الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 02

كلية: العلوم الانسانية والاجتماعية

قسـم: علم الاجتماع

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه (ل م د) في: علم الاجتماع

تخصص: ديموغرافيا

بعنوان:

العنوان: وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات في الجزائر من خلال مسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019

إعداد الطالب:

لزهاري بوكريكرة

إشراف الدكتور:

بو الفخار ناصر

السنة الجامعية 2023/2022

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 02

كلية: العلوم الانسانية والاجتماعية

قسـم: علم الاجتماع

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه (ل م د) في: علم الاجتماع

بعنوان:

وفيات الأطفال الأقل من خمس في الجزائر من خلال مسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019

تخصص: ديموغرافيا

إعداد الطالب:

بوكريكرة لزهاري

إشراف الدكتور:

بو الفخار ناصر

اللقب والاسم	الرتبة	الجامعة الأصلية	الصفة
بدروني محمد	أستاذ التعليم العالي	البليدة 2	رئيسا
بوالفخار ناصر	أستاذ محاضر أ	البليدة 2	مشرفا ومقررا
سالمي الجيلالي	أستاذ التعليم العالي	أكلي امحند أولحاج –البويرة–	عضوا مناقشا
محمد بداوي	أستاذ التعليم العالي	عمار ثليجي–الأغواط–	عضوا مناقشا
كرمبيط رشيدة	أستاذ محاضر أ	البليدة 2	عضوا مناقشا
زيدان محمد	أستاذ محاضر أ	البليدة 2	عضوا مناقشا

السنة الجامعية 2023/2022

إهداء

عمل متواضع أهديه الى الوالد رحمة الله تعالى عليه وتغمده بواسع رحمته، والى امي اطال الله في عمرها وامدها بوافر الصحة والعافية، والى كل اخوتي واخواتي أدامهم الله ووثق بيننا أواصر الأخوة والمحبة، والى زوجتي ورفيقة دربي والى أولادي الأعزاء وأخص بالذكر ابنتي اكرام حتى ترد عليا اهدائي هذا في رسالة دكتوراه لها، أهدي هذا العمل...

شكر وتقدير

الحمد لله العلي القدير في الأولى والآخرة وأشكره شكر العارفين الممتنين، ثم الشكر الجزيل لأستاذي الدكتور ناصر بوالفخار الذي رافقني وساعدني ووجهني وصبر معي رغم كل الصعاب، فكان نعم المرشد والمساعد.

كما أشكر كل الأساتذة الذين ساعدوني ولم يبخلوا علينا بنصائحهم وأخص بالذكر الأستاذة زبيدة بلعربي والأستاذ محمد بداوي والأستاذ مصطفى عمران.

والشكر الجزيل الى صديقاي وأخاوي د. صلاح شعلاني وأ. بشير بوضلعة على وقوفهما معي ومساندتي في أحلك الظروف، وإلى كل الأحبة والأصدقاء وكل الأساتذة الذين درسنا وتعلمنا على أيديهم.

كل الاحترام والتقدير.....

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن تأثير المحددات السلوكية والمحددات الاجتماعية الاقتصادية والمحددات البيو ديمغرافية والبيئية والجغرافية على صحة الأطفال دون سن الخامسة بالجزائر بالاعتماد على بيانات المسح الوطني السادس متعدد المؤشرات مسح 2019 حيث تم قياس كم لا بأس به من المؤشرات الخاصة بوفيات الأطفال دون سن الخامسة بالمسح، وتأتي أهمية الدراسة كونها جاءت في وقت مهم حيث تبحث فيه الهيئات العالمية والوطنية سبل تحسين صحة وحياة الأطفال دون سن الخامسة من خلال أهداف سنوية مسطرة بغية الوصول لصحة مستدامة. ركزت هذه الدراسة بشكل أساسي على تأثير المحددات البيو ديموغرافية ممثلة في عمر الأم ومحددات سلوكية كالرضاعة الطبيعية بالإضافة الى المحددات الاجتماعية الاقتصادية مثل المستوي المعيشي والمستوى التعليمي على الأطفال دون اغفال المحددات الأخرى بالإطار النظري المقترح.

توصلت الدراسة إلى أن عمر الأم له علاقة مباشرة بوفيات الاطفال دون سن الخامسة حيث كلما زادت الخبرة قلت نسبة الوفاة، كما أن الرضاعة الطبيعية تُكسب الأطفال مناعة وحصانة ضد الأمراض المميتة خاصة في السنة الأولى والثانية. كما توصلنا إلى أن هناك مخاطر بيئية ممثلة أساسا في تلوث مياه الشرب والصرف الصحي غير المحسن من خلال مساهمتهما في الإصابة بالأمراض البكتيرية والجرثومية المسببة للوفاة لدى هذه الفئة. اتضح كذلك أن المستوى التعليمي للأم يمنحها قدرة على التعامل مع مسببات الأمراض والوقاية منها والحرص على التلقيح، كما أظهرت نتائج التحليل أيضا أهمية سلوك غسل الأيدي الذي يساهم في وقاية الأطفال دون سن الخامسة من الإصابة بالأمراض المعدية المسببة للوفاة.

Summary:
This study conducted to explore the impact of behavioral, socio-economic, geographical, and environmental variables with a focus on bio-demographic factors on the health of Algerian children under five, using the sixth Multiple Indicator Cluster Survey data 2019. The study discovered a connection between maternal age and child mortality; increased mother's experience is linked to lower death rates. Breastfeeding imparts immunity, particularly in the first two years. Environmental risks, like water contamination and poor sanitation, contribute to bacterial diseases. Maternal education correlates with better disease management and prevention, emphasizing hand washing's importance in safeguarding children from infectious diseases and mortality. The study's significance lies in addressing global and national efforts to enhance children's health through structured annual goals for sustainable well-being.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
مقدمة:	ك
الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة	
1-1 أسباب اختيار الموضوع	01
1-2الإشكالية	01
1-3 الفرضيات الرئيسية	04
1-4 أهمية الدراسة	04
1-5 أهداف الدراسة	05
1-6 مفاهيم الدراسة	05
1-7 الدراسات السابقة	09
1-8 التعليق على الدراسات السابقة	31
1-9 الإطار النظري لموسلي وشين لدراسة وفيات الأطفال دون سن الخامسة	32
1-10 الإطار النظري للدراسة	34
الفصل الثاني: واقع أمراض ووفيات الاطفال دون سن الخامسة عالميا- عربيا- محليا	
تمهيد الفصل الثاني	53
2-1 أمراض الأطفال دون سن الخامسة	54
2-2 الأمراض الخطيرة والقاتلة للأطفال دون سن الخامسة	60
2-3 وفيات الأطفال دون سن الخامسة عالميا	64
2-4 وفيات الأطفال دون الخامسة في العالم العربي	69
2-5 وفيات الأطفال دون الخامسة في الجزائر	86
خلاصة الفصل الثاني	103
الفصل الثالث: مصادر ونوعية المعطيات	
تمهيد الفصل الثالث:	104
3-1 خصائص البلد (الجزائر)	105
3-2 تقديم المسح	110
3-3 تقييم المعطيات	113
3-4 الأساليب الإحصائية المستخدمة	115

خلاصة الفصل الثالث	123
الفصل الرابع: محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بالجزائر	
تمهيد الفصل الرابع:	124
4-1 خصائص عينة الدراسة	125
4-2 محددات الوفاة عند الأطفال دون سن الخامسة	135
4-2-1 المحددات البيو ديموغرافية	135
4-2-2 المحددات السلوكية	147
4-2-3 المحددات الاجتماعية الاقتصادية	154
4-2-4 المحددات الجغرافية	161
4-2-5 المحددات البيئية	167
خلاصة الفصل الرابع	178
الفصل الخامس: محددات وفيات الأطفال التحليل المتعدد للمتغيرات	
تمهيد الفصل الخامس	179
5-1 التحليل اللوجستي: تحليل أثر محددات النموذج في تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة	180
5-2 النمذجة بالمعادلات البنائية	189
خلاصة الفصل الخامس	201
النتائج العامة للدراسة	202
مناقشة النتائج العامة	205
الخاتمة	208
قائمة المراجع	I
الملاحق	XI

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1	أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة حول العالم (بالنسبة المئوية)	63
2	معلومات الحالة الصحية في الوطن العربي خلال الفترة من 1960 إلى 2000	73
3	اتجاهات معدلات وفيات أطفال دول العالم العربي بين عامي 1960و 2000 حسب مجموعات البلدان العربية	74
4	تطور المعدل الخام للولادات الحية في الجزائر (2018/1970)	88
5	وفيات الرضع والاطفال بين سنتي 1990-2019	95
6	تطور الأمراض المعدية الرئيسية في الجزائر من 1990-2017، معدل الحدوث لكل 100.000 نسمة	100
7	معدل عدم الإجابة لمتغيرات الدراسة	114
8	توزيع عينة الدراسة حسب متغير فئات سن الأمهات	125
9	توزيع عينة الدراسة حسب متغير تباعد الولادات	125
10	توزيع عينة الدراسة حسب متغير رتبة الطفل	126
11	توزيع عينة الدراسة حسب متغير جنس المولود	126
12	توزيع عينة الدراسة حسب متغير صلة القرابة	127
13	توزيع عينة الدراسة حسب متغير التوأم	127
14	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الرضاعة الطبيعية	128
15	توزيع عينة الدراسة حسب متغير غسل اليدين	128
16	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي لأمهات	129
17	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى المعيشي	130
18	توزيع عينة الدراسة حسب متغير عمل الأم	130
19	توزيع عينة الدراسة حسب متغير وسط الإقامة	131
20	توزيع العينة الدراسة حسب متغير مناطق البرمجة الإقليمية	131
21	توزيع عينة الدراسة حسب متغير مياه الشرب للأسرة	132
22	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الصرف الصحي للمنزل	133
23	توزيع عينة الدراسة حسب متغير وقود الطهي (هواء الداخلي للمسكن)	133
24	توزيع عينة الدراسة حسب متغير ظروف السكن	134
25	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير عمر الأم	135

26	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير تباعد الولادات	137
27	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير رتبة الطفل	140
28	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير جنس الطفل	143
29	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير صلة القرابة	144
30	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير التوأم	145
31	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير الرضاعة الطبيعية	147
32	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير غسل اليدين	151
33	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير المستوى التعليمي للأم	154
34	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير المستوى المعيشي للأسرة	157
35	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير عمل الأم	158
36	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير وسط الاقامة	161
37	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير منطقة السكن	164
38	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير مياه الشرب	167
39	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير الصرف الصحي	170
40	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير وقود الطهي	173
41	توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير ظروف السكن	176
42	التكرارات وقيمة دالة الإمكانية للنموذج بدون متغيرات مفسرة	181
43	التكرارات وقيمة دالة الإمكانية في حالة يحوي النموذج المتغيرات التفسيرية	181
44	معاملات جودة التوفيق	182
45	اختبار الدلالة الكلية لمعلمات النموذج Hosmer–Lemeshow	182
46	معالم نموذج الانحدار اللوجستي لتعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة	183
47	معاملات الانحدار	192
48	مسارات المتغيرات الوسيطية	196

فهرس الاشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	إطار لتحليل عوامل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	36
02	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب منطقة هدف التنمية المستدامة بين سنة 1990 و2016	55
03	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل1000مولود حي) في الفترة من سنة 1990 إلى 2016.	60
04	عدد الوفيات (بالمليون) بين الأطفال دون سن 15 عاما لسنة 2018	65
05	تفاصيل أعداد حديثي الولادة (بالآلاف) من سنة 1990 إلى 2016	66
06	العدد العالمي لوفيّات الأطفال دون سنّ الخامسة (بالملايين)	68
07	معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات لكل 1000 في الفترة الزمنية من 1990 الى 2021	69
08	اتجاهات وفيات الأطفال بين عامي 1960 و2013 حسب مجموعات البلدان	74
09	اتجاهات في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في تونس	81
10	اتجاهات في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في ليبيا	83
11	اتجاهات في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في المغرب	84
12	اتجاهات في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في موريتانيا	86
13	ملخص مؤشرات التنمية المبكرة	87
14	اتجاهات في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر	90
15	التحول الديموغرافي في الجزائر بين سنتي 1900-2005	93
16	الوفيات بسبب الأمراض غير المعدية والاصابات	101
17	الهرم السكاني لبيانات التوزيع العمري والنوعي	106
18	أنواع متغيرات الدراسة بنمذجة المعدلات البنائية	122
19	نموذج الدراسة متغيرات أسلوب النمذجة بالمعادلات البنائية	191
20	نموذج بمتغير وسيطي واحد	194
21	الوساطة الجزئية والكاملة	195

المقدمة:

إن موضوع وفيات الأطفال من الموضوعات التي يولى لها الجانب الأكبر من الاهتمام في حياة الناس سواء كانوا أفرادا أو اسر أو جمعات أو دولا ذلك ان المجتمعات البشرية في معركتها في صراع البقاء تعتمد في الأساس على موضوع المواليد وما يدور في فلكها، ووفيات الأطفال هي أحد روافدها حيث تمثل أعلى نسبة بين الوفيات التي تحدث في أي مجتمع سكاني فهي تأخذ حيزاً كبيراً من اهتمام الباحثين ومن الدراسات التي يُهتم بها خاصة تلك التي تتعلق بالدراسات السكانية. وذلك راجع لمساهمة مثل هذه الدراسات في تحسين نمط حياة الأفراد والمساهمة في تحقيق التنمية والتنمية المستدامة ولكي يتسنى للباحثين وأصحاب القرار الاستنارة بنتائج هذه الدراسات وتوصياتها حيث ان أسباب وفاة الأطفال دون سن الخامسة هي جلها أسباب يمكن معالجتها أو أمراض يمكن توقيها من خلال إتاحة تدخلات بسيطة وقليلة التكلفة.

بناءً على ما سبق فإن هذه الدراسة ستبحث في العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والشخصية التي تكمن وراء هذه الظاهرة، ولتناول هذه الدراسة قمنا بتقسيمها إلى أربعة فصول، ففي الجانب المنهجي والنظري فصلان، وفي الجانب التطبيقي فصلان أيضا.

ففي الجانب المنهجي والنظري قمنا ببناء فصلين كالآتي:

تطرقنا في الفصل الأول إلى إشكالية الدراسة وما يتعلق بها من فرضيات، الأسباب الذاتية والموضوعية لاختيار الموضوع، أهمية وأهداف الدراسة، تحديد مفاهيم الدراسة، الدراسات السابقة، المقاربة النظرية المتبناة والإطار النظري المقترح من نموذج موسلي وشين، والذي من خلاله قمنا باستخلاص نموذجنا الدراسي لفهم الظاهرة. وفي الفصل الثاني تم التطرق إلى موضوع وفيات الأطفال دون سن الخامسة

عالميا ثم عربيا ثم محليا ومن ثمة تناولنا وفيات الأطفال دون سن الخامسة بالجزائر أين تم التطرق إلى الأمراض المعدية وغير المعدية.

أما بالنسبة للجانب التطبيقي من دراستنا الذي ضمناه فصلين؛ فقد خصصنا الفصل الأول منه لتقديم الخصائص الجغرافية والاقتصادية والديموغرافية للجزائر بالإضافة لبعض الإحصائيات التي تخص التمدرس، ومعرجين على مخطط التقسيم المعتمد للقطاعات الصحية بالجزائر، ثم قمنا بتقديم معطيات المسح الذي نعمل عليه وتقييم معطياته كمرحلة ثانية، ومختتمين الفصل بذكر الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

أما الفصل الثاني من هذا الجزء النظري فخصصناه لخصائص العينة ومن ثم تكلمنا فيه عن دراسة العلاقة بين المحددات التي اخترناها لتمثيل نموذج الدراسة المقترح واحتمال التعرض للوفاة عن طريق التحليل اللوجستي ثنائي التفرع، وقمنا في هذا الفصل بتناول النمذجة بالمعادلات البنائية لنظهر العلاقة بين هذه المحددات والظاهرة المدروسة وعلاقة المحددات مع بعضها البعض وكيف تؤثر في ظاهرة وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

الجانب المنهجي والنظري

الفصل الأول

الإطار المنـهجي للدراسة

1-1 أسباب اختيار الموضوع :

تتعدد الاسباب دائما فهناك أسباب موضوعية وأخرى ذاتية تتجاذب فيما بينها لتوجه الباحث في تناوله واختياره للموضوع محل الدراسة، فالمبررات الموضوعية مردها إلى الآتي:

1- تعتبر وفيات الأطفال دون سن الخامسة موضوعًا هامًا للغاية يستحق البحث والتحليل.

2- الأطفال هم أساس المجتمع ومستقبله، وتعد حماية حياتهم ورعايتهم من الأمور الأساسية وذات الأولوية القصوى التي يجب على فواعل المجتمع العمل عليها.

3- وفيات الأطفال دون سن الخامسة هي مشكلة عالمية وجب البحث عن أسبابها ومحاولة كشفها لتسهيل القضاء عليها خاصة في الجزائر.

4- تشكل وفيات الأطفال دون سن الخامسة تحديًا كبيرًا للأهداف التنموية المستدامة التي وضعتها الأمم المتحدة للحد من هذه الظاهرة، وبالتالي فإن دراسة هذا الموضوع يمكن أن تساهم في تحقيق هذه الأهداف خصوصا في بلدنا الجزائر.

5- من خلال الاعتماد على بيانات المسوح التي تجريها الدولة الجزائرية يمكننا تطبيق النماذج العلمية للكشف عن الآليات المتحكمة في الظاهرة المدروسة ولفت نظر الوصايات لذلك.

1-2 الاشكالية:

تظل ظاهرة وفيات الأطفال دون سن خمس سنوات مسألة ذات أولوية على الصعيد العالمي لما تعكسه من مؤشر لتنمية أي بلد، بالإضافة لذلك تمثل أولوية هامة في الدراسات الديموغرافية لما لها من دور أساسي تعتمد عليه الدراسات السكانية.

حدثت حسب منظمة اليونيسف في سنة 2017 نصف وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، كما حدثت 30% من هذه الوفيات في منطقة جنوب آسيا. وقد

توفى طفل واحد من كل 13 طفلاً في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى قبل بلوغه سن الخامسة، أما في البلدان المرتفعة الدخل، فكان العدد طفلاً واحداً من كل 185 طفلا.[1]

والجزائر لا يمكن أن تنفك عن باقي دول العالم إذ هي إحدى الدول النامية ويجري عليها الذي يجري على مثل هكذا دول حيث تشير آخر بيانات المسح الوطني السادس متعدد المؤشرات إلى وفاة ما نسبته 19‰ من مجموع 1000 مولود يولد حيا، كما تكشف التقديرات المقدمة من مسح الوطني متعدد المؤشرات عن انخفاض مطرد في معدل الوفيات على مدار العشرين عامًا الماضية، بالمقارنة مع المسوح السابقة فإذا أخذنا مسح 2002 فإن مقدار انخفاض معدل الوفاة يقارب النصف تقريبا حيث كان معدل وفاة الأطفال دون سن الخامسة حينها 36.7‰

تشير جل التحقيقات والدراسات الأممية إلى أن أكثر من نصف وفيات الأطفال دون سن الخامسة يمكن إرجاعها إلى أمراض يمكن الوقاية منها، بإجراءات تدخلية فعالة، مثل الإسهال والأمراض التنفسية الحادة والإصابة بالحصبة والملاريا ويمكن معالجتها.

تشير الأبحاث إلى أن خطر وفاة الطفل يعتمد على مجموعة معقدة من العوامل البيولوجية، الديموغرافية، الاقتصادية الاجتماعية، الثقافية، البيئية، وتكون تأثيراتها على الفرد والأسرة والمجتمع.

تم تطوير العديد من المخططات التوضيحية في الأدبيات الديموغرافية لتحديد وتوضيح الروابط المباشرة وغير المباشرة بين العوامل المحتملة التي قد تؤثر على صحة الأطفال ووفياتهم مثل "نموذج باتريس فيمار وميشيل قارين، نموذج سرينيوازا ميقاما، ونموذج هنري موسلي ولينكولن شان". غير أن النموذج الشائع الانتشار في الدراسات الديموغرافية المهتمة بمراضة ووفيات الأطفال دون سن الخامسة هو نموذج موسلي وشان. وقد طور موسلي وشان (1984) إطارًا لتحليل وفيات الأطفال في البلدان النامية يوضح

[1] وفيات الأطفال دون سن الخامسة، https://www.unicef.org/ar/،

تأثير مجموعة من المحددات المتعددة اجتماعية اقتصادية وبيولوجية وبيئية وسياسية تؤثر على صحة الأطفال دون سن الخامسة.

تشير الفكرة الأساسية لنموذج موسلي وشان إلى أن المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية تؤثر بشكل غير مباشر على فرص بقاء الطفل على قيد الحياة، وتأثيراتها تعمل من خلال المتغيرات القريبة أو بما يدعى المتغيرات الوسيطة مثل عوامل الأمومة والطفولة والسلوكية التي تؤثر بشكل مباشر على خطر الإصابة بالأمراض ووفاة الطفل.

في دراستنا هذه نسعى لمحاولة الكشف عن الأسباب المؤدية لوفاة الأطفال دون سن الخامسة بالجزائر من خلال الاعتماد على نموذج موسلي وشان، ومن ثم تفسير العلاقة بين الوفاة وهذه المحددات، حيث تم اختبار تأثير كل المحددات المدرجة في نموذج الدراسة المقترح. ومن خلال ما سبق نطرح التساؤل عما هي المحددات المساهمة في وفيات الاطفال دون سن الخامسة في الجزائر؟

ومن خلال التساؤل الرئيسي يمكننا طرح جملة من التساؤلات الفرعية المتمحورة حول:

1- هل يوجد تأثير لعمر الأم في تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة؟

2- هل يوجد تأثير لمتغير الرضاعة الطبيعية في احتمال تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة؟

3- هل يوجد تأثير معنوي للمحددات الاجتماعية الاقتصادية على المحددات البيو ديموغرافية في وفيات الأطفال دون سن الخامسة بالجزائر؟

4- هل يوجد تأثير معنوي للمحددات الاجتماعية الاقتصادية على المحددات البيئية في وفيات الأطفال دون سن الخامسة بالجزائر؟

5- هل يوجد تأثير معنوي للمحددات الجغرافية على المحددات الاجتماعية الاقتصادية في وفيات الأطفال دون سن الخامسة بالجزائر؟

1-3 الفرضيات الرئيسية:

1- لا يوجد تأثير لعمر الأم في تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة.

2- لا يوجد تأثير لمحدد الرضاعة الطبيعية في احتمال تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة.

3- لا يوجد تأثير للمتغير الوسيطي (المحددات البيو ديموغرافية) في العلاقة بين متغيري المحددات الاجتماعية الاقتصادية ووفيات الأطفال.

4- لا يوجد تأثير للمحددات الجغرافية على المحددات الاجتماعية الاقتصادية في تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة

5- لا يوجد تأثير للمتغير الوسيطي (المحددات البيئية) في العلاقة بين متغيري المحددات الاجتماعية الاقتصادية ووفيات الأطفال.

1-4 أهمية الدراسة:

تنضوي هذه الدراسة ضمن الدراسات التي تبحث في محددات وفاة الطفل دون سن الخامسة وتحليل أهم العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية المؤثرة على وفيات الاطفال دون سن الخامسة من خلال مسح 2019 الذي يوفر بيانات حول الطفل والخصائص الديموغرافية الاجتماعية والاقتصادية والصحية للطفل والام، حيث يشكل الاطفال قاعدة لهرم السكان في الجزائر إذ يشكلون النسبة الاكبر مما يتطلب التركيز على تحقيق حياة أفضل لهم تبدأ بالصحة. فزيادة الوفيات عند الأطفال يشكل مخاطر كبيرة على المجتمع وتؤدي الى تأخر تقدمه واستقراره ودلالة على الضعف في المجال الصحي والبيئي والافتقار الى

التقدم والتطور الكافي للحد من الظاهرة. تقدم هذه الدراسة فائدة للمهتمين في مختلف المجالات خاصة التنموية والصحية التي تساعد في اتخاذ الاجراءات اللازمة والضرورية للحد من مشكلة ارتفاع معدلات الوفيات عند الاطفال دون سن الخامسة.

1-5 أهداف الدراسة:

لكل بحث علمي أهداف محددة، حيث تسعى الدراسة إلى تحقيقها في شقيها النظري والميداني؛ من هنا جاءت أهداف الدراسة لتعبر عن محاولة الكشف عن أثر كل من:

1- المحددات الجغرافية والامراض المرتبطة بها المسببة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة.

2- المحددات الاجتماعية والامراض المرتبطة بها والمسببة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة

3- المحددات البيو ديموغرافية والامراض المرتبطة بها والمسببة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة

4- المحددات السلوكية والامراض المرتبطة بها والمسببة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة

1-6 مفاهيم الدراسة:

1-6-1 الطفل:

المعنى اللغوي لمصطلح الطفل:

- الطفل: هو المولود من الإنسان أو الحيوان، ما دام ناعمًا رخّصًا
- الطّفولة: هي مرحلة حياة الإنسان من الولادة إلى البلوغ
- جمع أطفال: ولد صغير يتراوح عمره بين الولادة والبلوغ: -كان أبًا لثلاثة أطفال، - اهتمّت الدولة برعاية الطفل وتنميته، - {وَإِذَا بَلَغَ الأَطْفَالُ مِنْكُمُ الْحُلُمَ فَلْيَسْتَأْذِنُوا} - [1]

[1] مجمع اللغة العربية، المعجم الوسيط، المعجم الوسيط، مكتبة الشروق الدولية، ط4، 2004، ص560.

المعنى الاجرائي:

والطفولة هي مرحلة مبكرة من مراحل نمو الانسان تتميز بالنمو الجسمي السريع والمحاولات الأولى للتعلم وأداء أدوار ومسؤوليات البالغين وذلك من خلال اللعب والتعليم الرسمي، ويرى معظم الباحثين أن هذه المرحلة تبدأ بعد سن الرضاعة وتستمر حتى مرحلة البلوغ المبكر(أي من عمر 18–24 شهرا وحتى 12–14 عاما تقريبا) وتنقسم حتى مرحلة الطفولة المبكرة التي تبدأ مع نهاية مرحلة الرضاعة وتستمر حتى عمر 6 سنوات وهي المرحلة الأولى لمحاولات التنشئة الاجتماعية التي تتميز باستقلال الطفل الحركي وتطور سلوكه الاجتماعي، ووعيه بفرديته. ومرحلة الطفولة المتوسطة أو المتأخرة التي تبدأ من عمر 6 سنوات إلى مرحلة المراهقة.[1]

1–6–2 الأطفال دون سن الخامسة:

المعنى اللغوي لمصطلح الأطفال دون سن الخامسة:

- الأطفال: جمع "طفل"، وهو المولود من الإنسان أو الحيوان، ما دام ناعمًا رخّصًا.
- دون: حرف جر يدل على التّنقيص.
- الخامسة: اسم عدد يدل على الرّقم 5.

المعنى المركب:

يشير مصطلح "الأطفال دون سن الخامسة" إلى الفئة العمرية من الأطفال الذين لم يبلغوا سن الخامسة بعد.

المعنى الاجرائي:

الأطفال في هذه المرحلة من العمر لديهم خصائص بيولوجية خاصة؛ لأنهم في مرحلة مبكرة للنمو وبالتالي هم أقل مناعة من البالغين وأكثر عرضة للإصابة بالأمراض، لذا تعتبرهم منظمة الصحة العالمية الفئة الأكثر تعرضا لخطر الإصابة بالأمراض وكذلك التعرض لخطر الوفاة.

[1] عدنان أبو مصلح، معجم مصطلحات علم الاجتماع، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2015، ص 320.

1-6-3 عمر الأم:

المعنى اللغوي لعمر الام:

عمر: اسم مشتق من الفعل "عمر" ويعني "بقي حيا".

الأم: اسم مؤنث يدل على انثي الانسان التي انجبت.

المعنى المركب:

عمر الأم: يشير إلى المدة الزمنة التي عاشتها الأم منذ ولادتها حتى وفاتها.

يمكن استخدامه بشكل مجازي للتعبير عن تجارب الأم وحكمتها.

المعنى الاجرائي:

ويقصد به العمر عند الولادة باعتباره محددا هاما في نسبة الوفيات الاطفال دون سن الخامسة للعلاقة المباشرة بين الأم والطفل وهو مجموع الخبرات التي تكتسبها الأم في تربيتها لأطفالها فكلما زادت خبرتها كان تعاملها مع مسببات الوفاة بحكمة وبالتالي المحافظة علي حياة الطفل ومنه الرفع من فرص الحياة والتقليل من نسبة الوفاة.

1-6-4 وفيات الاطفال دون سن الخامسة:

المعنى اللغوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة:

وفيات: جمع "وفاة"، وهو موت الإنسان أو الحيوان.

الأطفال: جمع "طفل"، وهو المولود من الإنسان أو الحيوان، ما دام ناعما رخّصا.

دون: حرف جر يدل على التنقيص.

الخامسة: اسم عدد يدل على الرّقم 5.

المعنى المركب:

يشير مصطلح "وفيات الأطفال دون سن الخامسة" إلى عدد الأطفال الذين يموتون قبل بلوغهم السن الخامسة.

المعنى الإجرائي:

هي عبارة عن الوفيات التي تحدث للأطفال وهو عدد الأطفال الدين يموتون في وقت معين دون سن الخامسة مما يسمح لنا بقياس العلاقة بين الظروف المعيشية ومسببات الوفيات الاطفال دون سن الخامسة نشير هنا الي الاطفال دون سن الخامسة وهي الفئة العمرية الأكثر عرضة للأمراض والوفاة وهي الممثل لمستقبل الامم ونقصد عدد الاطفال الدين لم يبلغوا عامهم الخامس ومعرفة الظروف المؤثرة في وفاتهم.

1-6-5 المحددات:

المعنى اللغوي لمصطلح المحددات:

مفرده مُحَدِّد وجمعه مُحَدِّدَات ومصدره حَدَّدَ

المعنى: تعيين حدود الشيء أو خصائصه أو التضييق على الشيء أو جعله محددًا أو الوصف الدقيق لشيء ما وأيضا وضع قيود أو شروط على شيء ما.

المعنى الإجرائي:

تعتبر محددات الدراسة الحدود التي تتقيد بها الدراسة قصد الخروج بدراسة مركزة ووافية وفي جوانب محددة قد تكون زمانية أو مكانية أو غير دالك وفي دراستنا هذه تناولنا المحددات الجغرافية، الاجتماعية الاقتصادية، المحددات البيو ديموغرافية، السلوكية وأخيرا المحددات البيئية .

1-7 الدراسات السابقة:

تعد الدراسات السابقة مرحلة مهمة من مسارات البحث، حيث تعد منطلقا هاما للغوص في موضوع الدراسة والاحاطة به من خلال الارتباط والصلة بموضوع البحث فقد تبين من خلالها عديد النقاط؛ مقتصرين في عرضها على الدراسات البارزة منها وذات العلاقة الوطيدة والمباشرة بموضوع دراستنا. وقد تمّ تصنيفها حسب متغيرات الدراسة.

1-7-1 الدراسة الأولى:

أجرى هذه الدراسة الباحث Justice Moses K. Aheto جاءت هذه الدراسة على شكل مقال وهي بعنوان:

Predictive model and determinants of under-five child mortality: evidence from the 2014 Ghana demographic and health survey[1]

كانت هذه الدراسة عن منطقة غانا في افريقيا، حيث لاحظ الباحث ان 289 حالة وفاة (4.91%) بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات. ونتج عن الدراسة نموذجًا تنبئيًا جيدًا ولاحظت الدراسة زيادة في إجمالي عدد الأطفال المولودين، وعدد الولادات في السنوات الخمس الماضية قبل اجراء الدراسة، ولاحظ أيضا ان الأمهات اللواتي لم يرغبن في استخدام وسائل منع الحمل تخوفا من خطرها المتوقع ارتفعت لديهن احتمالات وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

استخدمت هذه الدراسة بيانات من المسح الديموغرافي والصحي لغانا لعام 2014 (GDHS) وهو عبارة عن دراسة مقطعية تمثيلية على المستوى الوطني. تم الحصول على البيانات من برنامج DHS

[1]Justice Moses K. Aheto (2019)" Predictive model and determinants of under-five child mortality: evidence from the 2014 Ghana demographic and health survey" Aheto BMC Public Health (2019) 19:64. https://doi.org/10.1186/s12889-019-6390-4

MEASURE المتاح مجانًا على الإنترنت ويحتوي على معلومات حول مجموعة واسعة من مؤشرات السكان والصحة والتغذية مثل وفيات الأطفال وصحة الأم والطفل واستخدام أساليب تنظيم الأسرة والحالة التغذوية للنساء والأطفال وكذلك المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية للأسرة. استخدم GDHS تصميم عينة من مرحلتين لاختيار المستجيبين للدراسة. باختصار، تم اختيار عينات تمثيلية على المستوى الوطني من 12832 أسرة من 427 مجموعة (وحدات استخراج العينات الأولية) تتألف من 216 و 211 مركزًا حضريًا وريفيًا، على التوالي وتم إجراء مقابلات مع 11835 أسرة مؤهلة. جمعت المعطيات عن 9396 امرأة في سن الإنجاب (15–49 سنة) و 4388 رجلاً تتراوح أعمارهم بين 15–59 سنة. تم الحصول على بيانات عن 5884 طفل دون سن الخامسة من النساء التي أجريت معهن المقابلات والمقيمات في 4086 أسرة في المسح الرئيسي الذي استند إليه التحليل في هذه الدراسة. تم جمع تواريخ الميلاد الكاملة بما في ذلك شهر وسنة ولادة وموت كل طفل. تم استخدام هذه البيانات لتحديد عدد الأطفال المولودين في آخر 5 سنوات وعمر الطفل عند الوفاة.

من ناحية الأساليب الإحصائية تم استخدام نماذج الانحدار اللوجستي الثنائية ومتعددة المستويات وأحادية المستوى للتحقيق في محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة. مع التحقق من ملاءمة النموذج باستخدام اختبارات عامل التضخم التباين مع نسبة الاحتمالية.

بلغ معدل الوفيات 60 حالة لكل 1000 مولود حي في عام 2014، وهو معدل يقل عن الهدف المحدد في سياسة صحة الأطفال دون سن الخامسة في غانا 2007–2015 والتي استهدفت خفض عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

وتذكر الدراسة انه فشلت العديد من البلدان مثل غانا في المنطقة في تحقيق الهدف 4 من الأهداف الإنمائية للألفية (MDGS) التي تهدف إلى خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بحلول عام

2015 بمقدار الثلث. فكان الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو تحديد عوامل الخطر الحرجة المرتبطة بوفيات الأطفال دون سن الخامسة باستخدام بيانات تمثيلية على الصعيد الوطني عن الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات وتقديم نموذج تنبؤي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة. كما كان للدراسة هدف آخر وهو تطبيق تقنيات النمذجة متعددة المستويات لاستكشاف الاختلافات غير الملحوظة على مستوى الأسرة في وفيات الأطفال دون سن الخامسة مع التكيف في الوقت نفسه مع عوامل الخطر المحتملة للأطفال والأسرة والمجتمع. كما عملت الدراسة أيضًا على تطوير خريطة مكانية لمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب المنطقة. والهدف هو استخدام نتائج هذه الدراسة لإعلام وتعزيز السياسات الوطنية المناسبة واستراتيجيات التدخل التي تهدف إلى الحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة في البلاد.

بينت الدراسة ان عوامل الخطر الأولية القابلة للتعديل والمرتبطة بشكل كبير بوفيات الأطفال دون سن الخامسة هي استخدام موانع الحمل النفاسية، وعدد الأطفال دون سن الخامسة في الأسرة. وان الأطفال من الأمهات اللواتي لا يستخدمن موانع الحمل ولا يرغبن استخدامها قد قللن من احتمالات بقاء الطفل على قيد الحياة مقارنة بنظرائهن من الأمهات اللائي كن يستخدمن وسيلة منع الحمل الحديثة. وكانت العوامل المربكة المرتبطة بشكل كبير بوفيات الأطفال دون سن الخامسة هي نوع الولادة وجنس الطفل والمنطقة، وتلك العوامل التي لا ترتبط بشكل كبير بوفيات الأطفال دون سن الخامسة هي عمر الأم ودينها ومكان إقامتها.

يشير انخفاض احتمالية وفيات الأطفال دون سن الخامسة بين أطفال الأمهات الحاصلات على تعليم ابتدائي مقارنة بأطفال الأمهات غير الحاصلات على تعليم رسمي إلى أن تحسين تعليم الأمهات سيحسن

من احتمالية نتائج بقاء الطفل حيا، يمكن لتعليم الأم تعديل دورها في الأسرة ودفعها إلى اتخاذ تدابير حاسمة لتحقيق نتائج صحية للطفل والاستخدام الفعال للخدمات الصحية المبتكرة.

انخفضت احتمالية بقاء الطفل على قيد الحياة بين الأطفال الذين يولدون بعد ولادات متعددة مقارنة بنظرائهم الذين ولدوا بمفردهم. قد يكون انخفاض الوزن عند الولادة أو التنافس على الغذاء الذي يحدث بشكل أكبر بين الأطفال الذين يولدون بعد ولادات متعددة تفسيرًا معقولاً.

أظهرت هذه الدراسة أيضًا أن المواليد الإناث يقل لديهن احتمال الوفاة بمقابل المواليد الذكور. يمكن أن يكون التفسير المعقول أن المواليد الإناث تنضج لديهم الرئتان في وقت مبكر بحيث يكونون أقل حساسية للتأثر بالعوامل البيئية بمقابل المواليد الذكور، وللتنويه هناك بعض الدراسات التي أشارت لذلك.

1-7-2 الدراسة الثانية:

جاءت هذه الدراسة في شكل مقال بعنون:

Factors associated with under-5 mortality in three disadvantaged East African districts[1]

أعدها مجموعة من الباحثين:

Kingsley E. Agho، Osita K. Ezeh، Akhi J. Ferdous، Irene Mbugua and Joseph K. Kamara

تبحث هذه الدراسة في العوامل المرتبطة بوفيات الأطفال دون سن الخامسة في ثلاث مناطق محرومة في شرق إفريقيا. حيث عملت الدراسة على تحديد العوامل المرتبطة بالوفيات عبر جميع الفئات العمرية

[1] - Agho KE, Ezeh OK, Ferdous AJ, Mbugua I, Kamara JK. Factors associated with under-5 mortality in three disadvantaged East African districts. Int Health. 2020 Sep 1;12(5):417-428. doi: 10.1093/inthealth/ihz103. PMID: 31925447; PMCID: PMC7443723.

الفرعية من 0 إلى 4 سنوات من العمر (حديثي الولادة، 0–30 يوم، بعد حديثي الولادة، 1–11 شهرًا، رضيع، 0–11 شهرًا، طفل، 1–4 سنوات.، أقل من خمس سنوات، 0–4 سنوات) في مقاطعات شرق إفريقيا الثلاث المحرومة جيكومبي (رواندا) وكيليندي (تنزانيا) وكيتجوم (أوغندا).

تقع منطقة جيكومبي في المقاطعة الشمالية لرواندا بالقرب من الحدود مع أوغندا. اما منطقة كيليندي فهي واحدة من ثماني مقاطعات في منطقة Tanga في تنزانيا. اما منطقة كيتجومي فتقع في شمال أوغندا ويحدها جنوب السودان من الشمال. الزراعة هي النشاط الاقتصادي الرئيسي في مناطق جيكومبي (رواندا) وكيليندي (تنزانيا) وكيتجوم (أوغندا). كشف تقدير سكاني حديث أن غالبية الناس في رواندا (84%) وأوغندا (75%) وتنزانيا (70%) يعيشون في المناطق الريفية.

تهدف جهود منظمة الصحة العالمية إلى منع وفيات الأمهات والأطفال واعتلالهم من خلال 7 تدخلات رئيسية للأم و11 تدخلاً للأطفال في مجتمعات شرق إفريقيا المحرومة. أجري المسح في منتصف المدة بين جويلية 2011 وجوان 2016.

أجريت الدراسة في الفترة من 21 إلى 31 جانفي 2016 في منطقة جيكومبي في رواندا، ومنطقة وكيتجوم في أوغندا ومنطقة كيليندي في تنزانيا، وغطت 32 قرية. يشترك مجتمع الدراسة في خصائص متشابهة ومتجانسة، أي جميع الأسر من مجموعة اجتماعية اقتصادية منخفضة الدخل.

وتم جمع بيانات عن أفراد الأسرة (المقيمين العاديين) والأمهات القائمات على الرعاية لجميع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات. تضمن استبيان النساء القائمات على الرعاية الخصائص الديموغرافية؛ رعاية ما قبل الولادة وأثناءها وبعدها؛ الرضاعة الطبيعية وتغذية الطفل.

تبين من النتائج الرئيسية في الدراسة أن وفيات الأطفال التي تم فحصها في خمس فترات زمنية والتي كانت عبارة عن وفاة حديثي الولادة (وفاة بعد الولادة – 30 يومًا من العمر)، وموت ما بعد الولادة (وفاة

رضيع من 1 إلى 11 شهرًا من العمر) وموت الرضع (وفاة الرضيع بعد الولادة حتى 11 شهرًا من العمر). النتيجتان الأخريان هما موت الأطفال (وفاة بين سنة و4 سنوات من العمر) وموت الأطفال أقل من 5 سنوات (وفاة طفل بعد الولادة حتى 4 سنوات من العمر).

كشف هذه الدراسة، فيما يتعلق بموقع المنطقة أن احتمالات وفيات الأطفال حديثي الولادة في وكيتجوم وكيليندي أقل بنسبة 73% و29% على التوالي خلال فترة الدراسة مقارنة بمنطقة جيكومبي.

ووجدت الدراسة أيضًا أن الأطفال حديثي الولادة الذين لم يرضعوا حصريًا كانوا أكثر عرضة للوفاة بنسبة 3.88 مرة في غضون 28 يومًا بعد الولادة مقارنة بالرضع الذين تم إرضاعهم من الثدي فقط. لقد ثبت أن الرضاعة الطبيعية الحصرية تقلل من مخاطر الإصابة بالأمراض المعدية مثل الإسهال والالتهاب الرئوي. قد يكون التفسير المعقول للمخاطر العالية المتعلقة بالرضاعة الطبيعية غير الحصرية لحديثي الولادة الذين تمت ملاحظتهم في هذه الدراسة مرتبطًا بالمعتقدات الثقافية والاختلافات الدينية وعدم كفاية حليب الأم. المعتقدات الثقافية هي حواجز قوية نحو البدء في الوقت المناسب للرضاعة الطبيعية الحصرية في دول جنوب الصحراء الكبرى، حيث وجدت الدراسات ممارسات مثل عصر اللبأ والتخلص منه وإعطاء الطعام خلال الساعة الأولى من الولادة بدلاً من بدء الرضاعة الطبيعية.

اما فيما يخص الوفيات ما بعد حديثي الولادة فقد ارتبط احتمال أقل لوفيات ما بعد حديثي الولادة بالأمهات اللائي تناولن مكملات الحديد وحمض الفوليك أثناء الحمل مقارنة بالأمهات اللائي لم يكن لديهن مكملات الحديد. حسب الدراسة تتوافق هذه النتيجة مع دراسة مقطعية أجريت في إندونيسيا في عام 2010، والتي أظهرت انخفاضًا ذا دلالة إحصائية في وفيات الرضع بين أولئك الذين تلقت أمهاتهم مكملات الحديد وحمض الفوليك أثناء الحمل. وقد أُقترح أن تناول مكملات الحديد والفوليك أثناء الحمل من قبل الأمهات يمكن أن يقلل من خطر الولادة المبكرة والاختناق عند الولادة.

وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال المولودين لأمهات يعشن في أسر معيشية ذات مصدر غير محسن لمياه الشرب لديهم احتمالات أعلى لوفيات الأطفال، وكذلك أن الأطفال الإناث كان لديهن خطر أقل بكثير للوفاة خلال فترة أقل من 5 سنوات مقارنة بالأطفال الذكور قد يرتبط انخفاض خطر وفيات الإناث خلال فترة أقل من 5 سنوات بالتطور المبكر لنضج رئة الجنين خلال الأسبوع الأول من الحياة، ونتيجة في انخفاض معدل الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي عند الإناث مقارنة بالذكور. ووجدت الدراسة أن الأطفال الذين لديهم مقدم رعاية مستواه التعليمي ابتدائي هم أكثر عرضة لوفيات الأطفال مقارنة مع أولئك الذين لم يتلق مقدمو الرعاية لهم أي تعليم. لوحظ في التحليل أن أطفال مقدمي الرعاية الحاصلين على تعليم ثانوي لديهم احتمالات أقل للوفاة. قد تشمل العوامل المساهمة المحتملة عدم كفاية المرافق الصحية، ونظام النقل العام السيئ والطرق المتداعية التي توجد عادة في المجتمعات الريفية. علاوة على ذلك، لوحظ أن الرضع والأطفال الذين أصيبوا بالحمى قبل أسبوعين من تاريخ المسح كانت لديهم احتمالات أعلى للوفاة مقارنة بأولئك الذين لم يعانوا من الحمى. ومع ذلك، لا يزال من غير واضح ما إذا كانت الحمى المبلغ عنها مرتبطة بالالتهاب الرئوي أو الملاريا.

كما لوحظ أيضًا وجود خطر وفيات أكبر بشكل ملحوظ للفئات العمرية الفرعية (ما بعد حديثي الولادة، والرضع، والأطفال، وأقل من 5 سنوات) الموجودين في الأسر المصنفة على أنها أقل فقرًا.

1-7-3 الدراسة الثالثة:

جاءت هذه الدراسة في شكل مقال معنون بـ

Trend Analysis of Mortality Rates for Leading Causes of Death Among Under-Five Children in Iran، 2000 – 2015

أعدها مجموعة من الباحثين:

Salman Khazaei، Farid Najafi، Vajihe Armanmehr، Mahmoud Hajipour، Manouchehr Karami and Shahab Rezaeian

أُعدّت الدراسة حول معدل وفيات الأطفال واختلافاتها حيث هدفت إلى تقييم اتجاه معدل الوفيات وتحديد حجم انخفاض معدل الوفيات بين الأطفال الإيرانيين خلال الفترة 2000–2015. أجريت هذه الدراسة المقطعية في عام 2016 بناءً على بيانات وفيات الأطفال دون سن الخامسة المستخرجة من قاعدة بيانات مرصد منظمة الصحة العالمية. وتم استخراج البيانات الدنيا المطلوبة بما في ذلك الفئات العمرية (0 –27 يومًا، 1–59 شهرًا)، وسبب الوفاة، وسنة الوفاة، ومعدل الوفيات لكل 1000 مولود حي من قاعدة بيانات مرصد الصحة العالمية. وشملت أسباب الوفاة، التشوهات الخلقية، والتهابات الجهاز التنفسي السفلي الحادة، الإسهال، الأمراض المعدية الأخرى، الفترة المحيطة بالولادة، الحالة التغذوية، الخداج، الاختناق عند الولادة، صدمات الولادة، الإنتان، الأمراض المعدية الأخرى للمواليد، التيتانوس، السعال الديكي، الحصبة، وفيروس نقص المناعة البشرية الإيدز والملاريا والإصابات والتهاب السحايا والتهاب الدماغ.

بينت الدراسة ان أكثر من 52% من 21011 حالة وفاة حدثت بين الأطفال دون سن الخامسة في عام 2015 كانت بسبب الامراض المعدية. ومن بين 10029 حالة وفاة ناجمة عن أمراض غير معدية، فإن 47% و36.3% منها تعود إلى الخداج والتشوهات الخلقية على التوالي.

انخفض معدل الوفيات الإجمالي للأطفال دون سن الخامسة من 35‰ إلى 16‰ إي بنسبة 55.5 % على مدار فترة 16 عامًا بمتوسط انخفاض سنوي مقداره 5.5 %. وكان هناك اتجاه تنازلي كبير في معدلات الوفيات بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0–27 يومًا في الخداج، والتشوهات الخلقية، والإنتان وغيرها. كما انه كان هناك انخفاض كبير في معدلات وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين

1–59 شهرًا بسبب التهابات الجهاز التنفسي السفلي الحادة، الإسهال، الإصابات، والتهاب السحايا / التهاب الدماغ. بين سنتي 2000–2015 لوحظ أكبر انخفاض في معدل الوفيات لأمراض الإسهال، من 2.85 لكل 1000 مولود حي في عام 2000 إلى 0.65 لكل 1000 مولود حي في عام 2015، وهو ما يمثل انخفاضًا بنسبة 77.2% أي بمتوسط سنوي من الانخفاض مقداره 12.8%. في حين كان هناك انخفاض كبير في معدلات الوفيات المرتبطة بالتيتانوس والحصبة.

لم يكن هناك مثل هذا الاتجاه في الوفيات المرتبطة بالسعال الديكي. ولاحظت الدراسة ارتفاعا في اتجاه معدل الوفيات بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز بين الأطفال دون سن الخامسة من 0.0078 لكل 1000 مولود حي في عام 2000 إلى 0.021 لكل 1000 مولود حي في عام 2015، وهو ما يمثل زيادة قدرها 169.2% خلال فترة الـ 16 عامًا. كان هناك اتجاه تنازلي كبير في معدل وفيات الملاريا مع انخفاض قدره 0.002% بين سنتي 2000–2015.

ومن النتائج الرئيسية الأخرى لهذه الدراسة وجود اتجاه هبوطي كبير في معدلات الوفيات بسبب التشوهات الخلقية (6.0%)، والإنتان (8.4%)، والخداج (24.3%)، والاختناق عند الولادة (14.3%) بين حديثي الولادة في الفترة 2000–2015. وتؤكد الدراسة أن الجزء الأكبر من معدل التخفيض الكلي (55.5%) يُعزى إلى انخفاض معدلات الوفيات لهذه الأسباب.

1–7–4 الدراسة الرابعة:

جاءت هذه الدراسة على شكل مقال وهي بعنوان:

Neonatal، infant، and under-5 mortality and morbidity burden in the Eastern Mediterranean region: findings from the Global Burden of Disease 2015 study[1]

اعد الدراسة مجموعة من الباحثين: علي هـ مقداد، وإبراهيم خليل،Michael Collison ، Charbel El Bcheraoui

أجريت هذه الدراسة حول عبء الوفيات والمراضة لحديثي الولادة والرضع والأطفال دون سن الخامسة في منطقة شرق البحر المتوسط لعام 2015 حيث تعطي هذه الدراسة لمحة عامة عن وفيات الأطفال والمراضة في منطقة الشرق الأوسط على أساس دراسة العبء العالمي للأمراض (GBD). في هذه الدراسة تم الاعتماد في اختيار عينة البحث على مصادر متعددة كاستخدام أنظمة التسجيل الحيوي والتعدادات والمسوح الأسرية مع تاريخ الميلاد الكامل أو الموجز بما في ذلك أنظمة تسجيل العينات وأنظمة مراقبة الأمراض، كما طبقت تقنيات ديموغرافية رسمية على 8169 مصدرًا للبيانات المدخلة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة من عام 1950 إلى عام 2015.

تُظهر الدراسة أن التقدم عبر المنطقة في مجال بقاء الأطفال على قيد الحياة لا يزال غير متساوٍ، وأن إجمالي وفيات الأطفال دون سن الخامسة انخفض في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بمعدل أبطأ مما هو في العالم. وأظهرت الدراسة ايضا تباينًا كبيرًا في العبء حسب دول المنطقة، حيث تحدث حوالي 80% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة في ستة بلدان بالمنطقة (أفغانستان وباكستان والصومال وجنوب السودان والسودان واليمن). وثلاث دول (السودان وأفغانستان وباكستان) من بين الدول العشر التي لديها أعلى معدلات وفيات الأطفال في العالم والأسباب الخمسة الأولى لوفيات الأطفال دون سن

1- GBD 2015 Eastern Mediterranean Region Neonatal, Infant, and under-5 Mortality Collaborators. Neonatal, infant, and under-5 mortality and morbidity burden in the Eastern Mediterranean region: findings from the Global Burden of Disease 2015 study. *Int J Public Health* **63** (Suppl 1), 63–77 (2018). https://doi.org/10.1007/s00038-017-0998-x

الخامسة، كانت مضاعفات الولادة المبكرة، واعتلال الدماغ عند الأطفال حديثي الولادة، والتهابات الجهاز التنفسي السفلي، والعيوب الخلقية، وأمراض الإسهال.

كما انه صنفت الحرب السبب التاسع لوفاة الأطفال دون سن الخامسة في منطقة الشرق الأوسط، مقارنة بالمرتبة 25 على مستوى العالم في عام 2015. تسلط هذه النتيجة الضوء على عواقب النزاعات الأخيرة والاضطرابات السياسية في المنطقة، والحروب التي تلتها.

بينت الدراسة أن تأثير حالات الطوارئ هذه على الصحة العامة عميق ويؤثر على كل من السكان النازحين والمجتمعات المضيفة وعادة ما يؤدي إلى انعدام الأمن الغذائي، وعدم الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية والصرف الصحي الجيد، مما يؤدي إلى تفاقم معدلات اعتلال الأطفال ووفياتهم بسبب البيئات غير الصحية، وانتشار الأمراض، وانخفاض كمية ونوعية تناول الطعام.

كما توصلت الدراسة الى ان الفقر والظلم الاقتصادي من العوامل الهامة المحددة لصحة الطفل في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. اتضح أن هناك ارتباطا للفقر بوفيات الأطفال في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وبين أن هناك زيادة ملحوظة في مخاطر الوفيات عند الرضع المولودين في أسر فقيرة. واشارت النتائج إلى أن السياسات التي تهدف إلى التخفيف من حدة الفقر ومحو الأمية بين الإناث ستساهم بشكل كبير في انخفاض معدل وفيات الرضع في منطقة الشرق الأوسط.

وفي الأخير خلصت الدراسة الى انه على الرغم من الإنجازات العالمية في تحسين بقاء الأطفال على قيد الحياة عبر المناطق الجغرافية، إلا أن وتيرة التقدم كانت بطيئة وغير منتظمة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. واوعزت النتائج التي توصل إليها الباحثون الحاجة الملحة لاتخاذ إجراءات مكثفة ومتسارعة لتقليل عبء مراضة الأطفال ووفياتهم.

1-7-5 الدراسة الخامسة:

جاءت هذه الدراسة في شكل مقال معنون بـ

Prevalence of under-five years of age mortality by infectious diseases in West African region International[1]

للباحث Yusupha Sanyang

تسلط هذه الدراسة الضوء على انتشار وفيات الأطفال دون سن الخامسة في غرب أفريقيا، اذ لا يزال هناك عبء كبير لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في منطقة غرب إفريقيا، والعامل الرئيسي الذي يساهم في ذلك هو الأمراض المعدية بما في ذلك الالتهاب الرئوي والكزاز والإسهال والملاريا ومرض الإيدز والحصبة والتهاب السحايا. تتألف منطقة غرب إفريقيا من خمسة عشر دولة تمتد من السنغال في الشمال الشرقي، إلى خليج غينيا وبحيرة تشاد والمرتفعات التي تحد كاميرون إلى الغرب. بلغ متوسط عدد سكان المنطقة 316 مليون نسمة في عام 2011، حيث شكلت نيجيريا النسبة الأكبر البالغة 160 مليونًا، بينما كانت النسبة الأقل في كاب فيردي بمقدار 0.5 مليون نسمة. وتتراوح نسبة السكان دون سن الخامسة من 10.3% إلى 19.9% مع وجود أكبر عدد من السكان دون سن الخامسة في نيجيريا إذ يبلغ العدد 27.2 مليونًا، ويشكل 52.2% من إجمالي السكان في المنطقة الفرعية، وتم جمع البيانات من خلال إجراء عمليات البحث في معهد القياسات الصحية والتقييم (IHME) وقواعد بيانات منظمة الصحة العالمية. كما تم استخدام المطبوعات والتقارير ذات الصلة المتاحة وكذلك البيانات على مواقع منظمة الصحة العالمية واليونيسيف.

ولأن عددا قليلا من البلدان 57 من 195 تمكنوا من تحقيق هدف خفض وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بمقدار الثلث من ضمن الأهداف الإنمائية للألفية في عام 2015 فإن هذه الدراسة هدفت إلى

1Yusupha Sanyang,(2020)" Prevalence of under-five years of age mortality by infectious diseases in West African regionInternational, Journal of Africa Nursing Sciences 11 (2019) 100175"

معرفة ما إذا كانت النجاحات قد تحققت من خلال تحقيق الهدف الإنمائي للألفية المتمثل في خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة، معرفة التقدم المحرز نحو هدف التنمية المستدامة المتمثل في خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ومعرفة عدد الوفيات التي تسببها الأمراض المعدية بين الأطفال دون سن الخامسة في غرب أفريقيا.

تم تجميع النتائج في ثلاثة أقسام، يسلط القسم الأول الضوء على وفيات الأطفال دون سن الخامسة في غرب إفريقيا، ويوضح القسم الثاني تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، والقسم الثالث الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية. بناءً على النتائج، أشارت جميع التقارير والمقالات إلى ارتفاع مستوى وفيات الأطفال دون سن الخامسة في غرب أفريقيا. ويمكن للمرء أن يربط المعدلات المرتفعة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في هذه المنطقة بمستوى الفقر المرتفع حيث أن جميع البلدان في هذه المنطقة من البلدان المنخفضة أو المتوسطة الدخل. لا تزال بلدان غرب أفريقيا تشهد ارتفاع عدد الوفيات بسبب الأمراض المعدية. تشمل الأمراض المعدية ذات الأسباب الأعلى لوفيات الأطفال دون سن الخامسة، الإنتان، التيتانوس، الإسهال، الالتهاب الرئوي، الملاريا، الإيدز، الحصبة والتهاب السحايا. هناك بعض الاختلافات في النسبة المئوية للوفيات التي تسببها الأمراض المعدية في هذه البلدان. وتجاوز نسبة وفيات الأطفال دون سن الخامسة بسبب الأمراض المعدية في تسع دول 50%، وسجلت مالي أعلى نسبة وفيات دون سن الخامسة بسبب الأمراض المعدية بنسبة 57%. سجلت الرأس الأخضر أقل نسبة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة بين دول غرب إفريقيا، والتي بلغت 26%. وتتراوح وفيات الأطفال دون سن الخامسة بسبب الالتهاب الرئوي بين 21% في النيجر و12% في غانا. سجلت مالي أعلى وفيات للأطفال دون سن الخامسة بسبب الملاريا في غرب إفريقيا بنسبة 24% بينما سجلت الرأس الأخضر 0% وفيات (إنهاء وفيات الأمهات والأطفال التي يمكن الوقاية منها، 2016). وكانت أعلى نسبة للوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة بسبب الإسهال في النيجر وبوركينا فاسو بنسبة 11%. غينيا

بيساو لديها أعلى نسبة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة بسبب الإيدز بنسبة 4%، وغامبيا وساحل العاج لديها 2% وفيات دون سن الخامسة بسبب الإيدز بينما سجلت موريتانيا 0%. سجلت بقية البلدان 1% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة بسبب الإيدز (إنهاء وفيات الأمهات والأطفال التي يمكن الوقاية منها، 2016). كان معدل الوفيات الناجمة عن التهاب السحايا مرتفعاً في النيجر في غرب إفريقيا حيث تسبب المرض في 5% من الوفيات دون سن الخامسة. سجلت السنغال أعلى وفيات للأطفال دون سن الخامسة بسبب تعفن الدم بنسبة 10% بينما كانت الوفيات الناجمة عن التيتانوس منخفضة بشكل عام في المنطقة بخلاف ساحل العاج وموريتانيا أين تم تسجيل 1% وفاة ناجمة عن المرض. كانت أعلى وفيات الأطفال دون سن الخامسة بسبب الحصبة في بوركينا فاسو وسيراليون بمقدار 2% من الوفيات الناجمة عن المرض.

بناءً على النتائج المذكورة أعلاه من مختلف التقارير والمقالات، يمكن الاستنتاج أن دول غرب إفريقيا لديها معدل مرتفع لوفيات الأطفال دون سن الخامسة، والتي تنتج في الغالب عن الأمراض المعدية.

1-7-6 الدراسة السادسة:

جاءت هذه الدراسة بعنوان:

Risk factors for under-5 mortality: evidence from Bangladesh Demographic and Health Survey ،2004-2011[1]

Tanvir Abir، Kingsley Emwinyore Agho، Andrew Nicolas Page،Abul Hasnat Milton، Michael John Dibley

[1] - Abir T, Agho KE, Page AN, et al. Risk factors for under-5 mortality: evidence from Bangladesh Demographic and Health Survey, 2004–2011. BMJ Open 2015;5:e006722. doi:10.1136/bmjopen-2014-006722

تهدف هذه الدراسة الى تحديد العوامل المرتبطة بوفيات الأطفال دون سن الخامسة في البنغلاديش باستخدام عينة تمثيلية على الصعيد الوطني من الولادات المفردة للفترة 2004–2011 حيث ركزت الدراسة على تحديد العوامل التي تؤثر على وفيات الأطفال في فترات فرعية مختلفة من أول 59 شهرًا من العمر (وفيات حديثي الولادة، وما بعد الولادة، والرضع، والأطفال، والأطفال دون سن الخامسة) باستخدام تحليل مجمع لعام 2007 وقد استندت إلى مجموعة بيانات المسح الديموغرافي و الصحي لبنغلاديش (BDHS) من خلال أخذ العينات العنقودية الطبقية ذات مرحلتين. البيانات المستخدمة في هذه الدراسة مستمدة من مسوح 2004 و2007و2011. في المجموع تم الحصول على معلومات عن 40460 امرأة: 11440 (98.6%) من عام 2004، و11178(98.4%) من عام 2007، و17842 ((97.9%) من عام 2011. وفي المتوسط ، كان معدل الاستجابة أكثر من 98%. وتم الحصول على معلومات البقاء على قيد الحياة من مجموع 16722 رضيعًا وحيدًا ولدوا أحياء. استخدمت التحليلات أحدث ولادة لأن هذه الولادات فقط لديها معلومات مفصلة حول استخدام الخدمات الصحية في الفترة المحيطة بالولادة. وتم استخدام أحدث ولادة أيضًا من أجل الحد من إمكانية الاستدعاء التفاضلي للأحداث من الأمهات اللائي ولدن في فترات مختلفة قبل المقابلة. وتم استبعاد الولادات المتعددة من التحليل نظرًا لأن الدراسات السابقة أظهرت ارتباطًا قويًا بين الولادات المتعددة ووفيات الأطفال حول تواريخ الميلاد والوفاة التي أبلغت عنها الأمهات.

تعلقت النتائج الرئيسية بدراسة وفيات الأطفال التي تم فحصها في أربع فترات زمنية مختلفة. كانت الفترات الزمنية هي وفاة الأطفال حديثي الولادة (الموت بعد الولادة حتى 30 يومًا من العمر)، ووفاة ما بعد حديثي الولادة، والتي تُعرَّف بأنها وفاة الرضع من عمر 1 إلى 11 شهرًا من العمر وموت الرضيع، الذي يُعرَّف بأنه وفاة رضيع بعد الولادة خلال 11 شهرًا من العمر. وكانت النتيجتان الأخريان هما وفاة

الأطفال، والتي تُعرَّف بأنها وفاة بين 12 و59 شهرًا من الحياة وموت الأطفال دون سن الخامسة، والتي تُعرَّف على أنها وفاة طفل بعد الولادة خلال 59 شهرًا من العمر.

وجدت الدراسة انخفاضًا ثابتًا في معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة، وما بعد حديثي الولادة، والرضع، والأطفال دون سن الخامسة في بنغلاديش بين عامي 2004 و2011. ومن أجل تحسين هذه النتيجة، تم الإسراع في الحد من أسباب الوفاة الأكثر انتشارًا، وخاصة الالتهاب الرئوي والخدج.

وأظهرت الدراسة أن اختطار وفيات ما بعد حديثي الولادة والرضع والأطفال دون سن الخامسة كان أعلى عند الرضع من منطقة باريسال (Barisal) مقارنة بالرضع من منطقة خولنا (Khulna). ارتبط انخفاض عدد زيارات الرعاية السابقة للولادة وانخفاض الوزن عند الولادة بوفاة ما بعد حديثي الولادة. قد يكون الوصول إلى المرافق الصحية غير موجود في بعض المناطق في بنغلاديش، وهذا يمكن أن يؤدي إلى الاختلافات الإقليمية الملحوظة في وفيات ما بعد حديثي الولادة. من المرجح أن تتمتع المجتمعات الأكثر تطوراً بوصلات صرف صحي أفضل، مما يحسن بقاء الرضع أحياء.

أظهرت الدراسة أن ذكور الولدان كانوا أكثر عرضة بشكل ملحوظ للوفاة خلال فترة حديثي الولادة مقارنة بالولدان الإناث. فيما يتعلق بوفيات الأطفال، على الرغم من افتراض الكثير عن الضرر الذي تتعرض له الأمهات المراهقات، فمن المرجح أيضًا أن تكون الأمومة في أوائل العشرينات غير مواتية مقارنة بالأمومة الأكبر سنًا. توصلت الدراسة إلى أن الأمهات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و24 عامًا يشكلن خطرًا على وفيات الأطفال دون سن الخامسة. وقد تكون الأمهات الأكبر سنًا أكثر ميلًا إلى تقدير استمرارية الرعاية السابقة للولادة والرعاية الشاملة أكثر من الأمهات الشابات، ومن المرجح أن يحضرن المزيد من زيارات الرعاية السابقة للولادة، مما يقلل من معدلات الإصابة بالأمراض طوال فترة الحمل. وقد يكون ارتفاع خطر وفيات الرضع من الأمهات الأصغر سناً مرتبطًا بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية بالإضافة

إلى عدم النضج البيولوجي. بالإضافة إلى ذلك، كان الأطفال الذين كانت أمهاتهم تتراوح أعمارهن بين 30 و39 عامًا عند الولادة معرضون بشكل أكبر لخطر وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

تم الإبلاغ عن ارتباطات قوية بين المهنة الأبوية المشتركة ووفيات الأطفال حديثي الولادة. تم التوصل إلى أن بطالة الأب وتوظيف الأمهات خارج المنزل يزيد بشكل كبير في احتمالات وفاة حديثي الولادة. كما وجد انه في حين أن الأمهات العاطلات عن العمل يشكلن خطرًا على وفيات حديثي الولادة وما بعد الولادة، فإن الأمهات العاملات يزدن من احتمالات وفيات الرضع دون سن الخامسة. وقد يكون لعمل الأمهات أثر سلبي على الرعاية المقدمة للمواليد مما يؤدي الى نقص الرعاية الشخصية وفي الوقت المناسب، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية النادرة التي يعاني منها الأطفال المولودين لأمهات عاملات إلى زيادة احتمالات وفاة الأطفال حديثي الولادة. يعكس ارتفاع مخاطر وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة بين الأمهات العاملات حقيقة أن الأمهات العاملات يؤدين أدوارًا أخرى تُسند تقليديًا داخل الأسرة.

في هذه الدراسة كان لدى الأطفال من المرتبة الرابعة الذين تتراوح أعمارهم بين عامين أو أقل احتمالات أعلى بكثير لوفيات حديثي الولادة، وما بعد حديثي الولادة، والرضع، والأطفال دون سن الخامسة مقارنة بالأطفال من المرتبة الثانية / الثالثة مع فاصل زمني أكبر من عامين. بالإضافة إلى ذلك، وجد أن الأطفال من المرتبة الثانية / الثالثة مع فاصل زمني أقل من سنتين لديهم احتمالات أعلى بكثير لوفيات الأطفال مقارنة بالأطفال من نفس الرتبة ولكن بفاصل أكثر من سنتين. قد تُعزى هذه النتائج إلى متلازمة نضوب الأمهات والتنافس على الموارد بين الأشقاء، بالإضافة إلى نقص الرعاية والاهتمام الذي يعاني منه الأطفال ذوو المرتبة العالية.

وجد أن الرضع الذين لم تحصل أمهاتهم على تطعيمات ضد الكزاز لديهم احتمالات أعلى بكثير لوفيات حديثي الولادة، وبعد حديثي الولادة، والرضع والأطفال. قد يكون ارتباط التطعيمات ضد لقاح الأطفال حديثي الولادة ووفيات الأطفال والرضع والأطفال بسبب ارتباطها بالتعليم والحالة الاجتماعية والاقتصادية أكثر من ارتباطها بالتأثير المباشر للقاح. تبين أيضا من الدراسة أن الرضع الذين لم تستخدم أمهاتهم أي موانع حمل كانت لديهم احتمالات أعلى بكثير لوفيات حديثي الولادة، وبعد حديثي الولادة، والرضع، والأطفال، والأطفال دون سن الخامسة.

1-7-7 الدراسة السابعة:

جاءت هذه الدراسة في شكل مقال بعنون بـ:

LES DETERMINANTS DE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS EN COTE D'IVOIRE[1]

لإيسو لاسمي وجان تشارلز إيمانويل (Jean Charles et Emmanuel Esso Lasme) محاضر – باحث فيليكس هوفويت بوانيي المركز السويسري للبحث العلمي في كوت ديفوار (CSRS)

يهدف هذا المقال إلى فهم محددات الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة، بالاعتماد على بيانات من المسوح الوطنية حول وفيات الأطفال.

كان الهدف الرئيسي من دراسة محددات الوفيات هو تحديد عوامل الوفيات التي لها تأثير كبير على وفيات الأطفال في كوت ديفوار. بعد تصنيف العوامل إلى ثلاث مجموعات رئيسية كما صنفها

[1] E Lasme, Jean C Emmanuel, LES DETERMINANTS DE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS EN COTE D'IVOIRE, European Scientific Journal January 2013 edition vol.9, No.2 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431

Desgrées du Loû: العوامل الديموغرافية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والعوامل المرتبطة بموقف الأم لتحليل محددات وفيات الأطفال في كوت ديفوار، استخدمت الدراسة نماذج الانحدار اللوجستي.

وفي هذه الدراسة تعلق الأمر بشرح احتمالية موت الطفل، وخصائص الطفل وخصائص الأم. وتبحث الدراسة عن العوامل التي لها أكبر تأثير على خطر وفاة الأطفال قبل سن الخامسة، باستخدام بيانات من المسح الديموغرافي والصحي لعام 1994 ومسح صحة السكان. مؤشرات الإيدز لعام 2005، والتي تقدم أيضًا تفسيرًا لتطور هذه المحددات بمرور الوقت.

أظهرت الدراسة فيما يخص نتائج النماذج المختلفة التي تم الحصول عليها تنبؤًا نسبيًا جيدًا للبيانات وجودة الانحدار. تم أيضًا معايرة جميع النماذج جيدًا (قيمة p للاختبار أكبر من 5 %) مما يعني أن النتائج تظهر سلوكًا جيدًا، حيث يكون النموذج قادرًا على التقاط جزء من الارتباط الذي تسعى إليه بنية العوامل.

حسب نتائج ببيانات DHS 1994 فإن الأطفال من الرتبة الاولى معرضون لخطر الموت أعلى نسبيًا من الأطفال من الرتبة الثانية والثالثة. يتضاعف خطر الوفاة بمقدار 1.5 مرة للأطفال من الرتبة الأولى. توجد هذه النتيجة بشكل عام في الأدبيات حيث يكون لدى الأطفال من المرتبة الأولى وأولئك الذين ولدوا بعد ذلك بكثير احتمال كبير للوفاة خلال السنوات الأولى من الحياة. يُظهر التحليل الإضافي للبيانات أنه من الضروري تحقيق ترتيب مواليد مرتفع حقًا من الرتبة السابعة لزيادة خطر الوفيات مقارنة بالأطفال المولودين في المرتبة الثانية أو الثالثة، وإلا فإن الأطفال من الرتبة الرابعة والسادسة معرضون لخطر الوفاة قريبة جدًا من الرتبتين الثانية والثالثة. وبينت الدراسة أن التباعد بين الولادات يفسر بشكل أكبر وفيات الأطفال قبل سن الخامسة. حيث الأطفال الذين يولدون بعد أقل من عامين من أسلافهم أكثر عرضة للوفاة بمقدار الضعف تقريبًا مثل أولئك الذين لديهم التباعد بين الولادات أربع سنوات فأكثر. كما

ان الأطفال الذين يولدون بعد سنتين أو ثلاث سنوات هم أيضًا أفضل حالًا من أولئك الذين لديهم فترة ولادة أقل من سنتين، ومعدل وفيات الأول أقل بنسبة 50% من معدل وفيات الأخير. كما تلعب ممارسة الاستشارات السابقة للولادة دورًا مهمًا في بقاء الأطفال على قيد الحياة، إذ أنّ الأطفال الذين لم تقم أمهاتهم بزيارات ما قبل الولادة أثناء الحمل لديهم أكثر من 1.5 مرة خطر الموت من أولئك الذين تلقوا زيارات ما قبل الولادة. وحقيقة أن الأم التي تقوم بزيارات ما قبل الولادة أثناء الحمل مواتية لبقاء الطفل على قيد الحياة بغض النظر عن عدد الزيارات قبل الولادة. ولا يبدو أن مستوى تعليم الأم ومكان إقامتها لهما وزن كبير عند مقارنتهما مع المتغيرات الأخرى التي تم جمعها خلال المسح الديموغرافي والصحي لعام 1994. تكشف قراءة النتائج أنه بمجرد مرور الطفل بعيد ميلاده الأول، فإن حقيقة ولادته في المركز الأول لم يعد لها تأثير كبير على وفاته، وهذه الطريقة ليست عاملاً في تحديد وفيات الأحداث.

أما النتائج التي تم الحصول عليها من بيانات 2005 كما هو الحال في 1994، فإن ترتيب ولادة الطفل يميز من حيث وفيات الأطفال. الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات هم أكثر عرضة للوفاة قبل بلوغهم الخامسة من العمر 1.4 مرة مقارنة بالأطفال الذين يولدون بعد ذلك. وأكد الفحص الدقيق للبيانات ارتفاع معدل وفيات الأطفال من الرتبة السابعة وما فوقها كذلك. وينطبق الشيء نفسه على الأطفال حديثي الولادة (أقل من عامين) يموتون 1.5 مرة أكثر من أقرانهم بعد أربع سنوات أو أكثر من الولادة. على عكس عام 1994، في عام 2005، فإن مستوى تعليم الأم له تأثير كبير على وفيات الأطفال. يتعرض أطفال الأمهات اللائي لم يتلقين تعليميًا لخطر وفاة يزيد قليلاً عن 1.4 مرة من أولئك المولودين لأمهات حاصلات على تعليم ثانوي أو أكثر. هنا مرة أخرى لا يظهر مكان الإقامة تأثيره على جميع المتغيرات.

إن تحليل معدل وفيات الأطفال لا يشير إلا إلى الفترة القصيرة بين الولادات كعامل يزيد من احتمال الوفاة بين سن سنة وأربعة أعوام، ويحجب تعليم الأم. من ناحية أخرى، تُظهر وفيات الأطفال الدور الذي يلعبه تعليم الأم الطويل في بقاء الطفل في عامه الأول من العمر. في الواقع، بمجرد وصول المرأة إلى المدرسة الابتدائية، فإن خطر وفاة طفلها لا يتجاوز 0.7 مرة من خطر وفاة طفل من أم غير متعلمة. لذلك فإن تعليم الأم له تأثير على بقاء الطفل، بغض النظر عن مستوى التعليم الذي تم الحصول عليه. المتغيرات الأخرى التي تؤثر على معدل الوفيات قبل خمس سنوات تؤثر جميعها على ذلك خلال السنة الأولى من العمر.

بالطبع، قد توجد اختلافات في معدل الوفيات اعتمادًا على عامل مأخوذ في تحليل أحادي المتغير، لكن هذا لا يعكس الدور الذي سيلعبه هذا المتغير في مجموعة العوامل التي من المحتمل أن تؤثر على خطر الوفاة. حيث أخذ في الاعتبار ثلاث متغيرات تابعة لهذه الدراسة، وهي وفيات الرضع والأطفال، وفيات الأحداث ووفيات الرضع.

في كوت ديفوار، ظهرت أربع طرائق كعوامل محددة في وفيات الأطفال دون سن الخامسة. هذه هي: ترتيب ولادة الطفل (الأول والسابع وما فوق)، وفترة ولادة قصيرة (أقل من عامين)، وحقيقة أن الأم لم تقم بأي زيارة قبل الولادة وعدم تلقي تعليمات. كان تأثير زيارة ما قبل الولادة على معدل الوفيات أكثر وضوحا في عام 1994 بينما أظهر مسح عام 2005 تأثير مستوى تعليم الأم.

ويبدو أن مكان الإقامة، وهو متغير تمييزي فيما يتعلق بالوفيات، يعمل من خلال مستوى التعليم والوصول إلى الخدمات، لا سيما الاستشارات السابقة للولادة، مما يعني أن النموذج لا يحددها بشكل مباشر.

1-7-8 الدراسة الثامنة:

جاءت هذه الدراسة بعنوان:

Determinants of infant and under-five mortality and poverty in Niger.

Hamadou Daouda, Youssoufou Université de Tahoua.[1]

"محددات وفيات الأطفال الرضع والفقر في النيجر" قام بهده الدراسة الباحث" يوسف حمادو داودة" في شكل مقال بناءً على المسح الديموغرافي والصحي لعام 2006

تعلقت هذه الدراسة بصحة الأطفال حيث لوحظ أنه على الرغم من انخفاض معدل وفيات الرضع والأطفال الصغار خلال العشرين عامًا الماضية، حيث انخفض، على التوالي، من 140 إلى 81 ، ومن 320 إلى 198 لكل ألف بين عامي 1986 و 2006 للفئتين على التوالي (المعهد الوطني للإحصاء ، 2007) ، فإنه لا يزال أعلى من المتوسط في أفريقيا جنوب الصحراء (100 حالة وفاة لكل ألف ولادة). من الواضح أن وفيات الأطفال مرتبطة بالبيئة الصحية غير المستقرة والظروف المعيشية للأم. وهكذا، فيما يتعلق بالرعاية السابقة للولادة وظروف الولادة، قامت 46% فقط من النساء بزيارة واحدة على الأقل قبل الولادة إلى الطاقم الطبي، بينما تتم 82% من الولادات في المنازل. بالإضافة إلى ذلك، يبدو أن لوفيات الأطفال صلة بمستوى الفقر في البلاد ففي عام 2008 كان 62.1% من سكان النيجر يعانون من الفقر.

في هذا البحث تم قياس الفقر – متغير الاهتمام – باستخدام مؤشر الثروة المبني من خصائص السكن (مياه الشرب، نوع الجدران والأرضيات، المرافق الصحية، طريقة الإضاءة، إلخ) والسلع المنزلية المعمرة وامتلاك الحيوانات. يُحسب مؤشر الثروة باستخدام تحليل المكون الرئيسي غير الخطي، وبالتالي يعمل مؤشر الثروة كبديل لتقييم الوضع الاقتصادي للأسرة. لأغراض التحليل، تم تقسيم مؤشر الثروة إلى ثلاث متغيرات ثنائية (غني، متوسط الوضعية ، فقير)، تم إدخال اثنين منها في التقديرات متعددة المتغيرات

[1] Hamadou Daouda, Youssoufou, Determinants of infant and under-five mortality and poverty in Niger, MPRA Paper No. 73154, posted 17 Aug 2016 22:46 UTC

(متوسط وفقير). الفرضية الأساسية هي أن تأثير مؤشر الثروة على الحالة التغذوية للأطفال هو الأكثر أهمية لأن هؤلاء الطفال يعانون بشكل أكبر من العجز في أفقر الأسر.

تشير نتائج الدراسة إلى أن معدلات وفيات الرضع والأطفال هي على التوالي، 12.5 و18.9% في جميع أنحاء النيجر، وتؤيد هذه النتائج المعلومات الواردة في التقرير العام الملازم للدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية لعام 2006. ومع ذلك هناك تفاوتات في معدل الوفيات اعتمادًا على الانتماء إلى مكان الإقامة، ففي المناطق الريفية تبلغ نسبة الفقر بين السكان 63.9%، ولهذا تبلغ معدلات وفيات الرضع والأطفال في المناطق الريفية ضعف تلك المسجلة في المناطق الحضرية. ففي الريف تم تسجيل نسب وفيات هي على التوالي 15.9 و24.0%، مقابل 8.6 و13.7% في المناطق الحضرية. أما من خلال محدد المستوى المعيشي فقد بلغ معدل وفيات الأطفال 13.5% بين الأسر الفقيرة، بمقابل 9.8% بين الأسر الغنية.

أما بالنسبة لسن الأم المرتبط بقدرتها الإنجابية، اتضح من خلال الدراسة أن وفيات الأطفال تزداد مع تقدم عمر الأمهات بمقدار 0.111 و0.148 نقطة للنساء اللائي تتراوح أعمارهن بين 45 و49 عامًا مقارنة بمن تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عامًا.

1-8 التعليق على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات والبالغ عددها ثماني دراسات يمكننا التنبيه إلى بعض أوجه التشابه والاختلاف بين هذه الدراسات والدراسة الحالية.

1-8-1 أوجه الاستفادة:

انطلاقا من فرضية عدم استطاعة الباحث من الحصول على جل ما يحيط بموضوع الدراسة، وكذلك عدم إلمامه بمشكلة البحث؛ ساعدتنا الدراسات السابقة في توجيه أفكارنا حول موضوعنا وتفادينا الكثير من الجهد والوقت في محاولة فهم وتفكيك الموضوع.

1- من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة تمكنا من تجاوز العديد من المشكلات المحتملة التي كانت ستواجهنا؛ مثل كيفية صياغة وتبني الإطار النظري للدراسة.

2- من ناحية المصادر والمراجع ساعدتنا الدراسات السابقة في توفير كم معتبر من الأبحاث العلمية خاصة المقالات العلمية المحكمة.

3- عند الاطلاع على الدراسات السابقة تمكنا لحد ما من الابتعاد بقدر الإمكان من الوقوع في الأخطاء كان من الممكن الوقوع فيها كالحماس الزائد في استخدام العديد من الأساليب الاحصائية مثلا.

1-8-2 أوجه التقاطع والمميزات بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية:

1- تتقاطع دراستنا مع عدة دراسات سابقة من حيث الاشتراك في النموذج النظري المعتمد في معالجة ظاهرة وفيات الأطفال.

2- تتقاطع دراستنا أيضا من خلال استعمال بيانات مستمدة من قاعدة معطيات مسحية ممثلة للقطر الوطني خاصة بكل دولة أو قُطر.

3- تشابهت دراستنا مع بعض الدراسات السابقة في التصميم وكذلك من ناحية استخدام بعض الاساليب الاحصائية مثل التحليل اللوجستي الأمر الذي أفادنا في المقارنة بين الدراسات السابقة ودراستنا.

1-9 الإطار النظري لموسلي وشين لدراسة وفيات الأطفال دون سن الخامسة

يفترض نموذج موسلي وشين عدة افتراضات لمحددات صحة ووفيات الأطفال وهي كما يلي:

- في بيئة مثالية لبقاء الطفل على قيد الحياة، يمكن أن ينجو 97% من الأطفال حديثي الولادة خلال الخمس سنوات الأولى من الحياة.
- احتمالية انخفاض هذه النسبة يعزى إلى المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيولوجية والبيئية.
- تأثير المحددات الاجتماعية والاقتصادية (المتغيرات المستقلة) على صحة الأطفال من خلال تأثيرها على محددات أخرى مباشرة والتي تؤدي هي كذلك إلى زيادة خطر الإصابة بالمرض أو الوفاة.
- إن التراجع في صحة الأطفال أو حدوث الوفاة (المتغير التابع) نتيجة تراكمية لعمليات الإصابة بالأمراض بما في ذلك تفاعلاتها البيولوجية والاجتماعية ونادرا ما تكون وفيات الأطفال نتيجة لحادثة مرضية معزولة واحدة.[1]

1-9-1 المتغيرات الوسيطة: تم تقسيم النموذج في خمس فئات (متغيرات وسيطة)، وهذه الأخيرة تتضمنها أربعة عشر متغير وهي كالآتي:

عوامل متعلقة بالأمومة: وتشتمل على عمر الأم، تباعد الولادات ورتبة المولود.

التلوث البيئي:

ويتضمن:

- الهواء
- الغذاء والماء وأصابع اليد
- الجلد والتربة
- الحشرات الناقلة

[1] Mosley, M, H et Chen, L, C. (1984). An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries. Population and Development Review. 10: 25-54.

نقص التغذية:

وتشمل:

- السعرات الحرارية

- بروتين

- المغذيات الدقيقة (الفيتامينات والمعادن)

الإصابات: وتكون إما عرضية أو مقصودة.

المراقبة الصحية الفردية للأمراض:

التدابير الوقائية الشخصية

العلاج الطبي.[1]

1-9-2 المتغيرات الاجتماعية الاقتصادية:

أما المحددات الاجتماعية الاقتصادية (المتغيرات المستقلة) فيتم تصنيفها إلى ثلاث فئات من المتغيرات: متغيرات المستوى الفردي كالإنتاجية الفردية للآباء والأمهات، التقاليد، القواعد، المواقف. ومتغيرات على مستوى الأسرة: كالدخل والثروة، ومتغيرات على مستوى المجتمع المحلي (السكان) البيئة الإيكولوجية، السياسات الاقتصادية، النظام الصحي.[2] وإجمالا يلخص الشكل الموالي ما ذكر آنفا.

1-10 الإطار النظري للدراسة:

هناك العديد من الأطر النظرية التي تهتم وتدرس صحة ووفيات الأطفال دون سن الخامسة من عديد الجوانب المختلفة ومن خلال ذلك تتعدد أوجه النظر بين واضعي وصائغي هذه النماذج، ولعل أبرز النماذج هو نموذج سيرنوازا ميقاما(Siriniwasa Megama) سنة 1980، ونموذج باتريس فيمار

[1] Mosley, M, H et Chen, L, C. (1984). Ibid.

[2] Mosley, M, H et Chen, L, C. (1984). Ibid.

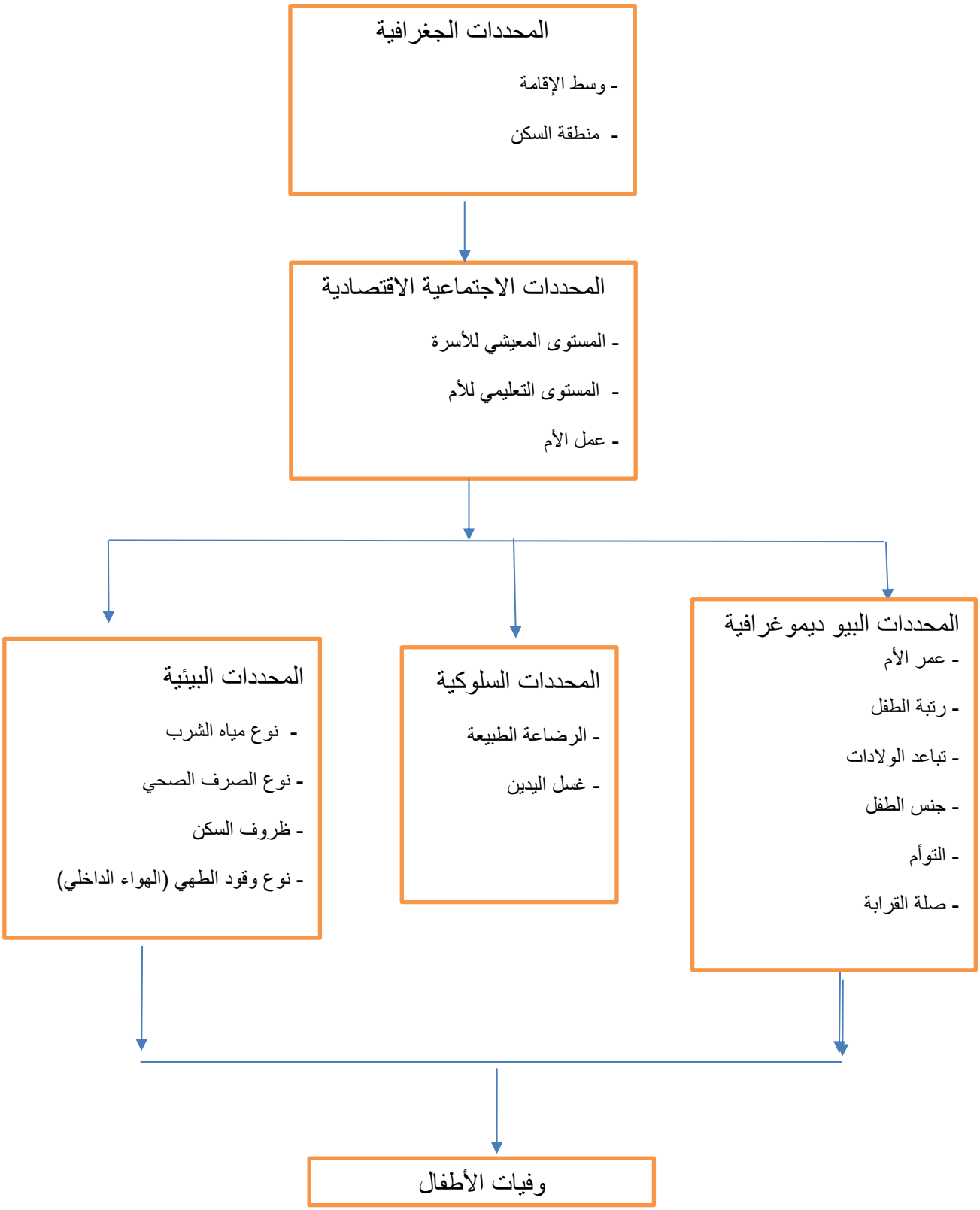
وميشيل قارين Garenne Michel & Vimard Patric في سنة 1984، لكن أكثر نموذجا شيوعا واستخداما هو نموذج هنري موسلي ولينكولن شان والذي تناولناه بالتفصيل في الفصل القادم (للاطلاع أنظر الشكر رقم (17)).

ولهذا مما سبق النموذج الخاص بنا قد تم صياغته بالاعتماد على نموذج موسلي وشان. ينقسم النموذج إلى قسمين: المحددات البعيدة والقريبة.

– المحددات البعيدة والتي تحوي المحددات الجغرافية على مستوى البلد، والمحددات الاجتماعية والتي بدورها تؤثر على مستوى الأسرة وبطريقة غير مباشرة في وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

– المحددات القريبة أو الوسيطية: والتي تحوي المحددات البيو ديموغرافية، السلوكية والبيئية والتي يكون تأثيرها مباشرا في وفيات الأطفال دون سن الخامسة. ومن خلال ما سبق يمكننا صياغة الإطار النظري كما يظهر في الشكل الآتي:

الشكل رقم (01): إطار لتحليل عوامل وفيات الأطفال دون سن الخامسة



1-10-1 المحددات البيو ديموغرافية:

1-10-1-1 عمر الأم:

على الرغم من افتراض الكثير عن الضرر الذي تتعرض له الأمهات المراهقات، فمن المرجح أيضًا أن تكون الأمومة في أوائل العشرينات غير مواتية مقارنة بالأمومة الأكبر سنًا. توصلت الدراسة إلى أن الأمهات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و24 عامًا يشكلن خطرًا على وفيات الأطفال دون سن الخامسة. وقد تكون الأمهات الأكبر سنًا أكثر ميلًا إلى تقدير استمرارية الرعاية السابقة للولادة والرعاية الشاملة أكثر من الأمهات الشابات، ومن المرجح أن يحضرن المزيد من زيارات الرعاية السابقة للولادة، مما يقلل من معدلات الإصابة بالأمراض طوال فترة الحمل. وقد يكون ارتفاع خطر وفيات الرضع من الأمهات الأصغر سناً مرتبطًا بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية بالإضافة إلى عدم النضج البيولوجي. بالإضافة إلى ذلك، كان الأطفال الذين كانت أمهاتهم تتراوح أعمارهن بين 30 و39 عامًا عند ولادتهن معرضون بشكل أكبر لخطر وفيات الأطفال دون سن الخامسة.[1]

ولهذا تثبت الدراسة أن "مواليد الأمهات دون سن 20 عامًا يكونون أكثر عرضة للوفاة من مواليد الأمهات في سن ما بين 20 إلى 34 عامًا"[2]. و" تتطور وفيات الرضع بشكل مختلف لتصل إلى أعلى مستوياتها عند الأمهات صغيرات السن (أقل 18 سنة) وفي الأعمار المتأخرة (35 سنة فما فوق)، ويتبع تطور خطر وفاة الرضع حسب سن الأم شكل حرف (U)، وقد لوحظ هذا على نطاق واسع في البلدان النامية"[3].

---

[1] Abir, T, et al. (2015). Risk factors for under-5 mortality: evidence from Bangladesh Demographic and Health Survey, BMJ Journals, 2004–2011, vol 05: 01-09.

2 Banza, B. (1998). Instruction des parents et survie de l'enfant au Burkina Faso : cas de Bobo-Dioulasso, Les dossiers du CEPED, Centre Français sur la Population et le Développement, (48), P7.

3 Rustein. (1884). Cite par Zourkaléini, Y. (1997). Les déterminants socio-démographiques et contextuels de la mortalité des enfants au Niger. Université de Montréal. Canada. P 64.

1-10-1-2 تباعد الولادات :

بينت الدراسة أن التباعد بين الولادات يفسر بشكل أكبر وفيات الأطفال قبل سن الخامسة. حيث الأطفال الذين يولدون بعد أقل من عامين من أسلافهم أكثر عرضة للوفاة بمقدار الضعف تقريبًا مثل أولئك الذين لديهم التباعد بين الولادات أربع سنوات فأكثر. كما ان الأطفال الذين يولدون بعد سنتين أو ثلاث سنوات هم أيضًا أفضل حالًا من أولئك الذين لديهم فترة ولادة أقل من سنتين، ومعدل وفيات الأول أقل بنسبة 50% من معدل وفيات الأخير[1].

حسب منظمة الصحة العالمية "عندما تكون المباعدة بين الولادات أقل من عامين، خاصة أقل من 18 شهرًا، يكون الأطفال أكثر عرضة للولادة المبكرة ويكون وزنهم عند الولادة منخفضًا، وهما عاملان يؤديان إلى زيادة الوفيات. ويزيد متوسط خطر الوفاة في سن الطفولة بحوالي 60 إلى 70% بالنسبة للأطفال المولودين في مدّة أقل من عامين".[2]

1-10-1-3 رتبة الطفل:

الأطفال من الرتبة الاولى معرضون لخطر الموت أعلى نسبيًا من الأطفال من الرتبة الثانية والثالثة. يتضاعف خطر الوفاة بمقدار 1.5 مرة للأطفال من الرتبة الأولى. توجد هذه النتيجة بشكل عام في الأدبيات حيث يكون لدى الأطفال من المرتبة الأولى وأولئك الذين ولدوا بعد ذلك بكثير احتمال كبير للوفاة خلال السنوات الأولى من الحياة. يُظهر التحليل الإضافي للبيانات أنه من الضروري تحقيق ترتيب مواليد مرتفع حقًا من الرتبة السابعة لزيادة خطر الوفيات مقارنة بالأطفال المولودين في المرتبة الثانية أو

[1] Esso, L. (2013), LES DETERMINANTS DE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS EN COTE D'IVOIRE, European Scientific Journal, vol 09 No 02: 139-150.مرجع سابق

[2] World Health Organization (WHO). (1995). Health Benefits of Family Planning. Ibid. p 09.

الثالثة، وإلا فإن الأطفال من الرتبة الرابعة والسادسة معرضون لخطر الوفاة قريبة جدًا من الرتبتين الثانية والثالثة[1]

حسب Hobcraft "تشبه العلاقة بين ترتيب الولادة ووفيات الأطفال العلاقة بين عمر الأم عند الولادة ووفيات الرضع. ويختلف خطر الوفيات حسب رتب المواليد، بالنسبة للأطفال في الرتبة الأولى ترتفع لديهم معدلات الوفاة، ثم يسجل انخفاضها في صفوف الرتب المتوسطة (الرتب من 2 إلى 3) ثم ما تلبث بالارتفاع مرة أخرى عند الرتب المتأخرة".[2]

1-10-1-4 جنس الطفل:

أظهرت هذه الدراسة أن جنس المولود الانثى يقلل من احتمال وفيات الأطفال دون سن الخامسة. يمكن أن يكون التفسير المعقول أن الطفلة أكثر عرضة لتطوير النضج المبكر لرئة الجنين والتي ستحمي من أمراض الجهاز التنفسي على عكس نظرائهم من الذكور[3] .

"الدراسات الوبائية لأمراض الشعب الهوائية عند السكان، يُعتبر النوع الاجتماعي دائمًا متغيرًا معياريًا وليس محددًا يستحق التحقيق بحد ذاته".[4]

1-10-1-5 صلة القرابة:

ان زواج الأقارب لا يزال من أنماط الزيجات المفضلة في المجتمع الجزائري رغم التحذيرات حيث بلغت ما نسبته في مجتمع البحث الثلث تقريبا من اجمالي الزيجات، وان كان هناك مؤشر على الانخفاض هذا

1 Esso, L. (2013), LES DETERMINANTS DE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS EN COTE D'IVOIRE, Européen Scientific Journal, vol 09 No 02: 139-150.

2 Hobcraft, J, N. et al. (1985). Demographic determinants of infant and early child mortality: a comparative analysis. Population Studies. 39(3): 363-385.

3 Justice Moses K. Aheto (2019)" Predictive model and determinants ofunder-five child mortality: evidence fromthe 2014 Ghana demographic and health survey" Aneto BMC Public Health (2019) 19:64 Page 10 of 10

4 Becklake, M, R, et al. (1999). Gender differences in airway behaviour over the human life span. Thorax. 54: 1119–1138

المعدل بالمقارنة بالدراسات السابقة وتلك التحقيقات السكانية التي عملت في هذا المجال وبالتحديد في مطلع الثمانينات[1]

تبين من الدراسة مدى العلاقة بين وفيات الأطفال دون سن الخامسة وصلة القرابة بين الوالدين، حيث تنتقل الامراض الوراثية من الوالدين الى الأجنة بسبب زواج الأقارب حسب ما اثبتته الدراسات، لذلك ينصح بعدم زواج الأقارب لأنه واسطة إلى إظهار الصفات المرضية الكامنة وتكثيفها في النسل وتسلسل ذلك باستمرار تزاوج الذرية بالأقارب لأن تقارب الصفات الوراثية بين الزوج والزوجة يؤدي الى خلل جيني عند الأطفال الذين يتم انجابهم، وان هذه الجينات تتزايد حسب درجة القرابة[2]

1-10-1-6 التوائم:

تسجل وفيات للأطفال التوائم بمعدلات أعلى بكثير مقارنة مع تلك المسجلة لدى الأطفال الآخرين في افريقيا جنوب الصحراء، على ما أظهرت الدراسات، وتتضمن توصيات بالقيام بخطوات محددة في اتجاه هذه الفئة.

وبينت الدراسة التي نشرت نتائجها مجلة «ذي لانسيت» الطبية البريطانية أن ما يزيد عن خُمس الأطفال المولودين ضمن توائم (21.3 %) يموتون قبل سن الخامسة في هذه المنطقة من العالم. وهذا المعدل أعلى بثلاث مرات مقارنة مع الأطفال الآخرين (من دون توائم).

ولم يتراجع معدل الوفيات إلا بواقع الثلث في خلال عشرين سنة في وقت كان التراجع بمعدل النصف وفق معدي الدراسة الذين حللوا احصائيات عن 30 بلدا في افريقيا جنوب الصحراء تتناول 1.7 مليون ولادة بينها ما يعني 57 ألف توأم بين سنتي 1995 و2014. هذا الاتجاه للوفيات الزائدة ليس حكرا على بلدان افريقيا جنوب الصحراء: فتبعا للمناطق، يواجه التوائم خطرا أعلى بمرتين إلى خمس مرات للوفاة قبل

[1] وزارة الصحة والإسكان، المرجع السابق، ص 206

[2] زواج الأقارب والاثار المترتبة عليه د. حسن أبو الحمد إبراهيم حسين. ص 816

سن الخامسة. وهذا الأمر متصل خصوصا بأن الحمل بالتوائم ينطوي على مخاطر أكبر للولادات المبكرة لأطفال بوزن خفيف أو لحصول تعقيدات خلال الولادة.

غير أن هذه الفوارق ترتدي خطورة خاصة في قارة تسجل فيها اعلى معدلات وفيات الأطفال في العالم والنسبة الأكبر للولادات الطبيعية للتوائم، بحسب تحذيرات معدي الدراسة.[1]

1-10-2 المحددات السلوكية:

1-10-2-1 الرضاعة الطبيعية:

الرضاعة الطبيعية هي الطريقة التقليدية والمثالية لتغذية الطفل الرضيع، وهذه الطريقة تكفي لسد جميع احتياجات الرضيع الغذائية خلال الأشهر الأربعة أو الستة الاولى من عمره. فالسكريات الموجودة به هي اللاكتوز lactose وهو سكر ثنائي، والدهن وهو عبارة عن خليط لكميات كبيرة من الأحماض الدهنية الأساسية، والبروتين ومعظمه من اللاكتلبومين lactalbumine وهو بروتين يستطيع الطفل الوليد أن يهضمه بسهولة، وتبلغ نسبة الاستفادة منه 100% بينما لا تزيد هذه النسبة عن 72% في الألبان الحيوانية، كما أن محتويات لبن الأم من الفيتامينات والأملاح المعدنية كافية ووفيرة ومن السهل امتصاصها، فمثلا تبلغ نسبة امتصاص الحديد من الأم 75% بينما لا تزيد هذه النسبة عن 20 % في أي غذاء آخر. حتى أن فيتامين C والذي لا يعتبر حليب البقر مصدرا غنيا به، موجود بكميات أكثر في لبن الأم."[2] وتؤكد منظمة الصحة العالمية أنه "إذا ما كانت الرضاعة الطبيعية عملا طبيعيا، فإنها سلوك مكتسب وجل الأمهات تقريبا قادرات على الإرضاع الطبيعي شريطة أن تتاح لهن المعلومات الدقيقة والدعم الملائم في أسرهن ومجتمعاتهن ومن نظام الرعاية الصحية"[3].

---

[1] https://www.al-watan.com/article/80558/DONIA/التوائم-يموتون-بكثرة-في-إفريقيا

[2] عبد الرحمان مصيقر وآخرون، الموسوعة العربية للغذاء والتغذية، أكاديميا، أبوظبي، 2008، ص404.

[3] منظمة الصحة العالمية واليونيسف، الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال، منشور، 2003، ص08.

جاء في دراسة مذكورة سابقا أن «الرضاعة الطبيعية الحصرية تقلل من مخاطر الإصابة بالأمراض المعدية مثل الإسهال والالتهاب الرئوي"[1] ولهذا يتبين الفارق الواضح في محدودية كل ما يعوض حليب الأم في حماية الأطفال دون سن الخامسة من أخطار التعرض لخطر الوفاة.

1-10-2-2غسل اليدين:

أكد خبراء الصحة أن غسل اليدين يعدّ عاملاً أساسياً في الوقاية من المرض عندما بدأت جائحة كوفيد 19، إلا أن 3 من كل 10 أشخاص حول العالم لم يكن لديهم القدرة على غسل أيديهم بالماء والصابون في منازلهم. إن المنشآت الصحية وصلت إلى وضع كارثي، فواحد من كل أربع منشآت يعاني من نقص في خدمات المياه، وواحد من كل ثلاث منشآت يعاني من نقص في تجهيزات نظافة اليدين مع أنها مراكز للرعاية، مما يعني أن المراكز الصحية أصبحت تمثل بيئة لتكاثر الأمراض والأوبئة" [2].

حسب "الشراكة العالمية لغسل اليدين" والتي تُعد دوريا دليلا لغسل اليدين جاء فيه أنه "يمكن لغسل اليدين بالصابون أن يقلل بشكل كبير من انتشار الأمراض، وخاصة التهابات الجهاز التنفسي الحادة والإسهال، وهما من الأسباب الرئيسية لوفاة الأطفال. وعلى الرغم من التقدم الكبير الذي تم إحرازه، لا يزال بقاء الطفل على قيد الحياة يمثل مشكلة حرجة فقد توفي أكثر من خمسة ملايين طفل دون سن الخامسة في عام 2018 نتيجة لهذه الأسباب. وحسب نفس المصدر "تشير الأبحاث إلى أن غسل اليدين بالصابون يمكن أن يقلل نوبات الإسهال بنسبة 28 إلى 47 ٪ ويمكن أن يقلل التهابات الجهاز التنفسي الحادة، مثل الالتهاب الرئوي، بنسبة 20% إلى 50%."[3]

---

[1] Abir, T, et al. (2015). IBID.

[2] اغسل يديك الآن، صحة المراهقين والأطفال والنساء(منظمة الصحة العالمية)، https://pmnch.who.int/ar/news-and-events/news/item/18-04-1443-opinion-time-to-come-clean-on-hand-washing-investment

[3] منظمة الشراكة العالمية لغسل اليدين(موقع اليوم العالمي لغسل اليدين)، غسل اليدين، كتيب دليل غسل اليدين، 2020، ص 13.

1-10-3 محددات الاجتماعية الاقتصادية:

1-10-3-1 المستوى التعليمي للأم:

وجدت الدراسة أن الأطفال الذين لديهم مقدم رعاية مستواه التعليمي ابتدائي هم أكثر عرضة لوفيات الأطفال مقارنة مع أولئك الذين لم يتلق مقدمو الرعاية لهم أي تعليم. لوحظ في تحليل أن أطفال مقدمي الرعاية الحاصلين على تعليم ثانوي لديهم احتمالات أقل لوفاة.[1]

يعتبر المستوي التعليمي للوالدين من العوامل المهمة في تطور الصحة العامة وبالتالي في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة وخاصة المستوي التعليمي للام لعلاقتها المباشرة بهذه الفئة العمرية حيث يعمل المستوى التعليمي على رفع الوعي الصحي للأم من حيث الصحة الإنجابية وصحة الطفل على حد سواء فالتعليم يرفع من القدرات الفكرية اضافة الي تحسين المهارات التي ترفع الوعي الصحي العام بين أفراد المجتمع كل ما تقدمت مراحله.

1-10-3-2 المستوى المعيشي للأسرة:

إن مؤشر مستوى الثروة له علاقة قوية مع مستوى وفيات الأطفال الرضع، فنمط النمو الاقتصادي وتوزيع الدخل عاملان مؤثران على تلك الظاهرة، ويؤثر مؤشر الثروة على مستويات وفيات الرضع تأثيرا غير مباشر، وذلك من خلال زيادة السلع والخدمات المتاحة والمستخدمة[2].

جاء في مقال علمي حول المستوى المعيشي وعلاقته بوفيات الأطفال بأن "الفقر من العوامل الهامة المحددة لصحة الطفل في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. اتضح أن هناك ارتباطا للفقر بوفيات

[1] Kingsley, E, et al. (2020). IBID.

[2] عبد العاطي، فاطمة، فودة، عبد الفتاح. (2015)، مرجع سابق.

الأطفال في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وبين أن هناك زيادة ملحوظة في مخاطر الوفيات عند الرضع المولودين في أسر فقيرة".[1]

حسب منظمة الصحة العالمية يعتبر المرض سببا من أسباب الفقر ونتيجة له في نفس الوقت، فالمرض يجهز على الأموال التي توفرها الأسر، ويحد من القدرة على التعلم ويقلل الإنتاجية ويؤدي الى تردي نوعية الحياة مما يورث الفقر أو يديمه. ويتعرض الفقراء بدورهم للمزيد من احتمالات الخطر الشخصية والبيئية، فهم يحصلون على قدر أقل من الغذاء كما لا يحصلون على ما يكفي من المعلومات. أما قدرتهم على الوصول إلى الرعاية الصحية فهي محدودة وبالتالي فإنهم أكثر تعرضا للمرض والتعوق إذ تشير القرائن اليوم إلى أن التمتع بالصحة يعني زيادة حجم الثروة وتوزيعها على نحو أقسط وذلك بتعزيز رأس المال البشري والاجتماعي وزيادة الإنتاجية. فالأطفال الأصحاء أكثر قدرة على التعلم.[2] وبالتالي فإن العلاقة بين وفيات الأطفال دون سن الخامسة والمستوى المعيشي علاقة قوية.

1-10-3-3 عمل الأم:

قد يكون لعمل الأمهات أثر سلبي على الرعاية المقدمة للمواليد مما يؤدي الى نقص الرعاية الشخصية وفي الوقت المناسب، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية النادرة التي يعاني منها الأطفال المولودين لأمهات عاملات إلى زيادة احتمالات وفاة الأطفال حديثي الولادة. يعكس ارتفاع مخاطر وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة بين الأمهات العاملات حقيقة أن الأمهات العاملات يؤدين أدوارًا أخرى تُسند تقليديًا داخل الأسرة"[3].

يعتبر عمل الأم أحد العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال دون سن الخامسة فالمرأة العاملة تفرض عليها ظروف العمل البقاء بعيدا عن أطفالها وهو ما ينعكس على الرعاية الصحية والنفسية حيث تكون أقل قدرة

[1] Ali H. Mokdad ,IbrahimKhalil, MD, Michael Collison, (2018) "Neonatal, infant, and under-5 mortality and morbidity burdenin the Eastern Mediterranean region: findings from the GlobalBurden of Disease 2015 study» Int J Public Health63 (Suppl 1): S63–S77

[2] منظمة الصحة العالمية (المجلس التنفيذي)، الدورة الخامسة بعد المائة، تقرير الفقر والصحة، 1999، ص 02.

[3] Abir, T, et al. (2015). IBID.

على تقديم الرعاية الصحية اللازمة لأطفالها خاصة اللواتي يقضين وقتا كبيرا في العمل أو العاملات في مهن شاقة أو صاحبات العمل اللائي يقع على كاهلهن ادارة العمل وكذا العاملات بالأجرة اليومية.

1-10-4 المحددات الجغرافية :

1-10-4-1 وسط الإقامة:

جاء في مقال لـ Dominique Tabutin "يتضح من الدراسات العديدة التي أجريت حول الاختلافات في بقاء الطفل وفقًا للبيئة المعيشية أن معدل الوفيات في العالم الريفي كان دائمًا أعلى بكثير من العالم الحضري. في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل"[1]

في الجزائر مثلا جاء في مقال علمي حول وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر "أنه على الرغم من حملات التحصين والتلقيح التي أقرتها وزارة الصحة والسكان، وكذلك إنشاء مراكز حماية الأمومة والطفولة، إلى أن نسبة التحصين ضد بعض الأمراض والأوبئة بقي منخفضا نوعا ما خاصة في المناطق الريفية"[2].

ومن المعروف أن المناطق الحضرية تعد أفضل من المناطق الريفية من حيث توفر فرص العمل بشكل جيد بالإضافة إلى الدخل المرتفع والمراكز العلمية والصحية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة والمستوى الاقتصادي المرتفع نظرا للاختلاف في الوظائف في مناطق الحضر عنها في مناطق الريف مثلاً التي تركز على حرفة الزراعة، وكذلك البنية التحتية الجيدة في الحضر عنها في الريف، والتي تعمل على الحد من انتشار الأوبئة. كما تمتاز المناطق الحضرية بوفرة الطرق المواصلات والميسرة بكافة وسائلها، وهذه

[1] Dominique, T, et al. (2017). Tendances et inégalités de mortalité de 1990 à 2015 dans les pays à revenu faible et intermédiaire, carin info Matières A Réflexion, 2 (Vol. 72): 227 à 307

[2] سيهام عبد العزيز. (2020)، أسباب وفيات الاطفال دون الخمس سنوات في الجزائر من 2002 الى 2016، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد12(04): 209-216.

العوامل كلها تساعد الفرد على الاهتمام بصحته بشكل جيد والتحصين ضد الأمراض والأوبئة، وهذا كله ينعكس على المستوى الصحي الجيد لكل من الأم والطفل[1].

1-10-4-2 منطقة السكن:

يحدد المخطط الوطني للتخطيط المكاني تسعة (09) مساحات برمجة إقليمية (EPT). كل مساحة تم تحديدها على أنها مساحة ومجال رئيسي للتخطيط الإقليمي الاستراتيجي. يجمع المخطط الوطني للتخطيط المكاني بين مجموعة من الولايات ذات الموضوعات المشتركة بهدف تحسين فعالية عمل الدولة والسلطات المحلية والجهات الفاعلة الاجتماعية والاقتصادية. في هذا السياق، يأتي مسح (MICS4) في الوقت المناسب من أجل تزويد القطاعات المعنية بالتنمية البشرية والاجتماعية بالمعلومات والمؤشرات اللازمة لتنفيذ ومراقبة وتقييم السياسات الاجتماعية على مستوى كل منطقة من مناطق البرجمة الاقليمية.[2] قُسمت مناطق البرمجة حسب الولايات في شكل مجموعات وعلى ثلاث مستويات (شمال، هضاب عليا، جنوب)

أما الولايات التي تنتمي للشمال فهي:

- منطقة البرمجة الجهوية "شمال الوسط" تتكون من 10 ولايات: الجزائر، البليدة، بومرداس، تيبازة، البويرة، المدية، تيزيوزو، بجاية، الشلف وعين الدفلة.

- منطقة البرمجة الإقليمية "الشمالية الشرقية" تشمل 8 ولايات: عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، ميلة، سوق أهراس، الطارف، قالمة.

[1] عبد العاطي، فاطمة، فودة، عبد الفتاح. (2015)، دراسة إحصائية عن العوامل المؤثرة في معدلات وفيات الأطفال الرضع في إقليم كردستان العراق، مجلة وادي النيل للدراسات والبحوث، العدد السابع: 241-270.

[2] Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière et l'Unicef et Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2019-2020, Rapport final, Algérie, 2020, p.26

– تتكون منطقة البرمجة الإقليمية "الشمالية الغربية من 7 ولايات: وهران، تلمسان، مستغانم، عين تموشنت، غليزان، سيدي بلعباس ومعسكر.

أما على مستوى الهضاب العليا فهي كالآتي:

– منطقة البرمجة الإقليمية "الهضاب العليا وسط والتي تتكون من ثلاث ولايات: الجلفة والأغواط والمسيلة.

– منطقة البرمجة الإقليمية "الهضاب العليا شرق والتي تتكون من 6 ولايات: سطيف، باتنة، خنشلة، برج بوعريريج، أم البواقي، تبسة.

– منطقة البرمجة الإقليمية "هضبة الغرب العليا من 5 ولايات: تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة، البيض.

أما على مستوى الجنوب فهي كالآتي:

– منطقة البرمجة الإقليمية "الجنوبية الغربية" من 3 ولايات: بشار وتندوف وأدرار.

– منطقة البرمجة الإقليمية "الجنوبية الشرقية" من 4 ولايات: غرداية، بسكرة، الواد، ورقلة.

– منطقة البرمجة الإقليمية "الكبرى الجنوبية" من ولايتين: تمنراست، إليزي.[1]

[1] IBID, p26.

1-10-5 المحددات البيئية:

1-10-5-1 مصدر مياه الشرب:

توصلت دراسة الباحث Kingsley حول دور مياه الشرب المحسنة على وفيات الأطفال دون سن الخامسة "بأن الأطفال المولودين لأمهات يعشن في أسر معيشية ذات مصدر غير محسن لمياه الشرب لديهم احتمالات أعلى لوفيات الأطفال"[1]

تتعرض صحة الأطفال للخطر في حال عدم توفر الكميات الكافية من مياه الشرب والإمدادات اللازمة من الماء لضمان النظافة الأساسية. فضمان الحصول على هذه المياه ضروري لخفض وفيات وأمراض الأطفال.[2]

1-10-5-2 نوع الصرف الصحي:

بينت الدراسة أن تأثير حالات الطوارئ هذه على الصحة العامة عميق ويؤثر على كل من السكان النازحين والمجتمعات المضيفة وعادة ما يؤدي إلى انعدام الأمن الغذائي، وعدم الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية والصرف الصحي الجيد، مما يؤدي إلى تفاقم معدلات اعتلال الأطفال ووفياتهم بسبب البيئات غير الصحية، وانتشار الأمراض، وانخفاض كمية ونوعية تناول الطعام.[3]

حسب منظمة الصحة العالمية "يموت نحو 829 ألف شخص سنوياً في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل نتيجة لنقص المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة، وهو ما يمثل 60% من إجمالي الوفيات الناجمة عن الإسهال. ويُعتقد أن تردي خدمات الصرف الصحي هو السبب الرئيسي الذي يقف وراء 432 ألف تقريباً من هذه الوفيات وهو عامل رئيسي في العديد من أمراض المناطق المدارية المهملة، بما في

[1] Kingsley, E, et al. (2020). Factors associated with under-5 mortality in three disadvantaged East African districts, International Health, vol 12: 417 428

[2] منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)، وضع الأطفال في العالم 2012: الأطفال في عالم حضري "معا من أجل الأطفال"، ص25.

[3] Michael, C. (2018), Neonatal, infant, and under-5 mortality and morbidity burden in the Eastern Mediterranean region: findings from the Global Burden of Disease 2015 study, International Journal of Public Health, 63(Suppl 1): 63-77.

ذلك الديدان المعوية وداء البلهارسيات والتراخوما. كما يساهم تردي خدمات الصرف الصحي في سوء التغذية"[1]

1-10-5-3 تلوث الهواء الداخلي (نوع وقود الطهي):

هناك حوالي 2،4 مليار شخص في جميع أنحاء العالم (أي ثلث سكان العالم تقريباً) يطهون طعامهم باستعمال النيران المكشوفة أو المواقد غير الفعالة العاملة بوقود الكيروسين والكتل البيولوجية (الحطب والروث والمخلفات الزراعية) والفحم، ممّا يسبب تلوّث الهواء بشكل ضار داخل المنزل. وحصد تلوّث الهواء داخل المنزل أرواح 3،2 مليون شخص تقريباً في عام 2020، منهم أكثر من 237000 طفل دون سن الخامسة. إن التعرض للهواء الملوّث داخل المنزل يسبب الإصابة بأمراض غير سارية، منها السكتة الدماغية ومرض القلب الإقفاري والانسداد الرئوي المزمن وسرطان الرئة. وبالمقابل تتحمل النساء والأطفال المسؤولون عادة عن أعمال منزلية مثل طهي الطعام وجمع الحطب العبء الصحي الأثقل من جراء استعمال الوقود والتكنولوجيات الملوّثة في المنازل[2].

في نفس السياق تقوم اليونسف بإعداد التقارير وإجراء الدراسات حول واقع وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وعليه حسب مديرها التنفيذي أنتوني ليك "يعد تلوث الهواء عاملا أساسيا في وفاة حوالي 600 ألف طفل دون سن الخامسة، كل سنة؛ وهو يهدد حياة ومستقبل ملايين الأطفال كل يوم. كما أن المواد الملوِّثَة لا تضر فقط برئتي الأطفال والتي تكون في طور النمو، بل إنها قادرة على تخطي الحاجز الدموي الدماغي وإحداث ضرر دائم على تطور الدماغ"[3]

1-10-5-4 ظروف السكن:

---

[1] منظمة الصحة العالمية، الصرف الصحي، https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/sanitation تاريخ الزيارة 2022/07/17 على الساعة 20:30

[2] 'Organisation mondiale de la Santé, Pollution de l'air à l'intérieur des habitations et santé, 2022,+ https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health

[3] UNICEF, Pollution : 300 millions d'enfants respirent de l'air toxique – Rapport de l'UNICEF, 2016, https://www.unicef.org/fr

تعد الخصائص المعيشية من العوامل التي تؤثر مباشرة على الطفل وبالتالي قدرته على البقاء، حيث تؤثر فيه حالة المسكن العامة وخصائص المعيشة من التزاحم والنظافة والأساليب الصحية في التخلص من الفضلات.[1]

تعد جودة الإسكان الميسور وموقعه وكفايته وسهولة الوصول إليه من العوامل الصحية المهمة، الجوانب المادية ونوعية المنزل تشمل حالته العامة، السباكة، المياه، الكهرباء، العزل، الوقاية من الحرائق، التدفئة، الأرضيات والتعرض للملوثات الفيزيائية أو البيولوجية أو الكيميائية مثل الحشرات أو المواد المسببة للحساسية أو العفن أو غاز الرادون. ترتبط ظروف الإسكان السيئة بزيادة خطر انتشار الأمراض المعدية وأمراض الجهاز التنفسي والأمراض المزمنة والإصابات وسوء التغذية والاضطرابات النفسية.[2]

لقد تم بناء متغير ظروف السكن عن طريق استخدام أسلوب التصنيف" Two Step Cluster" حيث تمّ الاعتماد على سبع متغيرات لتصنيف المساكن وهي كالآتي:

نوع الأرضية، نوع السقف، نوع الجدار الخارجي، الصرف الصحي، الربط بنظام مياه الشرب، متوسط عدد الأفراد بغرف النوم، الهواء الداخلي للمنزل، وأفرزت العملية فئتين من المساكن: الفئة الأولى هي المساكن الملائمة للسكن ونسبتها 61.1%، في حين الفئة الثانية هي المساكن غير الملائمة للسكن بنسبة 38.9%. (لأكثر إطلاع أنظر الشكلين رقم 02 و03 بالملحق)

[1] المركز الديموغرافي بالقاهرة، أثر تمكين المرأة على التنمية الاجتماعية والاقتصادية في مصر، مرجع سابق، ص45.

[2] Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). (2017). Le logement : un déterminant social de la santé des Premières Nations des Inuits et des Métis. P 01.

الفصل الثاني:

واقع أمراض ووفيات الاطفال دون سن الخامسة

عالميا- عربيا- محليا

تمهيد الفصل الثاني:

تعتبر صحة الأطفال من أهم الظواهر التي يجب الاهتمام بها، فالأطفال هم المستقبل ويجب الحفاظ على صحتهم لضمان نموهم وتطورهم السليم، ولذلك فظاهرة وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات تعتبر مشكلة خطيرة ومؤرقة لصانعي السياسات الصحية في العالم، حيث يتوفى الملايين من الأطفال سنوياً نتيجة لعدة أسباب متعددة ومتداخلة ومعقدة في كثير من الجوانب.

في هذا السياق سنحاول في هذا الفصل التطرق لمختلف الأمراض التي يمكن أن تصيب الأطفال دون سن الخامسة والتعريف بها، بالإضافة لظاهرة وفيات الأطفال دون سن الخامسة وبعض الظواهر اللصيقة بهم مثل وفيات الأمومة والأمراض غير السارية والتحول الديموغرافي والتحول الوبائي في الجزائر. ومن ناحية أخرى سنتناول وفيات الأطفال بالأرقام من حيث الحجم والانتشار سواء بالعالم أو بالوطن العربي وكذلك بدول المغرب العربي وفي الأخير بالجزائر.

2-1 أمراض الأطفال دون سن الخامسة:

حسب منظمة الصحة العالمية فإن "معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة تتواصل بالانخفاض منذ سنوات، ففي سنة 2008 انخفض إجمالي العدد السنوي لوفيات الأطفال دون الخامسة ليصبح 8.8 مليون وفاة منخفضاً بنسبة 30٪، إذ كان هذا العدد يقدر بنحو 12.4 مليون في عام1990. وقُدرت وفيات الأطفال دون الخامسة في عام 2008 بنحو 65 لكل ألف مولود حي، أي بانخفاض نسبته27٪، إذ كانت هذه الوفيات تُقدر بنحو 90 لكل ألف مولود حي في عام 1990"[1]، في حين أن هذا " الانخفاض في معدل وفيات الأطفال لا يزال غير كاف لبلوغ الهدف الإنمائي من الأهداف الإنمائية للألفية المتمثل في خفض معدل الوفيات إلى الثلثين بحلول عام 2015 مقارنة بالمستويات المُسجّلة في عام 1990. وتتركز المعدلات العالية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في كل من أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ومنطقة جنوب آسيا، برغم انخفاض نسبة تلك الوفيات في بقية أرجاء العالم من 32٪ في عام 1990 إلى 18% في عام 2013. واحتمال وفاة الأطفال قبل بلوغ سن الخامسة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى هو أكبر بمقدار 15 مرة من احتمال وفاتهم في أقاليم البلدان المتقدمة، إذ ينحصر نصف وفيات هؤلاء الأطفال تقريباً في البلدان الخمسة التالية: الصين وجمهورية الكونغو الديمقراطية والهند ونيجيريا وباكستان. وتستأثر الهند (21%) ونيجيريا (13%) معاً بأكثر من ثلث مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة"[2]. وحسب آخر إحصائيات منظمة الصحة العالمية " فقد انخفض عدد المتوفين إلى 5.6 ملايين طفل في عام 2016"[3].

---

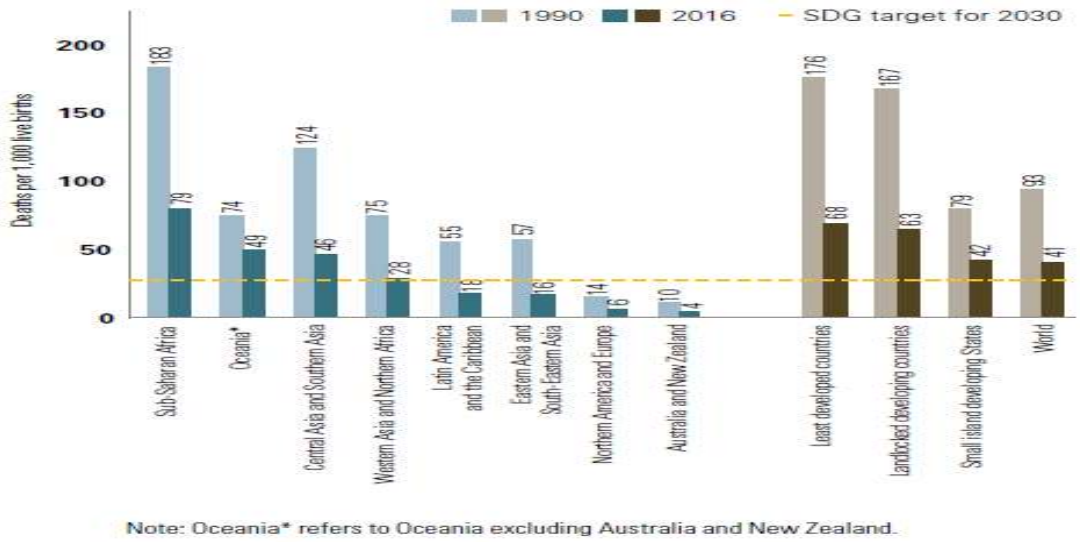
[1]- منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات العالمية 2010، ، إدارة التسويق والتوزيع ، جنيف ، سويسر ،2010 ، ص12.

[2]- منظمة الصحة العالمية، 2017 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/ar تاريخ الزيارة 2019/05/11 على الساعة 23:16

[3]- منظمة الصحة العالمية، 2018/http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/daily-newborn-deaths/ar تاريخ الزيارة 2019/05/11 على الساعة 23:45

أما في سنة" 2019 توفي ما يقدّر بنحو 5،2 مليون طفل دون سن الخامسة لأسباب يمكن تلافيها ومعالجتها أساساً .وكان الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين شهر واحد و11 شهراً يمثّلون 1،5 مليون من هذه الوفيات، بينما بلغ عدد وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنة واحدة و4 سنوات 1،3 مليون حالة وفاة. ومثّل المواليد (أقل من 28 يوماً) ما تبقّى من الوفيات البالغ عددها 2،4 مليون حالة وفاة"[1].

شكل رقم (02): معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب منطقة هدف التنمية المستدامة بين سنة 1990 و2016



Note: Oceania* refers to Oceania excluding Australia and New Zealand.

المصدر: البنك الدولي

2-1-1 الملاريا:

تُشخَّص سريرياً نحو 200 مليون حالة إصابة بالملاريا كل عام، حيث يموت نحو 3 آلاف شخص يومياً من المرض في أفريقيا جنوب الصحراء وحدها. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن ما يقرب من نصف سكان العالم معرضون لخطر الإصابة بالملاريا. ويزيد من تفاقم المشكلة العولمة وتغير المناخ.[2]

[1] منظمة الصحة العالمية، تحسين فرص بقاء الأطفال على قيد الحياة وعافيتهم، https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality 2020، تاريخ الزيارة 2021/03/21 على الساعة 20:31

[2] الوكالة الدولية للطاقة الذرية (IAEA)، الملاريا، https://www.iaea.org/ar/almawadie/almalaria تاريخ الزيارة 2023/02/02 على الساعة 16:43

أما آخر الأرقام الواردة من المنظمة فتشير إلى أنه في "عام 2015، كان معدل الإصابة بالملاريا 91 لكل 1000 شخص معرض للخطر، مع ما يقدر ب 214 مليون حالة و438000 حالة وفاة (أكثر من ثلثيها حدثت في الأطفال دون الخامسة من العمر). ويوجد في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى العبء الأكبر، حيث يبلغ معدل الإصابة 246 لكل 000 1 شخص معرضين للخطر، وهو ما يمثل نحو 90% من جميع الحالات والوفيات على الصعيد العالمي"[1].

2-1-2 التهاب الكبد الفيروسي:

تمثل الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي تحديا عالميا إذ كان هناك 325 مليون شخص مصاب به في العالم في عام 2015 منهم 257 مليون شخص مصاب بالتهاب الكبد B و71 مليون شخص مصاب بالتهاب الكبد C وهذان النمطان من أنماط التهاب الكبد الخمسة يمثلان السببين الرئيسيين للوفاة. وقد سبب التهاب الكبد الفيروسي وفاة 1.34 مليون شخص في عام 2015 وهذا عدد يقارب عدد الوفيات الناجمة عن السل ويتجاوز عدد الوفيات المرتبطة بفيروس العوز المناعي البشري"[2].

حسب منظمة الصحة العالمية فإن على الصعيد العالمي، "هناك أكثر من 250 مليون شخص مصاب بالعدوى بالتهاب الكبد B المزمن. والرضع هم الفئة المعرضة لخطر الإصابة بهذه العدوى بشكل خاص إذ يصبح حوالي 90% من الأطفال المصابين بالعدوى في أول سنة من العمر حاملين لفيروس التهاب الكبد B المزمن. والتهاب الكبد B يصيب الكبد ويحصد أرواح حوالي 900000 شخص كل عام. ويُتوقع تسجيل 5.3 ملايين حالة إصابة إضافية بالعدوى بالتهاب الكبد B المزمن لدى الأطفال الذين يولدون في

[1] World Health Organization, World health statistics (Monitoring health for the Sustainable Development Goals), 2016, p35.

[2] منظمة الصحة العالمية، http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/eliminate-hepatitis/ar/ ، تاريخ الزيارة 2018/07/18 على الساعة 23:15

الفترة بين عامي 2020 و2030 ومليون حالة وفاة إضافية ناجمة عن العدوى بفيروس التهاب الكبد B لدى أولئك الأطفال في وقت لاحق."[1]

2-1-3 أمراض المناطق المدارية المنسية:

تؤدي الأمراض المدارية المهملة إلى إصابة مئات الملايين من الناس في الأحياء الفقيرة في المناطق الحضرية وفي أفقر أجزاء العالم بالعمى والوهن والتشوه. ومن خلال إحصاءات منظمة الصحة العالمية لسنة 2010 "يعاني ما يزيد على 1000 مليون شخص من أمراض المناطق المدارية المنسية. وقد عولج في عام 2008 زهاء 496 مليون شخص من داء الفيلاريات اللمفية من مجموع المستهدفين وعددهم 695 مليون شخص. وفي عام 2008، لم يُبلّغ سوى عن 4619 حالة من داء التنينات – وقد كان العدد المقدر للحالات في أواسط عقد الثمانينات من القرن العشرين 3.5 مليون حالة. وأُبلغ في عام 2008 عن 130190 حالة من حالات الكوليرا، وهو ما يزيد على عدد الحالات المبلغ عنها في عام 2007 وهو 963177 حالة. وأُبلغ في أوائل عام 2009 عن 213036 حالة جذام، وهو ما يقل عن الحالات المبلغ عنها في عام 1985 والتي كان عددها 5.2 مليون حالة".[2]

وحسب آخر التقارير لسنة 2017 للمنظمة أعلنت أنه" بعد أن كانت هذه الأمراض منتشرة على نطاق واسع، أصبحت تقتصر الآن على الأقاليم المدارية وشبه المدارية التي تعاني من المياه غير المأمونة، وعدم كفاية النظافة الشخصية والصرف الصحي، وتردي الظروف المعيشية. ويتعرض الفقراء الذين يعيشون في المناطق النائية أو الريفية أو الأحياء الفقيرة في المناطق الحضرية أو مناطق النزاع للخطر.

[1] منظمة الصحة العالمية، اليوم العالمي لالتهاب الكبد: تسريع مسار القضاء على التهاب الكبد B لدى الأمهات والأطفال، 2020، https://www.who.int/ar/news/item/06-12-1441-world-hepatitis-day-fast-tracking-the-elimination-of-hepatitis-b-among-mothers-and-children

[2] منظمة الصحة العالمية، تقرير الإحصاءات الصحية العالمية 2010، ص18.

والشاهد أن أكثر من 70 % من البلدان والمناطق التي تبلغ عن وجود الأمراض المدارية المهملة تعد من الاقتصادات المنخفضة الدخل أو المتوسطة الدخل"[1].

يعتبر تحقيق الأهداف العالمية المرتبطة بالمياه والصرف الصحي أمراً أساسياً. ووفقاً لتقديرات المنظمة لا يزال هناك 2.4 مليار شخص يفتقرون إلى مرافق الصرف الصحي الأساسية مثل المراحيض ودورات المياه، في حين أن أكثر من 660 مليون شخص ما زالوا يشربون من مصادر مياه غير معالجة، مثل المياه السطحية[2].

2-1-4 الأمراض غير السارية:

تشير "التوقعات المستقبلية إلى أن الأمراض غير السارية الرئيسية الأربعة سوف تتسبب في حدوث 2.4 مليون وفاة في عام 2025 ما لم تتخذ إجراءات عاجلة. معظم الوفيات المُبكِّرة الناجمة عن الأمراض غير السارية يمكن توقيها – إلى حد كبير – من خلال تمكين النظم الصحية من الاستجابة على نحو أكثر فعالية وإنصافاً لاحتياجات الرعاية الصحية اللازمة للأشخاص المصابين بأمراض غير سارية".[3] ويُقصد بالأمراض الرئيسية الأربعة؛ الأمراض القلبية الوعائية مثل (النوبات القلبية والسكتة)، السرطانات، الأمراض التنفسية المزمنة مثل (الداء الرئوي المُسِدّ المزمن والربو)، ومرض السكَّري. أما فيما يخص مساهمة الأمراض غير السارية في رفع معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة فتشير معطيات منظمة الطفولة العالمية اليونيسف بأن "الالتهاب الرئوي المسؤول الأول عن وفيات الأطفال على مستوى العالم.

---

[1] المنظمة العالمية للصحة، http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/ntd-report/ar/ ، تاريخ الاطلاع، 2021/12/25، 18:10.

[2] المنظمة العالمية للصحة، http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/ntd-report/ar/ ، تاريخ الاطلاع، 2021/12/28، 21:25.

[3] المكتب الإقليمي لشرق المتوسط "منظمة الصحة العالمية"، الأمراض غير السارية، https://www.emro.who.int/ar/noncommunicable-diseases/diseases/diseases.html تاريخ الزيارة 2018/08/19 على الساعة 10:25

فهذا الوباء يحصد في كل عام حياة 700 ألف طفل لم يبلغوا الخامسة من عمرهم بعد. ويشمل هذا الرقم 153 ألفاً من حديثي الولادة حيث يكونون أكثر عرضة للالتهاب الرئوي من غيرهم من الفئات العمري"[1]

فيما يخص تناول الكحول فإن أرقام المنظمة تبرز "وقوع 3.3 مليون حالة وفاة كل عام، وهذا ما يمثل 5.9% من جميع الوفيات. ويمثل تعاطي الكحول على نحو ضار عاملا مسبباً لأكثر من 200 وفاة وحالة إصابة. وبشكل عام يعزى 5.1% من العبء العالمي للمرض والإصابة للكحول، وفقاً لقياس سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز. ويتسبب تعاطي الكحول في الوفيات والعجز في مرحلة مبكرة نسبياً من العمر. ويعزى نحو 25% تقريباً من إجمالي الوفيات في الفئة العمرية التي يتراوح سنها بين 20 و39 عاماً إلى الكحول. أيضا هنالك علاقة سببية بين تعاطي الكحول على نحو ضار، وطيف من الاضطرابات النفسية والسلوكية، وغيرها من الأمراض غير السارية، فضلاً عن الإصابات. وقد تمّ توطيد أخر علاقة سببية بين تعاطي الكحول على نحو ضار وحالات الإصابة بالأمراض المعدية من قبيل السل وكذلك مسار مرض الإيدز والعدوى بفيروسه. وبعيداً عن العواقب الصحية، فإن تعاطي الكحول على نحو ضار يسفر عن خسائر اجتماعية واقتصادية كبيرة للأفراد والمجتمع ككل[2].

ومن أجل التقليل من انتشار الأمراض والوفيات ومن بينها الأمراض غير السارية أسست منظمة الأمم المتحدة لما يعرف "بأهداف التنمية المستدامة، البالغ عددها 17 هدفا، وغاياتها، البالغ عددها 129 غاية، فالمنشود من هذه الأهداف والغايات هو مواصلة مسيرة الأهداف الإنمائية للألفية وإنجاز ما لم يتحقق في إطارها. كذلك يقصد إعمال حقوق الإنسان الواجبة للجميع وتحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين النساء

[1] UNICEF, La pneumonie tue plus d'enfants que toute autre maladie infectieuse, 2022, https://www.unicef.org/fr/recits/pneunonie-enfant-expliquee

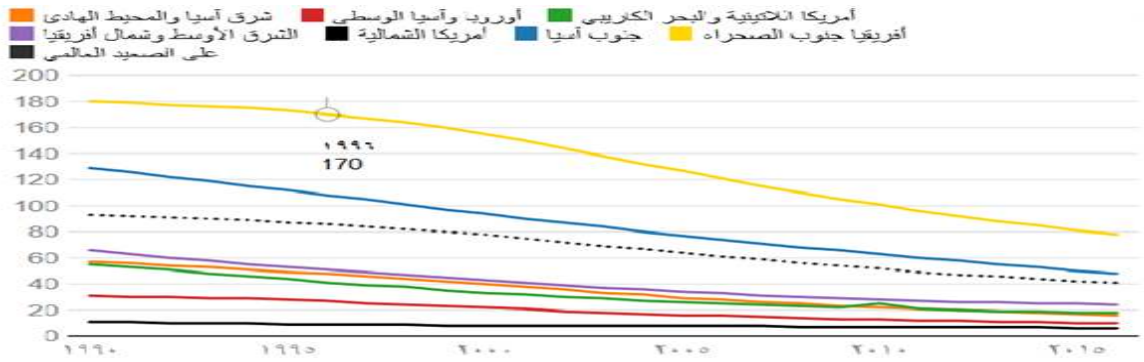
[2] منظمة الصحة العالمية، (بتصرف)، http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ar ، تاريخ الاطلاع، 2021/12/25، 18:10.

والفتيات كافة. وهي أهداف وغايات متكاملة غير قابلة للتجزئة تحقق التوازن بين الأبعاد الثلاثة للتنمية المستدامة: البعد الاقتصادي والبعد الاجتماعي والبعد البيئي"[1].

2-2 الأمراض الخطيرة والقاتلة للأطفال دون سن الخامسة:

شهدت العقود الماضية اعلى معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة، حيث بلغ معدل الوفاة في سنة 1990 حوالي 93 وفاة لكل 1000 ولادة حية، مع العلم ان هناك فروقا كبيرة في معدلات البقاء على قيد الحياة بين الأطفال في شتى المناطق والبلدان، وذلك حسب بيانات البنك الدولي.[2] ويفوق احتمال وفاة أطفال أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى قبل بلوغهم سن الخامسة احتمال أقرانهم من أطفال البلدان المتقدمة بنحو 15 ضعفا.[3] هناك فروق كبيرة في معدلات البقاء على قيد الحياة بين الأطفال في شتى المناطق والبلدان. ويحدث أكثر من 80% من الوفيات بين من هم دون سن الخامسة في العالم في منطقتين اثنتين فقط- أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا.[4]

الشكل رقم (03): معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل1000مولود حي) في الفترة من سنة 1990 إلى 2016.



المصدر: البنك الدولي

1 الأمم المتحدة (الجمعية العامة)، تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام 2030، الدورة السبعون،21 أكتوبر 2015، ص01.

[2] البنك الدولي، 2018، معدل وفيات الأطفال دون 5 سنوات (1990-2018)
https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT?end=2008&start=1960

[3] منظمة الصحة العالمية، تخفيض معدلات وفيات الأطفال، https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality

[4] البنك الدولي، 2018، مرجع سابق.

وتشير اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية بأن عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة قد انخفض سنوياً من أكثر من 12 مليون طفل في عام 1990 إلى نحو 7.6 مليون طفل في عام 2010، لدى إعلان المعدل العالمي لوفيات الأطفال. حيث انه بين عامي 1990 و2010، انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بأكثر من الثلث، من 88 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية إلى 57.[1]

تُعزى معظم وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنة وخمس سنوات إلى أمراض يمكن الوقاية منها، يمكن أيضاً علاجها بسهولة في المنازل أو المنشآت الصحية. تتوافر اللقاحات الخاصة ببعض أمراض الطفولة الأشد فتكاً، مثل الحصبة، ويمكن حماية الطفل من هذا المرض ومن الوفاة عن طريق إتمام التمنيع في الوقت المناسب. وفيما يلي نذكر الأمراض التي تشكل الخطر الأكبر على صحة الأطفال دون سن الخامسة أو ما يعرف بالأمراض القاتلة والتي تساهم بشكل كبير في وفيات أفراد هذه الفئة العمرية من السكان.

2-2-1 أمراض الجهاز التنفسي الحادة:

تُعَد أمراض الجهاز التنفسي الحادة، مثل الالتهاب الرئوي، السبب الأول لوفاة الأطفال دون سن الخامسة. ومن الضروري معالجة عوامل الخطر الرئيسية المسببة للمرض – وهي سوء التغذية وتلوث الهواء في الأماكن المغلقة – حتى يتسنى الوقاية منه، ذلك إلى جانب تطعيم الأطفال ضده. وحالما يصاب الطفل بأحد أمراض الجهاز التنفسي الخطيرة، يجب أن يتلقى الرعاية المناسبة من أحد مقدمي الخدمات الصحية المدرَّبين، بما في ذلك الحصول على المضادات الحيوية والأكسجين.

[1] منظمة الصحة العالمية، 2011، انخفاض وفيات الأطفال
https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/child_mortality_estimates_20110915/ar/

2-2-2 الإسهال:

يمكن الوقاية من الإسهال باتخاذ بعض التدابير حسب منظمة الصحة العالمية بـ "الحصول على مياه الشرب المأمونة، تحسين وسائل الإصحاح، غسل اليدين بالصابون، ضمان النظافة الشخصية ونظافة الأغذية، تثقيف الناس بشأن كيفية انتشار أنواع العدوى، التطعيم ضد الفيروس العجلي".[1]

2-2-3 الملاريا:

يمكن الوقاية من الملاريا من خلال استعمال ناموسيات معالَجة بمبيدات الحشرات لمنع البعوض من لدغ الأطفال. وفي حالة لدغ البعوض للطفل وإصابته بالملاريا يتعين تقديم الرعاية العاجلة والمناسبة له.

2-2-4 فيروس العوز المناعي البشري/الإيدز:

في عام 2018، أصيب نحو 160 ألف طفل بين 0-9 سنوات بالفيروس، وهو ما رفع عدد المصابين الأطفال في هذه الفئة العمرية إلى 1.1 مليون. بينما أصيب 89 ألف طفل ممن هم دون سن الخامسة بالفيروس أثناء فترة الحمل أو عند الولادة، وأصيب76 ألف طفل خلال فترة الرضاعة في عام 2018. لم يحصل في عام 2018 سوى 50% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-14 عاما المصابين بفيروس العوز المناعي البشري HIV على العلاجات المطلوبة، وبلغ عدد الوفيات 320 من الأطفال واليافعين يوميا، أي بمعدل 13 طفلا كل ساعة، بسبب الأمراض المرتبطة بمتلازمة العوز المناعي البشري المكتسب، أو المعروف بالإيدز[2].

2-2-5 سوء التغذية:

يعاني حوالي 20 مليون طفل صغير حول العالم من سوء التغذية الشديد، مما يجعلهم أكثر قابلية للإصابة بالأمراض والوفاة المبكرة. ويجب أن تعرف الأمهات وسائر القائمين على رعاية الأطفال الطرق

---

[1] منظمة الصحة العالمية، مرض الاسهال، 2017، https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease ، تاريخ الاطلاع: 2022/01/13 : 06:20.

[2] أخبار الأمم المتحدة(الأمم المتحدة)، مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز)، 2019، https://news.un.org/ar/story/2019/11/1044391 تاريخ الزيارة 2020/09/12 على الساعة 11:13

الصحيحة لتغذية الطفل لوقايته من مشاكل سوء التغذية. وإذا أصيب الطفل بسوء التغذية يتعين تقديم الرعاية المناسبة له. ويمكن علاج نحو ثلاثة أرباع الأطفال المصابين بسوء التغذية باستخدام "الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال". وتوفر هذه الأغذية المغنّاة والغنية بالطاقة كميةً وفيرةً من المغذيات للأطفال المصابين بسوء التغذية الذين تزيد أعمارهم عن ستة أشهر ويراد علاجهم في المنزل[1].

الجدول رقم (01): أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة حول العالم (بالنسبة المئوية)

	شرق آسيا والمحيط الهادئ	أوروبا وآسيا الوسطى	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	شمال أفريقيا والشرق الأوسط	جنوب آسيا	أفريقيا جنوب الصحراء	لبلدان المتقدمة (الدخل المرتفع)	العالمية
التهاب رئوي	24.0	20.6	20.2	23.8	27.9	21.8	8.4	23،3
إسهال	10.2	9.4	8.8	12.5	20.9	15.0	2.5	15،6
أمراض معدية أخرى أو الفترة المحيطة بالولادة أو التغذية	8.4	10.8	9.7	7.4	10.6	13.2	4.2	11،8
إصابات	18.2	12.2	13.7	13.9	9.4	8.8	18	10،2
ملاريا	1.6	0.0	0.2	0.3	0.9	15.3	0.6	9،4
امراض غير معدية	13.1	18.4	16.7	17.1	9.6	5.4	27.7	8،2
عيوب خلقية	10.4	17.6	20.0	12.9	5.4	4.4	26.8	6،3
آخر	14.1	11.1	10.6	12.1	15.1	16.0	11.9	15،3

المصدر: البنك الدولي

لتوسيع مدى تنفيذ عمليات التدخل الفاعلة، فان الاستراتيجيات الواجب دعمها هي:

ضمان استمرارية سلسلة الرعاية التي تعني العائلات والمجموعات المحلية والطوائف والمراكز الصحية ومستشفيات الإحالة؛ إدخال برامج صحة الأم والوليد والطفل، وضمان استمرارية الرعاية التي تشمل خدمات مرحلة ما قبل الولادة، والوضع بحضور طاقم مؤهل، والمتابعة خلال الشهر الأول من الحياة؛

[1] منظمة الصحة العالمية، وفيات الأطفال، 2017،
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/mortality/ar/ تاريخ الزيارة 2018/10/17 على الساعة 22:18

توسيع نطاق الخدمات في سبيل إقامة التغطية الكاملة للعمليات الطبية، وخصوصاً في المناطق الريفية والحضرية الفقيرة؛ الاستثمار في الاستراتيجيات الطويلة المدى التي تتمحور حول الرعاية المهنية المؤهلة[1].

2-3 وفيات الأطفال دون سن الخامسة عالميا:

نشرت الأمم المتحدة سنة 2014 دراسة تشير إلى أن معدلات وفيات الأطفال دون سن الخمس سنوات قد انخفضت بنسبة 49% في الفترة ما بين 1990 و2013. فقد تسارع معدل الانخفاض السنوي – بمعدل ثلاثة أضعاف في بعض الدول – إلا أن التقدم العام ما زال دون تحقيق الهدف الإنمائي العالمي بخفض وفيات الأطفال دون سن الخمس سنوات بمقدار الثلثين بحلول 2015. وأشارت التقديرات لـ "مستويات وأنماط وفيات الأطفال في 2014" إلى أن 6.3 مليون طفل دون الخامسة فارقوا الحياة لأسباب يمكن الحيلولة دون معظمها في 2013، أي أقل بحوالي 200 ألف حالة وفاة مسجلة في سنة 2012، ومع ذلك ما تزال هناك حوالي 17 ألف حالة وفاة يوميا. [2]

لكن حتى في عام 2016، كان هناك 15 ألف طفل يموتون كل يوم (بإجمالي 5.6 مليون كل عام.) ورغم الانخفاض الكبير من 35 ألف وفاة في اليوم عام 1990 -(12.6 مليون في العام)، لابد من القيام بالمزيد للوفاء بالهدف الفرعي 3.2 من أهداف التنمية المستدامة، والذي يهدف إلى تخفيض عدد الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة في جميع البلدان إلى أقل من 25 لكل ألف مولود حي.[3]

2-3-1 خطر الوفاة يبلغ أقصاه في الشهر الأول من العمر:

تحظى الفترة التي تلي الولادة مباشرة (الشهر الأول من الحياة) بأهمية كبيرة من أجل بقاء الطفل على قيد الحياة. فبين الولادة وسن الخامسة عشر عاما، فإن خطر الوفاة يبلغ أعلى مستوى له خلال هذه الفترة،

---

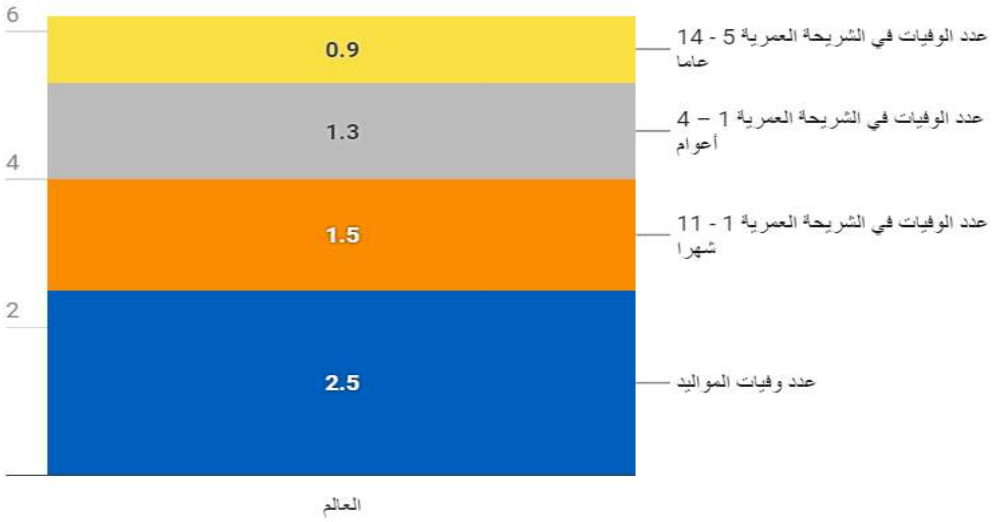
[1] وزارة الشؤون الخارجية الفرنسية، الحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، مرجع سابق.

[2] منظمة الصحة العالمية، معدلات وفيات الأطفال، 2014، https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/child_mortality_estimates/ar/

[3] البنك الدولي، 2018، مرجع سابق.

حيث يقع نحو 40% من الوفيات بين الأطفال دون سن 15 عاما في أول شهر من الحياة. وعلى الصعيد العالمي، تشير التقديرات إلى وفاة حوالي 2.5 مليون طفل حديث الولادة في الشهر الأول من حياتهم في عام 2018، بواقع نحو 7 آلاف طفل حديث الولادة يوميا. لكن التقدم المحرز في خفض وفيات المواليد أبطأ من التقدم المحرز على صعيد الأطفال الأكبر عمرا. ونتيجة لذلك، فإن نسبة وفيات المواليد قد ارتفعت بالمقارنة مع إجمالي وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر[1].

الشكل رقم (04): عدد الوفيات (بالمليون) بين الأطفال دون سن 15 عاما لسنة 2018



المصدر: البنك الدولي

وقد بلغ خطر الوفاة بين الأطفال أعلى مستوى له في الشهر الأول من حياتهم حيث يحدث ما يقرب من نصف الوفيات (46%) بين الأطفال دون سن الخامسة أثناء هذه الفترة من عمر حديثي الولادة. لكن التقدم في الحد من معدلات الوفاة بين حديثي الولادة أكثر بطئا من التقدم في تقليص معدلات الوفاة بين من هم دون سن الخامسة. انخفضت معدلات وفاة حديثي الولادة بنسبة 49%، وذلك من 37 وفاة لكل ألف مولود حي عام 1990 إلى 19 عام 2016، وهو ما يظل بعيدا عن الهدف الفرعي لأهداف التنمية

[1] مدونة بيانات البنك الدولي، خطر الوفاة بين الأطفال، 2019 https://blogs.worldbank.org/ar/opendata/ly-alrghm-mn-altqdm-almlhwz-lkn-la-yzal-hnak-15-alf-tfl-w-800-amrat-ymwtwn-ywmya-lasbab

المستدامة لوفيات حديثي الولادة والمحدد باثنتي عشرة وفاة لكل ألف مولود حي. ومن ثم، فقد ارتفعت نسبة وفيات حديثي الولادة في الفئة العمرية دون سن الخامسة من 41% إلى 46% بين عامي 1990 و2016. [1]

بينما تشير بيانات منظمة الصحة العالمية إلى أنه قد توفي ما يُقدر بـ 6.3 ملايين طفل دون سن الخامسة عشرة في عام 2017، أو طفل واحد كل خمس ثوانٍ، وقد نجمت غالبية هذه الوفيات عن أسباب يمكن منعها، وفقاً للتقديرات الجديدة للوفيات الصادرة عن اليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية، وشعبة السكان بالأمم المتحدة، ومجموعة البنك الدولي. وتحدُث الغالبية العظمى من هذه الوفيات (5.4 ملايين منها) في السنوات الخمس الأولى من الحياة، ونصف هذا العدد يحدث بين الأطفال الحديثي الولادة.[2] ولم يحدث انخفاض في عدد وفيات حديثي الولادة بمنطقة افريقيا جنوب الصحراء في الفترة من 1990 الى سنة 2016 كما هو مبين في الشكل التالي:

الشكل رقم (05): تفاصيل أعداد حديثي الولادة (بالآلاف) من سنة 1990 إلى 2016



المصدر: البنك الدولي

[1] المرجع السابق.

[2] منظمة الصحة العالمية، احتمالية وفاة الأطفال في السنوات الخمس الأولى من الحياة، 2018، https://www.who.int/ar/news-room/detail/18-09-2018-a-child-under-15-dies-every-5-seconds-around-the-world-

وفي ظل الاتجاهات الحالية، سيموت 60 مليون طفل قبل عامهم الخامس بين عامي 2017 و2030، نصفهم من الأطفال الحديثي الولادة، أي 30 مليونا وفقاً للتقرير الصادر عن اليونيسيف، ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي وشعبة السكان التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة، وهي الجهات التي تشكل الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال. حدثت معظم وفيات المواليد في إقليمين اثنين وهما: جنوب آسيا (39%) وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (38%). وشهدت خمسة بلدان نصف العدد الإجمالي لوفيات المواليد على النحو التالي: الهند (24%)، وباكستان (10%)، ونيجيريا (9%)، وجمهورية الكونغو الديمقراطية (4%)، وإثيوبيا (3%)[1].

وتقول الدكتورة فلافيا بوستريو، المديرة العامة المساعدة لدائرة صحة الأسرة والمرأة والطفل في منظمة الصحة العالمية إنه "لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وضمان بقاء المزيد من المواليد على قيد الحياة وازدهارهم، يجب علينا خدمة الأسر المهمّشة. فلمنع المرض يلزم أن تكون الأسر لديها القدرة المالية وأن يكون لها صوت مسموع وأن يتاح لها الحصول على الرعاية الجيدة، ويجب إعطاء الأولوية لتحسين جودة الخدمات والرعاية الملائمة التوقيت أثناء الولادة وبعدها".[2]

ومن جهة ثانية قال لورنس تشاندي مدير قسم البيانات والبحث والسياسات في اليونيسف أنه "إذا لم تُنفَّذ إجراءات عاجلة، سيتوفى 56 مليون طفل دون سن الخامسة من الآن وحتى عام 2030 – ونصفهم من حديثي الولادة. لقد حققنا تقدماً كبيراً لإنقاذ أرواح الأطفال منذ عام 1990، ولكن ما زال ملايين منهم يتوفون نتيجة لانتمائهم لفئات معينة أو مكان ولادتهم. ويمكننا تغيير هذا الواقع لجميع الأطفال من خلال حلول بسيطة من قبيل توفير الأدوية والمياه النظيفة والتيار الكهربائي واللقاحات"[3].

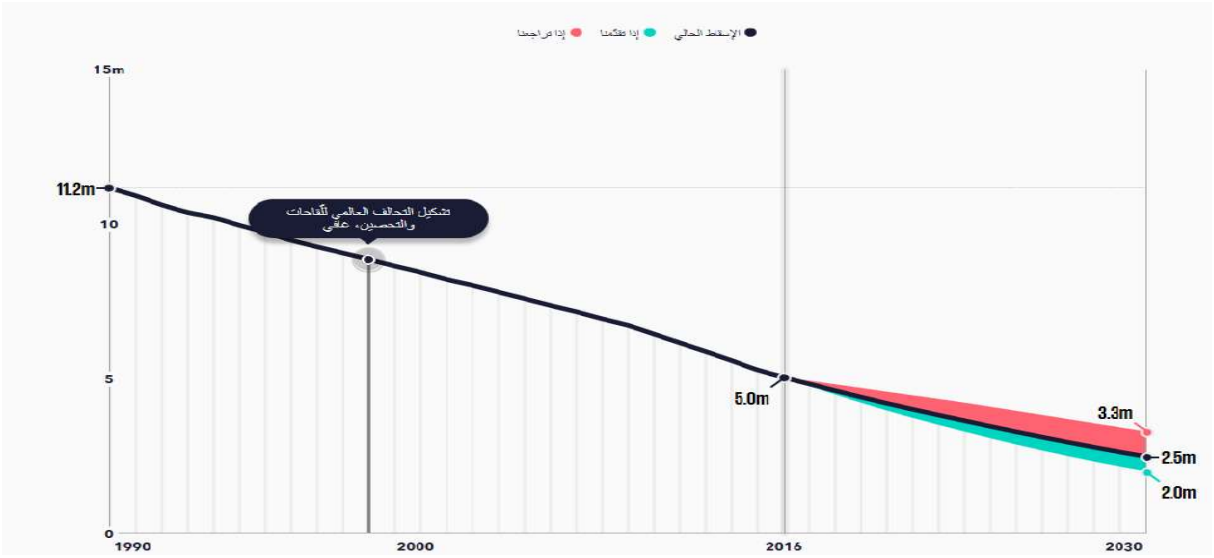
---

[1] منظمة الطفولة العالمية (اليونيسف)، وفيات الأطفال، 2017، https://www.unicef.org/ar

[2] منظمة الصحة العالمية، وفاة 7000 مولود يومياً رغم التراجع المستمر في وفيات الأطفال دون الخامسة، 2017، https://www.who.int/ar/news-room/detail

[3] تقرير الأمم المتحدة 2018 https://www.unicef.org/fr/communiqués-de-presse

الشكل رقم (06): العدد العالمي لوفيّات الأطفال دون سنّ الخامسة (بالملايين)

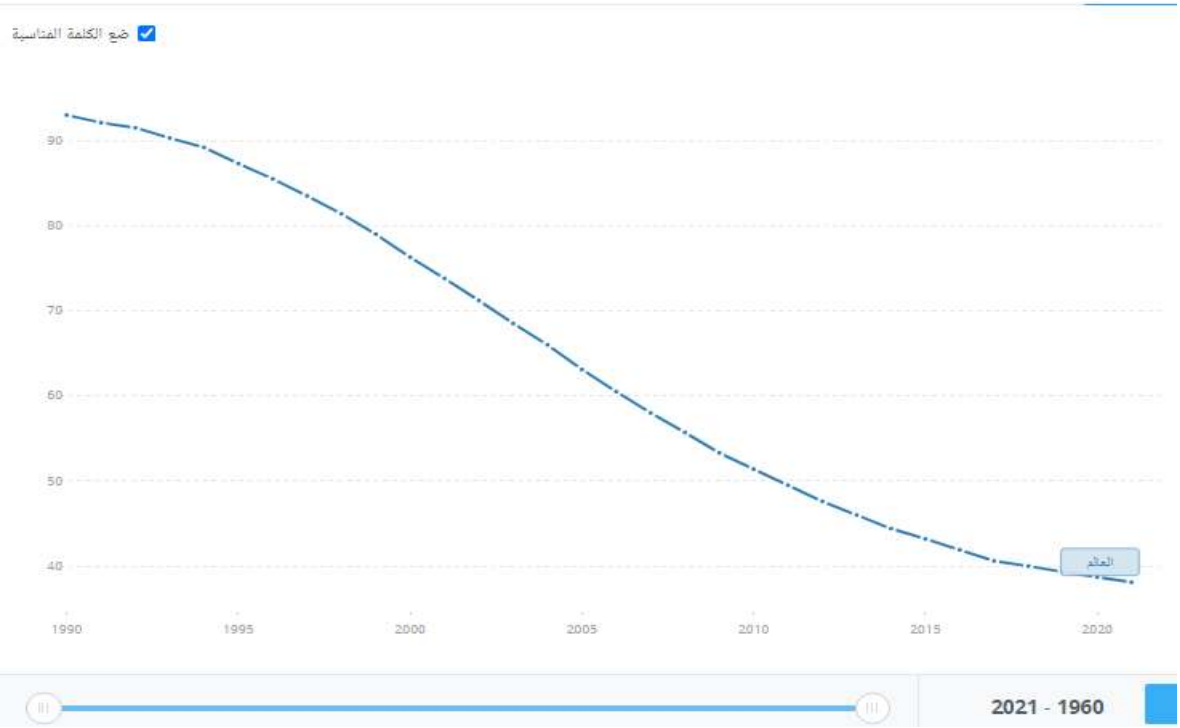


المصدر: مؤسسة بيل وملينداغيتس

تذكر ميلندا غيتس الرئيس المشارك بـ "مؤسسة بيل وملينداغيتس" أن البيانات العالمية الخاصّة بوفيات الأطفال تظهر بأنّ العالم في الاتجاه الصحيح. وخلال سنوات عملي في مجال الصحة العالمية، كان عدد وفيات الأطفال يتراجع كلّ عام، وبنسبة كبيرة في العام 2016، حيث سَجّل تراجع عدد وفيات الأطفال بستة ملايين طفل مقارنة بالعام 1990[1] .

[1] مؤسسة بيل غيتس، وفيّات الأطفال ما دون سنّ الخامسة ، 2017،
https://www.gatesfoundation.org/goalkeepersreport/

الشكل (07): معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات لكل 1000 في الفترة الزمنية من 1990 الى 2021 في العالم



المصدر: البنك الدولي

2-4 وفيات الأطفال دون الخامسة في العالم العربي:

تحققت نتائج مرضية فيما يتعلق بخفض معدل وفيات الأطفال في العالم العربي، فلقد انخفض من 156 حالة لكل ألف مولود حي في عام 1960 إلى 54 حالة لكل ألف ولادة حية عام 2002. وبالرغم من هذا الانخفاض في معظم الدول العربية على امتداد الاربعة عقود الماضية، فإن هذا المعدل لا يزال مرتفعا في بعض الدول بل إنه قد ارتفع في دولة مثل العراق خلال الحقبة الماضية، حيث كان معدل وفيات الاطفال الرضع قد انخفض دون 50 حالة في أوائل الثمانينيات ثم عاد للارتفاع إلى المستويات التي كانت موجودة قبل عام 1970. ولقد انخفض معدل وفيات الاطفال الرضع في اثنتي عشرة دولة عربية إلى أقل من 30 حالة وهي: (تونس- سلطنة عمان- السعودية- ليبيا- سوريا- الأردن- الإمارات العربية المتحدة- البحرين- الكويت- لبنان- مصر- الاراضي العربية المحتلة)، بينما يظل أكثر من 50 في

باقي الدول. إلا أن هناك أربع دول يظل معدل وفيات الطفال الرضع أكثر من 100، وهي: (اليمن– جيبوتي–الصومال– العراق)، وهي من أعلى المعدلات في العالم النامي[1].

يلاحظ أنه في عام 1960 كان هنالك إحدى عشر دولة عربية فاق معدلها متوسط المعدل للدول العربية واشتملت هذه الدول على اليمن بأعلى معدل لوفيات الأطفال بلغ 340 وفاة لكل ألف طفل، وموريتانيا، والسعودية، وجيبوتي، ومصر، وعُمان، وليبيا، وجزر القمر، والجزائر، وتونس. هذا وسجلت لبنان أدنى معدل، بمعنى أحسن حالة صحية، بلغ 85 وفاة لكل ألف طفل دون سن الخامسة. وفي عام 2000، ومع انخفاض المتوسط للدول العربية إلى 58 وفاة لكل ألف طفل دون سن الخامسة بلغ. عدد الدول العربية التي قل معدلها عن المتوسط 13 دولة اشتملت على: الإمارات بمعدل بلغ 10 وفيات لكل ألف طفل دون سن الخامسة كأدنى معدل وأحسن حالة صحية)، والكويت، وعمان وقطر والبحرين، وليبيا، والسعودية، وسوريا وتونس ولبنان والأردن، والجزائر ومصر[2].

تتفاوت وفيات الرضع والاطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات تفاوتاً كبيراً بين الدول العربية النفطية وغير النفطية. إذ يتراوح معدل وفيات الرضع من اقل من 9 لكل 1000 مولود حي في كل من الإمارات والبحرين إلى 132 لكل 1000 في الصومال. ويصل معدل وفيات الاطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات إلى اقل من 12 وفاة لكل 1000 مولود في كل من الإمارات والبحرين والكويت في حين انه مرتفع جداً في اليمن والعراق والسودان وجيبوتي والصومال اذ يصل إلى111، 131، 224، 126، 91، على التوالي. ويوجد تباين واضح جداً في مستوى وفيات الأطفال داخل الدول العربية بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية. فنسبة معدلات وفيات الأطفال في المناطق الريفية إلى معدلات وفيات الأطفال في المناطق الحضرية تتراوح ما بين 2.1 ضعف إلى ضعفين. وحتى الدول العربية التي حققت نجاحاً كبيراً في تخفيف المعدل الإجمالي لوفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات تعاني

[1] الأمم المتحدة (الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي)، تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2002، ص36.
[2] علي، عبد القادر. (2003)، اقتصاديات الصحة (قضايا التنمية في الأقطار العربية)، المعهد العربي للتخطيط "الكويت"، العدد (22)، ص14.

من هذا التباين، الذي يمثل تحدياً خطيراً من حيث الإنصاف. إن تحقيق العدالة في الرعاية الصحية يبقى بالنسبة لكافة الدول العربية النفطية وغير النفطية تحدياً تنموياً حقيقياً[1].

2-4-1 معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الدول العربية:

انخفض متوسط معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الدول العربية من حوالي 233 وفاه لكل الف طفل دون الخامسة في عام 1960 الى حوالي 58 في عام 2000 ويلاحظ في هذا الصدد انه في عام 1960 كان هنالك 11 دوله عربيه فاق معدلها متوسط معدل الدول العربية، واشتملت هذه الدول على : اليمن(بأعلى معدل لوفيات الاطفال حيث بلغ 340 وفاه لكل الف طفل) وموريتانيا، والسعودية، وجيبوتي، ومصر، وعمان، وليبيا، وجزر القمر، والجزائر، وتونس، هذا وسجلت لبنان ادنى معدل، ومصر، بمعنى احسن حاله صحيه، بلغ 85 وفاه لكل الف طفل دون سن الخامسة وفي عام 2000 ومع انخفاض المعدل المتوسط لوفيات الأطفال دون الخامسة الدول العربية الى 58 وفاه لكل الف طفل دون سن الخامسة بلغ عدد الدول العربية التي قل معدلها عن المتوسط 13 دوله اشتملت على: الامارات(بمعدل بلغ عشر وفيات لكل الف دون سن الخامسة ادنى معدل واحسن حاله صحيه) والكويت، وعمان، وقطر، والبحرين، وليبيا، والسعودية، وسوريا، وتونس، ولبنان، والأردن، والجزائر، ومصر.[2]

2-4-1-1 معدل وفيات الرضع:

انخفض متوسط معدل وفيات الرضع في الدول العربية من حوالي 149 في الالف لعام 1960 الى حوالي 42 في الالف لعام 2000 ويلاحظ في هذا الصدد انه في عام 1960 كان هناك 10 دول عربيه اتسمت حالتها الصحية بالتدني بحيث فاقت معدل وفيات الرضع فيها متوسط المعدل في الدول العربية. واشتملت هذه الدول على اليمن بأعلى معدل بلغ 220 في الالف وموريتانيا والسعودية، وتونس، وعمان، وليبيا، والجزائر، هذا وسجلت لبنان أدني معدل، بمعنى أحسن الاحوال الصحية حيث سجلت 65 وفاه

[1] العبيدي، أحمد. (2008)، الأمن الصحي في الوطن العربي بمنظور جيو سياسي، دراسات اقليمية، المجلد 05 العدد 12: 123-154.
[2] د. علي عبد القادر علي

لكل ألف مولود تليها الكويت في عام 2000. مع انخفاض المتوسط للدول العربية الى 42 وفاه لكل ألف الطفل رضيع بلغ عدد الدول العربية التي قل معدلها عن المتوسط 12 دوله اشتملت على البحرين (بمعدل بلغ 7 وفيات لكل ألف رضيع كأدنى معدل واحسن حالة صحية)، والامارات العربية، و الكويت، وكل من عمان، وقطر، والبحرين، وليبيا، والسعودية، وتونس، وسوريا، ولبنان، والأردن، والجزائر. وعموما فإن الحالة الاقتصادية تنعكس بصورة واضحة على وفيات الاطفال الرضع، حيث ينخفض هذا المعدل في الدول النفطية ذات الحالة الاقتصادية المرتفعة. أما عن الاراضي العربية المحتلة فانخفاض هذا المعدل يرجع إلى تكاتف الجمعيات الهلالية التي تقوم بتقديم خدمات صحية وتثقيفية في هذا المجال[1]

[1] علي، عبد القادر. (2003)، مرجع سابق، ص15.

جدول رقم(2): معلومات الحالة الصحية في الوطن العربي خلال الفترة من 1960 إلى 2000

	معدل الوفيات الرضع		معدل وفيات الأطفال5 >	
	1960	2000	1960	2000
حـــالـة صـــحيـــــة جيـــدة				
الكويت	128	13	89	9
البحرين	203	11	130	7
قطر	239	19	149	14
الإمارات العربية	223	10	149	8
حـــالة صـــحية مـتوسـطـــة				
ليبيا	270	32	159	26
السعودية	292	23	170	18
لبنان	85	30	65	25
عمان	280	22	164	17
الأردن	139	30	97	25
تونس	254	30	170	26
الجزائر	255	39	152	33
سوريا	201	29	136	24
مصر	282	52	189	42
المغرب	220	60	135	47
العراق	171	121	117	93
جزر القمر	265	80	200	60
حالة صـــحيـــة مـــتدنـــية				
السودان	210	115	125	81
موريتانيا	310	164	180	101
اليمن	340	95	220	76
جيبوتي	189	178	186	115
الدول العربية	232.8	58	148.9	42

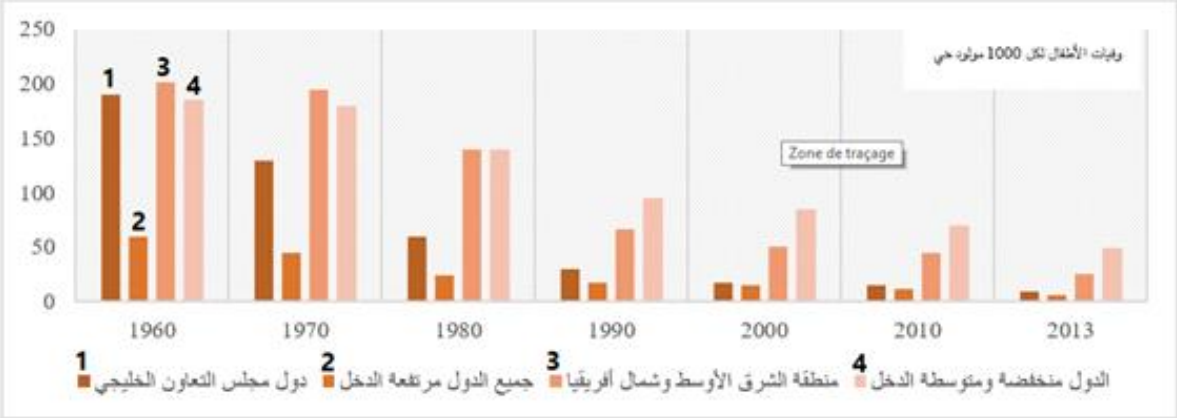
المصدر: البنك الدولي. (2002).

جدول رقم (3): اتجاهات معدلات وفيات أطفال (‰) دول العالم العربي بين عامي 1960و 2000 حسب مجموعات البلدان العربية

دول الشرق الأوسط	دول الخليج	دول المغرب العربي	باقي الدول العربية الأخرى	جميع الدول العربية
97.7	119.4	133.2	158.4	120.4

المصدر: جدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات البنك الدولي

الشكل رقم (08): اتجاهات وفيات الأطفال بين عامي 1960 و2013 حسب مجموعات البلدان



المصدر: البنك الدولي، مؤشرات التنمية لعام 2014

2-4-1-2 معدل وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة في الشرق الأوسط:

في فلسطين واستنادا الى بينات مسح الاسر الفلسطيني لسنة 2010 فقد تبين ان معدل وفيات الأطفال في انخفاض، حيث بلغ 18.9 بالألف مقارنة بنتائج المسح الصحي لسنة 2006، حيث بلغ المعدل 25.7 بالألف[1] و 18.1 لكل ألف ولادة حية في الضفة الغربية مقابل 20.1 لكل ألف ولادة حية في قطاع غزة. وقد انخفضت هذه المعدلات في فلسطين بمقدار 25.9% مقارنة بالعام 2000 حيث كانت 25.5

[1] أفنان محمد، أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من واقع بيانات مسح الاسرة الفلسطينية 2010، مذكرة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطني، فلسطين، 2014، ص137

لكل ألف ولادة حية في فلسطين و21.0 لكل ألف ولادة حية في الضفة الغربية مقابل 26.8 لكل ألف ولادة حية في قطاع غزة. وقد انخفضت هذه المعدلات في فلسطين حوالي 18.5% حيث كانت 28.7 لكل ألف ولادة حية في عام 2000 ورغم الجهود المبذولة لخفض معدلات وفيات الأطفال الا ان معدل الوفيات الأطفال الرضع ودون الخامسة لا زال مرتفعا اذا ما قورن بالدول المتقدمة.[1]

في مصر لا تزال أمراض الإسهال منتشرة بشكلٍ كبير بين الأطفال دون سن الخامسة. غير أن معدل الوفيات الناجمة عن أمراض الإسهال قد انخفض بشكل ملحوظ؛ بسبب جهود البرنامج الوطني الموجه لذلك، الا أنها ما تزال السبب الثاني لوفيات المواليد؛ إذ شكلت 16 ٪ من أسباب وفيات المواليد عام 1999. إن أمراض الجهاز التنفسي الحادة هي السبب الرئيسي في وفيات المواليد والأطفال، حيث تشكل 30 ٪ تقريباً من مجمل أسباب الوفيات وفيما يخص الإدارة المناسبة لأمراض الإسهال وأمراض الجهاز التنفسي الحادة تظهر بيانات المسح الديموغرافي والصحي في مصر 1992 إلى 2003 تبايناً في شكل استجابة العائلة تجاه إسهال الطفل ووقوع العلاج الذي يقدم له[2].

تبقى التناقضات في مؤشرات الأداء بين المناطق الجغرافية تحديا يواجه النظام الصحي، لا سيما المناطق الريفية التي يظهر فيها أداء منخفض عن كافة المناطق الجغرافية الأخرى في مصر. ويُتوقع أن تظل المناطق الريفية بالوجه القبلي هي المناطق الجغرافية الوحيدة التي لم تحقق الهدف الوطني لتخفيض معدل وفيات المواليد. وتوجد عدة قيود مسؤولة عن هذا التحسن البطيء، بما في ذلك العوامل الاجتماعية الاقتصادية والعوامل الثقافية. بالإضافة إلى ذلك تشهد المناطق الريفية بالوجه القبلي أقل مؤشرات للتنمية مقارنة مع باقي المناطق في مصر. وتنجم التناقضات أيضاً من التوزيع غير المنصف للموارد البشرية المدربة، إضافة إلى تباين المخصصات المالية للخدمات الصحية في المحافظات. حيث يتركز وجود

[1] قيس محمود حسيبا، المحددات الاجتماعية ا ولاقتصادية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015، ص07، 08.

[2] تقرير الأهداف التنموية للألفية التقرير القطري الثاني "مصر"، إعداد مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة بجامعة ، القاهرة ، جمهورية مصر العربية ،2004 ، ص27.

الأطباء في المناطق الحضرية، وكثيرا ما يظهر معدل دوران سريع للموظفين في المناطق الريفية. كما تم أيضا تسجيل فجوات بين الجنسين في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة كنتيجة لبعض التمييز الثقافي لصالح الذكورة والذي يُلاحظ على وجه الخصوص في العائلات الفقيرة[1].

في سوريا حسب المسح العنقودي متعدد المؤشرات عام 2006 ظهر أن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة 22 بالألف ومعدل وفيات الرضع 18 بالألف.[2] أما في العراق فكان معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة 35 لكل 1000 والدة حية على المستوى الوطني في عام 2010، لينخفض بعشر نقاط ليصل إلى 25 وفاة لكل 1000 ولادة حية في سنة 2021 حسب بيانات البنك الدولي[3].

بالنسبة لدول مجلس التعاون الخليجي فقد انخفض معدل وفيات الرضع والأطفال دون السن الخامسة بشكل كبير ومتسق على مدى العقود الماضية، ويرجع ذلك إلى حد كبير إلى تحسين النظم الصحة العامة، وزيادة إمكانية الحصول على الرعاية الطبية. وفي الفترة من 1970 إلى 2010، احتلت سلطنة عمان والمملكة العربية السعودية المرتبة الثانية والثالثة من بين 165 دولة من حيث معدل الانخفاض في وفيات الرضع، كما احتلت الإمارات وقطر والبحرين المرتبة 25 ضمن أفضل الدول أداءً في العالم في خفض معدل وفيات الرضع خلال هذه الفترة الزمنية.[4]

ومن أصل 175 دولة مشمولة في تقرير التنمية البشرية لعام 2015. احتلت دول الخليج العربي، في معدلات وفيات الرضع، المراتب التالية: الإمارات العربية المتحدة المرتبة 42، قطر المرتبة 43، البحرين المرتبة 46، الكويت المرتبة 50، وسلطنة عمان المرتبة 54، والمملكة العربية السعودية المرتبة 86، حيث تتراوح وفيات الرضع بين 6.23 و15.34 وفاة في السنة الأولى من العمر لكل 1000 مولود حي. وكانت أدنى معدلات وفيات الرضع في العالم في سنغافورة وإيسلندا، بمعدل يتراوح بين 1.77 و2.03

---

[1] المرجع السابق، ص 30.

[2] الجمهورية العربية السورية، المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006، التقرير الرئيسي، 2008، ص 22.

[3] البنك الدولي، وفيات الأطفال دون سن الخامسة بالعراق، 2021، https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=IQ تاريخ الزيارة 2022/11/11 على الساعة 12:30.

[4] معهد الدوحة الدولي للأسرة، رفاه الطفل في دول الخليج العربي، 2018، تقرير، ص18

وفاة لكل 1000مولود حي، لذلك لا يزال هناك مجال للتحسين في دول الخليج، وخاصة في المملكة العربية السعودية[1].

تشير دراسة لاتجاه معدل وفيات الاطفال الرضع في دول مجلس التعاون الخليجي وتباينه في اقطاره الستة في المدة ما بين 1990–2015 إلى أن أبرز النتائج هي ان معدل وفيات الرضع في دول مجلس التعاون الخليجي يتباين ما بين اقطاره في المدة ما بين 1990–2015 اذ ينحصر ما بين المعدل المنخفض ليشمل دوله الامارات العربية المتحدة بمعدل 8.9 بالألف وبين المعدل المتوسط ليشمل ثلاث دول هي الكويت، عمان وقطر بمعدل (9.8، 10.8، 10.3) بالألف، اما المعدل المرتفع فشمل المملكة العربية السعودية والبحرين بمعدل (25.7، 12.4) بالألف.[2]

وتدل هذه المعدلات ان التحسن في مستوى الخدمات الصحية في دول مجلس التعاون كان تدريجيا و أن تحول المعدلات من المؤشر السلبي الى المؤشر الايجابي والذي سينعكس بدوره في تقليل الوفيات بصوره عامه ووفيات الاطفال بصورة خاصة مما سينعكس بالإيجاب على ارتفاع معدلات نمو سكان هذه الدول التي تعاني من نقص السكان مما دفعها للاعتماد على الايدي العاملة الوافدة لسد النقص في هذا المجال في سبيل تنفيذ خططها الاقتصادية والاجتماعية[3]

2–4–1–3 في المغرب العربي:

في بداية القرن العشرين، قدر عدد سكان المنطقة المغاربية بنحو 12 مليون نسمة. بعد خمسين عامًا، وصل إلى 21 مليونًا، وفي عام 2001، 70 مليونًا. خلال قرن من الزمان، تضاعف بنحو ستة، وفي الفترة من 1950 إلى 2001، بأكثر من ثلاثة. هذه الزيادة القوية أخفت لفترة من الوقت التحولات التي تمر بها هذه المنطقة. في الواقع، شهد نصف القرن الماضي حركتين عكسيتين في تطور سكانها. حتى

[1] المرجع السابق، ص 18..
[2] العبيدي، يونس، الراشدي، مها. (2018)، التباين المكاني لمعدل وفيات الأطفال الرضع في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية للمدة (1990-2015)، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية المجلد14، العدد (2): 517-536.
[3] المرجع السابق.

منتصف السبعينيات، كان لدى المغرب العربي أعلى معدلات نمو سكاني في العالم (أكثر من 3٪). منذ بداية الثمانينيات، وعلى الرغم من الزيادة المطلقة في عدد السكان، انخفض معدل الزيادة بسرعة أكبر، حيث وصل في عام 2000 إلى 2٪ في المغرب و1.9٪ في الجزائر. و1.3٪ في تونس. هذا التباطؤ في معدل الزيادة الطبيعية، الناتج عن الاختلاف بين معدل المواليد ومعدل الوفيات، مرتبط بشكل أساسي بانخفاض معدل المواليد[1].

في الجزائر، التي توضح حالتها الوضع في بلدان المغرب العربي الثلاثة، تم تفسير الزيادة الهائلة في عدد السكان خلال النصف الثاني من القرن العشرين، من ناحية، من خلال الحفاظ على مستوى عالٍ من معدل المواليد، ومن ناحية أخرى، بسبب انخفاض معدل الوفيات في بداية القرن مع التقلبات الناجمة عن الحروب والأزمات. في النصف الأول من القرن، كان النمو السكاني منخفضًا (0.5٪). مستويات الولادة والوفاة في البداية عالية جدًا ومتشابهة تمامًا (حوالي ‰30)، تتبع مسارات مختلفة من الحرب العالمية الأولى. تتميز هذه المرحلة بانخفاض بطيء للغاية في معدل الوفيات وتسارع في النمو السكاني. ومع ذلك، تبع هذه الزيادة السريعة ركود افتراضي وأحيانًا انخفاض طفيف بعد الحرب العالمية الثانية[2].

من عام 1950 إلى عام 1970، استمر معدل المواليد في الزيادة ووصل إلى 50 في عام 1970، مع طفرة المواليد بعد الحرب. استمر معدل الوفيات في الانخفاض وبلغ معدل الزيادة ذروته في نفس التاريخ (3.4٪). منذ السبعينيات، نشهد بداية انخفاض في معدلات المواليد. ومع ذلك، فقد تم الحفاظ على معدل النمو السكاني عند مستوى مرتفع (أكثر من 3٪) بسبب الانخفاض السريع في معدلات الوفيات (أكثر من 6٪ سنويًا)، ويرجع ذلك على وجه الخصوص إلى عمل برنامج "الطب المجاني". خلال الفترة الأخيرة، انخفضت معدلات الوفيات العامة بنحو الثلثين في غضون 20 عامًا، من 17 بالألف في عام 1971 إلى 6 بالألف في أواخر سنة 1980. قد يكون استقرار معدل الوفيات العامة حول المستوى الذي تم الوصول

[1] Kamel Kateb et Zahia Ouadah-Bedidi, L'actualité démographique du Maghreb, Institut national d'études démographiques (INED), France, p 01.
2 IBID, p 02.

إليه، أو حتى الزيادة الطفيفة الملحوظة، بسبب ركود البرامج الصحية والوضع الاقتصادي الصعب في البلاد، والذي يجب أن يضاف إليه شيخوخة السكان. بالإضافة إلى الانخفاض في معدل الوفيات بشكل عام، هناك مؤشرات أخرى تجعل من الممكن قياس التقدم الصحي في الجزائر وفي المغرب العربي بشكل عام. ربما يكون المؤشر الأكثر فظاظة هو متوسط العمر المتوقع عند الولادة. وبالفعل، فإن الإطالة غير العادية لعمر الرجال والنساء لا تترك أي غموض بشأن تقدم الحالة الصحية لهذه المنطقة. في غضون 35 عامًا، شهدت البلدان المغاربية الثلاثة زيادة في متوسط العمر المتوقع لأكثر من 20 عامًا، لكل من النساء والرجال. في الجزائر، منذ عام 1977، كانت الزيادة في متوسط العمر المتوقع حوالي 1.2 سنة في السنة[1]. نتجت المكاسب التي تحققت خلال السنوات العشرين الماضية بشكل رئيسي عن انخفاض معدل وفيات الرضع. في منتصف الستينيات، كانت الجزائر، أكثر من جارتيها، لديها أعلى وفيات للأطفال: 154 حالة وفاة لكل 1000 ولادة مقابل 145 في تونس والمغرب قبل إتمام السنة الأولى من العمر. في بداية القرن الحادي والعشرين، على الرغم من أن المستويات لا تزال مرتفعة، انخفضت وفيات الأطفال بشكل ملحوظ. تونس تحرز أكبر تقدم. في غضون 35 عامًا، تم تقسيم معدل وفيات الأطفال على أكثر من 5 مقارنة بـ 2.7 في الجزائر والمغرب. في الجزائر، بعد إطلاق البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال، انخفض معدل وفيات الأطفال بمقدار عشرين نقطة بين عامي 1985 و1989. ومنذ بداية التسعينيات، انخفض معدل وفيات الأطفال. ليس للقلق بشأن سكان البلدان المغاربية أي مبرر ديموغرافي، بصرف النظر عن الموارد المتاحة والحركة العالية للسكان. في الواقع، مع سكان المغرب العربي البالغ عددهم 70 مليون نسمة في بداية القرن الحادي والعشرين، يمثل سكان المغرب العربي 1٪ فقط من سكان العالم. إن حصتها في القارة الأفريقية بأكملها أعلى بعشر مرات، وعلى مستوى شمال إفريقيا 3، فهي تمثل ما يقرب من 40٪ من إجمالي السكان[2].

[1] IBID, p25.
[2] **IBID, p 02.**

وفي تونس بينت النتائج أن نسبة وفيات الأطفال الرضّع قد بلغت 16.7 لكل ألف ولادة حية، بينما تناهز احتمالية الوفاة بين الأطفال دون سنّ الخامسة حوالي 19.4 لكل ألف ولادة حية. وبالنسبة لوفيات الرضّع فإن النسبة تسجّل ارتفاعا ملحوظا بالوسط الريفي 24.6 في الألف مقابل 12.1 في الألف في الوسط الحضري. كذلك يسجّل معدّل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة بدوره 26.4 في الألف في الوسط الريفي مقابل 15.2 في الألف في الوسط الحضري[1]، فقد انتقلت وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 177 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 1970 إلى 51 حالة وفاة في عام 1990 ثم 15 حالة وفاة في عام 2015[2]. ويرتبط سوءُ التّغذية أشد الارتباط بالتسبّب في حدوث أكثر من نصف وفيات الأطفال كلّها عالمياً. ومن المحتم بدرجة أكبر أنْ يتوفى الأطفال ناقصو التغذية بسبب أمراض الطفولة بصفة عامة، وبالنسبة إلى من يتبقّى منهم على قيد الحياة، فإنّهم يُصابون بأمراض متكررة وتعثر في النمو. كما إنّ ثلاثة أرباع الأطفال ممن يُتَوفّون من أسباب تتعلّق بسوء التغذية كانوا يعانون من سوء التغذية الطفيف أو المعتدل فحسب، دون أنْ تَظهر عليهم علامات خارجية تدلّ على هشاشتهم الصحية.[3]

[1] وزارة التنمية والتعاون الدولي بتونس، المسح العنقودي متعدد المؤشرات2011-2012، التقرير الرئيسي، 2013، ص 09.
[2] الأمم المتحدة (اللجنة الاقتصادية لإفريقيا)، موجز قُطري(تونس) 2016، تقرير، 2017، ص06.
[3] وزارة التنمية والتعاون الدولي بتونس، المسح العنقودي متعدد المؤشرات2011-2012، مرجع سابق، ص 10.

الشكل (09): اتجاهات في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في تونس



المصدر: منظمة اليونيسيف[1]

وفي ليبيا شهدت على الصعيد نفسه معدلات وفيات الرضع للفترة الثلث الأخير للقرن العشرين انخفاضاً كبيراً، حيث كانت 118 بالألف سنة 1973 ووصلت في عام 1995 إلى 24.4 بالألف، وأن الهوة التي كانت واسعة بين المناطق الريفية والحضرية ضاقت، فانخفضت معدلات وفيات الرضع في المناطق الحضرية بنسبة 67 %، بينما في المناطق الريفية بنسبة 62 %[2].

[1] بيانات اليونيسف: رصد أوضاع الأطفال والنساء، https://data.unicef.org/country/wb_mna/

[2] علي عبد الرزاق الرجيبي، السكان والتنمية البشرية في ليبيا1954-2004، أطروحة دكتوراة، كلية علوم الأرض والجغرافيا والتهيئة العمرانية، جامعة منتوري –قسنطينة-، الجزائر، 2006، ص 193.

نُفذت خلال السنوات في الفترة الزمنية من 2003 الى 2008 العديد من المسوح والدراسات التي ساهمت في التعرف على وضع الأطفال في الجماهيرية في كافة مجالات حياتهم، حيث وفرت هذه المسوح والدراسات بيانات ومعلومات حول وضع الأطفال في الجماهيرية، والتي تسعى إلي تغطية النقص فيها من خلال تنفيذ عدد من الدراسات والمسوح من خلال مركز الدراسات الاجتماعية.

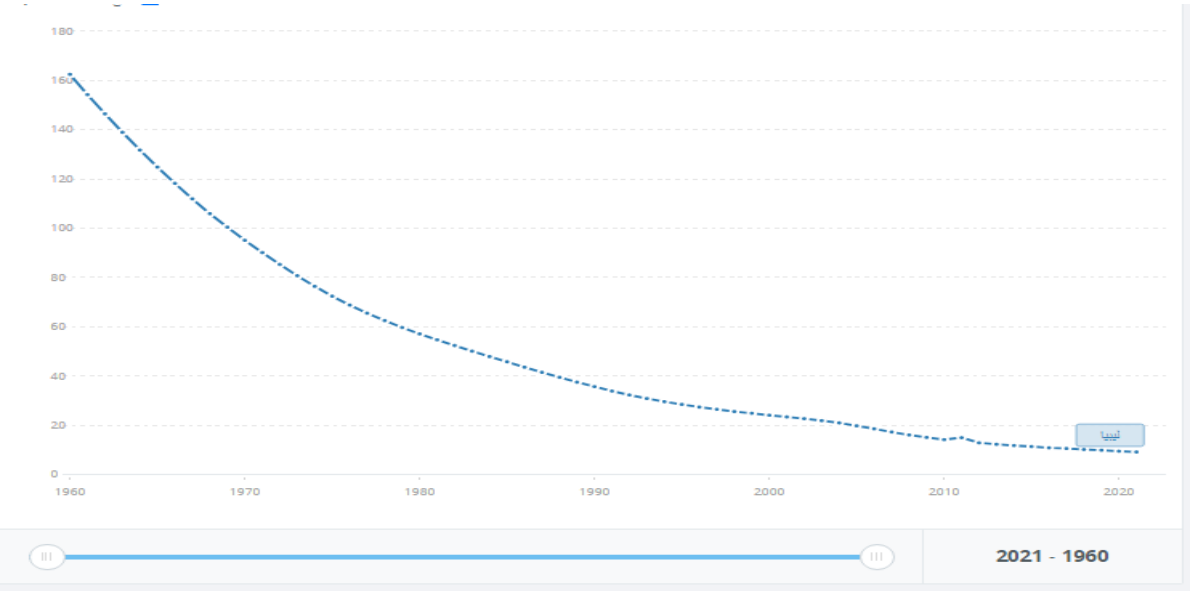
تطور المؤشرات الصحية:

- نسبة المواليد الذين لا يقل وزنهم عن 2.5 كيلو جرام 96%
- نسبة الأطفال بوزن يناسب العمر هي 95%
- معدل وفيات الرضع هي 21.5 في الألف
- معدل الوفيات دون الخامسة 27.5 في الألف
- معدل وفيات الأمومة 4 لكل 10.000 مولود حي
- متوسط العمر المتوقع الإجمالي 72.2 سنة
- متوسط العمر للنساء 73 سنة
- متوسط العمر للرجال 72 سنة
- نسبة الولادة التي تمت تحت رعاية طبية تصل إلى 99.5%
- نسبة النساء الحوامل اللائي تمت رعايتهن أثناء الحمل وصلت إلى 96%
- نسبة النساء المتزوجات اللائي أعمارهن من (15- 45) ويستخدمن وسائل منع الحمل كانت 54%

أعلى نسبة للتحصين للأمراض المستهدفة في البرنامج الوطني لتطعيمات الأطفال كانت 100 % لطعم التدرن عند الولادة، وأقلها 98 % بالنسبة للتطعيمات الأخرى وهي شلل الأطفال، الكزاز، الدفتيريا، السعال

الديكي، داء الكبد البائي والمستديمة النزيلة، والحصبة، والحميراء وأخيرا التهاب الغدة الكافية. أما بالنسبة لتطعيم السيدات الحوامل ضد التيتانوس فكانت 45%. ويتولى المركز الوطني للوقاية من الأمراض السارية والمتوطنة ومكافحتها تنفيذ برنامج التمنيع الوطني، وقد تم القضاء علي العديد من الأمراض المعدية مثل: شلل الأطفال والكزاز الوليدي والحصبة، وتم أيضا مراقبة مرض الحميراء والتهاب الغدة الكافية[1].

الشكل (10): اتجاهات في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في ليبيا



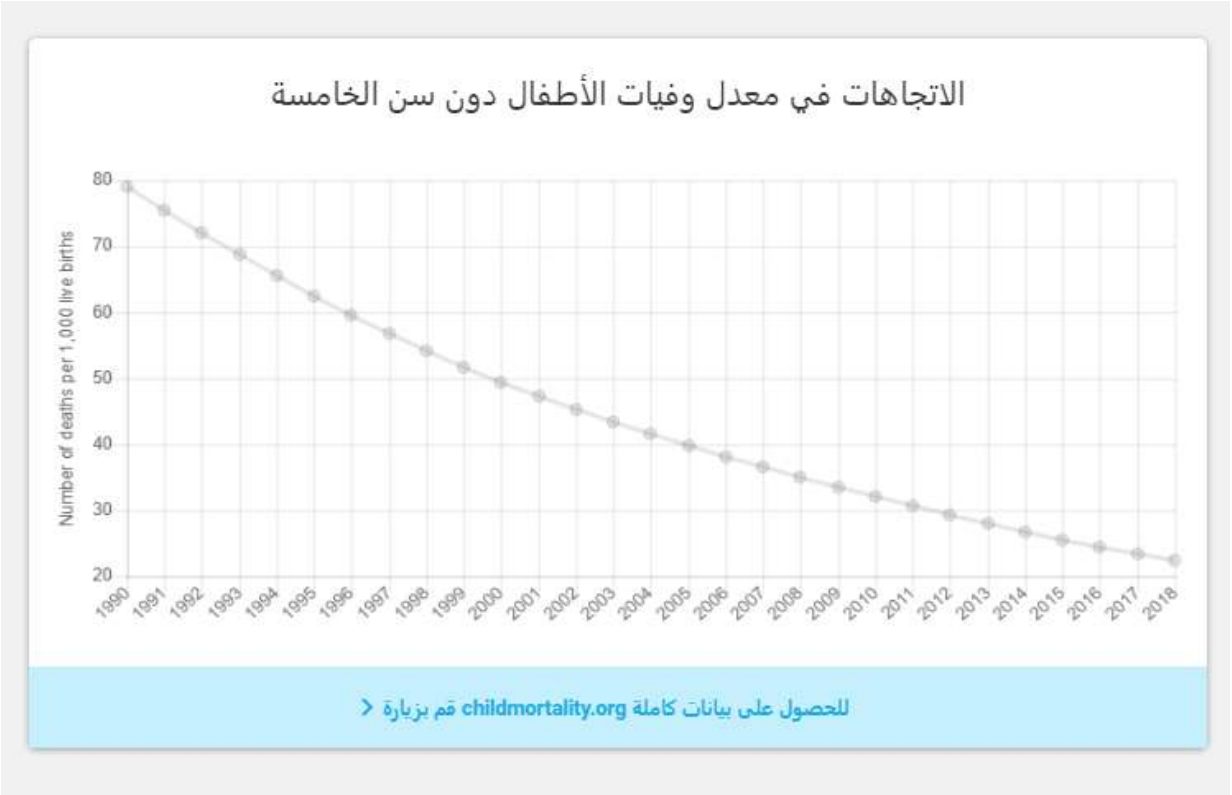
المصدر: البنك الدولي[2]

[1] اللجنة الشعبية العامة للشؤون الاجتماعية"إدارة رعاية الطفولة"، التقرير الوطني حول الميثاق الأفريقي لحقوق الطفل ورفاهيته، ليبيا، 2012، ص25، 26.

[2] البنك الدولي، وفيات الأطفال دون سن الخامسة، 2022، https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=LY تاريخ الزيارة 2022/09/12 على الساعة 11:30

وفي **المغرب** كشف تقرير لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة "اليونيسيف"، انخفض معدل وفيات الرضع والأطفال من 47 إلى 22.16 حالة وفاة لكل ألف مولود حي بين عامي 2003 و2018، وزاد معدل الولادات بمساعدة مهنيين من 6.73٪ إلى 86.6٪ بين عامي 2011 و2018، وانخفض نقص الوزن من 3.1٪ إلى 2.9٪. ومع ذلك، فقد أثرت هذه التحسينات على شتى مناطق المغرب وعلى الطبقات الاجتماعية والاقتصادية بشكل مختلف، ولا يزال الأطفال الذين يعيشون في المناطق القروية وغير الساحلية أو ينتمون إلى أفقر شرائح المجتمع في أوضاع جد صعبة: في 2018، بلغ معدل وفيات الرضع والأطفال في المناطق القروية 25.99 حالة وفاة لكل ألف مولود حي، مقارنة بـ 18.81 حالة فقط في المناطق الحضرية؛ وتختلف النسب المئوية للولادات بمساعدة مهنيين بين 96.6٪ في المناطق الحضرية و74.2٪ في المناطق القروية.[1]

الشكل (11): اتجاهات في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في المغرب



[1] اليونيسف، الأطفال في المغرب التقدم المحرز والتحديات، 2018، https://www.unicef.org/morocco/les-enfants-au-maroc تاريخ الزيارة 2022/12/14 على الساعة 14:21

المصدر: منظمة اليونيسيف

شكل انضمام المغرب إلى أهداف الألفية للتنمية سنة 2000 منعطفا مهما في الارتقاء بوضعية الطفولة، من خلال العمل على تحسين المؤشرات ذات الارتباط المباشر بالطفل (التعليم الابتدائي، معدل وفيات الأطفال، مياه الشرب) أو بمحيطه الاجتماعي (الفقر المدقع، المساواة) ، حيث تم على مستوى تقليص وفيات الأطفال دون خمس سنوات، تسجيل انخفاض مهم خلال العقود الثلاثة الأخيرة، بانتقاله من 76 لكل ألف ولادة حية بين سنتي 1987 و 1991وإلى 47 خلال الفترة 1999–2003 إلى 30.5 بين سنتي 2007 و2011. أما نسبة لوفيات الأطفال أقل من سنة، فإنها انتقلت من 57 وفاة لكل ألف ولادة حية بين 1987 و 1991إلى 40 خلال الفترة1999–2003 ثم إلى28.8 بين سنتي 2007 و2011 في حين أن معدل وفيات الصغار (ما بين سنة و5سنوات) فقد انخفض على التوالي من 20 لكل ألف ولادة حية إلى 7 ثم إلى1 ، 7وفاة، أي ما يمثل انخفاضا بلغ على التوالي 65% و 91.5%.[1]

وفي **موريتانيا** بلغت معدلات وفيات الأمومة والطفولة والأحداث التي على التوالي 747 في كل 100 ألف ولادة حية، و74 ‰ و116 ‰ حسب المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا لسنة 2001/2000. وتبيِّن الإحصائيات الصحية لسنة 2004 أن الأمراض الرئيسية التي تمت ملاحظتها لدى الأطفال فيما دون سن الخامسة هي الالتهابات التنفسية الحادة والملاريا وأشكال الإسهال. أما المسح الديموغرافي الصحي في موريتانيا لسنة 2001/2000. فقد أشار إلى أن أمراض الأطفال الأكثر تفشيا هي أشكال الحمى (31%) والإسهال (18 %)، والالتهابات التنفسية الحادة (10%).[2]

تشير التقارير إلى أن معدل وفيات الاطفال والشبان في موريتانيا يقدر بـ 122 لكل ألف حالة وفاة خلال السنة الاولى من الحياة، وذلك وفق بيانات مسح لوزارة الصحة سنة 2007.وأظهر مسح أجرته وزارة الصحة بالتعاون مع اليونيسيف في فبراير ومارس 2008، أن معدل سوء التغذية بلغ 12 في المائة.

[1] وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية(المغرب)، حصيلة منجزات 30سنة من اعتماد اتفاقية حقوق الطفل، 2019، ص33.

[2] الصغرى في موريتانيا، تقرير، ص 12. كتابة الدولة لشؤون الأسرة «إدارة الأسرة والطفل"، السياسة الوطنية لتنمية الطفولة

ووفقا لنفس المصادر فان معدل وفيات الامهات يقدر ب 686 وفاة لكل عشرة آلاف ولادة في الدول التي لها واقع يماثل واقعنا الاقتصادي والاجتماعي، كما تتراوح نسبة الاطفال ناقصي الوزن بين 5 الى 12 في المائة.[1]

الشكل (12): اتجاهات في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في موريتانيا



المصدر: منظمة اليونيسيف

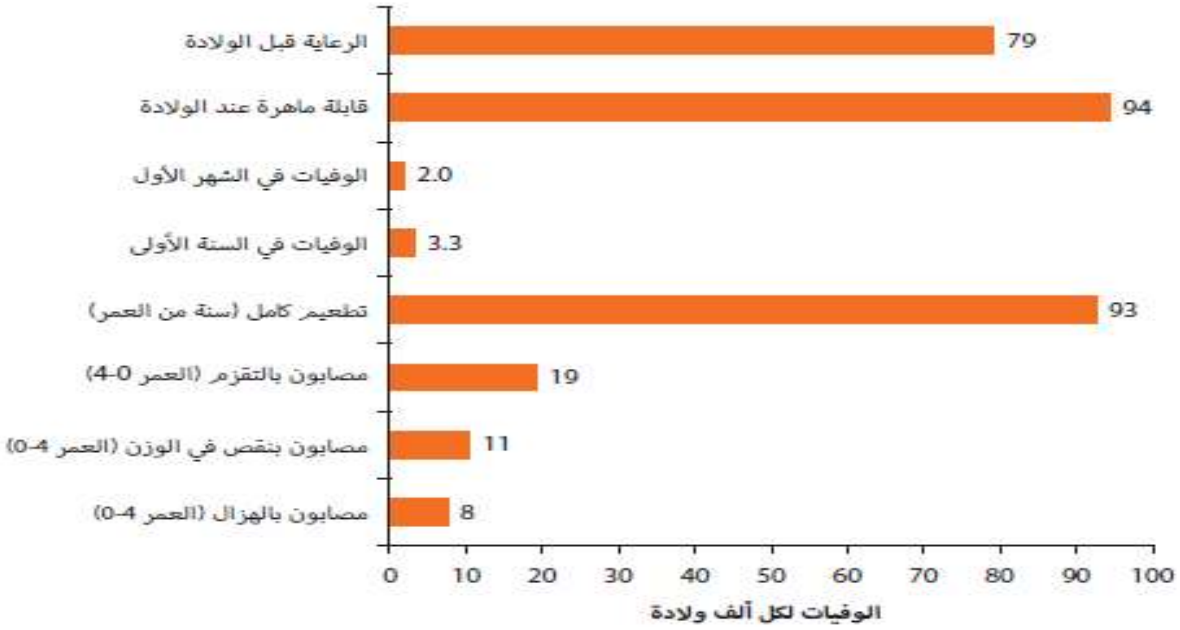
2-5 وفيات الأطفال دون الخامسة في الجزائر:

في الجزائر تشير دراسة للبنك الدولي قدمها في 2015 على ان تنمية الطفولة المبكرة في الجزائر متقدمة إلى حد كبير في بعض المناطق ولكن ليس في مناطق أخرى، مما يجعل الاطفال يواجهون خطر عدم

[1] البوابة الموريتانية للتنمية، أعمال ورشة لإعداد إستراتيجية صحية لحماية الأطفال، http://www.pmd.mr/pages/ar/ تاريخ الزيارة 2019/03/15 على الساعة 16:55

تحقيق كامل إمكانياتهم للتنمية المبكرة. ويبين الشكل 13 مؤشرات موجزة لتنمية الطفولة المبكرة في الجزائر وأداء الجزائر من حيث الرعاية الصحية الاولية جيد الى حد ما. وفي حين أن 79 % فقط من الولادات تلقت رعاية قبل الولادة، و94 % من الولادات تمت على يد قابلة ماهرة، وفي الشهر الأول يموت % 2 من الاطفال، و3.3 % يموتون في السنة الاولى من عمرهم. ومعدلات التحصين في الجزائر عالية، حيث أن 93 % من الاطفال بعمر سنة محصنون بالكامل ويشكل سوء التغذية مشكلة في الجزائر حيث ان 19 % من الاطفال مصابون بالتقزيم و11 % مصابون بنقص الوزن و8 % مصابون بالهزال[1]

الشكل (13): ملخص مؤشرات التنمية المبكرة



المصدر: البنك الدولي

ومنذ 1970 الى غاية 2000 نجد ان معدل الوفيات العام قد عرف ارتفاعا ملحوظا، حيث بلغ 16.4 لكل 1000 نسمة في عام 1970، إلى 8.4 لكل 1000 نسمة في عام 1985 و6.3 لكل 1000 نسمة

[1] مجموعة البنك الدولي(التوجيهات في التنمية البشرية)، توسيع نطاق فرص الجيل القادم تنمية الطفولة المبكرة في شمال افريقيا و الشرق الاوسط، 2016، تقرير، ص 65.

في عام 1990، ليصل إلى 5.5 لكل 1000 نسمة في عام 2000. لنفس الفترات، وفيات الرضع ارتفع من 142 لكل 1000 مولود حي عام 1970 إلى 80.0 عام 1985 إلى 57.8 عام 1990 ليصل إلى 54.2 لكل ألف عام 2003. تشير البيانات التي قدمها المسح الجزائري لصحة الأسرة بالتأكيد إلى تباينات في مستويات وفيات الأطفال، لكن الاتجاه يظل كما هو. وتتراوح مخاطر وفاة الأطفال قبل بلوغهم سن أول سنة من 50.9 لكل ألف مولود حي خلال الفترة 1985-1989 إلى 40.6 في الفترة 1990-1994، إلى 34.3 بين 1995-1999 لتبلغ 31.2 لكل ألف خلال الفترة للفترة 2000-2002. المكاسب في وفيات الأطفال لهذا الغرض هي 26 نقطة بين 1985 و2000 وفقا لبيانات السجل المدني ونحو 20 نقطة وفقا لبيانات المسح الجزائري لصحة الأسرة خلال نفس الفترة. لوحظ أن المكاسب التي تم تسجيلها خلال الفترة 1970 و1985، أي لنفس الزمكان أي 15 سنة، كانت في حدود 62 نقطة.[1]

الجدول (4): تطور المعدل الخام للولادات الحية في الجزائر (2018/1970)

السنة	المعدل الخام للولادات (‰)	السنة	المعدل الخام للولادات (‰)	السنة	المعدل الخام للولادات (‰)
1970	50,2	2001	20.0	2010	24.7
1975	46,0	2002	19.7	2011	24.8
1980	43,9	2003	20.4	2012	26.1
1985	39,5	2004	20.7	2013	25.1
1990	30,9	2005	21.4	2014	25.9
1995	25.3	2006	22.1	2015	26.0
1998	20.6	2007	23.0	2016	26.1
1999	19.8	2008	23.6	2017	25.4
2000	19.4	2009	24.1	2018	24.4

المصدر بينات الحالة المدنية ـ الديوان الوطني للإحصاء ـ

أما اذا تكلمنا عن وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات فقد عرف انخفاضا بالنصف منتقلة من 55.7 لألف ولادة حية سنة 1990 إلى26.8 لألف ولادة حية سنة 2011 وذلك بفضل التقدم

[1] Organisation Mondiale de la Santé "Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille", Éléments d'épidémiologie (Deuxième édition), 2010, p 12.

المحقق في مجال حماية الأمومة والطفولة حسب أرقام الديوان الوطني للإحصائيات. وأوضح الديوان بأن هذا المؤشر قد عرف انخفاضا (كبيرا ومستمرا) منتقلا من55.7 لألف ولادة حية سنة 1990 إلى 43 لألف ولادة حية سنة 2000 و30.8 لألف ولادة حية سنة 2007 و29.7 لألف ولادة حية سنة 2008 لتصل 27.5 لألف ولادة حية في 2010 و26.8 لألف ولادة حية في سنة 2011. وقد عرف هذا المؤشر الذي يشكل أحد أهداف الألفية الثمانية للتنمية للأمم المتحدة انخفاضا (ملموسا) خلال السنوات الـ 20 الأخيرة مما يضع الجزائر على طريق البلدان التي من شأنها بلوغ تلك الأهداف التي حددتها الجمعية العامة للأمم المتحدة سنة 2000[1].

[1] جزايرس، معدل وفيات أطفال الجزائر يسجل انخفاضا كبيرا، 2012، https://www.djazairess.com/akhbarelyoum/56316
تاريخ الزيارة 2019/01/14 على الساعة 15:35

الشكل (14): اتجاهات في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر



المصدر : منظمة اليونيسيف

وأضاف ذات المصدر أن (احتمال الوفاة بين الولادة وسن 5 سنوات المرتبطة بوفيات الأطفال قد عرفت انخفاضا بطيئا بما أنها انتقلت من 27.5 لألف ولادة سنة 2010 إلى 26.8 لألف في 2011). وحسب الجنس تؤكد أرقام الديوان بأن نسبة الأطفال الذكور التي بلغت 2ر58 لألف في 1990 قد انخفضت بالنصف إلى 28.3 ألف في 2011. أما نسبة وفيات الأطفال الإناث فقد انتقلت حسب إحصائيات

الديوان في نشرتيه الخاصة بالنمو الديمغرافي الجزائري سنة 2011 من 54.7 لألف ولادة إلى 25.2 لألف (53%). وأوضح الخبراء أن هذا التطور المرشح للاستمرار في الانخفاض خلال السنوات المقبلة سيسمح للجزائر ببلوغ أهداف الألفية للتنمية في آجاله أي سنة 2015.[1]

أكّدت المعطيات الصحية بالجزائر انه تُعتبر الأشهر الأولى من عمر الطفل الفترة الأشد خطورة على حياته، ويزيد احتمال وفاة الطفل في إفريقيا وجنوب آسيا بتسعة أضعاف مقارنة بالبلدان المرتفعة الدخل مثل الدول الأوروبية، حيث شهدت تلك الدول وفاة 2.5 مليون طفل حديث الولادة عام 2017 في الشهر الأول من حياتهم. وعن الوضع في الجزائر التي تنتمي للدول السائرة في طريق النمو، أكدت آخر الإحصائيات وفاة 25.5 طفلا في الألف ممن هم دون الخامسة من العمر، علما أن هذه الأرقام لم تتغير منذ سنوات، ويقول البروفيسور مصطفى خياطي رئيس مصلحة أمراض الأطفال بمستشفى بلفور في الجزائر العاصمة، أن الجزائر مرتبة ضمن مجموعة الدول التي تحصي وفيات لا يتهاون بها ضمن فئة من هم دون الـ5 سنوات، مضيفا أن هناك فروقات في نسب وفيات الصغار المنتمين لهذه الشريحة العمرية، ففي الوقت الذي تقل نسب الوفيات في كبرى المدن التي تحوي مستشفيات جامعية، تكثر ذات النسب في بعض المناطق الداخلية للوطن ومنها الهضاب العليا ومنطقة الصحراء، مرجعا السبب في ذلك لعدم وجود حماية كافية للمرأة أثناء أشهر الحمل، ناهيك عن سوء توزيع الأطباء المختصين في طب الأطفال، "فرغم وجود أكثر من 1500 مختص عبر الوطن، تتواجد غالبيتهم في المدن الكبر وفي المستشفيات الجامعية"، يقول خياطي، مشيرا إلى مدينة أدرار مثلا، التي تحصي مختصا واحدا في طب الأطفال، علما أن من يقصدها من أطباء يزاولون عملهم مدة سنة فقط، في إطار الخدمة المدنية، ويرجعوا

[1] المرجع السابق.

بعدها لمناطق إقامتهم، وهو ما يفسر عدم الاستقرار الذي تشهده مستشفيات المناطق النائية، مؤكدا على أن المنظومة الصحية لا يمكنها أن ترتكز على هؤلاء المقيمين بسبب عدم استقرارهم[1].

أبرز التطورات التي سجلتها الجزائر في مسار تحقيق أهداف التنمية للألفية في مجال الصحة، من بينها انخفاض معدل وفيات الأطفال ونسبة وفيات الأمومة، وهذ في مداخلة لوزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات من جنيف السويسرية خلال الجلسة العامة للجمعية العالمية للصحة في دورتها الـ 72 ان "التطورات المسجلة في تحقيق أهداف التنمية للألفية مكنت الجزائر من أن تحظى باختيار الأمم المتحدة ضمن البلدان المدعوة للشروع في مشاورات حول جدول أعمال التنمية ما بعد 2015 والتي بدأت فعليًا بمشاركة الحكومة والمجتمع المدني". وأضاف بأن هذه التطورات تتجلى في "انخفاض معدل الوفيات الأطفال إلى 21 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في سنة 2018 مقابل 36.9 حالة وفاة في سنة 2000 وفي نسبة وفيات الأمومة التي كانت تبلغ 215 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة في سنة 1990 إلى 57.5 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة في سنة 2018. كما سجلت الجزائر تراجعا في حالات مرض السل الرئوي الذي بلغ 13.3 حالة لكل 100.000 نسمة في سنة 2018 ونفس الشأن بالنسبة للانتشار الضعيف لفيروس نقص المناعة البشري الذي بلغ أقل من 0.1%. وأوضح الوزير انه "على إثر هذه النتائج، تحصلت الجزائر على إشهاد المنظمة العالمية للصحة فيما يتعلق بالقضاء على شلل الأطفال وكزاز حديثي الولادة". وبخصوص مرض الملاريا، اشار الوزير في مداخلته إلى "عدم تسجيل أية حالة منذ 2014 وهذا ما سمح لبلادنا بالحصول على هذا الإشهاد الذي سيتم تسليمه خلال دورتنا الحالية،" مضيفا أنه فيما يتعلق بالقضاء على الرمد الحبيبي، فقد تم الشروع في نفس هذا الإجراء منذ سنة 2018."[2]

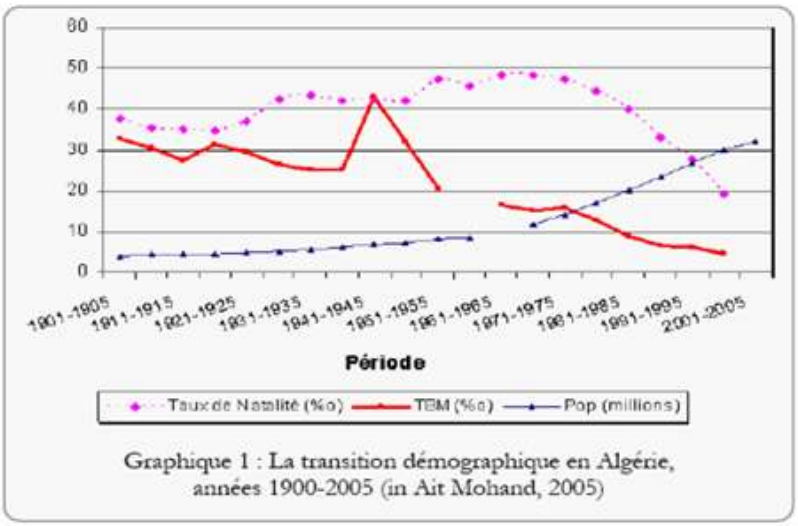
[1] الخبر، 26 ألف رضيع يموتون سنويا في الجزائر، 2018، https://www.elkhabar.com/press/article/143940/26- تاريخ الزيارة 2019/07/02 على الساعة 06:17

[2] السبق، انخفاض معدلات وفيات الأطفال بالجزائر، 2019، https://www.sabqpress.net/national/ تاريخ الزيارة 2019/07/07 على الساعة 07:05

2-5-1 التحول الديموغرافي:

بدأ التحول الديموغرافي في الجزائر عند الاستقلال مع انخفاض كبير في معدل الوفيات بينما سجلت معدلات المواليد والزواج ارتفاعًا مذهلاً، وهي ظاهرة "التعافي الكلاسيكي" التي لوحظت بعد الحرب. في منتصف الثمانينيات، تسارع التحول الديموغرافي مرة أخرى مع الانخفاض المفاجئ في الخصوبة، مع معدل زيادة طبيعي أقل من 3 ٪ المسجل في عام 1985. في أصل هذه الظاهرة، كان العمل المشترك لخفض سن الزواج والبرنامج الوطني لتنظيم الأسرة الذي وضع في عام 1983. بين عامي 1970 و2002، انخفض معدل الخصوبة الإجمالي بمقدار 7.8. إلى 2.4 طفل لكل امرأة [1].

الشكل رقم (15): التحول الديموغرافي في الجزائر بين سنتي 1900-2005



Graphique 1 : La transition démographique en Algérie, années 1900-2005 (in Ait Mohand, 2005)

هذا وقد أوضحت دراسة أجرتها مديرية السكان لوزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات أن نسبة المواليد الاجمالية في الجزائر، أي عدد المواليد الأحياء لكل 1000 ساكن، قد ارتفعت من 19،36 لكل ألف ساكن في 2000 إلى 25،40 لكل ألف ساكن في عام 2017، وهو ما يشكل نسبة من بين "النسب الأكثر ارتفاعا في العالم". وشددت الدراسة على أن "الجزائر قد دخلت منذ أزيد من عشرية في حركية ديمغرافية تميزت بارتفاع في نسبة المواليد"، مذكرة أن المعدل السنوي للمواليد الأحياء، وبعد أن انخفض

[1] Boumeghar, A et Amoukrane, F, Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille, 2002, PROJET PAN ARABE POUR LA SANTE DE LA FAMILLE, 2005, p54.

بما يقارب النصف بين 1985 و2000، ليمر على التوالي من 885.000 إلى 589.000، هو في تزايد مستمر، متجاوزا المليون في عام 2014 ليصل إلى 1.067.000 من المواليد الأحياء في عام 2016، متبوعا بتراجع خفيف في عام 2017 إذ بلغ 1.060.000 من المواليد الأحياء. وأوضحت نفس الوثيقة أن معدل الانجاب قد سجل هو الأخر ارتفاعا بين 2000 و2017، ليمر من 2،40 طفل إلى 3،1 طفل عند كل امرأة. وبهذه الوتيرة، تشير الدراسة، وفرضا أن مستوى الانجاب هذا سيرتفع إلى 3،5 طفل لدى كل امرأة في 2050، فإن عدد سكان الجزائر يبلغ في هذه السنة 72،4 مليون ساكن (في مقابل 42 مليون حاليا) مع هيكل عمري "صعب للغاية" يتميز بمزيد من الأشخاص المعالون (الأقل من 20 سنة أو من سنهم 60 سنة فما فوق). ويندرج هذا النمو الديمغرافي السريع في سياق اقتصادي واجتماعي تأثر كثيرا بالانخفاض الكبير في الموارد المالية للدولة جراء انهيار أسعار البترول في السوق العالمية. وبالانتقال نحو معدل خصوبة يبلغ 1ر2 طفل للمرأة سنة 2015 أي ما يمثل تجديد الأجيال، فسيرتفع عدد السكان إلى ما يقارب 62 مليون ساكن فيما ستسمح القاعدة المتوجهة بشكل كبير نحو نمو متميز بمعامل ضعيف بين السكان المعالون (-20 سنة وأكثر من 60 سنة) والسكان الذين هم في سن العمل (20-59 سنة) باستغلال العائد الديمغرافي خلال السنوات (2017-2050)، حسب ما جاء في الوثيقة. وتتابع الوثيقة أن التخفيض في معدل الخصوبة "قد يسمح بتخفيف التكاليف المتعلقة بالصحة والتربية. وهو ما يتعين استغلاله في التوجه نحو مستقبل أكثر ازدهارا يكون فيه جميع المواطنين مستقلون وقادرون على تحقيق قدراتهم والعيش بارتياح في صحة جيدة".[1]

لا تزال هناك نسبة عالية من الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 0-19 سنة (أكثر من 50٪ من السكان حتى عام 1987 مقابل 48.2٪ في تعداد عام 1998)، فإننا نشهد شيخوخة تدريجية للسكان. ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 52.6 سنة في 1970 إلى 73.9 سنة في 2003، وهو يقترب من

[1] وكالة الأنباء الجزائرية، نسبة المواليد في الجزائر من بين النسب الأكثر ارتفاعا في العالم، 2018، https://www.aps.dz/ar/algerie/58653-2018-07-13-16-16- تاريخ الزيارة 2020/06/05 على الساعة 15:57

مثيله في البلدان المتقدمة. تبلغ نسبة الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 عامًا 7.1 ٪ من عموم السكان.[1]

ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن مستوى التحول الديموغرافي غير متجانس ويختلف وفقًا للتدرج بين الشمال والجنوب. تظهر ولايات الشمال تحولا متقدما بينما تواجه ولايات الجنوب صعوبة في بدء تراجع معدل المواليد بسبب الظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة.

الجدول رقم (05): وفيات الرضع والاطفال بين سنتي 1990-2019

معدلات الـــــرضع			معدل وفيات الرضع والاطفال		
السنوات	الذكور	الاناث	متوسط الجنسين	الذكور	الاناث	متوسط الجنسين
1990*	49.2	45.8	46.8	58.2	54.7	55.7
2000*	38.4	35.3	36.9	41.3	44.8	43
2005**	32.4	28.2	30.4	37.6	33.1	35.5
2010**	25.2	22.2	23.7	29	26	27.5
2015**	23.7	20.7	22.3	23.9	24.2	25.7
2019**	22.5	19.4	21	25.7	22.7	24.2

(*) ONS معطيات 2013

(**)ONS معطيات 2019

استأنف معدل الوفيات الخام اتجاهه في الهبوط منذ التسعينات ليصل إلى 4.55 ‰ في عام 2003 [2] واستقر في هذا المعدل4.55 ‰ الى غاية 2019 [3] .

[1] (ONS 2003).
[2] Office National des Statistiques, DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2004, N°419, p03.
[3] Office National des Statistiques, DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2019, N°890, p06.

يرتبط هذا الانخفاض في معدلات الوفيات إلى حد كبير بانخفاض معدل وفيات الرضع. وهذا ما يتضح من خلال التراجع المسجل في معدلات وفيات الرضع بشكل حاد للغاية في أوائل التسعينيات بمعدل 43.7‰ في عام 1992، ومن ثم واصل بالهبوط حتى سنة 1998 ليصل لـ 37.4‰، وفي عام 2002 وصل إلى معدل 31.2‰.[1] وليصل إلى 21‰ في عام 2019.[2]

2-5-2 التحول الوبائي في الجزائر:

شكلت الثورة الصناعية نقطة تحول في صحة البشرية. التنمية، التي جعلت من الممكن تحسين الظروف المعيشية للسكان وظهور الطب، تميزت بانخفاض الأمراض المعدية والأوبئة الرئيسية. في نفس الوقت الذي انخفض فيه معدل وفيات الأصغر سناً وانخفاض معدل المواليد في البلدان المتقدمة، أدت الزيادة في متوسط العمر المتوقع إلى شيخوخة السكان مما تسبب في مشاكل صحية جديدة مثل أمراض القلب والأوعية الدموية، السرطانات والسمنة. اليوم يواجه عدد متزايد من البلدان هذا الخطر، بسبب التغيرات في أنماط الحياة، أو بشكل أكثر تحديدًا التغييرات في السلوك.

وهكذا، فإن مفهوم التحول الوبائي الذي طوره عمران منذ عام 1971 يستند إلى نظرية الديموغرافيين التي تفترض أن التنمية الاجتماعية والاقتصادية تؤدي إلى انتقال ديموغرافي مصحوب بتحول وبائي. ويعكس نموذج التحول الوبائي التقدم الصحي الذي تم إحرازه في البلدان الصناعية منذ القرن الثامن عشر.

تتلخص نظرية عمران في أن البشرية تمر بثلاث مراحل بالتحول الوبائي، مرحلة انتشار الأوبئة والأمراض المعدية والمجاعات؛ وهي المرحلة التي ترتفع بها معدلات الوفيات ويقابلها ارتفاع كذلك في المواليد، أما المرحلة الثانية وتدعى بمرحلة انحسار الأوبئة، وفي الأخير تصل البشرية إلى مرحلة الأمراض التنكسية أو ما يدعى بأمراض التحضر مثل أمراض القلب والأوعية الدموية، السرطانات والسمنة. والافتراض

[1] وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، 2004. ص 45.
[2] Office National des Statistiques, DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2019, IBID, p06.

الرئيسي للنظرية يكمن في الانخفاض الملاحظ في الوفيات من المرحلة الأولى إلى غاية المرحلة الثالثة والتي يرتفع أثناءها متوسط العمر[1].

يعكس نموذج التحول الوبائي التقدم الصحي الذي تم إحرازه في البلدان الصناعية منذ القرن الثامن عشر. عناصر هذا النموذج هي الاتجاهات الديموغرافية للتطور في غضون بضعة عقود في معظم البلدان النامية حيث يجب أن تعالج النظم الصحية بالتزامن مع تحدي الأمراض المعدية، والمعروفة باسم الأمراض التي يمكن الوقاية منها، وعبء الأمراض المزمنة، على الرغم من ارتفاع تكلفة الرعاية. في عام 1991، تم توسيع هذه المشكلة من خلال تفضيل مفهوم "التحول الوبائي" ومفهوم "التحول الصحي" ليشمل ليس فقط تطور الخصائص الوبائية للسكان وأيضًا استجابة المجتمعات لهذه الحالة الصحية.[2]

بعد استقلالها، شهدت الجزائر اضطرابات اقتصادية واجتماعية أدت بالتأكيد إلى تحسين الظروف المعيشية، ولكنها أدت أيضًا إلى تغييرات عميقة في بنية السكان مع تغيير في صورة الأمراض. نقترح أن نصف هنا عناصر هذا التحول الوبائي الجاري. ومنذ الاستقلال، اتسم الوضع في الجزائر بتحسين الظروف المعيشية وتطوير النظام الصحي القائم على الوصول إلى الرعاية وتنفيذ برامج صحية تهدف إلى حماية فئات ضعيفة من السكان. ولضمان الوقاية من الأمراض السائدة، التي كان لها تأثير في تعديل الصورة الوبائية للأمراض في السكان. تراجعت أو اختفت أكثر الأمراض المعدية شيوعًا، مما أفسح المجال للأمراض غير المعدية. في الوقت نفسه، نشهد ظهور وعودة ظهور بعض الأمراض المعدية.

2-5-2-1الأمراض المعدية

أدت برامج التطعيم، والحصول على المياه النظيفة، وتحسين ظروف المعيشة والنظافة، ومكافحة ناقلات الأمراض إلى خفض الأمراض المعدية بشكل كبير. الملاريا هي المرض الأول الذي يستهدف برنامج

[1] Mackenbach, J.(2014), The epidemiological transition theory (Editorials), Journal of Epidemiology & Community Health, 48(4):329-31

[2] Leila, H et Saada, Ch.(2009), La transition épidémiologique en Algérie, Les cahiers du CRASC: 73-93.

استئصال، يعتمد على اكتشاف الحالة النشطة والمعالجة الجماعية والتطهير. هذا البرنامج هو الآن في مرحلة التوطيد، وفي مرحلة الصيانة في الجنوب حيث يستمر تفشي الحالات الأصلية (تنتقل العدوى محليًا). خلال عام 2017، سجل المركز المرجعي للملاريا 453 INSP حالة إصابة بالملاريا مقابل 432 حالة خلال عام 2016. تم تصنيف جميع هذه الحالات على أنها "مستوردة" باستثناء 7 حالات تم تصنيفها على أنها دخيلة« " وحالة واحدة مصنفة على أنها "انتكاسة".

الأنواع المتصورة الموجودة هي:

- المتصورة المنجلية: 385 حالة.
- المتصورة النشيطة: 64 حالة.
- الملاريا المتصورة: 03 حالات.
- المتصورة البيضوية: 01 حالة.[1]

في الوقت الحالي، تهيمن الملاريا المستوردة على الوضع الوبائي، بالتزامن مع زيادة التجارة مع البلدان الواقعة جنوب الصحراء الكبرى.

انخفض معدل الإصابة بمرض السل بجميع أشكاله انخفاضًا طفيفًا، من 59 حالة لكل 100 ألف نسمة في عام 2015 إلى 54.5 حالة لكل 100 ألف نسمة في عام 2016. بلغ العدد الإجمالي لحالات السل المسجلة 22226 حالة لعام 2016.[2] الا ان معدل الإصابة بمرض السل مستقر عند 53.5 حالة لكل 100.000 نسمة. إجمالي عدد حالات السل المسجلة 22358 حالة لعام 2017.[3]

بفضل الإدخال الإجباري للتطعيمات منذ عام 1969 والجهود المبذولة في إطار البرنامج الموسع للتحصين، شهدت أمراض الطفولة المسؤولة عن وفيات الأطفال دون سن الخامسة انخفاضًا ملحوظًا. لم

[1] Institut National de Sente publique, Situation Epidémiologique, Relevés Epidémiologiques Mensuels, Algérie, 2017, p17.
[2] Institut National de Sente publique, Situation Epidémiologique, Relevés Epidémiologiques Mensuels, Algérie, 2016, p 18.
[3] Institut National de Sente publique, Situation Epidémiologique, 2017, p18.

يتم الإبلاغ عن أي حالة من حالات شلل الأطفال منذ عام 1997، وبينما شهدت الحصبة في عامي 2002 و2003، انخفاض معدل حدوثها من 7.46 حالة لكل 100.000 نسمة في عام 1990 إلى 50.02 في عام 2003 وإلى 4.16 في عام 2010 ثم الى 1.87 في عام 2017. [1]

في حين أن الأمراض التي تنقلها المياه قد ارتفع معدل الإصابة بها من 19.77 إلى 27.00 حالة لكل 100.000 نسمة. وترتبط هذه الزيادة ارتباطًا مباشرًا بالزيادة في عدد الأمراض الجماعية التي تنتقل عن طريق الأغذية المسجلة خلال عام 2017، فقد شهد التسمم الغذائي الجماعي زيادة ملحوظة بسبب تطوير خدمات تقديم الطعام الجماعي والوجبات السريعة بمعدل زيادة ملحوظة من 14.92 إلى 23.03 حالة لكل 100.000 ساكن.

[1] Institut National de Sente publique, Algérie, 2017, p04.

الجدول (06): تطور الأمراض المعدية الرئيسية في الجزائر من 1990-2017،

معدل الحدوث لكل 100.000 نسمة

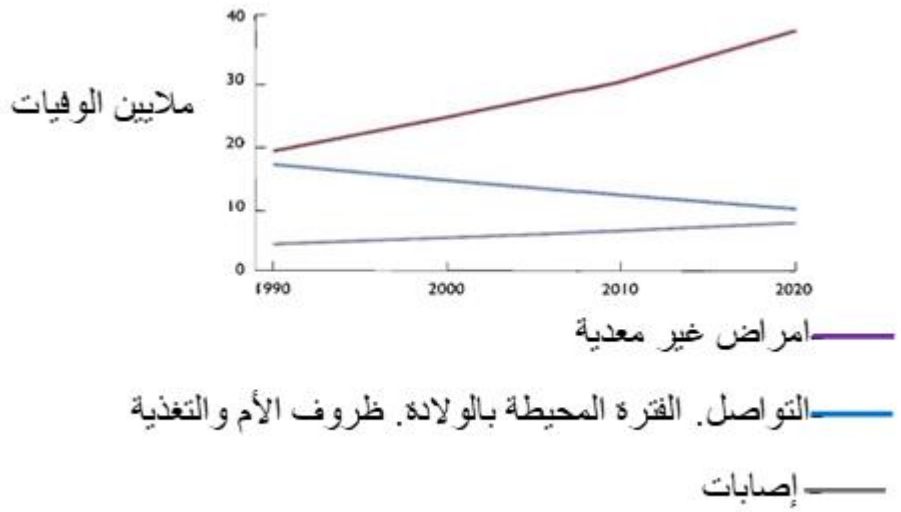
السنوات / الامراض	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017
أمراض تنتقل عن طريق الماء	42.2	39.76	26.87	00	22.18	19.70	19.77
التهاب الكبد الفيروسي	15.69	11.85	8.94	8.07	5.19	3.39	3.09
الزحار	7.25	11.62	8.65	4.49	1.57	0.40	0.58
حمى التيفويد	17.62	15.08	8.52	5.0	0.62	0.24	0.29
الدفتيريا	0.12	3.49	0.01	0.01	00	00	00
السعال الديكي	0.10	0.04	0.10	0.016	0.09	0.11	0.09
داء الحصبة	7.64	34.51	11.28	7.97	4.16	0.49	1.87
الكوليرا	6.6	0.018	00	00	00	00	00
الكزاز	38	34	15	09	06	06	01
الكزاز الوليدي	--	--	12	06	01	00	00
الليشمنيوز	8.39	5.4	14.44	78.50	58.93	16.36	28.19
حمى المالطية	0.66	9.3	10.97	24.71	28.04	16.15	24

(المصادر: MSPRH و INSP)

2-5-2-2 الأمراض غير المعدية:

إلى جانب انخفاض الأمراض المعدية، شهدنا ظهور الأمراض غير المعدية خلال هذه العقود. تشكل الأمراض المزمنة والسكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة والأمراض العقلية الجزء الأكبر من فاتورة الصحة في الجزائر. من ناحية أخرى، فإن حوادث المرور والصدمات المرتبطة بالعنف تتخذ أبعادًا تنذر بالخطر. تؤكد دراسة الوفيات في المستشفيات بين عامي 1970 و1995، هذا الاتجاه نحو الانخفاض في الأمراض المعدية وزيادة الأمراض غير المعدية، وخاصة أمراض القلب والأوعية الدموية، والحوادث[1].

الشكل رقم (16): الوفيات بسبب الأمراض غير المعدية والاصابات



أظهر المسح الصحي الوطني لعام 1990 أن 29.4٪ من الأمراض تُعزى إلى الأمراض المزمنة، مع ارتفاع ضغط الدم الشرياني (17.2٪) يليه مرض السكري (6.9٪). في عام 2003، أظهر مسح STEP-WHO الذي أجري في ولايتي مستغانم وسطيف زيادة في هذين المرضين الرئيسيين لأمراض القلب والأوعية الدموية، بنسبة 29.1 و8.9٪. أما بالنسبة للأورام، فقد أظهرت سجلات السرطان التي تم إنشاؤها في العديد من مناطق الجزائر حدوث حالات إصابة بالسرطان بلغت 104.3 لكل 100 ألف

[1] Leila, H et Saada, Ch.(2009). IBID, p 09.

رجل و80.7 لكل 100 ألف امرأة في الجزائر العاصمة في عام 2004 و148 حالة لكل 100 ألف رجل و94.6 لكل 100 ألف امرأة في وهران بين عامي 1996 و2004. [1]

[1] IBID, p13.

خلاصة الفصل الثاني:

تعتبر الصحة أحد أهم عناصر المشكلة لحياة الإنسان، حيث أن لها رابطا وثيقا بجودة الحياة ومدى قدرة الإنسان على العمل والتفاعل في المجتمع، أما إذا تحدثنا عن أهم فئة في المجتمع وهم الأطفال فإن صحتهم تعد عنصرا أساسيا للنمو والتطور السليم للجسم والعقل معا، ويتطلب الحفاظ على صحة الأطفال رعاية خاصة من الأهل والمجتمع والمؤسسات الصحية، ويشمل ذلك النظام الغذائي الصحي والنظافة الشخصية والتطعيمات والفحوصات الطبية الدورية والحماية من الإصابة بالأمراض.

في نهاية الفصل لابد من التذكير أننا تطرقنا للأمراض التي يمكن أن تصيب الأطفال دون سن الخامسة والتي يرتفع احتمال خطر التعرض للوفاة من خلال التعرض للإصابة بأحد هذه الأمراض، بالإضافة لبعض الظواهر اللصيقة بالأطفال والتي لها تأثير مباشر بهم مثل وفيات الأمومة. كما تطرقنا إلى حجم انتشار الظاهرة بالعالم والوطن العربي وبالجزائر من خلال البيانات الرسمية الصادرة عن المنظمات العالمية كمنظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسف والأمم المتحدة والتي تعبر مصدرا رئيسيا للمعطيات والنشرات الرسمية لمختلف الجوانب المحيطة بصحة الإنسان.

الفصل الثالث:

مصادر ونوعية المعطيات

تمهيد الفصل الثالث:

من أجل الإجابة عن التساؤلات وأهداف الدراسة واختبار فرضياتها قمنا باستغلال المعطيات الواردة في المسح الديموغرافي الصحي المنجز في سنتي 2018-2019 على التوالي والمعروف بالمسح العنقودي السادس المتعدد المؤشرات 2019 واختصارا بـ (MICS6)، من طرف وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات بالاشتراك مع هيئات وطنية وأخرى دولية أممية، حيث ساهم هذا المسح في إثراء قاعدة البيانات الخاصة بكل الجوانب المتعلقة بصحة الساكنة سواء البيولوجية، الديموغرافية، الاجتماعية، الاقتصادية والبيئية، وبطبيعة الحال العوامل التي تؤثر على صحة الأطفال دون سن الخامسة. وقد جاء المسح متمّما ومكمّلا لعدة مسوح سابقة.

سنقوم في هذا الفصل بعرض لبعض خصائص البلد كجغرافية وتركيبته السكانية وغيرها من الخصائص التي تساعد في فهم بعض جوانب الدراسة، بالإضافة للتعريف بمصدر معطيات الدراسة وعرضها.

3-1 خصائص البلد (الجزائر):

في البداية وقبل ما نتطرق لمصدر المعطيات ثم القيام بعملية التقييم لابد لنا أن نعرّج على بعض الخصائص التي ارتأينا من الواجب التطرق لها، وهذه الخصائص تخص الجزائر من عديد النواحي (الجغرافية، الإدارية، التركيبة السكانية، الخصائص الاقتصادية، النظام الصحي والتمدرس)

3-1-1 جغرافيا الجزائر:

تقع الجزائر في شمال غرب القارة الإفريقية بمساحة 2381741 كم² وهي بذلك أكبر بلد إفريقي من حيث المساحة. لديها شريط ساحلي بطول 1200 كم مقابل البحر الأبيض المتوسط من الجهة الشمالية أي جنوب البحر المتوسط. تشكل أراضيها الزراعية نسبة 3% من المساحة الكلية في حين تشكل الصحراء 85% من أراضيها وهي واحدة من أكبر صحاري العالم بمساحة 2 مليون كم².

تتنوع تضاريس الجزائر من جبال وسهول، فالمميز للجزائر احتواءها لسلسلتين جبليتين هما الأطلس التلي والأطلس الصحراوي ويصل أعلى ارتفاع بهما إلى 3000 متر. أما المناخات التي تسود الجزائر فنجد مناخ البحر الأبيض المتوسط والمناخ شبه الصحراوي والمناخ الصحراوي.

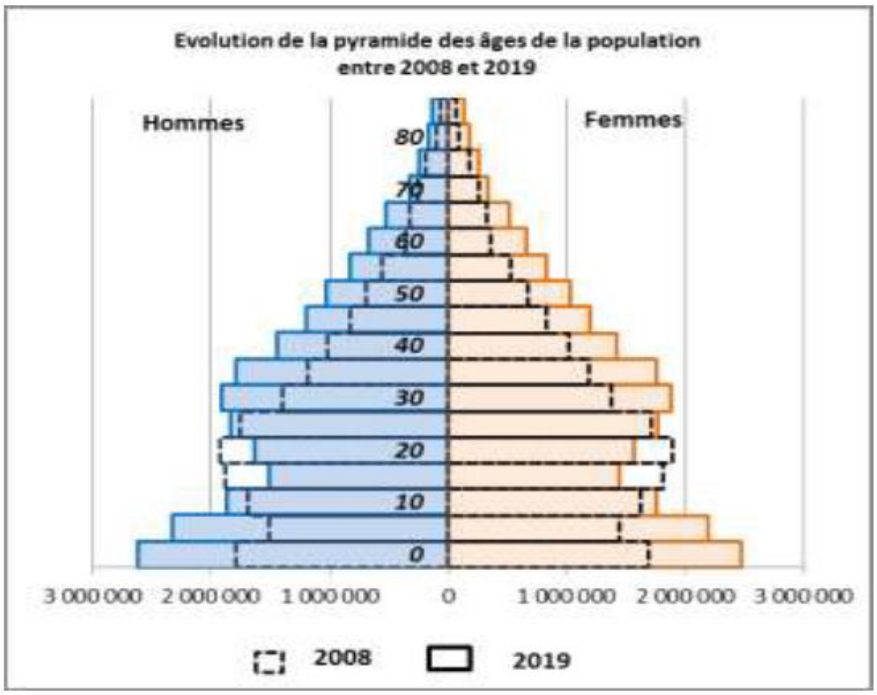
3-1-2 التقسيم الإداري:

تنقسم الجزائر إداريا إلى 58 ولاية وهي أكبر الكيانات في التقسيم الإداري وتنقسم بدورها إلى 553 دائرة تنقسم هي كذلك إلى 1541 بلدية، وتعد العاصمة الجزائرية القطب الإداري الرئيسي في البلاد. ووفقا للتقسيم الإداري الجديد تم ترقية دوائر إلى ولايات منتدبة.

3-1-3 التركيبة السكانية:

بلغ عدد السكان المقيمين في الجزائر 44,6 مليون نسمة في الفاتح من جانفي 2021 مقابل 44,3 مليون نسمة بتاريخ الفاتح من جولية 2020, حسبما أفاد به الديوان الوطني للإحصائيات.

الشكل رقم (17): الهرم السكاني لبيانات التوزيع العمري والنوعي



المصدر: الديوان الوطني للجزائر، ديموغرافيا الجزائر 2019

يعتبر الهرم السكاني من أكثر الوسائل البيانية استخداما في الدراسات السكانية وهو يبين من نظرة واحدة الشكل العام للتوزيع النوعي أو العمري للسكان. ترسم الأهرامات السكانية بطريقة موحدة حيث تؤخذ فئات العمر على المحور الرأسي ثم تمثل كل مجموعة عمرية بمستطيل على المحور الأفقي يتناسب طوله مع التوزيع النسبي للسكان حسب العمر، ويتم الرسم على الجانبين بحيث يكون الذكور على جانب والإناث على جانب آخر.[1]

[1] مصطفى الشلقاني، طرق التحليل الديموجرافي، الكويت، 1994، ص465.

بالنسبة للجزائر يقدر تعداد سكانها وفقاً لبيانات الديوان الوطني للإحصاء في بداية عام 2023بنحو 45.851.044 نسمة، وارتفع متوسط الأعمار بين السكان من 28.0 عامًا إلى 29.4 عامًا بين عامي 2009 و2019، سنة. بينما بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع نحو 21,0 حالة وفاة لكل 1000 مولود[1].

وفقا للبيانات الاحصائية للديوان، فإنه تم في سنة 2020 تسجيل 992 ألف ولادة حية و236 ألف وفاة و283 ألف زواج موثق . وأوضح الديوان أن هذه السنة تميزت على وجه الخصوص بتراجع في حجم الولادات الحية تحت عتبة المليون، وذلك لأول مرة منذ سنة 2014 وبزيادة "معتبرة" في عدد الوفيات، مع استمرار الانخفاض المسجل منذ ست سنوات في عدد حالات الزواج. وعليه، بلغ النمو الطبيعي خلال هذه الفترة 756 ألف شخصا، مسجلا معدل نموا طبيعيا قدر بـ 1,71%.

ويواصل بذلك معدل النمو الطبيعي انخفاضه المسجل منذ سنة 2017, غير أنه جاء في 2020 بوتيرة هي "الاسرع", حسب الديوان، الذي ارجع ذلك بشكل رئيسي الى الارتفاع «المحسوس" في عدد الوفيات المسجلة اضافة الى تراجع حجم الولادات .

وانطلاقا من فرضية تواصل نفس وتيرة النمو السكاني لسنة 2020, فان اجمالي عدد السكان المقيمين يبلغ 45,4 مليون نسمة بتاريخ الفاتح جانفي 2022, حسب توقعات الديوان الوطني للإحصاء.

وبشأن التركيبة السكانية، يظهر التوزيع السكاني للمقيمين في الجزائر في جانفي 2020 حسب الجنس أن نسبة الذكور تتفوق على الاناث بـ 50,7% من اجمالي عدد السكان .

وإثر تراجع الولادات الحية، لأول مرة منذ ستة سنوات، إلى ما دون عتبة مليون ولادة حية، فإن معدل المواليد انتقل من 23,8 ‰ سنة 2019 الى 22,42 ‰ سنة 2020 [2] .

[1] Office National des Statistiques, DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2019, N°890, p06.

[2] الاذاعة الجزائرية، ديموغرافيا: عدد السكان المقيمين في الجزائر، 2022، https://news.radioalgerie.dz/ar/node/3867

3-1-4 معدل الخصوبة الإجمالي:

خلال عام 2019، ولد1034000 ولادة، أي 4000 ولادة أقل من ولادات عام 2018. توزيع الولادات حسب الجنس يعطي 104 ذكور لكل 100 أنثى. أثر هذا الانخفاض في حجم المواليد الأحياء على معدل المواليد الخام، حيث انخفض من 24.39 إلى 23.80‰ بين عامي 2018 و2019. وارتفع معدل الخصوبة الإجمالي مقارنة بعام 2018، حيث سجل 3.0 أطفال لكل امرأة.

3-1-4-1 معدل الوفيات

شهد عام 2019 تسجيل 198 ألف حالة وفاة، بزيادة قدرها 5000 حالة وفاة مقارنة بعام 2018. وسجل معدل الوفيات الخام زيادة طفيفة من 4.53 إلى 4.55‰ خلال نفس السنة، أي نفس المستوى الذي لوحظ في عام 2017.[1]

3-1-5 الخصائص الاقتصادية:

تتوقع مؤسسة "بريتون وودز" الموجود مقرها بواشنطن أن يصل نمو الناتج الداخلي الخام الحقيقي للجزائر الى نسبة 2.4 بالمائة في سنة 2023. ولقد حقق الاقتصاد الجزائري نموا بنسبة 4 بالمائة في سنة 2021 حسب صندوق النقد الدولي الذي توقع في تقريره السابق نسبة 3.4 بالمائة فقط بالإضافة إلى ذلك من المقرر أن يكون رصيد المعاملات الجارية للجزائر إيجابيا لأول مرة منذ عدة سنوات ليستقر عند 2.9 بالمائة من الناتج الداخلي الخام (مقابل -5.5 متوقع في أكتوبر) قبل أن ينخفض إلى -0.2 بالمائة من الناتج الداخلي الخام في سنة 2023. ويمثل رصيد المعاملات الجارية -2.8 بالمائة من الناتج الداخلي

[1] Office National des Statistiques, DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2019, p03, IBID.

الخام في سنة 2021 حسب التقرير بينما توقع صندوق النقد الدولي نسبة -7.6 بالمائة من الناتج الداخلي الخام.[1]

حسب أرقام الحكومة، فإن مداخيل البلاد من صادرات النفط والغاز تتجاوز 50مليار دولار نهاية العام الماضي، صعودا من 35 مليارا في 2021. من جهة أخرى فإن البلاد قد قلصت فاتورة الاستيراد من 63 مليار دولار خلال السنوات الماضية إلى 38 مليار دولار في 2022، والعملية ما زالت مستمرة الى غاية 2023/01/19[2]

3-1-6 النظام الصحي:

إن النظام الصحي الجزائري مسير من طرف وزارة الصحة، السكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH)، والتي تقوم بدورها بإدارة مؤسسات العلاج الاستشفائي والقطاع الصحي العمومي. توجد خمس مناطق صحية عبر جميع أنحاء الوطن مع 05 مجالس إقليمية للصحة (CRS) و5 مراصد إقليمية للصحة (ORS). على الصعيد الولائي يوجد 48 مديرية للصحة والسكن (مديرية في كل ولاية) ويوجد أيضا 297 مستشفى عمومي 273 مؤسسة رعاية صحية محلية 1708 مستوصفًا 6226 مركز رعاية صحية.[3]

3-1-7 التمدرس:

يعتبر التعليم في الجزائر من الأهمية بمكان وكأحد أهم القطاعات الاستراتيجية والتي تلقى الاهتمام والدعم الكبير من قبل الدولة بداية من الميزانية الموجهة للقطاع وكذلك الهياكل القاعدية والتجهيزات سواء

[1] الاذاعة الجزائرية، صندوق النقد الدولي يعدل توقعاته ويؤكد زيادة النمو الاقتصادي بالجزائر لسنة 2022، 2022، https://news.radioalgerie.dz/ar/node/8432

[2] https://www.aps.dz/ar/economie/129696-25-9-3-5

[3] الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، http://www.andi.dz/index.php/ar/secteur-de-sante تاريخ الزيارة 2019/01/17، على الساعة 15:44.

الخاصة بالتعليم العالي أو ما قبله والمنضوية تحت وصاية وزارة التربية. في قطاع التربية هناك ثلاث مراحل أو أطوار تعليمية (التعليم الابتدائي، المتوسط والثانوي) ويعد التعليم الابتدائي تعليما إجباريا[1].

في السنة الدراسية 2019/2018 سجل عدد التلاميذ بالابتدائي بعدد 4513749 تلميذا منهم 47.84% إناث ويتوزعون على 19037 مدرسة ابتدائية، أما في المتوسط فقدر عدد التلاميذ ب 2979737 تلميذا منهم 47.95% إناث ويتوزعون على 5512 متوسطة، ويؤطرهم في كلا الطورين 341529 أستاذا ومعلما. أما التعليم الثانوي فسجل به عدد 1222673 تلميذا منهم 54,82 % إناث يؤطرهم 102287 أستاذا ثانويا موزعا على 2433 ثانوية، وفيما يخص التعليم العالي فقدر عدد الطلبة المسجلين في التدرج 1449106طالبا جامعيا، في حين سجل عدد 81847 فيما بعد التدرج، ويؤطرهم 61307 أستاذا. أما بالنسبة للمنشآت الجامعية فتتوزع كالآتي:

- 50 جامعة
- 13 مركزا جامعيا
- 42 مدرسة عليا
- مدرسة تحضيرية واحدة[2]

3-2 تقديم المسح:

3-2-1 مصدر المعطيات:

تقوم الوصايات المعنية بشؤون صحة الساكنة بإعداد البحوث والدراسات وكذلك القيام بالمسوح من أجل الاطلاع الدقيق على الواقع الصحي في البلد، ولهذا قامت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع عدة هيئات دولية وكذلك مع الديوان الوطني للإحصائيات بإعداد العديد من المسوح من بينها

[1] الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، الجزائر، رقم49، نشرة 2021، ص 28.

[2] المرجع السابق، ص28.

المسح العنقودي السادس المتعدد المؤشرات 2019 والمعروف اختصارا بـ (MICS6) ، والذي أجري من طرف وزارة الصحة والديوان الوطني للإحصائيات وبالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للطفولةUNICEF وصندوق الأمم المتحدة للسكانUNFPA في الفترة 2018-2019. وقد تم اعتماد عدد الأسر المعيشية بـ 29919 أسرة وبعدد للأطفال أقل من 05 سنوات بـ 15224 طفل، وقد برمجت الدراسة حسب مناطق البرمجة الإقليمية إلى (شمال وسط، شمال شرق، شمال غرب، الهضاب العليا وسط، الهضاب العليا شرق، الهضاب العليا غرب والجنوب) وكذلك عن طريق الإقامة الحضرية والريفية.

ويهدف هذا التحقيق إلى قياس مؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية المعتمدة من طرف منظمة الأمم المتحدة، وكذلك الأهداف الإنمائية الوطنية، ولا سيما الأهداف التي تؤثر على رفاه الأسر والأطفال والنساء في الجزائر.

وقد اعتمد في هذا المسح على ثلاث أنواع من الاستمارات:

3-2-2 استمارة الأسر المعيشية:

وتتضمن الوحدات التالية:(قائمة أفراد الأسرة، التربية، النشاط الاقتصادي للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 سنة وما فوق، الأمراض المزمنة للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 سنة وأكثر، الإعاقة، المياه والصرف الصحي، الخصائص المنزلية، الوفيات العامة، عمالة الأطفال، الحوادث، غسل اليدين، معالجة الملح باليود)

استمارة النساء في الفئة العمرية 15-49 سنة:

وتتضمن الوحدات التالية: (خصائص المرأة، الزواج، معدل وفيات الأطفال، تاريخ الولادة، الرغبة في الولادة الأخيرة، صحة الأم والوليد، فحوصات ما بعد الولادة، أعراض الأمراض، منع الحمل، الاحتياجات غير الملبية، المواقف تجاه العنف ضد المرأة، فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز)

3-2-3 استمارة الأطفال دون سن الخامسة:

وتتضمن الوحدات التالية: (سن الطفل، تسجيل المواليد، تنمية الطفل، الرضاعة الطبيعية، رعاية الأطفال المرضى، التطعيم، شروط الختان للفتيان، القياسات البشرية)

3-2-4 تمثيل العينة:

شمل المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) عينة من 1253 مقاطعة عبر 7 مناطق للبرمجة الإقليمية. وتم سحب 25 أسرة معيشية لكل مجموعة، وعينة عامة من 31325 أسرة. وكان الأطفال دون سن الخامسة والنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة ينتمون إلى هذه الأسر المعيشية من السكان المستهدفين بالمسح. من بين 31325 أسرة تم اختيارها للعينة، كان هناك 37227 شخصًا موجودًا أثناء تواجد فرق المسح. ومن بين هؤلاء، تمت مقابلة 35111 بنجاح، مما أدى إلى معدل استجابة بنسبة 94.3%.

3-2-5 توزيع الولايات حسب مناطق البرمجة الإقليمية:

أ) منطقة البرمجة الإقليمية "شمال":

يمثل منطقة البرمجة الإقليمية "الشمال وسط" 10 ولايات وهي على التوالي:

- الجزائر، البليدة، بومرداس، تيبازة، البويرة، المدية، تيزي وزو، بجاية، الشلف وعين الدفلى.

يمثل منطقة البرمجة الإقليمية "الشمال شرق" 08 ولايات وهي على التوالي:

- عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، ميلة، سوق أهراس، الطارف وولاية قالمة.

يمثل منطقة البرمجة الإقليمية "الشمال غرب" 07 ولايات وهي على التوالي:

- وهران، تلمسان، مستغانم، عين تموشنت، غليزان، سيدي بلعباس وولاية معسكر.

ب) منطقة البرمجة الإقليمية "هضاب عليا":

يمثل منطقة البرمجة الإقليمية "الهضاب العليا وسط" 03 ولايات وهي على التوالي:

- الجلفة، الأغواط والمسيلة.

يمثل منطقة البرمجة الإقليمية "الهضاب العليا شرق" 06 ولايات وهي على التوالي:

- سطيف، باتنة، خنشلة، برج بوعريريج، أم البواقي وتبسة.

يمثل منطقة البرمجة الإقليمية "الهضاب العليا غرب" 05 ولايات وهي على التوالي:

- تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة والبيض.

ج) منطقة البرمجة الإقليمية "جنوب":

يمثل منطقة البرمجة الإقليمية "الجنوب غرب" 03 ولايات وهي على التوالي:

- بشار، تيندوف وولاية أدرار

يمثل منطقة البرمجة الإقليمية "الجنوب شرق" 04 ولايات وهي على التوالي:

غرداية، بسكرة، واد سوف وولاية ورقلة.

يمثل منطقة البرمجة الإقليمية "الجنوب الكبير" ولايتين وهما على التوالي:

تمنراست وإليزي

3-3 تقييم المعطيات:

قد يتخلل مرحلة جمع وتصنيف البيانات قبل وأثناء إعداد الدراسات والمسوح أخطاء غير متعمدة أو متعمدة، وهذا ما يؤثر على جودة المعطيات. ولما كانت بيانات التركيب العمري والنوعي أهم البيانات التي تعتمد في حساب المعدلات أو في مجالات البحوث الاجتماعية أو الاقتصادية؛ فلا بد أن تكون على مستوى عال من الدقة لتكون بداية صحيحة لإعداد التحليلات الديموغرافية.[1] ومن بين الأخطاء، أخطاء ناجمة بالدرجة الأولى عن تبليغ السكان بقصد وغير قصد بمعلومات غير صحيحة عن أعمارهم سيما

[1] عباس، فاضل حسين. (2009). تقويم وتصحيح بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان العراق وفق تعداد 1997، **مجلة التقني**، عدد (22): 180-197.

كبار السن منهم، وغالبا ما ينتج عن تسجيل بيانات العمر أخطاء ناتجة عن تفضيل إدلاء السكان برقم عن الآخر أو رقم معين على حساب الأرقام المجاورة.[1]

3-3-1 معدل تغطية متغيرات الدراسة:

يعرض الجدول الموالي توزيع معدلات عدم الإجابة لمتغيرات النموذج المعتمد في التحليل، ومن خلال بيانات الجدول نلاحظ أنه لا يوجد أي متغير قيمه المفقودة تتعدى عتبة الـ 10% المسموح بها إحصائيا، ومعظمها لا يتعدى حتى معدل الاثنين من المئة ما عدا متغيران تجاوزا ذلك.

جدول رقم (07): معدل عدم الإجابة لمتغيرات الدراسة

المتغيرات	الإجابات	القيم المفقودة	
		العدد	النسبة %
عمر الأم	14865	0	%0
جنس الطفل	14865	0	%0
رتبة الأطفال	14865	0	%0
تباعد الولادات	14865	0	%0
القرابة الزواجية	14865	22	%0.15
مصدر مياه الشرب	14865	0	%0
نوع الصرف الصحي	14865	0	%0
ظروف السكن	14865	0	%0
التوأم	14865	0	%0
نوع وقود الطهي	14865	0	%0
وسط الإقامة	14865	0	%0
منطقة السكن	14865	0	%0
غسل اليدين	14865	0	%0
الرضاعة الطبيعية (للأطفال الأقل من سنتين)	14865	0	%0
المستوى التعليمي للأم	14865	3	%0.02
المستوى المعيشي للأسرة	14865	0	%0
عمل الأم	14865	0	%0

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

[1] حسام، سليمان عيد. (2014). تقويم وتصحيح التركيب العمري والنوعي لبيانات تعداد سكان قطاع غزة عام 2007، مجلة الدراسات الإنسانية، عدد (13): 389-416.

3-4 الأساليب الإحصائية المستخدمة:

سنتطرق في دراستنا لعدة مستويات من التحليل بداية من التحليل الوصفي، التحليل الثنائي، التحليل اللوجستي. في التحليل الوصفي سوف نقوم بوصف مجتمع الدراسة وإظهار خصائصه والاعتماد على النسب المئوية للتكرارات من أجل توصيف جيد لمعطيات المسح.

أما في التحليل الثنائي سوف نقوم باختبار وقياس مدى الارتباط أو الاستقلالية بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة عن طريق توزيع مربع كاي بيرسون. ومن أجل التأكد من العلائق بين المتغيرات المستقلة والتابعة المستخلصة من التحليل الثنائي والذي يمكن أن تكون نتائجه مضللة؛ باعتبار أن التحليل الثنائي لا يقيس جيدا تأثير المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة ولهذا من أجل التنبؤ بحدوث الظاهرة من عدمه ومع معطيات يكون فيها المتغير التابع ثنائيا(ثنائي التفرع)، بمعنى إما أنه يساوي واحدا لوقوع حدث التعرض لخطر الوفاة، أو صفرا لعدم وقوع حدث التعرض لخطر الوفاة ، ولطبيعة هذه المتغيرات التابعة في دراستنا (احتمال التعرض لخطر الوفاة من عدمه) قمنا باختيار الطريقة المثلى لمعالجة معطيات المسح والتي تتمثل في أسلوب الانحدار اللوجستي الذي يقبل ويعالج هكذا بيانات. ويتم احتساب احتمال خطر التعرض للإصابة من خلال نسبة الأرجحية، فإذا كانت نسبة الأرجحية أقل من الواحد فأننا نقول إن الأطفال في هذه الفئة هم أقل احتمالا للتعرض لخطر الإصابة من أطفال الفئة المرجعية. ومن ناحية أخرى عندما تكون نسبة الأرجحية أكبر من الواحد نعتبر أن هذه الفئة من الأطفال أكثر احتمالا للتعرض للإصابة مقارنة مع أطفال الفئة المرجعية.

3-4-1 عرض الطرق الإحصائية:

3-4-1-1 طريقة تحليل ثنائي المتغير:

توزيع مربع كاي تربيع لبيرسون هو توزيع احتمالي يعتمد حساب القيمة الاحتمالية على القيمة الإحصائية المحسوبة (مربع كاي)، ومن ثم افتراض صحة فرضية العدم (الاستقلالية). يتم حساب احتمال الحصول على قيمة أكبر من أو تساوي تلك القيمة المحسوبة اعتماداً على توزيع مربع كاي.

بالنسبة للمعنوية(la signification) ، إذا كان المقصود وجود علاقة معنوية (استخدام اختبار مربع كاي للاستقلالية) فيمكننا المقارنة بين القيمة الاحتمالية ومستوى المعنوية المحدد للاختبار (كـ 0.05). فإذا كانت القيمة الاحتمالية أصغر من مستوى المعنوية نرفض فرضية العدم، وبالتالي يعني هذا وجود دلالة أو معنوية (علاقة ذات دلالة إحصائية أو علاقة معنوية إحصائياً).

3-4-1-2 الخطر النسبي:

يقال إن الخطر هو احتمال حدوث حدث ما (وفاة، مرض) في وقت معين أو خلال فترة زمنية معينة أو مشكلة صحية معينة.

معدل الخطر= عدد الأفراد الذين أصيبوا (وفاة، مرض) خلال فترة زمنية/ عدد الأفراد عند بداية تلك الفترة وهو بذلك نسبة الإصابة (وفاة، مرض) بين الأشخاص المعرضين للإصابة.

الخطر النسبي= هو معدل الأطفال الذين توفوا خلال فترة زمنية في فئة معينة/ معدل الأطفال الفئة المرجعية في نفس الفترة الزمنية.

3-4-1-3 طريقة التحليل متعدد المتغيرات (الانحدار اللوجيستي La Régression logistique)

إن نموذج الانحدار اللوجيستي هو أحد نماذج الانحدار التي تكون فيها العلاقة بين المتغير التابع (y) والمتغيرات المستقلة (xi) غير خطية وتأخذ دالة الاستجابة للنموذج شكلا رياضيا يعرف بالدالة اللوجيستية وهي معرفة على IR ومخرجاتها تكون بين الصفر والواحد وتأخذ الشكل الاتي:

$$P_{L2} = \frac{1}{1+e^{-z}} = \frac{e^{z}}{1+e^{z}} \quad \text{.....(1)}$$

المتغير Z يمثل المتغيرات المستقلة، فالصيغة (1) تكون كما يلي:

$$P_{L2} = \frac{1}{1+e^{-(B_0+B_1x_1+B_2x_2+B_3x_3.....)}}$$

يتم تحويل العلاقة الأخيرة إلى نموذج اللوجيت Logit، ويأخذ الشكل التالي:

$$1-P_{L2} = 1-\frac{1}{1+e^{-z}} = \frac{e^{-z}}{1+e^{-z}} = \frac{1}{1+e^{z}} \quad \text{.....(2)}$$

نقارن النسبة (1) و (2) فنحصل على: $\frac{P_{L2}}{1-P_{L2}} = e^{z}$ حيث أن: $\frac{P_{L2}}{1-P_{L2}}$

تسمى نسبة الأفضلية بالإنجليزية تسمى (Odds of success)، بالتعريف العلاقة اللوجيستية تكتب كما يلي:

$$\log it(P_{L2}) = Ln(\frac{P_{L2}}{1-P_{L2}}) = B_0 + B_1x_1 + B_2x_2 + B_3x_3.....$$

يتم تقدير نموذج Logit باستخدام طريقة الجوازية العظمى maximum de vraisemblance، و تتمثل الخطوة الأولى في تحديد دالة الاحتمال L، حيث L هي احتمال ملاحظة بيانات العينة تحت افتراض أن النموذج صحيح، ويتكون الإجراء من اختيار باستخدام عملية تكرارية، تقديرات المعلمات التي تجعل من الممكن تعظيم الدالةL [1]

أ) **الاختبارات الاحصائية** Les tests statistiques

هناك العديد من الاختبارات الإحصائية المستخدمة في الانحدار اللوجستي وهي:

اختبار فالد Test de Wald

[1] – Stafford jean, Bodson Paul, l'analyse multivariée avec spss, presses de l'université du Québec, Québec,2006, p203.

إحصاءة الاختبار هي كما يلي:

$$wald = (\frac{\hat{b}}{se(\hat{b})})^2$$

، تتبع توزيع كي مربع χ^2 (نختبر الفرضية العديمة لمعلمة واحدة).

ب) **اختبار هوسمر – لوموشو** Test d'Hosmer Lemershow يتيح هذا الاختبار التحقق من مدى ملاءمة النموذج عندما يكون المتغير المراد تفسيره هو متغير ثنائي فقط، ومن ثم فإن من الممكن التحقق من مدى كفاية الحالات التي يكون فيها اختبار كفاية الانضباط غير مستبعد على وجه الخصوص.[1]

3-4-1-4 طريقة توستاب وايز"Two Step Cluster":

إن إجراء تحليل مجموعة الكتل الثنائية هو أداة استكشاف مصممة للكشف عن المجموعات الطبيعية (أو الفئات) داخل ملف البيانات. تحتوي الخوارزمية المستخدمة في هذا الإجراء على العديد من الميزات التي تميزها عن أساليب التصنيف القياسية:

- إدارة البيانات النوعية والمستمرة: على افتراض أن المتغيرات مستقلة، يمكن وضع توزيع مشترك متعدد الحدود طبيعي على متغيرات نوعية ومستمرة
- التحديد التلقائي لعدد الفئات: من خلال مقارنة قيم معيار اختيار النموذج في حلول التصنيف المختلفة يمكن للإجراء تحديد العدد الأمثل للفئات تلقائيًا.

[1] - Badaoui Mohamed, L'application de la Régression logistique en Marketing –Mesure de la qualité des services (étude de cas Agence Mobilis Laghouat) –, مجلة الحقوق والعلوم الانسانية العدد الاقتصادي 23 ، أوت 2015

- قابلية التوسع: من خلال بناء شجرة ميزات الفصل (CF) التي تلخص السجلات، تتيح لك خوارزمية Two-step تحليل ملفات البيانات الكبيرة.

مثال: تستخدم شركات المستهلكين وشركات التجزئة بشكل روتيني تقنيات تصنيف البيانات التي تصف أنماط الشراء والجنس والعمر ومستوى الدخل وما إلى ذلك من عملائها، وتقوم هذه الشركات بتكييف استراتيجيات التسويق وتطوير المنتجات مع كل مجموعة مستهلكين لزيادة المبيعات وتطوير ولاء العلامة التجارية[1].

3-4-1-5 قياس المسافة: يحدد هذا الاختيار كيفية حساب التشابه بين فئتين.

- احتمال السجل: يضع مقياس الاحتمالية توزيع الاحتمالات على المتغيرات. تعتبر المتغيرات المستمرة موزعة بشكل طبيعي في حين تعتبر المتغيرات النوعية متعددة الحدود. جميع المتغيرات تعتبر مستقلة.

الإقليدية: المقياس الإقليدي هو المسافة "في خط مستقيم" بين فئتين. يمكن استخدامه فقط عندما تكون جميع المتغيرات مستمرة.

3-4-1-6 عدد الفصول: يسمح لك هذا الاختيار بتحديد كيفية تحديد عدد الفصول.

- تحديد تلقائيا: سيحدد هذا الإجراء تلقائيًا العدد "الأفضل" للفئات باستخدام المعايير المحددة في مجموعة معايير التصنيف. يمكنك أيضًا إدخال عدد صحيح موجب يحدد الحد الأقصى لعدد الفئات التي يجب أن يأخذها الإجراء في الاعتبار.
- حدد قيمة ثابتة: يتيح لك تحديد عدد الفئات (قيمة ثابتة) في الحل. أدخل عددًا صحيحًا موجبًا

[1] Aide-IBM SPSS Statistics. Version 21.

3-4-1-7 عدد المتغيرات المستمرة:

تقدم هذه المجموعة ملخصًا لمواصفات التقييس المتغير المستمر التي تم تعريفها في مربع الحوار "خيارات". راجع قسم "الخيارات" في إجراء "تحليل الكتلة لـ "**Two-step** لمزيد من المعلومات.

3-4-1-8 معيار التصنيف:

يحدد هذا الاختيار كيف تحدد خوارزمية التصنيف التلقائي عدد الفئات. يمكنك تحديد معيار معلومات (BIC) أو معيار معلومات (AIC).[1]

3-4-1-9 النمذجة بالمعادلات البنائية:

حسب ما نصت عليه طريقة النمذجة بالمعادلات البنائية، ولمعرفة جودة تناسق (توافق) نموذج القياس مع المعلومات المتعلقة بالدراسة، نقوم بتعريف الطريقة المستخدمة بالإضافة إلى مؤشراتها التي تسمى بدلائل التسوية وهي كما يلي:

أولا: المربعات الصغرى الجزئية (Partiel Least Squares)

وفقا لهذا الأسلوب عملية التقدير تتم باستخدام طريقة المربعات الصغرى، حيث تقسم معلمات النموذج إلى مجموعات جزئية وتتم باستخدام الانحدار البسيط والمتعدد، ويستخدم الأسلوب التكراري في تقدير المجموعات الجزئية، وقد طور **Wold** هذه الطريقة في سنوات 1965-1973-1980[2] ، وتجدر الإشارة في أن الانحدار وفق طريقة PLS هو مزيج ما بين تقنية الانحدار المتعدد لـ y على x وطريقة التحليل بالمكونات الرئيسية (ACP) لـ x [3]

[1] Aide-IBM SPSS Statistics. Ibid.

[2]- محمد بداوي، النمذجة بالمعادلات البنائية وتطبيقاتها في بحوث التسويق، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية العدد:5، ديسمبر ،2016، ص:23.

[3] -Tenenhaus، Michel. (1999). L'apprche PLS, Revue de statistique appliquée, 47(2) : 5-40.

ثانيا: طبيعة نموذج PLS:

هناك ثلاثة أنماط أكثر استخداما في النمذجة بطريقة PLS والمبينة في الشكل3.

النمط الأول (النمط الانعكاسي): كل متغير مقاس مرتبط بمتغيره الكامن بواسطة الانحدار البسيط[1] ، ويمكن كتابته وفق الصيغة التالية: $X_{kj} = \pi_{kj}\xi_k + \varepsilon_{kj}$ ، أخطاء القياس للمتغيرات المقاسة: ε_{kj} .

مع القيود التالية:
$$cor(\xi_{ij}, \xi_k) = 0, \quad \forall i \quad k = 1.....k, \quad \forall j = 1....p_k$$
$$cor(\xi_{ij}, \xi_{LM}) = 0, \quad \forall i, j, L, \quad m = 1.....p_k, \quad (i, j) \neq (L, m) \forall \quad k = 1.....k$$

النمط الثاني: (النمط التكويني): أنظر الشكل 19

وهو أقل استخداما من الأول حيث نفرض أن كل متغير كامن هو توليفة خطية مع متغيراته المقاسة المناظرة له[2] ويأخذ الصيغة التالية: $\xi_k = \sum_j W_{kj} X_{kj} + \delta_k$

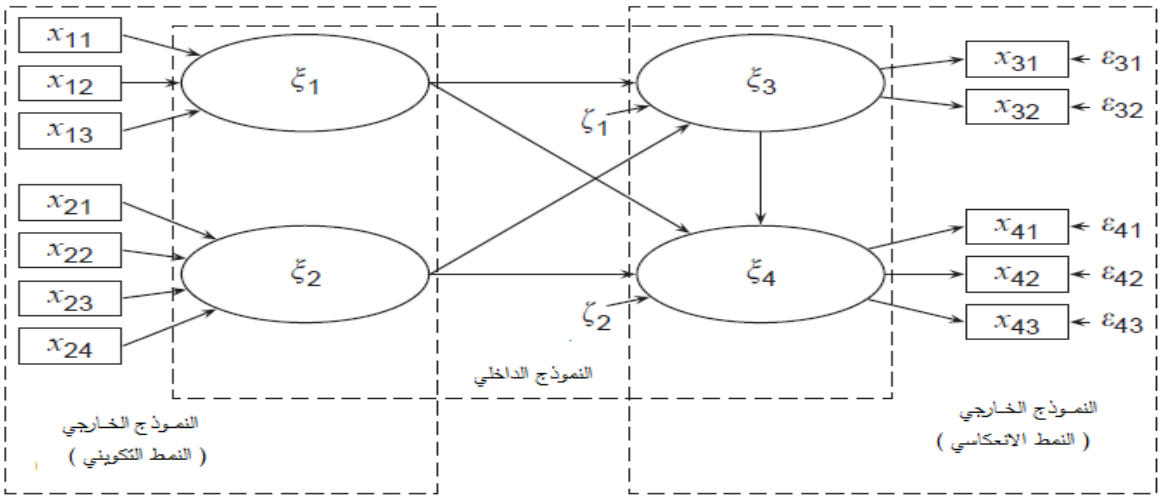
δ_k : شعاع الأخطاء ونفرض متوسطه صفر وغير مرتبط مع المتغيرات الظاهرة.

أما النمط الثالث فهو مزيج بين النمطين الأول والثاني.

[1]- Jackbowing, Emanuel. (2012). Les modèles d'équations structurelles à variables latentes cours des statistiques multivariées approfondie, centre d'étude et de recherche en informatique et communication – Cédric -.

[2] - Jackbowing, Emanuel. (2012). Les modèles d'équations structurelles à variables latentes cours des statistiques multivariées approfondie, centre d'étude et de recherche en informatique et communication – Cédric -

الشكل رقم (18): أنواع متغيرات الدراسة بنمذجة المعدلات البنائية



Source: (Henseler, Jörg; Ringle, Christian M.; Sinkovics, Rudolf R. (2009). The use of partial least squares
path modelling in international marketing, Advances in International Marketing, 20 (10): 277-319.)

- **مفهوم البوتستراب bootstrap:**

إذا كانت لدينا عينة عشوائية مسحوبة من مجتمع ما، وكانت هذه العينة ممثلة تمثيلا جيدا لهذا المجتمع، فأنه يمكن توليد عينات أخرى من هذه العينة بحيث تكون جميع العينات من نفس حجم العينة الأصل، وفي هذه اللحظة يمكن حساب إحصائية الاهتمام (المرجوة) لجميع العينات.

تقنية bootstrap هي تقنية قائمة على التأكد من دقة النتائج الاحصائية (بمعنى هل النتائج التي حصلنا عليها حقيقية أم لا)، غالبًا ما يتم استخدام أهمية Bootstrap عندما يتعذر افتراض أن البيانات طبيعية.

خلاصة الفصل الثالث:

لابد وأن المسوح في اثناء تعاقبها يتم استدراك النقائص والاخطاء الموضوعية والتي تعود إلى الامور اللوجستية وعدم تكوين الأعوان الذين يجمعون البيانات وقلة وعي المستجوبين والذين يصرحون بمعلومات غير دقيقة خاصة ما تعلق بالجانب الاجتماعي والاقتصادي وهو ما يؤثر على المسوح وجعلها غير دقيقة، وهو ما يتطلب جهدا أكبر خاصة مع تطور الوسائل التكنولوجية وضرورة التوعية أكثر حتى تصبح المسوح أقدر على تمثيل المجتمعات التي هي قيد الدراسة مما يجعلها أكثر إلماما واستجابة اثناء البحث، ثم طرح المعطيات المتحصل عليها كقاعدة بيانات تكون مرجع لهذه البحوث لهذا كان المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019/2018 في الجزائر هو بدوره أكثر استجابة من سابقه الـ MICS4 طبعا فيما يتعلق بالمؤشرات الديموغرافية والاقتصادية.

الجانب العملي للدراسة

الفصل الرابع:

محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بالجزئر

تمهيد الفصل الرابع:

تعد وفيات الأطفال أحد المؤشرات المهمة في تقييم الظروف الاجتماعية والصحية لأي مجتمع، حيث يلاحظ أن بقاء هذه الفئة العمرية (الأقل من خمس سنوات) على قيد الحياة يعتمد على الظروف الاجتماعية والصحية لبيئتهم، ومن هذا المنطلق فإن وصف ودراسة مؤشر وفيات الاطفال في الجزائر أمر حيوي للتقييم والتخطيط لسياسات الصحة، في هذا السياق تهدف دراستنا إلى تسليط الضوء على المحددات الصحية لوفيات الاطفال في الجزائر حسب المسح السادس، وتستعرض بالوصف والتحليل التباينات في وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر حسب المحددات البيئية والاجتماعية الاقتصادية والديموغرافية والسلوكية.

4-1 خصائص عينة الدراسة

4-1-1 عمر الأم:

جدول رقم (08): توزيع عينة الدراسة حسب متغير فئات سن الأمهات

عمر الأم	التكرار	النسبة (%)
اقل من 20 سنة	337	2.3
بين 20 و34 سنة	10749	72.3
35 سنة فأكثر	3779	25.4
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

ان توزيع أعمار أمهات الأطفال دون سن الخامسة ان أغلبية الأطفال أمهاتهم أعمارهن بين [20-34] سنة حيث يمثلون نسبة 72.3%، ثم تليها الفئة العمرية الأكثر من 35 سنة بنسبة 25.4%، وفي الأخير الفئة الأقل من 20 سنة بنسبة 2.3%.

4-1-2 تباعد الولادات:

جدول رقم (09): توزيع عينة الدراسة حسب متغير تباعد الولادات

تباعد الولادات	التكرار	النسبة (%)
الولادة الأولى	1956	13.2
أقل من 2 سنة	3916	26.3
سنتين	2247	15.1
3سنوات	2571	17.3
4سنوات فأكثر	4176	28.1
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يظهر من الجدول أن الأطفال المولدين في فترة تباعد أربع سنوات فأكثر يمثلون أكبر نسبة بـ 28.1%

يليهم الأطفال المولدين في فترة أقل من 2 سنة بنسبة 26.3%، ثم يأتي الأطفال المولودين في فترة تباعد ثلاث سنوات ويمثلون نسبة 17.3%، ثم يليهم الأطفال المولدين في فترة سنتين بنسبة 15.1%، وفي الأخير نجد أطفال الولادة الاولى الذين يمثلون نسبة 13.2%.

4-1-3 رتبة الطفل:

الجدول رقم (10): توزيع عينة الدراسة حسب متغير رتبة الطفل

رتبة الأطفال	التكرار	النسبة (%)
1	4138	27.8
3-2	7246	48.7
6-4	3226	21.7
+7	245	1.7
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

إن أغلب الأطفال هم في الرتبة من الثانية الى الثالثة بنسبة 48.7% يليهم الأطفال في الرتبة الأولى بـ 27.8 % ثم يأتي الأطفال في الرتبة من الرابعة الى السادسة بـ 21.7 %، وفي الأخير نجد الأطفال في السابعة فأكثر بـ 1.7%.

4-1-4 جنس الطفل:

جدول رقم (11): توزيع عينة الدراسة حسب متغير جنس المولود

الجنس	التكرار	النسبة (%)
ذكر	7224	48.6
انثى	7641	51.4
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

إن الإناث يمثلون أعلى نسبة بـ 51.4%، في حين يمثل نسبة 48.6% من عينة الدراسة.

4-1-5 صلة القرابة:

جدول رقم (12): توزيع عينة الدراسة حسب متغير صلة القرابة

صلة القرابة	التكرار	النسبة (%)
وجود قرابة	2944	19.8
لا وجود لقرابة	11821	80.2
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يظهر ان غالبية الأطفال هم من اسر لا توجد فيها قرابة بين الوالدين حيث بلغة النسبة 80.2 %اما الأطفال من اسر توجد فيها صلة قرابة بين الزوجين فكانت النسبة 19.8%.

4-1-6 التوأم:

جدول رقم (13): توزيع عينة الدراسة حسب متغير التوأم

التوائم	التكرار	النسبة (%)
غير توأم	14438	97.1
توأم	427	02.9
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

إن توزيع غالبية الأطفال دون سن الخامسة يتمركز عند الذين ولدوا بغير توأم حيث يمثلون 97.1% في مقابل الأطفال الذين ولدوا توائم بنسبة 02.9%.

4-1-7 الرضاعة الطبيعية:

جدول رقم (14): توزيع عينة الدراسة حسب متغير الرضاعة الطبيعية

الرضاعة الطبيعية	التكرار	النسبة (%)
رضاعة طبيعية	13151	88.5
غير رضاعة طبيعية	1714	11.5
المجموع	14865	100,0

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يتبين من الجدول ان 88.5% من الأطفال الأقل من خمس سنوات تم ارضاعهم رضاعة طبيعية وان الأطفال الذين لم يحضوا برضاعة طبيعية هم فقط 11.5%.

4-1-8 غسل اليدين:

جدول رقم (15): توزيع عينة الدراسة حسب متغير غسل اليدين

غسل اليدين	التكرار	النسبة (%)
لا يتم غسل اليدين	13691	92.1
يتم غسل اليدين	1174	7.9
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

اما ما يتعلق بغسل اليدين فكانت الأسر التي افرادها لا يتم عندهم غسل اليدين بنسبة92.1 % ثم يليها الأسر التي افرادها يتم عندهم غسل اليدين بما نسبته 7.9%.

4-1-9 المستوى التعليمي للام:

جدول رقم (16): توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي لأمهات

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة (%)
بدون مستوى	1831	12.3
ابتدائي	2199	14.8
متوسط	4797	32.3
ثانوي	3353	22.6
جامعي	2685	18.1
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يبين الجدول أن المستوى التعليمي لأمهات الأطفال دون سن الخامسة لأفراد عينة الدراسة أن اتجاه أغلب الأطفال أمهاتهم بمستوى تعليمي متوسط بنسبة 32.3%، ثم يأتي أطفال الأمهات بمستوى ثانوي بنسبة 22.6%، ثم يأتي أطفال الأمهات الجامعيات الذين يمثلون نسبة 18.1%، يليهم الأطفال لأمهات بمستوى ابتدائي بنسبة 14.8%، وأخيرا نجد الأطفال لأمهات بدون مستوى تعليمي يمثلون نسبة 12.3%.

4-1-10 المستوى المعيشي للأسر:

جدول رقم (17): توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى المعيشي

المستوى المعيشي للأسر	التكرار	النسبة (%)
فقيرة جدا	3587	24.1
فقيرة	3407	22.9
ميسورة	2987	20.1
غنية	2662	17.9
غنية جدا	2223	15
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

إن اعلى نسبة مسجلة هي فئة الاسر الفقيرة جدا بـ 24.1% ثم تليها الفئة الاسر الفقيرة بـ 22.9% ثم الميسورة بـ 20.1% ثم تأتي فئة الاسر الغنية بـ 17.9% وأخيرا فئة الاسر الغنية جدا بـ 15%.

4-1-11 عمل الأم:

جدول رقم (18): توزيع عينة الدراسة حسب متغير عمل الأم

عمل الأم	التكرار	النسبة (%)
تعمل	1578	10.6
ماكثة في البيت	13287	89.4
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

إن أطفال الأمهات الماكثات بالبيت يمثلون أعلى نسبة ب 89.4%، في حين أن أطفال الأمهات العاملات يمثلون نسبة 10.6%.

4-1-12 وسط الإقامة:

جدول رقم (19): توزيع عينة الدراسة حسب متغير وسط الإقامة

وسط الإقامة	التكرار	النسبة (%)
حضر	8525	57.3
ريف	6340	42.7
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

إن عينة الدراسة تتمركز بشكل واضح في منطقة الحضر، حيث تمثل نسبة 57.3%، في حين أن أطفال الأسر الساكنة بالريف تمثل ما نسبته 42.7%.

4-1-13 منطقة السكن:

جدول رقم (20): توزيع العينة الدراسة حسب متغير مناطق البرمجة الإقليمية

منطقة السكن	التكرار	النسبة (%)
شمال وسط	4691	31.6
شمال شرق	2028	13.6
شمال غرب	2139	14.4
هضاب عليا وسط	1253	8.4
هضاب عليا شرق	2199	14.8
هضاب عليا غرب	750	5.0
جنوب	1805	12.1
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

إن غالبية أفراد العينة المدروسة يتمركزون بمنطقة شمال وسط بنسبة 31.6%، يليهم أطفال منطقة الهضاب العليا شرق بنسبة 14.8%، ثم يأتي أطفال منطقة الشمال الغربي بنسبة 14.4%، يليهم أطفال

منطقة الشمال الشرقي بنسبة 13.6%، في حين أطفال الجنوب يمثلون نسبة 12.1%، ثم أطفال منطقة الهضاب العليا وسط بنسبة 8.4%، وفي الأخير أطفال منطقة الهضاب العليا غرب يمثلون ما نسبته 5%.

4-1-14 مصادر مياه الشرب:

جدول رقم (21): توزيع عينة الدراسة حسب متغير مياه الشرب للأسرة

مكان الحنفية	التكرار	النسبة (%)
صنبور في البيت	8352	56.2
صنبور مشترك بالحي	1473	11.9
منبع غير محمي	6407	31
منبع غير معروف	132	0.9
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يتضح من خلال الجدول أن أعلى نسبة كانت عند الاسر التي بيوتها تحتوي على صنبور في البيت بـ 56.2% ثم يليها توزيع البيوت التي منبع مياهها غير محمي بـ 31% ثم يليها الاسر من بيوت لها صنبور مياه مشترك بما نسبته 11.9% وفي الأخير نجد الأسر التي بيوتها منبع مائها غير معروف بنسبة 0.9%.

4-1-15 الصرف الصحي:

جدول رقم (22): توزيع عينة الدراسة حسب متغير الصرف الصحي للمنزل

مكان توصيل الصرف الصحي	التكرار	النسبة (%)
موصول بنظام الصرف الصحي	13432	90.4
الصرف موصول بمكان غير معروف	687	4.6
مراحيض معلقة	746	5
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن أعلى نسبة كانت عند الاسر التي بيوتها تحتوي على صرف صحي موصول بنظام صرف صحي بـ 90.4%، ثم نجد الأسر التي بيوتها لها صرف صحي موصول بمكان غير معروف بنسبة 5%، وفي الأخير توزيع البيوت التي مراحيضها معلقة بـ 4.6%.

4-1-16 الهواء الداخلي للبيت:

جدول رقم (23): توزيع عينة الدراسة حسب متغير وقود الطهي (هواء الداخلي للمسكن)

وقود الطهي	التكرار	النسبة (%)
كهرباء	192	1.3
غاز	14587	98.1
وقود تقليدي	86	0.6
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يتضح من خلال الجدول أن أعلى نسبة كانت عند الاسر التي بيوت وقود طهوها بالغاز بـ 98.1% ثم يليها توزيع البيوت التي وقود طهوها يستعمل فيه الكهرباء بـ 1.3%، وفي الأخير نجد الأسر التي بيوتها تستعمل في طهوها وقود تقليدي بنسبة 0.6%.

4-1-17 ظروف السكن:

جدول رقم (24): توزيع عينة الدراسة حسب متغير ظروف السكن

ظروف السكن	التكرار	النسبة (%)
غير لائقة	6522	43.9
لائقة	8343	56.1
المجموع	14865	100

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يظهر الجدول ظروف السكن ان 56.1% من مجتمع الدراسة ظروفهم السكنية لائقة اما الذين تم تصنيفهم في ظروف سكنية غير لائقة يمثلون 43.9%.

4-2 محددات الوفاة عند الأطفال دون سن الخامسة:

4-2-1 المحددات البيو ديموغرافية:

4-2-1-1 عمر الأم عند الولادة:

جدول رقم (25): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير عمر الأم

	القيم	تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى			الخطر النسبي
			التكرار	النسبة	المعدل‰	
عمر الأم (**)	اقل من 20	337	12	3.6%	39	2.3
	بين 20 و34 سنة	10749	169	1.6%	17	1
	35 سنة فأكثر	3779	80	2.1%	23	1.4
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية α=0.05.						
غير دال إحصائيا (Ns)						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

نرى من الجدول أن الفئة الأكثر عرضة للوفاة في جميع الفئات العمرية هم أطفال الأمهات الأقل من 20 سنة بمعدل 39‰، يليهم الأطفال لأمهات في سن 35 سنة فأكثر بمعدل 23‰ وفي الأخير نجد الأطفال الأقل عرضة أمهاتهم في الفئة العمرية ما بين [20-34] بمعدل 17‰.

أما فيما يخص الخطر النسبي يتضح أن الأطفال لأمهات في الفئة العمرية اقل من 20 سنة معرضين للخطر بـ 2.3 مرة مقارنة بأطفال لأمهات في سن بين 20 و34 سنة فما فوق وهي الفئة المرجعية. بينما أطفال الأمهات في الفئة العمرية 35 سنة فأكثر يصابون بـ 1.4 المرة أكثر من أطفال الفئة المرجعية. يعد عمر الأم عاملا فارقا في توجيه معدلات الوفيات لدى الطفال دون سن الخامسة، فالملاحظ من

النتائج أن الأمهات الأصغر سنا يرتفع لدى أطفالهن خطر التعرض للوفاة وهذا بالمقارنة بأطفال الأمهات الأكبر سنا؛ وهذه النتيجة توصلت لها العديد إن لم نقل جل الأبحاث والدراسات.

إن ارتفاع وفيات أطفال أمهات صغيرات السن يرجع للعامل البيولوجي بالدرجة الأولى، ألا وهو ضعف البنية كعدم اكتمال نمو الرحم، هذا من ناحية، ومن أخرى يمكن ارجاعه أيضا لنقص التجارب والخبرات أو ما يعرف بالنضج المعرفي كعدم وعي الأم بضرورة أهمية الرعاية قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة خاصة من قبل العاملين المؤهلين كالأطباء المختصين، كذلك في هذا السياق ربما يؤدي عدم وعيها ومعرفتها بقواعد التغذية السليمة لها ولجنينها أو طفلها لتعريضهم للأخطار، وعليه "لأسباب سلوكية فالأمهات الشابات الأقل خبرة قد يتصرفن بشكل غير لائق في الرعاية الصحية"[1]. كما يؤدي نقص الخبرة إلى نقص التصورات والوعي اتجاه ما يتعرض له الطفل من أخطار من خلال عدم إدراك الأم مثلا للنتائج المترتبة عن إصابة الطفل بالحمى. وإضافة لما سبق ومن جراء نقص الخبرة غالبا ما تواجه الأم صغيرة السن صعوبة في معرفة طرق وأنماط التغذية السليمة والآمنة حسب عمر الطفل.

تعتبر التجارب السابقة والخبرات للأمهات عاملا حاسما في التقليل من خطر وفاة الأطفال الأقل من خمس سنوات وهذا ما يتضح في نتائج دراستنا والعديد من الأبحاث الأخرى. تتوافق نتائج دراستنا مع دراسة عن وفيات الأطفال في مصر جاء فيها بأن" «أطفال الأمهات صغيرات السن (أقل من 20 سنة) يتميزون بمستوى وفيات أعلى من الأمهات اللائي أكبر منهن سنا"[2]. وتتفق دراستنا أيضا مع دراسة أخرى جاء فيها أنه "لا يمكن اعتبار الخط الفاصل بين الصحة الجيدة والمرض ملحوظًا دائمًا وخاصةً بالنسبة للأمهات الشابات قليلات الخبرة. ولا يبدو كذلك أن بعض العلامات تنبه الأمهات على أن الطفل مريض.

1 Dos Santos, S et AL. (2015). Influence des facteurs environnementaux et démographiques dans la cooccurrence de la diarrhée et de la fièvre chez les enfants dans cinq quartiers périphériques de Ouagadougou (Burkina Faso). Cahiers québécois de démographie. 44(1): 35-64.

[2] المركز الديموغرافي والمجلس القومي للسكان، أهم المؤشرات السكانية والاقتصادية والاجتماعية لمحافظة سوهاج، مصر، 2008، ص66.

إن الطفل الذي مات بعد حمى شديدة استمرت بضع ساعات لم يُنظر إليه على أنه مريض، ومع ذلك عندما يبدأ الطفل في البكاء كثيرًا وتظهر عليه أعراضًا مختلفة (الحمى، سعال، رفض الأكل) في هذه الحالة الأم الشابة ترى تغيرا في حالة طفلها، لكنها لا تعرف دائمًا ما يجب فعله، ولهذا تقوم بتهدئته عند البكاء ليسكت فقط"[1].

وفي الأخير يتضح لنا أن هناك عاملين مهمين في توجيه معدلات الوفيات ممثلين في الجانب البيولوجي للأم، والجانب الآخر وهو الخبرات والتجارب السابقة، والذي نلخصه بالنضج السلوكي لدى الأمهات بأساليب وكيفيات وقاية أطفالهم من الأخطار المؤدية للوفاة.

4-2-1-2 تباعد الولادات:

جدول رقم (26): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير تباعد الولادات

	القيم	تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى		الخطر النسبي
			التكرار	نسبة %	المعدل‰	
تباعد الولادات (**)	الولادة الأولى	1956	40	2.0	21	1.5
	الأقل من 2 سنة	3916	70	1.8	22	1.6
	2 سنة	2247	38	1.7	14	1
	3 سنوات	2571	32	1.2	18	1.3
	4 سنوات فأكثر	4176	81	1.9	20	1.4
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. (Ns) غير دال إحصائيا						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

وفيما يخص تباعد الولادات يتضح من الجدول أن أعلى معدل وفاة سجل لدى الأطفال الذين ولدوا بعد فترة اقل من 2 سنة وهم أكثر الأطفال عرضة للوفاة بمعدل 22 ‰، ثم يليها الأطفال الولادة الأولى حيث

[1] Ouédraogo, C. (1999). Pluralité des soins aux petits enfants. Le cas des Moose de la ville d'Ouagadougou (Burkina Faso). Colloque international. Abidjan (1995), Institut de recherche pour le développement (IRD): 37-60.

سجلت لديهم الوفا بمعدل 21 ‰، ثم الأطفال المولودين بعد 4 سنوات فأكثر من الولادة السابقة يقابله معدل وفاة 20 ‰، ثم نجد الأطفال المولودين بعد فترة تباعد3 سنوات بنسبة إصابة متقاربة جدا مع أطفال بمعدل 18 وفاة لكل 1000 ولادة حية. وفي الاخير نجد الأطفال المولودين لفترة تباعد 02 سنة بالتمام بمعدل 14‰ وهم الفئة المرجعية.

في حين أن الخطر النسبي ومن خلال النتائج يظهر أن الأطفال الذين ولدوا بعد فترة اقل من 2 سنة من الولادة السابقة هم الأكثر عرضة للوفاة بـ 1.6 مرة أكثر من الأطفال المولودين لفترة تباعد 2 سنة من الولادة السابقة وهم أطفال الفئة المرجعية التي تمثل القيمة 1، ثم يليها أطفال الولادة الاولى حيث انهم معرضون لخطر الوفاة بـ 1.5 مرة من أطفال الفئة المرجعية، في حين أن الأطفال المولودين لفترة اكثر من 4 سنوات من الولادة السابقة معرضون لخطر الوفاة بـ 1.4 مرة من أطفال الفئة المرجعية، غير أن الأطفال المولودين بعد فترة تباعد 3 سنوات يكادون يتساوون مع أطفال الفئة المرجعية في التعرض لخطر الوفاة حيث أنهم معرضون للإصابة بـ 1.3 مرة من أطفال الفئة المرجعية.

يعد تباعد الولادات من المتغيرات الهامة في عكس الحالة الصحية للطفل بعد الولادة لأن طول الفترة وقصرها بين الولادة والولادة السابقة لها تأثير مباشر على حالة الطفل الصحية ولهذا أثبتت كثير من الدراسات أن أفضل فترة تباعد ولادات هي فترة السنتين بالتمام، فالملاحظ خلال الارقام المستقاة من قاعدة المعطيات أن الاطفال المولودين لأمهات تباعد ولادتهم سنتان هم الفئة الأقل تعرضا لخطر الوفاة في مقابل الأطفال المولودين بعد فترة ولادة أقل من سنتان هم الفئة الأكثر تعرضا لخطر الوفاة يليهم بالتوالي الأطفال المولودين بعد فترة ولادة 4 سنوات فأكثر بالإضافة إلى أطفال الولادة الأولى.

ولعل من أهم الأسباب المؤدية لارتفاع خطر الوفاة الحالات السابقة هو أن الأم في هذه الحالة لم تحصل على الوقت اللازم للراحة من تبعات الولادة السابقة خاصة أن الأم قد تعرضت لجهد وإنهاك بدني كبير بالإضافة لفقدانها طاقة كبيرة وعدم تعويضها عن طريق أخذ وقت راحة. ومن ناحية أخرى ربما قد يكون

عدم حصول الأم على التغذية اللازمة أثناء فترة الحمل وكذلك بعد الوضع وهذا ما قد يؤدي إلى خطر تعرضا للإصابة بسوء التغذية، وكل هذا سينعكس مباشرة على صحة الطفل الرضيع ويرفع لديه احتمال خطر التعرض للوفاة.

والنتيجة المتحصل عليها من خلال قاعدة المعطيات تتوافق مع دراسة حول أثر تمكين المرأة على التنمية الاجتماعية والاقتصادية في مصر، حيث تناول الباحثون علاقة تمكين المرأة بوفيات الأطفال دون سن الخامسة حيث جاء فيها أنه" إذا ما قلت الفترة السابقة للولادة عن سنتين خاصة عند إرضاع الطفل السابق فتكون الأم بصحة سيئة حيث ينخفض مستوى العناصر اللازمة لها، وبالتالي ينخفض مستوى تكوين الطفل من هذه العناصر، مما يؤثر سلبا على الطفل لأسباب جنينية سواء بانخفاض الوزن عند الولادة أو الضعف العام أو نقص العناصر" [1]، ومن خلال نقص العناصر يمكن الاصابة ببعض الأمراض مثل فقر الدم، نقص الكالسيوم، اضطرابات هرمونية، كلها لها تأثير على الأم وبالتالي تأثيرها على الجنين أو الطفل الرضيع.

أيضا قد "بينت دراسات عديدة تراجع وفيات الأطفال الرضع بزيادة طول المجالات الفاصلة بين الولادات. ويرتبط هذا العامل بمستوى الخصوبة كذلك، بحيث تزيد مدد المجالات بتراجع ظاهرة الخصوبة. في ظل النماذج الخصوبة المنخفضة تعطى الولادات مدد رعاية أطول وتعطى الأمهات كذلك مدد استراحة أطول واستعداد أطول للولادات التالية"[2].

[1] المركز الديموغرافي بالقاهرة، أثر تمكين المرأة على التنمية الاجتماعية والاقتصادية في مصر، 2007، ص41.

[2] مقال وفيات الرضع من خلال معطيات المسح الجزائري متعدد المؤشرات الرابع. (MICS 2012). مزرود خديجة" سعدي رابح قيم بتاريخ201 / 03 / 16 :

في دراسة أخرى تؤكد ما جاء في معطياتنا "فوفقًا للبيانات المأخوذة من المسوح الديمغرافية والصحية التي أجريت في بوركينا فاسو يكشف تحليل الارتباط بين طول فترة الولادة السابقة ووفيات الأطفال عن وجود خطر أعلى للوفاة لفترات تقل عن 24 شهرًا مقارنة بأطوال فترات الولادة الأخرى"[1]

4-2-1-3 رتبة الطفل:

جدول رقم (27): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير رتبة الطفل

	القيم	تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى			الخطر النسبي
			التكرار	النسبة%	المعدل‰	
رتبة الطفل (**)	الرتبة الأولى	4138	79	1.9	20	1.3
	من 02 الى 03	7246	104	1.4	16	1
	من04 الى 06	3226	70	2.2	24	1.6
	07 فأكثر	245	6	1.7	28	1.8
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. **(Ns) غير دال إحصائيا**						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يتضح من خلال الجدول ان الأطفال في الرتبة السابعة هم الأكثر معدلا للوفاة بـ 28‰ يليهم الأطفال من الرتبة 04 الى 06 بمعدل 24‰، ثم نجد الأطفال في الرتبة الأولى بمعدل 20‰، وفي الخير نجد الأطفال بين الرتبة 02 الى 03 بأقل معدل وفاة 16‰ وهم أطفال الفئة المرجعية.

أما بالنسبة للخطر النسبي فتظهر النتائج أن الأطفال دون سن الخامسة في الرتبة 7 وأكثر معرضون بـ 2.2 مرة للوفاة أكثر من الأطفال في المرتبة من 2 الى 3 وهم أطفال الفئة المرجعية، ثم نجد الأطفال في

1 Sangogo, S, et al. (2020). Déterminants et Sources de la Baisse de la Mortalité Infantile au Burkinafation, Revue Espace Territoires Sociétés et Santé, Vol 3 (6) :167-190.

الرتبة من 4 الى 6 معرضين لخطر الوفاة بـ 1.6 مرة أكثر من الفئة المرجعية، وفي الأخير نجد أطفال الرتبة الاولى معرضين لخطر الإصابة بـ 1.3 أكثر من أطفال الفئة المرجعية.

تكشف لنا النتائج أن معدل الوفيات للأطفال دون سن الخامسة يزداد كلما زاد ترتيب الولادة في الأسرة باستثناء الرتبة الأولى، ويتضح هذا جليا في أن الوفيات عند الأطفال دون سن الخامسة تظهر في الرتب الأخيرة وبالتحديد في الرتبة السابعة وأكثر، يتبعها الأطفال في الرتب من الرابعة إلى السادسة وأطفال الرتبة الأولى. ولهذا يمكن أن يحيلنا هذا الارتفاع في الرتبة الأخيرة الى عامل الاجهاد البدني لدى الأم وانخفاض طاقتها، وربما يعود أيضا السبب الى التنافس بين الأطفال وجودة الرعاية الصحية المقدمة لهم، ولا شك أن الأطفال في الرتب الأخيرة لم يتلقوا الرعاية الصحية الكاملة وهذا من ناحيتين، الأولى وهي أن الطفل وهو جنين تعاني الأم من الاجهاد النفسي والبدني ونقص التغذية، وفي كثير من الأحيان تتعرض للإصابة لبعض الأمراض الشائعة كفقر الدم ونقص الكالسيوم وارتفاع ضغط الدم الشرياني؛ وبالتالي تأثر الجنين آليا بما تتأثر به الأم، والثانية بعد الولادة حيث أن المولود في غالب الأحيان من جراء الظروف التي عاشها في بطن أمه يولد ضعيف البنية ويعاني من الانخفاض في الوزن ونقص الفيتامينات وهذا الذي يعرضه لاحتمال الوفاة في هكذا رتبة أعلى مقارنة مع الرتب الأخرى. كذلك يبدو نفس التحليل بالنسبة للأطفال من الرتبة الرابعة الى السادسة ولكن بشكل أقل. كذلك يبدوا أن "الطفل في الرتبة الخامسة لا يمكن بأية حال أن يكون قد عاش نفس الظروف التي عاشها الطفل في الرتبة الأولى، فالأخير عاش وحيدا في الأسرة لفترة من الزمن إلا في بعض الحالات الاستثنائية، أما الطفل في الرتبة الخامسة فقد ولد وعاش بين أشقائه وشقيقاته".[1] وهذا يتوافق مع نتائج دراستنا بحيث أن الأطفال في الرتبة السابعة معرضون لخطر الوفاة لأكثر من 90% مقارنة بالأطفال في الرتبة الأولى.

[1] Jacques Magaud, Louis Henry. (1968). Le rang de naissance dans les phénomènes démographiques. Population, 23e année (n°5), p 879-920.

أما بالنسبة للأطفال في الرتبة الأولى الذين هم أيضا معرضون بشكل كبير لخطر الوفاة، والذي يمكن أن نرجعه إلى طريقة تعامل الأم مع أطفالها والذي يقصد به الخبرات المكتسبة لديها، فالأم في هكذا وضعية في الغالب لا تتوفر لديها خبرة كافية؛ والتي لا يمكن اكتسابها إلا عن طريق التجارب السابقة، والظاهر أن الأم في هذه الحالة ليس لديها معلومات كافية ومهارات تعينها على الرعاية الصحية لطفلها مع كل ما يتعرض له الأطفال من أخطار في هذا السن، فهم الحلقة الأضعف بين أفراد الأسرة بالبيئة المحيطة. وبالمقابل فالأم التي لديها خبرات سابقة يمكنها تقليل احتمال تعرض الطفل للأخطار المحتملة من خلال تقديم أفضل الخدمات بدءا بمراعاة شروط النظافة الشخصية وكذلك نظافة طفلها والبيئة المحيطة به. وتتوافق دراستنا مع دراسة حديثة تبين بأن" خطر الوفاة أعلى لدى الأطفال في الرتبة الأولى بالمقارنة مع الأطفال بالرتبة الثانية والثالثة، إذ يزيد خطر التعرض للوفاة بـ 50% بالنسبة للأطفال في الرتبة الأولى"[1]. وهذا ما يتوافق مع نتائج دراستنا من خلال أن الأطفال في الرتبة الأولى يتعرضون لخطر الوفاة بـ 30% أكثر من أطفال الفئة المرجعية.

جاء في مقال ما يتوافق مع نتائجنا بأن "ترتيب ولادة الطفل هو متغير تمييزي فيما يتعلق بالوفيات فكلما ارتفع ترتيب ولادة الطفل، زاد احتمال وفاة الطفل. يؤكد Desgrées du Loû هذه النتيجة من خلال التأكيد على أن الأطفال الذين لديهم ترتيب ولادة مرتفع هم أكثر عرضة للوفاة من غيرهم، وتظل هذه الظاهرة مهمة حتى عندما يتم القضاء على تأثير عمر الأم".[2]

[1] Charles Emmanuel, A. (2013). LES DETERMINANTS DE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS EN COTE D'IVOIRE. European Scientific Journal, vol.9, (2), p139-150.

[2] Esso Lasme Jean Charles E. (2021). Différences De Mortalité Des Enfants De Moins De Cinq Ans En Côte d'Ivoire : Une Analyse Comparée Des Ratios De 1994 À 2016. European Scientific Journal, ESJ, 17(3), 220

4-1-2-4 جنس الطفل:

جدول رقم (28): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير جنس الطفل

	القيم	تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى			الخطر النسبي
			التكرار	النسبة%	المعدل‰	
جنس المولود	ذكر	7224	144	1.9	20	1.1
(**)	انثى	7641	116	1.6	18	1
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. **(Ns) غير دال إحصائيا**						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يتضح من الجدول أن الأطفال الذكور يمثلون اعلى معدل للوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة بـ 20‰ بمقابل الإناث اللائي يمثلن 18‰.

أما من ناحية الخطر النسبي فإن الأطفال الذكور معرضون لخطر الوفاة بـ 1.1 مرة أكثر من أطفال الفئة المرجعية وهم الإناث.

يزيد معدل وفيات الأطفال الذكور عن معدل وفيات الأطفال الاناث ويعزى ذلك الى وجود عوامل داخلية وفوارق بين الجنسين ويظهر ذلك جليا في معدل وفيات أطفال حديثي الولادة بينما يكون معدل وفيات الاناث أكبر من معدل وفيات الذكور في الفئات العمرية الأخرى ويرجع ذلك الى تدخل العوامل البيئية والاجتماعية.

ويبدو أن تطور هذا الاختلاف مستقر بمرور الوقت على الرغم من أنه يجب الاعتراف بأن معدل وفيات الذكور يسعى إلى التوازن مع نظيره. أي ان الفرق أقل مما كان عليه في الملاحظات السابقة. من الواضح أن الاختلافات لا تزداد سوءًا ولكنها لا تزال موجودة.

4-2-1-5 صلة القرابة:

جدول رقم (29): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير صلة القرابة

	القيم	تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى			الخطر النسبي
			التكرار	النسبة%	المعدل‰	
صلة القرابة	توجد قرابة	2944	70	2.4	27	1,6
(**)	لا توجد قرابة	11821	190	1.6	17	1
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. **(Ns) غير دال إحصائيا**						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يظهر لنا الجدول أعلاه ان معدل الوفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات لدى الاسر التي توجد فيها قرابة بين الأزواج اين نجد 27 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في مقابل معدل وفاة مقدر بـ 17‰ أي بفارق 10 نقاط.

أما فيما يتعلق بالخطر النسبي فإن صلة القرابة بين الزوجين نرى انها تتسبب في التعرض لخطر الوفاة بالنسبة للأطفال الأقل من خمس سنوات بـ 1.6 مرة أكثر من الفئة المرجعية وهم أطفال الاسر الذين لا توجد صلة القرابة فيها بين الزوجين.

يبدوا أن لصلة القرابة بين الأبوين أثر واضح في تعرض الطفل لخطر احتمال الوفاة، فزواج الأقارب يعد سببا أساسيا وواضحا في انتقال الأمراض خاصة الوراثية كأمراض الدم والسكري، فالعديد من البحوث العلمية مع الموروث الثقافي يوصون بضرورة الابتعاد عن زواج الأقارب خاصة القرابة القريبة جدا من أجل التقليل من احتمال انتقال الأمراض الوراثية للأطفال والتي هي أحد أسباب ارتفاع معدل الوفاة لديهم. وتتوافق نتائج دراستنا مع دراسة أجريت بفلسطين حيث أشارت إلى أن "ارتفاع متوسطات وفيات الأطفال

الرضع الذين تجمع والديهم صلة قرابة بغض النظر عن درجة هذه القرابة، في حين تنخفض بين الأزواج الذين لا توجد بينهم صلة قرابة نهائيا او صلة قرابة غير مباشرة.[1]

وتتوافق نتائج دراستنا أيضا مع نتائج مقال علمي استنتج أن هناك علاقة بين وفيات الأطفال بدولة الأردن بالاستناد على بيانات مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2007.[2]

4-2-1-6 التوءم:

جدول رقم (30): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير التوأم

	القيم	تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى			الخطر النسبي
			التكرار	النسبة%	المعدل‰	
التوءم (**)	مفرد	14438	241	1.7	18	1
	توأم	427	19	4.5	47	3,5
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. **(Ns) غير دال إحصائيا**						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

فيما يخص التوأم لوحظ أن أعلى معدل وفاة سجل عند الأطفال الذين ولدوا مع توأم بمعدل 47‰، في حين كان معدل الوفاة للأطفال الذين ولدوا بدون توأم أقل، وبمعدل 18‰.

أما عن الخطر النسبي فإن الأطفال الذين ولدوا مع توأم فإن خطر احتمال الوفاة لديهم مقدر بـ 3.5 مرة أكثر من الأطفال الذين ولدوا بدون توأم وهم الفئة المرجعية.

يلاحظ من الجدول ان أعلي معدل للوفيات للأطفال دون سن الخامسة كان عند الذين ولدوا توأم وهي الفئة المرجعية لان التوأم معاناتهم في معركة البقاء احياء تبدأ قبل الولادة وتتأثر بكل ما يتعلق بالأم من

[1] أفنان محمد زيد، (2014). أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من واقع بيانات مسح الأسرة الفلسطينية 2010، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية بنابلس، فلسطين، ص 126.

[2] كرادشة، منير وشتيوي، موسى. (2012). تمايزات النوع الاجتماعي وعلاقته بوفيات الأطفال بالأسرة الأردنية: دراسة تحليلية، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، 05(01): 86-110.

ثقافة الام الإنجابية والخبرة في التعامل مع حالة التوأم التي عادة ما تكون مفاجئة تخالف العادة المتبعة في الحمل العادي مع ظروف التغذية الملائمة للام التي بدورها تنعكس على صحة الجنين في بطن أمه مع الرعاية الصحية التي تحتاج الى بعض الخصوصية في العناية بهذه الحالات، وقلت خبرة القابلات عند التوليد، ثم تأتي مشاكل التغذية و الارضاع الذي بدوره يكون متأثر بالحالة المعيشية ولا سيما المستوى الثقافي للوالدين وينتهي عند الرعاية القبلية والبعدية التي يجب ان توفرها الدولة من خلال سياستها المطبقة في هذ المجال. وتتوافق دراستنا مع دراسة جاء فيها بان "الأطفال التوائم يرتفع لديهم خطر الوفاة بمقابل الأطفال المولودين بمفردهم لأن الأطفال التوائم احتمال ولادتهم مع ضعف في الوزن كبير مقارنة بالمولودين بمفردهم"[1].

[1] Fontaine, I. (2018). L'effet causal du nombre d'enfants sur l'offre de travail des mères : le cas de la France métropolitaine et de ses départements d'outre-mer, Revue économique, (05) 69:869-898.

4-2-2 المحددات السلوكية:

4-2-2-1 الرضاعة الطبيعية:

جدول رقم (31): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير الرضاعة الطبيعية

	القيم	تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى			الخطر النسبي
			التكرار	النسبة%	المعدل‰	
الرضاع الطبيعي (**)	طبيعية	13151	115	1.5	18	1
	غير طبيعية	1714	145	2.0	56	3.1
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية. **غير دال إحصائيا (Ns)**						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يتضح من خلال الجدول ان اعلى معدل لوفيات الأطفال دون سن الخامسة سجل الأطفال الذين لم يتلقوا الرضاعة الطبيعية من الأم بمعدل 57‰، ي حين أن الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية من الأم هم أقل عرضة للوفاة بمعدل 18‰.

أما بالنسبة للخطر النسبي فيتبين أن الأطفال غير المرضعين معرضون لخطر الوفاة بـ 3.1 مرة مقارنة بالأطفال الذين تلقوا رضاعة طبيعية وهم أطفال الفئة المرجعية.

تعد الرضاعة الطبيعية سلوكا تقوم به الأم اتجاه طفلها وهي الوسيلة المثلى في تغذية الطفل بداية حياته ولهذا "فهي الطريقة التقليدية والمثالية لتغذية الطفل الرضيع، وهذه الطريقة تكفي لسد جميع احتياجات الرضيع الغذائية خلال الأشهر الأربعة أو الستة الاولى من عمره. فالسكريات الموجودة به هي اللاكتوز lactose وهو سكر ثنائي، والدهن وهو عبارة عن خليط لكميات كبيرة من الحموض الدهنية الأساسية، والبروتين ومعظمه من اللاكتلبومين lactalbumine وهو بروتين يستطيع الطفل الوليد أن يهضمه بسهولة، وتبلغ نسبة الاستفادة منه 100% بينما لا تزيد هذه النسبة عن 72% في الألبان الحيوانية، كما

أن محتويات لبن الأم من الفيتامينات والأملاح المعدنية كافية ووفيرة ومن السهل امتصاصها، فمثلا تبلغ نسبة امتصاص الحديد من الأم 75% بينما لا تزيد هذه النسبة عن 20 % في أي غذاء آخر. حتى أن فيتامين C والذي لا يعتبر حليب البقر مصدرا غنيا به، موجود بكميات أكثر في لبن الأم."[1]وتؤكد منظمة الصحة العالمية أنه "إذا ما كانت الرضاعة الطبيعية عملا طبيعيا، فإنها سلوك مكتسب وجل الأمهات تقريبا قادرات على الإرضاع الطبيعي شريطة أن تتاح لهم المعلومات الدقيقة والدعم الملائم في أسرهن ومجتمعاتهن ومن نظام الرعاية الصحية"[2].

إن عدم ممارسة الأم الرضاعة الطبيعية اتجاه طفلها يعد سلوكا خاطئا يمكن ان يرفع من احتمال تعرض الطفل لسوء التغذية ومن خلاله إلى التعرض لاحتمال الوفاة، وعليه حسب منظمة الصحة العالمية واليونيسف فإن "سوء التغذية يتسبب بشكل مباشر أو بشكل غير مباشر في 60% من حالات الوفيات بين الأطفال دون الخامسة سنويا والبالغ عددها 10.9 مليون حالة وفاة، ويحدث ما يربو على ثلي الوفيات هذه والتي كثيرا ما ترتبط باتباع ممارسات تغذوية غير مناسبة في السنة الأولى من العمر، وفي الغالب تبدأ التغذية التكميلية إما في مرحلة مبكرة جدا أو متأخرة جدا وكثيرا ما تكون الأغذية غير كافية ولا مأمونة من الناحية التغذوية، والأطفال الذين يصابون بسوء التغذية ويبقون أحياء كثيرا ما يعانون من المرض ويعانون طوال حياتهم من عواقب اختلال النمو"[3].

إن من منافع الرضاعة الطبيعية "الملامسة الجسدية الفورية بعد الولادة وحتى نهاية الرضعة الطبيعية الأولى، فقد تبيّن أنها تزيد من فرص إرضاع المواليد طبيعياً وإطالة زمن الرضاعة، فضلاً عن زيادة معدّلات الرضاعة الطبيعية الحصرية تساعد في تنظيم درجة حرارة المولود الجديد وتعريضه للبكتيريا

[1] عبد الرحمان مصيقر وآخرون، الموسوعة العربية للغذاء والتغذية، أكاديميا، أبو ظبي، 2008، ص404.

[2] منظمة الصحة العالمية واليونيسف، الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال، منشور، 2003، ص08.

[3] منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة "اليونيسف"، الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال، مرجع سابق، ص05.

المفيدة من بشرة أمّه، حيث تقي هذه البكتيريا الرضّع من الأمراض المعدية وتساعد في بناء أجهزتهم المناعية"[1]. والذي يمكن فهمه واستنتاجه من خلال هذا القول أن الطفل يمكن أن يعاني من انخفاض في جهاز المناعة ومنه ارتفاع احتمال التعرض للإصابة بالأمراض والتي يمكن أن تؤدي لوفاته في حالة ما تم تغييب الرضاعة من أول ساعة ولادة.

توصي منظمة الصحة العالمية باستمرارية الرضاعة الطبيعية الحصرية للأشهر الستة الأولى من عمر الطفل، فهي تعتبر حمية مناسبة تحديداً خلال الأشهر الستة الأولى من عمر الرضيع، لأنها تساعد على وقايته من الإصابة بالإسهال والالتهاب الرئوي. وتوصي منظمة اليونيسف بأنه "ليس هناك تدخل صحي واحد آخر لديه مثل هذا التأثير الهائل على الأطفال الرضع والأمهات مثل الرضاعة الطبيعية والتي تكلف الحكومات القليل جدا، مشيرة إلى أن الأطفال الرضع الذين يتغذون من لبن الأم لديهم فرصة بالبقاء على قيد الحياة خلال الأشهر الستة الأولى من حياتهم 14 مرة أكثر من الأطفال الذين لا يتوفر لهم هذا الغذاء الطبيعي"[2].

تعتبر الرضاعة الطبيعية من بين أهم "ركائز ومحاور برامج المكافحة ضد وفيات الأمومة والوفيات عند الولادة وكذا وفيات الأطفال لفوائدها العديدة، إذ يعتبر حليب الأم الغذاء الأمثل للرضيع والذي من مكوناته نجد البروتينات القابلة للذوبان والتي تتميز بسهولة الهضم بالإضافة للدسم مع أنزيمات خاصة بها بالإضافة للأملاح المعدنية وكذلك نسبة مناسبة من الفوسفور والكالسيوم، مع توفره على ماءات كربونية كافية على شكل سكر اللبن وهي ضرورية لنمو الدماغ. خاصة إذا علمنا أن اللبأ وهو أول الحليب الذي يخرج من الثدي عند الرضاعة في أول الأيام بعد الولادة غني بعناصر مثل اللاكتوفيرين، الليسوزيم،

[1] Unicef, Breastfeeding from the first hour of birth: What works and what hurts, 2018, https://www.unicef.org/stories/breastfeeding-first-hour-birth-what-works-and-what-hurts, Date de visite 11/05/2021, à l'heure 15:55

[2] أخبار الأمم المتحدة، تعزيز ممارسة الرضاعة الطبيعية، https://news.un.org/ar/story/2013/08/183262، تاريخ الزيارة 2019/05/06، على الساعة 00:22.

الكريات اللمفاوية وعناصر البيفيدوس التي تساعد على كبح نمو البكتيريا".[1] وفي هذا السياق "اكتشف العلماء أن بروتين اللاكتوفيرين Lactoferrine له تأثير كبير على البكتيريا وهو قادر على حماية الأمعاء من الأمراض الخطيرة، فهو يمنع نمو وتكاثر نوع من البكتيريا في الأمعاء وهذه البكتيريا هي المسبب الأول لحالات الإسهال عند الأطفال، لأن له مفعول مثبّط للبكتيريا وبشكل خاص(E. coli) المسؤولة عن أغلب التهابات الأطفال"[2]. والـ (E. coli) أو الإشريكية القولونية هي جرثومة توجد عادة في معي البشر والحيوانات ذات الدم الحار، ويمكن أن تسبب أمراضاً وخيمة منقولة بالأغذية، وتنتقل هذه الجرثومة إلى البشر في المقام الأول عن طريق استهلاك الأغذية الملوثة.[3]

في الختام لا يمكن بأي حال استبدال حليب الأم بحليب العلب بغية تعويضه كما يسوق في الإعلانات والاشهارات المختلفة للشركات المصنعة لحليب العلب، ولهذا فكل الدراسات جميعها تتفق على أهمية الرضاعة الطبيعية في وقاية الطفال من خطر التعرض للإصابة بالأمراض وبالتالي التعرض لخطر الوفاة للطفال الصغار.

---

[1] وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة، الرضاعة الطبيعية، ص03. (بتصرف) http://www.sante.dz/allaitematernel/livret_allaitement_ar.pdf، تاريخ الزيارة 2020/04/13، على الساعة 15:17.

[2] جلال سعد الدين، آية ومحمد عبد الناصر إيمان. (2015). اللاكتوفيرين وفوائده الصحية، مجلة أسيوط للدراسات البيئية، العدد 42: 37-48.

[3] منظمة الصحة العالمية، الإشريكية القولونية، 2018، https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/e-coli، تاريخ الزيارة 2020/04/13، على الساعة 17:13.

4-2-2-2 غسل اليدين:

جدول رقم (32): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير غسل اليدين

	القيم	تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى			الخطر النسبي
			التكرار	النسبة%	المعدل‰	
غسل اليدين:	يتم غسل اليد	13691	237	1.7	19	1
(**)	لا يتم غسل اليد	1174	23	2.0	20	1.1
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. **(Ns) غير دال إحصائيا**						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يقاس متغير غسل اليدين في المسح من خلال توفر الماء من عدمه، لهذا نلاحظ من خلال الجدول أن أطفال الأسر التي لا يتوفر لديها الماء في مرفق الغسل أكثر تسجيلا لمعدل الوفاة بمعدل 20‰، في حين أن أطفال الأسر الذين يتوفر لديهم الماء بمرفق غسل اليدين يصابون بمعدل 19‰.

يتضح من خلال الجدول ان أعلى معدل وفيات مسجل بين الأطفال الذين

وبالنسبة للخطر النسبي لوحظ أن أطفال الأسر التي لا تتوفر على الماء داخل المرفق معرضين لخطر التعرض للوفاة بـ 1.1 أكثر من أطفال الأسر المتوفر لديها الماء بالمرفق وهم أطفال الفئة المرجعية.

من المتفق عليه ومن المسلمات أن النظافة الشخصية والتي ترتبط ارتباطا وثيقا بغسل الأيدي يمكن أن تقلل بشكل كبير من خطر الإصابة بالأمراض الخطيرة كالإسهال والالتهاب الرئوي أو الأمراض الخطيرة الأخرى التي قد تؤدي إلى الوفاة. خاصة ونحن نتحدث هنا عن شريحة مجتمعية تعد الأضعف؛ وهي الأطفال دون سن الخامسة.

تبعاً لمعدل النمو الحالي فإن 78% من تعداد سكان العالم سيكون لديهم وسائل لغسل أيديهم بحلول عام 2030، مما يخلّف 1.9 مليار نسمة في خطر الاصابة بالأمراض والأوبئة، وقد أكد خبراء الصحة أن

غسل اليدين يعدّ عاملاً أساسياً في الوقاية من المرض عندما بدأت جائحة كوفيد 19، إلا أن 3 من كل 10 أشخاص حول العالم لم يكن لديهم القدرة على غسل أيديهم بالماء والصابون في منازلهم. إن المنشآت الصحية وصلت إلى وضع كارثي، فواحد من كل أربع منشآت يعاني من نقص في خدمات المياه، وواحد من كل ثلاث منشآت يعاني من نقص في تجهيزات نظافة اليدين مع أنها مراكز للرعاية، مما يعني أن المراكز الصحية أصبحت تمثل بيئة لتكاثر الأمراض والأوبئة". [1] إن الناظر لواقع المجتمع الجزائري يلحظ جليا ان لدى جل الأسر إمكانية الوصول إلى المياه النقية بالإضافة لإمكانية اقتناء الصابون وبغير تكلفة باهظة، ولهذا يكمن الخلل في سلوك الفرد نحو النظافة وليس في توفر الإمكانيات فقط. عن طريق غسل اليدين يمكن تجنب نقل الكثير من البكتيريا والجراثيم وبالتالي الحماية من مسببات الإصابة بالأمراض خصوصا أن الوسيلة الوسيطة لحمل البكتيريا هي اليد، وهذا السلوك هو الطريقة الأفضل والأكثر فعالية وفي الوقت نفسه الأقل كلفة لتفادي الإصابة بالأمراض.

وجب أن يكون سلوك غسل اليدين أمرا وفعلا طبيعيا واعتياديا، خاصة وأن الثقافة الدينية لدينا تحض على النظافة من خلال غسل اليدين قبل الأكل وبعده وقبل دخول المرحاض وبعده تفاديا لانتقال الفيروسات والاصابة بالالتهابات الفيروسية.

وتجدر الإشارة إلى أنه يموت سنويا حوالي 1.4 مليون طفل دون سن الخامسة من أمراض الإسهال والالتهاب الرئوي، وهما القاتلان الأولان للأطفال الصغار في جميع أنحاء العالم. ما يقرب من 80% من وفيات الأطفال المرتبطة بالالتهاب الرئوي و70% من تلك المرتبطة بالإسهال تحدث خلال العامين الأولين من العمر. منذ عام 2000، تسبّب الالتهاب الرئوي والإسهال في وفاة ما

[1] اغسل يديك الآن، صحة المراهقين والأطفال والنساء(منظمة الصحة العالمية)، https://pmnch.who.int/ar/news-and-events/news/item/18-04-1443-opinion-time-to-come-clean-on-hand-washing-investment

يقرب من 34 مليون طفل، ومستقبلا سوف يموت حوالي 24 مليون طفل بنفس السبب بحلول عام2030.[1]

جاء في دراسة حول الاسهال أن "غسل اليدين بالماء والصابون أثبت فعاليته في منع انتقال العدوى من شخص إلى شخص خلال تفشي مرض الشيغيلا sigillés في بنغلاديش عن طريق الحد من حدوث الحالات الثانوية بنسبة من 14% إلى 2% في الأسر التي تم اكتشاف حالة فيها".2 وقد أظهرت بيانات لموقع اليوم العالمي لغسل اليدين أن "غسلهما بالصابون يحد من الإصابة بالإسهال بنسبة 50%".[3] فالكثير من العوامل المسببة للأمراض تنتقل للأفراد عن طريق الفم وبواسطة اليد الملوثة، ومن المؤكد هنا أن الأطفال دون سن الخامسة ينتشر بينهم سلوك وضع أصابع الأيدي في أفواههم مما يعرضهم للإصابة بالأمراض ومع إمكانية الرفع من تعرضهم للوفاة.

[1] الالتهاب الرئوي والإسهال، اليونيسف، https://www.unicef.org/ar/

[2] Buisson, Y. (2001). Les diarrhées, un problème de santé publique. Médecine Tropicale. 61(3): 205-209.

[3] Global Handwashing Day, www.globalhandwashing.org, Date de visite 01/06/2019, à l'heure 09:30

3-2-4 المحددات الاجتماعية الاقتصادية:

1-3-2-4 المستوى التعليمي للأم:

جدول رقم (33): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير المستوى التعليمي للأم

	القيم	تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى			الخطر النسبي
			التكرار	النسبة	المعدل‰	
المستوى التعليمي الأم (**)	بدون مستوى	1831	43	2.3	23	1.8
	ابتدائي	2199	53	2.4	26	2
	متوسط	4797	78	1.6	18	1.4
	ثانوي	3353	49	1.5	17	1.3
	جامعي	2685	36	1.3	13	1
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. **(Ns) غير دال إحصائيا**						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

نرى في جدول المستوى التعليمي ان التكرارات متقاربة حيث نجد ان اعلى معدل وفاة كان عند الأمهات اللائي من مستوى الابتدائي بـمعدل 26‰ ثم يليها أمهات اللائي بدون مستوى بـمعدل 23‰ ثم تأتي باقي معدلات للمستويات الأخرى بترتيب تنازلي اين نجد معدل الوفاة للأطفال دون سن الخامسة لأمهات مستوى التعليمي المتوسط هو 18‰ يليه أمهات مستوى التعليمي الثانوي بمعدل وفاة قدر بـ 17‰ وفي الأخير نجد أدنى معدل لدى أمهات المستوى الجامعي مقدرا بـ 13‰.

أما عن الخطر النسبي فأعلى خطر لوحظ عند الأطفال الذين لدى أمهاتهم مستوى ابتدائي بـ 2 مرة أكثر من أطفال الفئة المرجعية وهم أمهات المستوى الجامعي والسبب هو أنه هذه الفئة أعلى تكرار، ثم يلاحظ أن الأطفال لأمهات في مستوى الابتدائي يرتفع لديهم خطر احتمال الوفاة بـ 1.8 مرة مقارنة بأطفال الفئة المرجعية، في حين وجد أن أطفال لأمهات بمستوى متوسط لديهم خطر احتمال الوفاة بـ 1.4 مرة أكثر

من أطفال الفئة المرجعية، وفي الأخير نجد أطفال لأمهات في مستوى الثانوي لديهم خطر احتمال الوفاة بـ 1.3 مرة مقارنة بأطفال الفئة المرجعية.

يعتبر المستوي التعليمي للوالدين من العوامل المهمة في تطور الصحة العامة وبالتالي في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة وخاصة المستوي التعليمي للام لعلاقتها المباشرة بهده الفئة العمرية حيث يعمل المستوى التعليمي على رفع الوعي الصحي للأم من حيث الصحة الإنجابية وصحة الطفل علي حد سواء فالتعليم يرفع من القدرات الفكرية اضافة الي تحسين المهارات التي ترفع الوعي الصحي العام بين أفراد المجتمع كل ما تقدمت مراحله.

من خلال الجدول نلاحظ وجود علاقة عكسية بين المستوي التعليمي للام ومعدل الوفيات للأطفال دون سن الخامسة اي كلما زاد المستوي التعليمي للأم انخفض معدل الوفيات وهو ما تؤكده الكثير من الدراسات خاصة بالنسبة للأطفال الرضع على غرار دراسة أفنان محمد محمود زيد أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في وفيات الاطفال الرضع في الاراضي الفلسطينية من واقع مسح الاسرة الفلسطينية 2010 ودراسة لبرارة سماح المعنونة دراسة وفيات الاطفال دون الخمس سنوات في الجزائر 2010؛ وهو ما يعكس ان الأمهات اللاتي يكون مستواهن التعليمي عال يتمتعن بقدرة عالية رعاية أطفالهن وانفسهن بشكل صحيح ، فهن أكثر اقبالا على تلقيح أطفالهن ضد الامراض اضافة الي حسن تقديرهن للأوضاع الصحية لأطفالهن فإذا ما كانت تستدعي نقلهن الى المراكز العلاجية أم لا وكذا معرفتهن بطرق التغدية السليمة والصحية بالنسبة لهن ولأطفالهن خلال مراحل نموهن خاصة في مرحلة الرضاعة اضافة الى أساليب النظافة والوقاية من الأمراض المعدية في حين أن الامهات الأقل تعليما لا يتمتعن بالمهارات الكافية سواء من حيث طرق الوقاية من الأمراض والتعامل السليم مع الحالات المرضية وعدم إظهار جدية واهتمام بواجب تمكين أطفالهن من التلقيحات ووجوب اتباع سلوك تباعد الولادات واستعمال وسائل الحمل في كثير من الأحيان، طبعا إن استدعى الأمر ذلك، بالإضافة لعدم الالمام

الكافي بأساليب التغذية الصحية. هذا من جهة، ومن أخرى لعلنا نجد المستوي العلمي المتدني منتشر في المناطق الريفية خاصة والتي تشهد ظروفا اجتماعية واقتصادية صعبة تساهم في الرفع من معدلات الوفيات لدى الأطفال دون يسن الخامسة.

تكشف دراسة Baya Banza أنه عندما تكون الأم متعلمة، تميل إلى تأجيل موعد حملها الأول، فالأمهات المتعلمات أكثر إقبالا من الأمهات غير المتعلمات على استخدام الخدمات الطبية الحديثة للوقاية وللرعاية العلاجية في حالة المرض. وقد ظهر هذا الاتجاه في العديد من المناطق الرئيسية في العالم النامي. تشير التقديرات إلى أن المرأة المتعلمة تستخدم في كثير من الأحيان جميع خدمات الرعاية السابقة للولادة المطلوبة، وفي كثير من الأحيان تلجأ إلى المركز الصحي من أجل ولادتها وتنتقل بشكل أفضل إلى تلقيح أطفالها. وحسب الدراسة فيرى كالدويل أن التعليم يمنح إحساسًا أكبر بالمسؤولية الشخصية لرعاية الأم أطفالها، على عكس الموقف المستسلم والقدري للأم غير المتعلمة.[1]

[1] Banza, B. (1998). Instruction des parents et survie de l'enfant au Burkina Faso : cas de Bobo-Dioulasso, Les dossiers du CEPED, Centre Français sur la Population et le Développement, (48).

2-3-2-4 المستوى المعيشي للأسرة:

جدول رقم (34): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير المستوى المعيشي للأسرة

		تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى			الخطر النسبي
	القيم		التكرار	النسبة%	المعدل‰	
المستوى المعيشي للأسرة (**)	فقيرة جدا	3587	84	2.3	26	1.9
	فقيرة	3407	54	1.6	16	1.1
	ميسورة	2987	49	1.6	18	1.3
	غنية	2662	41	1.5	20	1.4
	غنية جدا	2223	32	1.4	14	1
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. **(Ns) غير دال إحصائيا**						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يظهر لنا الجدول أعلاه ان معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات سُجل لدى الاسر ذات المستوى المعيشي المتدني أي الاسر الفقيرة جدا حيث سجل معدل 26‰، ثم يليه معدل اطفال الاسر الغنية بـ 20‰، ثم يأتي معدل اطفال الاسر الميسورة بـ 18‰، ثم اطفال الاسر الفقيرة بـ 16‰، وفي الأخير نسجل أقل معدل عند أطفال الأسر الغنية جدا حيث قدر بـ 14‰.

أما بالنسبة للخطر النسبي فقد تبين أن أطفال الأسر الفقيرة جدا هم أكثر عرضة لخطر احتمال الوفاة بـ 1.8 مرة من الفئة المرجعية وهم فئة الاسر الغنية جدا، ثم يليها أطفال الأسر غنية مع أطفال الاسر الميسورة حيث ان خطر احتمال الوفاة مقدر بـ 1.3 و1.4 مرة أكثر من أطفال الفئة المرجعية، وفي الأخير نجد أطفال لأمهات من اسر الفقيرة الذين لديهم خطر احتمال الوفاة هو 1.1 مرة مقارنة بأطفال الفئة المرجعية.

يؤثر الفقر بشكل كبير على صحة الأطفال فإذا كان الأطفال يعيشون في أسر فقيرة، فمن المحتمل أن يتعرضوا للعديد من المخاطر التي تؤثر على صحتهم.

قد يواجه الأطفال الفقراء صعوبة في الحصول على الطعام الصحي والغني بالفيتامينات والمعادن اللازمة لنمو وتطوير أجسامهم، وبالتالي فإنهم قد يتعرضون لنقص التغذية والتقزم والتأخر في النمو، وهذا الذي يعرضهم لخطر الاصابة بسوء التغذية. أيضا عدم الحصول على الرعاية الصحية اللازمة مل الفحوصات الروتينية والعلاجات واللقاحات اللازمة للوقاية من الأمراض وعلاجها يرفع لديهم احتمال التعرض للإصابة بالأمراض المعدية والأمراض المزمنة. ويمكن كذلك أن يؤدي الفقر إلى العديد من المشكلات النفسية لدى الأطفال أو من يقومون على رعايتهم، مثل التوتر والقلق والاكتئاب، نتيجة لضغوط الحياة وقلة الفرص والخيارات، وبالتالي تتأثر صحة هؤلاء الأطفال.

3-3-2-4 عمل الام:

جدول رقم (35): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير عمل الأم

	القيم	تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى		الخطر النسبي
			التكرار	النسبة%	المعدل‰
عمل الام (**)	تعمل	1578	25	1.6	26	1.4
	ماكث في البيت	13287	235	1.8	18	1
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. (Ns) غير دال إحصائيا						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يظهر الجدول أعلاه ان معدل الوفاة عند الأمهات التي تعمل هو الأعلى مقارنة بالأمهات التي لا تعمل حيث بلغ المعدل 26 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية مقارنة بما يقارب 18 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية بالنسبة للأمهات الماكثات في البيت.

وفيما يخص الخطر النسبي فإن نسبة التعرض لخطر الوفاة كان الأعلى عند الأمهات الماكثات في البيت بـ 1.4 مرة من الفئة المرجعية وهي الأمهات اللائي لا يعملن.

يعتبر عمل الأم أحد العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال دون سن الخامسة فالمرأة العاملة تفرض عليها ظروف العمل البقاء بعيدا عن أطفالها وهو ما ينعكس على الرعاية الصحية والنفسية حيث تكون أقل قدرة على تقديم الرعاية الصحية اللازمة لأطفالها خاصة اللواتي يقضين وقت كبير في العمل أو المتمهنات مهن شاقة أو صاحبات العمل اللائي يقع على كاهلهن ادارة العمل وكذا العاملات بالأجرة اليومية. وتظهر هذه الفروق خاصة في السنة الأولى التي تتطلب رعاية صحية خاصة واهتمام بالغ بالنظر للضعف المناعي عند الرضع والحاجة خاصة الى الرضاعة الطبيعية والرعاية الصحية المتكاملة جسديا ونفسيا وهو ما توصلت اليه بعض الدراسات مثل دراسة أفنان محمد محمود زيد المعنونة بـ "أثر العوامل الديموغرافية والاجتماعية في وفيات الأطفال الرضع في الاراضي الفلسطينية من واقع مسح الاسر الفلسطينية 2010 " والتي ذكرناها سابقا رغم أن الأمهات يستفدن من عطلة أمومة تتراوح مدتها من 90 إلى 120 يوم وهو ما جعل الفارق في معدل الوفيات ضئيل مع الغير عاملات اللائي يتفرغن أكثر لأطفالهن من خلال تقديم العناية والرعاية اللازمين لهم من خلال المكوث معهم لفترات طويلة مما يسمح بإعطائهم رعاية صحية ونفسية كافية الا ان ما يجعل الفروق ضئيلة هو أن بعض الغير عاملات لهن أعمال منزلية كبيرة تستغرق جهدا ووقتا مما يحرمهن من تخصيص وقت كاف لرعاية الاطفال رعاية سليمة ناهيك عن الضغوط النفسية التي تتعرض لها المرأة بصفة عامة بسبب الاعمال الكثيرة سواء داخل المنزل أو خارجه والذي يعتبر من العوامل المؤثرة في رعاية الاطفال دون خمس سنوات وهي الفئة التي تتطلب جهدا مضاعفا من أجل تحقيق الرعاية الصحية السليمة، في حين تتمكن المرأة العاملة من توفير الرعاية الصحية اضافة الي تأمين مختلف الحاجيات الضرورية اثناء عملها بوضع طفلها في مكان مؤمن سواء عند القرابة أوفي حضانة مما يرفع من مستوى الرعاية المقدم لطفلها.

إن طبيعة الحياة الحديثة فرضت على المرأة اسلوب رعاية جديد بسبب اتجاهها للعمل خارج البيت وهي تضحية بجزء من أمومتها وهو ما قد يؤدي إلى حوادث تتسبب في تعرض أطفالهم لخطر الوفاة نتيجة الغياب بسبب العمل. ويفترض أن الأمهات العاملات تقل لديهن معدلات الخصوبة، أي أن تلك الأمهات يتحكمن في سلوكهن الإنجابي من خلال تباعد الولادات وهذا بسبب ظروف العمل المحتمة على ذلك، مما ينعكس على صحتهن وصحة أطفالهم والتقليل من خطر التعرض للإصابة بالأمراض والتعرض أيضا لخطر الوفاة بالنهاية. وتتوافق نتائج دراستنا مع نتائج دراسة جاء فيها أن عمل الأم كسبب اجتماعي لم يعد سببا في وفيات الأطفال الصغار كما كان في السابق، ويعود هذا التحسن لدمج الأطفال في التأمين الصحي للأم وهذا الذي أثبت فعاليته".[1]

[1] Bernabeu-Mestre, J. (2012). La prévention et la protection sociale dans la lutte contre la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce : réflexions à partir de l'expérience espagnole, 1924-1963, Annales de démographie historique, 1(123): 181-204.

4-2-4 المحددات الجغرافية:

4-2-4-1 وسط الاقامة:

جدول رقم (36): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير وسط الاقامة

	القيم	تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى			الخطر النسبي
			التكرار	النسبة%	المعدل‰	
وسط الاقامة (**)	حضر	8525	129	1.5	16	1
	ريف	14865	131	2.1	22	1.4
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. (Ns) غير دال إحصائيا						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يظهر لنا جدول وسط الإقامة ان أعلى معدل وفاة سجل عند أطفال الريف بمعدل 22‰، يقابله معدل الوفاة لأطفال المناطق الحضرية وهو الأقل، وبمعدل 16‰.

أما الخطر النسبي فإن أطفال المناطق الريفية معرضون لاحتمال خطر الوفاة بـ 1.4 مرة أكثر من أطفال المناطق الحضرية وهم أطفال الفئة المرجعية.

بالنسبة لمتغير وسط الاقامة لوحظ مستوي متباين لمعدل الوفيات دون سن الخامسة أين يظهر الفرق في معدلات الوفاة بين الحضر والريف ليصل إلى 06 نقاط لصالح أطفال الحضر كما هو مبين أعلاه في التحليل الاحصائي ويرجع ذلك لربما إلي الرعاية الصحية الجيدة بفضل توفر الهياكل الصحية كالمستشفيات والعيادات المتخصصة وقربها من بعضها البعض في الحضر وسرعة الوصول الي الرعاية الصحية الاولية والاستعجالية ووجود برامج صحية مخصصة موجهة للأطفال دون سن الخامسة

بالتحديد، بالإضافة إلى زيادة الوعي الصحي متمثلا في الوقاية من مختلف الامراض ومعرفة أسبابها والاقبال علي التلقيح.

لا يمكن إغفال تأثير الظروف البيئية وخاصة البيئة المحيطة على صحة الأطفال دون سن الخامسة، فسكان المدينة تتوفر لهم بالعموم سكنات تليق بالعيش في ظروف آمنة وصحية من خلال توفر المياه النظيفة والصالحة للشرب؛ فحسب منظمة الصحة العالمية تودي المياه الملوثة بحياة العديد من الناس سنويا ومسببة أكثر من 500 ألف حالة وفاة بسبب الاسهال كل عام، وأكثر فئة متضررة من جراء المياه الملوثة هم الأطفال دون سن الخامسة.

كما تتوفر المستشفيات الحديثة عكس الريف الدي تسود فيه ثقافة الطب التقليدي الموروث الدي يعتمد علي ما توفره البيئة المحلية كما يصعب الوصول الي المراكز الصحية الأولية وقلة الوعي الصحي والبيئي خاصة من حيث النظافة الجسدية والبيئية والتي تعتبر من أكبر اسباب الاصابة بالأمراض المميتة لدي ساكنة هده المناطق ولعل طبيعة السكنات وعدم توفر المياه الصالحة للشرب من اكبر هذه المسببات وضعف المنظومة الصحية وقلة البرامج التوعية والصحية خاصة في المناطق الجبلية والصحراوية التي يصعب الوصول اليها لصعوبة تضاريسها وقساوة مناخها وهي عوامل بالغة التأثير كما ان العوامل المناخية تؤثر على صحة الأطفال دون سن الخامسة من تغير درجة الحرارة شتاء وتساقط الامطار بكميات معتبرة مما يؤدي الى سهولة الإصابة ببعض امراض الزكام و الجيوب الانفية وحدوث التهاب الرئة وآلام الحنجرة و الاسهال وغيرها فضلا عن انتشار وتكاثر المكروبات و الطفيليات نتيجة كثرة المستنقعات و التي تعد بيئة مناسبة لمثل هذه الأنواع والتي تؤدي في كثير من الأحيان الى وفاة الأطفال اضافة الي الظروف الاجتماعية والاقتصادية المتردية في الريف ومن خلال ضعف الخدمات الاجتماعية المقدمة للسكان من حيث توفير الغذاء والمياه الصالحة للشرب و الرعاية الصحية مما يجعلها

عوامل مؤثرة في نسب الوفيات ، فهي تساهم في تفشي الامراض المعدية التي تعد من اهم اسباب الوفيات وبالتالي وفيات أكبر عند الأطفال دون سن الخامسة.

أخيرا ان اختلاف وسط الإقامة من اهم العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر وهو ما يدعو الى بذل المزيد من الجهود وتوفير الإمكانيات قصد تحقيق أدنى معدلات الوفيات مسايرة للعالم من جهة واستجابة للمخططات الإنمائية التي تعمل على تحسين الأوضاع الصحية للسكان والتي تظهر من خلال البرامج الإنمائية المبذولة خاصة في مناطق الظل من خلال تحسين ظروف السكن وتوفير الرعاية الصحية للتقليل من الفوارق مختلف مناطق الوطن.

في مقال لـ Dominique Tabutin "يتضح من الدراسات العديدة التي أجريت حول الاختلافات في بقاء الطفل وفقًا للبيئة المعيشية أن معدل الوفيات في العالم الريفي كان دائمًا أعلى بكثير من العالم الحضري. في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل"[1]

وفي مقال علمي حول وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر جاء فيه أنه "قد اتضح أن خطر وفيات الأطفال دون خمس سنوات مرتفع لدى الوسط الريفي نظير الحضري، والأهم في كل ذلك حسب المناطق الجغرافية التي عكست بالفعل أزمة المنظومة الصحية وضعف أداءها في مكافحة هذه الظاهرة خاصة في المناطق الداخلية والجنوبية والذي يمكن تفسيره بفرضية سوء توزيع الموارد وتدبيرها، فلا يعقل أن تسجل هذه الجهات احتمالات وفاة عالية جدا نظير ما حقن وطنيا من موارد تزامنت مع اليسر المالي الذي عرفته الجزائر"[2].

[1] Dominique, T, et al. (2017). Tendances et inégalités de mortalité de 1990 à 2015 dans les pays à revenu faible et intermédiaire, carin info Matières A Réflexion, 2 (Vol. 72): 227 à 307

[2] سيهام عبد العزيز. (2020)، أسباب وفيات الاطفال دون الخمس سنوات في الجزائر من 2002 الى 2016، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد12(04): 209-216.

4-2-4-2 منطقة السكن:

جدول رقم (37): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير منطقة السكن

		تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى		الخطر النسبي
	القيم		التكرار	النسبة%	المعدل‰
مناطق البرمجة الاقليمية (**)	شمال وسط	4691	61	1.3	14	1
	شمال شرق	2028	49	2.4	28	2
	شمال غرب	2139	32	1.5	15	1.1
	هضاب عليا وسط	1253	28	2.2	21	1.5
	هضاب عليا شرق	2199	38	1.7	18	1.3
	هضاب عليا غرب	750	11	1.5	15	1.1
	الجنوب	1805	43	2.4	28	2
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. **(Ns) غير دال إحصائيا**						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يتبين من خلال الجدول أن أكبر نسبة وفاة سجلت عند أطفال منطقتي الجنوب وشمال شرق بمعدل 28‰ يليهم أطفال منطقة هضاب عليا وسط بمعدل 21‰ يليهم أطفال منطقة الهضاب العليا شرق بمعدل 18‰ ويليهم أطفال منطقتي شمال غرب والهضاب العليا غرب على التوالي بمعدل 15‰ وفي الأخير أدنى وفاة سجلت بمنطقة شمال وسط بمعدل 14‰.

أما بالنسبة للخطر النسبي فإن أطفال مناطق الجنوب، والشمال شرق فخطر تعرضهم للوفاة يصل إلى 2 مرة مقارنة بأطفال الفئة المرجعية وهم الأطفال الذين ينتمون إلى منطقة شمال، في حين تزيد خطورة التعرض لخطر الوفاة عند أطفال منطقتي الهضاب العليا وسط بـ 1.5 مرة مقارنة بأطفال الفئة المرجعية، بينما تزيد خطورة التعرض للوفاة عند أطفال منطقة هضاب عليا شرق بـ 1.3 مرة، وأطفال منطقتي

الشمال غرب وهضاب عليا غرب على التوالي معرضين للخطر بـ 1.1 مرة أكثر من أطفال الفئة المرجعية.

يبدوا لنا أن التحليل في هذا المستوى من المتغيرات صعب جدا؛ وهذا نظرا لطبيعة المعطيات والنتائج المتحصل عليها من خلال معالجة قاعدة المعطيات والتي تحمل معدلات مختلفة ومتضاربة، والتي تقع بين أعلى وأدنى معدل وفاة، لهذا فالتحليل حسب مناطق البرمجة الإقليمية مهما حاولنا إلا أننا لن نكون دقيقين، ذلك أن هذه المناطق تحوي ولايات غير متجانسة من النواحي والظروف المختلفة كالظروف الاجتماعية والديموغرافية والجغرافية والمناخية حتى، وبالأخص أن الجزائر أكبر بلد إفريقي ممتد من شمال القارة إلى وسط الصحراء الكبرى تقريبا، وتميزه ثلاث مناخات مختلفة حسب المناطق الجغرافية (مناطق البرمجة الاقليمية) بالإضافة لاختلاف مؤشرات التنمية، ولعل هذا العامل الأخير هو الذي يمكن الاعتماد عليه في عملية التحليل، فمناطق الجنوب تعاني من بنية تحتية ضعيفة على جل المستويات تقريبا، خاصة عندما نتكلم عن الهياكل الصحية وهو المشكل المطروح منذ الاستقلال، فنلاحظ أن سكان الجنوب ينتقلون إلى الولايات الشمالية كي يتلقوا العلاج لتوفر الأطباء الماهرين والمؤهلين والذي تفتقده مستشفيات الجنوب وبالخصوص الجنوب الكبير، وهذا الذي تعمل عليه السلطات مؤخرا بعد الخروج من الوضعية الوبائية "انتشار الكوفيد 19" من خلال تقديم التحفيزات للأطباء العاملين هناك بالإضافة لتمكين طلبة الجنوب من الالتحاق بمعدلات بكالوريا معتبرة تمكنهم من الالتحاق بكلية الطب كي تتخلص وتتجنب الدولة عبء التكفل الاجتماعي بالأطباء الذين يأتون من الشمال والذي يرهق السلطات المعنية.

أما بالنسبة لمعدلات الوفيات بالمناطق الأخرى نلاحظ ارتفاعا في منطقة الشمال الشرقي، ونظن أن تحليل منطقة الجنوب يتوافق في جوانب كثيرة مع ما يتعلق من الظروف التي تميز تلك المناطق الشرقية والتي سكانها يلجؤون إلى الولايات الشمالية الوسطى للعلاج، بالإضافة لانتشار الفقر وانعدام شبه كلي للتنمية في بعض الولايات كالولايات الحدودية. وبالنسبة لأقل معدل وفيات ملاحظ يسجل عند أطفال

الولايات التي تنتمي لشامل وسط البلد والتي تحوي معظم مؤشرات التنمية بالجزائر، وهذا ما يؤكد تحليلنا أعلاه. في الأخير تتداخل العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال دون سن الخامسة في هذا الاتجاه والمستوى من التحليل ولهذا نعيد ما ذكرناه سابقا بصعوبة الجزم بصدقية التحليل في هكذا مستوى من المتغيرات.

4-2-5 المحددات البيئية:

4-2-5-1 مياه الشرب:

جدول رقم (38): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير مياه الشرب

القيم		تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى		الخطر النسبي
			التكرار	النسبة%	المعدل‰
مكان الحنفية	صنبور في البيت	8352	121	1.4	16	1
	صنبور مشترك بالحي	1473	37	2.1	21	1.3
	منبع غير محمي	6407	96	2.1	22	1.4
	منبع غير معروف	132	5	3.8	38	2.4
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. **(Ns)غير دال إحصائيا**						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يظهر الجدول ان اعلى احتمالات تعرض الأطفال دون السن الخامسة لخطر الوفاة هم من الاسر التي منبع او مصدر مياه شربها غير معروف بمعدل 38 حالة وفاة لكل 1000 مولود ولد حي ثم يليها اسر ذات البيوت التي مصادر مياه الشرب غير المحمية بـ 22‰، وتتبع بالأسر التي مياه شربها من مصادر تشترك فيها مع غيرها بمعدل 21‰، وفي الأخير أخفض معدل فيما يخص الاسر التي مصدر مياه شربها داخل بيت بمعدل 16‰.

أما بالنسبة للخطر النسبي فإن خطر تعرضهم للوفاة مقدر بـ 2.4 مرة لفئة مصدر الماء غير معروف مقارنة بأطفال الفئة المرجعية وهم الأطفال الذين ينتمون إلى فئة مصدر الماء في البيت، ثم نجد أطفال لأسر مصدر الماء غير محمي وصنبور مشترك بالحي بـ 1.4 و1.3 مرة على التوالي مقارنة بالفئة المرجعية.

الماء أصل الحياة على سطح الأرض لكل الكائنات أكان إنسانا أو نباتا أو حيوانا على حد سواء حيث إنه بدون ماء لن تكون هناك حياة على الأرض وتعد جودة المياه عاملا قويا ومحددا هاما من محددات الصحة فضمان جودة مياه الشرب ركن من أركان الصحة ففي غياب المياه المأمونة تشير اليونيسيف إلى تعرض الأطفال لخطر سوء التغذية والأمراض التي يمكن الوقاية منها، بما في ذلك الإسهال والتيفوئيد والكوليرا وشلل الأطفال وهي من أهم الأمراض المسببة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة

وتشير النتائج إلي أقل معدل وفيات للأطفال في منازل بها صنبور في البيت وهي مياه معالجة بشكل جيد ومأمونة بفضل شبكة التوزيع التي تعتمد علي الأنابيب البلاستيكية التي توفر الحماية وتمنع اختلاط مياه الشرب بملاه الصرف الصحي وتكون بدلك خالية من الطفيليات والبكتيريا والجراثيم المسببة لمختلف الأمراض المعدية و المميتة تليها المنازل التي بها صنبور مشترك أو التي بها منبع غير محمي بمعدل متقارب 21 و22 في الألف علي التوالي ويعود هدا الارتفاع الي الاختلاط بين الأسر وما يسببه من انتقال للعدوي نتيجة الاشتراك في مياه الشرب اضافة الي الأدوات التي ينقل فيها الماء التي تكون معرضة للتلوث الجرثومي المتنوع والمتعدد الدي يؤدي الي الاصابة بالأمراض الخطيرة والمميتة حيث يقول مانويل فونتين، مدير قسم البرامج الطارئة في اليونيسف، "بصرف النظر عن كمية الغذاء التي يأكلها الطفل المصاب بسوء التغذية، فإن صحته لن تتحسن إذا كانت المياه التي يشربها غير مأمونة". والتي تبدأ أحيانا خلال فترة الحمل ويظهر تأثيرها مباشرة بعد الولادة وتبقي المنابع المجهولة بأعلى معدل وفيات بـ 38 في الألف وتتعدد الاسباب لعلي الاختلاط في نفس المنبع بين الانسان وربما الحيوان لحشرات التي تعيش أو تتكاثر في المياه يزيد من خطر الأمراض المنقولة عبر المياه فالمياه غير المأمونة قد تسبب الإسهال، والإسهال هو أكثر الأمراض المعروفة التي ترتبط بتلوث الماء الذي يمكنه أن يمنع الطفل من الحصول على المغذيات التي يحتاجها للبقاء، مما يؤدي إلى سوء التغذية في نهاية المطاف. كما أن الأطفال المصابين بسوء التغذية أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المنقولة بالمياه، من قبيل

الكوليرا. كما أن ارتفاع درجة الحرارة يعد عاملا مهما في زيادة تكاثر البكتيريا والطفيليات والفطريات مما يسهم في زيادة حالات العدوي وانتشارها وبالتالي حالات الوفاة. ويُقدَّر أن عدم كفاية إمكانية الحصول على الحد الأدنى من خدمات المياه مسؤولة عن حوالي 50 بالمئة من حالات سوء التغذية في العالم.

وتتوافق نتائجنا مع نتائج دراسة حول تقييم إمدادات مياه الشرب والعلاج عن طريق محاليل الإماهة الفموية وتأثير ذلك على وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وقد اعتمد الباحثون على مجموعتين من الأطفال في أربع قرى في جنوب دولة ساحل العاج، حيث تم مراقبة عينة الدراسة انطلاقا من عام 1988 إلى غاية عام 1992، بحيث تم إدخال تحسينات في امدادات مياه الشرب وإعداد برنامج لتقديم محاليل الإماهة الفموية على قريتين دون القريتان الأخريان لملاحظة الحالة الصحية للأطفال قبل وبعد إدخال التعديلات وأثرها على معدلات الوفاة خلال نفس الفترة ومقارنتها مع أطفال القريتان غير المعنيتين بالتعديلات. أظهرت النتائج "انخفاضا في معدل الإصابة بالإسهال بنسبة 50% في حين تم تسجيل انخفاض في الوفاة من جراء الاسهال بنسبة 85% لدى الأطفال دون سن الخامسة في القرى المستفيدة من الدعم"[1].

[1] Messou, E, et AL. (1996). Effet de l'observance des mesures d'hygiène, d'approvisionnement en eau et de la thérapie par voie orale sur les diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans. Société de pathologie exotique et Springer. N° 1781.

4-2-5-2 الصرف الصحي:

جدول رقم (39): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير الصرف الصحي

	القيم	تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى		الخطر النسبي
			التكرار	النسبة%	المعدل‰	
الصرف الصحي (**)	موصول بنظام الصرف الصحي	13432	224	1.7	18	1
	الصرف موصول بمكان غير معروف	687	19	2.8	30	1.7
	مراحيض معلقة	746	18	2.4	23	1.3
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. **(Ns)غير دال إحصائيا**						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يظهر لنا الجدول ان اعلى معدل وفاة سجل كان 30 حالة وفاة يتعرض لها الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 ولادة حية تخص الاسر من البيوت التي صرفها الصحي موصول بمكان غير معروف، يليها الاسر من بيوت ذات المراحيض المعلقة بـ 23 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية، وفي الأخير نجد أدنى معدل لدى الاسر من بيوت ذات المراحيض الموصولة بالصرف الصحي بمعدل 18 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية.

أما عن الخطر النسبي فأعلى خطر لوحظ عند الأطفال الذين لدى الاسر من بيوت ذات المراحيض المعلقة بـ 1.7 مرة أكثر من أطفال الفئة المرجعية وهم الاسر من بيوت ذات المراحيض الموصولة بالصرف الصحي، وفي الأخير نجد أطفال الأطفال لأسر بيوت وصل الصرف الصحي غير معروف حيث يرتفع خطر احتمال الوفاة لديهم الى 1.3 مرة مقارنة بأطفال الفئة المرجعية.

تعتبر مياه الصرف الصحي من أنواع المياه التي لها خطورة كبيرة علي الانسان لما تسببه من أمراض خطيرة نظرا لاحتوائها علي الكثير من الأنواع الطفيلية والبكتيريا والفيروسات المميتة هدا الي جانب

احتوائها علي الكثير من المواد السامة والمعادن الثقيلة التي تستخدم في التنظيف بالإضافة الي اعتبارها مرتعا للحشرات الناقلة للأمراض والأوبئة فوفقا لمنظمة الصحة العالمية، يؤدي سوء الصرف الصحي وحده سنويا إلى ما يصل إلى 432 ألف حالة وفاة مرتبطة بالإسهال، وبأمراض أخرى مثل الكوليرا والدوسنطاريا والتيفوئيد والتهاب الكبد الوبائي وشلل الأطفال وهو ما تشير إليه النتائج في الجدول أعلاه أين نلاحظ أدني معدل للوفيات بـ 18 في الألف للأسر التي تملك منازل موصولة بنظام الصرف الصحي الذي يعمل علي ابعاد هده المياه عن مياه الشرب من خلال شبكة من الأنابيب والخزانات المعزولة جيدا لعدم تسربها واختلاطها بمياه الشرب أو استعمالها في سقي المزروعات بطريقة غير قانونية

تليها المناطق التي تحتوي على المراحيض المعلقة بمعدل 23 في الألف والمقصود بها المراحيض المغلقة والتقليدية والتي تكون على شكل حفر داخل المنازل مما يجعلها مناطق ملوثة للمسكن من خلال جلب الحشرات وانتقال العدوي وانتشار الأمراض الخطيرة وعلى رأسها الاسهال والأمراض التنفسية

أما أعلي معدل ب 30 في الألف ففي المنازل الموصولة بصرف صحي غير معروف وهي التي لا تملك شبكة منظمة وغير خاضعة لمخططات هندسية ولا تحترم شروط النظافة وتكون قريبة من المساكن وتطفوا الي السطح متسببة في تلوث المحيط وانتشار الحشرات وانتقال الأمراض المعدية والفتاكة خاصة بين الأطفال دون سن الخامسة وهي الفئة الهشة التي تنتقل إليها الأمراض الفتاكة مثل الإسهال والأمراض التنفسية والشلل بالإضافة إلي المركبات العضوية والكيميائية والمعدنية التي تتسبب في الكثير الأمراض مثل الإسهال والجفاف وآلام البطن الحادة وفقر الدم والالتهابات الجلدية وبعض أنواع السرطان وكدا الأضرار الجسيمة علي المحيط والبيئة وبالتالي علي الكائنات الحية وعلي الانسان.

ان مياه الصرف الصحي يمكن استغلالها بشكل جيد من خلال شبكات الصرف الصحي المرتبطة بمحطات التصفية والاستفادة منها في الري خاصة مع شح المياه ومواسم الجفاف المتعاقبة والحفاظ على الصحة العامة والتي تعتبر من أهم مؤشرات التطور والنمو في العالم.

في دراسة حول تأثير التحسينات المدرجة على شبكات نمياه الشرب والصرف في عديد الدول الافريقية حول ما إذا كان للتحسينات التدريجية المدخلة على الأنظمة المتحكمة في مياه الشرب والرفع من جودتها وتحسين الصرف الصحي تأثيرا في الخفض من الإصابة بالإسهال وسوء التغذية للأطفال الأقل من 03 سنوات. تمت مقارنة البيانات بين البيئات الحضرية والريفية وبين مياه الشرب المحسنة وغير المحسنة وكذلك المراحيض المحسنة وغير المحسنة، فكانت النتائج تشير بانخفاض حالات الإصابة بالإسهال، كما تبين كذلك أن" آثار الصرف الصحي المحسن على صحة أطفال الحضر أكبر منه عند أطفال الريف، ومن أبرز النتائج المتوصل لها أن صحة الأطفال لم تتأثر من جرّاء التحسينات في مياه الشرب إلا عندما تم تحسين الصرف الصحي".[1]

[1] Esrey, S. (1996). Water, Waste, and Well-Being: A Multi country Study. American Journal of Epidemiology. 143(6): 608-623.

4-2-5-3 تلوث الهواء الداخلي:

جدول رقم (40): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير وقود الطهي

القيم		تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى		الخطر النسبي
			التكرار	النسبة	المعدل‰	
وقود الطهي (**)	الكهرباء	192	4	2.1	13	1
	الغاز	14587	254	1.7	19	1.5
	وقود تقليدي	86	2	2.4	26	2
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. **غير دال إحصائيا (Ns)**						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يبين لنا الجدول أن اعلى معدل وفاة سجل كان 26 حالة وفاة يتعرض لها الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 ولادة حية تخص الاسر من البيوت التي وقود طهوها وقود تقليدي، يليها الاسر من بيوت التي وقود طهوها الغاز بـ 19 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية، وفي الأخير نجد أدنى معدل لدى الاسر من البيوت التي تستعمل الكهرباء في طهوها بمعدل 13 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية.

أما عن الخطر النسبي فأعلى خطر لوحظ عند الأطفال الذين هم من أسر تستعمل الوقود التقليدي بـ 2 مرة أكثر من أطفال الفئة المرجعية وهم الاسر من بيوت تستعمل الكهرباء في الطهي، وفي الأخير نجد أطفال لأسر بيوت وقود طهوها الغاز حيث يرتفع خطر احتمال الوفاة لديهم الى 1.5 مرة مقارنة بأطفال الفئة المرجعية.

حسب بيان مفوّضة الأمم المتّحدة السامية لحقوق الإنسان ميشيل باشيليت في 18 نوفمبر 2018 يعيش 93 في المائة من الأطفال حول العالم في بيئات يتخطّى فيها تلوّث الهواء المبادئ التوجيهيّة التي وضعتها منظّمة الصحّة العالميّة. ويهدّد تعرضّهم لهذا الهواء حياتهم، في كل مرحلة من مراحل نموّهم،

وذلك منذ لحظة تكوينهم الأولى في رحم أمّهم. ونظرًا إلى طبيعة الأيض ووظائف الأعضاء وأنظمة المناعة لدى الأطفال، من المحتمل أن يكون للتلوث تأثير شديد وطويل الأمد على أجسام الأطفال النامية أكثر من تأثيره على البالغين. فقد سجّل العام 2016 وحده أكثر من 7 ملايين حالة وفاة بسبب تلوث الهواء، أكثر من 500 ألف منهم من الأطفال دون سن الخامسة. وبسبب التلوّث، من المرجح أن يموت الأطفال في سنّ مبكرة، أو أن يتعرّضوا لإعاقة تضرب نموّهم العصبيّ، أو ضعف يضرب وظائف الرئة، أو الربو، أو عدوى تضرب الجهاز التنفسيّ، أو أمراض القلب والأوعية الدمويّة، أو السرطان. ولعل النتائج في الجدول أعلاه تؤكد ذلك حيث أن أعلى معدل لوفيات الأطفال سجل للأسر التي تستخدم الوقود التقليدي بمعدل 26في الألف يليه الأسر التي تستخدم الغاز ب 20في الألف ونلاحظ أن الفارق ضئيل ويرجع دلك إلي الانبعاثات الناتجة والتي تتكون أساسا من غاز أكسيد الكربون والدي يشكل خطرا كبيرا على الصحة بشكل مباشر حيث يؤدي إلي الالتهاب الرئوي وأمراض الجهاز التنفسي الأخرى والتي تتسبب بما يقارب في وفاة واحدة من بين عشر وفيات لأطفال دون سن الخامسة في العالم وتعد الأسر الفقيرة والمتوسطة الدخل الأكثر تسجيلا للوفيات، ويرجع ربما إلى قلة التهوية في المنازل والأجهزة المستعملة في الطهي والتدفئة وقلة الوعي بالمخاطر الصحية الناتجة عن التلوث وقد يؤدّي أيضًا استخدام المنتجات السامة داخل المنزل – في منتجات التنظيف أو مواد البناء على سبيل المثال لا الحصر – إلى المزيد من الأضرار تضرب بصحتهم. هذا من جهة، ومن جهة أخرى يقل معدل الوفاة عند الأسر التي تستعمل الكهرباء بمعدل 13 في الألف والتي تكون الانبعاثات قليلة وبالتالي جو قليل التلوث مما ينعكس بالإيجاب على صحة الأطفال دون سن الخامسة.

وكما نلاحظ من خلال الجدول فإن الاعتماد على الوقود التقليدي في إدارة بعض شؤون المنزل من خلال استخدام الخشب والفحم من أجل الطهي أو التدفئة يرفع بقوة من معدلات تلوث الهواء الداخلي في المنزل، فالدخان المتولد من عملية الاحتراق ينتشر في المسكن معرضا الأطفال دون سن الخامسة للخطر.

تفيد تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن تلوث الهواء له أثر واسع وخطير على صحة الأطفال وحياتهم، حيث يتسبب تلوث الهواء في الأماكن المحيطة وداخل المنازل بوفاة ما يقارب الـ 543 ألف طفل دون سن الخامسة. ويقدر كذلك سنويا بالعالم عدد الوفيات من جراء تلوث الهواء داخل المنازل بـ «400 ألف حالة وفاة لأطفال دون سن الخامسة". ولهذا فإن تعرض الأطفال الصغار للهواء الملوث يعد مشكلة عالمية خاصة في الدول منخفضة الدخل، وسواء تم تعرض الأطفال لتلوث الهواء الخارجي أو الداخلي فإن تأثيره على صحتهم بنفس درجة الخطورة حسب خبراء المنظمة.[1]

في دراسة متوافقة مع نتائجنا وجد بأن "استخدام الوقود الصلب كمصدر للطاقة والذي قد يولد دخانا يرفع من التلوث يساهم في زيادة حدوث التهابات الجهاز التنفسي الحادة مع تعرض الطفل لهذا النوع من التلوث".[2]

في الأخير ومن أجل حماية أسرنا بشكل عام وأطفالنا بشكل خاص وجب علينا التفكير بجدية أكبر فيما يعرف بالطاقات المتجددة أو الطاقات النظيفة من خلال البحث عن البدائل وتمكين جميع الأسر ببلدنا منها كي يكون لنا مجتمعا سليما من كل النواحي وعلى رأسها من ناحية الصحة العامة.

[1] منظمة الصحة العالمية، تقرير تلوث الهواء وصحة الأطفال: العلاج بالهواء النقي، جنيف، سويسرا، 2018، ص 07.

[2] Adedemy, JD, et al. (2017). Epidémiologie, clinique et facteurs associés aux infections respiratoires aiguës chez l'enfant de 0- 5 ans au Centre Hospitalier Départemental de Parakou (Benin). Journal africain de pédiatrie et de génétique médicale. (2) : 47-53.

4-2-5-4 ظروف السكن:

جدول رقم (41): توزيع وفيات الاطفال دون سن الخامسة وفقا لمتغير ظروف السكن

	القيم	تكرار الأطفال دون سن الخامسة	توفى		الخطر
			التكرار	النسبة‰	المعدل‰	النسبي
ظروف السكن	لائق	8343	150	1.8	17	1
(**)	غير لائق	6522	110	1.7	22	1,3
الدلالة الإحصائية: (**) دال إحصائيا عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$. **غير دال إحصائيا (Ns)**						

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

يظهر الجدول تباينا واضحا بالنسبة لظروف السكن اين نجد اعلى معدل وفاة عند ظرف سكن غير لائق مقدر بـ 22 ‰ مقارنة بظرف سكن لائق حيث قدر بـ 17 ‰.

أما فيما يخص الخطر النسبي فأعلى خطر لوحظ عند الأطفال الذين هم من أسر ظروف سكنها غير لائقة بـ 1.3مرة أكثر من أطفال الفئة المرجعية وهم الاسر التي ظروف سكنها لائقة.

تؤثر ظروف السكن بشكل كبير على صحة الأطفال، فإذا كان السكن غير صحي أو غير آمن، فقد يعرّض الأطفال للعديد من المخاطر التي تؤثر على صحتهم، وهناك العديد من الوضعيات التي تجعل من السكن غير اللائق مؤثرة في صحة الأطفال خاصة ونحن نتحدث عن أضعف فئة سكانية وهم الأطفال دون سن الخامسة. فالسكن غير الصحي يرفع من نسبة تعرض الأطفال دون سن الخامسة للعديد من المخاطر الصحية، مثل تلوث الهواء وانتشار الأمراض المعدية، وعليه يمكن أن يتعرض الأطفال لخطر الاصابة بالحساسية والربو من خلال تلوث الهواء في المنزل أو وجود رطوبة عالية أو انخفاض في درجة حرارة الغرفة أو العث المنتشر بين ثنايا المنزل، بالإضافة لإمكانية الإصابة بالأمراض المعدية خصوصا إذا كان السكن ضيقًا ومليئًا بالأفراد، فقد يؤدي ذلك إلى انتشار الأمراض المعدية

بسـهولة مثل الأمـراض التنفسـية بـاختلاف انواعهـا وكـذلك الإسـهال. لـذلك، مـن المهـم أن تكـون ظـروف السكن صحية وآمنة لضمان صحة الأطفال وسلامتهم البدنية والنفسية. (لأكثر إطـلاع أنظر الشكلين رقم 02 و03 بالملحق).

خلاصة الفصل الرابع:

يظهر لنا في هذا الفصل أن وفيات الأطفال دون سن الخامسة لها ارتباط بعديد المحددات المقترحة في هذه الدراسة، كما اتضح لنا كيف أن البيئة المحيطة تؤثر في وفيات الأطفال دون سن الخامسة من خلال مصادر المياه وكذلك نوع الصرف الصحي وظروف السكن غير الملائم، والتي تساهم جميعها في ارتفاع معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة نتيجة العدوى البكتيرية وظروف السكن ومكانه وهو ما يتضح جليا في معدلات الوفيات بين الريف والحضر. كما أن الدلالة المعنوية لعمر الأم والمستوى التعليمي وخبرة الأم التي ترتبط بسنها أي كلما زاد عمرها وزاد المستوي التعليمي زادت خبرتها في التعامل مع الاعتلالات والامراض المسببة للوفاة. كما أن نفس الأمر يلاحظ في متغير عمر الطفل، حيث تبين أن الطفل في العامين الأوليين يكون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المميتة كالإسهال والامراض التنفسية، ثم بعد ذلك تبدأ نسبة التعرض لخطر الإصابة بهده الامراض تقل لتصل لأدنى مستوى عند الأطفال في آخر فئة عمرية. الملاحظ أيضا أن الظروف الاجتماعية والاقتصادية تؤثر هي الأخرى في الوفيات؛ فالفقر يعد سببا مهما في وفيات الاطفال دون سن الخامسة. تُظهر النتائج التي توصلنا لها مطابقتها لكثير من الدراسات.

الفصل الخامس:

محددات وفيات الأطفال التحليل المتعدد للمتغيرات

تمهيد الفصل الخامس:

في هذا الفصل وبعد قيامنا بالتحليل الثنائي والذي يمكن أن يكون مضللا بالنسبة لتحليل ظاهرة وفيات الأطفال دون سن الخامسة لجأنا إلى التحليل المتعدد والذي استخدمنا فيه التحليل اللوجستي ثنائي التفرع لتحليل تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة، وهذا عبر استخدام تقنيات التحليل الاحصائي اللوجستي، ولذا من خلاله يتم تحديد مجموعة من المتغيرات المحتملة المؤثرة على هذا الخطر وتحليل تأثير كل متغير على النتيجة.

أما فيما يخص الاسلوب الاحصائي الثاني الذي اعتمدنا عليه في هذا الاتجاه هو أسلوب النمذجة بالمعادلات البنائية (Structural Equation Modeling – SEM) وهي أسلوب تحليل إحصائي يستخدم لدراسة العلاقات بين المتغيرات وفهم التأثيرات المباشرة وغير المباشرة بينها. تعتمد النمذجة بالمعادلات البنائية على النظرية والفرضيات المسبقة للعلاقات بين المتغيرات وتساعد في اختبار وتأكيد تلك العلاقات.

5-1 التحليل اللوجستي: تحليل أثر محددات النموذج في تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة:

نسعى في هذا القسم، باستخدام أسلوب الانحدار اللوجستي، إلى تحليل العلاقة بين المتغيرات المفسرة والمتغير التابع ثنائي القيمة (احتمال التعرض للوفاة)، وذلك بتطبيق هذه الطريقة الإحصائية على النموذج المقترح من خلال بناء نموذج يفسر العلاقة الموجودة بين محددات النموذج (البيو ديموغرافية، البيئية، الجغرافية، السلوكية، الاجتماعية) والمتغير التابع (احتمال التعرض للوفاة). مع العلم أنه لا يوجد ارتباط تام وكامل بين المتغيرات التفسيرية بالنموذج.

فيما يلي نتعرض لنتائج النموذج من خلال أساليب إحصائية تعيننا على تقييم النموذج من الناحية الإحصائية من أجل معرفة قوة النموذج على تفسير تعرض الأطفال دون سن الخامسة لاحتمال الوفاة.

يمثل هذا الجدول قيمة دالة الإمكان الأعظم في حالة النموذج يحوي على الحد الثابت فقط؛ أي بدون إدخال المتغيرات التفسيرية، حيث أوضحت النتائج التوقف عند المحاولة السابعة، كما نلاحظ أن تقدير قيمة دالة الإمكان الأعظم بلغ **2619.965** وعليه سوف تتم المقارنة بين هذه القيمة وبين قيمة النموذج الذي يحوي المتغيرات التفسيرية.

جدول رقم (42): التكرارات وقيمة دالة الإمكانية للنموذج بدون متغيرات مفسرة

خطوات التكرار	-2log-vraisemblance	المعلمات الثابت
1	5033.233	1.930
2	3083.432	2.917
3	2670.810	3.612
4	2621.349	3.955
5	2619.967	4.026
6	2619.965	4.028
7	2619.965	4.028

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

بعد إدراج جميع المتغيرات التفسيرية في النموذج كما هو مبين في الجدول الموالي، اتضح استقرار النتيجة عند المحاولة السابعة؛ لأن المحاولة الأخيرة متساوية مع سابقتها. وتظهر إحصاءات النموذج أن قيمة دالة الإمكانية للنموذج الحالي بلغت 2535,693، وهي أقل من قيمة دالة إمكانية في حالة النموذج الذي يحوي الحد الثابت فقط؛ والتي بلغت 2619.965 مما يدل على جودة النموذج الذي يحوي المتغيرات التفسيرية.

جدول رقم (43): التكرارات وقيمة دالة الإمكانية في حالة يحوي النموذج المتغيرات التفسيرية

خطوات التكرار	-2log-vraisemblance	الثابت
1	5023,244	1,902
2	3053,900	2,838
3	2610,869	3,446
4	2540,281	3,725
5	2535,728	3,802
6	2535,693	3,810
7	2535,693	3,810

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

تظهر إحصاءات جودة التوفيق للنموذج قيمة إحصائية Nagelkerke R Square و Cox & Snell R Square واللذان يهدفان إلى تحديد نسبة التباين المفسرة في نموذج الانحدار اللوجيستي، وبهذا فإن لهما نفس إحصائية (R^2 معامل التحديد) في الانحدار المتعدد، وبالنظر الى $\tilde{R}^2$ نجد أنها تساوي على التوالي (0.006) (0.035) تقريبا من التباين في المتغير التابع تم تفسيره بالمتغيرات التفسيرية.

الجدول رقم (44): معاملات جودة التوفيق

R-deux de Nagelkerke	R-deux de Cox & Snell	-2log-vraisemblance
0.035	0.006	**2535,693[a]**

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

تظهر نتائج الجدول الموالي مستوى الدلالة المعنوية لاختبار (Hosmer-Lemeshow) والذي بلغ 0. أي أكبر من مستوى المعنوية المحدد بـ 0.05 بالدراسة؛ وعليه نقبل الفرض العدمي(H_0) القائل بتساوي الحالات المشاهدة مع الحالات المتنبئ بها، أي أن النموذج يمثل البيانات بشكل جيد مما يدل على جودة التوفيق للنموذج وملاءمته للبيانات.

جدول رقم (45): اختبار الدلالة الكلية لمعلمات النموذج Hosmer-Lemeshow

قيمة كاف تربيع	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
11.486	8	0.176

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

الجدول رقم (46): معالم نموذج الانحدار اللوجستي لتعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة

المتغيرات المستقلة		قيم المعلمات B	الخطأ المعياري S. E	إحصاء فالد Wald	درجة الحرية Ddl	القيمة الاحتمالية Sig	معامل الترجيح Exp(B)
مكان الإقامة	**ريف**	**0,235**	**0,113**	**4,302**	**1**	**0,038**	**1,264**
منطقة السكن	**جنوب**			**32,266**	**6**	**0,000**	**1**
	شمال وسط	0,601	0,172	12,219	1	0,000	1,824
	شمال غرب	0,740	0,209	12,515	1	0,000	2,096
	هضاب عليا شرق	0,420	0,189	4,956	1	0,026	1,522
	شمال شرق	-0,075	0,175	0,183	1	0,669	0,928
	هضاب عليا وسط	0,201	0,203	0,986	1	0,321	1,223
	هضاب عليا غرب	0,797	0,323	6,083	1	0,014	2,219
عمل الام	**الأم لا تعمل**	**-0,363**	**0,209**	**3,014**	**1**	**0,083**	**0,696**
المستوى التعليمي	**ابتدائي**			**14,441**	**2**	**0,001**	**1**
	متوسط	0,081	0,130	0,383	1	0,536	1,084
	جامعي	0,550	0,151	13,190	1	0,000	1,733
تباعد الولادة	**اقل من 2 سنة**			**29,468**	**4**	**0,000**	**1**
	الولادة الاولى	0,033	0,148	0,049	1	0,826	1,033
	2سنة	0,953	0,216	19,393	1	0,000	2,594
	3سنوات	0,385	0,197	3,816	1	0,051	1,470
	4 سنوات فأكثر	0,450	0,187	5,785	1	0,016	1,568
التوائم	**توأم**	**0,860**	**0,239**	**13,003**	**1**	**0,000**	**2,363**
الجنس	**ذكر**	**0,190**	**0,107**	**3,139**	**1**	**0,076**	**1,209**
القرابة الزواجية	**توجد قرابة**	**0,412**	**0,119**	**11,979**	**1**	**0,001**	**1,510**
الرضاعة الطبيعية	**لا توجد رضاعة طبيعية**	0,882	0,131	45,346	1	0,000	2,415
مكان الحنفية	**منبع غير معروف**			**11,881**	**3**	**0,008**	**1**
	صنبور مشترك بالحي	0,155	0,154	1,009	1	0,315	1,168
	منبع غير محمي	0,477	0,156	9,359	1	0,002	1,611
	صنبور في البيت	-0,071	0,511	0,019	1	0,890	0,932
الثابت		**0,6400**	**6,776**	**1**	**0,0090**	**0,1890**	**-1,666**

المصدر: الجدول من إعداد الباحث اعتمادا على معطيات المسح

أما في هذا الجزء نعرض نتائج الانحدار اللوجستي المطبق على الظاهرة المدروسة لمعرفة أثر المتغيرات المستقلة على المتغير التابع.

قمنا بتطبيق نموذج الاحدار اللوجستي وكمرحلة أولى أدخلنا كل متغيرات النموذج ثم كمرحلة ثانية قمنا بإقصاء المتغيرات الغير دالة إحصائيا عن طريق استخدام طريقة Descendante pas à pas (Wald) التي توفرها الحزمة الإحصائية SPSS. ومن ثم قد أفرز النموذج عشر متغيرات بدلالة إحصائية وهم كالآتي:(منطقة السكن، مكان الإقامة، عمل الأم، المستوى التعليمي، التباعد الولادي، جنس المولود، التوائم، القرابة الزواجية، الرضاعة الطبيعية، مياه الشروب). وتبين أن النسبة المئوية لتصنيف النموذج بلغت نسبة 97.6%.

5-1-1 مكان الإقامة:

قمنا باختيار مكان الإقامة الريف كمرجع لمقارنة تأثير مكان الإقامة وقد وجدنا ان نسبة أرجحية مكان الاقامة الحضر مساوية للقيمة 1.246 بمعنى أن احتمال وفاة الأطفال الأقل من خمس سنوات في الريف أكبر بـ 1.264 مرة من مكان الإقامة الحضر وتدل قيمة المعلمة B فنجد الإشارة (+) أي ان العلاقة طردية بين متغير مكان الإقامة الريف ووفيات الأطفال دون سن الخامسة. أي ان خطر الوفاة الأطفال في الحظر يقل عن أطفال الريف بـ 79.1 %

يتضح من خلال النتائج ان مكان الإقامة له تأثير مباشر على ظاهرة وفيات الأطفال دون سن الخامسة

ذلك ان معدل وفيات الأطفال الذين يعيشون في الريف يبقى دائمًا أعلى من معدل وفيات أطفال الحضر. تشير المؤشرات إلى أن احتمالية أن يعيش طفل المدينة أعلى من احتمالية أن يعيش طفل في الريف وذلك خلال جميع السنوات الخمس الأولى من العمر. سواء كان ذلك لخطر الموت في الأيام الأولى بعد الولادة مثل ذلك لبضع سنوات فيما بعد، أصبح أطفال الريف هم الأكثر حرمانًا. إن فحص النسب يجعل

من الملاحظ أن البيئة المحيطة لها تأثير في وفاة الأطفال، أي أنه في الجزائر كلما اتجهنا إلى المناطق الحضرية يقل احتمال تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة وكلما اتجهنا إلى حياة الريف قلت احتمالية بقاء الأطفال على قيد الحياة.

5-1-2 منطقة السكن:

قمنا باختيار منطقة السكن (جنوب) كمرجع لمقارنة تأثير منطقة السكن، وقد وجدنا ان نسبة الأرجحية مساوية للقيمة 1.824 عند منطقة سكن (شمال وسط) بمعنى أن احتمال وفاة الأطفال الأقل من خمس سنوات في منطقة السكن (جنوب) أكبر بـ 1.824 مرة من منطقة السكن (شمال وسط). اما منطقة سكن (شمال غرب) فانا نسبة الارجحية فهي مساوية للقيمة 2.096 أي ان احتمال الوفاة الأطفال بالنسبة للفئة المرجعية منطقة السكن (جنوب) أكبر بـ 2.096 مرة من منطقة السكن (شمال غرب). ثم وجدنا ان نسبة الأرجحية مساوية للقيمة 1.522 عند منطقة السكن (هضاب عليا شرق) بمعنى أن احتمال وفاة الأطفال الأقل من خمس سنوات في منطقة السكن (جنوب) أكبر بـ 1.522 مرة من منطقة السكن (هضاب عليا شرق). اما منطقة سكن (هضاب عليا غرب) فانا نسبة الارجحية فهي مساوية للقيمة 2.219 أي ان احتمال الوفاة الأطفال بالنسبة للفئة المرجعية منطقة السكن (جنوب) أكبر بـ 2.219 مرة من منطقة السكن (هضاب عليا غرب). وتدل قيمة المعلمة B على ان العلاقة طردية بين كل من متغير منطقة السكن (شمال وسط، شمال غرب، هضاب عليا شرق، هضاب عليا غرب) مع منطقة السكن (الجنوب) ووفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات اين نجد الإشارة (+).

أما بالنسبة لمنطقة السكن وأثرها على تعرض الأطفال دون سن الخامسة لاحتمال الوفاة، يتضح أن الأطفال القاطنين بالشمال وسط نسبة الأرجحية في احتمال الوفاة يقل بما نسبته 82.4% اقل من الأطفال القاطنين بمنطقة الجنوب، والأطفال القاطنين بمنطقة الشمال غرب احتمال تعرضهم للوفاة يقل

بما نسبته 109.6% أقل من أطفال الفئة المرجعية وهم أطفال منطقة الجنوب، وأطفال كل من منطقتي هضاب عليا شرق وغرب فتقلا بما نسبته على التوالي 52.2% و121.9% عن أطفال منطقة الجنوب. ومن خلال ما سبق نستطيع أن نخلص إلى أن تأثير المنطقة السكنية واضح جدا وجلي في المساهمة في رفع وخفض احتمال التعرض للوفاة عند الأطفال دون سن الخامسة. لا يوجد تطور رتيب لأرقام الوفيات ولكن على أي حال، يختلف معدل الوفيات حسب المنطقة.

5-1-3 عمل الام:

تم اختيار عدم عمل الام كفئة مرجعية لمقارنة تأثير نشاط الام وقد وجدنا ان نسبة أرجحية عدم عمل الام مساوية للقيمة 0.696 بمعنى أن احتمال وفاة الأطفال الأقل من خمس سنوات عند الام التي لا تعمل أقل بـ 1.437 مرة تقل عن أطفال أمهات فئة المرجعية وتدل قيمة المعلمة B فنجد الإشارة (-) أي ان العلاقة عكسية بين متغير عدم عمل الام ووفيات الأطفال دون سن الخامسة.

5-1-4 المستوى التعليمي:

اخترنا المستوى التعليمي (ابتدائي) كمرجع لمقارنة تأثير المستوى التعليمي وقد وجدنا ان نسبة الأرجحية مساوية للقيمة 1.733 عند مستوى تعليمي (جامعي) بمعنى أن احتمال وفاة الأطفال الأقل من خمس سنوات في مستوى تعليمي (ابتدائي) أكثر بـ 1.733 مرة من مستوى تعليمي (جامعي). وتدل قيمة المعلمة B على ان العلاقة طردية بين متغير مستوى تعليمي (ابتدائي) ووفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات اين نجد الإشارة (+).

5-1-5 التباعد الولادات:

اخترنا تباعد الولادة أقل من 2 سنة كمرجع لمقارنة تأثير تباعد الولادات على وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات فكانت نسبة الارجحية بالنسبة لتباعد الولادات 2سنة مساوية لـ 2.594 أي ان أطفال الفئة

المرجعية اقل من 2 سنة يزيد احتمال وفياتهم بـ 2.594 مرة أكبر من أطفال فئة التباعد ولادي 2 سنة، ثم نجد فئتي اطفال التباعد الوالدي 3 سنوات و اكثر من 4 سنوات بنسبة ارجحية 1.470 و1.568 على التوالي أي ان كل واحد منهما يزيد بـ1.470 و1.568 مرة أكثر من أطفال الفئة المرجعية أطفال التباعد الولادي اقل من 2 سنة، وتدل قيمة المعلمة B على ان العلاقة طردية بين كل من متغير تباعد ولادي (فئة 2 سنة و 3 سنوات و أكثر من 4 سنوات) ووفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات اين نجد الإشارة (+).

5-1-6 التوائم:

اخترنا حالة الولادة توائم كمرجع لمقارنة تأثير التوائم وقد وجدنا ان نسبة أرجحية ولادة بدون توءم مساوية للقيمة 2.363 بمعنى أن احتمال وفاة الأطفال الأقل من خمس سنوات في حالة ما إذا ولدوا توائم أكبر بـ 2.363 مرة مما إذا ولدوا مفردين، وتدل قيمة المعلمة B فنجد الإشارة (+) أي ان العلاقة طردية بين حالة ولادة توائم ووفيات الأطفال دون سن الخامسة.

5-1-7 جنس المولود:

قمنا باختيار سمة جنس المولود ذكر كمرجع لمقارنة تأثير جنس المولود وقد وجدنا ان نسبة أرجحية سمة الجنس انثى مساوية للقيمة 1.209 بمعنى أن احتمال وفاة الأطفال الأقل من خمس سنوات من أطفال جنس ذكر أكبر بـ 1.209 مرة من أطفال جنس انثى، وتدل قيمة المعلمة B على ان العلاقة طردية بين متغير جنس المولود ذكر ووفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات اين نجد الإشارة (+).

5-1-8 القرابة الزواجية:

اخترنا حالة وجود قرابة بين الزوجين كمرجع لمقارنة تأثير متغير القرابة الزواجية وقد وجدنا ان نسبة أرجحية حالة عدم وجود قرابة بين الزوجين مساوية للقيمة 1.510 بمعنى أن احتمال وفاة الأطفال الأقل

من خمس سنوات في حالة ما إذا وجدت هناك قرابة بين الزوجين أكبر بـ 1.510 مرة مما إذا لم توجد قرابة بين الزوجين، وتدل قيمة المعلمة B فنجد الإشارة (+) أي ان العلاقة طردية بين حالة وجود قرابة بين الزوجين ووفيات الأطفال دون سن الخامسة.

5-1-9 الرضاعة الطبيعية:

تم اختيار عدم وجود رضاعة طبيعية كفئة مرجعية لمقارنة تأثير الرضاعة الطبيعية وقد وجدنا ان نسبة أرجحية عدم وجود رضاعة طبيعية مساوية للقيمة 2.415 بمعنى أن احتمال وفاة لدى الأطفال الأقل من خمس سنوات الذين لم يتم ارضاعهم رضاعة طبيعية يزيد بـ 2.415 مرة أكثر من أطفال الذين تم ارضاعهم رضاعة طبيعية، وتدل قيمة المعلمة B على ان العلاقة طردية بين متغير عدم وجود رضاعة طبيعية ووفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات اين نجد الإشارة (+).

5-1-10 مياه الشرب:

اخترنا مكان الحنفية (منبع غير معروف) كمرجع لمقارنة تأثير مياه الشرب على وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات فكانت نسبة الارجحية بالنسبة لبيوت مكان الحنفية (منبع غير محمي) مساوي لـ 1.611 أي ان أطفال الفئة المرجعية لأطفال أسر مكان الحنفية (منبع غير معروف) يزيد احتمال وفياتهم بـ 1.611 مرة أكبر من أطفال لأسر بيوتهم مكان الحنفية (منبع غير محمي)، وتدل قيمة المعلمة B فنجد الإشارة (+) أي ان العلاقة طردية بين ان يكون مكان الحنفية (منبع غير معروف) ووفيات الأطفال دون سن الخامسة.

5-2 النمذجة بالمعادلات البنائية:

نتطرق في هذا المستوى من التحليل للنقاط التالية:

- وصف منهجية الدراسة.
- الإجراءات والأدوات المستخدمة في الدراسة.
- تحليل النتائج واختبار الفرضيات.

5-2-1 وصف منهجية الدراسة:

سنتطرق في هذا البند أولا إلى أهم الإشكاليات والفرضيات التي تنتظر منا الإجابة عنها في الجانب التطبيقي، حيث أن مصدر هذه الأسئلة والفرضيات أتينا به من إشكالية الدراسة والجانب النظري، لذلك سنحاول من خلال طرحها، التأكد من صحتها أو خطئها مستعينين بالدراسة الميدانية.

5-2-2 الإطار المنهجي العام:

إن الإطار المنهجي الذي تتواجد فيه هذه الدراسة يعتمد على طريقة تفسيرية من خلال طرح الجانب النظري، وللتأكد من صحة هذه الفرضيات، لجأنا إلى الجانب التجريبي.

يتعلق موضوعنا بدراسة محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة من خلال النموذج المقترح من طرفنا أدناه. ولاكتشاف طبيعة ومكونات هذه العلاقة نستعين بالمقاربة الكيفية ثم الكمية، وتتضمن المقاربة الأولى مجموعة من الإجراءات التي تسمح لنا بتحديد مكونات المحددات الاجتماعية الاقتصادية التي تساهم في وفيات الأطفال، ومن خلال هذا استخدمنا طريقة المعادلات البنائية les équations structurelles لاختبار الفرضية الرئيسية والفرضيات الجزئية.

ان النمذجة بالمعادلات البنائية (SEM) هي منهجية إحصائية تقدم مجموعة من الاجراءات مثل باقي الطرق والاساليب الاحصائية مثل تقنية الانحدار المتعدد، التحليل العاملي وتحليل التغاير...الخ، فهي تستخدم لاختبار

نموذج نظري بتطبيق سلسلة من معادلات الانحدار واستخدامه يوفر امكانية جيدة لتحليل النماذج التفسيرية للظواهر الاجتماعية والاقتصادية وغيرها من الظواهر التي تنطوي على متغيرات متعددة ومعقدة [1].

5-2-3 تشخيص النموذج:

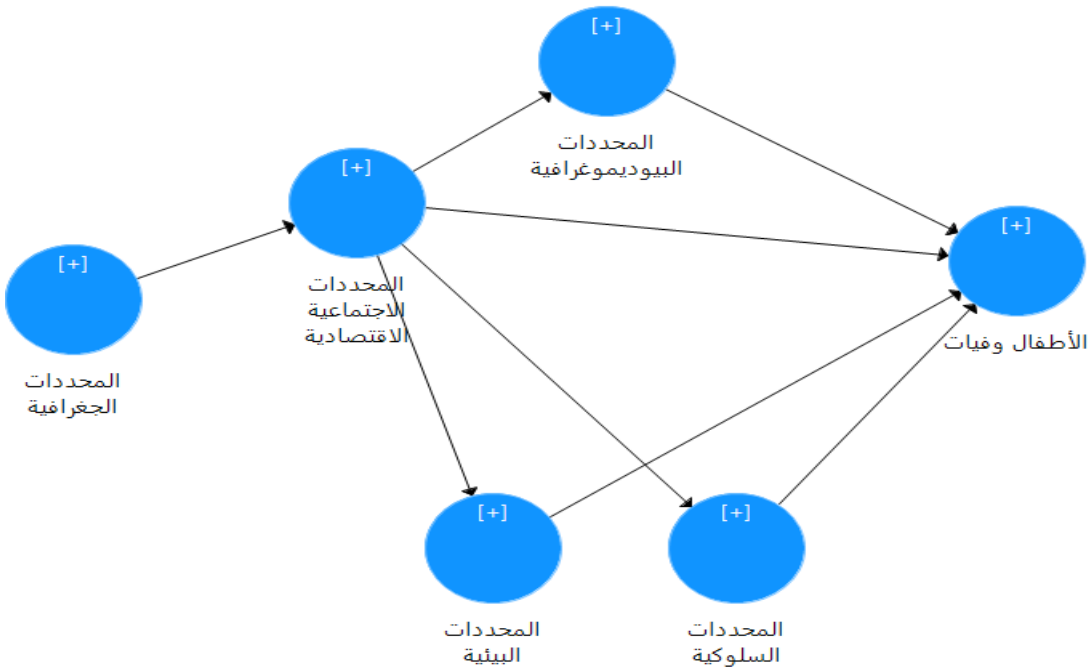
يتكون النموذج النظري من مجموعة من العلاقات السببية المفسرة لدور المحددات الاجتماعية الاقتصادية في وفيات الأطفال، ضمن هذا النموذج الذي يسمى أيضاً بنموذج التحليل تكون كل علاقة مدعمة بفرضية مرتكزة على إطار نظري أو ملاحظات تجريبية.

يتكون النموذج العام لبحثنا من 06 متغيرات كامنة (Latentes) وهم (المحددات الجغرافية، المحددات الاجتماعية الاقتصادية، المحددات البيو ديموغرافية، المحددات البيئية، المحددات السلوكية)، أما المتغيرات الظاهرة(manifestes) فتمثل أسئلة كل بعد من المتغيرات السابقة الذكر.

والشكل رقم (1) يبين وجود علاقات سببية بين المتغيرات المشكلة للمتغيرات الكامنة المستقلة ومتغيراته الظاهرة، والمتغيرات الكامنة التابعة ومتغيراته الظاهرة.

1- بداوي، محمد وآخرون. (2019)، تحليل الوساطة في أبحاث التسويق: تأثير الجودة -المدركة على ولاء زبائن شركة موبيليس لاتصالات الهاتف النقال "فرع الأغواط بالجزائر". المجلة العربية للإدارة، 537 .555.

شكل رقم (19): نموذج الدراسة متغيرات أسلوب النمذجة بالمعادلات البنائية



المصدر: من اعداد الباحث بناء على فرضيات الدراسة.

3-5 الإجراءات والأدوات المستخدمة في الدراسة

في هذا الجانب نتطرق الى أسس اختيار العينة وتقديم الأدوات الإحصائية المعتمدة.

1-3-5 مصدر البيانات:

تم الاعتماد على البيانات الواردة في المسح الوطني العنقودي المتعدد المؤشرات MICS6

والذي تم التفصيل فيه سابقا

2-3-5 الاختبارات والأدوات الإحصائية:

قمنا بإجراء الاختبارات الإحصائية قصد إعطاء الدراسة أكبر قدر من الموثوقية،

وتم استخدام برنامج SPSS (نسخة 24) وبرنامج smartpls 4، وتماشيا مع أهداف الدراسة،

فقد استخدم الباحث أدوات إحصائية نذكر منها:

1- مقاييس الإحصاء الوصفي، وذلك لوصف مجتمع الدراسة، وإظهار خصائصه، الاعتماد على النسب المئوية، والتكرارات، والإجابة على فرضيات (الدراسة، وترتيب متغيراتها حسب أهميتها النسبية

2- اختبار كي تربيع.

3- الانحدار اللوجيستي.

4- النمذجة بالمعادلات البنائية La modélisation par des équations structurelles (طريقة process).

5-4 تحليل النتائج واختبار الفرضيات:

5-4-1 معاملات الانحدار:

أما معاملات الانحدار فسنعرضها في الجداول التالية:

الجدول رقم (47): معاملات الانحدار

	Original simple (O)	Simple men (M)	Standard déviation (STDEV)	T statistiques (|O/STDEV|)	P values
البيئية -> mortalité	0,001	0,001	0,000	2,074	0,041
بيو ديموغرافية -> mortalité	-0,006	-0,006	0,001	5,310	0,000
محددات اجتماعية -> البيئية	-0,441	-0,441	0,008	54,966	0,000
محددات اجتماعية -> بيو ديموغرافية	-0,011	-0,011	0,002	4,842	0,000
محـــددات اجتماعيـــة -> محـــددات سلوكية	-0,041	-0,041	0,001	41,105	0,000
محددات اجتماعية -> mortalité	-0,005	-0,005	0,001	7,460	0,000
محـــددات جغرافيـــة -> محـــددات اجتماعية	-0,065	-0,065	0,002	26,529	0,000
محددات سلوكية -> mortalité	0,001	0,001	0,003	0,359	0,720

المصدر: من مخرجات برنامج SmartPLS

5-4-2 دراسة أثر المتغير الوسيطي:

يلجأ الباحثون في الديموغرافيا في كثير من الأحيان في تفسير الظواهر المدروسة إلى تحليل الوساطة لإثراء التحليل وتقريب الفهم بتوظيف العلاقة السببية من خلال فحص الآلية الأساسية لها،" **تختلف طبيعة البيانات المستخدمة والمفاهيم بين علم وأخر، إذ أن لكل تخصص مميزاته وقواعده تحكم طبيعة الفرضيات المنطلقة لمعالجة ظاهرة ما، ظهر مفهوم الوساطة أولا في بحوث علم النفس والتي انبثق منها تحليل الأثر غير المباشر والأثر الكلي، إن بعض الاختبارات المعيارية لمتغيرات بحوث الديموغرافية يمكن أن تسلك في الغالب نهجا معينا و افتراضا تبنى عليه هذه الاختبارات ونتيجة لذلك فإن تقديرات هذه الاختبارات القياسية يمكن أن تفتقر إلى بعض الخصائص الإحصائية المرغوبة وتؤدي إلى استنتاجات غير صحيحة نظرا لعدم توظيف متغيرات الوساطة**[1]

5-4-3 أثر الوساطة:

إن إدراج المحددات البيو ديموغرافية، السلوكية، البيئية كمتغيرات وسيطية أمر ذو مغزى، لأننا بحاجة إلى أهمية المسارات غير المباشرة للتحقق من أن هذه المتغيرات تتوسط العلاقة بين متغير المحددات الاجتماعية الاقتصادية ومتغير وفيات الأطفال، وللتأكد من أهمية هذه المسارات غير المباشرة، باستخدام bootstrapping، كما يمكننا إجراء الحساب وفق برنامج Excel.

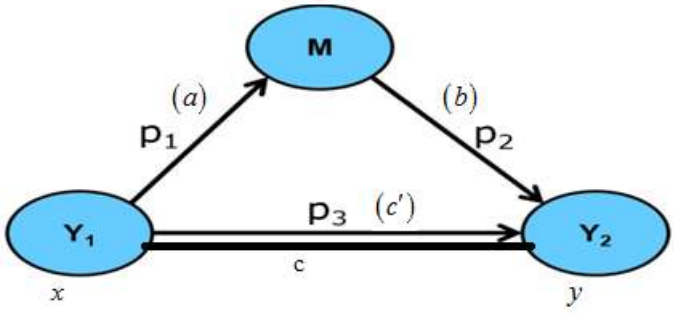
في نموذجنا هذا لدينا حالة الوساطة البسيطة، الوساطة في أبسط أشكالها تتمثل في إضافة متغير ثالث إذا كان بحوزتنا متغيرين أحدهما مستقل والأخر تابع، حيث $X \to Y$ عبارة عن علاقة، حيث X يؤثر في الوسيط M ، و M يؤثر في Y ، وبالتالي يمكننا أخذ الصيغة الأتية: $X \to M \to Y$[2] .

ونوضح ذلك في الأشكال البيانية الاتية:

[1] محمد بداوي، تحليل متغيرات الوساطة والمعدلة في بحوث إدارة الأعمال (دراسة تحليلية)، مرجع سابق ذكره(بالتصرف) .

[2] - MacKinnon .David P, Fairchild .Amanda J., and Matthew S. Fritz. (2007). Mediation Analysis, the Annual Review of Psychology, 58:593–614.

الشكل (20): نموذج بمتغير وسيطي واحد



المصدر: من إعداد الباحث استنادا إلى

Daniel J. Bauer, Kristopher J. Preacher, and Karen M. Gil,[1]

أعتمد كل من **Baron and Kenny** [2] العديد من التحليلات التي يجب إجراؤها والنتائج التي تم تقييمها فيما يتعلق بتقدير المعايير من خلال المعادلات التالية:

$$\widehat{Y} = i_1 + cX \qquad (1)$$

$$\widehat{M} = i_2 + aX \qquad (2)$$

$$\widehat{Y} = i_3 + c'X + bM \qquad (3)$$

حيث (i) عبارة عن معامل التقاطع.

ولاختبار وجود علاقة وسيطة وضع **Baron and Kenny** الشروط الثلاثة التالية[1]:

[1] - Daniel J. Bauer, Kristopher J. Preacher, and Karen M. Gil. (2006). Conceptualizing and Testing Random Indirect Effects and Moderated Mediation in Multilevel Models: New Procedures and Recommendations, Psychological Methods, Vol. 11, No. 2, 142–163.

[2] - Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 1173-1182.

1- علاقة المتغير المستقل بالمتغير التابع (الأثر الكلي) يجب أن تكون دالة احصائيا، وبالرجوع إلى الشكل السابق فإن المسار c يجب أن يكون دالا احصائيا.

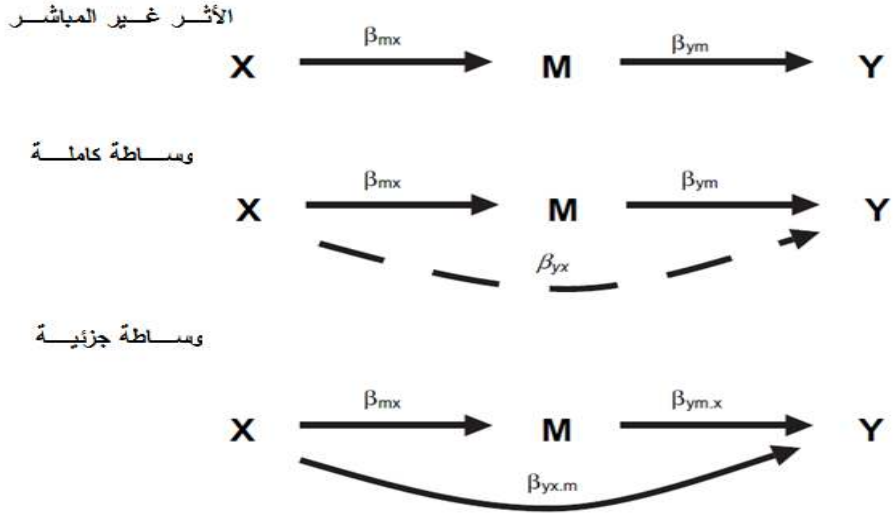
- العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير الوسيط يجب أن تكون دالة احصائيا، وبالرجوع إلى الشكل أعلاه المسار a يجب أن يكون دالا احصائيا.

3- علاقة المتغير الوسيط بالمتغير التابع يجب أن تكون دالة احصائيا، أي أن المسار b يجب أن يكون دالا احصائيا.

5-4-4 الوساطة الجزئية والكاملة: Partial and Full Mediation

لتسهيل فهم معنى الوساطة الجزئية والكاملة نستعين بالشكل الاتي[2]:

الشكل (21): الوساطة الجزئية والكاملة



المصدر:[3] **Lyytinen and gaskin، Mediation and Multi-group Analyses**

نلخص هذا المخطط في التحليل الموالي:

- يعتمد اختبار وجود تأثير الوساطة على نوع التأثير غير المباشر.

- نعيجات عبد الحميد، جودة الخدمة وتأثيراتها على ولاء الزبائن دراسة حالة مؤسسات الاتصالات بالجزائر، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم تخصص: إدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة عمار ثليجي بالأغواط، نوقشت وأجيزت [1]بتاريخ 2018/03/10، ص: 298.

[2]- محمد بداوي، تحليل متغيرات الوساطة والمعدلة في بحوث إدارة الأعمال (دراسة تحليلية)، مرجع سابق ذكره.

[3] - Lyytinen and gaskin, Mediation and Multi-group Analyses, http://www.kolobkreations.com.

– عدم وجود تأثير مباشر $X \to Y$ (β_{YX} اما صفر أو غير دال احصائيا) ليس دليلا على عدم وجود تأثير وساطة.

– لذلك وجدت ثلاث حالات مختلفة هي كما يلي:

1– وجود **تأثير غير مباشر** ($\beta_{MX} \times \beta_{YM}$ دال احصائيا).

2– وجود **وساطة كاملة** (β_{YX} دالة احصائيا) لكن ($\beta_{YX.M}$ غير دالة احصائيا، المسار P3).

3– وجود **وساطة جزئية** (β_{YX} دالة احصائيا) و ($\beta_{YX.M}$ ليست معدومة ودالة احصائيا.

لبيان تأثير المتغيرات الوسيطية نستخدم الجدول التالي:

الجدول رقم (48): مسارات المتغيرات الوسيطية

	Original simple (O)	Simple mean (M)	Standard déviation (STDEV)	T statistiques (|O/STDEV|)	P values
محددات اجتماعية -> محددات سلوكية -> mortalité	0,000	0,000	0,000	0,360	0,720
محددات جغرافية -> محددات اجتماعية -> بيوديموغرافية	0,001	0,001	0,000	4,706	0,000
محددات جغرافية -> محددات اجتماعية -> بيوديموغرافية -> mortalité	0,000	0,000	0,000	3,222	0,002
محددات اجتماعية -> البيئية -> mortalité	0,000	0,000	0,000	2,071	0,041
محددات جغرافية -> محددات اجتماعية -> البيئية	0,029	0,029	0,001	23,533	0,000
محددات جغرافية -> محددات اجتماعية -> محددات سلوكية	0,003	0,003	0,000	22,755	0,000
محددات جغرافية -> محددات اجتماعية -> البيئية -> mortalité	0,000	0,000	0,000	2,093	0,039
محددات جغرافية -> محددات اجتماعية -> mortalité	0,000	0,000	0,000	7,124	0,000
محددات اجتماعية -> بيوديموغرافية -> mortalité	0,000	0,000	0,000	3,309	0,001
محددات جغرافية -> محددات اجتماعية -> محددات سلوكية -> mortalité	0,000	0,000	0,000	0,358	0,721

المصدر: من مخرجات برنامج SmartPLS

من خلال الجدول (2) تبين لنا عدم وجود أثر غير مباشر معنوي للوسيط (للمحددات السلوكية) للعلاقة بين المحددات الاجتماعية الاقتصادية ووفيات الأطفال، غير دالة احصائية ($sig = 0.72 > \alpha = 0.05$).

وجود أثر غير مباشر معنوي للوسيط (المحددات البيو ديموغرافية) للعلاقة بين المحددات الاجتماعية الاقتصادية ووفيات الأطفال، دالة احصائية ($sig = 0.001 < \alpha = 0.05$).

وجود أثر غير مباشر معنوي للوسيط (المحددات البيئية) للعلاقة بين المحددات الاجتماعية الاقتصادية ووفيات الأطفال، دالة احصائية ($sig = 0.041 < \alpha = 0.05$).

5-5 اختبار الفرضيات:

بعد عملية تحليل بيانات الاستبيان تأتي مرحلة مهمة في دراستنا وهي اختبار الفرضيات، نبدأ بالفرضية الرئيسية ثم تليها الفرضيات الجزئية.

5-5-1الفرضية الرئيسية:

H_0: لا يوجد تأثير معنوي دال إحصائيا للمحددات الاجتماعية الاقتصادية على وفيات الأطفال عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

بالرجوع إلى بيانات الجدول (1): معاملات الانحدار تبين أن ($sig = 0.000 < \alpha = 0.05$)، وبالتالي رفض H_0 وقبول H_1 أي يوجد أثر معنوي دال إحصائيا للمحددات الاجتماعية الاقتصادية على وفيات الأطفال عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

5-5-2 الفرضيات الجزئية:

ف1: H_0: لا يوجد تأثير معنوي دال إحصائيا للمحددات الجغرافية على المحددات الاجتماعية الاقتصادية عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

بالرجوع إلى بيانات الجدول (1): معاملات الانحدار تبين أن ($sig = 0.000 < \alpha = 0.05$)، وبالتالي رفض H_0 وقبول H_1 أي يوجد أثر معنوي دال إحصائيا للمحددات الجغرافية على المحددات الاجتماعية الاقتصادية عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

ف2: H_0: لا يوجد تأثير معنوي دال إحصائيا للمحددات الاجتماعية الاقتصادية على المحددات البيو ديموغرافية عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

بالرجوع إلى بيانات الجدول (1): معاملات الانحدار تبين أن ($sig = 0.000 < \alpha = 0.05$)، وبالتالي رفض H_0 وقبول H_1 أي يوجد أثر معنوي دال إحصائيا للمحددات الاجتماعية الاقتصادية على المحددات البيو ديموغرافية عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

ف3: H_0: لا يوجد تأثير معنوي دال إحصائيا للمحددات الاجتماعية الاقتصادية على المحددات السلوكية عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

بالرجوع إلى بيانات الجدول (1): معاملات الانحدار تبين أن ($sig = 0.000 < \alpha = 0.05$)، وبالتالي رفض H_0 وقبول H_1 أي يوجد أثر معنوي دال إحصائيا للمحددات الاجتماعية الاقتصادية على المحددات السلوكية عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

ف4: H_0: لا يوجد تأثير معنوي دال إحصائيا للمحددات الاجتماعية الاقتصادية على المحددات البيئية عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

بالرجوع إلى بيانات الجدول (1): معاملات الانحدار تبين أن ($sig = 0.000 < \alpha = 0.05$)، وبالتالي رفض H_0 وقبول H_1 أي يوجد أثر معنوي دال إحصائيا للمحددات الاجتماعية الاقتصادية على المحددات البيئية عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

ف5: H_0: لا يوجد تأثير معنوي دال إحصائيا للمحددات البيو ديموغرافية على وفيات الأطفال عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

بالرجوع إلى بيانات الجدول (1): معاملات الانحدار تبين أن ($sig = 0.000 < \alpha = 0.05$)، وبالتالي رفض H_0، وقبول H_1 أي يوجد أثر معنوي دال إحصائيا للمحددات البيو ديموغرافية على وفيات الأطفال عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

ف6: H_0: لا يوجد تأثير معنوي دال إحصائيا للمحددات السلوكية على وفيات الأطفال عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

بالرجوع إلى بيانات الجدول (1): معاملات الانحدار تبين أن ($sig = 0.72 > \alpha = 0.05$)، وبالتالي قبول H_0، أي لا يوجد أثر معنوي دال إحصائيا للمحددات السلوكية على وفيات الأطفال عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

ف7: H_0: لا يوجد تأثير معنوي دال إحصائيا للمحددات البيئية على وفيات الأطفال عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

بالرجوع إلى بيانات الجدول (1): معاملات الانحدار تبين أن ($sig = 0.000 < \alpha = 0.05$)، وبالتالي رفض H_0، وقبول H_1 أي يوجد أثر معنوي دال إحصائيا للمحددات البيئية على وفيات الأطفال عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

5-5-3 دور المتغيرات الوسيطية:

ف8: لا يوجد تأثير للمتغير الوسيطي (المحددات البيو ديموغرافية) في العلاقة بين متغيري المحددات الاجتماعية الاقتصادية ووفيات الأطفال عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

بالرجوع إلى بيانات الجدول (2)، وجود أثر غير مباشر معنوي للوسيط (المحددات البيو ديموغرافية) للعلاقة بين المحددات الاجتماعية الاقتصادية ووفيات الأطفال، دالة احصائية ($sig = 0.001 < \alpha = 0.05$).

ف9: لا يوجد تأثير للمتغير الوسيطي (المحددات السلوكية) في العلاقة بين متغيري المحددات الاجتماعية الاقتصادية ووفيات الأطفال عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

من خلال الجدول (2) تبين لنا عدم وجود أثر غير مباشر معنوي للوسيط (للمحددات السلوكية) للعلاقة بين المحددات الاجتماعية الاقتصادية ووفيات الأطفال، غير دالة احصائية ($sig = 0.72 > \alpha = 0.05$).

ف10: لا يوجد تأثير للمتغير الوسيطي (المحددات البيئية) في العلاقة بين متغيري المحددات الاجتماعية الاقتصادية ووفيات الأطفال عند مستوى معنوية $\alpha = 0.05$.

بالرجوع إلى بيانات الجدول (2)، وجود أثر غير مباشر معنوي للوسيط (المحددات البيئية) للعلاقة بين المحددات الاجتماعية الاقتصادية ووفيات الأطفال، دالة احصائية $(sig = 0.001 < \alpha = 0.05)$.

خلاصة الفصل الخامس:

في الخلاصة تبين لنا بعدما استخدمنا التحليل اللوجستي أن هناك بعض المتغيرات التي لم تكن لها دلالة إحصائية، وهي (المستوى المعيشي للأسرة، رتبة المولود، عمر الأم، غسل اليدين، الهواء الداخلي للمنزل، ظروف السكن، الصرف الصحي).

أما المتغيرات المتبقية فقد قبلها النموذج وكان لها أثر في تعرض الأطفال دون سن الخامسة للوفاة وهي (مناطق البرمجة الاقليمية، وسط الاقامة، عمل الأم، المستوى التعليمي، تباعد الولادات، التوأم، جنس الطفل، صلة القرابة، الرضاعة الطبيعية، مياه الشرب).

أما التحليل بالاعتماد على النمذجة بالمعادلات البنائية والذي تكوّن نموذجه العام من متغيرات كامنة وهي (المحددات الجغرافية، المحددات الاجتماعية الاقتصادية، المحددات البيو ديموغرافية، المحددات البيئية، المحددات السلوكية)، أما المتغيرات الظاهرة فتمثل أسئلة كل بعد من المتغيرات السابقة الذكر.

وقد توصلنا من خلال النموذج على أن هناك أثر في تعرض الأطفال دون سن الخامسة للوفاة من منطلق الوساطات الثلاثة: تأثير غير مباشر، وساطة جزئية، وساطة كاملة بين محددات النموذج.

النتائج العامة للدراسة:

في دراستنا لوفيات الأطفال دون سن الخامسة بالجزائر من خلال مسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2018-2019 قصد التبين والاستيضاح عما يقف وراء ظاهرة وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر، وبالاعتماد على قاعدة بيانات معالجة ومعدلة من المسح الوطني 2018-2019 حتى يتسنى لنا دراسة ومناقشة مجموعة من الفرضيات المقترحة تم اعتمادها، وعليه فإن عرض النتائج يكون تبعا للفرضيات ووفقا للأهداف المسطرة لهذه الدراسة.

نتائج الفرضية الأولى:

الفرضية الأولى وهي تأثير عمر الام على احتمال الوفاة لدى الأطفال الأقل من خمس سنوات في الجزائر واعتمادا على معطيات المسح الوطني السادس المتعدد المؤشرات (MICS6) فإننا توصلنا إلى النتيجة التالية:

اتضح ان عمر الام له دلالة إحصائية وتأثير على احتمال الوفاة الأطفال دون سن الخامسة.

ومنه يتبين لنا ان جانب من تفسير ظاهرة الوفيات لدى الأطفال دون سن الخامسة يلعب فيه عمر الام بدور لا بأس به عندما ننظر الى عاملي الخبرة والاستعداد البيولوجي لدى الام الذين هما لصيقين بعمر الام عند الولادة ففي العمر المتقدم أي الأمهات صغيرات السن نجد ان نقصان عاملا الخبرة و قلة الاستعداد البيولوجي يؤديان الى ذلك الفارق المرتفع بينما في العمر المتأخر عند الأمهات كبيرات السن فنجد عامل الخبرة المرتفع مع ضعف في الاستعداد البيولوجي الشيء الذي يخفض من معدل احتمال الوفاة عند الأطفال دن سن الخامسة وبين العمر المتقدم والعمر المتأخر نجد الأمهات ذوات العمر المتوسط وهن أمهات ذوات خبرة متوسطة و استعداد بيولوجي أيضا متوسط يقابله معدل وفيات متوسط.

نتائج الفرضية الثانية:

اما من خلال الفرضية الثانية التي تعني بتأثير الرضاعة الطبيعية في احتمال تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة في الجزائر من خلال معطيات المسح الوطني السادس المتعدد المؤشرات (MICS6) فإننا توصلنا إلى النتيجة التالية:

فقد تبين لنا ان الأطفال الذين رضعوا رضاعة طبيعية كانت حظوظهم في البقاء على قيد الحياة اعلى من الأطفال الذين لم يرضعوا رضاعة طبيعية، ذلك ان الرضاعة الطبيعية تقي الطفل الصغير من الامراض وتعزز لديه المناعة الدفاعية ضد الامراض التي قد يتعرض لها الأطفال، على العكس مع الأطفال الذين لم يحصلوا على الرضاعة الطبيعية.

نتائج الفرضية الثالثة:

واما من الخلال الفرضية الثالثة التي تعنى بتأثير المتغير الوسيطي (المحددات البيو ديموغرافية) في العلاقة بين متغيري المحددات الاجتماعية والاقتصادية ووفيات الأطفال في الجزائر من خلال معطيات المسح الوطني السادس المتعدد المؤشرات (MICS6) فإننا توصلنا إلى النتيجة التالية:

تبين ان هناك أثر غير مباشر معنوي للوسيط (المحددات البيو ديموغرافية) للعلاقة بين المحددات الاجتماعية الاقتصادية ووفيات الأطفال.

نتائج الفرضية الرابعة:

من الخلال الفرضية الرابعة التي تعنى بتأثير المتغير الوسيطي (المحددات البيئية) في العلاقة بين متغيري المحددات الاجتماعية والاقتصادية ووفيات الأطفال في الجزائر من خلال معطيات المسح الوطني السادس المتعدد المؤشرات (MICS6) فإننا توصلنا إلى النتيجة التالية:

تبين ان هناك أثر غير مباشر معنوي للوسيط (المحددات البيئية) للعلاقة بين المحددات الاجتماعية الاقتصادية ووفيات الأطفال.

وتبين أيضا أن هناك أثر غير مباشر معنوي للوسيط (المحددات البيو ديموغرافية) للعلاقة بين المحددات الاجتماعية الاقتصادية ووفيات الأطفال.

نتائج الفرضية الخامسة:

واما من الخلال الفرضية الخامسة التي تعنى بتأثير المتغير الوسيطي (المحددات الاجتماعية والاقتصادية) في العلاقة بين متغيري المحددات الجغرافية ووفيات الأطفال في الجزائر من خلال معطيات المسح الوطني السادس المتعدد المؤشرات (MICS6) فإننا توصلنا إلى النتيجة التالية:

تبين ان هناك أثر غير مباشر معنوي للوسيط (المحددات الاجتماعية والاقتصادية) للعلاقة بين المحددات الجغرافية ووفيات الأطفال.

مناقشة النتائج العامة:

بالنسبة لبقية العوامل الأخرى المدرجة في النموذج التحليلي المقترح توصلنا إلى النتائج التالية:

بالنسبة لاحتمال التعرض لخطر الوفاة كانت النتائج كالآتي:

اتضح أن المتغيرات البيو ديموغرافية التي لها دلالة إحصائية في علاقة تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة هي كالآتي: صلة القرابة، رتبة الطفل، التوأم، تباعد الولادات.

عمر الأم مساهم في تعرض الأطفال لخطر الوفاة باعتبار أن الأم الأكبر سنا يقل خطر الوفاة لدى أطفالها من خلال الخبرة المكتسبة من التجارب مع الأطفال، في حين أن الأمهات صغيرات السن يرتفع لدى أطفالهن احتمال خطر الوفاة.

أظهر التحليل أن متغير صلة القرابة يساهم في تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة حيث ان هناك ارتباط طردي واضح اذ انه كلما زادت قوة صلة القرابة زاد احتمال تعرض الأطفال لخطر الوفاة مما يدل على ان صلة القرابة عامل مباشر يساهم في رفع معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة. والسبب الكامن وراء هذا المتغير هو انتقال الامراض الوراثية في المرحلة الجنينية.

أما رتبة الطفل وٌجد أنه كلما تأخرت رتب الأطفال كلما ارتفع احتمال خطر الوفاة لديهم لاعتبارات التنافس بين الأبناء، والضعف البدني للام، وتشتت الانتباه كلما زاد عدد الابناء قل الاهتمام بهم، باستثناء الرتبة الأولى اين يدخل في الاعتبار عامل الخبرة وعامل الاستعداد النفسي والبيولوجي لدى الام. اما ما يخص التوائم فإنه كلما كانت الزيادة مع توأم كانت حظوظ البقاء على الحياة أضعف ذلك ان جهد المادي والنفسي والبدني مضاعف من طرف الام الذي ما يتلاش مع الزمن ويكون حض الطفل هو النصف من الاهتمام وفيما يخص متغير تباعد الولادات اتضح أن الفترة المثالية للتباعد هي فترة الابعد وكلما

تقلصت فترة التباعد ارتفع معها الاحتمال التعرض للوفاة ما عدى الرتبة الأولى مستثناة لانه ليس قبلها ولادة، حيث تساهم هذه الفترة في دعم صحة الطفل سواء السابق أو اللاحق.

بينما اتضح أن جنس الطفل على الرغم من تقلص الفارق بين الجنسين الا انه دائما حاضرا في فترة حديثي الولادة اين نجد البنت لها استعداد بيولوجي يمنحها حظوظ للبقاء أكثر من الولد.

واما بالنسبة لمتغيرات البيئية المحيطة التي لها دلالة إحصائية وعلاقة باحتمال تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة والتي لم تُدرج في الفرضيات فهي كالآتي: ظروف السكن.

اتضح أن أعلى احتمال تعرض لخطر الوفاة سجل عند الأطفال من اسر يسكنون منازل غير ملائمة للسكن بمقابل الأطفال الذين يقيمون في مساكن ملائمة. لهذا فالسكن الملائم والصحي يعزز من فرص البقاء على قيد الحياة لدى الأطفال دون سن الخامسة.

أما المتغيرات الجغرافية التي لها دلالة إحصائية وعلاقة باحتمال تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة هي كالتالي: وسط الإقامة، منطقة السكن.

فيما يخص متغير وسط الإقامة ظهر أن أطفال الريف أكثر عرضة لاحتمال التعرض لخطر الوفاة بمقابل أطفال الحضر. أما متغير منطقة السكن تبين أن أطفال منطقة الجنوب هم أكثر عرضة لاحتمال التعرض لخطر الوفاة، يليهم أطفال منطقة الشمال شرق مع أطفال منطقة هضاب عليا، ثم أطفال منطقة هضاب عليا شرق، ثم يأتي أطفال منطقة شمال وسط وشمال غرب على التوالي، وفي الأخير أدنى إصابة سجلت بمنطقة الهضاب العليا غرب.

بالنسبة للمحددات السلوكية التي لها دلالة إحصائية وعلاقة بإصابة الأطفال دون سن الخامسة ولم تدرج في الفرضيات فهي كالآتي: غسل اليدين.

اتضح ان لغسل اليدين دور في التأثير على الاحتمال التعرض لخطر الوفاة ذلك أن الاسر التي لها سلوك سلبي اتجاه غسل اليدين يكون فيها الأطفال عرضة لاحتمال الوفاة على العكس مع الاسر التي لها سلوك اجابي اتجاه غسل اليدين

بالنسبة للمحددات الاجتماعية الاقتصادية التي لها دلالة إحصائية وعلاقة باحتمال تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة هي كالتالي: المستوى المعيشي للأسر، المستوى التعليمي للأم، عمل الام.

تبين أن أطفال الأسر الأشد فقرا وأطفال الأسر الفقيرة مع الاسر الميسورة هم أكثر عرضة للتعرض لخطر الوفاة بمقابل الأسر الغنية والغنية جدا. أما المستوى التعليمي فقد اتضح من النتائج أن أطفال الأمهات الأميات مع الأمهات من مستوى تعليمي ابتدائي هم أكثر عرضة للتعرض لخطر الوفاة، وهو ما يدعم الافتراضات العلمية التي تتفق على أن المستوى التعليمي يساهم في تعزيز فرص البقاء على قيد الحياة لدى الأطفال دون سن الخامسة.

وفي الأخير أفرز التحليل اللوجستي الثنائي عشر متغيرات هي على التوالي: مكان الاقامة، منطقة السكن، عمل الام، التوأم، الجنس، المستوى التعليمي للأم، تباعد الولادات، صلة القرابة، الرضاعة الطبيعية، مكان الحنفية. وأفرز التحليل بالنمذجة عن ثماني فرضيات ذات دلالة إحصائية.

الخاتمة:

في ختام دراستنا ومن خلال تناولنا لموضوع وفيات الأطفال دون سن الخامسة أردنا ان نحيط بجل الأسباب التي تقف وراء تعرض هذه الفئة للوفاة بالجزائر من خلال قاعدة معطيات المسح السادس الممثلة لكل القطر الوطني، ولهذا اعتمدنا في عملنا على عدة مستويات من التناول والتحليل والأساليب الاحصائية الوصفية والعلاقاتية والتنبؤية كي نستطيع أن ندرس الموضوع دراسة جيدة.

إنّ موضوعا كموضوع وفيات الأطفال دون سن الخامسة يشكل مشكلة عالمية خطيرة وهاجسا يقف في طريق أهداف التنمية والتنمية المستدامة التي وضعتها منظمة الصحة العالمية تحت إشراف منظمة الأمم المتحدة والتي من بينها تحسين ظروف عيش الأطفال الصغار والتقليل من المخاطر التي تحيط بهم وفي الأخير محاولة حمايتهم وتجنيبهم خطر التعرض للوفاة، فوفقًا لآخر تقرير لمنظمة الصحة العالمية صدر في سنة 2021 بلغ عدد الوفيات في العالم لهذه الفئة حوالي2.1 مليون وفاة.

معظم الوفيات لهذه الفئة المهمة من السكان والتي تعد الركيزة الأساسية والقاعدة الخلفية للمجتمع حدثت في الدول النامية، والجزائر تصنف كبلد نامي، ومع ذلك بالرغم من تصنيف الجزائر ضمن البلدان النامية إلا أن جهود الدولة التي بُذلت من أجل التقليل من معدلات الوفيات؛ قد أثمرت من خلال الأرقام المتداولة حول معدلات الوفاة منذ عقود، ولهذا شهدت وفيات الأطفال دون سن الخامسة بالجزائر تراجعا ملحوظا خلال العقود الأخيرة، ففي سنة 1992 من خلال معطيات المسح الجزائري لصحة الأم والطفل قُدّر معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حينذاك بـ 48.6‰ من كل 1000 ولادة حية، أما في المسح الجزائري لصحة الأسرة بسنة 2002 قُدّر المعدل بـ 36.7‰ وفاة لكل 1000 ولادة حية، في حين قُدّر في المسح الوطني متعدد المؤشرات بسنة 2012، 24.1‰ وفاة لكل 1000 ولادة حية، وبالنسبة لآخر الاحصائيات من خلال المسح الوطني السادس متعدد المؤشرات لسنة 2019 الذي عملنا عليه فقد بلغ

معدل الوفيات 19‰ لكل 1000 ولادة حية. لذا يلاحظ أن هناك انخفاضا مطردا في معدلات الوفاة يصل إلى أكثر من النصف، والذي يمكن تقديره حسابيا بانخفاض يساوي 60% منذ ثلاثين سنة مرّت. ولكن بالرغم من الجهود المبذولة لا يزال هناك تحديات نحتاج مواجهتها لتحسين الوضع بشكل أكبر، لأننا إذا أردنا أن نقلل من هذه الظاهرة وجب على الفاعلين أن يتجهوا لمكافحة الأسباب المؤدية والمساعدة على انتشارها. ولعلّ من بين أهم الأسباب الرئيسية المؤدية لوفاة الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر سوء التغذية والأمراض المعدية مثل التهابات الجهاز التنفسي الحاد والإسهال والحصبة وفقر الدم وسوء التغذية.

إن الأطفال في هذا السن يتأثرون بشدة بما يحيط بهم من خلال البيئة المحيطة بهم وكذلك من سلوك الآباء تجاههم، ولهذا بالإضافة لما سبق تتعدد العوامل المؤثرة في صحة الأطفال دون سن الخامسة من عوامل بيولوجية وأخرى اجتماعية اقتصادية وسلوكية وكذلك عوامل بيئية وجغرافية تحتم على القائمين على صحة الطفل سواء القطاع الصحي والعاملين به أو واضعي البرامج الصحية لصحة الطفل والأم الأخذ بعين الاعتبار جميع المقاربات التي تهدف لتحسين وضعية هذه الفئة سواء المقاربات الطبية أو التي تقع خارج المجال الطبي من خلال الرفع من جودة الحياة والتعليم والتحسين في أنظمة مياه الشرب والصرف الصحي والاسكان وكل ما يتعلق بتحسين البيئة المحيطة بالأطفال والأسر. وفي هذا الصدد لقد حققت الجزائر أرقاما مهمة في انخفاض وفيات الأطفال دون سن الخامسة بالتحديد؛ وهذا ما يلاحظ جليا من خلال النظر إلى الثلاثين سنة التي مضت من خلال تطوير البنية التحتية للمدن والأرياف والحصول على مياه شرب نقية والتخلص من النفايات وتحسين شبكات الصرف الصحي وتقريب الهياكل الصحية من السكان وكذلك تدريب وتأهيل الكادر الصحي أو ما يعرف بالمورد البشري. ولكن بالرغم من كل ما ذكرنا لاتزال معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة مرتفعة إذا ما قورنت بمعدلات الدول المتقدمة وعن المستوى المأمول والأهداف الأممية الموضوعة لغاية سنة 2030 لتحقيق التنمية المستدامة.

يتوجب على الفاعلين في المجتمع والأسر توفير البيئة الصحية والآمنة للأطفال، ويشمل ذلك:

حسب المحددات البيوغرافية:

- تعزيز صحة الأمهات: تلعب صحة الأمهات دورًا مهمًا في صحة الأطفال. من خلال توفير خدمات الرعاية الصحية قبل الولادة وبعدها، يمكن تحسين صحة الأمهات ومنع مضاعفات الحمل والولادة التي يمكن أن تؤدي إلى وفاة الأطفال.

- تعزيز المتابعة الصحية للحمل والولادة وذلك من خلال توفير خدمات الرعاية prénatal والرعاية postnatal الجيدة، وزيادة الوعي بأهمية هذه الخدمات.

حسب المحددات السلوكية

- تعزيز الرضاعة الطبيعية وذلك من خلال توعية الأسر بفوائد الرضاعة الطبيعية، وتوفير الدعم للأمهات المرضعات. كما يمكن للرضاعة الطبيعية أن توفر للأطفال الحماية من الأمراض والالتهابات

- تعزيز التغذية السليمة للأطفال وذلك من خلال توعية الأسر بأهمية التغذية السليمة للأطفال، وتوفير الأطعمة المغذية بأسعار معقولة.

- تطعيم الأطفال ضد الأمراض المعدية وذلك من خلال توفير اللقاحات المجانية، وتعزيز الوعي بأهمية التطعيم.

- تعزيز الوعي بمخاطر العادات والتقاليد الضارة بصحة الأطفال هناك بعض العادات والتقاليد التي يمكن أن تضر بصحة الأطفال. من خلال التوعية بمخاطر هذه العادات والتقاليد، يمكن الحد من انتشارها.

حسب المحددات الاجتماعية والاقتصادية

- تحسين مستوى المعيشة للعائلات الفقيرة يمكن أن يؤدي تحسين مستوى المعيشة للعائلات الفقيرة إلى تحسين صحة الأطفال وعائلاتهم. من خلال توفير فرص العمل اللائقة، يمكن زيادة دخل العائلات الفقيرة، مما يسمح لها بتوفير الغذاء والمأوى والرعاية الصحية لأطفالها.

- تعزيز الرعاية الصحية الأولية وذلك من خلال بناء وتجهيز المرافق الصحية في المناطق الريفية والنائية، وتوفير الكوادر الطبية اللازمة، وتعزيز التنقل بين المناطق.

- تعزيز الحماية الاجتماعية للأطفال التي يمكن أن تساهم في تحسين نوعية حياتهم ومنع تعرضهم للخطر. من خلال توفير الضمان الاجتماعي للعائلات الفقيرة، يمكن مساعدة هذه العائلات على توفير الغذاء والمأوى والرعاية الصحية لأطفالها. كما يمكن لبرامج حماية الطفل أن توفر للأطفال الحماية من العنف والإساءة.

- تعزيز الرعاية الصحية الأولية يمكن أن تساهم الرعاية الصحية الأولية في تحسين صحة الأطفال من خلال توفير الرعاية الوقائية والعلاجية. من خلال بناء وتجهيز المرافق الصحية في المناطق الريفية والنائية، يمكن تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية للأطفال في هذه المناطق. كما يمكن توفير الكوادر الطبية اللازمة لضمان تقديم الرعاية الصحية المناسبة للأطفال.

- تعزيز التعاون بين مختلف القطاعات الحكومية والمجتمع المدني حيث يتطلب الحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة تعاونًا بين مختلف القطاعات الحكومية والمجتمع المدني. من خلال تنسيق الجهود، أين يمكن تحقيق الأهداف المشتركة في هذا المجال.

حسب المحددات الجغرافية

- تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية في المناطق الريفية والنائية: وذلك من خلال بناء وتجهيز المرافق الصحية، وتوفير الكوادر الطبية اللازمة، وتعزيز التنقل بين المناطق.

حسب المحددات البيئية

- تحسين جودة المياه والصرف الصحي وذلك من خلال توفير مياه الشرب الآمنة، وتحسين الصرف الصحي، والنظافة العامة.
- تعزيز سلامة الغذاء وذلك من خلال مراقبة جودة الأغذية، وتوعية الأسر بطرق إعداد الطعام الآمنة.

توفير الغذاء الصحي والنظافة الشخصية والترفيه والنوم الكافي والتعليم الصحي المناسب. ويتطلب الأمر أيضاً التواصل الجيد مع الطفل وتقديم الدعم النفسي والعاطفي اللازم له.

إن ظاهرة وفيات الأطفال دون سن الخامسة يمكن التقليل منها من خلال التدخلات الأممية والمحلية اللازمة وإيجاد الحلول والتي في كثير من الأحيان لا تكلّف كثيرا وعائدها يكون أكبر بكثير من تكاليفها، ولعل الحلول المتاحة للحد من وفيات الأطفال تختلف حسب السياق الاجتماعي والاقتصادي والبيئي والثقافي وحتى السياسي في كل منطقة ودولة. ومع ذلك فهناك بعض الحلول الرئيسية التي يمكن اتخاذها لتحسين صحة الأطفال والحد من وفاتهم.

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

القواميس والمعاجم:

1- مجمع اللغة العربية، المعجم الوسيط، المعجم الوسيط، مكتبة الشروق الدولية، ط4، 2004.

2- 1 عدنان أبو مصلح، معجم مصطلحات علم الاجتماع، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2015.

الكتب:

1- عبد الرحمان مصيقر وآخرون، الموسوعة العربية للغذاء والتغذية، أكاديميا، أبو ظبي، 2008.

2- حسن أبو الحمد إبراهيم حسين زواج الأقارب والاثار المترتبة عليه . ص 816

المقالات العلمية:

1- العبيدي، يونس، الراشدي، مها. (2018)، التباين المكاني لمعدل وفيات الأطفال الرضع في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية للمدة (1990-2015)، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية المجلد14، العدد (2): 517-536.

2- العبيدي، أحمد. (2008)، الأمن الصحي في الوطن العربي بمنظور جيو سياسي، دراسات اقليمية، المجلد 05 العدد 12: 123-154.

3- بداوي، محمد وآخرون. (2019)، تحليل الوساطة في أبحاث التسويق: تأثير الجودة -المدركة على ولاء زبائن شركة موبيليس لاتصالات الهاتف النقال "فرع الأغواط بالجزائر". المجلة العربية للإدارة، 537 .555.

4- جلال سعد الدين، آية ومحمد عبد الناصر إيمان. (2015). اللاكتوفيرين وفوائده الصحية، مجلة أسيوط للدراسات البيئية، العدد 42: 37-48.

5- حسام، سليمان عيد. (2014). تقويم وتصحيح التركيب العمري والنوعي لبيانات تعداد سكان قطاع غزة عام 2007، مجلة الدراسات الإنسانية، عدد (13): 389-416.

6- سيهام عبد العزيز. (2020)، أسباب وفيات الاطفال دون الخمس سنوات في الجزائر من 2002 الى 2016، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد12(04): 209-216.

7- عباس، فاضل حسين. (2009). تقويم وتصحيح بيانات التركيب العمري والنوعي لسكان العراق وفق تعداد 1997، مجلة التقني، عدد (22): 180-197.

8- عبد العاطي، فاطمة، فودة، عبد الفتاح. (2015)، دراسة إحصائية عن العوامل المؤثرة في معدلات وفيات الأطفال الرضع في إقليم كردستان العراق، مجلة وادي النيل للدراسات والبحوث، العدد السابع: 241-270.

9- كرادشة، منير وشتيوي، موسى. (2012). تمايزات النوع الاجتماعي وعلاقته بوفيات الأطفال بالأسرة الأردنية: دراسة تحليلية، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، 05(01): 86-110.

10-محمد بداوي، النمذجة بالمعادلات البنائية وتطبيقاتها في بحوث التسويق، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية العدد:5، ديسمبر ،2016، ص:23.

التقارير والدراسات:

1- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)، وضع الأطفال في العالم 2012: الأطفال في عالم حضري "معا من أجل الأطفال"، 2012.

2- المركز الديموغرافي بالقاهرة، أثر تمكين المرأة على التنمية الاجتماعية والاقتصادية في مصر، القاهرة، مصر، 2007.

3- المركز الديموغرافي والمجلس القومي للسكان، أهم المؤشرات السكانية والاقتصادية والاجتماعية لمحافظة سوهاج، مصر، 2008.

4- منظمة الشراكة العالمية لغسل اليدين (موقع اليوم العالمي لغسل اليدين)، غسل اليدين، كتيب دليل غسل اليدين، 2020.

5- منظمة الصحة العالمية واليونيسف، الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال، منشور، 2003.

6- منظمة الصحة العالمية (المجلس التنفيذي)، الدورة الخامسة بعد المائة، تقرير الفقر والصحة، 1999.

7- منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات العالمية 2010، إدارة التسويق والتوزيع، جنيف، سويسرا، 2010.

8- الأمم المتحدة (الجمعية العامة)، تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام 2030، الدورة السبعون،21 أكتوبر 2015.

9- الأمم المتحدة (الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي)، تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2002.

10- معهد الدوحة الدولي للأسرة، رفاه الطفل في دول الخليج العربي، تقرير، 2018.

11- تقرير الأهداف التنموية للألفية التقرير القطري الثاني «مصر"، إعداد مركز دراسات واستشارات الإدارة العامة بجامعة، القاهرة، جمهورية مصر العربية ،2004.

12- الجمهورية العربية السورية، المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006، التقرير الرئيسي، 2008.

13- الأمم المتحدة (اللجنة الاقتصادية لإفريقيا)، موجز قُطري(تونس) 2016، تقرير، 2017.

14- كتابة الدولة لشؤون الأسرة «إدارة الأسرة والطفل"، السياسة الوطنية لتنمية الطفولة الصغرى في موريتانيا، تقرير.

15- اللجنة الشعبية العامة للشؤون الاجتماعية "إدارة رعاية الطفولة"، التقرير الوطني حول الميثاق الأفريقي لحقوق الطفل ورفاهيته، ليبيا، 2012.

16- منظمة الصحة العالمية واليونيسف، الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال، منشور، 2003.

17- وزارة التنمية والتعاون الدولي بتونس، المسح العنقودي متعدد المؤشرات2011-2012، التقرير الرئيسي، 2013.

18- وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية(المغرب)، حصيلة منجزات 30سنة من اعتماد اتفاقية حقوق الطفل، 2019.

19- مجموعة البنك الدولي (التوجيهات في التنمية البشرية)، توسيع نطاق فرص الجيل القادم تنمية الطفولة المبكرة في شمال افريقيا والشرق الاوسط، تقرير، 2016.

20- منظمة الصحة العالمية، تقرير تلوث الهواء وصحة الأطفال: العلاج بالهواء النقي، جنيف، سويسرا، 2018.

21- منظمة الصحة العالمية واليونيسف، الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال، منشور، 2003.

22- الديوان الوطني للإحصائيات، تقرير الجزائر بالأرقام، الجزائر، رقم49، نشرة 2021.

23- قيس محمود حسيبا، المحددات الاجتماعية ا ولاقتصادية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015.

24- وزارة التنمية والتعاون الدولي بتونس، المسح العنقودي متعدد المؤشرات2011-2012.

المنظمات والهيئات:

1- وفيات الأطفال دون سن الخامسة، https://www.unicef.org/ar/

2- منظمة الصحة العالمية، الصرف الصحي' https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/sanitation

3- منظمة الصحة العالمية، الصرف الصحي' https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/sanitation

4- اغسل يديك الآن، صحة المراهقين والأطفال والنساء (منظمة الصحة العالمية)، https://pmnch.who.int/ar/news-and-events/news/item/18-04-1443-opinion-time-to-come-clean-on-hand-washing-investment

5- منظمة الصحة العالمية، 2017 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/ar

6- منظمة الصحة العالمية، 2018 http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/daily-newborn-deaths/ar/

7- منظمة الصحة العالمية، تحسين فرص بقاء الأطفال على قيد الحياة وعافيتهم، 2020 https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality

8- زارة الصحة العالمية، الأمراض المعدية، 2019، https://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/EducationalContent/Diseases/Infectious/Pages/004.aspx

9- الأمم المتحدة، ازدياد عدد الوفيات وحالات الإصابة بمرض السل خلال جائحة كورونا، 2022، https://news.un.org/ar/story/2022/10/1114662

10- الوكالة الدولية (IAEA)، الملاريا، https://www.iaea.org/ar/almawadie/almalaria

11- منظمة الصحة العالمية، http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/eliminate-hepatitis/ar/ ،

12- المنظمة العالمية للصحة، http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/ntd-report/ar/ ،

13- المنظمة العالمية للصحة، http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/ntd-report/ar/

14- المكتب الإقليمي لشرق المتوسط "منظمة الصحة العالمية"، الأمراض غير السارية، https://www.emro.who.int/ar/noncommunicable-diseases/diseases/diseases.html

15- منظمة الصحة العالمية، (بتصرف)، http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ar

16- البنك الدولي، 2018، معدل وفيات الأطفال دون 5 سنوات (1990-2018) https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT?end=2008&start=1960

17- منظمة الصحة العالمية، تخفيض معدلات وفيات الأطفال، https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality

18- منظمة الصحة العالمية، 2011، انخفاض وفيات الأطفال https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/child_mortality_estimates_20110915/ar/

19- وزارة الشؤون الخارجية الفرنسية، الحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، 2010، https://www.diplomatie.gouv.fr/

20- مايو كلينيك، الأمراض والحالات الصحية، https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions

21- أخبار الأمم المتحدة (الأمم المتحدة)، مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز)، 2019، https://news.un.org/ar/story/2019/11/1044391

22- منظمة الصحة العالمية، وفيات الأطفال، 2017، https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/mortality/ar/

23- منظمة الصحة العالمية، معدلات وفيات الأطفال، 2014، https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/child_mortality_estimates/ar

24-مدونة بيانات البنك الدولي، خطر الوفاة بين الأطفال، 2019
https://blogs.worldbank.org/ar/opendata/ly-alrghm-mn-altqdm-almlhwz-lkn-la-yzal-hnak-15-alf-tfl-w-800-amrat-ymwtwn-ywmya-lasbab
25-منظمة الصحة العالمية، احتمالية وفاة الأطفال في السنوات الخمس الأولى من الحياة، 2018،
https://www.who.int/ar/news-room/detail/18-09-2018-a-child-under-15-dies-every-5-seconds-around-the-world-
26-منظمة الطفولة العالمية (اليونيسف)، وفيات الأطفال، 2017، https://www.unicef.org/ar
27-منظمة الصحة العالمية، وفاة 7000 مولود يومياً رغم التراجع المستمر في وفيات الأطفال دون الخامسة، 2017، https://www.who.int/ar/news-room/detail
28-تقرير الأمم المتحدة 2018 https://www.unicef.org/fr/communiqués-de-presse
29-مؤسسة بيل غيتس، وفيّات الأطفال ما دون سنّ الخامسة، 2017،
https://www.gatesfoundation.org/goalkeepersreport/
30-البنك الدولي، وفيات الأطفال دون سن الخامسة بالعراق، 2021،
https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=IQ
31-بيانات اليونيسف: رصد أوضاع الأطفال والنساء، https://data.unicef.org/country/wb_mna/
32- البنك الدولي، وفيات الأطفال دون سن الخامسة، 2022،
https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=LY
33-اليونيسف، الأطفال في المغرب التقدم المحرز والتحديات، 2018،
https://www.unicef.org/morocco/les-enfants-au-maroc
34-البوابة الموريتانية للتنمية، أعمال ورشة لإعداد إستراتيجية صحية لحماية الأطفال،
http://www.pmd.mr/pages/ar/
35-جزايرس، معدل وفيات أطفال الجزائر يسجل انخفاضا كبيرا، 2012،
https://www.djazairess.com/akhbarelyoum/56316
36-السبق، انخفاض معدلات وفيات الأطفال بالجزائر، 2019، https://www.sabqpress.net/national/
37-وكالة الأنباء الجزائرية، نسبة المواليد في الجزائر من بين النسب الأكثر ارتفاعا في العالم، 2018،
https://www.aps.dz/ar/algerie/58653-2018-07-13-16-16-
38-الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، http://www.andi.dz/index.php/ar/secteur-de-sante
39-أخبار الأمم المتحدة، تعزيز ممارسة الرضاعة الطبيعية،
https://news.un.org/ar/story/2013/08/183262،
40-وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة، الرضاعة الطبيعية، ص03.
http://www.sante.dz/allaitematernel/livret_allaitement_ar.pdf (بتصرف)،

41-منظمة الصحة العالمية، الإشريكية القولونية، 2018، https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/e-coli،

42-اغسل يديك الآن، صحة المراهقين والأطفال والنساء(منظمة الصحة العالمية)، https://pmnch.who.int/ar/news-and-events/news/item/18-04-1443-opinion-time-to-come-clean-on-hand-washing-investment

43- التوائم-يموتون-بكثرة-في-إفريقيا (الوطن)https://www.al-watan.com/article/80558/DONIA

الرسائل الجامعية:

1- أفنان محمد زيد، (2014). أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من واقع بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية بنابلس، فلسطين.

2- علي عبد الرزاق الرجيبي، السكان والتنمية البشرية في ليبيا1954-2004، أطروحة دكتوراة، كلية علوم الأرض والجغرافيا والتهيئة العمرانية، جامعة منتوري -قسنطينة-، الجزائر، 2006.

3- نعيجات عبد الحميد، جودة الخدمة وتأثيراتها على ولاء الزبائن دراسة حالة مؤسسات الاتصالات بالجزائر، أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم تخصص: إدارة أعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة عمار ثليجي بالأغواط، نوقشت وأجيزت بتاريخ 2018/03/10، ص: 298.

المراجع باللغة الأجنبية:

1- Abir, T, et al. (2015). Risk factors for under-5 mortality : evidence from Bangladesh Demographic and Health Survey, BMJ Journals, 2004-2011, vol 05: 01-09.

2- Ali H. Mokdad ,IbrahimKhalil, MD, Michael Collison, (2018) "Neonatal, infant, and under-5 mortality and morbidity burdenin the Eastern Mediterranean region: findings from the GlobalBurden of Disease 2015 study» Int J Public Health63 (Suppl 1): S63-S77

3- Ali H. Mokdad ,IbrahimKhalil, MD, Michael Collison, (2018) "Neonatal, infant, and under-5 mortality and morbidity burdenin the Eastern Mediterranean region: findings from the GlobalBurden of Disease 2015 study» Int J Public Health63 (Suppl 1): S63-S77

4- Adedemy, JD, et al. (2017). Epidémiologie, clinique et facteurs associés aux infections respiratoires aiguës chez l'enfant de 0- 5 ans au Centre Hospitalier

Départemental de Parakou (Benin). Journal africain de pédiatrie et de génétique médicale. (2) : 47-53.

5- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 1173-1182.

6- Boumeghar, A et Amoukrane, F, Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille, 2002, PROJET PAN ARABE POUR LA SANTE DE LA FAMILLE, 2005.

7- Banza, B. (1998). Instruction des parents et survie de l'enfant au Burkina Faso : cas de Bobo-Dioulasso, Les dossiers du CEPED, Centre Français sur la Population et le Développement, (48).

8- Badaoui Mohamed, L'application de la Régression logistique en Marketing – Mesure de la qualité des services (étude de cas Agence Mobilis Laghouat)-, مجلة الحقوق والعلوم الانسانية العدد الاقتصادي 23 ، أوت 2015

9- Bernabeu-Mestre, J. (2012). La prévention et la protection sociale dans la lutte contre la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce : réflexions à partir de l'expérience espagnole, 1924-1963, Annales de démographie historique, 1(123) :181-204.

10- Bernabeu-Mestre, J. (2012). La prévention et la protection sociale dans la lutte contre la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce : réflexions à partir de l'expérience espagnole, 1924-1963, Annales de démographie historique, 1(123) :181-204.

11- Becklake, M, R, et al. (1999). Gender differences in airway behaviour over the human life span. Thorax. 54 : 1119-1138

12- Banza, B. (1998). Instruction des parents et survie de l'enfant au Burkina Faso : cas de Bobo-Dioulasso, Les dossiers du CEPED, Centre Français sur la Population et le Développement, (48), P7

13- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). (2017). Le logement : un déterminant social de la santé des Premières Nations des Inuits et des Métis.

14- Charles Emmanuel, A. (2013). LES DETERMINANTS DE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS EN COTE D'IVOIRE. European Scientific Journal, vol.9, (2), p139-150.

15- Dominique, T, et al. (2017). Tendances et inégalités de mortalité de 1990 à 2015 dans les pays à revenu faible et intermédiaire, carin info Matières A Réflexion, 2 (Vol. 72): 227 à 307

16- Dos Santos, S et AL. (2015). Influence des facteurs environnementaux et démographiques dans la cooccurrence de la diarrhée et de la fièvre chez les enfants dans cinq quartiers périphériques de Ouagadougou (Burkina Faso). Cahiers québécois de démographie. 44(1): 35-64.

17- Dominique, T, et al. (2017). Tendances et inégalités de mortalité de 1990 à 2015 dans les pays à revenu faible et intermédiaire, carin info Matières A Réflexion, 2 (Vol. 72): 227 à 307

18- Daniel J. Bauer, Kristopher J. Preacher, and Karen M. Gil. (2006). Conceptualizing and Testing Random Indirect Effects and Moderated Mediation in Multilevel Models: New Procedures and Recommendations, Psychological Methods, Vol. 11, No. 2, 142-163.

19- Esso, L. (2013), LES DETERMINANTS DE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS EN COTE D'IVOIRE, European Scientific Journal, vol 09 No 02: 139-150.

20- Esso Lasme Jean Charles E. (2021). Différences De Mortalité Des Enfants De Moins De Cinq Ans En Côte d'Ivoire : Une Analyse Comparée Des Ratios De 1994 À 2016. European Scientific Journal, ESJ, 17(3), 220

21- Esrey, S. (1996). Water, Waste, and Well-Being : A Multi country Study. American Journal of Epidemiology. 143(6): 608-623.

22- Fontaine, I. (2018). L'effet causal du nombre d'enfants sur l'offre de travail des mères : le cas de la France métropolitaine et de ses départements d'outre-mer, Revue économique, (05) 69: 869-898.

23- Hobcraft, J, N. et al. (1985). Demographic determinants of infant and early chiid mortality : à comparative analysis. Population Studies. 39(3): 363-385.

24- Institut National de Sente publique, Situation Epidémiologique, Relevés Epidémiologiques Mensuels, Algérie, 2016.

25- Institut National de Sente publique, Situation Epidémiologique, Relevés Epidémiologiques Mensuels, Algérie, 2017.

26- Jackbowing, Emanuel. (2012). Les modèles d'équations structurelles à variables latentes cours des statistiques multivariées approfondie, centre d'étude et de recherche en informatique et communication – Cédric -.

27- Justice Moses K. Aheto (2019)" Predictive model and determinants ofunder-five child mortality: evidence fromthe 2014 Ghana demographic and healthsurvey" Aheto BMC Public Health (2019) 19:64 Page 10 of 10

28- Jacques Magaud, Louis Henry. (1968). Le rang de naissance dans les phénomènes démographiques. Population, 23e année (n°5), p 879-920.

29- Kingsley, E, et al. (2020). Factors associated with under-5 mortality in three disadvantaged East African districts, International Health, vol 12: 417 428

30- Kamel Kateb et Zahia Ouadah-Bedidi, L'actualité démographique du Maghreb, Institut national d'études démographiques (INED), France

31- Leila, H et Saada, Ch. (2009), La transition épidémiologique en Algérie, Les cahiers du CRASC: 73-93

32- Mackenbach, J. (2014), The epidemiological transition theory (Editorials), Journal of Epidemiology & Community Health, 48(4) :329-31

33- Michael, C. (2018), Neonatal, infant, and under-5 mortality and morbidity burden in the Eastern Mediterranean region : findings from the Global Burden of Disease 2015 study, International Journal of Public Health, 63(Suppl 1): 63-77.

34- Mosley, M, H et Chen, L, C. (1984). An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries. Population and Development Review. 10 : 25-54.

35- Messou, E, et AL. (1996). Effet de l'observance des mesures d'hygiène, d'approvisionnement en eau et de la thérapie par voie orale sur les diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans. Société de pathologie exotique et Springer. N° 1781

36- MacKinnon. David P, Fairchild. Amanda J., and Matthew S. Fritz. (2007). Mediation Analysis, The Annual Review of Psychology, 58:593-614

37- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière et l'Unicef et Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2019-2020, Rapport final, Algérie, 2020.

38- Ouédraogo, C. (1999). Pluralité des soins aux petits enfants. Le cas des Moose de la ville d'Ouagadougou (Burkina Faso). Colloque international. Abidjan (1995), Institut de recherche pour le développement (IRD): 37-60.

39- Organisation Mondiale de la Santé "Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille", Éléments d'épidémiologie (Deuxième édition), 2010.

40- Rustein. (1884). Cite par Zourkaléini, Y. (1997). Les déterminants socio-démographiques et contextuels de la mortalité des enfants au Niger. Université de Montréal. Canada. P 64.

41- Sangogo, S, et al. (2020). Déterminants et Sources de la Baisse de la Mortalité Infantile au Burkinafation, Revue Espace Territoires Sociétés et Santé, Vol 3 (6) :167-190.

42- Stafford jean, Bodson Paul, l'analyse multivariée avec spss, presses de l'université du Québec, Québec,2006.

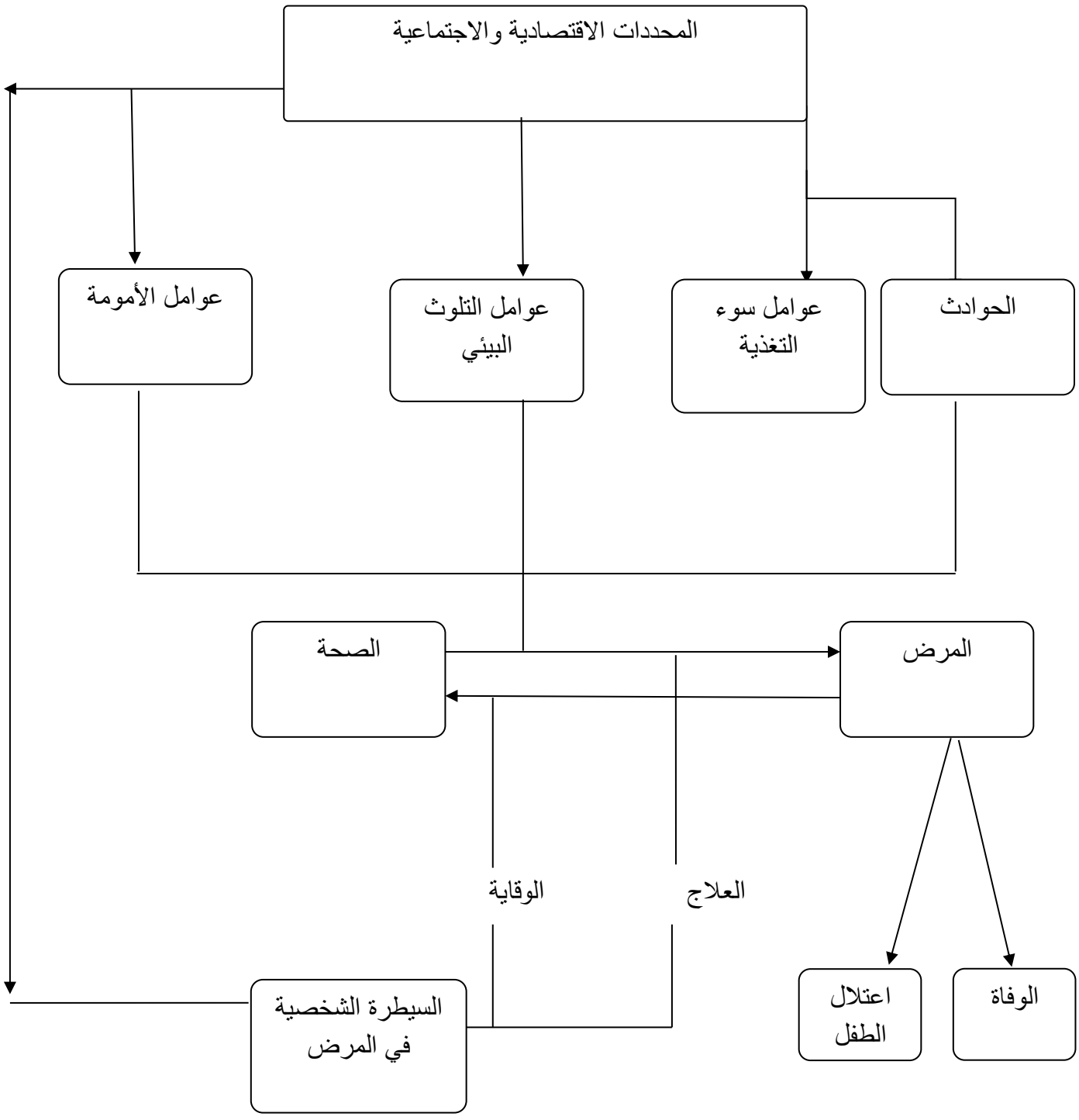
43- Tenenhaus, Michel. (1999). L'apprche PLS, Revue de statistique appliquée, 47(2) : 5-40.

44- Yusupha Sanyang,(2020)" Prevalence of under-five years of age mortality by infectious diseases in West African regionInternational, Journal of Africa Nursing Sciences 11 (2019) 100-175

الملاحق

الملاحق:

الملحق رقم (01): نموذج هنري موسلي ولينكولن شان لتحليل محددات وفيات الأطفال في البلدان النامية

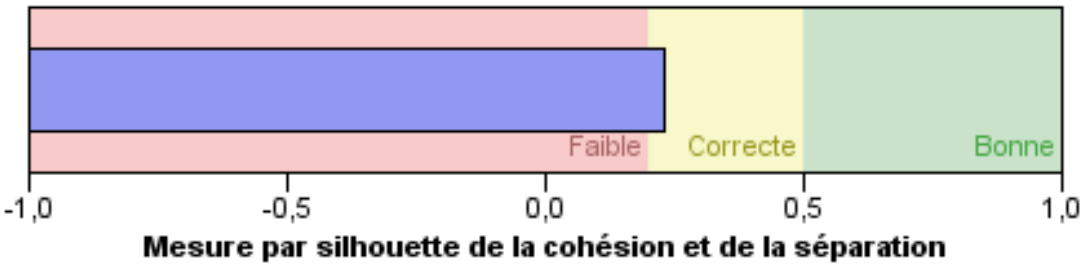


الملحق رقم (02):

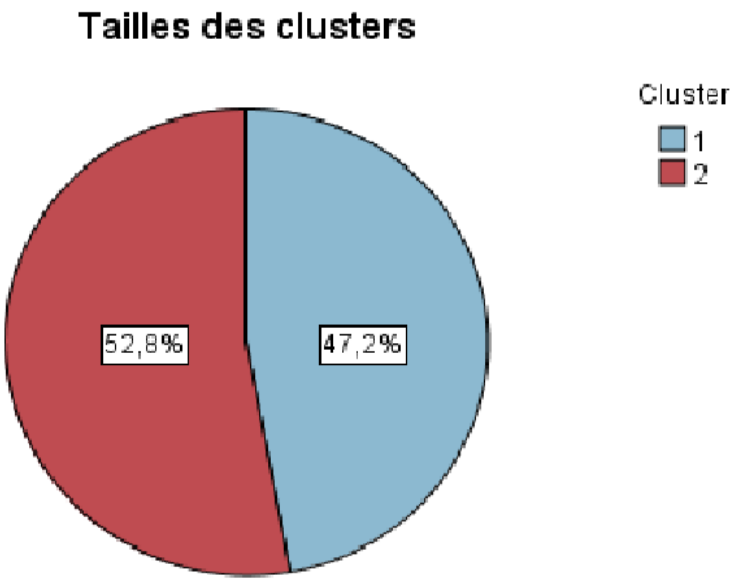
Récapitulatif du modèle

Algorithme	TwoStep
Entrées	7
Clusters	2

Qualité des clusters



الملحق رقم (03):



Taille du cluster le plus petit	7070 (47,2%)
Taille du cluster le plus grand	7919 (52,8%)
Rapport des tailles : Cluster le plus grand par rapport au cluster le plus petit	1,12

Activer Windows

الملحق رقم (04):

