 21% بمنطقة الشرق و 17% بمنطقة الغرب, و اظهرت النتائج ان متابعة الحمل ساهم بقدر كبير في شرح هذا المؤشر حيث قدرت مساهمته ب 16%, اذ يزيد احتمال الوضع في احد المرافق الصحية إذا كان الحمل متابع.

يزداد احتمال الوضع لنساء القاطنات في المناطق الحضرية حيث أن فرصة الوضع في مرفق صحي يتضاعف في المناطق الحضرية مقارنة مع المناطق الريفية, وهذه نتيجة منتظرة نظرا لأن المناطق الحضرية تتوفر على خدمات أكثر وخاصة الخدمات الصحية و على شبكات طرقات تسهل الوصول إلى المرافق الصحية .

ونلاحظ أن النساء القاطنات في منطقة الجنوب لهن أقل فرصة للوضع في مرفق صحي . وأظهرت النتائج أن النساء المتعلّقات أكثر استعمال للمرافق الصحية أثناء الوضع, لان التعليم يمكن المرأة من إكتساب معارف جديدة تساعدها على تبني سلوكيات مفيدة لصحتها وصحة طفلها، وتستطيع اقتناع محيطها بضرورة الوضع في مرفق صحي, وبالتالي اذا كانت تقطن في منطقة معزولة التي يصعب الوصول إليها, فإنها تحاول إيجاد أحد أفراد الأسرة الذي يعيش في المدينة لإستقبالها في الفترة ما قبل الولادة ، وبالتالي تستطيع أن تتجه إلى أحد المرافق الصحية عند ما يحين موعد الولادة .

إن نشاط المرأة له مدلول احصائي حيث تزداد فرصة الوضع في مرفق صحي إذا كانت المرأة عاملة, وكما تم الاشارة إليها في التحليل الثنائي, فإن النساء العاملات يحتجن إلى شهادة طبية للاستفادة من عطلة الأمومة المقدرة ب 98 يوما, فإن احتمال الوضع في مرفق يقدر بثلاثة مرات لدى نساء العاملات مقارنة بالآخرين .

إن العمر عند الوضع له مدلول احصائي حيث أن احتمال الوضع في مرفق صحي يتضاعف اذا كان سن المرأة يزيد عن 30 سنة و كما هو معروف أن حدوث المضاعفات تزداد مع ارتفاع سن الأم عند الإنجاب .

ان بعض النساء تختار او تقبل الولادة في البيت و لكن مجرد أي إحساس خطر تنقل الى المستشفى, و قد تشكل هذه التحويلات في اخر لحظة خطر على الأم و المولود الجديد. اما فيما يخص المتغيرات الخاصة بالأسرة, فنلاحظ ان النساء اللواتي ينتمين الى اسرة "غير نووية" يزيد احتمال وضعهن في مركز صحي ب 30 % مقارنة بالنساء المنتميات الى اسر "نووية", و هذه النتيجة تبطل الفرضية المطروحة سابقا وهي استعمال اكبر للعلاج الطبي لنساء المنتميات الى اسر نووية مقارنة بالأخريات.

الجدول 8 . 3. د: معامل الانحدار اللوجيستي لمحددات مكان الميلاد لأخر ولادة خلال الخمس السنوات قبل المسح

المتغيرات	القيم	العدد	الدلالة	الخطر النسبي	معامل الارتباط
المنطقة	الوسط	1024	(***)	1,9	9,9%
	الشرق	983	(***)	5,6	21,2%
	الغرب	749	(***)	4,1	16,9%
	الجنوب	<b>923</b>			
مستوى تعليم الأم	امي	<b>1668</b>			
	تقرأ و تكتب ابتدائي	1301	(***)	2,0	9,6%
	متوسط و اكثر	710	(***)	3,4	8,9%
النشاط الإقتصادي للأم	مشتغلة	267	(***)	2,7	6,5%
	اخر	<b>3412</b>			
ظروف المسكن	سنية	<b>1804</b>			
	جيدة	1875	(**)	1,3	3,6%
مكان الإقامة	حضر	2056	(***)	2,2	13,6%
	ريف	<b>1623</b>			
حجم الأسرة	<=4	1933	(*)	1,3	2,4%
	5 و اكثر	<b>1746</b>			
العمر عند الوضع	اقل من 30	<b>1513</b>			
	30 و اكثر	2166	(***)	2,0	9,5%
حمل مراقب	لا	<b>679</b>			
	نعم	3000	(***)	2,5	16,1%
نوع الأسرة	نووي	<b>2339</b>			
	اخر	1340	(*)	1,3	2,5%
تجهيز و ممتلكات المسكن	جيدة	1230	(***)	1,8	6,9%
	سنية	<b>2449</b>			
رتبة الولادة			(***)	0,9	10,5%
	الثابت		(***)	14,9	
	التصنيف				

### 8-1-3 الرضاعة الطبيعية للطفل

ان تغذية الأطفال عنصرا هاما في صحة الأطفال, و المقاربات المختلفة لتفسير انخفاض معدل الوفيات في أوروبا ، ودعاة تيار التغذية يصرحون إن ارتفاع مستوى الحياة يسمح بتحسين الحالة الغذائية للأفراد وبالتالي مقاومتهم للأمراض.

يعتبر حليب الأم الغذاء الأول بدون منازع في بداية حياة الإنسان " غذاء حيوي للمولود الجديد ويعتبر عنصر طيب يستخرج من ثدي الأم, أن حليب الأم أصلي وأساسي، وذات رمزية أنه ليس

مجرد إفراز بيولوجي ، ولكن يفرز تصورات خيالية وبناءات إيدلوجية ( Knibiehler ,2003, ص.11) .

لا يقتصر دور حليب الأم على التغذية فقط لكن له دور رمزي فيمر عبر الحليب الصفات المادية والمعنوية من الأم أو المرضعة أو الحيوان، أنه إرث ينتقل عبر الحليب، وفي العديد من نظم القرابة أن الروابط الناتجة عن حليب الأم هي نفسها رابطة الدم ( Roller ,2006,P1), ويوجد في الإسلام رابطتين رابطة الدم والحليب والقرابة الناتجة عن حليب لها نفس الممنوعات فيما يخص الزواج مثل رابطة الدم .

إن فوائد حليب الأم متعددة نذكر منها التغذية ، المقاومة المناعية وتباعد الولادات والإرتباط العاطفي بين الأم والطفل (Puffer et Serrano , 1973,) رغم أن حليب الأم يعتبر غذاء كامل ويغطي تقريبا كل حاجيات الغذائية للمولود الجديد من الولادة إلى أربعة أو ستة أشهر ،

إلا أن سوء التغذية المتوطنة وتأخر إدخال الأغذية الأخرى يمكن أن تؤدي إلى تأخر في النمو .

ان الفطام يمكن أن يعرض الأطفال لمخاطر التلوث والعدوى في غياب الشروط الصحية الملائمة لإعداد والتغذية التكميلية و إدخال أطعمة جديدة قد تؤدي إلى إسهال الأطفال.

حليب الثدي يساهم في تنمية القدرة المناعية للطفل من خلال عدة آليات :

- 1- إن كولوستروم البشري غني بالإيموقلوبيلين تحمي الطفل من الأمراض المعدية .
- 2- إن عامل البيفيدس أحد عناصر حليب الأم تساعد في تنمية أنسجة الأمعاء الدقيقة, ويشكل بيئة معادية للبكتيريا والبروتوزوا.
- 3- إن الأنزيمات المحتوية في حليب الأم يساعد على إنتاج الأجسام المضادة و (Phagocytes) وتساهم ضد بعض عدوى البكتيريا .
- 4- إن حالة غذائية جيدة تؤدي إلى حماية عامة وتسمح بالوقاية من نوبات متكررة من الإصابة بالعدوى (Puffer et serano , 1973) اعتمدنا على مؤشرين لتحليل نمط الغذائي في الجزائر أهمها :

1-الرضاعة الطبيعية بعد الولادة .

2-الرضاعة الطبيعية لمدة ستة أشهر على الأقل .

إن الأسئلة المطروحة حول الرضاعة لا تبين إذا كانت الرضاعة الطبيعية لوحدها (الطفل يتغذى بحليب الأم فقط ) أو الجزئي ( الطفل يتغذى بعناصر أخرى صلبة أو سائلة) .

حاولنا استغلال السؤال : "هل تم إرضاع الطفل؟" وبينت التحاليل أن هذا المؤشر ذات دلالة إحصائية فقط للمتغير المنطقة, وتم بناء المؤشر الثاني بالإعتماد على المتغير "مدة الرضاعة" ويأخذ هذا المؤشر القيمة 1 اذا كانت مدة الرضاعة تساوي على أقل ستة أشهر , وفي حالات الأخرى يأخذ القيمة 0.

ولم نستعمل في دراستنا الأسئلة حول الفطام لأننا لن ليس لدينا معلومات حول العمر عند الفطام, وبما أن عمر الفطام جد مهم, لم نعتمد على هذا المؤشر لأن حليب الأم ضروري من الولادة إلى غاية ستة أشهر, وبعد هذا العمر يجب اضافة أغذية أخرى لنمو سليم لطفل .

أظهر تحليل المؤشر الخاص برضاعة أهمية ثلاثة متغيرات فقط لها مدلول احصائي وهي مستوى تعليم الأم والمنطقة , ونشاط الأم , وأظهرت النتائج أن أعلى نسبة الرضاعة سجلت عند النساء الأميات الغير مشتغلات والقاطنات في منطقة الجنوب .

إن متوسط الرضاعة الطبيعية قدر بـ 12 شهرا, وقرابة 64% من الأطفال تلقوا رضاعة طبيعية لمدة أقل من ستة أشهر. تزداد نسبة الرضاعة في المناطق الريفية حيث أن أقل من 69 % من الأطفال القاطنين في المناطق الريفية , كل المتغيرات لها دلالة إحصائية على عتبة 1% بإستثناء جنس الطفل.

أكثر من نصف النساء المتعلمات يرضعن أطفالهن لمدة تفوق ستة أشهر, إن النساء العاملات خارج البيت لا يستطعن إرضاع أبنائهن لمدة طويلة, لأن عطلة الأمومة تقدر بثلاثة أشهر و 10 أيام, ونلاحظ أن نساء زوجات أو ربات الأسرة والنساء الأكبر سنا يرضعن أطفالهن لمدة أطول ونفس النتيجة سجلت لنساء القاطنات في مساكن ذات خصائص غير جيدة وذات تجهيز ضعيف (انظر الجدول 4.8.أ) .

الجدول 8.4, 1: توزيع الإطفال حسب الرضاعة الطبيعية ومدتها و فقا لبعض الخصائص

المتغيرات	القيم	الرضاعة الطبيعية			مدة الرضاعة الطبيعية		
		العدد	النسبة	RR	العدد	النسبة	RR
مكان الإقامة	حضر	2131	92,9%(NS)	<b>1,0</b>	1302	60,7%(**)	<b>1,0</b>
	ريف	1679	93,6%(NS)	1,0	964	68,9%(***)	1,1
جنس الطفل	ذكر	1985	92,7%(NS)	<b>1,0</b>	1166	65,2%(NS)	<b>1,0</b>
	انثى	1825	93,7%(NS)	1,0	1100	63,1%(NS)	1,0
مستوى تعليم الأم	امية	1724	94,2%(**)	<b>1,0</b>	965	74%(***)	<b>1,0</b>
	متعلمة	2086	92,4%(**)	1,0	1301	56,9%(***)	0,8
صلة قرابة الأم مع رب الأسرة	زوجة	<b>3166</b>	<b>93,3%(NS)</b>	<b>1,0</b>	<b>1899</b>	<b>65,6%(***)</b>	<b>1,0</b>
	زوجة الإبن	485	93%(NS)	1,0	252	55,6%(***)	0,8
	حفيدة	159	91,8%(NS)	1,0	115	60,0%(***)	0,9
صلة قرابة الطفل مع الأسرة	ابن / ابنة	3217	93,2%(NS)	1,0	1935	65,6%(***)	1,2
	حفيد	<b>593</b>	<b>92,9%(NS)</b>	<b>1,0</b>	<b>331</b>	<b>55,6%(***)</b>	<b>1,0</b>
النشاط الإقتصادي للأم	مشتغلة	274	91,24%(*)	<b>1,0</b>	188	56,4%(**)	<b>1,0</b>
	اخر	3.531	93,3%(*)	1,0	2076	64,8%(**)	1,2
عمر الأم	<b>18-29</b>	1247	93,6%(NS)	<b>1,0</b>	690	57,7%(***)	<b>1,0</b>
	30-39	1944	92,8%(NS)	1,0	1169	65,8%(***)	1,1
	40-49	619	93,5%(NS)	1,0	407	70,5%(***)	1,2
ظروف المسكن	سنية	1.825	93,6%(NS)	<b>1,0</b>	1041	67,2%(***)	<b>1,0</b>
	جيدة	1.909	92,8%(NS)	1,0	1176	62%(***)	0,9
تجهيز و ممتلكات المسكن	جيدة	1.235	93,20%	<b>1,0</b>	797	60,6%(***)	<b>1,0</b>
	سنية	2.462	93,3%(NS)	1,0	1401	66,3%(***)	1,1
المجموع		3810	93%		2266	64,2%	

له مدلول احصائي على عتبة 5%:(\*\*) له مدلول احصائي على عتبة 10% : (\*) بدون دلالة احصائية : (\*\*) له مدلول احصائي على عتبة 1%:(\*\*)

يحتوي الجدول رقم 4.8 ب على المتغيرات ذات مدلول احصائي, و صنف نموذج الإنحدار

اللوجيستي جيدا 55.5 % فقط من الأطفال بنسبة لمؤشر الرضاعة و 64 % بنسبة لمؤشر مدة الرضاعة.

بين تحليل المؤشر الخاص بالرضاعة ان متغيرين فقط يفسران هذا المؤشر و هما مستوى تعليم الأم و صلة قرابة الطفل مع رب الأسرة.

اما فيما يخص مدة الرضاعة, افرز التحليل اربعة متغيرات ساهمت في تفسير هذا المؤشر, و اظهر التحليل ان العوامل الثقافية لها تأثير كبير على مدة الرضاعة و تبقى هذه العلاقة قوية بعد إدخال متغيرات المراقبة.

بينت النتائج ان مكانة الطفل لها دور معتبر بالنسبة لهذا المؤشر, حيث ان ابناء ارباب الأسر يزداد احتمال ارضاعهم ب 60 % مقارنة بالأطفال الآخرين, و يبقى عمر الأم له مدلول احصائي حيث ان مدة الرضاعة تزداد كلما ارتفع سن الأم (انظر الجدول رقم 4.8 ب).

ان الفرضية الثانية تحققت بنسبة لمؤشر الخاص بالرضاعة.

الجدول 4.8. ب : معامل الانحدار اللوجستي لمحددات الرضاعة الطبيعية ومدتها لأخر ولادة خلال الخمس السنوات قبل المسح

المتغيرات	القيم	الرضاعة الطبيعية			مدة الرضاعة الطبيعية		
		العدد	Cote	الدلالة R	العدد	Coté	R
عمر الأم	18-29	1167	بدون دلالة احصائية		690		
	30-39	1801	بدون دلالة احصائية		1169	1,3	3%,0,007
	40-49	576	بدون دلالة احصائية		406	1,5	6%,0,004
مكان الإقامة	حضر	1975	بدون دلالة احصائية		1302		
	ريف	1569	بدون دلالة احصائية		963	1,3	3%,0,002
مستوى تعليم الأم	متعلمة	2301			1546		
	امية	1243	1,3	4,5%001	719	1,6	5%,0,000
	صلة قرابة الطفل مع الأم	ابن / ابنة	2993	1,3	3,2%008	1934	1,6
	حفيد / حفيدة	551			331		
	الثابت		1,2	3,3%006		1,7	7%,0,000
	التصنيف	55,5			64,0		

Cote ُ الخطر النسبي  
معامل الارتباط R

#### 4-1-8 التطعيم

ان التطعيم ضد الأمراض ، مثل شلل الأطفال والكزاز والدفتيريا والسعال الديكي يحمي نحو 3 ملايين في جميع أنحاء العالم كل سنة حسب المنظمة العالمية لصحة، وبالإضافة إلى ذلك يسمح لملايين من الناس من تجنب الأمراض المنهكة والإعاقات الدائمة. ويستطيع أيضا التطعيم حماية الأشخاص الذين لم يتم تحصينهم من قبل، و ذلك بمنع انتشار بعض الأمراض من خلال تقوية المناعة الجماعية .. وبعبارة أخرى ، عندما يتم تطعيم عدد كاف من الناس من مجموع السكان ، فإن هذا المرض لا يمكن له الانتشار، و عدد الأرواح التي يتم أنقاذها يتناسب مع عدد الأشخاص الذين تم تطعيمهم.

ان أحد أهداف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في الجزائر في مجال الوقاية هو خفض بشكل كبير من معدلات الاعتلال والوفيات بسبب الأمراض التالية السل والدفتيريا والسعال الديكي والكزاز وشلل الأطفال والحصبة والتهاب الكبد باء.

برنامج التحصين الوطني يضم على التلقيحات التالية :

- يتلقى المولود الجديد عند ولادته تلقيح ضد السل و تلقيح ضد الشلل و اخيرا تم ادراج تلقيح ضد التهاب الكبد نوع ب منذ 2001.

- يتلقى الطفل الجرعة الثانية لتطعيم ضد التهاب الكبد نوع ب في الشهر الأول بعد الولادة.

- تعطى الجرعة الأولى من التطعيم الثلاثي ضد الخناق و الكزاز و السعال الديكي لرضيع في الشهر الثالث من عمره
  - يستفيد الطفل من الجرعة الثانية لتطعيم الثلاثي ضد الخناق و الكزاز و السعال الديكي في الشهر الرابع من عمره.
  - يأخذ الطفل الجرعة الثالثة من التطعيم الثلاثي ضد الخناق و الكزاز و السعال الديكي و كذلك يتلقى الجرعة الثالثة لتطعيم ضد التهاب الكبد نوع ب في الشهر الخامس من عمره.
  - يتلقى الطفل لقاح الحصبة في 9 أشهر.
  - و يجب توخي الحذر عند تحليل المعطيات الخاصة بالتطعيم, حيث ان النتائج مختلفة إذا أخذنا في الاعتبار نسبة الأطفال الذين تم تلقيحهم مرة واحدة على الأقل, او نسبة الأطفال الذين تلقوا جميع اللقاحات حسب العمر و فقا للبرنامج الوطني لتلقيح في الجزائر.
  - و حسب هذا البرنامج فيجب ان يستفيد الطفل من جميع التلقيحات المسطرة فيه و يجب الإشارة الى ان لا توجد معلومات حول التلقيح ضد التهاب الكبد نوع ب في المسح 2002 .
- الجدول 8 . 1.5 : رزنامة التلقيح في الجزائر

رمز اللقاح	تسمية اللقاح	عمر الطفل
BCG	التلقيح ضد السل	الولادة
VPO	التلقيح ضد الشلل	الولادة
VHB1	التلقيح ضد التهاب الكبد نوع ب الجرعة الأولى	الولادة
VHB2	التلقيح ضد التهاب الكبد نوع ب الجرعة الثانية	الشهر الأول
DTCP1	التطعيم الثلاثي ضد الخناق و الكزاز و السعال الديكي الجرعة الأولى	الشهر الثالث
DTCP2	التطعيم الثلاثي ضد الخناق و الكزاز و السعال الديكي الجرعة الثانية	الشهر الرابع
DTCP3	التطعيم الثلاثي ضد الخناق و الكزاز و السعال الديكي الجرعة الثالثة	الشهر الخامس
VHB3	التلقيح ضد التهاب الكبد نوع ب الجرعة الثالثة	الشهر الخامس
VAR	اللقاح ضد الحصبة	الشهر التاسع
DTCP + VAR	التطعيم الثلاثي ضد الخناق و الكزاز و السعال الديكي و القاح ضد الحصبة	18 شهر

نعتمد في مايلي يأتي على المؤشر طفل تلقى على الأقل تطعيم واحد حيث قدرت نسبة الأطفال الذين تحصلوا على تلقيح واحد على الأقل بـ 85.5 % سنة 2002 .

إن تحليل نتائج حسب مكان الإقامة يكشف تأخر الوسط الريفي بالنسبة لتطعيم حيث سجل فارق 11 نقطة بين الوسطين, وهذه نتائج معقولة لأن كما تم الإشارة إليه سابقا الوسط الحضري يتوفر على بنى تحتية أكثر من الوسط الريفي وخاصة المرافق الصحية, وبالإضافة إلى توفر المرافق الصحية فإن الوصول إليها أكثر سهولة وهذا ما يحفز الآباء لإصطحاب أبنائهم إلى

مراكز صحية لتلقي التطعيم, والعوامل المادية لا تطرح بشكل ملح في الوسط الحضري, لأن التطعيم مجاني في المراكز الصحية العمومية عكس الوسط الريفي نظرا لعزلة بعض المناطق وصعوبة الوصول إلى المرافق الصحية .

بالإضافة إلى العامل الجغرافي فإن قنينة التلقيح تخص مجموعة من الأطفال وبالتالي يصعب في المناطق الريفية تجميع عدد من الأطفال لفتح القنينة .

وهذا ما يضطر الآباء إلى إحضار الأبناء مرات عديدة, وهذه الوضعية تمت ملاحظتها في دول أخرى كالأرجنتين حيث توجد تكاليف استعمال المراكز الصحية العمومية رغما مجانيته, فإن المستعملين يضطرون لإنفاق من 2 إلى 10 دولار , ولاحظ بلاتر في غانا أن التكاليف الغير مباشرة تساوي 30% من المجموع الكلي .

لا توجد فوارق بالنسبة لتحصين حسب الجنس وصلة القرابة ورتبة الطفل ونوع الأسرة والمنطقة الجغرافية , بما ان التطعيم مجاني لا تضطر الأسر إلى اختيار بعض الأطفال وهذا ما يشجع الوالدين لتطعيم أبنائهم كلهم.

وأظهرت النتائج التحليل أن أبناء العاملات لهم فرص أكبر لتطعيم, أن النساء العاملات خارج البيت يمكنهن الإطلاع على فوائد التطعيم وأماكنها عن طريق زملاء العمل, حيث يشكل مكان العمل مصدر معلومات للأمهات.

اضعف نسبة الأطفال المحصنين سجلت عند النساء الأميات إذ أن 70% من الأطفال أمهاتهم أميات استفادوا من التطعيم مقابل 94% إذا كانت الأم متعلمة, والعلاقة بين التطعيم والمستوى التعليمي ذات مدلول إحصائي على عتبة 1% .

الجدول 8. 5. ب: توزيع والخطر النسبي للأطفال المحصنين في عام 2002

المتغيرات	القيم	النسبة	الخطر النسبي	الدلالة
مكان الإقامة	حضر	91,19%	1,1	***
	ريف	79,74%	1,0	
جنس الطفل	ذكر	84,69%	1,0	
	انثى	86,41%	1,0	NS
صلة قرابة الطفل برب الأسرة	ابن / ابنة	85,37%	1,0	
	حفيد / حفيدة	86,59%	1,0	NS
رتبة الطفل	1	85,26%	1,0	NS
	2	87,63%	1,0	NS
	3 et plus	85,09%	1,0	
عمر الأم	18-29	20,61%	1,2	*
	30-39	18,03%	1,1	*
	40-49	16,91%	1,0	
نوع الأسرة	نووي	84,86%	1,0	
	اخر	87,62%	1,0	NS
النشاط الإقتصادي للأم	مشتغلة	93,75%	1,1	**
	اخر	84,57%	1,0	
مستوى تعليم الأم	امية	78,01%	1,0	
	تكتب تقرأ / ابتدائي	93,75%	1,2	***
	متوسط و اكثر	94,21%	1,2	***
ظروف المسكن	سنية	79,01%	1,0	
	جيدة	93,75%	1,2	***
تجهيز و ممتلكات المسكن	جيدة	94,00%	1,2	
	سنية	81,68%	1,0	
المنطقة	الوسط	86,25%	1,1	NS
	الشرق	86,05%	1,1	NS
	الغرب	88,82%	1,1	NS
	الجنوب	81,18%	1,0	

له مدلول احصائي على عتبة: (\*\*\*) له مدلول احصائي على عتبة 10% : (\*) بدون دلالة احصائية : 5  
له مدلول احصائي على عتبة 1%: (\*\*\*) 5%

تزداد فرصة التطعيم بنسبة 20% إذا كان الطفل يقطن في مساكن ذات خصائص جيدة (الجدول 8. 5. ب)

يتم تطعيم الأطفال وفق جدول زمني يأخذ في عين الاعتبار سن الطفل، أوضحت النتائج أن 71% من الأطفال أعمارهم أقل من سنة استفادوا من التطعيم ، أن الفرق عند هذا العمر جد معتبر بين المناطق الحضرية والريفية حيث قدر الفارق بـ 15 نقطة بين الوسطين ، وترتفع نسبة الأطفال المحصنين كلما ارتفع عمرهم ووصلت نسبة التطعيم الى 90% عند أربعة سنوات ، ويتضاءل الفرق بين المناطق الحضرية والريفية مع ارتفاع السن الطفل، وبين العمر سنة وستين سجلنا فرق 3 نقاط بين الوسطين عند هذه الاعمار.

وفقا للجدول الزمني الخاص بالتطعيم, برمج 3 لقاحات عند الولادة فتبالي كان يجب تسجيل نسبة مرتفعة من الأطفال المحصنين عند الولادة خاصة في المناطق الحضرية, حيث أن 93% من الولادات تمت في مرافق صحية, إلا ان النتائج حسب مسح 2002 لا يتعدى 80% من الأطفال الذين تم تحصينهم عند الولادة, وفيما يخص المناطق الريفية 79% من الولادات تمت في مرافق صحية و 64.4% من الأطفال أقل من سنة تم تحصينهم عند الولادة, هذه النتائج ربما راجعة إلى قلة الحالات حسب العمر .

الجدول 5.8, ج : توزيع الأطفال استفادوا من تلقيح واحد على الأقل حسب العمر ومكان القامة 2002

العمر	المجموع		حضر		ريف	
	العدد	نسبة التلقيح	العدد	نسبة التلقيح	العدد	نسبة التلقيح
0	127	70,9%	54	79,6%	73	64,4%
1	136	90,4%	66	93,9%	70	87,1%
2	141	87,9%	76	89,5%	65	86,1%
3	129	89,1%	76	94,7%	53	81,1%
4	96	89,6%	46	97,8%	50	82,0%
المجموع	629	85,5%	318	91,2%	311	79,7%

#### تحليل متعدد المتغيرات

ان نتائج الإندار اللوجستي لهذا المؤشر مدونة في الجدول رقم 5.8.د, وقد صنف جيدا 86% من الأطفال, و افرز 4 متغيرات مهمة لتفسير هذا المؤشر و هي عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات في الأسرة , وظروف السكن , وعمر الأم , ومستوى تعليم الأم , ونلاحظ ان تعليم الأم لم يفقد دلالاته الإحصائية بعد ادخال كل المتغيرات حيث تزداد فرصة الطفل في تلقي التلقيح ثلاثة مرات, اذا كانت الأم متعلمة مقارنة بأبناء النساء الأميات, و بينت النتائج ان اكبر مساهمة في شرح هذا المؤشر يعود لتعليم الأم "ان التعليم اداة لفهم الأمور العلمية, و بالعلم يمكن قبول فكرة أن التحصين والعلاج بالإمهاة الفموية ضرورية لبقاء الطفل على قيد الحياة " (Galway, Brent et al., 1991, p.24) Sturgis, 1987 cité par Barbierri,

و بالإضافة الى ذلك ان الآباء المتعلمين اقل تشأم و تضرر من الآثار الجانبية للعلاج الحديث و يفهمون بسهولة, ان التلقيح يمكن ان يسبب الحمى مؤقتا بدون ان يقلل من فعالية التلقيح و لن يترددوا في اصطحاب الأطفال لإتمام اللقاحات الأخرى في الأجل المحددة (Zourkaleini 1997, p89). و تبقى ظروف السكن ذات دلالة احصائية و قدرت مساهمته ب 16% , كما بينت النتائج ان عمر الأم يبقى عامل ذات اهمية لتطعيم الأطفال, حيث ان فرصة تلقي التلقيح تتضاعف اذا كان عمر الأم يساوي او يفوق 40 سنة.

و افرزت النتائج اهمية عدد الأطفال اقل من ستة سنوات في الأسرة في تفسير هذا المؤشر, حيث يزداد احتمال التطعيم ب 50 % اذا كان الطفل ينتمي الى أسرة تحتوي على طفل واحد عمره اقل من ستة سنوات, و هذه النتيجة لها دلالة احصائية على عتبة 10 %, و يجب الإشارة الى معطيات سنة 2002 اقتصرت على الولادة الأخيرة للخمس سنوات قبل المسح. و بعد تفحص النتائج تبين ان الفرضية الثانية لم تتحقق بنسبة لهذا المؤشر, أي ان مكانة الطفل الممثلة في صلة القرابة مع رب الأسرة لم تفسر هذا المؤشر.

الجدول 5.8. د : معامل الانحدار اللوجيستي للمقومات الأساسية للتحصين في 2002

المتغيرات	القيم	العدد	الدلالة	الخطر النسبي	معامل الإرتباط
عدد الأطفال دون 6 سنوات	1	357	(*)	1,5	3,74%
	>=2	255			
ظروف المسكن	سنية	324			
	جيدة	288	(***)	2,9	16,55%
عمر الأم	<40	472			
	>=40	140	(**)	2,1	7,96%
مستوى تعليم الأم	امية	324			
	متعلمة	288	(***)	3,2	17,72%
	الثابت		(***)	10,8	56,41%
	التصا	85,95			

له مدلول احصائي على (\*\*): له مدلول احصائي على عتبة 10% : (\*) بدون دلالة احصائية : له مدلول احصائي على عتبة 1%: (\*\*\*) عتبة

كما تمت الإشارة إليه سابقا فإن النتائج تختلف إذا اعتبرنا نسبة الأطفال الذين تلقوا على الأقل تلقيح منذ الولادة أو نسبة الأطفال الذين استفادوا من كل تلقينات حسب العمر . نعتد في هذه الفقرة على الأطفال أعمارهم 12 شهرا وأكثر, و في هذا العمر لا ينقص إلى تلقيحين ( آخر جرعة لديفتريا والشلل والسعال الديكي وإعادة تلقيح ضد الحصبة) . يبين التحليل الثنائي أن مستوى تعليم الأم ومستوى تعلم الأب وعدد الأطفال أقل من 6 سنوات ومكان الإقامة ذات دلالة إحصائية على عتبة 1%, إن الأطفال الذين يعيشون في المناطق الحضرية تزداد فرصة التلقيح ب 20% مقارنة بأطفال الريف, وهذه النتيجة متوقعة لان كما تم الإشارة إليه سابقا فإن الوسط الحضري مهيء ويتوفر على الهياكل الصحية وهي سهلة الوصول نظرا لوجود شبكة طرق و وفرة وسائل النقل خاصة إذا علمنا أن التلقيح الكامل يتطلب عدة زيارات للمراكز الصحية . إن مستوى تعليم الأولياء مهم لإحترام جدول التلقيح .

وبينت النتائج أن عدد الأطفال أقل من 6 سنوات عامل مهم لتطعيم الكامل للأطفال ، وتزداد فرصة الأطفال الذين ينتمون إلى أسر صرحت بطفل واحد أقل من 6 سنوات بـ 30% مقارنة مع الآخرين .

أما فيما يخص صلة قرابة ورتبة الطفل وعمر الأم ونوع الأسرة ونشاط الأم , فبينت النتائج أن هذه المتغيرات ليست لها دلالة احصائية .

الجدول 5.8 هـ : توزيع الأطفال اعمارهم أكثر من 12 شهرا محصنين كليا 2002

المتغيرات	القيم	العدد	النسبة	RR	الدلالة
عمر الأم	<40	405	72,10%	1,0	(NS)
	>=40	128	76,56%	1,1	
مستوى تعليم الأب	امي	151	64,90%	1,0	(***)
	متعلم	382	76,44%	1,2	
مكان الإقامة	حضر	287	78,05%	1,2	(***)
	ريف	246	67,48%	1,0	
عدد الأطفال دون 6 سنوات	1	315	80,63%	1,3	(***)
	>=2	218	62,39%	1,0	
رتبة الطفل	1	79	79,75%	1,1	(NS)
	2	85	74,12%	1,0	
	>=3	368	71,74%	1,0	
صلة قرابة الطفل برب الأسرة	ابن / ابنة	463	72,57%	1,0	(NS)
	حفيد / حفيدة	70	77,14%	1,1	
نوع الأسرة	نووي	339	71,98%	1,0	(NS)
	اخر	182	75,82%	1,1	
مستوى تعليم الأم	امية	258	65,89%	1,0	(***)
	متعلمة	275	80,00%	1,2	
النشاط الإقتصادي للأم	مشتغلة	59	77,97%	1,1	(NS)
	اخر	473	72,52%	1,0	
	المجموع	533	73,20%		

له مدلول احصائي على عتبة 5%: (\*\*\*) له مدلول احصائي على عتبة 10% : (\*) بدون دلالة احصائية : NS  
له مدلول احصائي على عتبة 1%: (\*\*\*)

#### تحليل المتعدد المتغيرات

أفرز نموذج الإنحدار اللوجيستي أربعة متغيرات ذات دلالة احصائية وهي صلة القرابة مع رب الأسرة و تجهيز السكن و عدد الأطفال أقل من ستة سنوات ومستوى تعليم الأم, وصنف النموذج

74% من الأطفال وأكبر مساهمة في تفسير التلقيح الكامل هو عدد الأطفال أقل من 6 سنوات متبوع بنشاط رب الأسرة ثم تجهيز السكن ، وفي الأخير مستوى تعليم الأم.

قدرت فرصة الأطفال الذين ينتمون إلى أسرة بطفل واحد أقل من ستة سنوات بمرتين ونصف بالتلقيح الكامل.

وتعتبر العوامل الاقتصادية مهمة في شرح هذا المؤشر حيث تزداد فرصة التلقيح الكامل بـ 80% إذا كان الطفل ينتمي إلى أسرة رب أسرتها يشتغل أو متقاعد، وأبناء الأميات تنخفض فرصة الإستفادة من التلقيح الكامل بـ 30% مقارنة بأبناء المتعلمات .

إن صلة قرابة الطفل مع رب الأسرة ليست حاسمة لتلقيح الكامل فتبالي الفرضية الثانية لم تتحقق لتلقيح الكامل للأطفال أعمارهم سنة أو أكثر .

الجدول 8 . 5 . ل : معامل الانحدار اللوجستي للمقومات الأساسية للتحصين الكامل للأطفال اعمارهم اكثر من 12 شهرا في 2002

المتغيرات	القيم	العدد	الدلالة	الخطر النسبي	معامل الارتباط
النشاط الاقتصادي لرب الأسرة	مشتغل متقاعد	432	0,023	1,8	7,56%
	غير مشتغل ولا متقاعد	81			
تجهيز و ممتلكات المسكن	جيد	186	0,034	1,7	6,74%
	سيئ	327			
عدد الأطفال دون 6 سنوات	1	310	0,000	2,4	16,85%
	>=2	203			
مستوى تعليم الأم	امية	251	0,091	0,7	3,94%
	متعلمة	262			
الثابت	الثابت		0,000	2,4	24,94%
	التصنيف	74,1			

2-8 السلوك والمعاملة

1-2-8 التغذية

ان النظام الغذائي يمكن ان يسبب الاسهال عند الأطفال, و يحتوي مسح 2002 على معلومات خاصة بتغذية الأطفال أقل من سنتين, بينت النتائج الخاصة بالأطفال الذين لم يعانون من الإسهال خلال 15 يوم قبل المسح إن 47% من الأطفال استهلكوا غذاء الرضع ويأتي في المرتبة الثانية بـ 33% الغذاء العائلة وثالث الأطفال استهلكوا غذاء الغبرة ، أما فيما يخص الأطفال المصابين بالإسهال استهلك 38% منهم غذاء خاص بالرضع يليها نسبة 33% استهلكوا الغذاء المجهز لكل العائلة, لم نلاحظ الحليب المجفف ، لم نلاحظ فروق فيما يخص العناصر الغذائية الأخرى بين الأطفال المصابين والغير المصابين بالإسهال.

تزداد احتمال استهلاك الغذاء الخاص بالرضع بـ 20% اذا كان الطفل مصابا بالإسهال وهذه العلاقة لها دلالة احصائية على عتبة 5% .

وتزداد احتمال استهلاك مادة الأرز اذا كان الطفل مصاب بالإسهال بـ 30% ونفس النتيجة سجلت للإجابة غذاء آخر والنتيجة لها دلالة احصائية على عتبة 5% .

يوصي باستهلاك الأرز في حالة الإسهال لان الماء المغلي مع الأرز لا يحتوي على المكروبات والجراثيم ، ولكن هذه الخلطة لا تحتوي على الاملاح المعدنية التي يفقدها الطفل وإذا أضف لسائل أملاح معدنية تكون نتائج جيدة للعلاج في حالة اسهال خفيف .

بينت دراسة أجريت في السنغال أن متوسط مدة الإسهال قدرت بـ  $2.08 + 0.65$  إذا كان الطفل ينتمي الى المجموعة 1 و  $3.27 + 0.64$  يوم اذا كان الطفل ينتمي إلى المجموعة الثانية , عينة الدراسة متكونة من 30 طفل مصاب بالإسهال حاد. تم اقصاء الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية أو جفاف حاد و تم تقسيم الأطفال الى قسمين تحتوي كل منهما على 15 طفل.

الفوج الأول : تم علاج الأطفال باستخدام ماء الأرز و غذاء للحمية صناعي في علب تزن 400 غرام, لمعدل اعادة التركيب تقدر بـ 13%.

الفوج الثاني : الأطفال تم علاجهم بإستعمال الأملاح اعادة المياه فقط (الكيس الخاص بالمنظمة العالمية لطفولة UNICEF) (Sall et al., 1999)

ووجدت الدراسة أن ثلثي الأطفال فقدوا الشهية (inappetence) ، إن فقدان الشهية مرتبطة بدوام الإسهال, حسب مولا (Molla) يستهلك الطفل المصاب بالإسهال 30% أقل من الغذاء مقارنة بالطفل الغير مصاب, وفقدان الوزن مرتبط بنقص استهلاك الغذاء ، وهذه الوضعية قد تسببها سلوكيات الأم امام دورة اسهال, حيث أنها تحرم الطفل من بعض الأغذية وخاصة الرضاعة الطبيعية .

ويزداد احتمال شرب الماء المسكر بـ 30% إذا كان الطفل مصاب بالإسهال، ويوصي المهنيين بأن يستهلك المياه المضاف إليها أملاح معدنية لتجنب أو تقليل من الجفاف .

حسب نتائج المسح 2002 ثلث الأمهات صرحت أنها أعطت كميات أكبر من السوائل وهذه الفئة قدرت بـ 57.3 % سنة 1992 وأقل من نصف الأمهات صرحن أنهن أعطت نفس الكمية بـ 43% سنة 2002 مقابل 33% سنة 1992 ومن الأمهات صرحن أنهن أعطت كميات أقل من السوائل في 2002 مقابل 7% سنة 1992، وهذه الوضعية قد تضر الطفل لأنه مصاب بالإسهال و يحتاج إلى كميات مياه معتبرة لتعويض المياه المفقودة .

أما بالنسبة لرضاعة الطبيعية أوقفت 59% من الأمهات إرضاع أبنائهن خلال فترة الإسهال و 31% من الأمهات استمرت في إرضاع أبنائهن و 6% منهن زادت من إرضاع أبنائهن سنة 2002.

أما فيما يخص الغذاء الصلب فإن 41% من الأطفال استهلكوا نفس الكمية مقابل 30% استهلكوا كمية أقل من الغذاء سنة 2002 .

وقال Molla يستهلك الطفل المصاب بالإسهال 30% أقل من الغذاء مقارنة بالطفل الخير مصاب وفقدان الوزن مرتبط بنقص استهلاك الغذاء ، وهذه الوضعية قد تسببت فيها سلوكيات الام امام دورة اسهال حيث أنها تحرم الطفل من بعض الأغذية وخاصة الرضاعة الطبيعية .

ويزداد احتمال تربة المياه مسكر بـ 30% إذا كان الطفل مصاب بالإسهال ويوصي المهنيين بأن هلاك المياه المضاف إليها أملاح معدنية لتجنب أو تقليل من الجفاف .

أما بالنسبة لرضاعة الطبيعية أوقفت 59% من الأمهات إرضاع أبنائهن خلال فترة الإسهال و 31% من الأمهات استمرت في إرضاع من ثديهن أبنائهن، بينما 6% منهن زادت من إرضاع أبنائهن سنة 2002.

أما فيما يخص الغذاء الصلب فإن 41% من الأطفال استهلكوا نفس الكمية مقابل 30% استهلكوا كمية أقل من الغذاء سنة 2002 .

الجدول 1.8.6 : توزيع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 إلى 2 سنة وفقا لنوع الغذاء والحالة الصحية عام 2002

الغذاء	الحالة الصحية	العدد	النسبة	الخطر النسبي
غذاء محضر لرضيع	مصاب بالإسهال	756	23,9%	1,0
	غير مصاب	223	24,7%	1,0 (NS)
غذاء الرضع	مصاب بالإسهال	756	38,4%	1,0
	غير مصاب	223	47,1%	1,2(**)
غذاء العائلة	مصاب بالإسهال	756	33,1%	1,0
	غير مصاب	223	33,2%	1,0(NS)

غذاء اخر	مصائب بالإسهال	756	22,0%	1,0
	غير مصاب	223	28,2%	1,3(**)
حليب طازج	مصائب بالإسهال	756	24,5%	1,0
	غير مصاب	223	25,6%	1,0(NS)
حليب مبستر	مصائب بالإسهال	756	18,5%	1,0
	غير مصاب	223	18,8%	1,0(NS)
حليب غيرة للأطفال	مصائب بالإسهال	756	40,5%	1,0(NS)
	غير مصاب	223	39,5%	1,0
عصير	مصائب بالإسهال	756	28,6%	1,0(NS)
	غير مصاب	223	27,3%	1,0
ماء بسكر	مصائب بالإسهال	756	29,8%	1,0
	غير مصاب	223	31,8%	1,1(NS)
ماء مغلي بالأرز	مصائب بالإسهال	756	22,0%	1,0
	غير مصاب	223	28,2%	1,3(**)
مشروب عشبي	مصائب بالإسهال	632	18,5%	1,3(*)
	غير مصاب	186	14,0%	1,0
الزبادي	مصائب بالإسهال	633	27,6%	1,0
	غير مصاب	186	32,8%	1,2(NS)

NS: بدون دلالة احصائية (\*) : له مدلول احصائي على عتبة 10% (\*\*): له مدلول احصائي على عتبة 5% (\*\*\*) : له مدلول احصائي على عتبة 1%.

إن احتياجات الطفل الغذائية تختلف حسب العمر, فلهذا سنأخذ في عين الاعتبار سن الطفل, وحددنا ثلاث فئات خاصة بالعمر وهي من 0 إلى 4 أشهر ومن 5 أشهر إلى 11 شهر و أكثر من 12 شهر, يحتوي الجدول 8 . 6. ب على النسب الخاصة بالأغذية المستهلكة للأطفال المصابين والغير مصابين بالإسهال, أكثر من 80% من الأطفال أقل من 5 شهور لازالوا يرضعون حليب أمهاتهم, ونلاحظ نسبة أكبر من الرضاعة الطبيعية إذا كان الطفل غير مصاب بالإسهال, و سجلنا ارتفاع في نسبة الأطفال الذين يتقاسمون غذاء الأسرة كان هذا الأخير مصاب بالإسهال, حيث يستهلكون كميات أقل من الحليب الطازج والمبستر وكمية أكبر من الماء المسكر والشراب العشبي .

أما فيما يخص الأطفال الذين يتراوح أعمارهم بين 5 إلى 11 شهر, فإن نصف الأطفال المصابين بالإسهال استهلكوا غذاء خاص بالرضع, وقرابة 70% منهم استفادوا من الرضاعة الطبيعية وهذه النسبة تزداد إذا كان الطفل لا يعاني من الإسهال, ويستهلك الأطفال المصابين بالإسهال بنسبة أكبر الماء المضاف للأرز, و كما سبق الإشارة إليه فإن الماء بالأرز غير كاف لمعالجة الإسهال.

أما بالنسبة للزبادي فأعطيت نفس الكميات للأطفال مهما كانت حالتهم الصحية وسجلنا نسب أقل للأطفال الذين استهلكوا العصير والماء المسكر مقارنة بالمصابين بالإسهال.

اما فيما يخص الأطفال أعمارهم سنة وأكثر, فنلاحظ أن المصابين بالإسهال استهلكوا الحليب أقل من الآخرين, بينما نلاحظ ارتفاع نسبة الأطفال المصابين بالإسهال الذين استهلكوا ماء مغلي بالأرز و مشروب عشبي و حليب الأم.

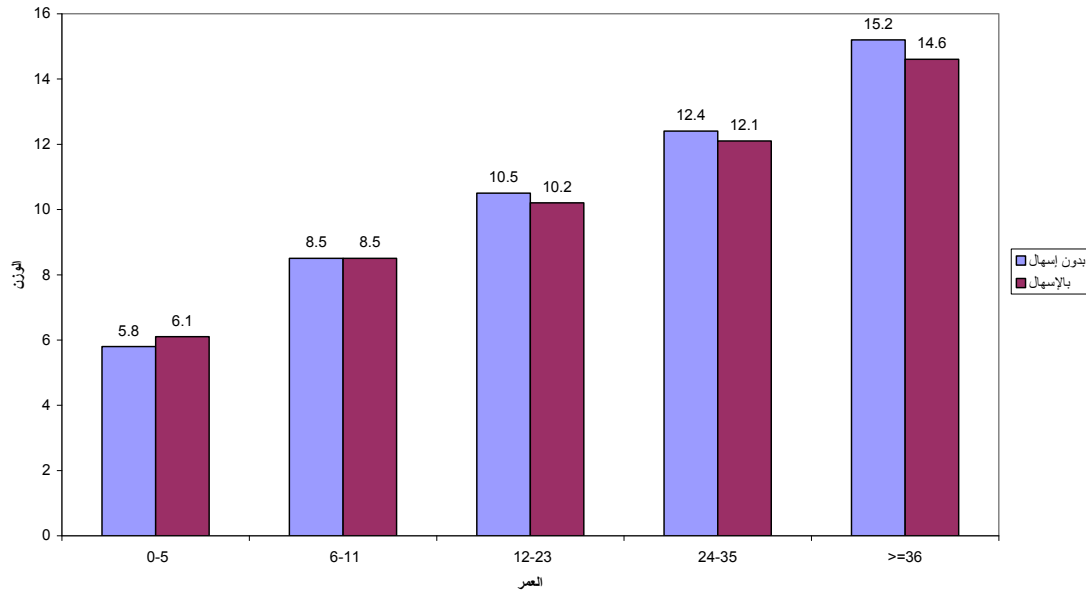
نلاحظ أن الأمهات تقلل من غذاء للأطفال المصابين بالإسهال وهذه الحالة قد بينت في تدهور الحالة الصحية لطفل ( الجدول 6. 8 ب).

الجدول 6.8 ب : توزيع الأطفال المصابين و الغير مصابين بالإسهال حسب العمر و نوع الغذاء في 2002

نوع الغذاء	0-4		5-11		>=12	
	مصاب	غير مصاب	مصاب	غير مصاب	مصاب	غير مصاب
غذاء محضر لرضيع	23,3%	22,3%	24,7%	25,4%	49,7%	72,7%
غذاء الرضع	27,9%	26,9%	52,5%	45,5%	59,8%	77,0%
غذاء العائلة	18,6%	22,3%	35,4%	39,2%	83,4%	90,3%
غذاء اخر	25,6%	23,3%	27,8%	21,6%	50,5%	71,2%
حليب طازج	20,9%	22,6%	26,6%	25,4%	57,9%	77,6%
حليب ميستر	23,3%	22,6%	18,3%	15,8%	49,5%	71,4%
حليب غيرة للأطفال	44,2%	45,3%	39,9%	38,2%	52,2%	72,7%
عصير	25,6%	25,2%	27,8%	31,3%	53,5%	75,5%
ماء بسكر	44,2%	36,2%	30,4%	26,7%	48,9%	71,6%
ماء مغلي بالأرز	25,6%	23,3%	27,8%	21,6%	49,5%	28,7%
مشروب عشبي	25,0%	20,6%	11,4%	17,0%	11,0%	10,4%
الزبادي	8,3%	9,3%	38,9%	38,9%	37,0%	42,1%
حليب الأم	83,7%	87,1%	69,6%	72,0%	25,3%	16,4%
العدد	43	309	158	393	368	2546
العدد (مشروب عشبي)	36	247	131	336	200	776
العدد (الزبادي)	36	247	131	337	200	776

تم حساب الوزن المتوسط حسب العمر للأطفال المصابين و غير المصابين بالإسهال و بينت النتائج ان الإسهال لم يؤثر في وزن الأطفال اقل من سنة و بعد هذا العمر نلاحظ ان الأطفال المصابين بالإسهال لهم اوزان اقل من الآخرين و يزداد الفرق في الوزن ليصل الى نصف كيلوغرام عند العمر ثلاثة سنوات و اكثر (المنحنى رقم 2.8).

المنحنى 2.8: متوسط وزن الأطفال حسب العمر بالشهور في 2002



### 3-8 التدابير واستخدام الرعاية العلاجية

ان الأطفال يعتمدون كلياً على أسرهم لرعايتهم، و استخدام الخدمات الصحية هو نتاج اجتماعي حيث العلاقة بين المعارف والسلوكات والانضمام ليست خطية أو ميكانيكية، ولكن نتيجة تفاوض تشمل مجموعة من التفاعلات الاجتماعية وعوائق داخلية وخارجية للأسرة .

إن الممارسات العلاجية مرتبطة بتحديات اجتماعية مدمجة في نظام علاقات القوة داخل الأسرة ( Dozon et al, 1986 ) .

يوجد داخل المحيط الأسري الممتد تقسيم قياسي دقيق للعلاقات الاجتماعية التي تحدد مجالات العمل واتخاذ القرار وكذلك الحقوق واجبات كل فرد الأسرة ( Guigou,1995 ) وبالتالي أن استقلالية الأم وسلطتها لاتخاذ القرار وحصولها على الموارد الاقتصادية تحدد قدرتها على اختيار واستعمال الرعاية التي تعتبرها الأفضل بالنسبة لطفلها، خلال العشرية الماضية أظهرت دراسات عديدة أهمية علاقات القوى المرتبطة بالمكانة الاجتماعية في تحديد السلوكات ( Locoh et al, 1999 ) .

استعملنا في هذا الفصل ثلاثة مؤشرات لاستعمال الرعاية الصحية: الأول يخص زيارة المراكز الصحية العمومية أو الخاصة لعلاج السعال أو الإسهال و المؤشر يخص العلاج الحديثة لسعال أما فيما المؤشر الأخير فيتمثل في العلاج الحديث للإسهال .

تم بناء المؤشر الخاص بزيارة المراكز الصحية باستعمال أربعة أسئلة التي تحتوي على المعلومات الخاصة بمكان علاج الطفل في حالة إصابته بالسعال أو الإسهال، والمؤشر يأخذ القيمة 1 ، اذا كانت الإجابة لإحدى الأسئلة هي نعم و 0 في الحالات الأخرى .

أما فيما يخص المؤشر الخاص بالعلاج الحديث للإسهال فتم بناءه باستعمال السؤال "ماذا أعطى لطفل لعلاج الحمى السعال؟" وكانت الإجابات متعددة حيث وصلت إلى 5 إجابات, وأخذ المؤشر القيمة 1, اذا كانت استعملت الحقن أو المضادات الحيوية أو الشراب لعلاج السعال والقيمة 0 في الحالات الأخرى.

وأخيرا استعملنا السؤال الخاص بعلاج الإسهال وأخذ المؤشر القيمة واحد إذا كان العلاج حديث و 0 في الحالات الأخرى .

بينت النتائج أن الأسر قصدت بنسبة أكبر طبيب الخاص لعلاج السعال حسب مسح 1992 و 2002, حيث أن ربع الأطفال المصابين بالسعال زاروا طبيب خاص سنة 1992 مقابل 50% سنة 2002 .

ارتفعت نسبة استخدام المراكز الصحية بين 1992 و 2002 ماعدا الصيدلية حيث سجلنا نسبة أكبر خلال 1992 مقارنة بـ 2002 لعلاج السعال ( الجدول 7.8. أ )

اما فيما يخص الإسهال فلاحظنا استعمال مكثف لطب الأعشاب خلال 2002 مقارنة بـ 1992, اما الصيدلية فتم الإعتماد عليها بنسب متساوية خلال المسحيين (الجدول رقم 7.8. ب )

الجدول 7.8. 1: توزيع الاطفال المرضى حسب مكان العلاج

مكان العلاج		السعال		الإسهال	
		1992	2002	1992	2002
مركز صحي عام	نعم	10,21%	27,93%	12,34%	39,45%
	لا	89,79%	72,07%	87,66%	60,55%
	المجموع	1214	673	1126	256
طبيب خاص	نعم	23,77%	58,10%	17,96%	48,05%
	لا	76,23%	41,90%	82,04%	51,95%
	المجموع	1216	673	1125	256
صيدلية	نعم	14,83%	10,85%	7,10%	7,81%
	لا	85,17%	89,15%	92,90%	92,19%
	المجموع	1214	673	1126	256
قابلة تقليدية	نعم	0,66%		0,44%	
	لا	99,34%		99,56%	
	المجموع	1212			
بائع الأعشاب	نعم	0,74%	2,38%	1,07%	5,86%
	لا	99,26%	97,62%	98,93%	94,14%
	المجموع	1212	673	1124	256
اخر	نعم	1,65%	4,31%	1,96%	5,08%
	لا	98,35%	95,69%	98,04%	94,92%
	المجموع	1212	673	1123	256

تطرق المسح الذي اجري سنة 2002 الى أسباب "عدم الإستشارة" و تم جمع الإجابات في الجدول 7.8. ب و نلاحظ ان السبب الذي تردد بكثرة بالنسبة للإسهال و السعال تخص الإجابة "مرض خفيف" و يليها "التجربة", اما فيما يخص عدم وجود او بعد المراكز الصحية تمت الإشارة لها اكثر بالنسبة للإسهال بنسبة 12.5 % مقارنة بالسعال حيث سجلنا نسبة 8.7 %.

الجدول 7.8. ب: اسباب عدم استشارة 2002

	السعال	الإسهال
مرض خفيف	46,35%	37,06%
تجربة سابقة	20,86%	25,24%
المعنية/ الزوج مشغول	6,42%	8,31%
يوجد مركز صحي او بعيد	8,73%	12,46%
اسباب اخرى	17,65%	16,93%
العدد	561	313

إن التحليل الثنائي للمؤشر استخدام المراكز الصحية حسب جنس الطفل ورتبته وعمره أظهرت أن المتغيرات الثالثة لها دلالة احصائية على عتبة 10% باستعمال مسح 1992 .

إن استخدام المراكز الصحية كانت بنسبة أكبر لذكور مقارنة بالإناث، ونصف الأطفال ذوي الرتبة الأولى تم نقلهم إلى مركز صحي مقابل أقل من 40% من الأطفال ذوي الرتبة أكبر من واحد، والعلاقة بين المؤشر والعمر عكسية، حيث كلما زاد العمر انخفض احتمال استخدام مركز صحي. وحسب معطيات سنة 2002، فإن المتغيرات الديمغرافية الثلاثة لها دلالة إحصائية كما أشرنا سالفًا، المؤشر زيارة المراكز الصحية بالإعتماد على الأسئلة الخاصة بالمراكز الصحية العمومية والخاصة .

فإذا أخذنا بعين الاعتبار القطاع الخاص فقط نلاحظ فرق معتبر ذات دلالة إحصائية على عتبة 5% بين الذكور والإناث، حيث أن نسبة الذكور الذين زاروا طبيب خاص قدرت بـ 61.6% لذكور مقابل 54.1% للإناث سنة 2002.

كانت العلاقة بين الجنس واستشارة طبيب خاص سنة 1992 ذات دلالة إحصائية على عتبة 10%، ونسبة الذكور الذين استشاروا طبيب خاص قدرت بـ 25.7% لذكور مقابل 21.5% للإناث . وإذا اعتبرنا القطاع العام فقط فلا يوجد أي فرق بين الجنسين ذات دلالة إحصائية، فإذا كانت الخدمة مجانية لا يوجد فرق بين الذكور والإناث، ولكن في حالة طبيب خاص فنلاحظ تفضيل الذكور على الإناث .

إن مجانية الطب قلل من الفروق تجاه الإناث، ولكن مع استشارة الطبيب الخاص فيمكن أن تؤثر في حصول البنات على الخدمات الصحية، وظاهرة تفريق بين الجنسين قديم نظرا لتفضيل الذكور في الأسرة الجزائرية، حيث تم تسجيل وفيات أكبر عند الإناث أعمارهن بين سنة وأربعة سنوات خلال المسح الذي أجري سنة 1970 .

أما فيما يخص العوامل الاقتصادية فإن العلاقة بينهم ومؤشر زيارة المراكز الصحية لها دلالة إحصائية خلال 1992 و 2002، والعوامل الاقتصادية ممثلة في تجهيز وممتلكات الأسرة، حيث أن الأطفال الذين يعيشون في مساكن مجهزة جيدا لهم احتمال أكبر لزيارة مركز صحي والعلاقة ذات دلالة إحصائية على عتبة 1% سنة 2002 و 10% سنة 1992 .

والعامل الثاني الاقتصادي المتمثل في الوضعية المهنية لرب الأسرة لم يكون له دلالة إحصائية سنة 1992، لأن أغلبية أرباب الأسرة سنة 1992 مشغولون أو متقاعدين، وهذا راجع لأن الأزمة الاقتصادية لم تؤثر على سوق العمل، ولكن بعد هذا التاريخ تأثر النسيج الصناعي في الجزائر حيث أن سنة 1994 تم حل 1000 مؤسسة عمومية ووصل عدد العمال المصرحين لأسباب اقتصادية إلى 500000 عامل، أن المرور من الاقتصادي المخطط إلى اقتصاد السوق كان لها أثر عميق على النسيج الاجتماعي والاقتصادي في الجزائر .

إن نسبة استخدام المراكز الصحية ارتفع بين 1992 و 2002, حيث قدرت نسبة استخدام الخدمات الصحية بـ 41.8% سنة 1992 ووصلت إلى 94.1% سنة 2002, والعلاقة بين استخدام المراكز الصحية والحالة المهنية لرب الأسرة أصبحت ذات دلالة إحصائية على عتبة 1% سنة 2002. أما فيما يخص عدد المصابين بمرض مزمن فإن علاقته باستخدام مركز صحي ليست لها دلالة إحصائية سنة 2002 .

إن مستوى تعليم الأم محدد ذات أهمية في استخدام الرعاية الصحية الحديثة, وهذه العلاقة ذات دلالة إحصائية خلال المسحيين ولكن نلاحظ تقلص الفرق بين النساء المتعلقات والأميات سنة 1992 و 2002, حيث قدر الفرق بينهما بـ 19 نقطة سنة 1992 و 4 نقاط فقط سنة 2002 .

إن خصائص رب الأسرة تلعب دور مهم في استخدام المراكز الصحية, حيث أن الأطفال الذين ينتمون إلى الأسر المسيرة من طرف رجل عمره أقل من 50 سنة يرتفع احتمال زيارة مركز صحي في حالة الإصابة بالإسهال أو السعال والعلاقة ذات دلالة إحصائية على عتبة 1% سنة 2002 .

أما فيما يخص نوع الأسرة فالعلاقة ليست لها دلالة إحصائية, ونفس النتيجة سجلت بين صلة القرابة وزيارة مركز صحي خلال المسحيين فإذن أبناء أرباب الأسرة ليسوا مفضلون على باقي الأطفال ( الجدول رقم 7.8 ج ).

إن المتغيرات التي تعبر على الموقع الجغرافي هي مكان الإقامة ( حضر أو ريف ) والمناطق الأربعة للبلاد ( وسط ، شرق ، غرب ، وجنوب ) .

وكانت العلاقة ذات دلالة إحصائية سنة 1992 للمتغيرين ، إلا أن فقدت العلاقة دلالتها الإحصائية سنة 2002 ( جدول رقم 7.8 ج ).

الجدول 8.7 ج : استخدام الخدمات الصحية وفقا لبعض المتغيرات

المتغيرات	القيم	1992		2002	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة
جنس الطفل	ذكر	602	44,4%(*)	357	95,0%(NS)
	انثى	582	39,2%(*)	316	93,0%(NS)
رتبة الطفل	1	232	49,6%(***)	154	92,9%(NS)
	2 و اكثر	952	39,9%(***)	519	94,4%(NS)
عمر الطفل	0	262	49,2%(***)	176	95,5%(NS)
	1	265	46,4%(***)	208	94,7%(NS)
	2	234	36,3%(***)	137	92,7%(NS)
	3 و اكثر	423	37,4%(***)	152	92,8%(NS)
تجهيز و ممتلكات المسكن	جيدة	703	50,7%(***)	244	95,9%(*)
	سيئة	481	35,7%(***)	405	92,6%(*)
النشاط الإقتصادي لرب الأسرة	مشتغل / متقاعد	1012	42,2%(NS)	572	95,3%(***)
	مشتغل و لا متقاعد	172	39,5%(NS)	101	87,1%(***)
عدد المرضى	0			355	95,2%(NS)
	>=1			318	92,8%(NS)
مستوى تعليم الأم	متعلمة	609	32,7%(**)	470	95,1%(*)
	امية	575	51,5%(**)	203	91,6%(*)
فئة رب الأسرة	رجال >50 سنة	385	46,0%(NS)	371	96,2%(***)
	رجال <=50 سنة	188	38,8%(NS)	104	87,5%(***)
	نساء	603	40,3%(NS)	183	92,9%(***)
مكان الإقامة	حضر	545	49,0%(**)	417	95,0%(NS)
	ريف	639	35,7%(**)	256	92,6%(NS)
المنطقة	الوسط	261	46,7%(**)	206	93,7%(NS)
	الشرق	353	35,7%(**)	200	94,5%(NS)
	الغرب	448	44,2%(*)	147	95,9%(NS)
	الجنوب	122	40,2%(*)	120	91,7%(NS)
صلة قرابة الطفل مع رب الأسرة	ابن / ابنة	909	40,6%(*)	545	94,3%(NS)
	حفيد/حفيدة	275	45,8%(*)	128	93,0%(NS)
نوع الأسرة	نووي	613	42,4%(NS)	385	94,0%(NS)
	اخر	571	41,2%(NS)	273	93,8%(NS)
المجموع		1184	41,8%	658	93,9%

NS بدون دلالة احصائية (\*) : له مدلول احصائي على عتبة 10% (\*\*): له مدلول احصائي على عتبة 5%  
(\*\*\*) : له مدلول احصائي على عتبة 1%

#### التحليل متعدد المتغيرات

ان ادخال جميع المتغيرات في النموذج المعتمد على معطيات سنة 1992 اظهر اهمية خمسة متغيرات في استخدام الخدمات الصحية العامة او الخاصة، والمتغيرات المختارة حسب مساهمتها تصاعديا هي مستوى تعليم الأم وتجهيز وممتلكات المسكن ومكان الإقامة و جنس الطفل ورتبته، وصنف النموذج 58% من الأطفال، حيث أن الأطفال الرتبة الأولى لهم فرصة أكبر للاستفادة من

خدمات الرعاية الصحية, حيث أن احتمال زيارة مركز صحي تزيد بـ 30% إذا كانت رتبة الطفل الأولى مقارنة بأطفال رتبتهم ثلاثة وأكثر وأبناء الأمهات الأميات أقل حظ للاستفادة من استشارة طبيب في حالة الإصابة بمرض .

أما فيما يخص العوامل الاقتصادية فإن المتغير المفسر لهذا المؤشر هو ممتلكات و التجهيز المسكن, إذ أن الأطفال الذين يعيشون في مسكن ذات تجهيز أقل يستعملون المراكز الصحية بأقل نسب . وكما هو متوقع فإن مكان الإقامة من العوامل الحاسمة لاستخدام المركز الصحية, وهذا نظرا لتوزيع الهياكل الصحية الغير متساوي بين القطاع الحضري والريفي على المستوى الوطني, و من المعروف كذلك أن المناطق الريفية جد معزولة وسكان الجنوب مبعثرين على مساحات شاسعة, وهذا ما يصعب من نقل الطفل كلما أصيب بإسهال أو سعال .

وأظهرت النتائج أن الجنس عامل أساسي في استعمال المراكز الصحية, وهذه النتيجة توصلنا إليها في التحليل الثنائي, حيث أن سجلنا فرق شاسع بين الجنسين في حالة طبيب الخاص لعلاج السعال, وحظ الذكور أكبر للاستفادة من زيارة الطبيب خاص في حالة الإصابة بسعال سنة 2002 , ولوحظت هذه النتيجة كذلك سنة 1992, ولم نسجل فرق ذات دلالة إحصائية إذا كان المركز تابع للقطاع العمومي المجاني, فإن الجنس يبقى له دلالة إحصائية مع ادخال المتغيرات الأخرى , إن تدهور الوضعية الاقتصادية للأسر الجزائرية قد يؤدي إلى تدهور صحة البنات في المستقبل .

الجدول 8 . 7. د: معامل الإنحدار اللوجيستي لتحديد استخدام الخدمات الصحية (العامة والخاصة) في عام 1992

المتغيرات	القيم	العدد	الدلالة	الخطر النسبي	معامل الارتباط
رتبة الطفل	1	232	0,101	1,3	2,11%
	2	195	0,550	1,1	
	3 و اكثر	757			
مكان الإقامة	حضر	545	0,051	1,3	3,41%
	ريف	639			
تجهيز و ممتلكات المسكن	جيدة	703	0,043	0,8	3,69%
	سنية	481			
مستوى تعليم الأم	امية	609	0,000	0,6	9,88%
	متعلمة	575			
جنس الطفل	ذكر	602	0,056	1,3	3,28%
	انثى	582			
	الثابت		0,001	0,8	8,07%
	التصنيف	58,2			

### 1-3-8 العلاج الحديث

تطرقنا في القسم السابق إلى استخدام المراكز الصحية حسب بعض المتغيرات, وفيما يلي سنقوم بتحليل العلاج الحديث حسب العوامل التي أخذت بعين الاعتبار لمؤشر السابق .

#### أ- العلاج الحديث لسعال

إن تحليل العلاج الحديث لسعال حسب بعض المتغيرات البيو-الديمغرافية لا تظهر أي اختلاف في السلوك حسب الجنس والسن سنة 2002 .

وأظهرت النتائج استخدام أكبر للعلاج الحديث سنة 1992 لذكور, والعلاقة لها دلالة احصائية على عتبة 10%, ولكن هذه العلاقة فقدت دلالتها الإحصائية في سنة 2002, أما فيما يخص رتبة الولادة فإن العلاقة لم تكون لها دلالة احصائية سنة 1992 بينما أصبحت ذات دلالة احصائية سنة 2002 . إن النساء المتعلمات تستعملن أكبر العلاج الحديث في حالة إصابة الطفل بالسعال والعلاقة لها دلالة إحصائية على عتبة 1% خلال المسحيين .

أما فيما يخص المتغيرات الاقتصادية المتمثلة في تجهيز وممتلكات المسكن ومهنة رب الأسرة فإن المتغير الأول له دلالة إحصائية سنة 1992 إلا انه فقدتها سنة 2002, ولم تكون هناك فروق ذات دلالة إحصائية سنة 1992 في علاج الأطفال حسب مهنة الأب .

وأظهرت النتائج أن 90% من الأطفال المصابين بالسعال أخذوا علاج حديث وسجلت نسبة أكبر إذا كان الأب يشتغل أو متقاعد .

أما فيما يخص المتغيرات الخاصة بالأسرة ومكوناتها فإن فئة رب الأسرة لها دلالة إحصائية خلال المسحيين, فإن الأطفال الذين ينتمون إلى أسر مسيرة من طرف إمراة يستفدون أكثر من العلاج الحديث .

إن وجود مريض مزمن في الأسرة يقلل من فرصة الإستفادة بعلاج حديث للأطفال المصابين بالسعال .

تزيد فرصة استخدام العلاج الحديث في الأسر النووية مقارنة بالأنواع الأخرى سنة 1992 و لم نسجل أي اختلاف في 2002.

فإن المتغيرات الجغرافية لها دور كبير في استخدام العلاج الحديث حيث إن استخدام العلاج الحديث يزداد في المناطق الحضرية و أقل نسبة استخدام سجلت في منطقة الجنوب .

الجدول رقم 7.8 هـ : العلاج الحديث لسعال حسب بعض المتغيرات

المتغيرات	القيم	1992	2002
-----------	-------	------	------

		العدد	النسبة	العدد	النسبة
جنس الطفل	ذكر	607	56,84% (*)	1662	93,20%(NS)
	انثى	<b>582</b>	<b>51,37% (*)</b>	<b>1535</b>	<b>92,90%(NS)</b>
الرتبة	1	232	67,67% (***)	597	95,48% (***)
	<b>2 et plus</b>	<b>957</b>	<b>50,89% (***)</b>	<b>2600</b>	<b>92,50% (***)</b>
العمر	0	527	59,01% (**)	756	93,12%(NS)
	<b>1</b>	<b>235</b>	<b>48,09% (**)</b>	<b>810</b>	<b>91,85%(NS)</b>
	2	212	52,83% (**)	655	94,20%(NS)
	3 et plus	215	50,23% (**)	976	93,24%(NS)
تعليم الأم	أمية	<b>610</b>	<b>42,46% (***)</b>	<b>1410</b>	<b>91,35% (***)</b>
	متعلم	579	66,49% (***)	1787	94,40% (***)
رب الأسرة مشغل او متقاعد	نعم	1.016	55,12% (*)	2677	93,54% (**)
	<b>لا</b>	<b>173</b>	<b>48,55% (*)</b>	<b>519</b>	<b>90,56% (**)</b>
تجهيز و ممتلكات المسكن	جيد	706	67,70% (***)	1047	93,79%(NS)
	سيئة	<b>483</b>	<b>44,90% (***)</b>	<b>2049</b>	<b>92,53%(NS)</b>
فئة رب الأسرة	رجال اقل من 50	385	60,00%	1750	92,63%
	رجال اكثر من 50	189	50,26% (**)	551	91,11% (***)
	<b>النساء</b>	<b>607</b>	<b>51,73% (**)</b>	<b>838</b>	<b>95,23% (***)</b>
عدد المصابين بمرض مزمن	لأحد			1919	94,32% (***)
	<b>&gt;=1</b>			<b>1278</b>	<b>91,16% (***)</b>
نوع الأسرة	نووي	618	54,37% (**)	1979	92,62%(NS)
	اخر	<b>571</b>	<b>53,94% (**)</b>	<b>1161</b>	<b>93,80%(NS)</b>
مكان الإقامة	حضر	548	63,50% (***)	1849	94,86% (***)
	<b>ريف</b>	<b>641</b>	<b>46,18% (***)</b>	<b>1348</b>	<b>90,58% (***)</b>
المنطقة	الوسط	262	61,45% (*)	887	91,66% (***)
	الشرق	355	53,24% (*)	860	90,81% (***)
	الغرب	450	51,56% (*)	722	97,92% (***)
	<b>الجنوب</b>	<b>122</b>	<b>50,82% (*)</b>	<b>728</b>	<b>92,58% (***)</b>

NS : Non significatif (\*) au seuil de 10% (\*\*) au seuil de 5% (\*\*\*) au seuil de 1%

أفرز النموذج خمسة متغيرات ذات دلالة إحصائية على عتبة 10% وهي مكان الإقامة وفئة رب الأسرة ومستوى تعليم الأم ومهنة رب الأسرة وعدد المصابين بمرض مزمن داخل الأسرة وصنف النموذج جيدا 93% من الأطفال .

إن الوسط الحضري يتوفر على هياكل صحية أكثر من الوسط الريفي, حيث أن الأطفال الذين يعيشون في المناطق الحضرية تزداد فرصتهم من الاستفادة بعلاج حديث بـ 80% مقارنة بالأطفال الذين يقطنون المناطق الريفية والعلاقة ذات دلالة إحصائية على عتبة 1% .

تلعب كذلك فئة رب الأسرة دور المهم في الاستفادة من العلاج الحديث, أن الأطفال الذين ينتمون إلى أسر مسيرة من طرف امرأة لهم حظ أكبر من الاستفادة بعلاج حديث, ويبقى مستوى تعلم الأم عامل أساسي في اختيار نوع العلاج, حيث أن الأمهات المتعلمات يلجأن إلى العلاج الحديث في

حالة إصابة الطفل بالسعال وتزيد فرصة الاستفادة بعلاج حديث, حيث يزيد احتمال الاستفادة بعلاج حديث بـ 30 % إذا كانت الأم متعلمة مقارنة بالأمهات الأميات, وتلعب العوامل الاقتصادية دور مهم في العلاج الحديث, إذ يتضاعف احتمال الاستفادة من علاج حديث إذا كان رب الأسرة يشتغل أو متقاعد .

أما فيما يخص المتغيرات الخاصة بالأسرة أظهرت النتائج أن عدد الأشخاص المصابين بمرض مزمن مهم بالنسبة لهذا المؤشر, حيث أن خلو الأسرة من الأشخاص المصابين بمرض مزمن يزيد من احتمال الاستفادة بعلاج حديث .

الجدول 7.8.ف: معامل الإنحدار اللوجيستي لمحددات العلاج الحديث لسعال

المتغيرات	القيم	العدد	الدلالة	الخطر النسبي	معامل الارتباط
مكان الإقامة	حضر	1812,0	0,000	1,8	9,1%
	ريف	<b>1327</b>			
فئة رب الأسرة	رجال	<b>1750</b>			
	نساء	1389	0,001	1,8	7,4%
تعليم الأم	امية	<b>1389</b>			
	متعلمة	1750	0,073	1,3	2,8%
رب الأسرة مشتغل او متقاعد	نعم	2636	0,001	2,1	7,8%
	لا	<b>503</b>			
عدد المصابين بمرض مزمن	0	1903	0,000	1,8	9,6%
	>=1	<b>1236</b>			
	الثابت		0,000	10,7	67,3%
	التصنيف	93,1			

### ب- العلاج الحديث للإسهال

إن تحليل استخدام العلاج الحديث للإسهال مع المتغيرات المدروسة سابقا لم تظهر أي اختلاف ذات دلالة احصائية خلال المسحيين .

وأظهرت نتائج أن أقل من نصف الأطفال المصابين بالإسهال استهلكوا أملاح إعادة التميح خلال المسحيين , وتم معالجة قرابة 44% من حالات الإسهال بالمضادات الحيوية و 27% منهم عالجوا بشراب و أقراص و أقل من 4% من الأطفال تلقوا حقن خلال سنة 2002,

إن الأسئلة حول بالمضادات الحيوية والأدوية الأخرى لم تدرج في مسح 1992 .

إن ضعف استخدام أملاح إعادة التميح سجلت في دول أخرى خاصة في الدول المتقدمة, حيث بينت دراسة أجريت في منطقة كولمار بفرنسا سنة 2002 خاصة بطرق العلاج ورعاية الإسهال الحاد عند الرضع, وتهدف هذه الدراسة لتقييم معدل وصف سوائل لإعادة التميح (solutè glucoèlectrolytiques) لمعالجة الجفاف عن طريق الفم للأطفال أقل من سنتين المصابين بالإسهال الحاد, و تمت دراسات مجموعتين مختلفتين من الأطفال حيث تم استخراج

عينة عشوائية تحتوي على 114 وصفا في المجموعة الأولى, بينما المجموعة الثانية تحتوي على المعلومات الخاصة بـ 51 طفل أقل من سنتين أدخلوا إلى المستشفى بسبب مرض في المعدة أو اسهال حاد أو جفاف في مستشفى بـ كولمار خلال نفس الفترة .

إن تحليل النتائج بينت نسبة قليلة من وصف الأملاح المعدنية لإعادة التميح, ففي المجموعة الأولى وصف هذا العلاج لـ 23 % من الأطفال أما فيما يخص المجموعة الثانية فإن 45% من الأطفال تمت معالجتهم قبل دخولهم إلى المستشفى.

فإن وصف الأملاح المعدنية كانت أكبر إذا كان الطفل تمت معاينته من طرف طبيب أطفال حيث بلغت النسبة 41% مقارنة بطبيب عام في المجموعة الأولى ( J P Magny , 2005,p1805). إشارات نفس الدراسة إلى وجود فجوة بين التوصيات القائمة والموافق عليها بالإجماع منذ مدة والممارسة الطبية بالإضافة إلى ذلك أجريت دراسة من طرف ( Palec , 1991) أطباء الأطفال في عيادة كبرال بوهان حاولت التركيز على مختلف الاستخدامات الإجتماعي التي تنفذها الأسر, والمهنيين العاملين في مجال الصحة تجاه العلاج بالأملاح المعدنية الطريقة التي توصي بها المنظمة العالمية لصحة لمعالجة الإسهال عند الأطفال ( Mebtoul, 1994, p29).

تحاول الدراسة فهم تصورات الأملاح المعدنية لتميحه عند الطاقم الطبي والأسر, وإظهار السلوكيات تجاه الإسهال, بينت النتائج أن 15 % من الأمهات لم تستعمل أي طريقة لعلاج الإسهال لأنهن يعتبرن الإسهال مرض عابر ومؤقت ولا يستدعي التدخل .

استنادا إلى مقابلات مع الأمهات تبين أنه يوجد نقص في التربية الصحية لعلاج الإسهال عند الأمهات لأطفال أعمارهم أقل من خمسة سنوات أصيبوا بالإسهال خلال أسبوعين قبل المسح. أن المستجوبات تبحث عن طبيبة يسمع لهن و في غياب حوار فإن المهنيين في مجال الصحة لا يستطيعون تقديم نصائح للأمهات و بتالي من الصعب القيام بدورهم في التربية و التوعية الصحية.

وبينت الدراسة أن الأمهات اللواتي يفوقن أو يساوي عمرهن 30 سنة ولهن أكثر من طفل لهن أكثر خبرة في علاج الإسهال بينما الأمهات أصغر سنا فيبحثن على العلاج في محيطهن, المرض أصبح ظاهرة جماعية يعبئ المحيط العائلي و افجتماعي للمريض ( Desjeux, 2004, p98)

قام مبتول بدراسة سنة 1991 لتوضيح هذا الوضع فإن الأطباء الذين يرفضون الانخراط لانجاح حملة الأملاح المعدنية لتميحه, فإن خطابهم يركز على الإستقلالية الإجتماعية المهنية

في أداء مهنة الطب (Mebtoul, 1991,p206), ورفض وصف أملاح الأماهة الفموية هي وسيلة لرفض أوامر المسؤولين في التدخل في عملهم, وهذا الموقف يعتبر مؤشر كفاءة تجاه مستخدمي الرعاية الصحية .

## الخاتمة

سمح العديد من النماذج التفسيرية من وصف مجموع محددات التصرفات العلاجية و هذه الأخيرة مصنفة في ثلاثة مجموعات و هي الفئة الفردية التي تدمج المعارف الخاصة بالصحة والاهمية التي نوليها لصحة و خصائص النظام الصحي ( Kroeger, 1983, Godin, ) (1988)

إن هذه النماذج المرتكزة أساسا على العوامل الفردية للأم والطفل لا تعبر كليا على البعد الاجتماعي لسلوكات تجاه الصحة.(Hobcraft, 1993), و حسب هذا المنطق فإن دور الأب و الأعضاء الآخرين للأسرة لم يدرس ولم يتطرق له إلا نادرا (Albrecht,1995).

حاولنا في هذا الفصل تحديد العوامل الأساسية في استخدام الرعاية الصحية, و تطرقنا في الجزء الأول من الفصل الى الرعاية الوقائية وأول مؤشر تم استعماله هو متابعة الحمل, و بينت النتائج أن مكانة المرأة الممثلة بصلة القرابة مع رب الأسرة كان لها دور حاسم في متابعة الحمل, إذ لاحظنا أن أبناء ربات الأسر أكبر يستعملون أكثر الخدمات الصحية في مرحلة الحمل. أما فيما يخص المؤشرات الأخرى وهي الزيارة المبكرة والأشخاص الذين قدموا الرعاية الصحية وعدد الاستشارات خلال فترة الحمل فإن العوامل الاقتصادية والاجتماعية، والحالة الصحية للأم هي العوامل الأساسية لهم .

أما فيما يخص نوع الأسرة فإن هذا العامل حاسم في تسير الولادة أن النساء اللواتي ينتمين إلى أسر غير نووية لهن أكثر فرصة لوضع داخل مركز صحي .

أما فيما يخص التطعيم فإن نسبة الاطفال الذين تلقوا على أقل تلقيح قدر بـ 85.5 % و 73.2% للأطفال أعمارهم 12 شهر وأكبر والذين استفادوا من كل التلقيحات حسب العمر .

كما أفرزت النتائج أهمية المتغيرات عدد الأطفال أقل من 6 سنوات ومستوى تعليم الام في تطعيم الأطفال .

إن عمر الام وظروف السكن عوامل أساسية للمؤشر استفادة من تلقيح على الأقل , والمتغيرات الاقتصادية ذات دور في التحصين الكامل هي تجهيز السكن والوضعية المهنية لرب الأسرة .

إن الأطفال الذين ينتمون لأسرة بطفل واحد أقل من 6 سنوات لهم أكبر فرصة للاستفادة من التطعيم .

أما فيما يخص الرضاعة الطبيعية بينت النتائج أن صلة القرابة عامل أساسي حيث أن أبناء رب الأسرة يستفيدون من الرضاعة الطبيعية بنسب أكبر ولمدة أطول من الآخرين.

أن المؤشرات المستعملة للعلاج هي زيارة مركز صحي واستعمال علاج للإسهال والسعال .  
وأظهرت النتائج أن الأطفال الذين ينتمون إلى أسرة مسيرة من طرف امرأة تزداد حضورهم في  
الإستفادة من علاج حديث لسعال .

أما فيما يخص مؤشر زيارة مركز صحي, بينت النتائج أن هناك تمييز بين الجنسين لصالح  
الذكور, حيث أن الذكور المصابين ينقلون إلى مراكز صحية بنسب أكبر من البنات.

تحتل الأسر مكانة أساسية في الجزائر حيث أن الإلتقاء الاجتماعي لطفل يسجل في إطار  
مجموعة عائلية والمسؤولية تجاه صحته تتعدى الأبوين وتخص مجموعة مرجعية مكونة من عدة  
أفراد. إن الأم لا تستطيع اختيار طريقة لرعاية الطفل فإن تدخل الأب والأجداد قد يؤثر على

قراراتها (Adjamagbo,1991,p121)

سنتطرق في الفصل القادم إلى المحددات التي تؤثر على صحة الطفل, ونستعمل لهذا الغرض  
ثلاثة مؤشرات وهي الإصابة بالإسهال ، السعال والتعرض لحادث منزلي.

## المقدمة

ان المنظمة العالمية لصحة تدرك الصلة بين البيئة المادية والصحة البشرية, حيث انها تعتمد على قدرة المجتمع لتسيير التفاعلات بين الأنشطة البشرية و البيئة المادية والبيولوجية (المنظمة العالمية لصحة ، 1992), وحسب هذه المنظمة فإن البيئة مسؤولة بشكل مباشر عن حدوث نحو ربع جميع المشاكل الصحية في العالم (منظمة الصحة العالمية ، 1997).

فخلال الخمسون سنة الماضية حدث تغيير كبير في العالم و الابتكارات التكنولوجية اثرت في أسلوب حياتنا.

إن أجيال من الأطفال تعرضوا لبعض المخاطر الموجودة في المحيط الذي يعيشون فيه, و نذكر على سبيل المثال تلوث مياه الشرب ، وسوء الصرف الصحي ، وتلوث الهواء في المساكن ، وانعدام النظافة ، و السكن الهش و سوء التخلص من النفايات.

يموت في كل عام ما يقارب مليونين طفل دون سن الخامسة من التهابات الجهاز التنفسي الحاد التي تتفاقم بوجود المخاطر البيئية.

ان توفير المياه المأمونة يساهم في تحسين الحالة الصحية لسكان بصفة عامة والأطفال على وجه التحديد, حيث ان المياه الملوثة يمكن أن تنقل العديد من الأمراض مثل الإسهال و هذه الأخيرة تتسبب في وفاة 1.3 مليون طفل دون سن الخامسة سنويا في البلدان النامية

من المعروف ان "منذ بدء البشرية ، من المرجح أن الإسهال تم الاعتراف بأنه من أعراض المرض و رغم بساطته الا ان الجميع يخشاه نظرا لخطورة تعرض الطفل للجفاف في حالة اصابته بالاسهال." (Desjeux, 1994, p.4).

ان نسبة الإصابة بالاسهال في البلدان النامية أعلى من البلدان المتقدمة, ويرجع ذلك إلى عوامل متعددة ، من بينها انخفاض مستوى النظافة ، والمناخ ، ونقص الموارد المالية لمكافحة سوء التغذية لدى الأطفال و اخيرا قلة المياه النقية.

يعتبر الاسهال والتهابات الجهاز التنفسي من الأسباب الرئيسية لدخول المستشفى في الجزائر, حيث ان هذين المرضين يمثلان 40 ٪ من مجموع حالات دخول المستشفيات بين الأطفال دون سن الخامسة منذ عام 1995 وهي مسؤولة عن 30 ٪ من الوفيات في المستشفيات.

ان اعتماد برامج لمكافحة هذين المرضين منذ 1995 ادى الى انخفاض عدد الوفيات, الا ان لم تعرف البرامج نفس النجاح فيما يخص حالات المرض.

بالإضافة الى الإسهال و الإلتهابات التنفسية تشكل الحوادث المنزلية تهديدا خطيرا لصحة و حياة الطفل.

سنعتمد لتمثيل صحة الأطفال على الإصابة بالاسهال او التهابات الجهاز التنفسي او التعرض لحادث, و سيتم تحليل متغيرات الإطار النظري بالنسبة لكل مؤشر, و كما اشارنا اليه في الفصل الخاص بالإطار النظري فيحتوي هذا الأخير على المتغيرات البيوديموغرافية و متغيرات خاصة بالأسرة و اخيرا المتغيرات الخاصة بالبيئة .

قمنا بمختلف التحاليل على عدة مراحل, حيث اجرينا تحليل ثنائي لمختلف المؤشرات في المرحلة الأولى و هذا لتقدير الأثر الخام لكل متغير, و في المرحلة الثانية تم بناء نموذج بإستخدام كل المتغيرات لعزل المتغيرات الأكثر أهمية, و في الأخير تم بناء نموذج بالإعتماد على المتغيرات ذات دلالة احصائية على الأقل على عتبة 10 ٪ لقياس الأثر الصافي لكل متغير.

بما أن المؤشرات الثالثة متغيرات تأخذ قيمتين فهذا اخترنا الإنحدار اللوجستي الذي يقبل هذا النوع من المتغيرات.

فيما يخص الأسهال و السعال اعتمدنا على معطيات مسحي 1992 و 2002, اما فيما يخص الحوادث فإن المعطيات متوفرة في مسح 1992 فقط .

9.1 تطور معدلات الإعتلال والوفيات الأطفال دون الخمس سنوات التي حدثت في المستشفى

#### 9.1.1 الاسهال في المستشفى

تم اعتماد على استمارة لتقييم المرضية و الوفيات داخل المستشفى بسبب الأسهال و الإلتهابات التنفسية الحادة عند الأطفال أقل من خمس سنوات على المستوى الوطني في جانفي 1995, بعد وضع برامج لمكافحة أمراض الإسهال و التهابات الجهاز التنفسي الحادة, ان البيانات شملت القطاع العام فقط.

ان معدل مرض الاسهال انخفض بمقدار أربع نقاط فقط في عشر سنوات, حيث قدر ب 15.9 ٪ في عام 1995 و وصل إلى 12.1 ٪ في عام 2005 و هذا رغم تبني برنامج لمكافحة أمراض الإسهال منذ عام 1995.

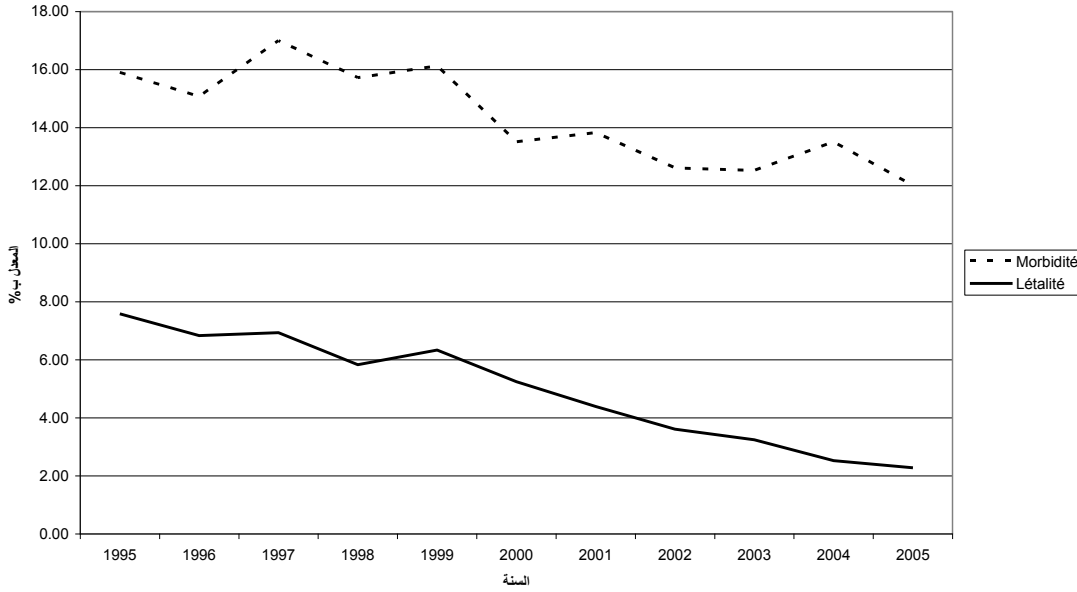
ان عدد الدخول الى المستشفى قد زاد بما يقارب 4 ٪ خلال عشر سنوات في حين أن عدد الوفيات بهذا السبب تم تقسيمه على ثلاثة حيث أن في عام 1995 سجلنا 1500 وفاة مقابل 470 في عام 2005.

نسبة الوفيات بالإسهال داخل المستشفى قدر ب 2.3 ٪ في حين أن معدل المرضية في المستشفى وصل 12 ٪ في عام 2005, و لا يزال هذا المرض قاتل حتى في الوسط الطبي لأن الحالات الموجهة الى المستشفى هي أخطر حالات الجفاف التي يصعب إنقاذها.

يبين منحنى الوفيات انخفاضا حادا في الفترة الممتدة من 1999 إلى 2004, و هذا راجع لتحسن في الأوضاع الأمنية خاصة التي تسهل إجلاء الأطفال المرضى في أي وقت من اليوم و خصوصا في الليل و هذا مأنقذ الكثير من الأطفال.

أما فيما يخص انتشار الأمراض فنلاحظ انخفاض المعدل ببطء, و سجلنا قيم مرتفعة في بعض السنوات ( المنحنى 1.1.9). ان الحد من انتشار المرض صعب لأن مكافحة هذا المرض يتطلب تحسين الظروف المعيشية للأسر الذي سيكون له تأثير أكيد على صحة الأطفال, اذ أن دون السيطرة على اسباب تفشي هذا المرض فالطفل الذي تمت معالجته من هذا المرض و انقاذه من الموت, فبإعادته الى البيت فإننا نعرضه للإصابة مرة ثانية للإسهال.

المحنى 1.1.9 : تطور المرضية و الوفاة بالإسهال



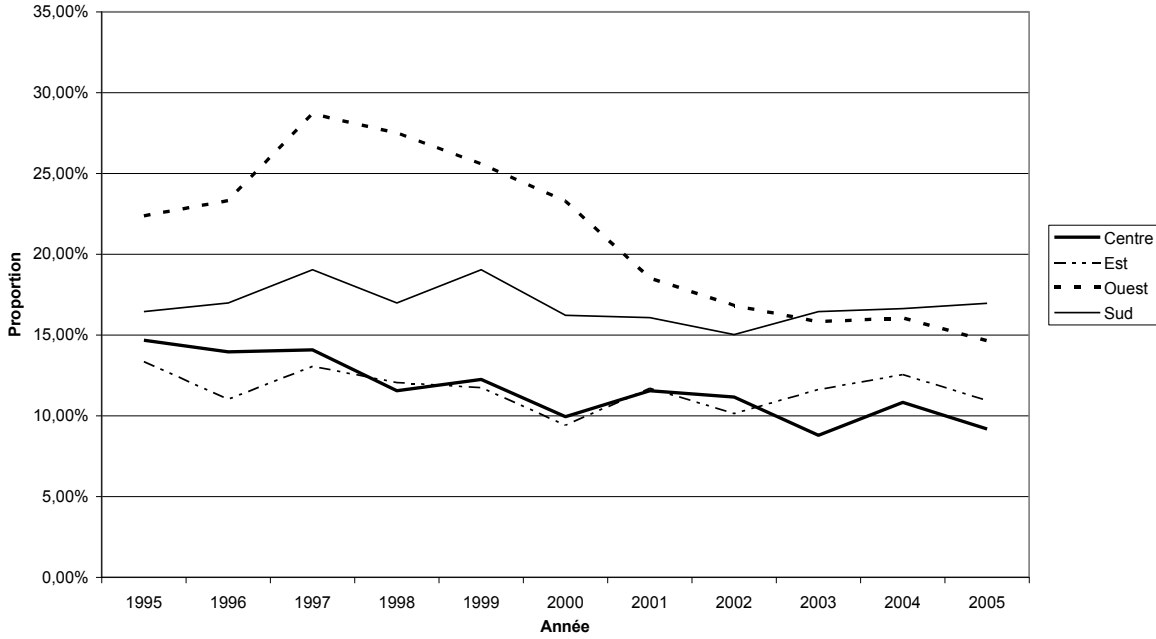
ان الجزائر بلد مترامي الأطراف ، ومساحتها تمثل 8 في المئة من مساحة القارة الافريقية, و نميز بين ثلاثة مجموعات مختلفة مناخيا من الشمال إلى الجنوب , فإن التعرض لخطر الاسهال يختلف من منطقة الى اخرى.

يتجاوز معدل الإصابة بالإسهال في المستشفيات قبل عام 2000 10 % في جميع مناطق البلاد ، والمنطقة الغربية سجلت أعلى معدلات انتشار المرض و تليها المنطقة الجنوبية. ابتداء من عام 2003 نلاحظ بروز مجموعتين, حيث المجموعة الأولى تحتوي على المناطق الشرقية والوسطى و الثانية على المناطق الغربية والجنوبية. ان المناطق الغربية و الجنوبية تعاني من نقص الموارد المائية إذ انها عانت المناطق الغربية من الجفاف لسنوات عديدة و هذا ماضطر السلطات لإيجاد بديل لمياه الأمطار, و هذا بقيام مشاريع تحلية مياه البحر, اما المناطق الجنوبية فتحتوي على مخزون مياه جوفية غير متجددة تتطلب و سائل لإستغلالها بعقلانية.

فيما يتعلق بالمجموعة الأولى ، فإن الفرق بين المناطق الشرقية والوسطى ازداد بعد عام 2002, و معدل الاسهال في مستشفى في المنطقة الشرقية عرف زيادة بالمقارنة مع منطقة الوسطى ابتداء من 2002 (الشكل رقم 1.9 ب).

المحنى 9.1.ب : تطور المرضية بالإسهال في المستشفى حسب المناطق الجغرافية النسبة

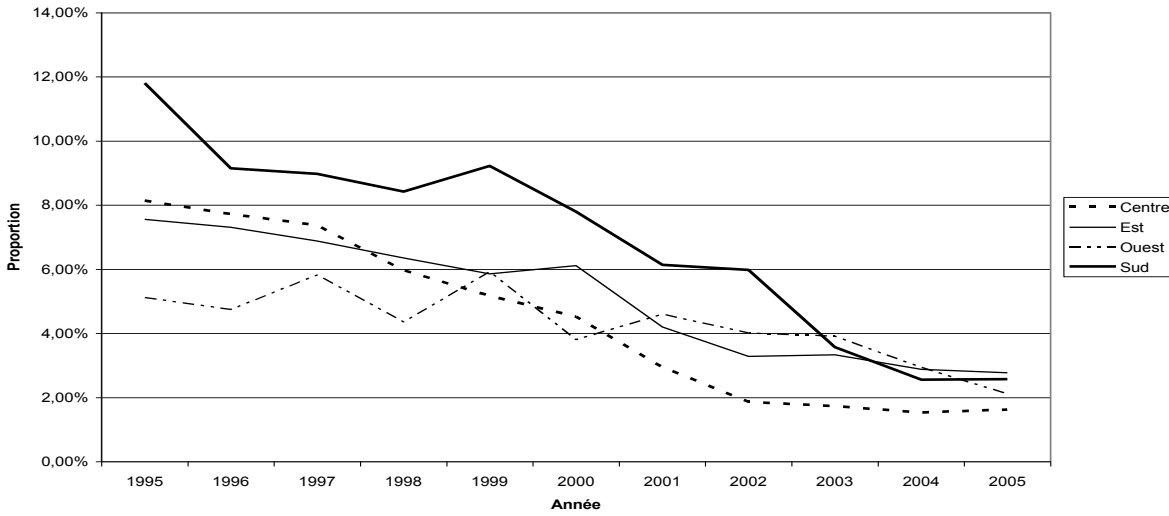
Graphique n° 9.1.b: Evolution de la morbidité hospitalière par diarrhée selon la région



انخفضت معدلات الوفيات الناجمة عن الإسهال المناطق الأربعة ، و أكبر انخفاض سجل في المنطقة الجنوبية، و معدلات الوفيات بسبب الإسهال في المنطقة الوسطى قدرت ب 1.6 ٪ في عام 2005، و هذه النتيجة منتظرة نظرا لأن المنطقة الوسطى لها أفضل تغطية صحية، و عرفت منطقة الجنوب أعلى انخفاض بين عامي 1995 و 2005، حيث قدرت ب 11.8 ٪ في عام 1995 و واصلت إلى 2.6 ٪ في عام 2005 ، فيمكن تفسير هذه الحالة بنقل الحالات الخطيرة إلى المرافق الصحية الموجودة في المناطق الأخرى و التي قد تتوفى فيها، كما سجلنا ادنى انخفاض معدلات الوفيات بين عامي 1995 و 2005 في منطقة الغرب ، ولاحظنا تذبذبات في المعدلات في هذه المنطقة، و برزت المنطقة الوسطى بمعدلاتها المنخفضة مقارنة بالمناطق الأخرى (المنحنى 9.1.ج).

المحنى 9.1.ج : تطور الوفاة بالإسهال في المستشفى حسب المناطق الجغرافية

Graphique n°9.1.c : Evolution de la mortalité par diarrhée en milieu hospitalier selon les régions



نلاحظ ارتفاع وتيرة الاسهال في فترات معينة من السنة, و نحاول استغلال البيانات الشهرية الخاصة بدخول المستشفيات بسبب الإسهال في عام 2004, و تبين النتائج زيادة حالات الاسهال بين شهري جوان و اكتوبر, و أعلى نسبة التي قدرت ب 16.7 % سجلت في سبتمبر 2004. يجب الإشارة أن شهر سبتمبر في 2004 عرف درجات حرارة اكبر من شهر اوت 2004. نشاهد نفس النمط بالنسبة للوفاة حيث ان اعلى نسبة سجلت في شهر سبتمبر.

الجدول 1.9 : التوزيع الشهري للإستشفاءات و الوفيات سنة 2004

الشهر	مجموع الوفيات	مجموع الإستشفاءات	الإستشفاءات بالإسهال	الوفيات بالإسهال
جانفي	10,4	11,2	5,6	14,6
فيفري	8,2	8,3	4,8	10,8
مارس	8,6	7,7	5,1	6
افريل	8,6	7,6	6,2	7,5
ماي	7,9	7,5	5,8	7,5
جوان	9,9	9,3	8,9	5,6
جويليا	7,8	9,1	10,5	7,1
اغسطس	8,9	10	15	11,6
سبتمبر	8,2	9,2	15,4	9,3
اكتوبر	7	7,2	12,5	11,9
نوفمبر	7,1	5,5	6,2	4,1
ديسمبر	7,3	7,2	4	4,1

Source : Direction de la Prévention, Rapport annuel sur la morbidité mortalité hospitalière générale par Diarrhée et IRA, Juin 2005.

2-1-9 التهابات الجهاز التنفسي الحادة في المستشفيات

يعتبر تلوث الهواء خطر بيئي يهدد صحة الأطفال و أحد عوامل الخطر المتسبب في أمراض الجهاز التنفسي الحاد والمزمن ، وأمراض أخرى.

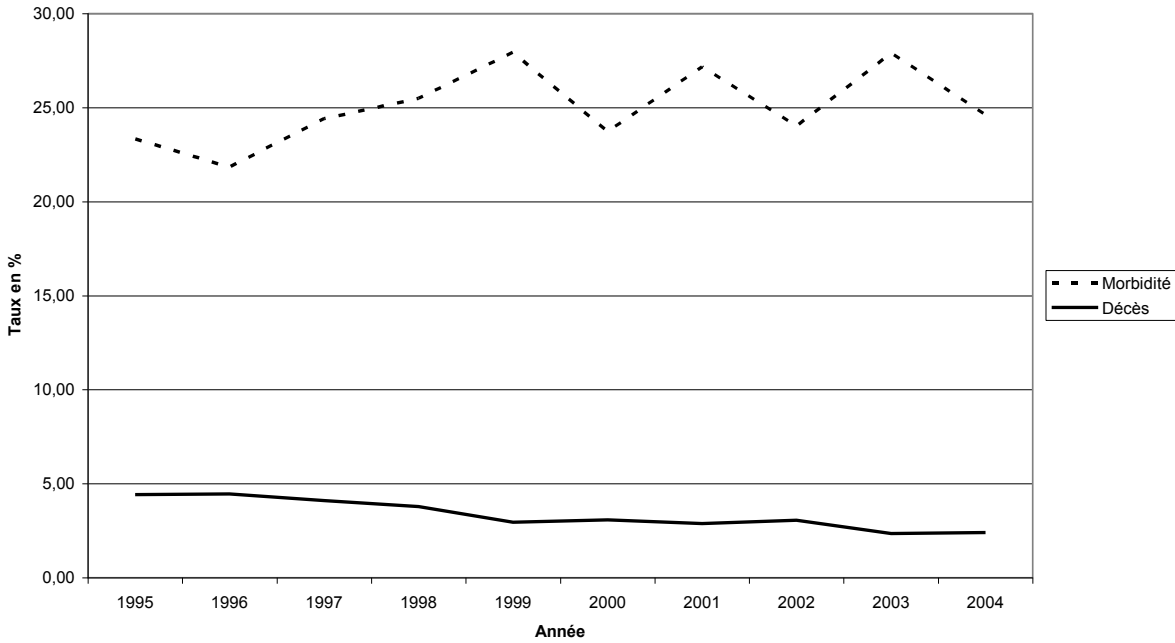
كما أن تلوث الهواء داخل المنازل يعتبر احدا العوامل الرئيسية المرتبطة بالتهابات الجهاز التنفسي الحاد في المناطق الريفية والحضرية في البلدان النامية.

اما فيما يخص تلوث الهواء الخارجي الراجع أساسا إلى حركة المرور على الطرقات والأنشطة الصناعية ، لا يزال يمثل مشكلة رئيسية في المدن في كل أنحاء العالم ، وخاصة في المدن الكبرى في مرحلة توسعها في المدن في البلدان النامية, سمحت بعض الدراسات بتوثيق الآثار الصحية لتلوث الهواء الداخلي والخارجي حيث أجريت هذه الدراسات على مدى العقود الثلاثة الماضية ، وقد أظهرت أن استنشاق الملوثات تغير الاستجابة المناعية من الرئة ( Thomas et Zelikoff, 1999, cite par CCE, 2002, p.27). وفي المقابل ، فإنها ترتبط مع مختلف المشاكل الصحية للأطفال ، وآثارها تتراوح بين أعراض خفيفة نسبيا (تغييرات طفيفة في قدرة التنفس والتهاب في الأنف والحنجرة) و مشاكل صحية خطيرة مثل الربو والسرطان, و تتطلب هذه الأخيرة العلاج في المستشفيات ويمكن أن تؤدي إلى وفاة ( Woodruff et al., 1997, Loomis et al., 1999 cite par CCE, 2002, p.27).

ان عدد الأطفال الذين دخلوا المستشفى بسبب التهابات الجهاز التنفسي الحاد ارتفع بأكثر من النصف بين عامي 1995 و 2002 ، حيث ارتفع من 29.035 الى 45.978 بين هذين التاريخين. اما فيما يخص عدد الوفيات فإنخفاض بالربع بين عامي 1995 و 2002, حيث أن عدد الوفيات الناجمة عن هذا السبب قدرت 1313 حالة في عام 1995 وانخفضت الى 983 وفاة في عام 2005. إن معدل وفيات داخل المستشفى بسبب التهابات الجهاز التنفسي الحاد قدرت 2.1 ٪ في عام 2005 ، في حين أن الدخول المستشفى لهذا السبب يساوي 26.8 ٪ خلال العام نفسه و تعتبر التهابات الجهاز التنفسي الحاد السبب الرئيسي لدخول الأطفال للمستشفيات في الجزائر. يشكل الاسهال والتهابات الجهاز التنفسي 40 ٪ من الدخول الى المستشفى وتمثل 33 ٪ من الوفيات في عام 1995 و 17 ٪ في عام 2005, اما فئة الأسباب أخرى فتمثل 60 ٪ من دخول المستشفى و 83 ٪ من الوفيات.

المحنى 9 . 2 . 1 : تطور المرضية و الوفاة بالإلتهابات التنفسية

Graphique n° 9.2.a : Evolution de la morbidité et mortalité hospitalière par IRA



اننا نلاحظ حاليا تدهور تدريجي لنوعية الهواء ووفقا لوزارة البيئة ، فإن مستويات التلوث و صلت عتبات حارجة.

- إن الانبعاثات في الغلاف الجوي المشاهدة في المناطق الحضرية في البلدان راجعة اساسا الى :
- حركة السيارات (انبثاق غازات سامة : أول أكسيد الكربون ، وأكسيد الكربون والرصاص)
  - النفايات الصناعية.

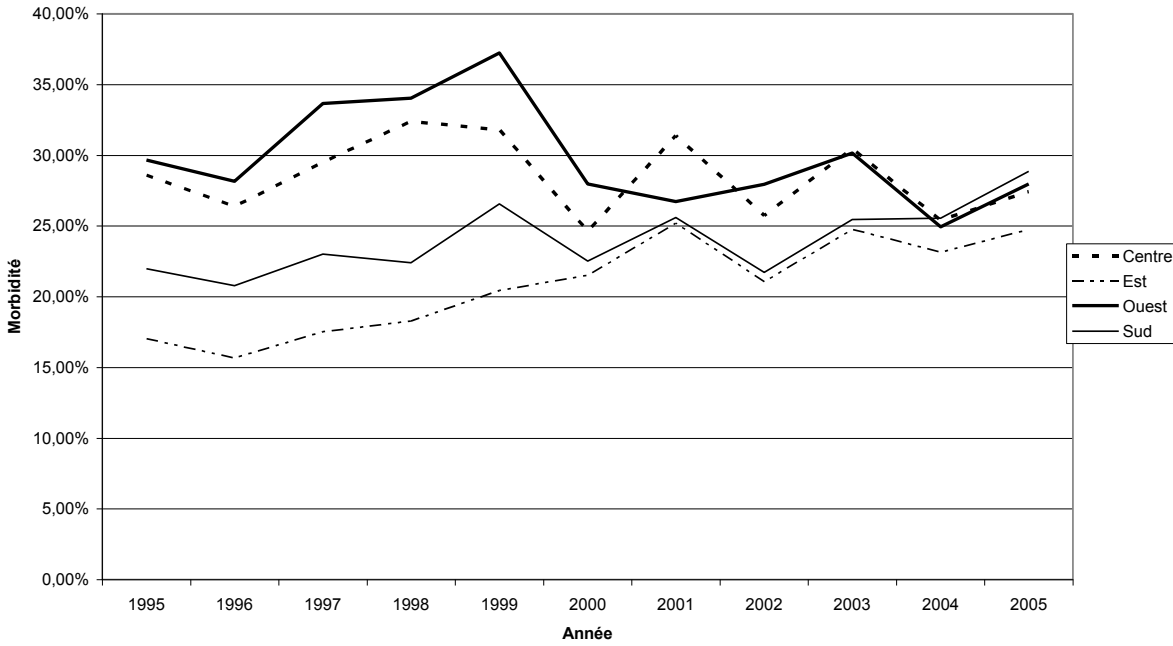
ان التنمية الاقتصادية ليست متساوية عبر القطر الجزائري و معظم النشاط الاقتصادي يتركز في المناطق الساحلية, حيث ان "أكثر من نصف الوحدات الصناعية في البلاد تقع في هذه المنطقة ويتواجد بها 3876 و حدة صناعية أي ما يقارب 74 ٪ من النسيج الصناعي في المدن التالية الجزائر, وهران ، عناية ، سكيكدة و بجاية " (META, 2000, p.34) .

إن تصريف النفايات المتأتية من وحدات صناعية في الجو أثر بشكل كبير على نوعية الهواء, و سجلت منطقة الوسط أكبر عدد دخول للمستشفيات بسبب الإلتهابات التنفسية الحادة تليها منطقة الغرب. إن عاصمة البلاد تنتمي الى منطقة الوسط كما تشمل منطقة الغرب على ثاني اكبر مدينة وهران و هذه المدينتين تقع على الشريط الساحلي لبحر الأبيض المتوسط و تتميز هذه المناطق بإرتفاع نسبة الرطوبة, و التي تساهم في حدوث التهابات الجهاز التنفسي إن معدل انتشار التهابات الجهاز التنفسي الحاد في مستشفى سجل اعلى نسبة في المنطقة الجنوبية ، وهذه المنطقة تتميز بتغيرات معتبرة في درجات الحرارة ، وتتكون من الرمال.

و اذا قمنا بحساب نسبة الدخول المستشفى بسبب الإلتهابات التنفسية من مجموع الدخول المستشفى فإن منطقة الغرب سجلت اعلى نسبة خلال الفترة الممتدة من 1995 الى غاية 2000. إن معاينة منحنى تطور المرضية بسبب الألتهابات التنفسية, يبين ان بعد عام 2003 تتطابق نتائج مناطق الغرب والوسط, و منطقة الشرق سجلت أدنى النسب, و نلاحظ زيادات في دخول المستشفيات بسبب الالتهابات الجهاز التنفسي الحاد في المناطق الأربعة (الشكل رقم 2.9.ب).

المحنى 2.9.ب : تطور المرضية بالإلتهابات التنفسية في المستشفى حسب المناطق الجغرافية

Graphique n° 9.2.b : Evolution de la morbidité par IRA selon la région

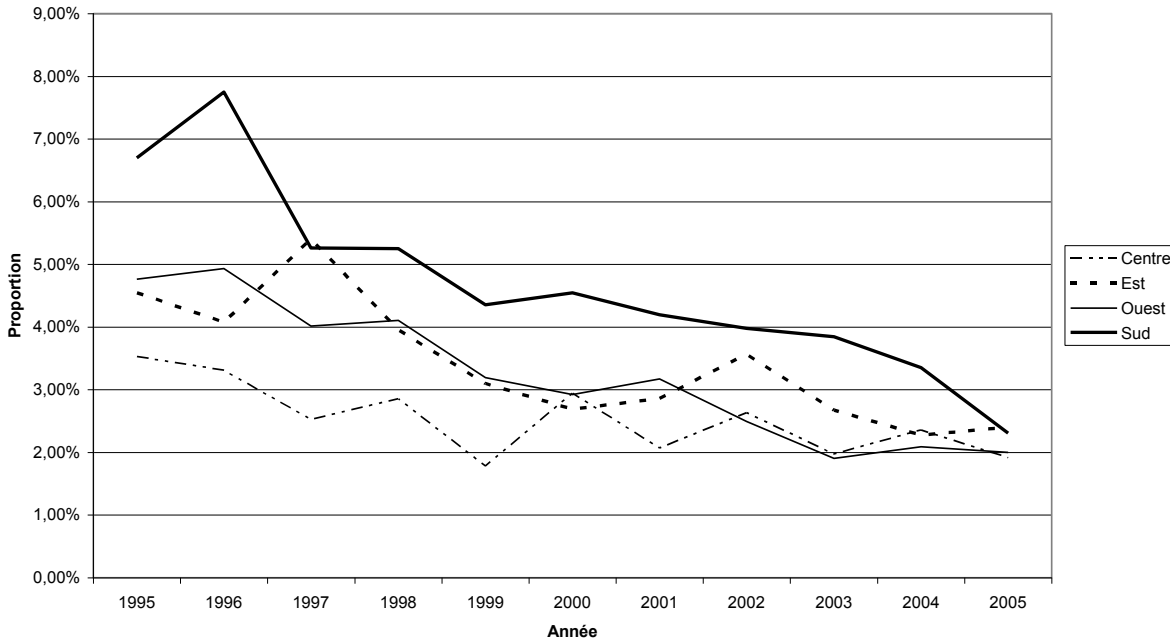


و تم تسجيل أكبر انخفاض في معدلات الوفيات الناجمة عن التهابات الجهاز التنفسي الحاد في منطقة الجنوب, حيث ان نسبة الوفيات الناجمة عن التهابات الجهاز التنفسي الحاد قدرت بنسبة 6.7 % في عام 1995 و 2.3 % في عام 2005, و الفرق بين الوسط والجنوب في عام 1995 كان يساوي 3.2 نقطة وانخفض إلى أقل من نقطة واحدة في عام 2005.

اما نسبة الوفيات في المستشفى بسبب التهابات الجهاز التنفسي الحاد فتتراوح بين 1.90 % سنة 1995 و 2.4 % في عام 2005 (المنحنى 2.9.ج).

المحنى 2.9.ج : تطور الوفاة بالإلتهابات التنفسية في المستشفى حسب المناطق الجغرافية

Graphique n°9.2.c : Evolution de la mortalité hospitalière par IRA selon les régions



ان التوزيع الشهري للوفيات في المستشفيات يبين أن أكبر عدد الدخول الى المستشفى بسبب التهابات الجهاز التنفسي الحاد سجل خلال شهري جانفي و فيفري حيث أن هذا المرض ينتشر أكثر خلال فصل الشتاء, حيث يعرف هذا الفصل انخفاض في درجات الحرارة و تبقى البيوت مغلقة لمدة طويلة للحفاظ على الحرارة و يكثر استخدام وسائل التسخين لتدفئة المنازل, و في هذه الظروف يكون الهواء محمل بأول أكسيد الكربون ، و سوء التهوية تؤدي الى مشاكل صحية. ان تسرب الغاز يمكن ان يؤدي الى الموت و نسجل كل سنة وفاة العديد من الأفراد بسبب الإختناق و أكبر عدد الوفيات سجل في شهري جانفي و ديسمبر.

الجدول 2.9 : توزيع الشهري للإستشفاءات و الوفيات بالإلتهابات التنفسية سنة 2004

الشهر	الإستشفاءات	الوفيات	الشهر	الإستشفاءات	الوفيات
جانفي	22,4 %	12 %	جوز	5 %	8,3 %
فيفري	12,8 %	8,8 %	اغسط	6 %	9,2 %
مارس	8,7 %	7,9 %	سبتمبر	5,6 %	7,4 %
افريل	7,2 %	7,9 %	اكتوبر	5,1 %	4,6 %
ماي	7 %	8,3 %	نوفمبر	4,9 %	6,1 %
جوان	7,1 %	8,1 %	ديسمبر	8,3 %	11,4 %

ان تقييم برامج مكافحة أمراض الإسهال و التهابات الجهاز التنفسي الحاد تعتمد على بيانات المستشفى فقط و بتالي نسجل نقص تقدير الحالات للمرضي بالإسهال و التهابات الجهاز التنفسي الحاد لأن كل الأطفال لا يتوجهون الى المستشفيات القطاع العمومي لتلقي العلاج فيها, و العديد منهم

سيعالجون عند طبيب خاص و اطباء القطاع الخاص لا يبعثون بالمعلومات الخاصة بالأطفال المصابين لمسؤولي البرنامج لمعالجتها.

ان المديرية العامة للوقاية تنجز تقارير سنوية حسب المنطقة و لكن تحليل هذه المعطيات غير ناجح لأن توزيع الهياكل الأساسية الصحية غير متكافئة عبر مختلف مناطق البلد, و حالات عديدة حارجة يتم نقلها بين مختلف المناطق.

### 9-2 خصائص الأطفال في عامي 1992 و 2002

ان نسبة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن عامين حسب العمر تقلصت, و هذا راجع لإنخفاض الخصوبة, حيث اننا نلمس اثارها عند فئات الأعمار الصغرى في البداية. اما فيما يخص الجنس ف سجلنا زيادة في عدد الذكور مقارنة بالإناث خلال المسحيين اللذان اجري على توالي سنة 1992 و 2002.

الجدول 3.9.1: توزيع آخر ولادة وفقا للخصائص الفردية للطفل والأم

المتغيرات	القيم	1992		2002	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة
عمر الطفل	0	868	28,5%	574	24,6
	1	836	27,4%	587	25,1
	2	653	21,4%	495	21,2
	3	394	12,9%	398	17,0
	4	298	9,8%	282	12,1
جنس الطفل	نكر	1562	51,2%	1211	51,8
	انثى	1487	48,8%	1125	48,2
رتبة الطفل	1	411	13,5	392	16,8%
	2-4	472	15,5	435	18,6%
	5 و اكثر	2166	71,0	1506	64,5%

ان توزيع الولادة الأخيرة للخمس سنوات قبل المسح حسب رتبة المولود و عمر الأم, يظهر ان بالنسبة للفئة عمر الأم 15-29 سنة فإن 48% من الولادات ذات رتبة الأولى في 1992 و 40% في 2002, اما فيما يخص الفئة 30-39 فإن 65% من المواليد تفوق رتبتهم 2 خلال المسحيين.

الجدول 3.9.1.ب: توزيع الولادات التي حدثت خلال الخمس السنوات قبل المسح حسب عمر الأم و

رتبة الولادة

العمر	رتبة الولادة العمر							
	1992				2002			
	1	2	3 و اكثر	العدد	1	2	3 و اكثر	العدد
15-29	47,8%	33,7%	18,5%	433	39,8%	30,6%	29,6%	767
30-39	12,4%	19,3%	68,3%	1588	6,7%	15,6%	77,7%	1231
40-49	1,6%	2,6%	95,8%	975	1,2%	2,4%	96,4%	335
>=50	1,8%	0,0%	98,1%	108				
المجموع	13,6%	15,4%	71,0%	3104				2333

ان توزيع الولادة الأخيرة للخمس سنوات قبل المسح حسب المتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية مبينة في الجدول 3.9. ج, و المتغيرات المختارة هي نشاط الأم و نوع المسكن و حالة البيئة المحيطة و مكان الإقامة. و تبقى نسبة الأمهات العاملات ضئيلة جدا حيث لا تتعدى 10% خلال المسحيين و اقل من 15% من ارباب الأسر ليس لهم دخل منتظم.

عرفت نسبة الأطفال الذين يعيشون في شقق ارتفاع بين هاتين الدراستين حيث ان أقل من 16% من الأطفال كانوا يعيشون في شقق في عام 1992 مقابل 41% في عام 2002, و هذه نتيجة راجعة لمشاريع البناء التي قامت بها الدولة, و النوع المفضل هو العمارات لتخفيف من ازمة السكن التي تعاني منها العديد من الأسر في الجزائر.

الجدول 3.9. 1. ج: توزيع آخر الولادة وقعت خلال الخمس سنوات قبل المسح وفقا للعوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية

القيم	العدد	1992		2002	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة
النشاط الإقتصادي للأم	مشتغلة/متقاعدة	195	6,4%	194	8,3%
	غير مشتغلة و لا متقاعدة	2849	93,4%	2138	91,7%
النشاط الإقتصادي لرب الأسرة	مشتغل/متقاعد	2678	87,8%	2009	86,0%
	غير مشتغل و لا متقاعد	371	12,2%	327	14,0%
نوع المسكن	الشقة	479	15,7%	951	40,8%
	منزل فردي/فيلا	1117	36,6%	357	15,3%
	منزل تقليدي	1234	40,5%	844	36,2%
	اخر	201	6,6%	177	7,6%
حالة البيئة المحيطة	جافة	2937	96,3%	1887	80,8%
	مغمورة	112	3,7%	449	19,2%
مكان الإقامة	حضر	1434	47,0%	1281	54,8%
	ريف	1615	53,0%	1055	45,2%
المنطقة	الساحل الغربي	768	25,2%	390	17,4%
	الساحل الوسط	771	25,3%	411	18,4%
	الساحل الشرقي	275	9,0%	169	7,5%
	الهضاب العليا الشرقية	639	21,0%	500	22,3%
	الهضاب العليا الغربية	296	9,7%	314	14,0%
	الجنوب	300	9,8%	455	20,3%

ارتفع متوسط عمر الأمهات بين هاتين الدراستين لجميع المستويات التعليمية ، وأعلى زيادة قدرت ب 2.7 سنة سجلت عند النساء ذات مستوى متوسط و اكثر, كما عرف متوسط عدد الأطفال

انخفاض لجميع المستويات خلال المسحيين و اعلى ارتفاع سجل عند النساء الأميات و ذات مستوى ابتدائي.

الجدول 3.9 .1.د : متوسط عمر الأم ومتوسط عدد الأطفال حسب مستوى تعليم الأم

	1992			2002		
	عمر الأم	عدد الأطفال	العدد	عمر الأم	عدد الأطفال	العدد
امي	33,4	5,8	2672	34,6	5,0	1728
ابتدائي	30,9	4,0	1428	31,7	3,3	1354
متوسط و اكثر	28,6	2,5	628	31,3	2,4	735
المجموع	31,9	4,8	4728	32,9	3,9	3817

سجلنا انخفاض في عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات بغض النظر عن حجم الأسرة. كلما ارتفع حجم الأسرة يزيد عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات, ان الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات و يعيشون نفس الظروف لديهم نفس احتمال الإصابة بالمرض حيث وجودهم معا يزيد من خطر العدوى للأمراض المعدية مثل الحصبة والانفلونزا. انخفاض متوسط عدد الأطفال للمرأة الواحدة من 4.4 الى 2.4 بين 1992 و 2002, كما انخفض معدل الخصوبة بين عامي 1992 و 2002 بغض النظر عن حجم الأسرة حيث قدر متوسط عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة سنوات في الأسر الذي يقل عدد أفرادها عن خمسة 1,9 و 1,3 سنة 2002, اما فيما يخص الأسر عدد افراده 10 او اكثر فمتوسط عدد الطفل اقل من ستة سنوات قدر ب 2,9 سنة 1992 و 1,6 سنة 2002 (الجدول 3.9.1.هـ).

الجدول 3.9 .1.هـ : توزيع الأسر حسب متوسط عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات وحجم الأسرة

حجم الأسرة	1992			2002		
	متوسط	العدد	التشتت	متوسط	العدد	التشتت
2-5	1,89	497	,676	1,33	801	,470
6-9	2,22	1195	,876	1,50	1667	,644
>=10	2,87	945	1,320	1,60	1287	,692
<b>Total</b>	2,39	2637	1,096	1,50	3755	,636

قدر متوسط عدد غرف النوم ب 2.4 في الحضر و 2.3 في المناطق الريفية خلال المسحيين و سجلنا متوسط عدد الأشخاص في الغرفة الواحدة أقل في المناطق الحضرية وفقا لدراسيتين (الجدول 3.9.1.د).

يكثر البناء الذاتي في المناطق الريفية حيث يتم بناء عدد غرف اقل و لكنها كبيرة الحجم في الريف مقارنة بالمناطق الحضرية. ان الأراضي مرتفعة الثمن و البناء الذاتي في المناطق الحضرية ليست في متناول العديد من الأسر الجزائرية.

الجدول 3.9 . 1. و: متوسط عدد الغرف و الأشخاص حسب مكان الإقامة

	EASME 1992				EASF 2002			
	المتوسط		العدد		المتوسط		العدد	
	حضر	ريف	حضر	ريف	حضر	ريف	حضر	ريف
عدد الغرف	2,4	2,3	3014	2862	2,4	2,3	11214	6842
عدد الأشخاص	6,8	7,2	3038	2873	6,2	6,6	11703	7530
عدد الأشخاص في الغرفة الواحدة	3,2	3,6	3014	2862	2,9	3,3	11213	6837

### 9.3 محددات الاسهال بين الأطفال دون الخامسة

يمكن ان ينقل الإسهال ذات مصدر معدي عن طريق البراز - الفم ( تلوث الطعام والماء ، أو استعمال الأواني المتسخة) ، كما قد تكون غير معدية و تنجم عن الحساسية او الفطام المبكر أو سوء التغذية (Black, 1984).

ان القضاء على الاسهال يتطلب تنفيذ استراتيجية لتحسين الأوضاع الصحية على مستوى المجتمع المحلي و توفير المياه الصالحة للشرب يساعد السكان لضمان مستوى مقبول من النظافة. ان المسكن الذي يعيش فيه الطفل قد يكون عامل خطر بالنسبة له, إذا كانت حالة المحيط متدنية فإن الاجراءات الصحية الغير كافية وانخفاض استخدام الرعاية الصحية يؤدي إلى مخاطر التلوث عالية جدا, و ارتفاع انتشار عوامل الاسهال يزيد من خطر تجرع كميات معتبرة من الطفيليات المسببة للأمراض (الجراثيم والفيروسات) كافية لحدوث الاسهال مهما كانت الحالة التغذوية للمضيف (Mata, 1985). ان سرعة وفعالية استخدام الإمهامة الفموية تقلل خطورة المرض و لكن ليس من نسبة الحدوث (بلاك ، 1984 ، موسلي 1985).

و يبقى الاسهال السبب الرئيسي في معدلات الاعتلال والوفيات في العالم النامي, و عدة دراسات قامت بجمع المعطيات الخاصة بها.

كرست أسئلة عديدة للاسهال أثناء التحقيقات مسحي 1992 و 2002 , ان مسح عام 1992 يحتوي على المعلومات الخاصة بجميع الأطفال الذين ولدوا خلال السنوات الخمس السابقة على المسح, اما فيما يخص مسح عام 2002 فلدينا فقط المعلومات حول اخر ولادة في السنوات الخمس الأخيرة التي سبقت المسح, و هذا ما قلل من عدد الأطفال المؤهلين لدراسة. ان أمراض الإسهال يمكن ان تحدث بسبب عدوى فيروسية او بكتيرية.

و حسب مختلف الدراسات التي اجريت في الجزائر منذ منتصف الثمانيات فإن نسبة الإصابة بالاسهال تفوق 10 ٪ منذ 1989 (MMI , 1989) و أكبر قيمة سجلت في عام 1995 بنسبة 20.8 ٪ حسب الدراسة الاستقصائية التي اجريت عام 1995 (MDG, 1995), وقد تكون هذه النسبة مبالغ فيها لأن مسح 1995 اجري في شهر اكتوبر و تميز هذا الشهر خلال 1995 بدرجات حرارة جد مرتفعة, و خلال نفس السنة معدل الإصابة السنوي قدر 2.5 نوبة الاسهال لكل طفل دون سن الخامسة, و هذه النسبة كانت تساوي 2.1 نوبة في عام 1989 (MMI 1989) و 2.8 في عام 1992 (EASM 1992). ووفقا لآخر دراسة استقصائية أجريت في عام 2006 ( MICS3, ) (2006) قدرت نسبة الأطفال الذين عانوا من الاسهال ب 8.8 ٪.

ان الدراسات الإبيديميولوجيا الطولية قليلة جدا في الجزائر و بالإضافة الى قلتها فهي صعبة الوصول و ليست في متناول الباحثين خاصة خارج التخصص الطبي.

ان خلافات بين الدراسات الطولية و الإسترجاعية قد تظهر فعلى سبيل المثال اجريت دراسة في المكسيك تخص 284 طفل دون سن ثلاث سنوات لمدة اثني عشر شهرا, وأظهرت النتائج ان متوسط الإصابة قدر ب 3.7 نوبة إسهال و معدل الإصابة لمدة أسبوعين قبل الدراسة أقل بنصف من المعدل الذي تم حسابه بإستعمال دراسة استرجاعية خاصة بالخصوبة في المكسيك سنة 1987 (ENFES), و هذه الخلافات قد وجدت في بلدان أخرى و التفسيرات هي :

- ان الدراسات الوبائية الطولية تشمل مناطق جغرافية محدودة تمكنا من ابراز الإختلافات الموسمية لحدوث الاسهال.

- ان دراسة الإسهال في المسوح الاستقصائية عادة ما يكون هدفا ثانويا و القيم جد متأثرة بزمن الذي اجري فيه المسح, و علاوة على ذلك فإن الردود على سؤال الخاص بالاسهال يتأثر بتصورات الأم أو الوصي على الطفل فيما يخص الإسهال و علاماته.

سنقوم بتحليل بيانات عن حدوث الإسهال بإستعمال المسحيين مع الأخذ في عين الإعتبار هذه القيود.

إننا افترضنا أن اعتلال الأطفال ناجمة عن أربعة أنواع من المتغيرات أو المحددات الوسيطة العوامل البيولوجية الديموغرافية ، والعوامل الغذائية ، والتلوث البيئي ، والمواقف والرعاية الصحية) في الإطار النظري.

"ان المحددات الاجتماعية والاقتصادية تؤثر على الوفاة عبر العديد من المتغيرات التي ، بدورها ، تؤثر على مخاطر المرض ونتيجته, و أمراض نقص التغذية المشاهدة في مجتمع اشخاص باقيين على قيد الحياة تعتبر مؤشرات بيولوجية لتأثير العوامل الوسيطة" ( Mosley et Chen, 1984, ) (p.23).

وفقا لنموذج موسلي كل المقومات الأساسية للمجموعات الأربع الأولى لها تأثير على مرور الاشخاص من الصحة الى المرض.

ان العوامل المتصلة بمكافحة الأمراض على مستوى الفرد تؤثر على كل من نسبة المرض (للوفاة) ، ومعدل الاسترداد (للعلاج).

و اعتمدنا في دراستنا على العوامل الاجتماعية والاقتصادية المتمثلة في مستوى تعليم الأم والدخل والبنية و مكونات الأسرة.

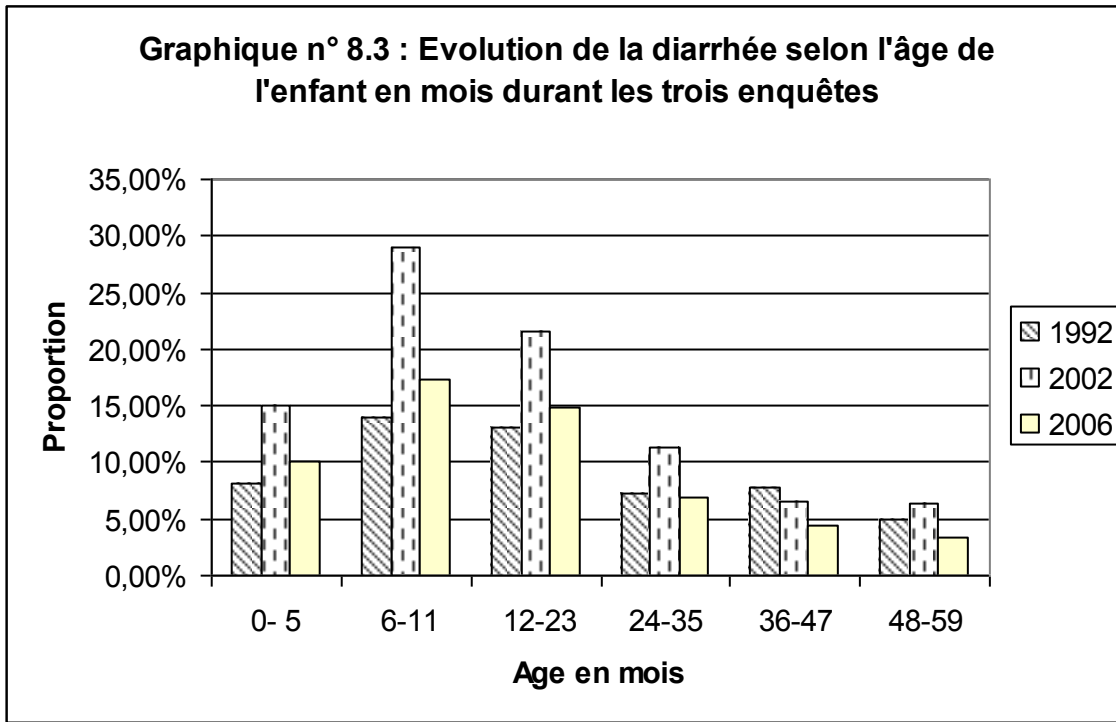
اما فيما يخص العوامل البيوديموغرافية فإختارنا عمر الأم و رتبة الولادة و جنس الطفل.

ان سن الأم يخبرنا عن تجربتها السابقة, و نتوقع أن الأمهات الأصغر سنا لهن أقل معارف وخبرة لرعاية الطفل, في حين أن الأمهات المسنات توفر رعاية أفضل لأطفالهن و هذا ما يؤدي إلى الحد من الاسهال لدى الأطفال.

إن الأمهات الصغيرات أكثر اعتمادا على غيرهن من أفراد الأسرة ، على عكس النساء أكبر سنا, تعدد المواليد وتأخر سن الإنجاب يسبب إرهاق الأم.

ان سن الطفل له تأثير كبير في حدوث الاسهال, و اكبر نسبة الإصابة سجلت في الفئة العمرية من 6 إلى 11 شهرا ، و تتزامن هذه الفترة مع فقدان المناعة المكتسبة عن طريق الرضاعة الطبيعية من جهة، وإدخال الأغذية التكميلية في هذا العمر من جهة ثانية، و عند هذا العمر يبدأ الطفل في المشي و هذا ما قد يعرضه لمسببات المرض (المنحنى رقم 3.9).

المحنى 3.9 : تطور الإسهال حسب عمر الطفل في 1992 و 2002 و 2006



ركزت الدراسة على الأطفال دون سن الخامسة، و كل الأطفال غير معنين بالرضاعة الطبيعية، و لتحديد تأثير الرضاعة الطبيعية في حماية ضد الاسهال ، نكون مجموعتين من الأطفال المجموعة الأولى تشمل عاى الأطفال المعنين بالرضاعة أي اقل من سنتين، و الفئة الثانية تتكون من الأطفال اعمارهم تساوي عاى الأقل سنتين.

ان جنس الطفل قد تؤثر في حدوث الاسهال بطريقتين الأولى فسيولوجية (الفتيات عادة أكثر مقاومة من الأولاد) والثانية اجتماعية (تفضيل الأولاد على البنات تترجم بتحسين التغذية و عناية طبية مكثفة).

يزيد نشاط الأطفال اذا تلقوا غذاء جيد و هذا ما يعرضهم للأخطار ولكن طعام جيد يجعل الأطفال أكثر مقاومة و اخذ العلاج في وقت مبكر من شأنه أن يقلل من أثر هذا المرض. في تحليلنا اخذنا في الاعتبار مكان الإقامة و المنطقة نظرا للفوارق في البنية التحتية والمناخ بين مختلف مناطق البلاد.

### 9-3-1 المتغيرات البيوديمغرافية

ان المتغيرات البيوديمغرافية التي اختيرت لهاتين الدراستين في عامي 1992 و 2002 هي عمر الأم ، وعمر الطفل ، وجنس الطفل.

ان عدد أطفال من أمهات تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 عاما منخفضا اقل من 30 حالة و لتجنب الأعداد صغيرة ، شملت المجموعة الأولى على الأمهات اعمارهن يتراوح بين 18 إلى 29 سنة, و نسبة الأطفال لهذه الفئة قدرت ب 35.3 % من مجموع الولادات للسنوات الخمس الماضية في عام 1992 و 33 % في عام 2002 ، وثالث الأطفال في عام 1992 و 51 % في 2002 أمهاتهم يتراوح اعمارهن بين 30 إلى 39 سنة ، وتتألف الطبقة الأخيرة التي تحتوي على النساء اعمارهن يفوق 40 سنة على 30.6 % في عام 1992 و 16 % في عام 2002.

و عرفت نسبة الأطفال الذين يعانون من الاسهال زيادة طفيفة في الفترة بين عامي 1992 و 2002, حيث قدرت ب 12.8 % في عام 1992 ووصلت الى 14.9 %, في عام 2002 و نلاحظ ان انتشار الاسهال يتناسب تناسباً عكسياً مع عمر الطفل بعد السنة الأولى من عمر الطفل, و أدنى مستوى لوحظ في صفوف الأطفال يفوق عمرهم سنتين و سجلنا 8.5 % في عام 1992 مقابل 6.5 % في عام 2002.

سجلنا زيادة في انتشار الاسهال بالنسبة للجنسين حيث قدر الفرق في النسب بين 1992 و 2002 بنقطتين و نصف للإناث (13 % في عام 1992 و 14.6 % في عام 2002).

أعلى معدلات انتشار الاسهال حسب عمر لوحظت في الفئة العمرية تحت 30 عاما خلال المسحيين (15.2 % في عام 1992 و 17.9 % في عام 2002) , و اكبر معدلات الإصابة بالاسهال حسب رتبة المولود سجلت عند الرتبة الأولى (13.4 % في عام 1992 و 17 % في عام 2002).

بينت نتائج التحليل ان كل المتغيرات لها دلالة احصائية باستثناء الجنس في 1992 و الجنس و رتبة الولادة سنة 2002.

ان أدنى خطر لوحظ بين الأطفال أكثر من سنتين في المسحيين, حيث ان الأطفال الذين تقل أعمارهم عن عامين هم أكثر عرضة للخطر و الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة معرضين للخطر مرتين سنة 1992 وثلاث مرات في عام 2002 بالمقارنة مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم 3 سنوات على الأقل.

اما فيما يخص عمر الأم, ان الفئات الثلاثة العمرية لأعمار الأمهات لها دلالة إحصائية على عتبة 1 % ان الخطر النسبي للإصابة بنوبة إسهال عند اطفال امهاتهم اعمارها تقل عن 30 سنة يزيد بنسبة 40 % في عام 1992 و 60 % في 2002 مقارنة بالفئة المرجعية و هي الأمهات أكثر من 40 عاما اما فيما يخص الخطر النسبي لأبناء الأمهات اعمارها يتراوح بين 30 و 39 سنة فعرف انخفاض

ب 10 % في عام 1992 و ارتفع بنسبة 30 % في عام 2002 بالمقارنة مع الفئة المرجعية (الجدول 1.3.9).

الجدول 1.3.9 : توزيع الأطفال الذين يعانون من الاسهال وفقا للمتغيرات البيولوجية و الديمغرافية.

المتغيرات	القيم	EASME 1992			EASF 2002		
		العدد	النسبة	الخطر النسبي	العدد	النسبة	الخطر النسبي
عمر الطفل	0	649	14,3%(***)	1,7	903	22,3%(***)	3,4
	1	627	18,2%(***)	2,1	939	21,5%(***)	3,3
	2	562	10,0%(***)	1,2	788	11,3%(***)	1,7
	3 و اكثر	<b>637</b>	<b>8,5%</b>	<b>1,0</b>	<b>1187</b>	<b>6,5%</b>	<b>1,0</b>
جنس الطفل	ذكر	<b>1254</b>	<b>12,6%</b>	<b>1,0</b>	<b>1.977</b>	<b>15,4%</b>	<b>0,95</b>
	انثى	1221	13,0%(NS)	1,0	1.815	14,6%(NS)	1,0
عمر الأم	18-29	649	15,2%(***)	1,4	1243	17,9%(***)	1,6
	30-39	627	11,0%(***)	0,9	1933	14,4%(***)	1,3
	<b>40-49</b>	<b>562</b>	<b>12,2%</b>	<b>1,0</b>	<b>616</b>	<b>11,2%</b>	<b>1,0</b>
رتبة الطفل	1	411	13,4%(*)	1,4	689	17,0%(NS)	1,2
	2	470	11,3%(*)	1,2	652	15,0%(NS)	1,0
	3 و اكثر	<b>2164</b>	<b>9,7%</b>	<b>1,0</b>	<b>2448</b>	<b>14,5%</b>	<b>1,0</b>
Total	2478	12,8%		3817	14,91%		

له مدلول احصائي على عتبة 5%:(\*\*) مدلول احصائي على عتبة 10% له : (\* بدون دلالة احصائية : NS له مدلول احصائي على عتبة 1%:(\*\*\*)

### 2-3-9 المتغيرات الخاصة بالأسرة

ان المتغيرات المختارة لتمثل الأسرة هي حجم الأسرة ومكوناتها, و مكونات الأسرة ممثلة بعدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات و عدد الأشخاص البالغين من العمر 60 سنة وما فوق و عدد النساء الماكثات في المنزل و فئة رب الأسرة و نوع الأسرة و عدد المصابين بمرض مزمن.

ان انتشار الاسهال قد تضاعف تقريبا بين عامي 1992 و 2002 عند الأطفال الذين يعيشون في أسر تحتوي على الأقل على طفلين تقل أعمارهم عن ست سنوات (12.3% في عام 1992 و 23.3 % في عام 2002), و نفس انتشار الاسهال تم تسجيله في حالة و جود اكثر من امراة ماكثة في البيت خلال المسحيين, كما لا يوجد اختلاف معتبر في نسبة انتشار الاسهال حسب حجم الأسرة خلال المسحيين (حوالي 13 % في عام 1992 و 15 % في عام 2002).

أدنى معدل انتشار الإسهال وفقا لعدد الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 عاما فأكثر شوهدت في الأسر كل اعضائها لا يفوق سنهم 59 سنة (10 ٪ في عام 1992 و 14.7 ٪ في عام 2002).

تقل نسبة انتشار الإسهال عند الأطفال الذين ينتمون إلى أسر ترأسها امرأة خلال المسحيين (9.7 ٪ في عام 1992 و 14.5 ٪ في عام 2002).

كما سجلنا نسبة اصابة بالإسهال منخفضة عند ابناء رب الأسرة و هذه النتيجة شوهدت خلال المسحيين (9.9 ٪ في عام 1992 و 14.7 ٪ في عام 2002).

اما نسبة الأصابة بالإسهال حسب نوع الأسرة فعرفت زيادة في الفترة بين عامي 1992 و 2002 ، حيث قدرت ب 10.2 ٪ و وصلت إلى 14.7 ٪ بنسبة للأسرة النووية و 10.7 ٪ إلى 14.7 ٪ للأسر الأخرى خلال الدراساتين.

اوضحت النتائج ان المتغيرات عدد المسنين و فئة رب الأسرة و صلة القرابة مع رب الأسرة ليست لها دلالة احصائية عام 1992, و المتغيرات بدون دلالة احصائية سنة 2002 هي عدد النساء الماكثات في المنزل و حجم الأسرة و فئة رب الأسرة و صلة القرابة مع رب الأسرة.

ان أدنى نسبة خطر للإصابة بالإسهال سجلت عند الأسر لديها طفل واحد اقل من ستة سنوات, حيث ان الخطر يزيد بنسبة 80 ٪ في عام 2002 اذا كانت الأسرة تحتوي على اكثر من طفل عمرهم اقل من ستة سنوات, و هذه العلاقة لم تكون ذات دلالة احصائية سنة 1992, ومن المعروف أن أكثر المشاكل الصحية متشابهة اذا كان الأشخاص يعيشون في نفس المنزل ، أو في نفس المنطقة الجغرافية مقارنة بالأفراد الذين يعيشون في منازل و / أو مجتمعات محلية مختلفة ، لأن افراد المجموعة الأولى يتقاسمون مجموعة من الخصائص او معرضين لنفس الظروف ( Fotso, 2004, p.4).

اما فيما يخص عدد النساء الماكثات في البيت و حجم الأسرة فإن خطر الإصابة بالإسهال لم نسجل إختلاف ذات دلالة إحصائية حسب هذه المتغيرات في 1992 و 2002.

يزيد الخطر بنسبة 10 ٪ اذا كانت الأسرة تضم شخص واحد على الاقل عمره اكثر من 59 سنة.

ان عدد المصابين بمرض مزمن متوفرة فقط في مسح 2002, و هذا المتغير تم حسابه بالإعتماد على السؤال "هل العضو يعاني من مرض مزمن؟" و طرح هذا السؤال على جميع أفراد الأسرة خلال عام 2002, و يزيد خطر الإسهال بين الأطفال بنسبة 20 ٪ في حالة اصابة أحد أفراد الأسرة بمرض مزمن و العلاقة ذات دلالة احصائية على عتبة 5 ٪.

أما بالنسبة لصلة قرابة الطفل مع رب الأسرة فإن أبناء ارباب الأسرة اقل عرضة للإصابة بالإسهال حيث ان قدرت نسبة خطر الاسهال ب 10 ٪ مقابل 12 ٪ للأطفال الآخرين (نتائج ذات دلالة احصائية على عتبة 10 ٪ في 1992) و هذا الاختلاف لم يلاحظ في عام 2002.

كما لاحظنا ان نوع الأسرة لا يؤثر في الإصابة بالإسهال خلال عام 1992 و 2002. (الجدول 3.9 ب)

الجدول 3.9 ب : توزيع الأطفال المصابين بالإسهال حسب النوع الأسرة ومكوناتها

المتغيرات	القيم	EASME 1992			EASF 2002		
		العدد	النسبة	الخطر النسبي	العدد	النسبة	الخطر النسبي
عدد الأطفال دون 6 سنوات	1	932	13,7% (NS)	1,0	2172	12,9%	1,0
	2 و اكثر	1414	12,2%	0,9	318	23,3% (***)	1,8
عدد النساء الماكثات في البيت	1	1248	11,9%	1,0	2538	15,4%	1,0
	2 و اكثر	1008	14,2% (NS)	1,2	1024	14,9% (NS)	1,0
حجم الأسرة	2-4	326	12,9% (NS)	1,0	1.362	14,5%	1,0
	5-8	1166	12,7% (NS)	1,0	1.496	15,1% (NS)	1,0
	>=9	983	12,9% (NS)	1,0	869	15,1% (NS)	1,0
عدد الأشخاص <=60 سنة	0	2167	10,0%	1,0	2969	14,7%	1,0
	>=1	878	11,5% (*)	1,2	567	15,0% (*)	1,0
فئة رب الأسرة	الفئة 1	839	12,5% (*)	1,3	2072	15,0% (NS)	1,0
	الفئة 2	411	10,0% (NS)	1,0	612	16,7% (NS)	1,1
	الفئة 3	1684	9,7%	1,0	813	14,5%	1,0
نوع الأسرة	نووي	1688	10,2%	1,0	2384	14,7%	1,0
	اخر	1357	10,7% (NS)	1,0	1368	14,8%	1,0
عدد المرضى	0				2321	14,0%	1,0
	>=1		غير متوفر		1471	17,0% (**)	1,2
صلة قرابة الطفل مع رب الأسر	ابن/بنت	2434	9,9%	1,0	3.201	14,7%	1,0
	اخر	611	12,3% (*)	1,2	591	17,0% (NS)	1,2

5 (\*\*\*) : له مدلول احصائي على عتبة 5% : (\*\*\*) له مدلول احصائي على عتبة 10% : (\*) بدون دلالة احصائية : 5 له مدلول احصائي على عتبة 1%

### 3-3-9 العوامل الاجتماعية والاقتصادية

ان الحالة الاجتماعية و الاقتصادية للطفل الذي يحدده الدخل والمهنة والمستوى التعليمي للوالدين و تؤثر عليه حتى قبل الولادة ، وخلال سنوات النمو ، بل وإلى سن البلوغ ، وأظهرت البحوث أنها تؤثر على نوعية الصحة والرفاهية الفرد طول حياته.

ان نسبة انتشار الاسهال حسب مستوى تعليم الأم تراوحت بين 11 ٪ و 15 ٪ في عام 1992 بينما تراوحت بين 13 ٪ و 15.6 ٪ في عام 2002, و أكبر زيادة سجلت بين أطفال الأمهات الأميات (11.7 ٪ في عام 1992 و 15.3 ٪ في عام 2002), و أصبح الفارق اكبر بين النساء الأميات و

ذات مستوى تعليمي متوسط وما فوق في عام 2002 حيث ان نسبة الإصابة بالاسهال قدرت بـ 15.3% عند النساء اللواتي لم يتحصلن على أي تعليم بينما قدرت بـ 12.8% عند اطفال النساء ذات مستوى تعليمي متوسط و اكثر, و قدر الفرق بين المستويين بأقل من نقطة سنة 1992 و وصل الى نقطتين و نصف سنة 2002.

بينت نتائج تحليل معطيات مسح 1992, ان اطفال الأمهات ذات مستوى تعليم متوسط و اكثر لهن اقل نسبة خطر للإصابة بالاسهال, و اكبر نسبة سجلت بين الأطفال امهاتهم مستوى تعليمهن ابتدائي, هذه النتيجة ليست راجعة فقط لأثر التعليم حيث ان النساء الأميات اكبر سنا (متوسط العمر يساوي 33 سنة), و لديهن في المتوسط ستة اطفال و النساء ذات مستوى تعليم متوسط و اكثر اصغر سنا و لديهن عدد اقل من الأطفال (متوسط العمر يساوي 28.6 سنة و متوسط عدد الأطفال بلغ 2.5), و يجب الإشارة كذلك الى ان عدد النساء الأميات في 1992 كان اكبر حيث ان 53% من الأمهات كانت أميات سنة 1992 مقابل 45.3% سنة 2002 (الجدول رقم 3.9 ج).

تعرض في عام 1992 أطفال الأمهات الأميات الى نفس نسبة الخطر للإصابة بالاسهال عند ابناء الأمهات مستوى تعليمهن متوسط و اكثر, و كان عدد الأمهات التي توصلت الى مستوى تعليم متوسط و اكثر ضئيل مقارنة بالمستويات الأخرى (بدون تعليم و ابتدائي), و علاوة على ذلك, فقط 11% من أطفال الأمهات الأميات مرتبة ولادتهم الأولى مقابل 39% من ابناء أمهات قد وصلت الى المستوى المتوسط و أكثر, ان الأمهات لا يتمتعن بنفس التجربة لرعاية الأطفال و الأمهات الشابات تصرحن اكثر بمشاكل الى يتعرض لها طفلها مثل نوبات الاسهال .

و سجلنا نفس نسبة الإصابة بالاسهال عند أطفال الأمهات الأميات و اللواتي توصلنا الى مستوى الإبتدائي, و تزيد بـ 20% بالمقارنة مع أطفال امهاتهم مستوى تعليمهن متوسط و اكثر في عام 2002, و العلاقة ذات دلالة احصائية و يقابل مستوى المتوسط و اكثر أدنى خطر الاسهال بين الأطفال.

يعتبر الدخل احد أهم المحددات الأساسية للصحة حيث ان أفراد الفئة ذات دخل عالي هم في صحة احسن, و يعيشون لمدة اطول من الأشخاص الذين ينتمون الى فئات ذات دخل منخفض.

ان الثروة الشخصية و توزيع الدخل بين السكان لهم أثر كبير على الرفاهية والصحة. ان دخل الأسرة له تأثير مباشر على صحة ورفاه الأطفال نظرا لإعتمادهم كلياً على والديهم وأفراد الأسرة التي ينتمون إليها ومجتمعاتهم لتلبية حاجياتهم الغذائية والمأوى واللباس والانخراط في الأنشطة التي تشجع على التنمية الصحية. ان دخل كاف له أثر إيجابي على الصحة البدنية والعقلية للطفل, والمعرفية والاجتماعية و هذه المزايا تستمر طول مراحل الحياة, و على العكس من ذلك فإن

الأطفال الذين ينشأون في الفقر هم أكثر عرضة للمشاكل الصحية, و هذا مايزيد من تعرضهم للإعاقة او الوفاة, ان الفقر يعتبر من أهم العوامل التي تحدد مستوى صحة الطفل. ونسجل اقل نسب الإصابة بالإسهال اذا كان دخل والد الطفل منتظم (12.4 % في عام 1992 و 14.9 % في عام 2002).

يرتفع الخطر النسبي للإصابة بالإسهال بنسبة 40 % إذا كان دخل الأب منتظم في عام 1992 مقارنة مع ابناء ذوي الدخل الغير منتظم, و العلاقة ذات دلالة إحصائية على عتبة 5 %. ان السؤال حول راتب الأب سنة 2002 كان "هل الأب يعمل؟" و الإجابات عن سؤال هي "نعم" أو "لا" و لم نسجل أي فرق ذات دلالة احصائية بالنسبة للإصابة بالإسهال. كما طرح سؤال حول نشاط الأم خلال المسحيين و اقل نسبة الإصابة بالإسهال سجلت عند الأطفال امهاتهم لها نشاط اقتصادي خارج المنزل (8.1 % في 1992 و 10.6 % سنة 2002), وكانت النتائج ذات دلالة احصائية على عتبة 5 % في عام 1992, و فقدت العلاقة دلالتها الإحصائية سنة 2002 نظرا لقلّة الأعداد (الجدول 3.9 ج)

الجدول 3.9 ج : توزيع الأطفال المصابين بالاسهال حسب بعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية.

المتغيرات	القيم	EASME 1992			EASF 2002		
		العدد	النسبة	الخطر النسبي	العدد	النسبة	الخطر النسبي
المستوى التعليمي الأم	امي	1305	11,7%(NS)	1,0	1728	15,3%(**)	1,2
	ابتدائي	796	15,3%(**)	1,4	1354	15,6%(*)	1,2
	متوسط و اكثر	374	11,2%	1,0	735	12,8%	1,0
دخل الأب مستقر	نعم	1659	12,4%	1,0	3265	14,9%	1,0
	لا	393	16,8%(**)	1,4	443	16,2%(NS)	1,1
النشاط الإقتصادي الأم	متقاعدة/مشتغلة	173	8,1%	1,0	66	10,6%	1,0
	غير مشتغلة و لا متقاعدة	2301	13,2%(*)	1,6	3492	15,3% NS	1,4
NS بدون دلالة احصائية (*) : له مدلول احصائي على عتبة 10% (**): له مدلول احصائي على عتبة 5% (***) : له مدلول احصائي على عتبة 1%.							

#### 9-3-4 العوامل البيئية

ان انتشار الإسهال بين الولادات الأخيرة التي وقعت خلال السنوات الخمس السابقة على المسح عرفت زيادة بين عامي 1992 و 2002, حيث انتقلت النسبة من 10.4 % إلى 14.9 % بين هاتين الدراستين.

ان الإسهال اكثر انتشار في البيوت التقليدية و المنازل الأخرى (11.9 % في عام 1992 و 15.3 % في عام 2002), و في المساكن المقيمة في مناطق عائمة (12.5 % في عام 1992 و 18.2 % في عام 2002).

تتخفف نسبة الإصابة بالإسهال اذا توفرت المياه داخل المسكن في عام 2002 (14.3 %) و خطر الإصابة بالإسهال ينخفض اذا كان الناس يتحصلون على مياه الشرب النظيفة ومرافق الصرف الصحي الجيدة, ولكن إذا كانت ممارسات الخاصة بالنظافة سيئة فإن الآثار الإيجابية على الصحة الناجمة عن تحسين مرافق الصرف الصحي وإمدادات مياه الشرب تتقلص.. "ان توفر المياه الصالحة لشرب و الإصحاح يخفف من نسبة انتشار الإسهال ب 25 % " (Esrey 1985 cite par Echarri 1997 p.2)

ان الحصول على مياه الشرب المأمونة ومرافق الصرف الصحي أمر ضروري لضمان صحة ومكافحة الفقر ، والجوع ، ومعدل وفيات الرضع وعدم المساواة بين الجنسين. ان العلاقة بين توفر المياه الصالحة لشرب و الإصابة بالإسهال لم تكون لها دلالة احصائية في 1992 و ذات دلالة احصائية سنة 2002. ان الأطفال الذين يعيشون في مساكن لا تتوفر فيها إمدادات المياه تزيد نسبة إصابتهم بالإسهال ب 20% مقارنة مع غيرهم من الأطفال.

ان مخاطر الإصابة بالإسهال تزيد بنسبة 30 % إذا كان الطفل يعيش في منزل يقع في منطقة مغمورة بالمياه و مملوءة بالأوساخ و العلاقة لها دلالة إحصائية على عتبة 1% سنة 2002 بينما لم تكون ذات دلالة إحصائية سنة 1992 (3.7 % في عام 1992 مقابل 20.3 % في عام 2002). (الجدول 3.9 د).

أدنى نسبة الإصابة بالإسهال سجلت عند الأطفال الذين يقطنون شقق و فيلات , و هذه العلاقة ذات دلالة إحصائية على عتبة 1% سنة 1992, بينما لم نسجل اختلاف ذات دلالة إحصائية حسب نوع المسكن سنة 2002.

إن المساكن التقليدية و الهشة هي بناءات أفقية و هذه المنازل قد تحتوي على حدائق و يستطيع الأطفال اللعب فيها خلال تواجدهم خارج البيت و قد يأكلون التراب الذي يحتوي على ميكروبات قد تؤدي الى نوبات الإسهال , و ليس غريباً كذلك وجود أشجار مثمرة في الحدائق و بتالي إذا تناول الأطفال ثمارها بدون غسلها قد يتسبب في نوبة إسهال. كما لا تتوفر المياه الصالحة لشرب في هذه المنازل في كثير من الأحيان وكذلك المنازل الهشة غير مرتبطة بشبكة المياه الصالحة لشرب و شبكة الصرف الصحي, و هذا ما يصعب على هذه الأسر تحقيق مستوى مقبول من النظافة.

الجدول 3.9 د : توزيع الأطفال المصابين بالإسهال حسب العوامل البيئية

المتغيرات	القيم	EASME 1992		EASF 2002		الخطر النسبي	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة		
نوع المسكن	الثقة/فيلا	1593	9,0%	1,0	2145	14,9%	1,0

	منزل تقليدي / اخر	1434	11,9% (***)	1,3	1551	15,3(NS)	1,0
حالة البيئة المحيطة	جافة	2933	10,3%	1,0	2955	14,2%	1,0
	مغمورة	112	12,5% (NS)	1,2	752	18,2% (***)	1,3
توفر المياه الصالحة لشرب	نعم	2303	10,8% (NS)	1,2	2595	14,3% (**)	1,0
	لا	741	9,2%	1,0	1113	16,9%	1,2
NS: بدون دلالة احصائية) * : (له مدلول احصائي على عتبة 10%) (**): (له مدلول احصائي على عتبة 5%) (***) : (له مدلول احصائي على عتبة 1%)							

### 9-3-5 العوامل الجغرافية

ان تحليل البيانات الخاصة بالاسهال حسب المناطق الستة في البلاد في عامي 1992 و 2002 , تبين زيادة في انتشار الاسهال في جميع المناطق. وتراوحت نسبة الإصابة بالإسهال خلال عام 1992 بين 8.1 % في الهضاب العليا الغربية و 13.7 % في منطقة الساحل الغربي, اما فيما يخص سنة 2002 سجلنا فارق ضئيل بين مختلف المناطق, حيث تراوحت نسبة انتشار بين 13.5 % في منطقة الساحل الوسطى و 15.6 % في الهضاب العليا الغربية, وسجلت هذه المنطقة اكبر نسبة اصابة بالإسهال و تليها منطقة الجنوب.

ان الأطفال الذين يعيشون في منطقة الساحل الوسطى معرضون لنفس خطر الإصابة بالإسهال مع الأطفال الذين ينتمون الى الهضاب العليا الغربية سنة 1992, و يزيد خطر الإصابة بالإسهال ب 70% في منطقة الساحل الغربي مقارنة بالفئة المرجعية و هي منطقة الهضاب العليا الغرب, و العلاقة ليست لها دلالة احصائية خلال مسح 2002 (الجدول رقم 3.9 ه).

الجدول 3.9 ه : توزيع الأطفال الذين يعانون من الاسهال حسب المنطقة الجغرافية

	EASME 1992			EASF 2002		
	العدد	النسبة	الخطر النسبي	العدد	النسبة	الخطر النسبي
الساحل الغربي	768	13,7%	1,7(**)	653	15,2%	1,1 (NS)
الساحل الوسط	769	8,4%	1,0(**)	742	13,5%	1,0
الساحل الشرقي	273	9,2%	1,1(**)	253	15,0%	1,1(NS)
الهضاب العليا الشرقية	639	9,9%	1,2(**)	890	15,4%	1,1(NS)
الهضاب العليا الغربية	296	8,1%	1,0	500	15,6%	1,2(NS)
الجنوب	300	11,7%	1,4(**)	639	15,5%	1,1(NS)
NS: بدون دلالة احصائية) (*) : (له مدلول احصائي على عتبة 10%) (**): (له مدلول احصائي على عتبة 5%) (***) : (له مدلول احصائي على عتبة 1%)						

تم اعتماد تقسيم جديد للبلاد سنة 2002 في المسح الذي أجري حيث قسم التراب الوطني الى سبعة عشر منطقة فرعية, و تم اخذ في عين الاعتبار القرب الجغرافي في التقسيم الأخير من أجل تقدير مؤشرات على الصعيد الإقليمي. تم تخصيص منطقة فرعية لعاصمة البلاد نظرا لخصوصيتها كما صنفت ولاية الجلفة و المسيلة في منطقتين مختلفتين و هذا نظرا لمستويات الخصوبة العالية في هذه الولاياتين, رغم اعتماد برنامج التخطيط العائلي منذ 1983. وحاولت الدراسة التعرف على أسباب ارتفاع معدلات الخصوبة في هذه الولايات.

ان أدنى معدل انتشار الاسهال سجل في المدن الكبرى و هي العاصمة الجزائر و وهران و عنابة و قسنطينة في عام 2002 و أعلى نسبة لوحظت في مسيلة ب 22.5٪ تليها المنطقة الفرعية التي تتألف منها ولايات البويرة و المدية و عين الدفلة و برج بوعريج .  
ان خطر الإصابة بالإسهال عند الأطفال الذين يعيشون في ولاية مسيلة هو ثلاثة مرات و نصف معدل الإصابة عند الأطفال الذين يقطنون في المنطقة الفرعية المرجعية التي تحتوي على ولايات وهران و عين تموشنت.

الجدول 9.3 ل: توزيع الأطفال الذين يعانون من الاسهال حسب التوزيع الإقليمي الجديد سنة 2002

الخطر النسبي	النسبة	العدد	
1,2(***)	9,4%	201	الجزائر
1,9(***)	14,5%	318	بجاية تيزوزو بومرداس
2,7(***)	20,8%	346	البويرة المدية عين الدفلى بوج بوعريج
1,5(***)	11,7%	180	البليدة تيبازة
2,0(***)	14,9%	134	الجلفة
1,2(***)	9,5%	158	قسنطينة عنابة
1,5(***)	11,7%	377	جيجل سكيكدة سطيف ميلة
2,4(***)	18,3%	131	قالمة الطارف سوق اهراس
1,8(***)	13,8%	296	ام البواقي باتنة تبسة خنشلة
3,0(***)	22,5%	120	مسيلة
2,4(***)	18,4%	152	تلمسان سيدي بلعباس
<b>1,0</b>	<b>7,6%</b>	<b>184</b>	<b>وهران عين تموشنت</b>
2,1(***)	16,2%	247	تيارت سعيدة معسكر تيسمسيلت
2,3(***)	17,7%	254	شلف مستغانم غليزان
2,1(***)	16,1%	199	بشار ورقلة البيض نعامة غرداية
2,3(***)	17,7%	276	لغواط بسكرة الواد
1,9(***)	14,3%	133	ادرار تمنراست اليزي تندوف

#### 9-3-6 بناء نموذج لمحددات الاسهال

H4 : " إن وجود عدد كبير من البالغين في الأسرة يوفر ظروف أحسن للعناية بالأطفال و بالتالي تقل الإصابات بالإسهال عندهم".

في هذا القسم قمنا في المرحلة الأولى بإدخال كل المتغيرات في النموذج لعزل المتغيرات ذات دلالة احصائية . وقد صنف النموذج أغلب الأطفال جيذا (85 في المائة من الأطفال دون سن خمس سنوات) . و افرز النموذج خمسة المتغيرات ذات دلالة احصائية على عتبة 10 % على الأقل و هي نشاط الأم ، حالة البيئة المجاورة للمسكن و عدد المصابين بمرض مزمن و تجهيز المسكن, إن نتائج الإنحدار اللوجستي لعام 2002 موضح في الجدول رقم 1.1.3.3.9 ا و نتائج 1992 في الجدول 1.3.3.9.ب.

ان خطر الإصابة بالاسهال عند الأطفال أمهاتهم لا تشتغل يتضاعف بثلاثة مرات مقارنة مع ابناء العاملات و علاوة على ذلك ، ان احتمال إصابة الأطفال بالإسهال يزيد بنسبة 30% في الأسر المعوزة.

كما أن امتلاك ثلاجة أكثر شيوعا في الأسر التي لها مداخيل معتبرة, و وجود ثلاجة داخل المسكن يخفض من حالات الإصابة بالاسهال لدى الأطفال حيث سجلنا نسبة إصابة بالإسهال تقدر 17.3 % في المساكن بدون ثلاجة مقابل 14.4 % في حالات الأخرى (العلاقة لها دلالة إحصائية عند 5 %). ان وجود ثلاجة في المسكن يمكن من حفظ الطعام و يقلل من خطر تلوث المواد الغذائية و لا سيما خلال الطقس الحار.

كما بينت النتائج عدد المصابين بمرض مزمن له دلالة احصائية على عتبة 5 %, و أدنى خطر الإصابة بالاسهال سجل في الأسر التي لا يعاني افرادها من مرض مزمن, حيث يزيد خطر الإصابة بنسبة 30 % إذا كان يعاني احد الأعضاء على الأقل من مرض مزمن. ان المصابين بمرض مزمن يحتاجون الى رعاية مكثفة و نظام غذائي خاص و الذي من شأنه أن يقلل من حصة الأطفال في ميزانية الأسرة.

احتمال الإصابة بالإسهال لدى الأطفال الذين يعيشون في منازل تقع في مناطق مغمورة بالمياه يزيد بنسبة 30 % مقارنة مع الأطفال الذين يعيشون في المناطق الجافة, وبالفعل ، فإن المناطق المغمورة تشكل بيئة مواتية لنمو الجراثيم والحشرات, و المساكن المقيمة في مناطق مغمورة هي المنازل التقليدية و المنازل الهشة حيث نجد 11 % فقط من الشقق و الفيلات بنيت في مناطق مغمورة حسب معطيات مسح 2002 و 23.7 % في عام 1992.

افرزت النتائج أهمية العامل الإقتصادية الممثل في نشاط الأم في الإصابة بالإسهال حيث ان خطر الإصابة بالاسهال يزيد بنسبة 70 ٪ للنساء اللواتي ليس لهن دخل (مشتغلة او متقاعدة) مقارنة بأمهات الأطفال اللواتي يعملن خارج المنزل.

كما اظهرت النتائج ان سن الطفل لديه اعلى مساهمة في تفسير هذه الظاهرة إذ قدر معامل الارتباط الجزئي ب 19.7 ٪ ، في حين أن مساهمات المتغيرات الأخرى لا تزيد على 5 ٪.

الجدول 3.3.9: معامل الانحدار اللوجستي لمحددات الإصابة بنوبات الإسهال في عام 2002

المتغيرات	القيم	العدد	الدلالة	الخطر النسبي	R
نشاط الإقتصادي للأم	مشتغلة/متقاعدة	274		1,0	
	اخر	3425	0,022	1,7	3,3%
حالة البيئة المحيطة	جافة	2981		1,0	
	مغمورة	718	0,009	1,3	4,0%
عدد المرضى	0	2283		1,0	
	>=1	1416	0,015	1,3	3,6%
هيز و ممتلكات المسكن	جيدة	1236		1,0	
	سيئة	2463	0,014	1,3	3,7%
	Age		0,000	0,7	19,7%
الثابت			0,000	0,3	18,9%
التصنيف		85,2%			

من أجل مقارنة نتائج الدراستين التي اجريت في 1992 و 2002, فإننا سنأخذ في عين الاعتبار اخر ولادة وقعت خلال خمس سنوات قبل مسح 1992, لأن كما تمت الإشارة له سابقا تم جمع المعلومات الخاصة بأخر ولادة خلال الخمس سنوات قبل مسح 2002 .

و صنف هذا النموذج نحو 90 ٪ من الأطفال جيدا, و افرز ثلاثة متغيرات هامة و هي عدد الأطفال دون سن السادسة الذين يعيشون في الأسرة ، ونوع المسكن وعمر الطفل و المتغيرات الثلاثة لها دلالة احصائية على عتبة 5 ٪ على الأقل ، ويفسر كل متغير أكثر من 5 ٪ من الظاهرة المدروسة. ان أدنى خطر الاسهال سجل لدى الأطفال الذين ينتمون الى أسر تحتوي على الأقل على طفلين دون ستة سنوات . ويجدر الإشارة هنا ان هذه الأسر تحتوي على الأقل اعلى مرأتين, لأننا اخذنا في عين الاعتبار الولادة الأخيرة فقط لكل امراة, ويبدو أن وجود أكثر من أم في السكن يقلل من خطر الإصابة بالاسهال لدى الأطفال, و قد يفسر هذه النتيجة تقسيم الأعباء المنزلية بين الأمهات, و هذا ما يوفر لهن المزيد من الوقت لرعاية الأطفال.

يزيد خطر الاسهال بنسبة 50 ٪ عند الأطفال الذين يعيشون في بيوت تقليدية و هشة مقارنة مع أولئك الذين يعيشون في شقق وفيلات (الجدول 3.3.9 ب), وهذه النتيجة يمكن التنبؤ بها ، لأن الشقق والفيلات هم بناءات تتوفر فيها شروط النظافة على نحو أفضل ، و احتمال ابتلاع الأطفال مواد ملوثة ينخفض مقارنة مع السكن التقليدي والهش.

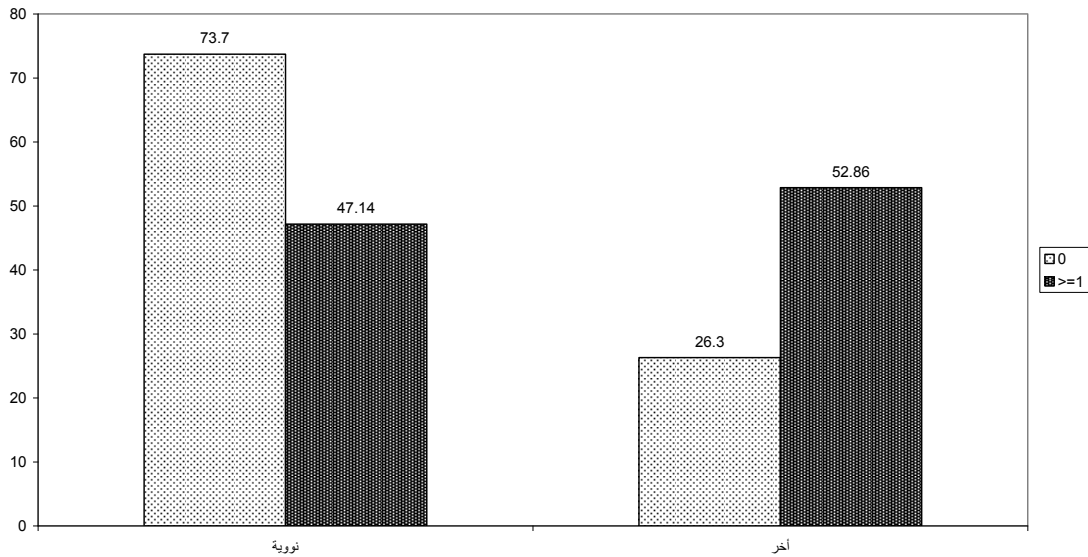
الجدول 3.3.9 ب: معامل الانحدار اللوجستي لمحددات الإصابة بنوبات الإسهال في عام 1992

المتغيرات	القيم	العدد	لدلالة	Cote	R
عدد الأطفال دون 6 سنوات	1	1085	0,001	1,5	5,8%
	2 و أكثر	<b>1942</b>			
نوع المسكن	الشقة/فيلا	<b>1593</b>			
	منزل تقليدي + اخر	1434	0,02	1,5	6,3%
عمر الطفل			0,000	0,8	7,4%
الثابت			0,000	0,1	41,7%
التصنيف		89,6 %			

لم تتحقق الفرضية الرابعة الخاصة بنوع الأسرة و عدد البالغين في عام 2002 ، و المتغير الوحيد الذي يمثل الأسرة هو عدد المصابين بمرض مزمن في الأسرة، و أدنى خطر لوحظ في الأسر الخالية من المصابين بمرض مزمن.

ان تحليل نتائج نوع الأسرة حسب عدد المصابين بمرض مزمن، بين ان 74 % من الأسر الخالية من المصابين بمرض مزمن هي أسر نووية و في حالة وجود على اقل مريض مزمن اقل من نصف هذه الأسر نووية، و بتالي فإن إنتماء الطفل الى أسرة غير نووية لا يقلل نسبة الإصابة بالإسهال.

المحنى 4.9 : توزيع الولادة الأخيرة للخمس سنوات قبل المسح حسب نوع الأسرة و عدد المرضى في الأسرة في 2002



ان العوامل الاقتصادية الممثلة بنشاط الأم و تجهيز المسكن يفسر كل واحد على 7 % من الظاهرة المدروسة يليها العوامل البيئية الممثلة بحالة المنطقة المحيطة بالمسكن. تحققت الفرضية الرابعة باستعمال البيانات المستخرجة من مسح 1992، و المتغير الذي يمثل الأسرة هو عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات. إذا كانت الأسرة لديها أكثر من طفل

واحد دون ست سنوات, فهذا يعني ان نوع هذه الأسرة غير نووي, لأن كما ذكرنا سابقا فإننا اخذنا في عين الاعتبار الطفل الأخير الذي ولد في الخمس سنوات قبل المسح لكل إمراة, فوجود اكثر من طفل اقل من ستة سنوات في الأسرة يعني بضرورة و جود اكثر من ام في الأسرة أي ان الأسرة ليست نووية, فبتالي فإن الأسر الغير نووية تقدم أفضل شروط حضانة الطفل حيث ان وجود اكثر من امراة لها طفل دون ست سنوات ادى الى تخفيض نسبة خطر الإصابة بالاسهال. قمنا بتحليل الإصابة بالاسهال عند الأطفال دون الخمس سنوات حسب عدد النساء الماكثات في البيت, فنتائج لم تكون لها دلالة احصائية على عتبة مقبولة أي ان وجود اكثر من امراة ماكثة في البيت في الأسرة لا يقلل من تعرض الأطفال بالاسهال.

#### 4-9 محددات الإصابات بين الأطفال دون الخامسة

يتعرض الطفل في كل مرحلة من نموه الى مخاطر محددة و يجب على الآباء والأمهات ان يسهروا على راحة الطفل, و تعريفه بالأخطار التي قد يتعرض لها. ان الحوادث شائعة عند الأطفال في المرحلة العمرية بين الولادة الى غاية ستة سنوات : يكتسب الحرية تدريجيا في الإيماءات والحركات ، ويزداد عنده حب الفضول و الإكتشاف, و يسعى لتقليد الكبار في السن و لكن ليسوا واعين بالمخاطر التي تؤدي لها بعض تصرفاتهم.

#### 1-4-9 خصائص الحوادث

خصص مسح 1992 فرعا خاص بالحوادث التي تعرض لها الطفل و تم احصاء 235 طفل الذي يمثل 5% من الأطفال دون الخمس سنوات و الذين تعرضوا لحدث. نلاحظ ان الحوادث أكثر شيوعا عند الذكور حيث قدرت نسبتهم ب 6 % مقابل 4 % لدى الإناث, و لكن الحوادث التي تعرضت لها الفتيات كانت اكثر خطورة و أكثر من نصف هذه الحوادث وقعت خلال السنة السابقة للمسح. ان احتمال عدم تصريح حوادث خفيفة تعرض لها الأطفال يزيد كلما كان تاريخ الحادث بعيدا. تشير الردود الخاصة بمكان وقوع الحادث ان 69 % من الحوادث وقعت داخل المنزل, و اكبر نسبة منها سجلت لدى البنات و هذه النتيجة متوقعة نظرا لأن الأطفال دون الخمس سنوات يقضون

مدة اقل خارج المنزل. أما بالنسبة للإجابات عن السؤال الخاص بسبب الحادث ثلث الردود لمجموع الأطفال و البنات صنفت في الفئة "أخر" متبوع "بسقوط", و ربع الحوادث ناتجة عن "الألات" او "أدوات ساخنة" و كانت "الحروق و الجروح" هي الإجابات التي وردت بكثرة.

كما نلاحظ ان اكثر نصف البنات تعرضنا لحروق اما الذكور فتعرضوا بكثرة للجروح .

ردا على سؤال حول آثار الحادث اظهرت النتائج ان الفتيات تعرضن لحوادث اكثر خطورة, حيث ان سجلنا اثار بالغة الخطورة عند نصف الحوادث التي تعرضت لها البنات مقابل 36 % عند الذكورو العلاقة بين الجنس و اثار الحادث لها دلالة احصائية على عتبة 5 %, حيث يزداد الخطر النسبي لوقوع حادث ذات اثار خطيرة بنسبة 40 % بين الفتيات.

بالإضافة الى ذلك أكثر من نصف الحوادث وقعت في المناطق الحضرية ، والعلاقة لها دلالة احصائية على عتبة 1 %.

الجدول 4.9.1: خصائص الحوادث حسب جنس الطفل في عام 1992

المتغيرات	القيم	المجموع	ذكور	اناث
متى اصيب بالحادث؟	خلال 12 شهر الأخيرة	58,4%	61,0%	54,6%
	اكثر من 12 شهرا	41,6%	39,0%	45,3%
	المجموع	209	123	86
مكان الحادث	داخل المنزل	69,1%	65,8%	73,8%
	خارج المنزل	27,0%	29,3%	23,8%
	اخر	3,9%	4,9%	2,4%
	المجموع	207	123	84
السبب الخارجي للحادث	حادث مرور	3,9%	4,6%	2,8%
	سقوط	27,1%	28,4%	25,0%
	الآلة / وسيلة محرقة	23,8%	25,7%	20,8%
	سقوط اشياء	6,1%	4,6%	8,3%
	تسمم	4,4%	4,6%	4,2%
	نار	2,8%	2,7%	2,8%
	جسم غريب	0,5%	0,9%	0,0%
	اخر	31,5%	28,4%	36,1%
المجموع	181	109	72	
نوع الحادث	جروح	35,2%	40,3%	27,9%
	حروق	42,9%	36,3%	52,3%
	كسر	13,3%	12,9%	13,9%
	تسمم	4,8%	5,6%	3,5%
	اخر	3,8%	4,8%	2,3%
	المجموع	210	124	86
هل هناك اثار جراء الحادث	نعم	41,4%	35,8%	49,4%
	لا	58,6%	64,2%	50,6%
	المجموع	210	123	87

	كاي 2	3,9	الدلالة	p<0,05
--	-------	-----	---------	--------

يبين المنحنى البياني 1.5.9 ان السقوط يحتل المرتبة الأولى في اسباب الحوادث بنسبة 66 % عند الأطفال دون الخمس سنوات في سويسرا بينما لا تتجاوز 40 % وفقا لبيانات عام 1992 في الجزائر. اما الحروق فهي مسؤولة عن 8 % من الحوادث بين الأطفال أقل من 5 % في سويسرا و أقل من 5% في الجزائر.

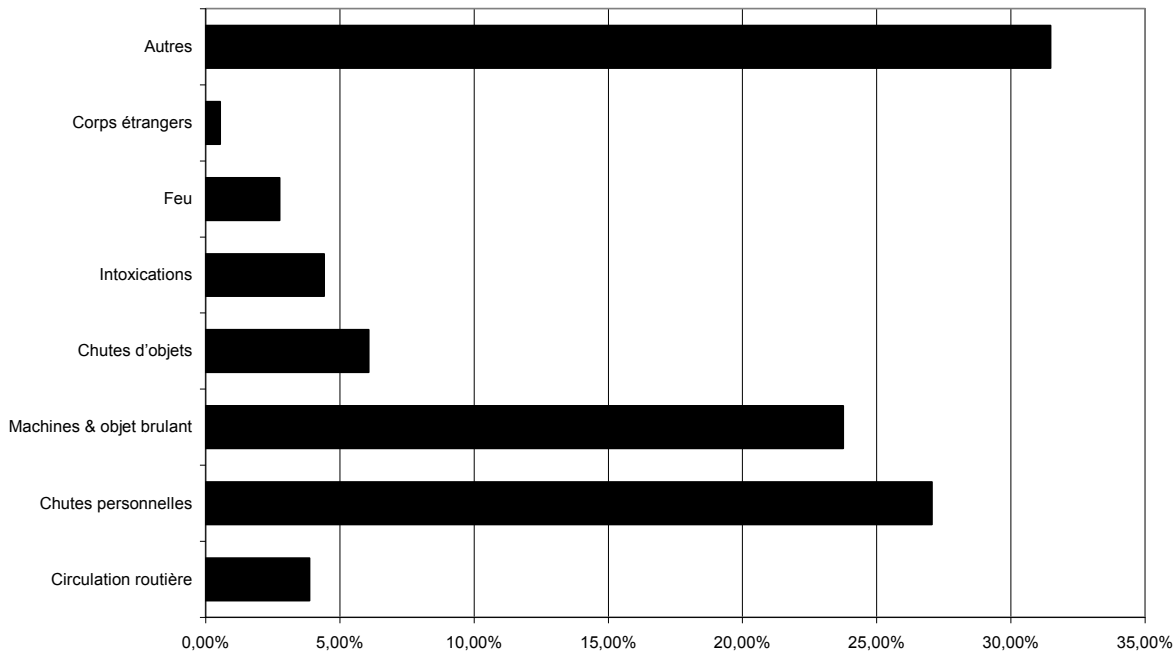
شملت حالات التسمم 5 % من الضحايا في سويسرا ، وأقل من 5 % في الجزائر و سجلنا نسب متقاربة بين البلدين فيما يخص حوادث الطرقات و هي تقارب 4 %، العض و اللدغ مس قرابة 3 % من الأطفال و نفس النسبة سجلت لصدّامات و أقل النسبة تخص الغرق حيث قدرت نسبة ب 0.3 % حسب المعطيات السويسرية.

ان البيانات الخاصة بالحوادث مستخرجة من تصريحات الأمهات, و قد تعاني هذه الإفادات من عدم تصريح بكل الحوادث التي تعرض لها الطفل, لأنها قد تعتبر بعض الأحداث غير مهمة و لا تصرح بها او لأنها تشعر بذنب و تريد نسيان هذا الحدث المؤلم.

نشير هنا إلى أن في سويسرا 72.5 % من الحوادث المنزلية في هذه الفئة العمرية وقعت في حضور أحد الوالدين ، وهو ما يعني أن وجود شخص بالغ وإن كان أساسيا ليس كافيا لمنع وقوع الحوادث ، و بتالي فلا يجب ان لا يعتبر الأولياء دائما انفسهم على خطأ لما يحدث للطفل.

المنحنى 9 . 1.5 : انواع حوادث الأطفال دون سن خمس سنوات في 1992

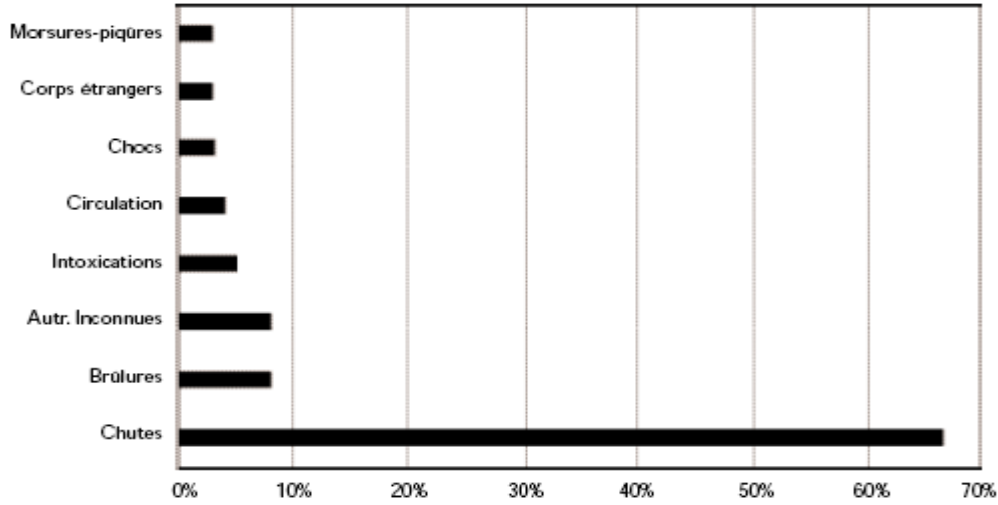
Graphique n° 9. 4 : Type d'accidents d'enfants de 0-5 ans EASME 1992





المنحنى 9.5 ب : انواع حوادث الأطفال دون سن خمس سنوات في سويسرا

Tableau 5.Types d'accidents d'enfants de 0-5 ans (Addor & Santos-Eggimann 1993, Fig. 2, p. 22) (n=864)



ان خطر التعرض لحادث يزيد كلما ارتفع سن الطفل, و أدنى نسبة لوحظت عند الأطفال أقل من سنتين. ان الخطر مضروب في أربعة عند الأولاد الذكور عمرهم أربع سنوات (الجدول 4.9ب), و نفس نتائج لوحظت عند البنات .

يتحرك الطفل بسهولة و يستطيع الوصول الى بعض المرتفعات بإستعمال كرسي او طاولة للحصول على شيء ما و هذا ما قد يسبب حادث, كما أدت الآلات و الأدوات الساخنة الى ربع الحوادث التي تعرض لها الأطفال.

الجدول 4.9 ب : توزيع الخطر النسبي للأطفال ضحايا حادث حسب العمر والجنس في عام 1992

العمر	ذكر			انثى			المجموع		
	العدد	النسبة	طر النسبي	العدد	النسبة	طر النسبي	العدد	النسبة	طر النسبي
0-1	910	2,6%	1,0	905	1,9%	1,0	1815	2,3%	1,0
2	485	6,4%	2,4	495	4,4%	2,4	980	5,4%	2,4
3	445	6,7%	2,6	494	3,8%	2,0	939	5,2%	2,3
4	483	10,6%	4,0	501	6,6%	3,5	984	8,5%	3,8
مجموع	2323	5,8%		2395	3,8%		4718	4,8%	

تزداد وتيرة وقوع الحوادث مع تقدم عمر الطفل حيث انها قدرت بأقل من 3 % في السنة الأولى و تصل الى 8.5 % في 4 سنوات. ان الحوادث أكثر شيوعا بين الذكور (5.8 % للذكور و 3.8 % للإناث), و الحد الأقصى لعدد الحوادث لوحظ بين ابناء الأمهات أعمارهن يتراوح بين 30 و 49 سنة (5.7 % من الأطفال أمهاتهم تتراوح بين 30 إلى 39 عاما ، 5.9 % منهم أمهاتهم اعمارهن من

40 إلى 49 سنة وقدرت نسبة ابناء الأمهات ذات مستوى ابتدائي الذين تعرضوا لحادث ب6 % (الجدول 4.9.ج).

يزداد احتمال وقوع الحوادث في المساكن الفقيرة (5.8 %) و في المناطق المغمورة بالمياه (9.3 %). والشقق (8 %).

أما بالنسبة لخصائص الأسرة، فنلاحظ ارتفاع وقوع الحوادث اذا كانت الأسرة تضم طفلا واحدا عمره اقل من ست سنوات. كما لم نشاهد اختلاف في الإصابة بحادث في صفوف الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة حسب عدد افراد الأسرة وفئة رب الأسرة و عدد النساء الماكثات في البيت و نوع الأسرة (الجدول 4.9.ج).

ان العلاقة بين التعرض لحادث و عمر الطفل لها دلالة احصائية، و الخطر النسبي لتعرض لحادث لدى طفل عمره اربعة سنوات يقدر بأربعة مرات الخطر الذي يتعرض له طفل عمره سنة واحدة، ويزداد خطر الإصابة ب50% عند الذكور.

أدنى نسب التعرض لحادث سجل عند ابناء امهاتهم لايزيد عمرهن عن 30 عاما و يليه ابناء النساء اعمارهن يفوق 49 سنة، فالبنسبة للأمهات اصغر سنا فمن المحتمل ان يكون المولود الأول لها و بتالي فتخصص له وقت أكثر لرعاية الطفل، حيث ان ما يقارب نصف الأطفال الذين تقل أعمار أمهاتهم عن 30 سنة هم من ذوي الرتبة الأولى و الثلث يحتل الرتبة الثانية.

بعد 30 سنة يزيد احتمال التعرض لحادث كلما ارتفع سن الأم الى غاية 49 سنة و يعاود في الإنخفاض بعد 49 سنة و العلاقة بين التعرض لحادث و عمر الأم ذات دلالة إحصائية.

ان انخفاض خطر الإصابة بحادث عند ابناء امهاتهم تفوق 49 سنة يمكن تفسيره بوجود اخوات و إخوة اكبر سنا يهتمون بالأخ الصغير، حيث انه لا يترك لوحده و ينخفض عدد الأطفال اقل من ستة سنوات عند الأمهات الأكبر سنا و هذا ما يقلل من الحوادث..

اظهرت النتائج ان تعليم الأم لا يقلل من خطر وقوع حوادث عند الأطفال، و أدنى معدل انتشار لوحظ لدى النساء غير المتعلقات حيث ان احتمال التعرض لحادث يزيد بنسبة 50 % إذا كان مستوى تعليم الأم ابتدائي وبنسبة 20 % إذا كانت الأم قد وصلت الى المستوى المتوسط أو أكثر، و هذه النتيجة ربما ترجع إلى أن النساء المتعلقات يصرحن افضل بمختلف الحوادث التي يتعرض لها الطفل.

ان الأمهات الأميات اكبر سنا حيث ان متوسط العمر يقدر ب33 سنة عند الأميات و 32 عاما بالنسبة لنساء مستوهن ابتدائي واللواتي وصلت إلى المستوى المتوسط وما فوق قدر متوسط عمرهن ب 28.6 عاما.

اما فيما يخص متوسط حجم الأسر حسب مستوى تعليم الأم فيساوي 9 إذا كانت الأم أمية و 7.8 للأمهات في المرحلة الابتدائية و 6.8 للمرأة مستواهن متوسط وما فوق. ان الأمهات الأميات

يستطعن الإعتماد على الأعضاء الآخرين لمراقبة و رعاية الأولاد الصغار وتجنيبهم التعرض للحوادث.

ان تحليل الاصابات وفقا لمتغير نوع السكن, يبين أن الأطفال الذين يعيشون في شقة يتعرضون لمرتين احتمال الإصابة بحادث مقارنة بالفئة المرجعية الممثلة في الأطفال الذين يعيشون في المنازل و الفيلات. ان العمارات هي بنايات عمودية تحتوي على عدة طوابق, والشرفات هي أماكن يمكن أن تكون خطيرة بالنسبة للأطفال دون سن السادسة. حيث ان الوقوع من ارتفاعات عالية يسبب الإعاقة أو يؤدي الى الوفاة الطفل. ان الشقق غير فسيحة جدا و لذا تحاول الأسر استغلال كل رقعة فيها فليس غريب و ضع مثل الأثاث القديم و براميل المياه في الشرفة و قد يقع الأطفال بصعود عليها. قمنا بتحليل مخاطر وقوع حادث وفقا لعدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات في الأسر, فأدنى خطر لوحظ في الأسر التي تحتوي على الأقل على طفلين دون ستة سنوات. ان وجود العديد من الأطفال الصغار يمكن أن يشكل خطرا عليهم اثناء اللعب, و لكن و جود اكثر من ام في الأسرة قلل من احتمال التعرض لحادث.

ان خطر التعرض لحادث يزيد بنسبة 40 ٪ عند الأطفال الذين يعيشون في مساكن أقل تجهيزا مقارنة بالذين يعيشون في مساكن ذات رفاهية, كما أن مواعد التدفئة والطبخ الموضوعة على الأرض يمكن أن تسبب إصابات بالحروق وهذه الأخيرة مسؤولة عن 43 ٪ من الحوادث (الجدول 4.9.1). قمنا بحساب نسب المخاطر التي تعرض لها الأطفال حسب مكان الإقامة, و بينت النتائج ان احتمال الإصابة بحادث يزداد في المناطق الحضرية عند الأطفال من سنتين الى ثلاثة سنوات, و العلاقة بين التعرض لحادث و مكان الإقامة لها دلالة احصائية عند عتبة 5% لدى الأطفال اقل من سنتين, و تبقى العلاقة ذات دلالة احصائية حتى ثلاثة سنوات ثم تصبح العلاقة بدون لها دلالة احصائية عند اربعة سنوات (الجدول رقم 4.9 ج)

الجدول 4.9 ج: توزيع الخطر النسبي للأطفال ضحايا حادث حسب العمر و مكان الإقامة في عام 1992

العمر	حضر			ريف		
	العدد	النسبة	خطر النسبي	العدد	النسبة	خطر النسبي
0 – 1	812	3,1%	1,0	1042	1,8%	1,0
2	433	7,2%	2,3	577	4,0%	2,2
3	458	7,0%	2,3	524	3,8%	2,1
4	447	9,6%	3,1	573	7,3%	4,0
المجموع	2150	6,1%		2716	3,8%	

ان تحليل البيانات الحوادث حسب بعض العوامل الاقتصادية و الاجتماعية, تبين ان المتغيرات ذات دلالة احصائية على عتبة 1% هي عمر الطفل و جنس الطفل و عمر الأم و مستوى تعليم الأم و نوع المسكن و حالة البيئة المحيطة, والمتغير الوحيد ذات دلالة احصائية على عتبة 5% يمثل العوامل الاقتصادية و هو تجهيز المسكن.

لا يوجد اختلاف في التعرض لحدوث حسب رتبة الطفل و ظروف السكن و حجم الأسرة و صلة قرابة الطفل مع رب الأسرة.

التحليل الثنائي يبين ارتفاع في نسبة الإصابة بحدوث مع تقدم في عمر الطفل, و تتراوح نسبة الإصابة بين 2.3% عند الأطفال اقل من سنة و اكبر قيمة سجلت عند الأطفال عمرهم اربعة سنوات و هي 3.8%.

كما تمت الإشارة له سابق, فإن الحوادث اكثر انتشار بين الطفل الذكور و قدرت نسبة الإصابة عند الذكور بقرابة 6% مقابل 3.8% عند الإناث.

اعلى نسبة الإصابة بحدوث حسب عمر الأم سجلت عند الأمهات اعمارهن يتراوح بين 30 و 49 سنة.

تتأثر نسبة الإصابة بحدوث بالعوامل المحيطة و الخاصة بالمسكن, حيث انه تزداد نسبة الإصابة بحدوث لدى الأطفال الذين يقطنون شقق في العمارات و وصلت النسبة الى 8%. كما سجلنا ارتفاع في نسبة الحوادث لدى الأطفال الذين يعيشون في مناطق مغمورة.

اما فيما يخص العوامل الاقتصادية ذات دلالة احصائية فنلاحظ ارتفاع في الإصابة بحدوث في المساكن الأقل تجهيز.

الجدول 4.9.د : توزيع الخطر النسبي للأطفال ضحايا حادث حسب بعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية في عام 1992.

المتغيرات	القيم	العدد	النسبة	RR	الدلالة
عمر الطفل	1	1815	2,3%	1,0	
	2	980	5,4%	2,4	(***)
	3	939	5,2%	2,3	(***)
	4	984	8,5%	3,8	(***)
جنس الطفل	ذكر	2323	5,9%	1,5	(***)
	انثى	<b>2395</b>	<b>3,8%</b>	<b>1,0</b>	
رتبة الطفل	1	<b>805</b>	<b>4,1%</b>	<b>1,0</b>	
	2	731	5,2%	1,3	NS
	3 و اكثر	3192	5,2%	1,3	NS
صلة قرابة الطفل مع رب الأسرة	ابن / ابنة	3816	5,1%	1,1	NS
	اخر	<b>912</b>	<b>4,7%</b>	<b>1,0</b>	
عمر الأم	15-29	<b>194</b>	<b>3,1%</b>	<b>1,0</b>	
	30-39	1160	5,7%	1,8	(***)
	40-49	851	5,9%	1,9	(***)
	50 +	734	3,4%	1,1	(***)
لمستوى التعليمي للأم	أمية	<b>2670</b>	<b>4,2%</b>	<b>1,0</b>	
	إبتدائي	1422	6,1%	1,5	(***)
	متوسط و اكثر	626	4,8%	1,2	(***)
تجهيز و ممتلكات المسكن	جيدة	<b>2883</b>	<b>4,2%</b>	<b>1,0</b>	
	سيئة	1835	5,8%	1,4	(**)
ظروف السكن	جيدة	2256	4,8%	1,0	(NS)
	سيئة	<b>2610</b>	<b>4,8%</b>	<b>1,0</b>	
حالة البيئة المحيطة	جافة	4683	4,7%	1,0	
	مغمورة	183	9,3%	2,0	
نوع المسكن	الشقة	666	8,0%	2,1	(***)
	منزل فردي/فيلا	<b>1701</b>	<b>3,9%</b>	<b>1,0</b>	
	منزل تقليدي	1986	4,3%	1,1	(***)
	اخر	341	5,6%	1,4	(***)
عدد الأطفال دون 6 سنوات	1	1124	7,4%	1,8	(***)
	2 و اكثر	<b>3594</b>	<b>4,0%</b>	<b>1,0</b>	
حجم الأسرة	<=8	2837	2,3%	1,1	NS
	>8	<b>2029</b>	<b>5,4%</b>	<b>1,0</b>	
فئة رب الأسرة	الفئة 1	1352	5,2%	1,0	
	الفئة 2	647	8,5%	1,1	(NS)
	الفئة 3	2698	5,9%	1,1	(NS)
عدد النساء الماكثات في البيت	1	2396	<b>3,8%</b>	1,0	(NS)
	>=2	2177	<b>4,1%</b>	1,0	
نوع الأسرة	نووي	2634	5,2%	1,1	(NS)
	اخر	<b>2084</b>	<b>5,2%</b>	<b>1,0</b>	

NS NS بدون دلالة احصائية (\*) : له مدلول احصائي على عتبة 10% (\*\*): له مدلول احصائي على عتبة 5% (\*\*\*) : له مدلول احصائي على عتبة 1%

ان تحليل البيانات حسب المنطقة الجغرافية بينت ان اكبر نسبة تعرض لحادث سجلت في منطقة الهضاب العليا الغربية ب 8.2 % و اقل نسبة تخص منطقة الجنوب ب 1%.  
ان الحوادث تعرف انتشار في المناطق الحضرية حيث سجلنا نسبة 6.5 % .  
احتمال الإصابة بحادث يقدر ب اربعة عشر مرة في منطقة الهضاب العليا و 13 مرة بمنطقة الساحل الغربي مقارنة بمنطقة الجنوب و العلاقة بين الإصابة بحادث و المنطقة لها دلالة احصائية.  
كما يزيد احتمال الإصابة بحادث ب 70% اذا كان الطفل يقطن في منطقة حضرية مقارنة بالذين يعيشون في الريف.

الجدول 4.9 ه : توزيع الخطر النسبي للأطفال ضحايا حادث حسب المنطقة ومكان الإقامة في عام 1992

المتغيرات	القيم	العدد	النسبة	RR	الدلالة
المنطقة	الساحل الغربي	1098	7,9%	13,1	(***)
	الساحل الوسط	1193	3,8%	6,2	(***)
	الساحل الشرقي	436	6,4%	10,6	(***)
	الهضاب العليا الشرقية	1045	3,4%	5,7	(***)
	الهضاب العليا الغربية	461	8,2%	13,6	(***)
	<b>الجنوب</b>	<b>495</b>	<b>7,9%</b>	<b>1,0</b>	
مكان الإقامة	حضر	2081	3,8%	1,7	(***)
	<b>ريف</b>	<b>2647</b>	<b>6,4%</b>	<b>1,0</b>	

NS بدون دلالة احصائية (\*) : له مدلول احصائي على عتبة 10% (\*\*): له مدلول احصائي على عتبة 5%  
(\*\*\*) : له مدلول احصائي على عتبة 1%

9-4-2 نموذج المحددات الرئيسية للإصابات بين الأطفال دون الخامسة  
H5 : "ان وجود عدد كبير من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة سنوات يزيد من الحوادث والإصابات"  
وقد صنف النموذج جيدا 95.2 % من الأطفال, و افرز أربعة متغيرات ذات مغزى من الناحية الاحصائية, و نلاحظ تشابه في العوامل المحددة للإسهال و التعرض للإصابات لدى الأطفال بالإضافة الى الجنس الذي لم يكون له تأثير في الإسهال بينما ساهم في الحوادث.  
بينت النتائج ان عمر الطفل له اكبر مساهمة في تفسير هذه الظاهرة بنسبة 17 % , يليه جنس الطفل بمعامل ارتباط جزئي قدر 7.8 % , ثم يليه نوع السكن و عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات بمساهمة قدرت بنسبة 6.8 % .  
يزداد خطر وقوع حادث في شقة بنسبة 70 % بالمقارنة مع الأنواع الأخرى من المساكن (فيلا و منزل تقليدي).

تنتشر المساكن العمودية أكثر في المناطق الحضرية, و السقوط يكون اخطر في العمارات ذات الطوابق العالية. ان المساكن في المناطق الحضرية مجهزة احسن حيث تحتوي على العديد من الآت الكهرومنزلية منها المكواة التي قد تسبب في تعرض الأطفال الى حروقات. ان وجود عدد من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات لا يزيد من تعرضهم لحادث و بتالي لم تتحقق الفرضية الخامسة .

المسح الذي اجري في 1992 خص جميع الأطفال المولودين خلال الخمس سنوات قبل المسح و سجلنا ولادة واحدة خلال الخمس سنوات في 67% من الحالات و قمنا بحساب نسب التعرض لحادث حسب عدد الإخوة, فلم نشاهد اختلاف ذات دلالة احصائية في التعرض لحادث حسب عدد الأخوة . ولكن اذا اعتبرنا عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات في الأسرة نسجل زيادة في الخطر بنسبة 60 ٪ في حال الأسرة التي تتكون من طفل واحد دون ست سنوات .ان وجود عدد اكبر من الأمهات يقلل من عدد الحوادث و هذا راجع الى تضامن بين الأمهات للقيام بالأعمال المنزلية, حيث تتقاسم الأعباء المنزلية وبتالي سيكون لديهن المزيد من الوقت لرعاية الأطفال الصغار مقارنة بالأمهات اللواتي يعيشن في اسرة نووية, فتضطر للقيام لوحدها بكل الوجبات المنزلية فليس لهن الوقت الكافي لمراقبة ابنائهن .

اظهرت النتائج ان الذكور اكثر عرضة للإصابة بحادث حيث يزيد خطر وقوع حادث عند الذكور بنسبة 60 ٪ مقارنة مع الفتيات و يجدر التذكير ان الحوادث التي تعرضت لها الفتيات كانت اكثر خطورة.

الجدول 4.9 ل : معامل الانحدار اللوجيستي لمحددات الإصابة بحادث في عام 1992

المتغيرات	القيم	العدد	B	الدلالة	Exp(B)	R
عدد الأطفال دون 6 سنوات	1	1179	0,46	0,001	1,6	6,8%
	2 و اكثر	<b>3661</b>				
نوع المسكن	الشقة	683	0,53	0,001	1,7	6,8%
	اخر	<b>4157</b>				
جنس الطفل	ذكر	2378	0,47	0,001	1,6	7,3%
	انثى	<b>2462</b>				
عمر الطفل			0,03	0,000	1,0	17,8%
الثابت			-3,88	0,000	0,0	48,9%
التصنيف		95,2%				

Sig : seuil de signification R: Coefficient de corrélation par

## 9-5 الأمراض المعدية لدى الأطفال

طرحت أسئلة عن بعض الأمراض التي تعرض لها الطفل خلال المسوح التي اجريت في 1992 و 2002.

في هذا القسم لم ندرج الإسهال لأنه تم تحليله سابقا.

استعملنا لبناء المؤشر الخاص بالأمراض المعدية الأسئلة التالية:

- هل سعل الطفل خلال خمسة عشر يوما التي سبقت الدراسة؟

- هل عانى الطفل من ارتفاع في درجة الحرارة خلال خمسة عشر يوما التي سبقت الدراسة؟

- هل تعرض الطفل لمشاكل في التنفس خلال خمسة عشر يوما التي سبقت الدراسة؟

تم تحويل المتغيرات السابقة الى متغيرات ذات قيمتين و هي واحد و صفر -

و قمنا بعملية جمع المتغيرات الثلاثة و اعدنا ترميز المؤشر حيث اذا تعرض الطفل الى احدى

الأمراض يأخذ القيمة واحد و صفر في الحالات الأخرى.

ان تحليل الجدول 1.5.9 يبين أن نسب القيم الناقصة للحمى وصعوبة التنفس تتجاوز 71 % في عام

1992 ، وسجلنا نسبة 75 % من القيم الناقصة لصعوبات في التنفس في عام 2002 بينما لم

تتجاوز النسبة 0.2 % للحمى في عام 2002.

أما فيما يخص السعال قدرت نسبة القيم الناقصة بأقل من 0.5 % خلال المسحيين .

الجدول 1.5.9 : نسبة الأطفال الذين يعانون من بعض الأمراض

الإجابات	الحمى		السعال		الصعوبات التنفسية	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
<b>1992</b>						
نعم	514	16,9%	866	28,4%	285	9,3%
لا	362	11,9%	2176	71,4%	573	18,8%
لا يعرف	5	0,2%	6	0,2%	7	0,2%
القيم الناقصة	2168	71,1%	1	0,03%	2184	71,6%
المجموع	3049	100,0%	3049	100,0%	3049	100,0%
<b>2002</b>						
نعم	979	25,6%	941	24,6%	311	8,1%
لا	2820	73,9%	2849	74,6%	606	15,9%
لا يعرف	11	0,3%	20	0,5%	6	0,2%
القيم الناقصة	7	0,2%	7	0,2%	2894	75,8%
المجموع	3817	100,0%	3817	100,0%	3817	100,0%

## 9-6 محددات سعال الأطفال دون سن الخامسة

لتحقق من الفرضية السادسة سنعمد فقط على السعال نظرا لأن نسبة القيم الناقصة قليل مقارنة بالحمى و الصعوبات التنفسية خلال المسحين.

H6 : " ان الأسر ذات الحجم الكبير تساهم في زيادة خطر البيئة على جميع الأعضاء بصفة عامة ، وخاصة الأكثر ضعفا بمن فيهم الأطفال و سنلاحظ هذه الأسر تزايد في معدلات الإصابة بالسعال. "

## 9-6-1 المتغيرات البيوديمغرافية

قدرت نسبة انتشار السعال ب 24.7 % في عام 1992 ، 28.4 % في عام 2002, ان المسحين لم ينفذوا خلال نفس الفترة, حيث اجري مسح 1992 في الفترة الممتدة بين ماي و أغسطس بينما اجري مسح 2002 بين اواخر سبتمبر الى غاية 30 نوفمبر.

أدنى معدل انتشار السعال حسب عمر الطفل سجل عند الأطفال عمرهم اكثر من سنتين حسب المسحين و الإنخفاض كان اكبر عند هذا العمر (26.8 % في عام 1992 و 19.3 % في عام 2002).

ان اقصى نسبة أصابة بالسعال لوحظ عند الأطفال ذوي الرتبة الأولى (34.3 % في عام 1992 و 26.7 % في عام 2002) ، و عند ابناء امهاتهم اعمارهن اقل من 30 سنة (32.2 % في عام 1992 و 24.7 % في عام 2002).

ان نسبة المرض تختلف حسب عمر الطفل, حيث ان الإنسان في بداية حياته يعتمد كلياً على غيره و تزداد المقاومة مع تقدم العمر. ان أدنى خطر لوحظ عند الأطفال اعمارهم 3 سنوات و اكثر والعلاقة بين السعال و عمر الطفل لها دلالة احصائية سنة 2002.

لم نشاهد اختلافات كبيرة حسب الدراساتين للمتغير الجنس رغم ان العديد من الدراسات تبين أن الرجال هم أكثر المتضررين من التهابات الجهاز التنفسي الحاد مقارنة بالنساء ((Denny, 1987)).

اظهرت الدراسات السريرية على أساس البيانات الكليينكية المرتبطة بجنس الذكور تحققت في دراستين من نوع الحالة و الشاهد (cas témoin)، خاصة بالتهاب الرئوي في البرازيل حيث اظهرت ارتفاع انتشار المرض عند الرجال و هذه الهيمنة الذكورية الملاحظة تتناسب عكسياً مع السن : في حين أن 74 % من حالات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة أشهر هم ذكور بينما

سجلنا فقط نسبة 51 % بين الذكور عمرهم اكثر من سنة. (Victoria et al. 1993)

اظهرت النتائج ان سن الأم هو احد المحددات الذي ساهم في تفسير هذه الظاهرة, حيث ان ابناء الأمهات الصغيرات السن أكثر عرضة للسعال, وهذه النتيجة قد تكون راجعة الى ان الأمهات الصغيرات سنا أكثر تعليماً ويصرحن بكل حادث يتعرض له طفل و من جهة اخرى فإن الأمهات

الذي يتراوح عمرهن بين 40 إلى 49 لهن أكثر تجربة لرعاية أطفالهن و لا يصرحن بكل الأحداث التي يتعرض لها الطفل.

كما سجلنا ارتفاع في الإصابة بالسعال عند الأطفال ذات الرتبة الأولى في عام 1992 حيث يزيد احتمال الإصابة بالسعال بنسبة 30 % إذا كان أول طفل، و لكن هذه النتيجة لم تتأكد في عام 2002.

الجدول 1.6.9 : توزيع الأطفال دون سن الخامسة المصابين بالسعال حسب العوامل البيولوجية و الديمغرافية

المتغيرات	القيم	EASME 1992			EASF 2002		
		العدد	النسبة	RR	العدد	النسبة	RR
عمر الطفل	0	866	29,9%(NS)	1,1	903	27,3% (***)	1,4
	1	835	29,3%(NS)	1,1	939	29,5% (***)	1,5
	2	653	26,8%(NS)	1,0	788	23,9% (***)	1,2
	3 و أكثر	<b>691</b>	<b>26,8%</b>	<b>1,0</b>	<b>1187</b>	<b>19,3%</b>	<b>1,0</b>
جنس الطفل	ذكر	1561	28,8%(NS)	1,0	1989	24,7%(NS)	1,0
	انثى	1484	27,9%	1,0	<b>1828</b>	<b>24,6%</b>	<b>1,0</b>
عمر الأم	18-29	1240	32,2% (***)	1,5	1249	24,7% (*)	1,2
	30-39	1352	27,2% (***)	1,3	1947	25,7% (*)	1,2
	<b>40-49</b>	<b>453</b>	<b>21,4%</b>	<b>1,0</b>	<b>621</b>	<b>21,3%</b>	<b>1,0</b>
رتبة الطفل	1	411	34,3% (***)	1,3	694	26,7%(NS)	1,1
	2	470	30,8% (***)	1,2	658	23,6%(NS)	1,0
	3 و أكثر	<b>2164</b>	<b>26,7%</b>	<b>1,0</b>	<b>2462</b>	<b>24,4%</b>	<b>1,0</b>
NS : بدون دلالة احصائية (*) : له مدلول احصائي على عتبة 10% (**): له مدلول احصائي على عتبة 5% (***) : له مدلول احصائي على عتبة 1%							

#### 9-6-2 العوامل الخاصة بالأسرة

ان أدنى معدل انتشار السعال حسب عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات سجل في الأسر التي تحتوي على الأقل على طفلين في عام 1992 (27.3 %) و في الأسر ذات طفل واحد عام 2002 (23.6 %).

لم نلاحظ فروق ذات دلالة احصائية حسب حجم الأسرة خلال المسحيين , و أدنى معدل انتشار سجل في الأسر التي ترأسها امرأة (26 في المائة في عام 1992 و 22.1 % في عام 2002).

كما ان السعال أكثر شيوعا في الأسر الغير نووية في عام 1992 بنسبة 30.1 % , بينما يحدث السعال بنفس التردد في عام 2002 بغض النظر عن نوع الأسرة ، كما يزيد احتمال الإصابة بالسعال اذا كان احد افراد الأسرة يدخن (29.6 % في عام 1992 و 27.4 % في عام 2002) او مصاب بمرض مزمن في عام 2002 (29.4 %).

حللنا المتغيرات المتعلقة بنوع الأسرة ومكوناتها لتحديد الآثار الخام الخاصة بخطر الإصابة بالسعال و النتائج مدونة في الجدول رقم 6.9 ب .

ان وجود أكثر من طفل واحد دون سن السادسة في المنزل يزيد من خطر الإصابة بالسعال و قدرت هذه النسبة ب 10% عام 2002 ، وهذه العلاقة لم تكون لها دلالة احصائية في عام 1992.

كما ان وجود أكثر من امراة مأكثة في البيت لا يقلل من خطر عدوى السعال في عامي 1992 و 2002, و نفس نتيجة سجلت حسب عدد اعضاء الأسرة الذي يفوقوا 59 سنة.

بينت النتائج ان خصائص رب الأسرة تؤثر على احتمال الإصابة بالسعال و العلاقة ذات دلالة احصائية خلال 1992 و 2002, حيث ان الأطفال الذين يعيشون في اسر تفوقها امراة اقل عرضة للإصابة بالسعال لأن توزيع الدخل بين مختلف أعضاء اكثر عدل ، وهناك عدد أقل من القيود المفروضة على النساء خاصة تحركاتهن خارج البيت.

أما بالنسبة لنوع الأسرة فإن الأطفال الذين ينتمون لأسر نووية اقل عرضة للإصابة بالسعال و هذه العلاقة لها دلالة احصائية على عتبة 10 ٪ في عام 1992, و فقدت أهميتها الإحصائية في عام 2002.

ان عدد المصابين بمرض مزمن في الأسرة له دلالة إحصائية على عتبة 1 ٪ في عام 2002, حيث ان احتمال الإصابة بالسعال خلال الخمسة عشر يوما التي سبقت الدراسة تزيد بنسبة 40 ٪ في حال الأسر التي تشمل على مصاب بمرض مزمن على الأقل, و هذه نتيجة تم تسجيلها في الإصابة بالاسهال.

كما سجلنا انخفاض في خطر الإصابة بالسعال عند ابناء ارباب الأسر و هذه العلاقة ذات دلالة احصائية في 1992 و لم تتحقق هذه النتيجة في 2002.

الجدول 6.9. ب : توزيع الأطفال الذين يعانون من السعال حسب نوع الأسرة و مكوناتها

المتغيرات	القيم	EASME 1992			EASF 2002			
		العدد	النسبة	RR	العدد	النسبة	RR	
عدد الأطفال دون 6 سنوات	1	1092	30,2%	1,1(*)	2186	23,6%	0,9(*)	
	2	1953	27,3%	1,0	1631	26,1%	1,0	
عدد النساء الماكثات في البيت	1	1509	27%	1,0	2538	25%	1,0	
	2	1437	29,6%	1,1(NS)	1024	25%	1,0(NS)	
حجم الأسرة	2-4	399	30,1%	1,1(NS)	686	27,4%	1,1(NS)	
	5-8	1412	27,4%	1,0	1960	24,03%	1,0	
	>=9	1234	28,9%	1,1(NS)	916	25,2%	1,0(NS)	
عدد الأشخاص <=60 سنة	0	2167	27,9%	1,0	2990	24,7%	1,0	
	>= 1	878	29,5%	1,1(NS)	827	24,3%	1,0(NS)	
فئة رب الأسرة	الفئة 1	920	31,3%	1,2(***)	2097	25,8%	1,2(*)	
	الفئة 2	425	30,8%	1,2(***)	655	24,3%	1,1(*)	
	الفئة 3	1686	26%	1,0	998	22,1%	1,0	
نوع الأسرة	نووي	1688	26,9%	1,0	2384	24,4%	1,0	
	اخر	1357	30,1%	1,1(*)	1368	24,8%	1,0(NS)	
عدد الدخينين	0	1388	27,8%	1,0	1596	22,6%	1,0	
	>=1	1545	29,6%	1,1(NS)	2112	27,4%	1,2(***)	
عدد المرضى	0				2336	21,7%	1,0	
	>=1		غير متوفر		1481	29,4%	1,4(***)	
صلة قرابة الطفل مع رب الأسرة	ابن/بنت	2434		27,2%	1,0	3224	24,6%	1,0
	اخر	611		33,1%	1,2**	593	25,1%	1,0(NS)

NS : بدون دلالة احصائية (\*) : له مدلول احصائي على عتبة 10% (\*\*): له مدلول احصائي على عتبة 5% (\*\*\*) : له مدلول احصائي على عتبة 1%  
RR الخطر النسبي

### 9-6-3 العوامل البيئية

استعملنا اتمثيل البيئة المادية في دراستنا المتغيرات الأتية : نوع السكن و حالة المنطقة المحيطة بالسكن و ظروف السكن.

بينت تحليل النتائج ان الأطفال الذين يعيشون في شقق أو فيلات يسجلون أدنى معدل انتشار السعال في الدراسات الاستقصائية (9% في عام 1992 و 14.9% في عام 2002).

اما فيما يخص ظروف السكن المصنفة الى فئتين منازل جيدة و معوزة و تم بناء هذا المؤشر بإستعمال كل المتغيرات الخاصة بالسكن و هي مواد البناء ، وتوافر المياه الصالحة للشرب ، ومصدر الطاقة لأغراض الطهي وجود دورة المياه، بينت النتائج ان أعلى معدل انتشار السعال سجل اذا كانت ظروف السكن سيئة (29.3% في عام 1992 و 16.9% في عام 2002).

يزيد احتمال الإصابة بسعال اذا كان الطفل يعيش في بيت تقليدي بنسبة 30 % في عام 1992, والفرق بين انواع السكن له دلالة احصائية على عتبة 1 % في عام 1992, و لكن هذه العلاقة ليست لها دلالة احصائية في عام 2002.

اما فيما يخص المتغير الثاني الخاص بالبيئة فأظهرت النتائج ان ادنى احتمال الإصابة بالسعال سجل في المناطق الجافة, و يزيد احتمال الإصابة بالسعال بنسبة 30% اذا كان الطفل يعيش في منطقة مغمورة, والعلاقة ذات دلالة احصائية على عتبة 1% في عام 2002 وليس لها دلالة احصائية في عام 1992 نظرا لقلّة الأطفال الذين يعيشون في المناطق المغمورة في 1992(112 طفل).

ويزيد احتمال الإصابة بالسعال عند الأطفال الذين يعيشون في مساكن سيئة بنسبة 20 %.

الجدول 6.9 ج : توزيع الأطفال الذين يعانون من السعال وفقا للعوامل البيئية

المتغيرات	القيم	العدد	النسبة	RR	العدد	النسبة	RR
		EASME 1992			EASF 2002		
نوع المسكن	شقة/فيلا	1593	9,0%	1,0	2145	14,9%	1,0
	منزل تقليدي / اخر	1434	11,9%(***)	1,3	1551	15,3%(NS)	1,0
حالة البيئة المحيطة	جافة	2933	10,3%	1,0	2955	14,2%	1,0
	مغمورة	112	12,5%(NS)	1,2	752	18,2%(***)	1,3
ظروف السكن	جيدة	1304	27,1%	1,0	2595	14,3%(**)	1,0
	سيئة	1741	29,3%(NS)	1,1	1113	16,9%	1,2

NS : بدون دلالة احصائية) \* : (له مدلول احصائي على عتبة 10%) \*\* : (له مدلول احصائي على عتبة 5%)  
 (\*\*\*) : (له مدلول احصائي على عتبة 1%)

#### 4-6-9 العوامل الجغرافية

ان المسح الذي أجري عام 2002 كان ممثلا على المستوى الإقليمي بينما مسح 1992 ممثل على المستوى الوطني.

سجلنا ارتفاع في نسبة الإصابة بالسعال بين عامي 1992 و 2002 في المناطق الست، ولكن علينا أن نشير إلى أن مسح عام 1992 أجري في فصل الربيع و الصيف في حين ان مسح عام 2002 أجري في فصل الخريف. و أعلى معدل انتشار السعال لوحظ في منطقة الساحل الغربي يليه منطقة الجنوب في عام 1992 (13.7 % و 11.7 %) , و ادنى انتشار في عام 2002 سجل في المنطقة الجنوبية (17.7 %).

لم نسجل فرق مهم حسب مكان الإقامة في 1992 و لكن شهدنا اختلاف في 2002 حيث ان نسبة الإصابة في المناطق الحضرية قدرت ب 25.7% مقابل 23.3% في المناطق الريفية.

الجدول 9.6.د : توزيع الأطفال الذين يعانون من سعال حسب المنطقة الجغرافية و مكان الإقامة

المنطقة	1992			2002		
	العدد	النسبة		العدد	النسبة	الخطر النسبي
الجنوب	300	11,7%	1,0	639	17,7%	1,0
الساحل الغربي	768	13,7%	1,2(**)	653	23,1%	1,3(***)
الساحل الوسط	771	8,6%	0,7(**)	742	28,2%	1,6(***)
الساحل الشرقي	275	9,1%	0,8(**)	253	24,9%	1,4(***)
الهضاب العليا الشرقية	639	9,9%	0,8(**)	890	28,1%	1,6(***)
الهضاب العليا الغربية	296	8,1%	0,7(**)	500	25,6%	1,4(***)
حضر	1434	10,18%	1,0(NS)	2136	25,75%	1,1(*)
ريف	1615	10,65%	1,0	1681	23,26%	1,0

NS بدون دلالة احصائية (\*) : له مدلول احصائي على عتبة 10% (\*\*): له مدلول احصائي على عتبة 5%  
(\*\*\*) : له مدلول احصائي على عتبة 1%

#### 9-6-5 بناء نموذج لتحليل المحددات الرئيسية للسعال

ان النموذج الذي بني باستخدام بيانات عام 1992 رتبت جيدا 71.8% من الأطفال, و وصلت هذه النسبة إلى 75% في عام 2002, و عدد المتغيرات التي اختارها نموذج 1992 خمسة و هي على التوالي : عدد المدخنين الذي احتل المركز الأول في شرح التعرض للسعال بمساهمة قدرت ب 6.8%, و احتلت فئة رب الأسرة المركز الثاني بمعامل قدر ب 5.5% و يليه تعليم الأمهات بمساهمة تساوي 4.3%, و جاءت المنطقة المحيطة بالمسكن في المرتبة ما قبل الأخيرة حالة بمساهمة قدرت ب 3.2% و المرتبة الأخيرة عادت لمساهمة العمر التي لم تتعدى 2% (1.9%).

أما فيما يخص نموذج 2002, افرز هذا الأخير نفس عدد المتغيرات المقدر بخمسة و اكبر مساهمة لوحظت للمتغير عمر الطفل حيث قدر معامل الإرتباط هذا المتغير 7.1% متبوع بعدد المدخنين داخل الأسرة بمساهمة قدرت ب 3.9%, ثم يليها فئة رب الأسرة بمعامل ارتباط يساوي 2.9% و احتل مكان الإقامة الرتبة ما قبل الأخيرة في تفسير الظاهرة بمعامل ارتباط يساوي 2.8% و في الأخير يأتي تجهيز المسكن بمساهمة اقل من 2% (1.7%).

نلاحظ وجود ثلاثة متغيرات في النموذجين و هي عدد المدخنين و و فئة رب الأسرة و عمر الطفل.

ان أرباب الأسر تنقسم إلى ثلاث فئات كما رأينا في الفصل السابع , ففي عام 1992 احتوت الفئة الأولى على أرباب الأسر ذكور، و نصفهم متعلم وتقل أعمارهم عن 50 عاما و كلهم يشتغلون،

بينما تتألف الفئة الثانية من أرباب الأسر اعمارهم تفوق 50 عاما وأميين و كلهم رجال و يشتغلون, اما الفئة الأخيرة تتكون من الرجال والنساء ، ومعظمهم من كبار السن (اكثر من 50 عاما). و قمنا بدمج الفئة الأولى و الثانية للمعطيات 1992 و 2002 ، لأنه لا يوجد فرق بين الفئتين. ان خطر الإصابة بالسعال لدى الأطفال يزيد بنسبة 30 ٪ إذا كان رب الأسرة ينتمي إلى الطبقة التي تتكون من الرجال مقارنة مع الفئة المرجعية في عام 1992, كما يزيد خطر الإصابة بالمرض اذا كان رب الأسرة رجل بنسبة 20 ٪ مقارنة مع الطبقة المتكونة من النساء ربات الأسر في عام 2002.

ان تعليم الأم ساهم في ارتفاع حوث المرض في عام 1992, حيث ان احتمال الإصابة بالسعال لدى ابناء امهاتهم متعلقات يزيد بنسبة 30 ٪ مقارنة مع ابناء الأميات, و ترجع هذه النتيجة ربما إلى نقص في تصريح الأمهات الأميات على مختلف الحوادث التي تعرضت لها صحة الطفل. اظهرت النتائج ان البيئة تلعب دور مهم بالنسبة للسعال في عام 1992, حيث ان الأطفال الذين يعيشون في المناطق المغمورة اكثر عرضة للإصابة بالسعال, حيث يزيد احتمال التعرض للمرض بنسبة 50 ٪ مقارنة مع الأطفال الآخرين.

اظهرت النتائج التي استعملت المعطيات سنة 2002 ان المتغيرات الذي ساهمت في تفسير الظاهرة هي: عدد المدخنين و فئة رب الأسرة و مكان الإقامة و اخيرا تجهيز المسكن. ان خطر الإصابة بالسعال يرتفع بنسبة 20 ٪ في المناطق الحضرية بالمقارنة مع الأطفال الذين يعيشون في المناطق الريفية. كما رأينا في الفصل الثالث الخاص بالتنمية الاقتصادية حيث ان التنمية كانت أكثر أهمية في المناطق الحضرية و مسألة الحفاظ على البيئة لم يأخذ دائما في الاعتبار أثناء تركيب وحدات الإنتاج, و هذا مآدى الى تلوث الهواء في المدن الكبرى.

كما بينت النتائج ان جود مدخنين في المنزل يزيد من خطر الإصابة بالسعال في 1992 و 2002, حيث إرتفع خطر السعال بنسبة 50 ٪ في عام 1992 و 30 ٪ في عام 2002 في حالة وجود مدخن واحد على الأقل في الأسرة. ان الهواء الذي يتنفسه الطفل يشكل مصدرا هاما للتعرضه لمواد قد يكون لها آثار سلبية على صحته.

ان التعرض لهواء الملوث في مرحلة مبكرة من الطفولة بينما الرئتين والجهاز المناعي لم يكتمل نموهم يثير المخاوف من خطورة الآثار السلبية المحتملة مقارنة بتلك التي يعاني منها الكبار. ان المخاطر الصحية الناجمة عن التعرض لتلوث الهواء قد تختلف اختلافا كبيرا حسب المواد الملوثة وطبيعة التعرض.

يعتبر تلوث الهواء منذ فترة طويلة مصدرا للتفاقم الربو وغيرها من الإضطرابات في التنفس ، ولكن الدراسات التي أجريت مؤخرا حول آثار تلوث الهواء على صحة الأطفال تشير إلى أن تلوث

الهواء يرتبط بارتفاع معدل وفيات الرضع وظهور الربو ، ويمكن أن يؤثر على نمو الرئتين الذي يسبب آثار ضارة دائمة على الصحة الجهاز التنفسي.

ان الأطفال الذين يتعرضون لدخان التبغ في البيئة يواجهون خطرا متزايدا من الآثار السلبية على الصحة, حيث ان التعرض لدخان التبغ مرتبط بزيادة مخاطر التعرض لالتهاب الشعب الهوائية وإلتهاب الأذن الوسطى وزيادة وفاة الرضع المفاجئة (mort subite du nourrisson) حسب لجنة التعاون البيئي (CCE, 2006, p.24). كما هو معروف فإن دخان التبغ يعتبر احد المهيجات التي تؤدي الى نوبات الربو ، ويلعب دورا مهم في ظهوره.

وفقا لمنظمة الصحة العالمية فإن البيانات المتوفرة تسمح بتأكيد إلى أن التعرض لتلوث الهواء داخل المنزل يمكن أن يسبب التهابات الجهاز التنفسي الحادة لدى الأطفال دون سن الخامسة (OMS, 2005). وفقا لنفس تقرير منظمة الصحة العالمية لعام 2005 ، ان الدخان داخل البيوت يحتوي على العديد من الملوثات التي يمكن أن تترتب عليها آثار ضارة خاصة الجسيمات (خليط معقد من مواد كيميائية صلبة أو قطرات) و أحادي الكربون و أكاسيد النيتروجين و أكاسيد الكبريت (ينبعث بصفة اساسية نتيجة حرق الفحم) والفورمالديهايد ، والمواد المسببة للسرطان والمواد الكيميائية التي يعرف أنها تزيد من خطر الاصابة بالسرطان.

ان تلوث يزداد في المناطق الحضرية و لكن يجب الإشارة ان المناطق الحضرية ليست متجانسة و كما يقول Akoto اختلاف النظام الحضري " ان المدينة هي خليط من الناس والنشاطات و ظروف معيشية ومستويات ثقافية, والتقاليد جد مختلفة. ان جميع المقيمين في منطقة حضرية لا يتمتعون بنفس الطريقة من البنية التحتية الاقتصادية والاجتماعية والصحية المتواجدة في المنطقة حيث ان بعض شرائح السكان مستبعدة و المشكل الذي تعاني منه مدن العالم الثالث يعبر عنه بتهميش وإقصاء فئة معتبرة من سكان المدن من أسلوب الحياة الحضرية" (Akoto, 1993, p. 114)

و يشير الكاتب ان نلاحظ بصفة عامة في افريقيا " ان التحضر المادي سبق التحضر الاجتماعي". (Akoto, 1993, p. 113)

لم تتحقق فرضيتنا الأخيرة حيث اننا لم نشاهد زيادة في تعرض لسعال في الأسر ذات الحجم الكبير, و لكن و جود مدخن واحد على الأقل في المنزل يزيد من خطر سعال عند الأطفال دون سن الخامسة سنوات و لاحظنا هذه النتيجة في 1992 و 2002 .

الجدول 9 , 7 : معامل الانحدار اللوجيستي على المقومات الأساسية للسعال الخطر السنة

السنة	المتغيرات	القيم	العدد	مدلول	الخطر	R
1992	تعلم الأم	أمية	2725			
		متعلمة	2320	0,001	1,3	4,3%
	فئة رب الأسرة	رجل	2200	0,000	1,3	5,5%

		رجل+إمراة	2845				
	حالة البيئة المحيطة	جافة	4846				
		مغمورة	199	0,006	1,5	3,2%	
	مدخن	لا	3477				
		نعم	1568	0,000	1,5	6,8%	
	عمر الطفل			0,047	1,0	1,9%	
	الثابت			0,000	0,5	10,7%	
	التصنيف		71,80%				
2002	تجهيز و ممتلكات المسكن	جيدة	1237				
		سيئة	2465	(*)	1,2	1,7%	
	مكان الإقامة	حضر	2064	(**)	1,2	2,8%	
		ريف	1638				
	فئة رب الأسرة	رجل	2071	(**)	1,2	2,9%	
		إمراة	1631				
	عدد المدخنين	0	1659				
		>=1	2043	(***)	1,3	3,9%	
	عمر الطفل				(***)	0,9	7,1%
	الثابت				(***)	0,4	23,6%
التصنيف			75,45 %				
NS : بدون دلالة احصائية) * : (له مدلول احصائي على عتبة 10%) **: (له مدلول احصائي على عتبة 5% : (***) : له مدلول احصائي على عتبة 1%							

## الخاتمة

في هذا الفصل استعملنا ثلاثة مؤشرات لتمثيل الصحة و هي الإصابة بالإسهال و السعال و النعرض لحادث. اظهرت النتائج ان الإصابة بالمرضين لها ارتباطا وثيقا بالبيئة, حيث ان الإسهال مرتبط بالمياه والأمراض التنفسية بالهواء.

ان المحددات الرئيسية للإسهال ، وفقا لبيانات عام 1992 هي عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات ، ونوع السكن وعمر الطفل و أعلى معدلات انتشار الإسهال سجلت بين الأطفال في الفئة العمرية الممتدة بين الولادة و ستة أشهر, في هذا العمر يفقد الطفل الحصانة التي اكتسبها من والدته وأخطاء النظام الغذائي يمكن أن تسبب الإسهال.

و يبقى العمر محدد مهم جدا وفقا لبيانات عام 2002 بالإضافة الى متغير نوع السكن الذي حل مكان المتغير حالة المنطقة المحيطة بالسكن و عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات ليس له دلالة احصائية وجود في الأسرة على الأقل مريض مزمن يزيد من الإصابة بالاسهال.

كما لاحظنا أهمية عمر الطفل في تفسير الإصابة بالسعال و افرزت النتائج مساهمة فئة رب الأسرة في شرح هذا المؤشر, حيث ان اقل نسبة التعرض لسعال سجلت عند الأطفال الذين يعيشون في اسر ترأسها امراءة .

اما فيما يخص المؤشر الخاص بالتعرض لحادث و لتحليل هذا المؤشر استخدمنا بيانات عن الحوادث في عام 1992, و اظهرت النتائج ان الحوادث أكثر شيوعا عند الذكور ولكن الإصابات التي تعرضت لها الفتيات أكثر خطورة.

ان خصائص الأسرة محددات مهمة للحفاظ على صحة الأطفال بينما الخصائص الفردية للأم لم يكون لها دور حاسم بالنسبة للمؤشرات الثلاثة.

## النتائج الرئيسية

تمر صحة الطفل بعدة مراحل ، حيث تبدأ المرحلة الأولى قبل الولادة ثم تليها مرحلة الوضع و المرحلة الأخيرة تغطي السنوات الأولى من الطفولة . يستفيد الطفل من إسعافات وقائية و علاجية في حالة إصابته بمرض في مختلف المراحل العمرية .

وظفنا في دراستنا أربعة مؤشرات لوصف العلاج الوقائي في المرحلة الأولى : متابعة الحمل ، استشارة طبية مبكرة ، الأشخاص الذين قاموا بالاستشارة و عدد الاستشارات الطبية قبل الولادة ، أظهرت نتائج مسح 2002, أن 81% من الولادات الأخيرة في الخمس سنوات قبل المسح تم متابعتها خلال الحمل وتم تسجيل فارق معتبر بين المناطق الحضرية و الريفية.

تبين أن جل المتغيرات لها تأثير على متابعة الحمل في التحليل الثنائي ما عدا الحالة الصحية للأم, حيث أن العلاقة بين متابعة الحمل و الحالة الصحية للأم ليس لها مدلول إحصائي ، أما فيما يخص التحليل متعدد المتغيرات فأظهرت نتائج الانحدار اللوجستي أن ثمانية متغيرات لها مدلول إحصائي و يعتبر مستوى تعليم الأم من المحددات الرئيسية في متابعة الحمل ، حيث أن النساء ذات مستوى تعليمي متوسط و ما فوق تزداد نسبة متابعة حملهن بثلاث مرات مقارنة مع النساء الأميات ، و يزداد احتمال متابعة الحمل إذا كانت الأم تعاني من مرض مزمن ، أما فيما يخص المتغيرات التي تمثل الأسرة فنوع الأسرة لم يساهم في شرح هذا المؤشر, بينما علاقة القرابة مع رب الأسرة ساهمت في هذا المؤشر, و أظهرت النتائج أن النساء ربات الأسرة تراقبن حملهن أكثر من غيرهن ، هذه النتيجة راجعة إلى أن أغليبتهن يقطن في المناطق الحضرية التي تتوفر على المرافق الصحية من جهة و من جهة ثانية لأنهن أكثر استقلالية مقارنة بالنساء الأخريات.

أما فيما يخص مؤشر الاستشارة المبكرة خلال فترة الحمل ، بين التحليل الثنائي أن جل المتغيرات لها مدلول إحصائي على عتبة 1 % ما عدا الحالة الصحية للأم و زوجة رب الأسرة ، أما تحليل الانحدار اللوجستي فأفرز تسعة متغيرات ذات مدلول إحصائي و احتلت رتبة الولادة المكان الأول في المساهمة في شرح هذا المؤشر .

المؤشر الثالث الخاص بمتابعة الحمل هو الشخص الذي قام بمراقبة الحمل و بينت التحاليل الثنائية أن جل المتغيرات لها تأثير ذات مدلول إحصائي ما عدا الحالة الصحية للأم و منطقة الشرق ، أما فيما يخص التحليل متعدد المتغيرات فأفرز الانحدار اللوجستي ثمانية متغيرات ذات مدلول إحصائي تأثر على هذا المؤشر، حيث احتلت رتبة الولادة الصف الأول من حيث المساهمة في شرحه.

و آخر مؤشر توصي به المنظمة العالمية لصحة هو عدد الاستشارات الطبية خلال فترة الحمل ، و توصي هذه الهيئة بأربعة استشارات على الأقل خلال مرحلة الحمل ، أظهرت نتائج مسح 2002 أن نصف الولادات استفادت من أربعة استشارات, و تبقى الحالة الصحية للأم بدون مدلول لهذا المؤشر في التحليل الثنائي كذلك عمر الأم عند الإنجاب و نوع الأسرة و علاقة القرابة مع رب الأسرة ، كما يجب الإشارة أن عدد الحالات لهذا المؤشر تقلصت و هذا ما قد أدى إلى هذه النتائج, و تبقى رتبة الولادة من أهم المحددات التي ساهمت في هذا المؤشر بعد مراقبة أثر مختلف المتغيرات .

أظهرت نتائج مسح 2002 أن ولادات الرتبة الأولى استفادت أكثر من الآخرين من الإسعافات الوقائية خلال الحمل ، كما أوضحت النتائج أن المستوى التعليمي للأم من أهم محددات المؤشرات الأربعة الخاصة بهذه الفترة . إن هذه النتيجة متوقعة حيث أن دراسات عديدة بينت أن التعليم يستطيع تغيير تصرفات و مواقف الأباء فيلجؤون إلى استعمال الطرق الوقائية و العلاجية أكثر من الآخرين و أن المرأة المتعلمة أكثر استقلالية مقارنة بالنساء الأميات ، حيث تزداد قدرة الأمهات المتعلمات في استعمال الوسائل الصحية المتوفرة و الطرق العلاجية بصفة عامة لأنهن على علم بما هو موجود و لهن القدرة على استقطاب اهتمام الطاقم الطبي . إن التعليم يمكن الفرد من اكتساب قيم و معتقدات جديدة تساعد في تعديل سلوكه و تجنبه للوضعيات الخطرة و المضرة بالصحة ، كما يستفيد الأولياء المتعلمين من المعلومات مباشرة لأنهم يستطيعون الكتابة و خاصة القراءة, بالإضافة إلى الزيادة في الرصيد المعرفي ، فإن التعليم يزيد من القدرة على استوعاب مفاهيم جديدة لا يقبلها عامة الناس فمثلاً يقبل الأولياء المتعلمين فكرة أن التطعيم و الأملاح المعدنية مفيدة لبقاء الطفل على قيد الحياة ، و يكونون أقل تشاؤم و لا يخشون الآثار الجانبية للأدوية لأنهم يعرفونها مسبقاً عكس الأولياء الأميين الذين بإمكانهم اللجوء إلى الطرق التقليدية لمعالجة أبنائهم أو حرمانهم من العلاج الحديث خوفاً من المضاعفات الثانوية, و كما يقول كلدوال ( Caldwell ) أن الأولياء المتعلمين يستطيعون القيام بقطيعة مع العادات و التقاليد الخاصة بالمرض و يستعملون العلاج الحديث بدون تخوف .

تبقى العوامل الاقتصادية محددات هامة للمؤشرات الأربعة ، مهنة الأب ليس لها مدلول إحصائي لمؤشر متابعة الحمل فقط ، إن العلاج في الوحدات الصحية للقطاع العام مجاني ولكن سوء الاستقبال و الانتظار لفترات طويلة يؤدي إلى عزوف العديد من النساء الحوامل من الاستفادة من خدماتها .

إن توزيع الوحدات الصحية خاصة المستشفيات الجامعية ليس متكافئ على كافة أرجاء القطر الوطني, إذ تعاني المناطق الريفية و الجنوبية من نقص في التغطية الصحية فغياب الهياكل يقلل استعمال العلاج الحديث .

أظهرت النتائج أن نوع الأسرة لا يعتبر محددًا لمراقبة الحمل و بتالي الأسرة النووية لا تستعمل أكثر العلاج الحديث و عليه فإن الفرضية الأولى لم تتحقق بالنسبة لفترة الحمل ، يجب الإشارة أن أغلب الأسر صنفت كأسر نووية, و يقول المختص في علم الاجتماع "عدي" أن وجود أزواج مع الأطفال يقطنون مسكن مستقل لا يسمح لنا بتحدث عن الأسرة النووية, و حسب هذا المختص فإن طبيعة العلاقة مع الأسرة الأم و انتظام الزيارات و التبعية العاطفية يمنع هذه الأسرة من الاستقلالية, و يطرح هذا الكاتب الفرضية التالية: تغيرت الأسرة الأبوية إلى أسرة ممتدة حيث أن الوسائل المادية و الرصيد الثقافي لأعضاء المجموعة الأبوية يكون عائلة تحتوي على عدد من الأسر تقطن نفس المسكن أو مجموعة مساكن موجودة في مواقع مختلفة مرتبطة بالأسرة الأساسية التي هي غالباً أسرة الآباء.

أما فيما يخص مرحلة الوضع فبينت النتائج أن أغلبية ولادات الخمس سنوات قبل المسح كانت في المستشفيات ، و يبقى الفرق بين المناطق الحضرية و الريفية معتبراً حيث أن تم تسجيل 14 نقطة فرق لصالح المناطق الحضرية .

إن التحليل الثنائي أظهر أن كل المتغيرات لها مدلول إحصائي ما عدا علاقة القرابة مع رب الأسرة و الحالة الصحية للأم ، أما فيما يخص الانحدار اللوجستي فوصل عدد المتغيرات ذات مدلول إحصائي إلى 11 متغير و احتلت مراقبة الحمل المرتبة الأولى في المساهمة في شرح هذا المؤشر ، حيث يصل احتمال الوضع في وحدة صحية 2.5 مرة إذا كان الحمل مراقب مقارنة مع الحالات الأخرى ، و يحتل مكان الإقامة المرتبة الثانية في شرح هذا المؤشر ، إن وجود وحدة صحية في مكان الإقامة يزيد من احتمال الوضع في وسط طبي .

يبقى نوع الأسرة ذو مدلول إحصائي بعد المراقبة بالمتغيرات الأخرى ، إن النساء اللواتي ينتمين إلى أسرة أخرى يزداد احتمال الوضع في وحدة صحية بـ 30% مقارنة مع نساء الأسر النووية و بالتالي لم تتحقق الفرضية الأولى بالنسبة للمرحلة الثانية الخاصة بالوضع .

كما يبقى المستوى التعليمي للنساء من أهم محددات الوضع في الوحدات الصحية. أما فيما يخص المتغيرات الاقتصادية أظهرت التحاليل أن ثلاثة متغيرات ساهمت في شرح هذا المؤشر, و أفرزت

نتائج أن مهنة الأم تلعب دوراً مهماً في شرح هذا المؤشر و ظروف السكن و تجهيزاته من أهم محددات هذا المؤشر.

فيما يخص مهنة الأم نعلم أن قانون العمل الجزائري يمكن المرأة من الاستفادة من عطلة أمومة لمدة 98 يوماً, و للاستفادة من هذه العطلة يجب تقديم شهادات طبية من القطاع الصحي .  
تم استعمال مؤشرين خاصين بالوقاية في مرحلة مع بعد الولادة و هما الرضاعة و التطعيم ، أظهرت نتائج مسح 2002 :

أن 90 % من الأطفال تمت رضاعتهم و لكن 65 % فقط منهم تم إرضاعهم لمدة 6 أشهر على الأقل ، كما بين التحليل الثنائي لرضاعة أن متغيرين فقط لهم مدلول إحصائي و هما مستوى تعليم الأم و مهنة الأم بالنسبة للرضاعة مرة واحدة على الأقل منذ الولادة .

أما فيما يخص المؤشر الخاص بالمدة فكل المتغيرات لها تأثير ذات دلالة إحصائية على هذا المؤشر ما عدا جنس الطفل.

بين التحليل المتعدد للمؤشر الأول الخاص بالرضاعة أن متغيرين فقط يشرحانه و هما مستوى تعليم الأم و علاقة القرابة بين الطفل و رب الأسرة ، أما فيما يخص المؤشر الثاني للرضاعة فتبين أن 4 متغيرات يفسرانه ، يزداد احتمال الرضاعة لمدة 6 أشهر على الأقل بـ 60 % لأبناء رب الأسرة مقارنة مع الأطفال الآخرين ، النساء المتعلمات و الصغيرات في السن يرضعن أطفالهن لمدة أقل من الأخريات ، و عليه من خلال النتائج المتوصل إليها نلاحظ أن الفرضية الثانية تحققت بالنسبة لمدة الرضاعة .

تبين نتائج مسح 2002 أن نسبة الأطفال الذين استفادوا من التطعيم على الأقل مرة واحدة منذ ولادتهم تقارب 85 % ، و بين التحليل الثنائي لهذا المؤشر أن المتغيرات ذات مدلول إحصائي هي عمر الأم ، مكان الإقامة ، مهنة الأم ، مستوى تعليمي الأم ، ظروف السكن و تجهيزاته.

أوضح التحليل المتعدد أهمية 4 متغيرات في شرح هذا المؤشر، ويحتل المستوى التعليمي للأم الرتبة الأولى يليه ظروف السكن و نوع الأسرة و بتالي الفرضية الثانية لم تتحقق بالنسبة للتطعيم

تزداد نسبة التطعيم للأطفال المنتمين لأسر عندهم طفل واحد أقل من 6 سنوات بـ 50% .

يحتوي برنامج التطعيم على عدد من التلقيحات ، و لحماية الطفل من الأمراض الخاصة بهذا البرنامج يجب أن يحصل على مجموع التلقيحات اللازمة حسب الجدول الوطني المسطر ، وصلت

نسبة الأطفال في سن 18 شهر و أكثر الذين تم تحصينهم إلى 73.2 % حسب نتائج مسح 2002 ،  
كذلك بين التحليل الثنائي أهمية المستوى التعليمي للأم ، منطقة السكن ، عدد الأطفال الأقل من 6  
سنوات و المستوى التعليمي للأب.

أوضحت مختلف التحاليل أهمية المستوى التعليمي للأم في العلاج الوقائي ، حيث تتوجه الأمهات المتعلمات بانتظام إلى الاستشارة الطبية و هذا ما يزيد من حماية الطفل و تستفيد الأم من معلومات و توجيهات الأطباء لمتابعة نمو الطفل ، كذلك إن التعليم يزود الأمهات بمعلومات خاصة بالبرامج الموجودة منها التطعيم ، تستطيع كذلك الاستفادة من الإعلانات الموجودة في المراكز عكس الأمهات الأميات .

أما فيما يخص العلاج في حالة الإصابة بمرض فاستعملنا 3 مؤشرات و هي استعمال الوحدات الصحية، استعمال علاج حديث لسعال أو في حالة الإصابة بالإسهال .

عرف استعمال الوحدات الصحية ارتفاع بين 1992 و 2002 سنة، حيث تضاعف الاستعمال خلال 10 سنوات، و أظهرت نتائج المسحيين أن نسبة الذكور الذين استشارو طبيب خاص أكبر من نسبة الإناث و لم يظهر أي فرق في استعمال وحدات القطاع العام، و يبقى جنس الطفل محدد مهم حتى بعد المراقبة مع المتغيرات الأخرى سنة 1992، و يرتفع احتمال استعمال الوحدات الصحية بـ 30 % إذا كان الطفل ذكر، ينخفض احتمال التوجه إلى مراكز صحية للإناث اللواتي ينتمين إلى أسر معوزة و أمهاتهم أميات و اللواتي يعيشن في مناطق ريفية ، و بالتالي فإن الفرضية الثالثة تحققت بالنسبة لمعطيات سنة 1992 .

يستعمل العلاج الحديث للسعال بنسبة أكبر عند الذكور و في الأسر النووية ، أظهر التحليل الثنائي أن أغلب المتغيرات لها مدلول إحصائي على الأقل في عتبة 10 % في سنة 1992 ، بينما فقدت العديد من المتغيرات مدلولها الإحصائي في 2002 ، و بين التحليل متعدد المتغيرات لعلاج السعال بطرق حديثة أن خمسة متغيرات لها مدلول إحصائي في 2002 ، و كانت أكبر مساهمة تخص عدد الأشخاص المصابين بمرض مزمن في الأسرة ، حيث يزداد احتمال علاج السعال بطرق حديثة في الأسر بدون مرض بـ 80 % ، أما فيما يخص الحالة الصحية للأم فقد هذا المتغير مدلوله الإحصائي .

أظهرت النتائج أن الأطفال المنتمين إلى أسر مسيرة من طرف امرأة يزداد احتمال استعمال العلاج الحديث في حالة الإصابة بسعال .

استعملنا ثلاثة مؤشرات لتحديد صحة الطفل و هي الإصابة بالإسهال و السعال و حدث منزلي .

بقية نسبة الإسهال تفوق 10 % منذ سنة 1989 رغم وجود برنامج مكافحة أمراض الإسهال منذ سنة 1995 .

أظهر التحليل الثنائي للإسهال أن ليس هناك فرق بين الجنسين في الإصابة بالإسهال خلال المسحيين ، أما فيما يخص المتغيرات التي تمثل الأسرة أظهرت النتائج أن عدد المسنين و علاقة القرابة مع رب الأسرة لها مدلول إحصائي في سنة 1992 .

أما المتغيرات ذات المدلول الإحصائي سنة 2002 هي عدد الأشخاص المصابين بمرض مزمن ، عدد المسنين و عدد الأطفال الأقل من 6 سنوات .

يبقى المحيط محدد مهم في الإصابة بالإسهال بعد مراقبة مختلف المتغيرات, حيث يزداد احتمال الإصابة بالإسهال عند الأطفال في المناطق المغمورة بالمياه و بتالي تحققت الفرضية الرابعة بالنسبة لمعطيات 1992.

أظهرت البيانات الخاصة بالحوادث أن هذه الأخيرة تزداد في الوسط الحضري و في المساكن المهمشة و عند الذكور ، يرتفع احتمال الحوادث في الوسط الحضري بـ 90 % مقارنة بالمناطق الريفية, أما فيما يخص عدد الأطفال الأقل من 6 سنوات أظهرت النتائج أن هذا المتغير لا يؤثر على الحوادث . إن وجود عدد أكبر من الأطفال الأقل من 6 سنوات في أسرة لا يزيد من احتمال وقوع الحوادث و بتالي الفرضية لم تتحقق .

بينت النتائج أن الأطفال الذين ينتمون إلى أسر تحتوي على أكثر من طفل أقل من 6 سنوات يتعرضون أكثر إلى حوادث ، أن وجود عدد أكثر من الأمهات يقلل من تعرض الأطفال إلى الحوادث .

آخر مؤشر تم تحليله هو خاص بالإصابة بالسعال ، حيث قدرت نسبة المصابين بالسعال سنة 1992 بـ 24.7 % و 28.4 % سنة 2002 ، أقيما للمسيحيين في فصول مختلفة و بتالي سجلنا أثر الفصول على هذه النتائج.

سجلت أقل نسبة الإصابة حسب العمر عند الأطفال أقل من سنتين حسب المسيحيين وأعلى نسبة سجلت لدى الأطفال ذوي الرتبة الأولى وأبناء الأمهات عمرهن أقل من 30 سنة و لم نلاحظ فرق بين الجنسين بالنسبة للإصابة بالسعال.

أن التحليل الثنائي بين أن وجود أكثر من طفل أقل من ستة سنوات في الأسرة يزيد من احتمال الإصابة بالسعال ، و المتغير ذات مدلول إحصائي خلال المسيحيين هي فئة رب الأسرة أما فيما يخص نوع الأسرة و صلة القرابة مع رب الأسرة فالعلاقة لها دلالة إحصائية في مسح 1992, و عدد المدخنين والمصابين بمرض مزمن لهم دلالة إحصائية في 2002.

بين التحليل الثنائي أن العوامل البيئية الممثلة بنوع المسكن وحالة المحيط ذات مدلول إحصائي خلال المسيحيين.

وسجلت المنطقة الجنوبية أقل نسبة إصابة بالسعال خلال 1992 و 2002.

أفرز التحليل متعدد المتغيرات خمسة عوامل هي عدد المدخنين ، فئة رب الأسرة ، و عمر الطفل خلال المسيحيين و لم تتحقق الفرضية الأخيرة.



## الاستنتاج العام

إن ضعف الأطفال يزداد مع قلة معرفة المخاطر المحتملة التي تحيط بهم، وعدم قدرتهم على التأثير على محيطهم لتجنب تعريض صحتهم للإخطار. إن الأطفال يعتمدون على البالغين توفير ظروف معيشية آمنة. بعض خصائص الأسرة تؤثر على حياة الطفل وصحته، الفقر لا يسمح للأسر على الحصول على مسكن جيد النوعية ، واتباع نظام غذائي متوازن وصحي لجميع الأعضاء وخصوصا الأطفال، و هذه العوامل تساهم في سوء الحالة الصحية وزيادة احتمالات التعرض للملوثات البيئية. "على سبيل المثال ، نسبة عالية من الأطفال والأسر الفقيرة تعيش بالقرب من مصادر التلوث الصناعي وسوء نوعية السكن حسب الوكالة الأوروبية للبيئة والمكتب الإقليمي لأوروبا التابع لمنظمة الصحة العالمية (2002) .

احد الوسائل لتشجيع اعتماد سلوك يفضي إلى صحة الأطفال هو بدون شك المعرفة، هناك دراسات عديدة أثبتت قوة العلاقة بين معدل وفيات الأطفال والمستوى التعليمي للأمهات، و نسجل أثر إيجابي لهذا المتغير على صحة الأطفال. إن التعليم يمكن الأفراد من الإطلاع على الإكتشافات العلمية المفيدة لصحة من جهة و كذلك هو وسيلة للوصول الى السلطة و وكسب الموارد اللازمة التي تضمن الصحة أو إستردادها.

ما هي آفاق البحث؟ أولا ، أن تستغل بشكل شامل كتلة المعلومات المستخرجة من الدراسات الاستقصائية التي أجريت في الجزائر منذ الثمانينات. كما نحتاج الى اجراء دراسات كيفية لفهم بعض السلوكيات التي تؤثر على صحة الأطفال. ان دور الأسرة في الحفاظ على صحة الأطفال في سياق الجزائري يكتسي أهمية حاسمة بالنسبة لصحة الأطفال و بتالي نحتاج الى معلومات حول الأسرة . اعتمدت مختلف المسوح التي اجريت في الجزائر على الأسرة كوحدة تمثيلية للعائلة الا ان لا توجد معلومات حول مختلف الأزواج التي تنتمي للأسرة.

و يبقى دور المسوح الإسترجاعية مهم لفهم مختلف الظواهر الا انها لا تستطيع تفسيرها كليا.

توصلنا خلال دراستنا الى نتائج غير منتظرة و مثال على هذا ابناء الأمهات المتعلمات اكثر عرضة للإسهال و هذه نتيجة ربما راجعة لنوعية المعطيات حيث ان النساء المتعلمات يصرحن اكثر بكل مشكل صحي قد يتعرض له الطفل.

ان تصور المرض مرتبط بمجموعة من العوامل و لا توجد توضيحات دقيقة حول المرض في المصادر التي استعملناها خاصة منها مسحي 1992 و 2002.

فمثلا تم طرح سؤال حول الإسهال كما يالي " هل تعرض الطفل الى إسهال خلال الخمسة يوم قبل المسح ؟ ان الإجابات على هذا السؤال مرتبطة بمعارف و تصورات الأم حول هذا المرض.

## قائمة المراجع

- 1 - Aaby P. (1980), "Malnutrition and overcrowding/ intensive exposure in severe Measles Infection: Review of Community Studies " *Reviews of Infectious Diseases* 10(2): 478-491.
- 2 –Adjamagbo A., Guillaume A., Koffin N., (1999), *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*, IRD, Paris
- 3 - Ait Mohand A. (2005), Transition sanitaire : caractéristiques et conséquences sur les besoins et priorités De santé en Algérie, Mémoire de Master en santé publique, Institut de Médecine tropicale, Anvers, 44 p.
- 4-Akoto E., Tabutin D. (1989), «Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort», in *Mortalité et société en Afrique au Sud du Sahara*, (eds) G.Pison, E.Van de Walle et Sala-Diakanda, INED, PUF, Travaux et Documents, cahier n° 124, Paris, pp.35-66,
- 5- Akoto E.M, Kouae A., Lamle S.B.(2002), *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest: pluralisme thérapeutique entre traditions et modernité (Bénin, Côte d'Ivoire et Mali)*, Yaoundé, Travaux & Documents de l'IFORD, 169 p.
- 6- AKOTO E. (1993), *Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire. Hypothèses et recherche d'explication*, Louvain La Neuve, Edition Academia, 269 p.
- 7- Albrecht J., Asif A. (1995), «Father's perception of child health in a squatter settlement, Karachi», *Health Transition Review*, vol.5, n°2., pp.191-206
- 8 -Aouragh L. (1996), *L'économie algérienne à l'épreuve de la démographie*, Paris, Etudes du Ceped n° 11, p.337
- 9 – Archives of Environmental Health September/October 2000 Vo. 55 No. 5
- 10 -Ariés Ph. (1973), *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Editions du Seuil, 316p.
- 11 – Ayache R, et al. (1990). «Les attitudes et les Comportements des mères devant une diarrhée aigue», *la Tunisie médicale*, Janv, Vol 68, n° 1
- 12 – Banque mondiale, (2000), Rapprt de la banque mondiale
- 13- Barbierri M., (1991), *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde* , les dossiers du CEPED, n° 18, Paris, 40 p.

- 14 –Banza B. (1993), Les déterminants de la mortalité des enfants en milieu urbain au Burkina Faso : Cas de Bobo-Dioulasso, Thèse de Doctorat en Démographie, Université de Montréal, 295p.
- 15 -Barnum H.N, Barlow R. (1984), "Modeling resource allocation for child survival", *Population and Development Review*, Vol. 10, Supplement : Supplement : Child Survival: strategies for Research., pp.367-387
- 16 Bearer C.(1995), "How are children different from adults ?", *Environmental Health Perspectives* 103(36), pp.7-12.
- 17- Ben Manssour A. et al, (1994) «Attitude des mères face à la diarrhée à Tunis» in *La diarrhée aigue et son traitement dans les sociétés*. ed. Desjeux, J.F. , Paris, l'Harmattan pp 197-202.
- 18- Bergh KD.(1998), " The patient's differential diagnosis: unpredictable concerns in visits for acute cough", *J Fam Pract*, n°46, p.153-161.
- 19- Bernard A. (1929), *L Algérie*, Alger, Alcon
- 20- Berthet E. (1983). *Information et Education Sanitaire*, Paris, Presses Universitaires de France, Que sais je?
- 21- Bertrand, J. (sans Date), " Enrichir l'expérience des enfants d'âge préscolaire " dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*
- 22- Biaye M., (1994), *Inégalités sexuelles en matière de santé, de morbidité et de mortalité dans l'enfance dans trois pays de l'Afrique de l'Ouest. Hypothèses, mesures et recherche d'explication des mécanismes*, Belgique, Harmattan Académia, 292p,
- 23- Black E.R (1984), "Diarrheal Diseases and Child Morbidity and Mortality", *Population and Development Review*, V 10, Supplement: Child Survival: Strategies for Research , pp.141-161
- 24- Blanc J. (1972), "La planification de la santé", *Revue du tiers Monde*, volume 13, numéro 52, P.491-518.
- 25- Boukef M.K. (1986), *Les Plantes dans la médecine traditionnelle tunisienne*, Paris, Agence de Coopération Culturelle et Technique.
- 26- Boulahbel B. (2001), "Incidence de la pauvreté en Algérie", *La revue du CENEAP Analyse et prospective*, n°22, pp.37-62
- 27- Bouisri A. (1999), "Transition démographique en Algérie : réflexions sur l'avenir", in F. Gendreau , *Les transitions démographiques des pays du sud*, Réseau Démographique de l'AUF, Paris, Estem , pp.441-456

- 28- Boulanger P.M. (1980), « Les grandes orientations de la lutte contre la mortalité des enfants », in *La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire*, P.M Boulanger et D. Tabutin (éds), Ordina Editions, Liège, pp. 387-404.
- 29- Boussouf R. (1992), *Géographie et santé en Algérie*, Alger, OPU, 259 p.
- 30- Bradley D.J, Keymer A.(1984), "Parasitic diseases : Measurement and Mortality Impact", *opulation and Development Review*, Vol. 10, Supplement : Supplement : Child Survival: strategies For Research. Pp.163-187
- 31- Brahim R. (2005), *Intervalles intergénérisque et mortalité des enfants en Algérie*, Thèse de Doctorat, Université de Montréal, 210 p.
- 32- Briscoe J.(1984), "Technology and child survival: the example of sanitary engineering", *Population and Development Review.*, Vol. 10, Supplement : Supplement : Child Survival: strategies for Research., pp.237-253
- 33- Caldwell J, Gajanayake I, Caldwell P, Peiris I. (1989), "Sensitization to illness and the risk of death: An explanation for Sri Lanka's approach to good health for all", *Soc Sci Med.* 1989;28(4):365
- 34- Caldwell J. et al.(1971), Enquête de fécondité et de planning familial. Connaissances, Attitudes et Pratiques, New York. The population council.
- 35- Caldwell J.C (1979), "Education as a factor in mortality decline : An examination of Nigeria data", *Population Studies*, 33, pp.395-413
- 36- Caldwell J.C. (1986), "Routes to low Mortality in Poor Countries", *Population Development Review*, 12(2).
- 37- Caldwell J.C. (1990), "Cultural and social factors influencing mortality in developping countries", *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol.510, pp.44-59.
- 38- Caldwell J.C., Caldwell P. (1991), "What have we learnt about the cultural, social and behavioural Determinants of health ? From Selected Readings to the first Health Transition Workshop", *Health transition Review*, n°1, pp.3-17.
- 39- Cantrelle P., Locoh T. (1990), *Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest*, Dossier CEPED n°10, 36 p.
- 40- Casterline J.B et al.(1989), "Household income and child survival in Egypt", *Demography*, vol.26, pp.15-35.
- 41- CCEAN (2002), : Survol des défis environnementaux que pose la santé des enfants en Amérique du Nord, Montréal, <http://www.cec.org>, 51p.

- 42- CENEAP, Ministère de l'emploi et de la solidarité (2006), *Etude niveau de vie et mesure de la pauvreté en Algérie, Alger*
- 43- Chandra R.K (1981), "Immunodeficiency in undernutrition and overnutrition", *Nutrition Review*, vol. 39, n 6, p.205-230.
- 44- Cleland J. Ginneken V. (1988), "Maternal education and child survival in developing countries : The search for pathways", *Social Science and Medecine* 27(12), p.1357-1368.
- 45- CNES (1997), *Rapport l'Environnement en Algérie : Enjeu du développement 9 ème session plénière* , 28-29 Octobre
- 46- CNES (2001), *Rapport National sur le développement humain 2000*, 19 ème session Plénière Novembre 2001
- 47- CNES (2002), *Evaluation des dispositifs d'emplois*, 20ème session plénière, Juin 2002
- 48- CNES (2003), 4 ème *Rapport National sur le développement humain Année 2002*, 23 ème session Plénière Décembre 2003.
- 49- CNES (2004), 5 ème *Rapport National sur le développement humain Année 2003. Les objectifs du Millénaire pour le Développement*, 25 ème session Plénière Décembre 2004.
- 50-Coco A, Mainous AG. (2005), "Relation of time spent in an encounter with the use of antibiotics in Pediatric office visits for viral respiratory infections", *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005 Dec;159(12):1145-9
- 51- Coenen S, Van Royen P et al. (2004), Recommandations de bonne pratique .La toux aigue, Société Scientifique de Médecine générale, 23 p., <http://www.ssmg.be>
- 52- Cook J., Dommerguaz P.J.(1993), *L'enfant malade et le monde médicale dialogue entre famille et soignants enfance et société*, centre international de l'enfance Syros,
- 53- Das Gupta M. (1987), "Selective discrimination against female children in rural Punjab", *Population and Development Review*, vol.13, pp.77-100
- 54- Das Gupta M. (1997), "Fertility decline and increased manifestation of sex bias in India", *Population Studies*, n°51 pp.307-315.
- 55- DaVanzo J (1984), "A household survey of child mortality determinants in Malaysia", *Population and Development Review*, Vol. 10, Supplement : Supplement : Child Survival:strategies for Research, pp.307-322
- 56- Dehbi F, Aboussaada (1991), "Diarrhée aigue: Evaluation des connaissances et pratiques des mères pour le traitement des cas à domicile", *Revue Maghrébine de*

*pédiatrie*, n° 5, pp 5-8.

- 57- Demontes V. (1923), Algérie économique . Les populations algériennes, Alger, Imprimerie algérienne, 498 p.
- 58- Denny FW (1987), "Acute respiratory infections in children etiology and epidemiologic", *Pediatric Review*, 1987, n°9, p.135-46
- 59- Desgrées Du Lou A. (1996), *Sauver les enfants : le rôle des vaccinations* , France, CEPED, étude du CEPED n° 12, 261 p.
- 60- Desjeux J.F. (1994) la diarrhée aigue et son traitement dans les sociétés (série d'articles), Paris, L' Harmattan.
- 61- Destanne De Bernis G. (1966), "Industries industrailisantes et contenu d'une politique régionale", *Revue D'Economie Appliquée*, n°3 et 4, tome XIX, p415-473.
- 62- Diallo Kh. (2001), Inégalités en matière de santé des enfants en Afrique. Une analyse de la concentration familiales et communautaires des décès, Thèse de Doctorat, Université de Montréal, 160 p.
- 63- Diallo S., Camara Y.B. (1998), "Diarrhée aigue du nourrisson et état nutritionnel à l'INSE", *Médecine d'Afrique Noire*, 45(6), pp.372-374
- 64- Diouf S., Sarr M., SY H.S, ABDALLAHI A.O.C, FALL M. (1990), "Le traitement des diarrhées associées à une malnutrition", *Médecine d'Afrique Noire*, 37(2), pp.37-39
- 65- Driesbeke J.J et al. (2005), *Modèles statistiques pour données qualitatives*, Paris, Editions TECHNIP, 291p.
- 66- Dozon J.P, Sindzingre A.N (1986), *Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle, la santé dans le tiers monde*, Prevenir, France
- 67- Echarris Canovas C.J. (1993), *Structure familiale et santé des enfants. Une étude au Mexique*, Thèse de Doctorat en Démographie, Université Catholique de Louvain La Neuve, 413 p.
- 68- Emch M. (1999), "Diarrheal disease risk in the Matlab", Bangladesh, *Social Science & Medecine* 49(4), p.519-30
- 69- FAO, (1997), *Human nutrition in the developing world*, Food and Agricultural Organization of the United Nations, Rome
- 70- Fargues P (1987), "La démographie du mariage arabo-musulman : tradition et changement", *Maghreb-Machrek*, 116, p.59-73.
- 71- Fargues Ph. (1986), " Un siècle de transition démographique en Afrique méditerranéenne, 1885-1985", *Population*, n°2, pp. 205-231.
- 72- Fargues Ph. (1990), " Algérie, Maroc et Tunisie : vers la famille restreinte ?", *Population et sociétés*, n°248, Jullet-août, 4 p.

- 73- Flegg, T.A. (1982), "Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality In under developed countries", *Population Studies*, 36, pp.441-458.
- 74- Foster S.O, "Immunizable and respiratory diseases and child mortality", *Population and Development Review.*, Vol. 10, Supplement : Supplement : Child Survival: strategies for Research., pp.119-140
- 75- Fotso J.C. (2004), *Malnutrition et morbidité chez les enfants en Afrique : Concentration et inégalités socio-économiques familiales et communautaires*, Thèse de Doctorat, Université de Montréal, 140 p.
- 76- Fournier P. et Haddad S. (1995), « Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement », in *sociologie des populations*, eds H.Gérard et V.Piché, PUM/AUPELF-UREF, Montréal, pp.289-325.
- 77- GARENNE M. et al. (1987), *Risques de décès associés à différents états nutritionnels chez l'enfant d'âge préscolaire*, ORSTOM, ORANA, Dakar.
- 78- Girard A., Henry L., Nistri R. (1960), *Facteurs Sociaux et culturels de la mortalité infantile. Une enquête sur le comportement des familles dans le nord et le Pas de Calais*, Paris, édition PUF, INED, travaux et documents cahier n 36.
- 79- GODIN G. (1988), "Fondements psychosociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé", *santé société* n°2, pp.5-20.
- 80- Godin I., Lagasse R.. (sans année), "Le concept de culture sanitaire, problème de mesure", Bruxelles, Laboratoire d'épidémiologie et de médecine sociale, unité de Socio-épidémiologie, 23 p.
- 81- Gonzales R, Malone DC, Maselli JH, Sande MA. (2001), "Excessive antibiotic use for acute respiratory infections in the United States", *Clin Infect Dis.* 2001 Sep 15;33(6):757-62
- 81- Gopalan S. (2000), "Malnutrition, causes, consequences and solutions", *Nutrition* 16, 556-8
- 82- Gourbin C. Wunsch G. (2002), "La santé, la maladie et la mort", in *Démographie : analyse et synthèse III : Déterminants de la mortalité*, eds Caselli G., Vallin J., Wunsch G., Paris, INED, pp. 9-22
- 83- GUIGOU B., *La composition familiale du groupe domestique, in les paysans Serer: permanence et changements* (C.A
- 84- Hajnal J., 1965, *European Marriage patterns in Perspective*, in : Glass, D.V. and Eversley, D.E.C
- 85- Hobcraft J. (1987), "Does Family Planning save Children's lives ?", *Conférence internationale Pour une meilleure santé des femmes et des enfants au moyen de la*

planification familiale, Nairobi, 5-9 Octobre 1987.

86- Hobcraft J.(1993), "Women's education, child welfare and child survival", Health Transition Review Vol.3, n°2, pp.159-173

87- Hocine T., Lebeche R., Amokrane F., Horri S. (2001), Les effets du Programme d'Ajustement Structurel Sur les populations vulnérables, CENEAP-FNUAP, Alger, 86 p.

88- Iskandar M.B, Costello C., Nasution Y.,(Sans date), Initiation and Duration of Breast-feeding in Indonesia. The early introduction of supplement food has an undesirable effect on risk of subsequent pregnancies and on infant child morbidity and mortality, Asia-Pacific Population Journal, vol.5, N°1

89- Jamison D.T; Mosley W.H (1991), "Disease Control Priorities in Developing Countries: Health Policy Responses to Epidemiological Change", Studies in Family Planning, Vol. 22, No. 4 , pp. 277-277

90- JELIFFE D., MADDOCKS, I. (1964), "Ecological malnutrition in the New Guinea Highlands", Clinical Pediatrics 3: 423-428.

91- Jourdain A. (1996), "L'équité d'un système de santé : données actuelles et perspectives dans le cas Français", Colloque internationale de Sinaia (2-6 Septembre 1996), AIDELF, pp.719-729.

92- Karras DJ et al. (2003), "Antibiotic use for emergency department patients with acute diarrhea: Prescribing practices, patient expectations, and patient satisfaction", Annals Emergency Medicine, Dec;42(6):835-42

93- Kateb K. (2001), Fin du mariage traditionnel en algérie (1876-1998) ? Une exigence d'égalité des sexes, Paris, Bouchène, 120 p.

94- Kateb K. (2000), "Polygamie et reproduction dans le marché matrimonial algérien pendant la période coloniale", cahier québécois de démographie, 29, p.1-32

95- Kelkoul M. ( 2001), " La pauvreté en Algérie et les problèmes d'approche", La revue du CENEAP Analyse et prospective, n°22, pp.21-30

96- Khiati M. (1995), Regard sur la santé, Alger, Editions Dahlab, 275 p.

97- Khiati M. (2000), Histoire de la médecine en Algérie. De l'antiquité à nos jours, Alger, ANEP,316 p.

98- Khiati M. (2004), Les enfants avant tout, Alger, FOREM, 352 p.

99- Knibielhler Y, 2003, «L'allaitement et la société», Recherches féministes, vol 16, n°2, pp.11-33.

- 100- Knor E.G (1964), "The detection of space-time interaction", *Applied Statistics*, n° 13, p.25-34.
- 101- Kouaouci A. (1992), *Familles, femmes et contraception. Contribution à une sociologie de la famille algérienne*, Alger, CENEAP, 279 p.
- 102- Kroeger A. (1983), "Anthropological and Socio-Medical Health Care Research in developing Countries", *Social Science Medecine* 17(3), pp.147-161.
- 103- Ladd E, The use of antibiotics for viral upper respiratory tract infections: an analysis of nurse practitioner and physician prescribing practices in ambulatory care, 1997-2001. *J Am Acad Nurse Pract.* 2005 Oct; 17(10):416-24.
- 104- Larousse., (1984), *Dictionnaire Larousse*
- 105- Latal Hajnal B. et al. (1999), "Effects of environmental tobacco smoke exposure on respiratory symptoms in children, *Schweis Med Wochenschr* 129: Nr 19, pp.723-730
- 106- Lebart L. et al. (2006), *Statistiques exploratoire multidimensionnelle. Visualisation et inférences en Fouilles de données 4 é édition*, Paris, Dunod, 424 p.
- 107- Lecourt D.( 2003), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 1270 p.
- 108- Loomis, D., et al. (1999), "Air pollution and infant mortality in Mexico City", *Epidemiology*, 10,pp.118-123.
- 109- Loslier L. (1996), "Santé et environnement, du collectif à la personne - Analyse des données québécoise et propositions théorique", *Colloque internationale de Sinaia (2-6 Septembre 1996)*, AIDELF, pp.291-301.
- 110- Madise N.J., Diamond I. (1995), "Determinants of infant mortality in Malawi: An analysis to control for death clustering within families", *Journal biosocial science*, n° 27, pp.95-106.
- 111- Maison D., 1973, «La population de l'Algérie», *Population*, n°6, pp.1079-1107.
- 112- Magny J.P. (2005), "La réhydratation orale : transfert inverse de technologie", *Archives de pédiatrie*, vol. 12, pp.1804-1807.
- 113- Mantel N. (1967), " The detection of disease clustering and a generalized regression approach", *Cancer Research*, n° 27, p.209-229.
- 114- Martens J.C (1973), *Le modèle Algérien de développement*, SNED, Alger, 191 p.
- 115- Martinot A. (2004), "Le traitement des diarrhées aiguës du nourrisson: des pratiques encore trop éloignées des recommandations", *Archives de pédiatrie*, n°11, p.895-897
- 116- Martinot A., HALNA-TAMINE M, GUIMBER D., HUE V.(2004), "Freins à l'application des recommandations : exemple des solutions de réhydratation orale", *Archives de pédiatrie*, n°11, p.712-713
- 117- Marzano M. (2007), *Dictionnaire du corps*, France, Quadrige/PUF, 1048 p.

- 118- Masuy Stroobant G., Humblet P.C (2004), Mères et nourrissons de la bienfaisance à la protection médico-sociale (1830-1945), Bruxelles, Ed Labor, 282 p
- 119- MATE (2000), Rapport sur l'état et l'avenir de l'environnement, Alger, 253 p.
- 120- Mc Keown T. (1976), The role of medicine : dream, mirage or nemesis ?, London, Nuffield provincial hospitals trust.
- 121- Mebtoul M. (2005), Médecins et patients en Algérie, Oran, Editions Dar El Gharb, 220 p
- 122- Mebtoul M. ,1994 « diarrhée et représentation de la maladie » in, des jeux Jehan François, la diarrhée Aigue et son traitement dans les sociétés (série d'article), Paris l'Harmattan.
- 123- Mebtoul M., (1994) Une anthropologie de la proximité. Les professionnels de la santé en Algérie, France, l'Harmattan.
- 124- Merchant K., Martoreli R., Gonzalez-cossio T., Rivera J., and Haas, J.D.(1990), Maternal nutritional depletion: Evidence of responses in women to frequent reproductive cycling, Washington, DC, International Center for Research on Women, Mar. 1990. (Maternal Nutrition and Health Care Program Research Report Series No. 3, 38 p.
- 125- Meslé F. (2002), "Les causes médicales de décès", in Démographie : analyse et synthèse III : Déterminants de la mortalité, eds Caselli G., Vallin J., Wunsch G., Paris, INED, pp. 53-78
- 126- Mesure S., Savidan P.(2006), Dictionnaire des Sciences Humaines, Quadrige/PUF, France, 1277p.
- 127- Mosley H, Chen L. (1984), "An analytical framework for the study of child survival in developing countries", Population development Review, Vol.10, Supplement: Child Survival: Strategies for Research, pp.25-45
- 128- Mosley H., 1984, Child Survival: Research and Policy, Population development Review, Vol.10, Supplement: Child Survival: Strategies for Research (1984), pp.3-23
- 129- Mosley H., (1985), "Les soins de sante primaires peuvent ils reduire la mortalite infantile ? Bilan critique de quelques programmes africains et asiatiques", in J. Vallin et Lopez A. (eds), La lutte contre la mort, p.105-136, Paris, INED, PUF, 541 p.
- 130- MOSLEY W.H. (1983), «Will primary health car reduce infant and child mortality? A critique of somme current strategies, with special reference to Afric and Asia”, Communication au séminaire de l'UIESP sur l'influence des politiques sociales et de santé sur l'évolution future de la mortalité, Paris, 28 Fév – 4 Mars,
- 131- MSP (1990). Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, traitement de la diarrhée.

- 132- MSP (1992), *Enquête sur la mortalité et la morbidité infantile en Algérie 1985-1989: Rapport de Synthèse*, Alger.
- 133- MSP (1997), *Politique de la population, de l'environnement et de la prévention*, Alger, ANDS, 96 p.
- 134- MSP (2001), *Développement du système de national de santé stratégie et perspectives*, 63 p.
- 135- MSP,ONS (1994), *Enquête Algérienne sur la Santé de la mère et de l'enfant 1992*, Projet PAN Arabe, Alger.
- 136- MSPRH (2002), *La santé des Algériennes et des Algériens en 2002 : Rapport Annuel*, Alger, ANEP, 133p.
- 137- MSPRH (2003), *Population et développement en Algérie. Rapport National CIPD+10*, Alger, ANDS, 100 p.
- 138- MSPRH, ONS (2004), *Enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002*, Alger.
- 139- MSPRH, ONS (2007), *Suivi de la situation des enfants et des femmes. Enquête nationale à indicateurs multiples MICS3 Algérie 2006: Rapport Préliminaire*, Alger, ANDS, 71 p.
- 140- Murray C.J.L, Chen L.C (1992), "Understanding morbidity change", *population and development Review*, 18(3), pp.481-503
- 141- Nash DR, Harman J, Wald ER, Kelleher KJ.(2002), "Antibiotic prescribing by primary care physicians for children with upper respiratory tract infections", *Arch Pediatr Adolesc Med.* Nov;156(11):1114-9.
- 142- Nations Unies (2005), "Poverty infectious Disease and environmental degradation as threats to collective security, a UN Panel report", *Population and Development Review.*, Vol. 31, N° (September 2005), pp.595-600
- 143- Negroni A. (1957), *Evolution de l'assistance médico-sociale en Algérie à l'échelon de la circonscription*, thèse Doctorat en Médecine, Faculté Mixte de Médecine et de pharmacie - Université d'Alger.
- 144- OMS (1999), *Removing obstacles to healthy development. Report on Infectious Diseases*, Geneva, Who.
- 145- [OMS, 2005, Les effets de l'environnement sur la santé de la mère et de l'enfant, Aide mémoire, centre/factsheets/fs284/fr/index.html \(9/08/2007\)](http://www.who.int/whr/2006/whr06_fr/index.html)
- 146 [OMS, 2006, Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde, http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf)
- 147- OMS-UNICEF (1978), *Les soins de santé primaires : Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires*, Alma-Ata (URSS), 6-12 Septembre 1978,

- 148- ONS (1997), "Démographie Algérienne 1997", Données Statistiques n° 277, 8p.
- 149- ONS (1998a), "Démographie Algérienne 1997", Données Statistiques n° 294, 8p.
- 150- ONS (1998b), " L'urbanisation en Algérie. Résultats issus du IV° Recensement Général de la population – RGPH 1998", Données Statistiques n° 311, 4p
- 151- ONS (1998c), "Typologie des ménages et des Familles à travers les résultats exhaustifs du RGPH 1998", Collection Données Statistiques n° 314 – Recap
- 152 ONS (2005), *Rétrospective statistique 1970-2002*, Alger, 239 p.
- 153- Ouadah Bedidi Z., Vallin J. (2000), *Maghreb : la chute irresistible de la fecondite*", Population et societe, n 359, INED, Paris, 4p.
- 154- Ouali A., (2006), *Typologie des ménages algériens et structures familiales au recensement de 1987. Evolution, caractéristiques et analyse des comportements fêconds*, Mémoires de Magister, Université Saad Dahlab Blida.
- 155- Oufriha F.Z. (1992), *Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie*, Alger, OPU, 333 p.
- 156- Oufriha F.Z. (2002), *Système de santé et population en Algérie*, Alger, ANEP, 344 p.
- 157- Pebley A.R (1984), "Intervention projects and the study of socio-economic determinants of mortality", *Population and Development Review.*, Vol. 10, Supplement : Supplement : Child Survival: strategies for Research., pp.281-305
- 158- Pelto G.H. (1987), "Cultural issues in maternal and child health and nutrition", *Social Science Medecine*, 25(6), p.552-559.
- 159- Pison G. (2000), "Pres de la moitié des jumeaux naissent en afrique", *Population et societes*, n 360, septembre, 4p.
- 160- Population Council (2005), "Environmental degradation and human well-being of the Millennium Ecosystem Assessment", *Population and Development Review*, Vol 31, N°2, (2005), pp.389-398
- 161- Prioux F. (1996), "L'analyse de la morbidité et de l'état de santé: problèmes de mesure", *Colloque Internationale de Sinaia (2-6 Septembre 1996)*, AIDELF, pp.6-9.
- 162- Prual, L. de Bernis, D. Ould El Joud, « Santé maternelle en Afrique francophone. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique sub-saharienne», *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, vol 31, n° 1, 2002, p. 91 (pp. 90-99)
- 163- Puffer R.R., Serrano C.V. (1973), "Patterns of mortality in childhood Scientific publication n° 262", Pan American Health Organisation, Washington, D.C.

- 164- Queniat A., Hurtubise R., 1998, "Nouvelles familles, nouveaux défis pour la sociologie de la famille, sociologie et société, vol XXX, n 1, printemps 1998, Montreal, Presse de l'Université de Montreal, pp.133-143
- 165- Quivy R., Van Compenhoudt L., 2001, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 287p.
- 166- Riley J.C (2005), "The timing and Pace of Health transition around the world", *Population and Development Review.*, Vol. 31, N°,(September 2005), pp.741-764
- 167- Rollet C., Morel M.F. (2000), *Des bébès et des hommes . Traditions et modernités des soins aux tout petit*, France, Albin Michel, 384p.
- 168- Saifuddin Ahmed and W. Henry Mosley (2002), "Simultaneity in the Use of Maternal-Child Health Care and Contraceptives: Evidence from Developing Countries", *Demography*, Vol. 39, N. 1(Feb 2002), pp.75-93
- 169- Sall MG, Diouf A. D. et al. (1999), "Etude comparative de la SRO seule et de l'association de riz + AL 110\* dans la prise en charge des diarrhées aiguës infantiles à Dakar résultats préliminaires", *Médecine d'Afrique Noire*, 1999, 46(10), pp.486-487
- 170- Salomon J.A (2002), "The epidemiologic transition revisited : Compositional Models for causes of Death by age and sex", *Population and Development Review*, vol 28, n°3, September , pp.205-228
- 171- San Martin H. (1987), *santé publique et médecine préventive*, Paris, Masson , 296 p,
- 172- Schultz T.P (1984), "Studying the impact of household economic and community variables on child mortality", *Population and Development Review.*, Vol. 10, Supplement : Supplement : Child Survival: strategies for Research., pp.215-235
- 173- Sermet C. (1996), "Quels sont les facteurs qui influencent la déclaration des maladies ", *Colloque internationale de Sinaia (2-6 Septembre 1996)*, AIDELF, pp.37-45.
- 174- Sermet C., Cambois E. (2002), "Mesurer l'état de santé", in *Démographie : analyse et synthèse III : Déterminants de la mortalité*, eds Caselli G., Vallin J., Wunsch G., Paris, INED, pp. 25-50
- 175- Short S.E, Chen F., Entwisle B., Fengying Z. (2002), "Maternal work and child care in China : A multilevel-Method Analysis", *Population and Development Review.*, Vol. 28, N°1, March 2002., pp.31-57
- 176- Singer B. (1984), "Mathematical Models of infectious diseases: seeking new tools for planning and evaluating control programs", *Population and Development Review.*, Vol. 10, Supplement : Supplement : Child Survival: strategies for Research., pp.347-365
- 177- Sutter, J; Ledermann, S (1959), "Influence du rang de naissance sur la mortalité et les anomalies dans les familles consanguins", *Population* 14 année, N° 4 (Octo-Dec., 1959), pp.703-718

- 178- Swantz M.L (1979), "Community and healing among the zaramo in Tanzanie", *Social Sciences and Medecine*, 13b, pp.169-173
- 179- Tabutin D. (1976), *Mortalité infantile et juvénile en Algérie*, Travaux et documents cahier de l'INED n° 77, PUF France, 275 p,
- 180- Tabutin D. (1995)
- 181- Tabutin D. (2001)
- 182- Tekce B., Shorter F.C (1984), "Determinants of Child Mortality: A study of squatter settlements in Jordan", *Population and Development Review.*, Vol. 10, Supplement : Supplement : Child Survival: strategies for Research., pp.257-280
- 183- Théré C. (1996), "Climat, habitat, alimentation et durée de vie des hommes au 18<sup>ème</sup> siècle", Colloque internationale de Sinaia (2-6 Septembre 1996), AIDELF, pp.254-266.
- 184- Thomas O. et al. (1989), «Réhydratation par voie orale: comprendre ce qu'il faut faire», *Forum mondial de la santé*, Vol 10, pp 400-403.
- 185- Trussel J., Menken J.(1984), "Estimating levels, and determinants of child mortality in countries with Poor statistics", *Population and Development Review.*, Vol. 10, Supplement : Supplement : Child Survival: strategies for Research., pp.325-346
- 186- UNICEF (1985), *La situation des enfants dans le monde en 1985*, Genève
- 187- UNICEF (1992), *La situation des enfants dans le monde en 1992*, Genève
- 188- UNICEF (2002), *La situation des enfants dans le monde*, Genève.
- 189- Vallin J. (1968), "La mortalité dans les pays du tiers monde : évolution et perspective", *population*, n 5, pp.845-868.
- 190- Vallin J. (1989), "Théorie de la baisse de la mortalité et situation africaines" in G. Pison, E. Van de Walle dans les pays du tiers monde : évolution et perspective", *population*, n 5, pp.845-868.
- 191- Vallin J. (2002), "The end of demographic transition: Relief or Concern ?", *Population and Development Review.*, Vol. 28, N°1, March 2002., pp.105-120
- 192- Victoria CG, Flores AC, Fonseca W, Kirkwood B (1993), "Risks factors for Pneumonia among Brazilian children: a hierarchical analysis", *J. epidemiology*
- 193- Vilquin E., 1976, *La naissance de la démographie*, Collection Population et Famille, 39 p.
- 194- Vue-Desingue G. (1996), "L'environnement: facteur de survie, facteur de risque anciens et nouveaux", Colloque internationale de Sinaia (2-6 Septembre 1996), AIDELF, pp.302-308.

195- Ware H. (1984), "women's roles, and child care mortality", *Population and Development Review.*, Vol. 10, Supplement : Supplement : Child Survival: strategies for Research., pp.191-214

196- Who (1999), *Removing obstacles to healthy Development. Report on Infectious Diseases*, Geneva

197- Who (2000), *The world health report : improving health systems : performance*, Geneva

198- Woodruff, T. et al. (1997), "Relationship between selected causes of post neonatal infant mortality and particulate in the US", *Environmental Health Perspectives*, 105: 608-612

199- Wunsch G. (2002), " Dépendance et indépendance entre causes de décès ", in *Démographie : analyse et Synthèse III : Déterminants de la mortalité*, eds Caselli G., Vallin J., Wunsch G., Paris, INED, pp. 101-106

200- Zourkaleini Y. (1997), *Les déterminants socio-démographiques et contextuels de la mortalité des Enfants au Niger*, Thèse de Doctorat, Université de Montréal, 335 p.

## الفهرس

1	المقدمة العامة
	الفصل الأول : تقديم الموضوع و المنهجية
3	1-1 الإشكالية
5	2-1 الفرضيات
6	3-1 تحديد المفاهيم
16	4-1 اختيار المقاربة
17	5-1 الأساليب الإحصائية
	الفصل الثاني : التطور و الانتقال الديموغرافي في الجزائر
	مقدمة
23	1-2 تطور عدد سكان الجزائر خلال الحقبة الاستعمارية
24	2-2 تطور حجم السكان بعد الاستقلال
25	3-2 تطور عدد السكان حسب الجنس والعمر
27	4-2 تطور الوفيات في الجزائر
31	5-2 تطور متوسط العمر المتوقع للجزائريين
39	6-2 الخصوبة
40	7-2 الزواجية
41	8-2 الانتقال الديموغرافي
44	الخاتمة
48	الفصل الثالث : البيئة و النمو الاقتصادي
	المقدمة
49	1-3 التحضر
50	2-3 المشاكل البيئية
52	3-3 النمو الاقتصادية
56	4-3 تطور قوة العمل في الجزائر
63	5-3 ظاهرة الفقر
68	الخاتمة
73	الفصل الرابع : النظام الصحي و الانتقال الوبائي في الجزائر
	المقدمة
74	1-4 الوضع قبل الاستقلال
75	2-4 بعد الاستقلال
81	3-4 الموارد المادية
98	

101	4-4 التحول الوبائي
115	الخاتمة
الفصل الخامس : بناء اطار نظري لدراسة محددات صحة الأطفال في الجزائر	
117	المقدمة
118	1-5 تيار التكنولوجيا الطبية
119	2-5 التيار الاقتصادي
122	3-5 التيار الغذائي
125	4-5 التيار الثقافي الاجتماعي
127	5-5 الأطر النظرية
134	6-5 الإطار النظري المقترح
154	الخاتمة
الفصل السادس : مصادر و نوعية المعطيات المستعملة	
156	المقدمة
157	1-6 تقديم مسحي 1992 و 2002
159	2-6 تقييم جودة بيانات المسح
169	3-6 النقائص المنهجية لهاتين الدراستين
173	4-6 تحليل الاستبيانات مسح صحة أم و الطفل 1992 و مسح صحة الأسرة 2002
187	5-6 ملف الطفل
204	الخاتمة
الفصل السابع : خصائص الأسرة و ظروف السكن في الجزائر	
205	المقدمة
206	1-7 بنية الأسرة
218	2-7 تصنيف بيانات المسح EASM 2002 EASF و 1992
232	3-7 الأوضاع المادية للإسكان
234	4-7 المعدات والإسكان
236	5-7 إدارة الأسرة
240	الخاتمة
الفصل السابع : استعمال الخدمات الصحية	
242	المقدمة
244	1-8 استخدام الرعاية الصحية الوقائية
244	1-1-8 مراقبة الحمل
260	2-1-8 الرعاية المقدمة عند الولادة

266	3-1-8 الرضاعة الطبيعية للطفل
269	4.1.8 التطعيم
277	2-8 السلوك والمعاملة
281	3-8 التدابير واستخدام الرعاية العلاجية
293	الخاتمة

## الفصل التاسع : خصائص الأسرة و المسكن و صحة الأطفال

295	المقدمة
297	9.1 تطور المرضية والوفيات في المستشفى للأطفال دون سن خمس سنوات
305	2-9 خصائص الأطفال في عامي 1992 و 2002
309	3-9 محددات الاسهال بين الأطفال دون الخامسة
326	4-9 محددات التعرض لحادث بين الأطفال دون الخامسة
336	5-9 الأمراض المعدية لدى الأطفال
337	6-9 محددات سعال الأطفال دون سن الخامسة
346	الخاتمة
347	النتائج الرئيسية
355	الاستنتاج العام
357	قائمة المراجع الملاحق

## قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول
28	الجدول 1.2 : تطور الهيكل العمري للسكان في الجزائر في مختلف التعدادات.
41	الجدول 2.2 : تطور معدلات الخصوبة العامة حسب مكان الإقامة (1992-2002)
64	الجدول 1.3 : توزيع السكان الناشطين و المشتغلين و البطالين من 1966 حتي 2000
64	الجدول 2.3 : توزيع السكان الناشطين و المشتغلين و البطالين حسب فئة العمر سنة 2002 و 2007
67	الجدول 3.3 : تطور طلب العمل وفقا للفئات العمرية
71	الجدول 4.3 : المعامل الغذائية في ميزانيات الأسر الجزائرية بين 1967-2000
82	الجدول 1.4 : تطور المرافق الصحية بين عامي 1966 و 1972.
86	الجدول 2.4 : تطور المرافق الصحية بين عامي 1974 و 1990
90	الجدول 3.4 : تطور المرافق الصحية بين عامي 1992 و 2002.
94	الجدول 4.4 : تطور الأنشطة الصحية في القطاع العام
95	الجدول 5.4 : توزيع المرفق حسب المنطقة عام 2002
95	الجدول 6.4 : بعض المؤشرات الخاصة بالهياكل الأساسية في 2002
96	الجدول 7.4 : نسبة السكان حسب مقدمي الخدمات الطبية في 2002
98	الجدول 8.4 : توزيع العاملين في المجال الطبي حسب المنطقة ونوع الهيكل في 2002
99	الجدول 9.4 : النفقات الصحية لبعض الدول العربية عام 2002
100	الجدول 10.4 : مستوى نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في عام 2003 لبعض البلدان
160	الجدول 1.6 : توزيع السكان حسب الفئات العمرية و الجنس في 1992 و 2002
164	الجدول 2.6 : توزيع الأفراد حسب التصريح بالشهر وسنة الميلاد في 1992 و 2002
165	الجدول 3.6 : توزيع الأطفال (%) حسب شكل تصريح بتاريخ الميلاد في 1992
174	الجدول 4.6 : توزيع السكان حسب المرض الأول والثاني
178	الجدول 1.4.6 : توزيع أفراد الأسرة حسب نوع المرض والجنس
179	الجدول 5.6 : توزيع حالات المرض الأولى والثانية حسب الجنس وتأكيدها من طبيب
180	الجدول 6.6 : توزيع أسباب المرض الأول للأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات
180	الجدول 7.6 : توزيع الأفراد وفق الإعاقة
181	الجدول 8.6.أ : توزيع الأطفال الذين تم قياسهم
181	الجدول 8.6.ب : توزيع الأطفال حسب وضعية القياس
181	الجدول 8.6.ج : توزيع الأطفال و النساء حسب المقاييس الأونتروبوميترية
181	الجدول 8.6.د : توزيع بعض الإحصائية للأطفال أقل من ست سنوات
182	الجدول 8.6.هـ : توزيع بعض الإحصائية لنساء اعمارهن بين 15 إلى 54 سنة.
183	الجدول 9.6.أ : توزيع الاجابات وعدم الاجابات حسب بعض خصائص أفراد الأسرة.
183	الجدول 9.6.ب : توزيع قيم المتغير التعليم عام 2002

184	الجدول 1.10.6: توزيع قيم المتغير وضعية في العمل
185	الجدول 1.10.6 ب: التوزيع العمري للفئة التلميذ / الطالب
186	الجدول 1.11.6 أ: توزيع الايجابيات الخاصة بخصائص المسكن
187	الجدول 6.11.ب: الأسئلة المطروحة في 1992 ولم تدرج في 2002
188	الجدول 12.6: توزيع الردود على المتغيرات المتعلقة بالرعاية قبل الولادة
189	الجدول 13.6: توزيع الردود على المتغيرات الخاصة بالوضع
190	الجدول 14.6: توزيع الردود على المتغيرات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية
192	الجدول 15.6: توزيع الردود على المتغيرات المتعلقة الغذاء
193	الجدول 16.6: توزيع أمراض الطفولة و العلاج
195	الجدول 17.6: توزيع الردود على المتغيرات المتعلقة ببعض أمراض الطفولة.
196	الجدول 18.6: توزيع الردود على المتغيرات المتعلقة بالحوادث.
196	الجدول 19.6: توزيع الردود على الأعراض قبل الوفاة 1992
208	الجدول 1.1.7 أ: عدد العائلات حسب نوع العائلة من خلال تعداد 1998
209	الجدول 1.7.ب: عدد الأسر حسب نوع الأسرة في تعداد 1998
210	الجدول 1.2.7 أ: توزيع أفراد الأسرة حسب العلاقة مع رب الأسرة وجنسه و مكان الإقامة في 2002
211	الجدول 2.7.ب: توزيع الأسر حسب عدد والحالة الزوجية لأفراد الأسرة في 2002
213	الجدول 2.7.ج: توزيع الأسر المعيشية حسب نوع الأسرة
213	الجدول 2.7.د: توزيع الأسر حسب نواعها وعمر و جنس رب الأسرة في 1992 و 2002
214	الجدول 3.7: نسبة تسيير الأسرة حسب العمر والحالة المدنية
215	الجدول 1.4.7 أ: متوسط حجم الأسر حسب منطقة الإقامة في عامي 1992 و 2002
215	الجدول 4.7.ب: متوسط حجم الأسر حسب الجنس والفئة العمرية لرب الأسرة
216	الجدول 4.7.ج: متوسط حجم الأسرة حسب نوعها و جنس رب الأسرة
220	الجدول 1.5.7 أ: توزيع المساكن و فقا لبعض خصائص المسكن
221	الجدول 5.7.ب: توزيع المساكن و فقا لبعض خصائص المسكن -تابع
226	الجدول 1.6.7 أ: توزيع الأسر و فقا لخصائص أرباب الأسر (step wise) في عامي 1992 و 2002.
228	الجدول 6.7.ب: توزيع الأسر حسب خصائص السكن (step wise) في عامي 1992 و 2002.
231	الجدول 7.7: توزيع الأسر و فقا للمعدات والممتلكات السكن في عام 1992 و 2002.
234	الجدول 1.8.7 أ: معامل الانحدار اللوجيستي للمقومات المادية للمساكن

236	الجدول 8.7.ب : معامل الانحدار اللوجستي للمحددات التجهيز و الممتلكات
239	الجدول 8.7.ج : معاملات الانحدار اللوجستي للمقومات الأساسية لإدارة الأسرة حسب الجنس
239ب	الجدول 8.7.د: معاملات الانحدار اللوجستي للمقومات الأساسية لإدارة الأسرة حسب الجنس 1992
245	الجدول 1.8.1 : توزيع الولادات التي حدثت قبل خمس سنوات من الدراسة وفقا لأربعة مؤشرات ومكان الإقامة
246	الجدول 1.8.2 : توزيع الولادات حسب السبب الأول للإستشارة الطبية قبل الولادة و عدد من الزيارات
248	الجدول 1.8.ا : ترددات لبعض خصائص الأم
249	الجدول 1.8.ب : ترددات لبعض خصائص الأسرة والمسكن
251	الجدول 1.8.ج : استخدام الخدمات الصحية أثناء الحمل (مراقبة والعاملين في المجال الطبي) الأثر الصافي للمتغيرات
252	الجدول 1.8.د: زيارة ما قبل الولادة المبكرة وعدد الإستشارات خلال فترة الحمل لآخر ولادة خلال الخمس السنوات قبل المسح
253	الجدول 1.8.ا : معامل الانحدار اللوجستي للمحددات الأساسية للمراقبة الحمل لآخر ولادة خلال الخمس السنوات قبل المسح
254	الجدول 2.8.ب: معامل الانحدار اللوجستي للمحددات الأساسية للزيارة مبكرة في فترة الحمل لآخر ولادة خلال الخمس السنوات قبل المسح
255	الجدول 2.8.ج : معامل الانحدار اللوجستي للمحددات الأساسية للرعاية الطبية أثناء الحمل لآخر ولادة خلال الخمس السنوات قبل المسح
256	الجدول 2.8.د: معامل الانحدار اللوجستي للمحددات الخاصة بعدد الإستشارات خلال الحمل لآخر ولادة خلال الخمس السنوات قبل المسح
257	الجدول 3.8.ا : توزيع الولادة الأخيرة التي حدثت خلال خمس سنوات قبل المسح وفقا لظروف الوضع
259	الجدول 3.8.ب : خصائص الوضع خارج المستشفى للولادة الأخيرة خلال الخمس سنوات قبل المسح
260	الجدول 3.8.ج : الوضع داخل مؤسسة طبية حسب بعض الخصائص
262	الجدول 3.8.د: معامل الانحدار اللوجستي لمحددات مكان الميلاد لآخر ولادة خلال الخمس السنوات قبل المسح
268	الجدول 4.8.ا : توزيع الرضاعة الطبيعية ومدها و وفقا لبعض الخصائص
269	الجدول 4.8.ب : معامل الانحدار اللوجستي لمحددات الرضاعة الطبيعية ومدها لآخر ولادة خلال الخمس السنوات قبل المسح
270	الجدول 5.8.ا : رزنامة التلقيح في الجزائر
272	الجدول 5.8.ب: توزيع والخطر النسبي للأطفال المحصنين في عام 2002
273	الجدول 5.8.ج : توزيع الأطفال استفادوا من تلقيح واحد على الأقل حسب العمر ومكان القامة 2002
274	الجدول 5.8.د : معامل الانحدار اللوجستي للمقومات الأساسية للتحصين في 2002
275	الجدول 5.8.هـ : توزيع الأطفال اعمارهم أكثر من 12 شهرا محصنين كليا 2002
276	الجدول 5.8.ل : معامل الانحدار اللوجستي للمقومات الأساسية للتحصين الكامل للأطفال اعمارهم أكثر من 12 شهرا في 2002

279	الجدول 6.8.1: توزيع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 إلى 2 سنة وفقا لبعض المواد الغذائية و صحتهم 2002
280	الجدول 6.8.ب: توزيع الأطفال المصابين و الغير مصابين بالاسهال حسب الغذاء 2002
283	الجدول 7.8.أ: توزيع الاطفال المرضى حسب مكان العلاج
283	الجدول 7.8.ب: اسباب عدم استشارة 2002
286	الجدول 7.8.ج: استخدام الخدمات الصحية وفقا لبعض المتغيرات
287	الجدول 7.8.د: معامل الإنحدار اللوجستي لتحديد استخدام الخدمات الصحية (العامة والخاصة) في عام 1992
289	الجدول 7.8.هـ: العلاج الحديث لسعال و فق بعض المتغيرات
290	الجدول 7.8.ل: معاملات الإنحدار اللوجستية لمحددات العلاج الحديث لسعال.
300	الجدول 1.9: التوزيع الشهري للإستشفاءات و الوفيات سنة 2004
304	الجدول 2.9: توزيع الشهري للإستشفاءات و الوفيات بالإلتهابات التنفسية سنة 2004
305	الجدول 3.9.1.أ: توزيع آخر ولادة وفقا للخصائص الفردية للطفل والأم
306	الجدول 3.9.1.ب: توزيع الولادات التي حدثت خلال الخمس السنوات قبل المسح حسب عمر الأم و رتبة الولادة
306	الجدول 3.9.1.ج: توزيع آخر الولادة وقعت خلال الخمس سنوات قبل المسح وفقا للعوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية
307	الجدول 3.9.1.د: متوسط عمر الأم و متوسط عدد الأطفال حسب مستوى تعليم الأم
307	الجدول 3.9.1.هـ: توزيع الأسر حسب متوسط عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات وحجم الأسرة
308	الجدول 3.9.1.و: متوسط عدد الغرف و الأشخاص حسب مكان الإقامة
314	الجدول 3.9.أ: توزيع الأطفال الذين يعانون من الاسهال وفقا للمتغيرات البيولوجية و الديمغرافية.
316	الجدول 3.9.ب: توزيع الأطفال المصابين بالاسهال حسب النوع الأسرة و مكوناتها
318	الجدول 3.9.ج: توزيع الأطفال المصابين بالاسهال حسب بعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية.
320	الجدول 3.9.د: توزيع الأطفال المصابين بالاسهال حسب العوامل البيئية
321	الجدول 3.9.هـ: توزيع الأطفال الذين يعانون من الاسهال حسب المنطقة الجغرافية
322	الجدول 3.9.ل: توزيع الأطفال الذين يعانون من الاسهال حسب التقسيم الجغرافي الجديد
323	الجدول 3.9.1.أ: معامل الانحدار اللوجستي لمحددات الإصابة بنوبات الإسهال في عام 2002
324	الجدول 3.9.1.ب: معامل الانحدار اللوجستي لمحددات الإصابة بنوبات الإسهال في عام 1992
327	الجدول 4.9.أ: خصائص الحوادث حسب جنس الطفل في عام 1992
329	الجدول 4.9.ب: توزيع الخطر النسبي للأطفال ضحايا حادث حسب العمر والجنس في عام 1992

331	الجدول 4.9.ج : توزيع الخطر النسبي للأطفال ضحايا حادث حسب العمر ومكان الإقامة في عام 1992
333	الجدول 4.9.د : توزيع الخطر النسبي للأطفال ضحايا حادث حسب بعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية في عام 1992.
334	الجدول 4.9.هـ : توزيع الخطر النسبي للأطفال ضحايا حادث حسب المنطقة ومكان الإقامة في عام 1992
335	الجدول 4.9.ل : معامل الانحدار اللوجيستي لمحددات الإصابة بحادث في عام 1992
336	الجدول 5.9.ا : نسبة الأطفال الذين يعانون من بعض الأمراض
338	الجدول 6.9.ا : توزيع الأطفال دون سن الخامسة المصابين بالسعال حسب العوامل البيولوجية و الديمغرافية
340	الجدول 6.9.ب : توزيع الأطفال الذين يعانون من السعال حسب نوع الأسرة و مكوناتها
341	الجدول 6.9.ج : توزيع الأطفال الذين يعانون من السعال وفقا للعوامل البيئية
342	الجدول 6.9.د : توزيع الأطفال الذين يعانون من سعال حسب المنطقة الجغرافية (التقسيم الجديد الجغرافي)
345	الجدول 7.9 : معامل الانحدار اللوجيستي لمحددات الإصابة بالسعال

## قائمة الأشكال

رقم	عنوان المنحنى
25	المنحنى 1.2: تطور عدد سكان الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1856 الى 1954
26	المنحنى 2.2: تطور عدد سكان الجزائر من 1962 الى 1998
29	المنحنى 3.2: تطور البنية حسب العمر لتعداد 1966 و تعداد 1998
32	المنحنى 4.2: تطور معدل الخام للوفيات من 1961 الى 2006
33	المنحنى 5.2: تطور معدل وفيات الرضع حسب مسح 1970 و الحالة المدنية من 1962 الى 1969
34	المنحنى 6.2: تطور معدل وفيات الرضع حسب مسحي 1992 و 2002 و الحالة المدنية
35	المنحنى 7.2: تطور معدل وفيات الرضع حسب الحالة المدنية من 1964 الى 2006
39	المنحنى 8.2: تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة خلال الفترة الممتدة بين 1970 و 2006
47	المنحنى 9.2: تطور معدلات الخام للوفاة و الولادة و المعدل الطبيعي لنمو السكان من 1901 الى 2006
50	المنحنى 1.3: تطور معدل التحضر في الجزائر
66	المنحنى 2.3: تطور المؤشرات الخاصة بالعمل ( الطلب , العرض , توظيف)
67	المنحنى 3.3: هيكل مناصب العمل حسب قطاع النشاط
72	المنحنى 4.3: تطور مؤشرات بعض الاحتياجات
78	المنحنى 1.4: تطور عدد حالات بعض الأمراض خلال الفترة الممتدة من 1912 و 1955 في الجزائر
80	المنحنى 2.4: تطور التلقيح ضد الجدري و تيفونيد و تيفوس بين 1945 و 1955
84	المنحنى 3.4: توزيع ولايات حسب المناطق الصحية ، الجزائر 2001
91	المنحنى 4.4: تطور عدد الأطباء و الصيادلة و جراحي الأسنان
92	المنحنى 5.4: تطور عدد السكان لكل طبيب , صيدلي , جراح الأسنان
105	المنحنى 6.4: تطور الأمراض المعدية ذات التصريح الإجباري من 1963 الى 2005
106	المنحنى 7.4: تطور الأمراض المتنقلة عبر المياه من 1963 الى 2005
108	المنحنى 1.8.4: تطور أمراض البرنامج الممتد لتطعيم من 1963 الى 2005
110	المنحنى 8.4.ب: تطور الأمراض المعدية ذات التصريح الإجباري من 1963 الى 2005
113	المنحنى 9.4: تطور أهم الأمراض المزمنة من 1990 الى 2002
130	المنحنى 1.5: النموذج النظري الذي يبين اثر خمس فئات من المتغيرات و العوامل الاجتماعية والاقتصادية في معدلات اعتلال ووفيات الأطفال
161	المنحنى 1.6: الفرق بين التوزيع المصحح و التوزيع المتجانس حسب العدد الأخير في العمر الإناث
162	المنحنى 2.6: الفرق بين التوزيع المصحح و التوزيع المتجانس حسب العدد الأخير في العمر الذكور
163	المنحنى 3.6.أ: الهرم العمري حسب مسح 1992
163	المنحنى 3.6.ب: الهرم العمري حسب مسح 2002
166	المنحنى 4.6: متوسط عدد الأطفال حسب عمر الأم
167	المنحنى 5.6: توزيع وفيات الشهر الأول بالأيام حسب مسح 1970 و 1992 و 2002
168	المنحنى 6.6: توزيع وفيات قبل سنتين بالشهر حسب مسح 1992 و 2002
169	المنحنى 7.6: الأقصاء و البتر
170	المنحنى 8.6: جيل ولادات حسب عمر الأم عند ولادة الطفل

173	المنحى 9.6 : تطور نسبة الذكورة حسب العمر في 1992 و 2002
191	المنحى 10.6 : توزيع الطفل أقل من 6 سنوات حسب مدة الرضاعة
194	المنحى 11.6.أ: مدة السعال في 1992 و 2002
195	المنحى 11.6.ب: مدة الإسهال في 1992 و 2002
197	المنحى 12.6.أ: توزيع أوزان الأطفال حسب عدده الأخير
198	المنحى 12.6.ب: توزيع طول الأطفال حسب عدده الأخير
199	المنحى 13.6.أ: مقارنة طول الوسيط حسب العمر لمعطيات المسحين و الجدول المرجعي للمنظمة العالمية لصحة للإناث من 0 الى 24 شهرا
199	المنحى 13.6.ب: مقارنة طول الوسيط حسب العمر لمعطيات المسحين و الجدول المرجعي للمنظمة العالمية لصحة ذكور من 0 الى 24 شهرا
200	المنحى 13.6.ج: مقارنة طول الوسيط حسب العمر لمعطيات المسحين و الجدول المرجعي للمنظمة العالمية لصحة اناث من 24 الى 59 شهرا
201	المنحى 13.6.د: مقارنة طول الوسيط حسب العمر لمعطيات المسحين و الجدول المرجعي للمنظمة العالمية لصحة ذكور من 24 الى 59 شهرا
202	المنحى 14.6.أ: مقارنة الوزن الوسيط حسب العمر لمعطيات المسحين و الجدول المرجعي للمنظمة العالمية لصحة ذكور
202	المنحى 14.6.ب: مقارنة الوزن الوسيط حسب العمر لمعطيات المسحين و الجدول المرجعي للمنظمة العالمية لصحة اناث
217	المنحى 1.7 : توزيع افراد الأسرة اعمارهم 10 سنوات على الأقل حسب المستوى التعليمي و الجنس
218	المنحى 2.7 : توزيع ارباب الأسرة حسب المستوى التعليمي و الجنس
219	المنحى 3.7 : خصائص ارباب الأسرة في 1992 و 2002
222	المنحى 4.7 : توزيع الأسر حسب التجهيزات الكهرومنزلية في 1992 و 2002
223	المنحى 5.7 : توزيع الأسر حسب الممتلكات المتوفرة لديها في 1992 و 2002
227	المنحى 6.7 : توزيع الأسر حسب خصائص المسكن في فئتي التصنيف حسب الطريقتين
230	المنحى 7.7 : توزيع الأسر حسب التجهيزات و الممتلكات في فئتي التصنيف حسب الطريقتين
247	المنحى 1.8 : توزيع النساء الواتي استفدنا من 4 زيارات على الأقل حسب سبب الإستشارة الأولى
281	المنحى 2.8 : متوسط وزن الأطفال حسب العمر بالشهور في 2002
298	المنحى 1.1.9 : تطور المرضية و الوفاة بالإسهال
299	المنحى 1.9.ب : تطور المرضية بالإسهال في المستشفى حسب المناطق الجغرافية
300	المنحى 1.9.ج : تطور الوفاة بالإسهال في المستشفى حسب المناطق الجغرافية

302	المحنى 9.2.1 : تطور المرضية و الوفاة بالإلتهابات التنفسية
303	المحنى 9.2.ب : تطور المرضية بالإلتهابات التنفسية في المستشفى حسب المناطق الجغرافية
304	المحنى 9.2.ج : تطور الوفاة بالإلتهابات التنفسية في المستشفى حسب المناطق الجغرافية
312	المحنى 9.3 : تطور الإسهال حسب عمر الطفل في 1992 و 2002 و 2006
325	المحنى 9.4 : توزيع الولادة الأخيرة للخمس سنوات قبل المسح حسب نوع الأسرة و عدد المرضى في الأسرة في 2002
328	المحنى 9.5.1 : انواع حوادث الأطفال دون سن خمس سنوات في 1992
329	المحنى 9.5.ب : انواع حوادث الأطفال دون سن خمس سنوات في سويسرا 1993

## LISTE des sigles

Sigle	Définition	Sigle	Définition
Typ	Typhoïde	Roug	Rougeole
Dys	Dysenterie	TYEX	Typhus exarte
Dip	Diphthérie	Pal	Paludisme
Coq	Coqueluche	Chol	Choléra
Men	Méningite	HEPV	Hépatite virale
Tet	Tétanos	HVA	Hépatite virale A
Pol	Poliomyélite	HVB	Hépatite virale B
TNN	Tétanos néo-natal	HVC	Hépatite virale C
PFA		ONS	Office National des Statistiques
MSPRH	Ministère de la Santé, Population et Réforme Hospitalière		

## Annexe 1: Evolution de l'espérance de vie à la naissance

Année	Homme	Femme
1970	52,6	52,8
1980	55,9	58,8
1985	62,7	64,2
1991	66,9	67,8
1996	66,8	68,4
1998	72,8	70,5
2000	71,5	73,4
2001	71,9	73,6
2002	72,5	74,4
2006	74,6	76,7

Source: MSPRH, 2002

## Annexe n° 2: Evolution des effectifs de la population active, occupées, en chômage et le taux de chômage entre 1966 et 2007

Année	Active	Occupée	Chômeurs	Taux Chômage
1966	2564633	1720680	843953	32,9
1977	3049952	2336263	713689	23,4
1987	5341102	4139354	1201748	22,5
1994	6814000	5154000	1660000	24,36
1998	8326000	5993000	2333000	27,96
2000	8860000	6316000	2544000	28,71
2001	8568221	6228772	2339449	27,3
2003	8762326	6684056	2078270	23,7
2004	9469946	7798412	1671534	17,7
2005	9942508	8044220	1448288	15,3
2007	9968906	8594243	1374663	13,8
Source: ONS				

Annexe 3 : Quelques cadres conceptuel pour l'étude des déterminants de la mortalité des enfants

Auteurs et date	Âges concernés	Régions	Objectifs généraux	Variables privilégiées	Niveaux d'approche
MEEGAMA (1980)	néonatale postnéonatale juvénile	Sri Lanka et les pays pauvres	Identification des mécanismes reliant les grandes causes de mortalité aux facteurs sociaux, économiques politiques et sanitaires.	Pauvreté et malnutrition	Communauté ménage et individu
MOSLEY et CHEN (1984)	Mortalité des enfants	Pays du Sud	Relations entre les déterminants socio-économiques (individuels et collectifs), cinq groupes de variables intermédiaires, la morbidité et la mortalité.	Synergie malnutrition/ infection	Du collectif à l'individu
GARENNE et VIMARD (1984)	Mortalité des enfants	Pays du Sud	Relations entre cinq grands types et niveaux décroissants de variables: "discriminant, indépendant, intermédiaire, déterminant (cause de décès) et dépendant (niveau de mortalité)"	Aucune	Du collectif à l'individu
AKOTO (1985)	Infantile Juvenile	Afrique Subsaharienne	Mécanismes et variables conduisant des déterminants socio-économiques et culturels à la morbidité et à la mortalité.	Les variables culturelles d'environnement et de nutrition	Ménage et individu
PALLONI (1985b)	Mortalité des enfants	Amerique Latine et Sud	Description de la chaîne des événements et des facteurs (alimentaires et sanitaires) conduisant à la maladie et à la mort.	La déficience alimentaire et les variables sanitaires	Individuel et collectif
BABIERI (1991a)	Mortalité des enfants	Pays du Sud	Description de la chaîne conduisant des déterminants contextuels à l'exposition au risque, la résistance, la maladie, la thérapie et la mort	Les variables culturelles d'environnement	Du sociétal au ménage et à l'enfant
MILLARD (1994)	Mortalité des enfants	Mexique rural et les pays du Sud	Mécanisme de causalité (avec trois niveaux successifs: ultime, intermédiaire et proche) conduisant à la synergie morbidité/malnutrition et à la mortalité.	Système alimentaire et malnutrition	Du sociétal au ménage et à l'enfant
LALOU et LEGRAND (1995)	Mortalité des enfants	Pays du Sud	Mécanisme de causalité par opposition entre ville et village et conduisant à la maladie et la mort.	Les variables culturelles d'environnement et de nutrition	Localité, ménage et individu

Annexe 3: Quelques indicateurs socio-économiques de 2000 à 2006

Désignation	2003	2004	2005	2006
Le produit intérieur brut ( en million de DA )	5 247 482,8	6 135 917,0	7 543 965,3	8 460 499,9
La production intérieure brute ( en million de DA )	4 695 193,3	5 532 698,3	6 909 196,3	7 783 296,3
Taux de croissance en %				
de la PIB (en volume)	7,2	5,3	5,3	1,6
du PIB (en volume)	6,9	5,2	5,1	1,8
de l'indice des prix à la consommation	2,6	3,6	1,6	2,5
de la production industrielle (public national)	1,1	0,41	1,6	-0,3
des prix à la production industrielle (public national)	3,8	4,41	3,5	2,4
des prix à la production industrielle (Secteur privé)	0,6	1,5	2,2	1,9
des prix de gros des fruits et légumes	4,2	2,1	1,7	5,9
des prix de gros des fruits frais	8,8	7,1	-3,3	-1,8
des prix de gros des légumes frais	14,7	-14,2	25,4	2,3
de la production agricole (en volume)	19,7	3,11	1,9	4,9
PNB / Habitant (en USD)	2 051,8 <sup>1</sup>	2 522,41	2 985,91	3 346,3
Solde de la balance commerciale (FOB/FOB en 10 <sup>6</sup> \$ US)	11 138	14 271	26 470 <sup>1</sup>	34 060
Solde de la balance des paiements (en 10 <sup>6</sup> \$ US)	7 469	9 251	16 940	17 670
Taux de change moyen pondéré (1USD = ... DA)	77,3947	72,0603	73,35961	72,6466
Taux de change moyen pondéré (1Euro = ... DA)	87,4291	89,6198	91,3179	91,2231
Solde global du Trésor (en milliard de DA)	489,61	439,01	896,61	895,8
Monnaie et quasi-monnaie M2 (en 10 <sup>9</sup> DA)	3 354,4	3 738,00	4 157,61	5 015,3
Encours de la dette extérieure/ recettes d'exportations	0,9	0,64	0,35	0,1
Service de la dette extérieure / recettes d'exportations (en %)	16,8	16,6	12	23,3

Taux d'accroissement naturel de la population en ‰	15,8	16,3	16,9	17,8
Population au milieu de l'année (en 10 <sup>3</sup> )	31 848	32 364	32 906	33 481
Taux d'activité en % <sup>2</sup>	27,811	29,641	29,18	30,51
Taux d'activité en % <sup>3</sup>	39,81	42,13	40,98	42,46
Taux de chômage en %	23,72*	17,65**	15,26***	12,27****

Source: ONS, Statistiques, [http://www.ons.dz/them\\_sta.htm](http://www.ons.dz/them_sta.htm) consulté le 30/07/2008

#### Annexe 4 : Répartition des poids et taille des enfants selon le chiffre terminant la mesure

Chiffre	Poids				Taille			
	1992		2002		1992		2002	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
0	38,54%	38,79%	23,98%	23,65%	79,64%	78,47%	55,70%	56,32%
1	3,90%	3,58%	9,73%	9,27%	1,58%	1,44%	8,46%	8,23%
2	6,42%	5,04%	11,49%	10,83%	1,67%	1,98%	10,00%	10,26%
3	4,54%	5,04%	7,58%	8,61%	0,88%	0,67%	4,47%	4,68%
4	4,63%	4,95%	6,59%	8,65%	0,74%	0,90%	3,51%	2,88%
5	25,80%	26,23%	13,34%	12,24%	13,36%	14,34%	10,96%	11,52%
6	3,62%	3,32%	7,19%	6,83%	0,70%	0,49%	1,62%	1,44%
7	3,21%	4,20%	6,54%	6,92%	0,56%	0,81%	2,41%	2,25%
8	5,09%	5,31%	7,36%	6,43%	0,56%	0,58%	1,58%	1,39%
9	4,26%	3,54%	6,20%	6,57%	0,32%	0,31%	1,27%	1,03%
Valide	2182	2261	2323	2254	2156	2225	2280	2223
Valeurs manquantes	9,01%	8,76%	9,29%	9,11%	10,09%	10,17%	10,98%	10,36%
Effectif	2398	2398	2561	2480	2398	2477	2559	2480

Source : EASME 1992 et EASF 2002

## Annexe 5: Les Régions sanitaires

### **Région sanitaire Est**

Constantine Oum El Bouaghi Batna Tebesse Jijel Setif Skikda Annaba  
Guelma M'sila EL Taref Khenchela Souk Ahras Mila

### **Région sanitaire Centre**

Alger Chlef Béjaia Blida Bouira Tizi Ouzou Djelfa Médéa Bordj Bou  
Arreridj Boumerdes Tipaza Ain Defla

### **Région sanitaire Ouest**

Oran Tlemcen Tiaret Saida Sidi Bel Abbas Mostaganem Mascara  
Tissemsilt Ain Temouchent Rélizane

### **Région Sud Ouest**

Béchar Adrar El Bayadh Naama

### **Région Sud Est**

Ouargla Biskra Tamanrasset Illizi El Oued Ghardaia Laghouat

Annexe 6: Evolution du taux brut de la natalité, mortalité et taux de croissance naturel

Année	TBN	TBM	Taux accrsst	Année	TBN	TBM	Taux accroisst
1901-05	37,8	32,8	5	1989	30,7	6	24,7
1906-10	35,5	30,5	5	1990(*)	30,94	6,03	24,91
1911-15	35,3	27,4	7,9	1991(*)	30,14	6,04	24,1
1916-20	34,9	31,4	3,5	1992(*)	30,41	6,09	24,32
1921-25	37,2	29,4	7,8	1993(*)	28,22	6,25	21,97
1926-30	42,3	26,6	15,7	1994(*)	28,24	6,56	21,68
1931-35	43,4	25,3	18,1	1995(*)	25,33	6,43	18,9
1936-40	42,1	25,1	17	1996(*)	22,91	6,03	16,88
1941-45	42,9	43,1	-0,2	1997(*)	22,51	6,12	16,39
1946-50	42,2	32,2	10	1998(*)	20,58	4,87	15,71
1951-55	47,4	20,6	26,8	1999(*)	19,82	4,72	15,1
1956-60	45,6		45,6	2000(*)	19,36	4,59	14,77
1961-65	48,5	14,6	33,9	2001(*)	20,03	4,56	15,47
1967-71	49,2	16,7	32,5	2002(*)	19,68	4,41	15,27
1972-76	46,7	15,6	31,1	2003(*)	20,36	4,55	15,81
1977-81	44,1	12,3	31,8	2004(*)	20,67	4,36	16,31
1982-86	39,1	8,4	30,7	2005(*)	21,36	4,47	16,89
1987	34,6	7	27,6				
1988	33,9	6,6	27,3	2006(*)	22,07	4,3	17,77

Source: Kouaouci, 1992, p. (\*) www.ons.dz

Annexes 7.a: Calcul de l'indice de Myers

U	EASME 1992						EASF 2002					
	Total	Su	S'u	Au	Bu	Ru	Total	Su	S'u	Au	Bu	Ru
0	<b>2252</b>	1780	1207	12643	9,90	-0,10	13071	11245	8365	86529	10,15	0,15
1	<b>2304</b>	1804	1186	13096	10,26	0,26	12368	10478	7645	82116	9,63	-0,37

2	<b>2258</b>	1740	1180	13480	10,56	0,56	12807	10901	7925	88179	10,34	0,34
3	<b>2053</b>	1564	1003	12274	9,61	-0,39	11904	9869	6972	81310	9,54	-0,46
4	<b>2038</b>	1523	1025	12740	9,98	-0,02	12167	10045	6979	85117	9,98	-0,02
5	<b>2011</b>	1387	903	11934	9,35	-0,65	11912	9711	6791	85429	10,02	0,02
6	<b>2010</b>	1390	911	12463	9,76	-0,24	11704	9283	6249	83727	9,82	-0,18
7	<b>1977</b>	1388	863	12830	10,05	0,05	11802	9238	6027	85959	10,08	0,08
8	<b>1915</b>	1298	849	12531	9,81	-0,19	11953	9159	5983	88416	10,37	0,37
9	<b>2017</b>	1369	860	13690	10,72	0,72	11425	8585	5596	85846	10,07	0,07
Total				<b>127681</b>						852630		

Myers 1992 =  $\sum |Ru| = 3,17$     Myers 2002 =  $\sum |Ru| = 2,06$

Annexe 7.b : Indice de Myers selon le sexe

	EASME 1992						EASF 2002					
	Masculin			Féminin			Masculin			Féminin		
	Total	Su	S'u	Total	Su	S'u	Total	Su	S'u	Total	Su	S'u
<b>0</b>	2252	1780	1207	2255	177 8	1220	6546	5617	4131	6527	5631	4237
<b>1</b>	2304	1804	1186	2117	162 4	1072	6305	5346	3878	6060	5129	3765
<b>2</b>	2258	1740	1180	2199	167 1	1134	6453	5492	3976	6351	5406	3947
<b>3</b>	2053	1564	1003	1985	145 3	946	5953	4950	3486	5950	4918	3485
<b>4</b>	2038	1523	1025	2093	154 7	1007	6146	5079	3510	6021	4966	3469
<b>5</b>	2011	1387	903	2046	149 4	989	5970	4820	3355	5944	4893	3438
<b>6</b>	2010	1390	911	1997	144 4	945	5900	4649	3127	5805	4634	3123
<b>7</b>	1977	1388	863	1980	140 1	948	5966	4592	2987	5836	4646	3039
<b>8</b>	1915	1298	849	1839	122 5	782	6008	4605	3038	5946	4555	2946

9	2017	1369	860	1829	127 5	836	5848	4402	2885	5578	4184	2712
---	------	------	-----	------	----------	-----	------	------	------	------	------	------

### Annexe 7 : Evolution des effectifs et ratios du personnel médical

Année	Effectif			Nombre d'habitants par		
	Médecin	Pharmaciens	Chir.Dentiste	Médecin	Pharmacien	Ch.Dentiste
1970	1760		255	7562		52192
1971	1885	338	274	7289	40648	50142
1972	1985	354	308	7139	40031	46010
1973	2467	396	372	5938	36992	39379
1974	2672	542	494	5675	27978	30696
1975	3212	901	617	4909	17501	25556
1976	3875	805	763	4245	20435	21560
1977	4321	906	933	3948	18828	18283
1978	5363	1047	1137	3282	16810	15479
1979	6346	1051	1426	2855	17240	12706
1980	8512	1105	1691	2193	16892	11038
1981	9359	1141	1936	2058	16882	9949
1982	9916	1175	2144	2005	16922	9274
1983	11378	1194	2310	1804	17188	8884
1984	12132	1286	2435	1746	16474	8700
1985	13221	1359	2750	1654	16088	7950
1986	15361	1584	3754	1466	14212	5997
1987	17760	1752	5648	1303	13207	4097
1988	19814	1811	6097	1200	13133	3901
1989	21467	1839	6892	1137	13273	3542
1990	23550	2134	7199	1063	11725	3476
1991	24791	2575	7563	1034	9958	3391
1992	25304	2984	7833	1038	8804	3354

1993	25491	3189	7885	1055	8433	3411
1994	25796	3425	7763	1066	8028	3542
1995	27317	3691	8056	1027	7602	3483
1996	27652	3866	7837	1033	7389	3645
1997	28344	4022	7966	1025	7222	3646
1998	29970	4299	7954	985	6864	3710
1999	30962	4600	8062	968	6514	3717
2000	32332	4814	8197	941	6318	3711
2001	33654	4976	8408	918	6206	3673
2002	35368	5198	8618	887	6033	3639
Source: ONS, Rétrospective statistique 1970-2002						

Annexe 8.a: Evolution de quelques maladies (variole, typhus et typhoïde)  
avant l'indépendance

Année	Variole	Typhus	Typhoïde	Année	Variole	Typhus	Typhoïde
-------	---------	--------	----------	-------	---------	--------	----------

1912	566			1933	29	883	799
1913	397			1934	19	369	669
1914	538			1935	19	597	557
1915	227			1936	18	1145	795
1916	165			1937		3208	
1917	669			1940		2287	1102
1918	746			1941	1034	12248	
1919	553			1942	1093	33255	
1920	1063	1056		1943		7730	2115
1921	597	6841		1944		1554	
1922	166	1210		1945	334	1116	1823
1923	96	1635		1947	533	506	1705
1924	455	471		1948	422	206	1005
1925	1747	537		1949	314	99	930
1926	2473	311	837	1950	146	118	1030
1927	4336	909	937	1951	102	107	853
1928	383	659	771	1952	86	86	891
1929	137	168	563	1953	56	55	776
1930	34	188	622	1954	67	29	546
1931	21	190	545	1955	73	17	617
1932	13	395	853				

Annexe 8.b : Evolution de la vaccination de 1945 à 1955

Année	variole	typhique	typhoïde
1945			29037
1946	689925	115960	29485
1947	592612	130900	31014
1948			
1949		51669	
1950	1209819	16222	17278

1951	1277795	12814	4900
1952	1210115	11035	32300
1953			
1954			
1955	1744302	2393	8307

Annexe 9.a: Evolution des maladies à déclaration obligatoire de 1963 à 1984

Année	TYP	DYS	DIP	COQ	MEN	TET	POL	ROUG	Rage	TYEX	PAL	CHOL	HEPV
1963	1073	150	381	591	227	58	75	902		20			
1964	999	819	445	762	245	98	163	1360	3	25	2445		
1965	1149	789	517	1280	234	139	321	2209	20	38	5179		
1966	1053	676	476	1359	233	102	315	1695	24	8	4951		
1967	986	1480	531	1775	478	114	377	2337	15	46	5064		
1968	1155	792	498	2208	1328	122	348	3729	12	22	12630		
1969	759	725	496	1201	1230	136	228	3733	6	34	8602		
1970	835	452	557	1254	1760	125	232	3800	14	17	4002		
1971	1141	670	359	1470	1489	82	180	3631	7	46	1541	1332	
1972	1346	549	244	1968	11739	103	221	5253	13	15	1940	646	
1973	1346	860	232	790	1254	37	93	4541	3	1	3237	605	
1974	2125	1067	329	965	995	72	26	10517	38	7	1095	733	

Annexe 9.a: Evolution des maladies à déclaration obligatoire de 1963 à 1984 (suite)

Année	TYP	DYS	DIP	COQ	MEN	TET	POL	ROUG	Rage	TYEX	PAL	CHOL	HEPV
1975	3081	2344	850	11879	1018	81	317	8899	6	5	169	1856	
1976	4746	2689	282	2862	837	78	778	15646	58	2	90	286	1420
1977	3950	2538	169	666	889	79	40	12015	80		58	262	1494
1978	2767	2982	108	280	1008	85	106	10696	115		30	220	2804
1979	3902	5786	73	482	2450	81	72	14937	42		74	2541	6346
1980	3575	6478	28	710	802	86	116	5527	76		36	1002	6201
1981	3245	10306	25	967	1928	94	114	20849	18		67	815	8206
1982	1978	12393	16	573	821	63	71	29584	4		71	6847	5589

1983	5942	9902	65	380	972	79	132	22126	14		42	216	6037
1984	4924	6978	3	814	1003	74	108	22553	13		32	45	3249

Annexe 9.b: Evolution des maladies à déclaration obligatoire de 1985 à 2005

Année	CHOL	TYP	DYS	HEPV	HVA	HVB	HVC	DIP	COQ	TET	TNN	PFA	Polio
1985	5	4762	4690	5168				11	333	79			66
1986	4587	2798	2648	3161				11	23	71			29
1987	1636	2939	3460	4681				18	69	72			35
1989	393	1640	1889	3078				4	22	63		18	
1990	1296	2828	1744	3775				30	23	38		2	
1991	131	3188	1422	2199				9	16	42			
1992	100	2489	1986	3485				23	25	44			1
1993	17	2440	2106	3185				296	44	57			1
1994	130	4530	2560	2466				972	4	51			4
1995	5	4597	3295	3362				991	12	34			5
1996		4529	2838	3184				170	9	26			7
1997		4834	2892	4248				62	32	33		65	
1998		2676	3152	3378				57	13	28		88	
2000		2805	2616	2704				3	32	12	6	81	
2001		2077	2829		1285	1080	340	3	141	14	5	127	
2002													
2003		1110	1932		654	1009	417	7	17	5	2	56	
2004		1203	1485		681	1003	421	8	68	7	5	78	
2005		918	1460		903	1083	639	3	55	6	9	64	

Annexe 10.a : Classification des ménages selon l'équipement électro-ménagers

et les biens disponibles dans le logement en 2002

Equipements/bien	Nuée Dynamique		Step wise	
	Classe 1	Classe 2	Classe 1	Classe 2
Radio	60,92	92,96	88,31	53,62

Télévision	89,68	99,34	99,13	86,81
Vidéo	5,75	46,51	27,98	3,54
Parabole	42,32	90,92	85,78	30,16
Réfrigérateur	80,32	99,47	99,47	74,40
Chauffage	35,87	85,68	80,09	23,60
Cuisinière	56,23	95,82	94,12	44,95
Chauffe eau	9,55	68,96	49,55	2,05
Machine à coudre	22,11	62,71	51,07	16,08
Ventilateur	26,34	72,12	61,32	18,24
Téléphone	19,62	78,64	67,28	7,73
Machine à laver	4,14	59,84	35,81	0,38
Climatiseur	1,90	38,35	20,88	0,41
Moto-scooter	2,59	17,41	7,73	3,44
Voiture	13,62	54,44	38,58	9,89
Cheptel/volaille	16,38	6,25	7,82	18,64
Terre/logement	21,93	17,84	18,46	22,85
Locaux équipement	3,90	28,34	16,46	3,00

Annexe 10.b:La classification des ménages selon certaines caractéristiques du chef de ménage en utilisant (la méthode des nuées dynamique) en 2002

الخصائص	القيم	الفئة 1		الفئة 2		الفئة 3	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
المستوى التعليمي	متعلم	1179	42,62	462	22,85	9197	63,77
	أمي	1587	57,38	1560	77,15	5226	36,23
العمر	-50	1418	51,27	594	29,38	7938	55,04
	50&+	1348	48,73	1428	70,62	6485	44,96
النشاط الاقتصادي	مشتغل - متقاعد	0	0,00	896	44,31	14423	100,00
	لا يشتغل غير متقاعد	2766	100,00	1126	55,69	0	0,00
الجنس	ذكور	2711	98,01	0	0,00	14383	99,72
	اناث	55	1,99	2022	100,00	40	0,28

الحالة المدنية	أ+م+ع	150	5,42	1928	95,35	2491	17,27
	متزوج	2616	94,58	94	4,65	14010	97,14
عدد المشتغلين في الأسرة	Noc<=1	2505	90,56	1556	76,95	10886	75,48
	Noc>1	261	9,44	466	23,05	3537	24,52

Annexe 11.a : Evolution des hospitalisés et décès

Année	Toutes causes		Diarrhée		IRA	
	Hospitalisé	Décès	Hospitalisé	Décès	Hospitalisé	Décès
1995	124435	8526	19787	1500	29035	1283
1996	106371	7995	16033	1096	23233	1034
1997	113842	8095	19351	1342	27797	1139
1998	104118	6694	16372	954	26550	1006
1999	134494	8724	21692	1374	37571	1106
2000	122410	8401	16541	867	29035	893
2001	139698	9805	19324	848	37948	1094
2002	138637	9222	17487	631	33296	1018
2003	160432	9364	20097	652	44758	1056
2004	166362	10297	22473	567	40962	983
2005	171821	8779	20636	470	45978	980

Annexe n°12.a: Répartition des hospitalisations et décès selon les quatre régions

<b>Région Centre</b>						
Année	Toutes causes confondues		Diarrhées		IRA	
	Hospitalisés	Décès	Hospitalisés	Décès	Hospitalisés	Décès
1995	33826	2380	4960	404	9668	341
1996	29799	2356	4156	321	7855	260
1997	30337	2237	4270	315	8948	226
1998	25535	1679	2950	176	8272	236
1999	32094	2139	3926	203	10204	182
2000	31361	2221	3117	141	7718	227
2001	35308	2586	4078	120	11081	229
2002	39870	2272	4446	83	10256	270
2003	45933	2416	4032	70	13996	276
2004	49993	2727	5408	83	12706	299
2005	48354	2097	4441	72	13259	254
<b>Région Est</b>						
1995	6618	500	8453	384	24926	1375
1996	4639	339	6603	269	22042	1172
1997	6306	434	8464	457	21542	1300
1998	5338	339	8099	320	21631	1190
1999	6046	354	10530	326	31291	1749
2000	4419	270	10118	272	26443	1821
2001	6119	257	13197	377	31244	2249
2002	4844	159	10076	359	30560	2068
2003	6007	200	12803	342	42331	2395
2004	6210	179	11462	261	44513	2907
2005	6597	183	14938	359	47004	2624
<b>Région Ouest</b>						
1995	5574	285	7392	352	10566	1071

1996	5140	244	6207	306	8515	989
1997	6178	360	7248	291	9608	886
1998	5947	259	7361	302	9450	777
1999	8002	474	11649	372	14390	1250
2000	6156	234	7398	216	12981	1143
2001	5787	266	8351	265	15587	1454
2002	5137	206	8540	213	14520	1289
2003	6697	262	12760	243	16049	1392
2004	7145	210	11096	232	17053	1466
2005	6877	145	13146	263	11251	827
<b>Région Sud</b>						
1995	1805	205	1961	144	5456	517
1996	1337	129	1700	135	3845	476
1997	1823	171	2343	120	4030	442
1998	1574	144	2230	107	3133	371
1999	2739	246	3731	142	5149	550
2000	2020	128	2731	122	4599	547
<b>Région Sud</b>						
2001	2430	147	3810	165	5196	568
2002	2160	115	2936	117	5862	597
2003	2704	83	3897	128	4385	417
2004	2883	49	4100	138	5253	546
2005	1934	29	3228	59	4805	497