

كل طفل لثنيها
مستقبليها



تنمية الطفولة المبكرة في الجزائر



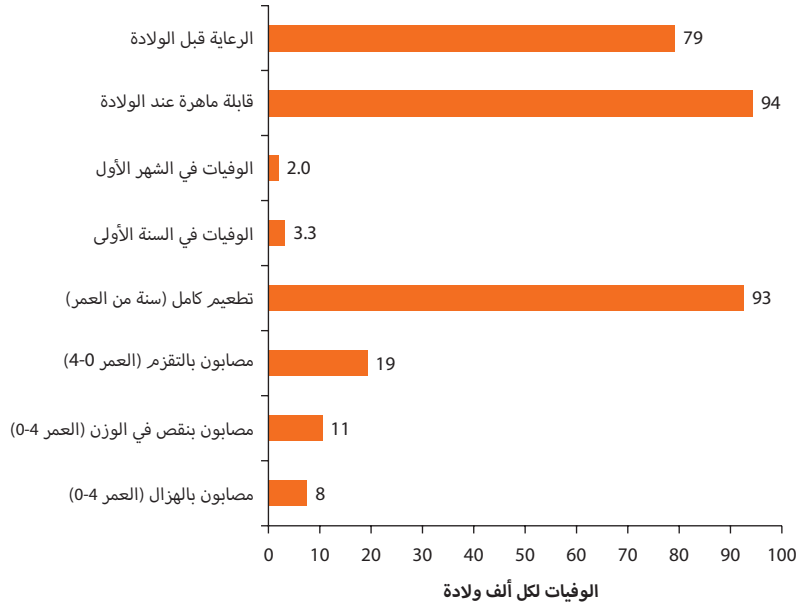
مجموعة البنك الدولي 

الجزائر

حالة تنمية الطفولة المبكرة في الجزائر

تنمية الطفولة المبكرة في الجزائر متقدمة إلى حد كبير في بعض المناطق ولكن ليس في مناطق أخرى، مما يجعل الأطفال يواجهون خطر عدم تحقيق كامل إمكانياتهم للتنمية المبكرة. ويبين الشكل 1-4 مؤشرات موجزة لتنمية الطفولة المبكرة في الجزائر. وأداء الجزائر من حيث الرعاية الصحية الأولية جيد إلى حد ما. وفي حين أن 79 في المائة فقط من الولادات تلقت رعاية قبل الولادة، و94 في المائة من الولادات تمت على يد قابلة ماهرة. وفي الشهر الأول، يموت 2 في المائة من الأطفال، و3.3 في المائة يموتون في السنة الأولى من عمرهم. ومعدلات التحصين في الجزائر عالية، حيث إن 93 في المائة من الأطفال بعمر سنة محصنون بالكامل. ويشكل سوء التغذية مشكلة في الجزائر، حيث إن 19 في المائة من الأطفال مصابون بالتقزم، و11 في المائة مصابون بنقص الوزن، و8 في المائة مصابون بالهزال. ويقدم هذا الفصل تحليلاً تفصيلياً لوضع تنمية الطفولة المبكرة في الجزائر. ويتم فحص الوضع الصحي للأطفال من خلال مؤشرات (راجع الإطار 1-4) للوفيات المبكرة، والرعاية قبل الولادة، ووجود قابلة ماهرة عند الولادة، وعمليات التحصين. ويتم قياس الوضع الغذائي للأطفال من خلال التقزم (الطول بالنسبة للعمر)، ونقص الوزن (الوزن بالنسبة للعمر) والهزال (الوزن بالنسبة للطول). ومن أجل فهم أفضل للسياق والظروف التي تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة، يدرس التحليل أيضاً العوامل الأساسية التي قد تترافق مع محصلات تنمية الطفولة المبكرة على مستوى الفرد، والأسرة، والمجتمع، والعلاقة بينهم. (راجع الملاحق 4 أ، و4 ب، و4 ج، للحصول على معلومات إضافية بشأن البيانات وهذه العلاقات). وأخيراً، فإن التحليل يقيس الثغرات ومدى التفاوت في محصلات تنمية الطفولة المبكرة. ويستند التحليل إلى أحدث البيانات المتاحة: مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)، من عام 2002. وتغطي البيانات أساساً البعد الصحي للطفولة المبكرة من قبل ولادة الطفل وحتى سن 4 سنوات. ولو توفرت بيانات أكثر وتم فحصها، لأمكن تقديم صورة أفضل لتنمية الطفولة المبكرة في الجزائر. كما يشير هذا الفصل إلى موجز نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات في الجزائر لعام 2006 (وزارة الصحة السكان وإصلاح المستشفيات، والمكتب الوطني للإحصائيات 2008). ولم تكن البيانات الجزئية لهذا المسح متوفرة ولم يكن من الممكن استخدامها لهذا الفصل.

الشكل 1-4 ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002

الإطار 1-4 مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة التي تم فحصها في الجزائر

- رعاية ما قبل الولادة
- قابلات مديرات عند الولادة
- وفيات حديثي الولادة (وفيات الشهر الأول)
- وفيات (وفيات السنة الأولى)
- تطعيم كامل
- التقزم/الطول بالنسبة للعمر
- النقص في الوزن/الوزن بالنسبة للعمر
- الهزال/الوزن بالنسبة للطول

البقاء، والرعاية الصحية، والتغذية

الخطوة الأولى في التنمية الصحية للطفولة المبكرة هي ببساطة تجاوز مرحلة الطفولة المبكرة مع البقاء على قيد الحياة. وفي الجزائر يموت طفل من كل 30 طفلا قبل عمر سنة. وتخفيض معدلات الوفيات دون سن الخامسة بثلاثين هو أحد الأهداف الإنمائية للألفية، وهو هدف حيوي لجهود الجزائر في النهوض بتنمية الطفولة المبكرة. وفي 2002 في الجزائر، بلغت وفيات الرضع، أي وفاة الأطفال قبل عيد ميلادهم الأول، 33 طفلا لكل ألف. ¹ وتتضمن معظم وفيات الرضع وفيات حديثي الولادة، أي الأطفال الذين يموتون في الشهر الأول من الحياة. وفي الجزائر، يموت 20 طفلا من كل ألف طفل خلال الشهر الأول من الحياة. وتتناقص وفيات الرضع مع مرور الزمن- حيث انخفضت من حوالي 55 طفل بالألف في 1990 - وعند مقارنة الجزائر مع بلدان أخرى من المنطقة، نجد أنها حققت تقدما أقل نوعا ما (مؤشرات التنمية العالمية).

توسيع نطاق الفرص للجيل القادم • <http://dx.doi.org/10.1596/9-0323-4648-1-978/>

الإطار 2-4 موجز لمؤشرات التنمية في الجزائر

الجزائر بلد ذو دخل فوق المتوسط، مع ناتج محلي إجمالي للفرد بلغ في 2012 حوالي 5.348 دولار أمريكي (بالدولار الأمريكي الحالي، الجدول ب2-4). ويقدر عدد سكان الجزائر بحوالي 38 مليوناً، منهم 27 في المائة تقل أعمارهم عن 15 عاماً. وبلغ معدل توقع الحياة عند الولادة 71 عاماً. وبلغ معدل الالتحاق الإجمالي في المدرسة الابتدائية في الجزائر 119 في المائة في 2012. وبصورة عامة، حلت الجزائر في المرتبة 93 من أصل 186 بلداً، مع بيانات قابلة للمقارنة في مؤشر التنمية البشرية لعام 2012 (HDI).

الجدول ب2-4 المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية للجزائر

2012	1990	
38.5	26.2	إجمالي السكان
27	44	حجم السكان دون سن 15 سنة
\$5,348	\$2,365	الناتج المحلي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي)
71	67	معدل توقع الحياة لدى الولادة
117	90	الالتحاق بالمدرسة، ابتدائي (في المائة إجمالي)

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2014، مؤشرات التنمية العالمية.

تبدأ معالجة موضوعي الوفاة المبكرة وتنمية الطفولة المبكرة أثناء الحمل والولادة. إلا أنه في الجزائر، اعتباراً من 2002، لم تتلق سوى 79 في المائة من الولادات رعاية قبل الولادة من مهني صحة.² وهذا يعني أن خمس (21 في المائة) من الولادات لم تتلق رعاية قبل الولادة، مما يعرض الأطفال (والأمهات) لخطر كبير. وعلى الرغم من أن الجزائر حققت تقدماً من حيث رفع معدلات الرعاية قبل الولادة، التي كانت في 58 في المائة في 1992 (مؤشرات التنمية العالمية) فإنه لا يزال هناك مجال للتوسيع. وعلى الرغم من التقدم الذي أحرز بين 2002 و2006، حين بلغ المعدل 89 في المائة (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، والمكتب الوطني للإحصائيات 2008)، لا تزال هناك فجوات في تغطية الرعاية قبل الولادة.

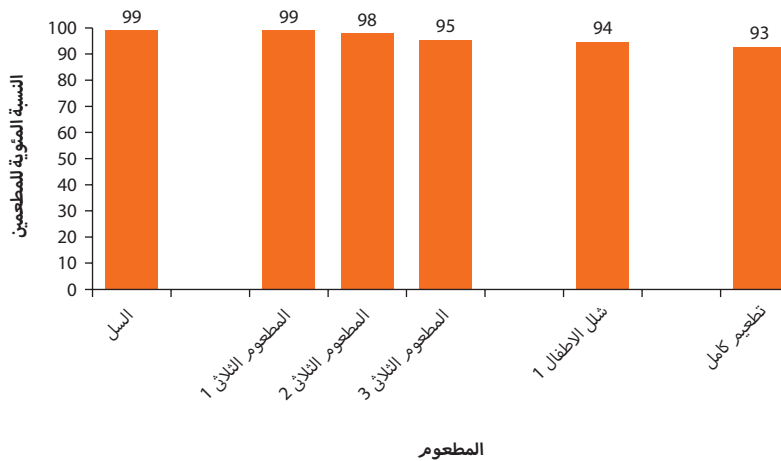
ومن حيث الولادة، كانت تقريبا كافة الولادات (94 في المائة)³ في الجزائر في 2002 قد تمت على يد مهني صحة. وبقيت هذه النسبة أساساً على ما هي (95 في المائة) في 2006 (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، والمكتب الوطني للإحصائيات 2008). وكان وضع الرعاية أثناء الولادة في الجزائر جيداً منذ عقود من الزمن؛ وفي 1992 كانت النسبة 72 في المائة (مؤشرات التنمية العالمية). ومعدلات الجزائر هي فوق المتوسط الإقليمي بكثير البالغ 79 في المائة (اليونيسف 2014)؛ إلا أن هناك فجوة ملحوظة من 15 نقطة مئوية بين الرعاية قبل الولادة، التي وصلت إلى 79 في المائة، والرعاية أثناء الولادة، 94 في المائة. وتشير الفجوة إلى أن هناك خدمات صحية متوفرة للنساء لا يتم استخدامها للرعاية قبل الولادة.

هناك في الجزائر تغطية تحصين جيدة، حيث إن 93 في المائة تقريباً من الذين هم في عمر سنة محصنون بالكامل، وهم بالتالي محميون من أمراض الطفولة التي يمكن تجنبها، ومنها الوفاة وضعف التطور. ويعتبر الأطفال محصنين تحصيناً كاملاً إذا تلقوا اللقاحات الخاصة بالستة أمراض الرئيسية للأطفال التي يمكن الوقاية منها: السل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس،⁴ وشلل الأطفال،⁵ والحصبة. ولم تكن البيانات متوفرة في مسح المشروع العربي لصحة الأسرة حول تغطية لقاح الحصبة أو الجرعات الثانية والثالثة لشلل الأطفال، وبالتالي يتم الاحتساب بناء على المطاعيم

الأخرى. وينبغي أن يكونوا محصنين بالكامل بحلول الشهر الثاني عشر من عمرهم؛ ويركز هذا التحليل على الأطفال بعمر 12-23 شهرا للسماح باستدعاء الوالدين الأمثل. وبالنسبة للمطاعيم المتوفرة بشأنها بيانات في مسح المشروع العربي لصحة الأسرة، اقتربت الجزائر من تحقيق تغطية تحصين كاملة؛ 93 في المائة من الأطفال بعمر 12-23 شهرا هم محصنون بالكامل.⁶ وكما يبين الشكل 2-4، لقا شلل الأطفال الأول له أدنى معدلات التغطية (94 في المائة)، مما يبين أنه لو كانت البيانات متوفرة حول الجرعة الثانية والثالثة، يلاحظ وجود معدلات تحصين أقل. إلا أن الجزائر حققت في 2002 تغطية شبه شاملة للقاحات السل ((BCG ولقاح DPT، مما يثبت القدرة الكبيرة للنظام الصحي في إعطاء المطاعيم. في 2006، وبوجود بيانات حول كافة المطاعيم، بلغ معدل التحصين الكامل 88 في المائة. وكان لمطاعيم الحصبة أقل تغطية، حيث بلغت 91 في المائة، وكانت هناك حالات عجز في تلقي السلسلة الكاملة للمطاعيم ذات الجرعات الثلاث (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمكتب الوطني للإحصاء 2008).

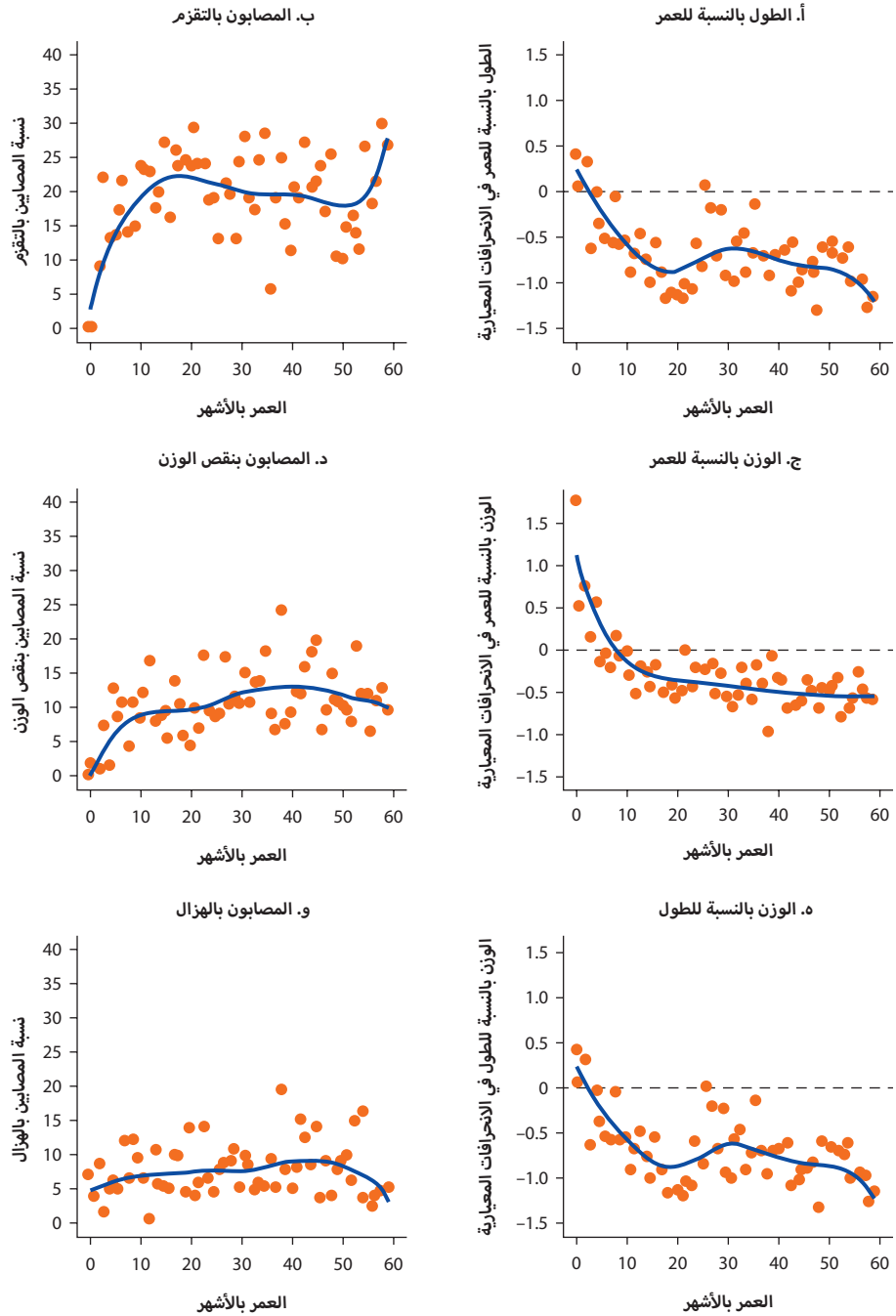
يبدأ الأطفال في الجزائر حياتهم في وضع صحي إلى حد ما، من حيث التغذية المقيسة على أساس الطول بالنسبة للعمر. إلا أنه على مدى أول سنتين من عمرهم، يتردى وضع نموهم بحيث لا يعود صحيا. والشكل 3-4 يبين ما هو وضع الأطفال في الجزائر مقارنة بسكان مرجعيين يتمتعون بصحة جيدة. ونحن ندرس وضع التغذية في الجزائر باستخدام ستة مؤشرات: التقزم، والطول بالنسبة للعمر، ونقص الوزن، والوزن بالنسبة للعمر، والهزال، والوزن بالنسبة للطول. وفي 2002، تقريبا كل طفل من خمسة أطفال (19 في المائة) بعمر صفر إلى أربع سنوات كان مصابا بالتقزم، و11 في المائة كانوا مصابين بنقص الوزن، و8 في المائة كانوا مصابين بالهزال. وحدث تحسن كبير في وضع التغذية بحلول 2006، إذ كان 11 في المائة من الأطفال مصابين بالتقزم، و4 في المائة مصابين بنقص الوزن، و3 في المائة مصابين بالهزال (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمكتب الوطني للإحصاء 2008).

الشكل 2-4 النسبة المئوية من الأطفال المطعمين حسب المطعوم، الأعمار 12-23 شهرا



المصدر: البنك الدولي - حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002
الملاحظات: حيث إنه كان هناك مشكلة بيانات بالنسبة للمطعوم الثاني لشلل الأطفال وكانت المعلومات عن المطعوم 3 والحصبة ناقصة للجزائر، فإنه من المرجح أن تكون النسبة المئوية من الأطفال المطعمين بالكامل تتضمن تقديرا مبالغ فيه قليلا.

الشكل 3-4 متوسط الطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول، مقارنة بمرجعية السكان الأصحاء في الانحرافات المعيارية والنسبة المئوية من المصابين بالتقرم، ونقص الوزن، والهزال، حسب العمر بالأشهر، الأعمار 4-0



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002



تباين أنماط التغذية عبر المقاييس المختلفة. في عام 2002، كان الأطفال في الجزائر يبدأون حياتهم بالطول بالنسبة للعمر فيما يشبه مرجعية السكان الأصحاء. إلا أن نموهم كان يتعثر مبكراً، وكان الطول بالنسبة للعمر أقل من المتوسط الصحي خلال الأشهر الأولى من الحياة. وعند الولادة يكون طول الأطفال مشابهاً لطول مرجعية السكان الأصحاء، ووزنهم فوق المتوسط بقليل من حيث الوزن وفوق متوسط الوزن بالنسبة للطول. والطول بالنسبة للعمر هو متدني للسكان، ويتذبذب بين حوالي 1- انحراف معياري و0.5- انحراف معياري، من عمر 15 شهراً وأكبر. وبالمقابل، ترتفع نسب التقرم بصورة سريعة، حيث إن ما يزيد على 20 في المائة من الأطفال يصابون بالتقرم ببلوغهم الشهر العشرين من عمرهم. وتخفض الإصابة بالتقرم قليلاً بين الشهر العشرين والخمسين، ولكن يبدو أنها ترتفع من جديد بين الشهر الخمسين والستين، ويقابلها انخفاض في الطول بالنسبة للعمر. وفي السنة الأولى من عمرهم، يتعثر وزن الأطفال بالنسبة للعمر. ويبقى الوزن بالنسبة للعمر حوالي نصف انحراف معياري دون متوسط المرجعية بعد عمر سنة. وبالمثل، يصاب حوالي 10 في المائة من الأطفال بنقص الوزن عند بلوغهم سنة من العمر، ويعاني 10 و15 في المائة من الأطفال من نقص الوزن بين عمر سنة وخمس سنوات. ويبين الوزن بالنسبة للطول المقاس حسب العمر أن الأطفال يكون وزنهم أقل من الوزن الصحي بالنسبة للطول في السنة الأولى من عمرهم ويتذبذب بين 0.5- و1- انحراف معياري دون متوسط المرجعية الصحية لاحقاً. والهزال، الذي هو دون الوزن الصحي بالنسبة للطول بكثير، يزداد بشكل عام مع العمر.

تلعب المغذيات الدقيقة، مثل الحديد، وفيتامين (ألف)، والزنك، واليود أيضاً دوراً هاماً في كل من التنمية البدنية والمعرفية على حد سواء. ويلعب اليود دوراً حيوياً في النمو المعرفي، ونقص اليود هو السبب الأكثر شيوعاً في العالم للتخلف العقلي وتلف الدماغ الذين يمكن الوقاية منهما (الزناتي وواي 2009). والملح المعالج باليود هو الوسيلة الأساسية لتقدير اليود للأطفال. وفي 2006، على الرغم من أن فقط ثلثي الأسر (61 في المائة) من الأسر تتناول ملحاً مضافاً عليه كميات كافية من اليود، ونقص الملح المضاف إليه اليود في الثلث المتبقي من الأسر (39 في المائة) يعرض الأطفال في هذه الأسر إلى خطر كبير يتمثل في اختلال تطوّرهم المعرفي (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمكتب الوطني للإحصاء 2008).

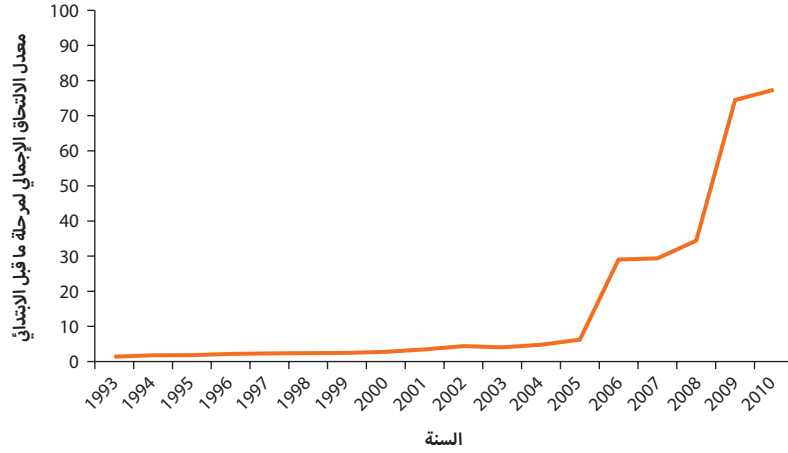
التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي

أثبتت الأدلة أن رعاية وتعليم الطفولة المبكرة (ECCE) تحسن التطور المعرفي والاجتماعي والعاطفي، مع فوائد يمكن أن تدوم مدى الحياة. وفي حين أن مسح المشروع العربي لصحة الأسرة 2002 لا يجمع بيانات عن تعليم الطفولة المبكرة، تشير المصادر الأخرى إلى أنه اعتباراً من 2010، معدل الالتحاق الإجمالي في مرحلة ما قبل الابتدائي هو 77 في المائة (مؤشرات التنمية العالمية). حققت الجزائر تقدماً كبيراً في حضور رعاية وتعليم الطفولة المبكرة في السنوات الأخيرة (الشكل 4-4). واعتباراً من 1993، كان معدل الالتحاق الإجمالي في مرحلة ما قبل الابتدائي 1 في المائة فقط. وحتى مؤخراً أي في 2005، كان معدل الالتحاق الإجمالي لمرحلة ما قبل المدرسة 6 في المائة فقط، ولكن بدءاً من 2006، زادت معدلات الالتحاق بشكل سريع.

وعلى الرغم من أنه ثبت أن اللعب والتفاعل يشكلان مكونين مهمين لتنمية الطفولة المبكرة، فإن الأطفال في الجزائر تفتوهم هذه الفرص الخاصة بالنمو النفسي والاجتماعي. وفي المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لعام 2006، سُئل مانحو الرعاية لأطفال أعمارهم تتراوح بين صفر وأربعة ما إذا كان الكبار في الأسر قد مارسوا أيًا من الأنشطة الستة



الشكل 4-4 معدل الالتحاق الإجمالي في مرحلة ما قبل الابتدائي، 2010-1993



المصدر: مؤشرات التنمية العالمية

المختلفة التي تدعم تنمية الطفولة المبكرة.² وأظهرت النتائج أن أقل من ثلثي الأطفال (62 في المائة) من عمر صفر إلى أربعة قد مارسوا أربعة أنشطة تنموية أو أكثر (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمكتب الوطني للإحصاء 2008).

والتحدي الآخر الذي يهدد بإعاقة التطور الصحي للأطفال في الجزائر هو التأديب العنيف. ويشكل تأديب الأطفال جزءاً هاماً من تربية الأطفال. إلا أن البحث أظهر أن التأديب العنيف يؤثر سلباً على التطور الجسدي والنفسي والاجتماعي للأطفال (اليونيسف 2010). والتأديب العنيف للطفل¹⁰ شائع في الجزائر، حيث إن 83 في المائة من الأطفال بعمر سنتين إلى أربع سنوات قد تعرضوا له اعتباراً من 2006 (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمكتب الوطني للإحصاء 2008).

العوامل الرئيسية التي تؤثر على تنمية الطفولة المبكرة

هناك عدد من السمات الأساسية على مستوى الطفل، والعائلة، والمجتمع تؤثر على محصلات تنمية الطفولة المبكرة: النوع الاجتماعي، وتعليم الآباء، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (الثروة)،¹¹ والموقع الجغرافي (الإقليم أو المحافظة)، ومحل الإقامة (حضر/ريف). يساعد فهم هذه العلاقات في تحديد سبب ضعف محصلات تنمية الطفولة المبكرة لدى بعض الأطفال، وأي الأطفال يجب استهدافهم بتدخلات في السياسات أو تدخلات برامجية .

البقاء، والصحة، والتغذية

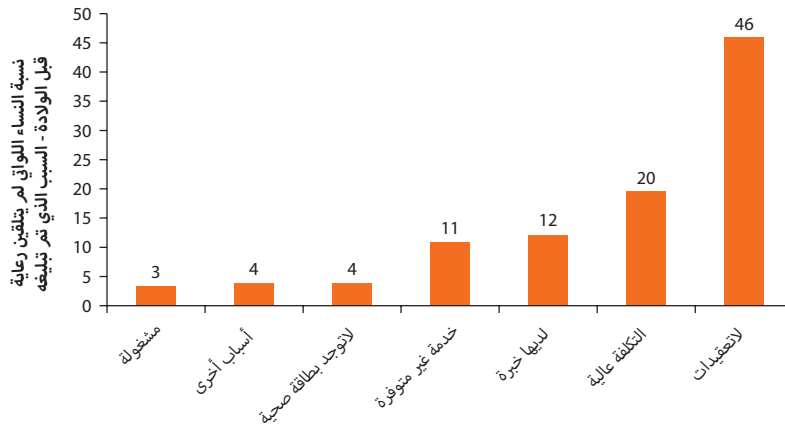
احتمال أن يموت الطفل الجزائري في السنة الأولى من عمره يختلف كثيراً حسب الخصائص الأساسية. واعتباراً من 2002، الإناث أقل عرضة من الذكور للوفاة في السنة الأولى من الحياة، وهذا نمط شائع عالمياً لأسباب وراثية (هيل وأبشير 1995). والثروة مرتبطة أيضاً بالوفيات المبكرة؛ ووفيات حديثي الولادة تشكل 24 في الألف في الخمس الأفقر من الأسر مقارنة بـ 16 في الألف في الخمس الأغنى من الأسر. وهناك فجوة أكبر في وفيات الرضع، التي هي 39 في الألف في الخمس الأفقر من الأسر مقارنة بـ 21 في الألف في الخمس الأغنى من الأسر. ويلاحظ وجود اختلافات مشابهة من حيث

تعليم المرأة وتعليم الشريك، وكذلك من حيث الثروة. ووفيات الرضع أعلى في المناطق الريفية منها في المناطق الحضرية. وبعد أخذ خصائص متعددة في الاعتبار، يكون الأطفال من المستوى الرابع من الثروة أقل احتمالا بالوفاة في الشهر الأول من الحياة، من الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر. والأطفال الإناث هن أقل احتمالا بالوفاة في الشهر الأول من الحياة. والأطفال من الخمس الرابع والأغنى من الأسر هم أقل احتمالا بالوفاة في السنة الأولى من العمر، والأطفال الذين يكون رب أسرهم حاصل على تعليم ثانوي هم أقل احتمالا بالوفاة.

استخدام الرعاية قبل الحمل متربط بشكل وثيق بالثروة والتعليم والجغرافيا. المعدل الوطني لاستخدام الرعاية قبل الولادة هو 79 في المائة في المتوسط، اعتبارا من 2002. وفي حين أن 93 في المائة من الولادات في الخمس الأكثر ثراء من الأسر تلقوا رعاية قبل الولادة، فقط 63 في المائة من الولادات في الخمس الفقر من الأسر تلقوا هذه الخدمة. والفرق بين أب أو أم لم يحصل على تعليم وأب أو أم حصل على تعليم ثانوي أو عالٍ فرق مشابه جدا لفجوات الثروة. والولادات في المناطق الريفية هي أقل احتمالا لتلقي رعاية قبل الولادة (71 في المائة) من الولادات في المناطق الحضرية (86 في المائة). وبعد أخذ الخصائص الأخرى بالاعتبار، نجد أن استخدام الرعاية قبل الولادة هو أعلى بكثير¹² للولادات من كافة أوضاع الثروة الأخرى مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. واحتمال أن يستخدم الأمهات والآباء الحاصلون على تعليم أعلى الرعاية قبل الولادة هو أكبر بكثير. والعيش في الريف مقارنة بالحضر يقلل إلى حد كبير من فرصة تلقي رعاية قبل الولادة.

الاعتقاد بعدم وجود الحاجة للخدمة، وتكلفتها وعدم توفرها جميعها عوائق تحول دون استخدام الرعاية قبل الولادة. سُئلت 21 في المائة من النساء اللواتي لم تستخدمن رعاية قبل الولادة عن سبب عدم استخدامها (الشكل 4-5). وكان أكثر الأسباب شيوعا هو أنهم لم يواجهن تعقيدات (46 في المائة). هذا السبب وسبب «كان لدينا خبرة»

الشكل 4-5 أسباب عدم تلقي رعاية قبل الولادة حسب النساء اللواتي لم تستخدمن رعاية قبل الولادة



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002

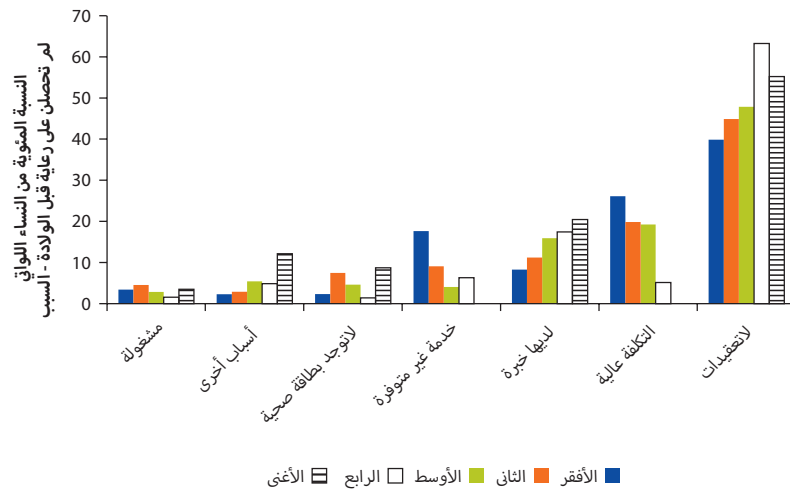
11) في المائة) يشير إلى أنه كثيرا ما كان يساء فهم الرعاية قبل الولادة على أنها علاجية، بدلا من وقائية. وكانت التكلفة هي ثاني الأسباب الأكثر شيوعا لعدم استخدام الرعاية قبل الولادة (20 في المائة) بالإضافة إلى عدم توفر الرعاية قبل الولادة (11 في المائة).

وتتأثر النساء بشكل مختلف بالتكلفة وعدم توفر الخدمة حسب مستوى الثروة (الشكل 4-6). والنساء الأكثر فقرا، اللواتي هن أقل احتمالا باستخدام الرعاية قبل الولادة، كن كذلك أكثر احتمالا بالتبليغ عن أن العوائق هي التكلفة أو عدم توفر الخدمة. في حين أن 18 في المائة من النساء من الخمس الأفقر من الأسر أفادت بأن عدم توفر الخدمة هو السبب الأساسي لعدم استخدامهن رعاية قبل الولادة، و0 في المائة من النساء من الخمس الأغنى أفدن بذلك. وبالمثل، فإن 26 في المائة من النساء من الخمس الأفقر من الأسر أفدن بأن التكلفة هي سبب عدم استخدامهن للرعاية قبل الولادة، مقارنة ب 0 في المائة من النساء من الخمس الأغنى من الأسر.

إن الفروقات في وجود قابلات ماهرات عند الولادة حسب الثروة والتعليم والجغرافيا هي أقل منها للرعاية قبل الولادة، ولكنها مرتبطة مع ذلك بالخصائص الأساسية. إن احتمال وجود قابلات ماهرات أثناء الولادة في الخمس الأفقر من الأسر هو 87 في المائة، مقارنة بنسبة 98 في المائة في الخمس الأغنى من الأسر. ويلاحظ وجود أنماط مشابهة حسب تعليم المرأة والشريك. ومعدل الرعاية أثناء الولادة في المناطق الحضرية هو 97 في المائة، في حين أن المعدل في الريف هو 90 في المائة فقط. وبعد أخذ خصائص متعددة في الاعتبار، نجد أن استخدام الرعاية أثناء الولادة يزداد بشكل كبير مع زيادة الثروة. وهناك اختلافات كبيرة في استخدام الرعاية أثناء الولادة حسب تعليم المرأة وتعليم الشريك. وفي المناطق الريفية هناك احتمال أقل بكثير بحدوث الولادات على يد قابلات ماهرات.

هناك في الجزائر مستويات عالية من التحصين الكامل (93 في المائة)، واختلافات معتدلة في إمكانية الوصول إلى هذا المورد المهم، حسب الخصائص الأساسية. وهناك بعض الاختلافات في تغطية التحصين حسب تعليم الوالدين، والجغرافيا، والثروة. فمثلا، في حين أن فقط 84 في المائة من الأطفال بعمر 12-23 شهرا من الخمس الأفقر من الأسر

الشكل 4-6 أسباب عدم تلقي رعاية قبل الولادة حسب مستوى الثروة، وفقا للنساء اللواتي لم تستخدمن الرعاية قبل الولادة



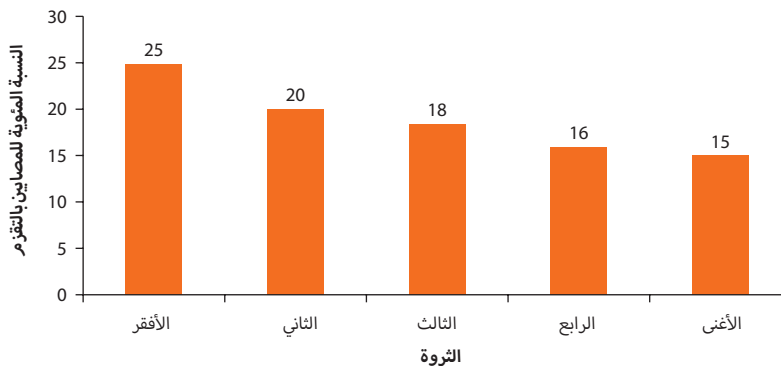
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002

تلقوا تحصيلنا كاملا، فإن 93-97 في المائة من الأطفال من مستويات ثروة أخرى قد تم تحصينهم. وثاني خمس من الأسر لديهم فعليا أعلى معدلات تحصين 97 في المائة. وهناك فجوة بين الأمهات الأميات، حيث إن 90 في المائة من أطفالهن محصنون، والأمهات الحاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى، 95 في المائة من أطفالهن محصنون. وهناك فجوة صغيرة بين الريف والحضر، حيث إن 91 في المائة من الأطفال في الريف محصنون مقارنة بـ 94 في المائة من الأطفال في المناطق الحضرية.

وبعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، يكون حسب الثروة احتمال أن يتلقى الأطفال في الخمسين الثاني والثالث من الأسر المطاعيم أكبر بكثير من الأطفال الأكثر فقرا. واحتمال أن يتم تحصين الأطفال من أمهات حاصلات على تعليم ابتدائي هو أكبر بكثير من أطفال الأمهات الأميات، إلا أنه لا توجد اختلافات أخرى مهمة من حيث تعليم الوالدين. وبصورة عامة، يلاحظ بأن الجزائر تناضل للوصول إلى أفقر الأسر والأمهات الأميات لغابات التحصين، وبصورة عامة، يعمل برنامج التحصين كبرنامج صحة عامة واسع النطاق بدون اختلافات كبيرة على أساس المعلومات الأساسية. يُظهر التقزم في الجزائر اختلافات معتدلة حسب الثروة، مما يشير إلى أن كلاً من الفقر والصحة العامة ومشاكل نوعية التغذية تؤدي إلى التقزم. على سبيل المثال، توجد أعلى معدلات تقزم في الخمس الأفقر من الأسر (25 في المائة)، وتتنخفض هذه المعدلات مع زيادة الثروة لتصل إلى 15 في المائة في الخمس الأغنى من الأسر (وهي نسبة لاتزال مرتفعة) (الشكل 4-7). وعلى الرغم من أنه لا توجد معلومات متوفرة حول تعليم الوالدين في بيانات قياسات الجسم البشري، فإنها متوفرة بشأن تعليم رب الأسرة (الذي من المحتمل أن يكون أحد الوالدين). وتنخفض معدلات التقزم باستمرار مع ارتفاع مستوى تعليم رب الأسرة، حيث تنخفض من 23 في المائة للأطفال من أرباب أسر أميين لتصل إلى 15 في المائة للأطفال الذين والداهم حاصلان على تعليم عالٍ. واحتمال إصابة الذكور بالتقزم أعلى بقليل (21 في المائة) منه للإناث (18 في المائة) وأقل للأطفال في المناطق الحضرية (18 في المائة) منه للأطفال في المناطق الريفية (21 في المائة).

بعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، يكون الأطفال أقل عرضة للإصابة بالتقزم مع زيادة الثروة، مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. ومن حيث الطول بالنسبة للعمر، فإن الأطفال من الخمس الثالث والرابع والأغنى من الأسر

الشكل 4-7 النسبة المئوية من الأطفال المصابين بالتقزم حسب الثروة، الأعمار 0-4 سنوات



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002

جميعهم لديهم طول أعلى بكثير بالنسبة للعمر من الأطفال من الخمس الأفقر من الأسر. ويقل احتمال الإصابة بالتقزم ويزداد الطول بالنسبة للعمر مع ارتفاع مستوى تعليم رب الأسرة. ووجود رب أسرة حاصل على تعليم إعدادي يقلل إلى حد كبير من احتمال الإصابة بالتقزم، ويزيد من ارتفاع الطول بالنسبة للعمر. والأطفال الإناث هن أقل احتمالا بقليل للإصابة بالتقزم ولديهم طول أعلى بقليل بالنسبة للعمر.

يظهر نقص الوزن اختلافات مشابهة ولكن أقل حجما حسب الخصائص الأساسية، مقارنة بالتقزم. ويقل احتمال الإصابة بنقص الوزن مع الثروة وتعليم رب الأسرة. وليس هناك اختلافات إقليمية أو ريفية أو حضرية ملموسة في معدلات نقص الوزن، إلا أن هناك متوسط أوزان أقل للعمر في المناطق الريفية. وبعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، يقل احتمال إصابة الأطفال بنقص الوزن بكثير في الخمس الرابع والأغنى من الأسر، مقارنة بالخمس الأفقر من الأسر. ومن حيث الوزن بالنسبة للعمر، فإن الأطفال في الخمس الأغنى من الأسر جميعهم لديهم أوزان أعلى بالنسبة للعمر من الأطفال في الخمس الأفقر من الأسر. ووجود رب أسرة حاصل على تعليم إعدادي يقلل إلى درجة كبيرة من احتمال الإصابة بنقص الوزن، ويزيد من الوزن بالنسبة للعمر. والأطفال الإناث أقل احتمالا بقليل للإصابة بنقص الوزن ولديهم وزن أعلى بكثير بالنسبة للعمر.

والهزال والوزن بالنسبة للطول يظهران اختلافات أقل حسب الخصائص الأساسية مقارنة بالتقزم أو نقص الوزن والطول أو الوزن بالنسبة للعمر. وهناك تدرج طفيف من حيث الثروة، والتعليم فيما يتعلق بالهزال، وعلى الأخص الوزن بالنسبة للطول. وفي حين أنه لا يوجد اختلاف في الهزال للمناطق الريفية والحضرية، هناك اختلاف في متوسط الوزن بالنسبة للطول. ومتوسط الوزن بالنسبة للطول أقل في المناطق الريفية منه في المناطق الحضرية. وبعد أخذ خصائص أخرى في الاعتبار، نجد أن النمط الإحصائي للهزال والوزن بالنسبة للطول هو مطابق لذلك الخاص بنقص الوزن والوزن بالنسبة للعمر. وخلاصة القول أنه يبدو أن للثروة وتعليم الأبوين تأثير هام على وفيات وصحة وتغذية الطفولة المبكرة.

يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي

يواجه الأطفال في الجزائر فرصا غير متكافئة للتطور الصحي بناء على عوامل خارجة عن سيطرتهم. ومن أجل قياس مدى التفاوت، يقوم التحليل باحتساب (أ) النسبة المئوية للفرص التي هي بحاجة إلى التوزيع بشكل مختلف من أجل إحداث تساوي في الفرص لكل مؤشر من مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة، و(ب) احتمالية أن تكون هذه الاختلافات قد حدثت حسب التنوع العشوائي (الجدول 4-1). يواجه الأطفال فرصا غير متكافئة للتطور الصحي وهم لا يزالون أجنة. وهناك عدم تكافؤ معتدل من حيث تلقي أمهاتهم رعاية قبل الولادة أمر لا. ويظهر التحليل أنه كان ينبغي أن يتم توزيع 7.7 في المائة من الفرص بشكل مختلف لكي يكون هناك تكافؤ في الفرص للرعاية قبل الولادة. وفرصة الولادة على يد مهني صحة هي أكثر تكافؤًا، حيث إن فقط 2.4 في المائة من الفرص هي بحاجة إلى إعادة توزيع من أجل تحقيق تكافؤ

الجدول 1-4 النسبة المئوية من الفرص التي ينبغي إعادة توزيعها

بيان الاختلاف	
***7.7	الرعاية قبل الولادة
*2.4	قابلة ماهرة عند الولادة
2.2	تطعيم كامل
13.9	وفيات حديثي الولادة
14.7	وفيات الأطفال
9.9	مصابون بالتقرزم

المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002
ملاحظات: * = احتمال > 5 في المائة، ** = احتمال > 1 في المائة، *** = احتمال > 0.1 في المائة

الجدول 2-4 مساهمات الخصائص الأساسية في عدم المساواة

النسبة المئوية

جنس	تعليم	تعليم	تعليم	الثروة	
الطفل	رب الأسر	مناطق ريفية	الشريك	المرأة	
لا ينطبق	لا ينطبق	15.4	26.4	37.0	21.3
لا ينطبق	لا ينطبق	23.0	22.3	36.8	17.9
لا ينطبق	لا ينطبق	3.0	16.3	36.2	44.5
2.2	19.0	2.2	لا ينطبق	لا ينطبق	28.9
5.0	41.9	5.0	لا ينطبق	لا ينطبق	42.8
4.2	32.0	4.2	لا ينطبق	لا ينطبق	56.4

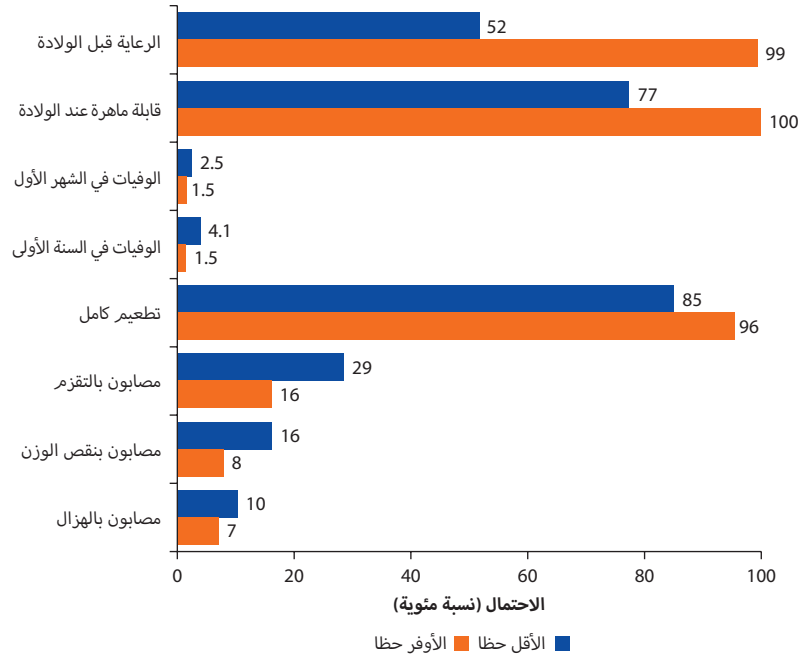
المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002
ملاحظة: تحليلات شيبلي لمؤشر الاختلاف

في الفرص. في حين أن هناك احتمالات غير متساوية للوفاة المبكرة، وبما أن هذه نادرا ما تحدث، فلا يمكننا أن نحدد بشكل نهائي ما إذا كانت هذه الاختلافات هي من محض المصادفة. الفرص التي تمت ملاحظتها في التحصين والتقرزم قد تعزى أيضا للمصادفة.

تساهم الثروة والتعليم بشكل كبير في الفرص غير المتكافئة للأطفال. ويبين الجدول 2-4 الظروف المختلفة المساهمة في عدم المساواة من حيث المحصلات المختلفة، كنسب مئوية. وتلعب الثروة دورا كبيرا نسبيا في التحصين والتقرزم، على الرغم من أن الاختلافات قد تكون عشوائية. وتعليم الأم مهم بشكل خاص للرعاية قبل الولادة، والولادة على يد قابلات ماهرات. ويلعب تعليم الأب دورا صغيرا ولكن مهما في عدم المساواة بشأن هذه النتائج كذلك. ويساهم تعليم رب الأسرة في التقرزم. والاختلافات بين المناطق الريفية والحضرية قليلة، ويساهم جنس الطفل بصورة قليلة جدا في عدم المساواة.

يميل الأطفال إلى أن يكونوا محظوظين أو محرومين باستمرار عبر مجموعة متنوعة من الأبعاد المختلفة لتنمية الطفولة المبكرة، و يمكن أن يواجهوا فرصا حياتية مختلفة إلى حد بعيد بناء على بعض الخصائص فقط. الطفولة المبكرة هي عندما تتنقل حلقات الفقر وعدم المساواة عبر الأجيال. إذا رصدنا طفلا يعيش في منطقة ريفية، ضمن أفقر 20 في المائة من الأسر، مع والدين غير متعلمين (طفل أقل حظاً) وقارنا بينه وبين طفل والداه حاصلان على تعليم ثانوي أو أعلى، ومن أغنى 20 في المئة من الأسر، ويعيش في منطقة حضرية (طفل أكثر حظاً)، نجد أن لديهما فرصا

الشكل 4-8 حالات المحاكاة للأوفر حظا والأقل حظا



المصدر: حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر، 2002

مختلفة جداً في تنمية صحية للطفولة المبكرة. ويبين الشكل 4-8 فرص (فرصة تم التنبؤ بها) مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة المختلفة (بناء على الانحدارات) لهؤلاء الأفراد «الأقل حظاً» و«الأكثر حظاً».

ولكل مؤشر، يواجه الطفل الأقل حظاً احتمالات أضعف للتطور الصحي المبكر. وفي حين أن الاحتمال في تلقي رعاية قبل الولادة للطفل الأقل حظاً هو 52 في المائة، وللطفل الأوفر حظاً هو 99 في المائة- الفجوة في الرعاية قبل الولادة هي 47 نقطة في المائة. والطفل الأوفر حظاً لديه فرصة نسبتها 100 في المائة في وجود قابلة ماهرة عند الولادة، مقارنة بفرصة نسبتها 77 في المائة للطفل الأقل حظاً. ويواجه الأطفال آفاقاً مختلفة للبقاء في الشهر الأول والسنة الأولى بناء على خصائصهم. ويواجه الطفل الأكثر حظاً احتمالاً 1.5 في المائة للوفاة في الشهر الأول والطفل الأقل حظاً يواجه احتمالاً 2.5 في المائة للوفاة في الشهر الأول، واحتمالاً 4.1 للوفاة في السنة الأولى. ومن حيث التحصين الكامل، الطفل الأوفر حظاً لديه احتمال 96 في المائة مقارنة بـ 85 في المائة للطفل الأقل حظاً. ومن حيث الطول والوزن، الطفل الأقل حظاً لديه احتمال 29 في المائة للإصابة بالتقزم، في حين أن الطفل الأوفر حظاً لديه احتمال 16 في المائة. وفي حين أن الطفل الأوفر حظاً لديه احتمال 16 في المائة للإصابة بنقص الوزن، فإن الاحتمال للطفل الأوفر حظاً هو نصف ذلك (8 في المائة). وبالنسبة للهزال، هناك فجوة أصغر، واحتمال 10 في المائة للطفل الأقل حظاً مقارنة باحتمال 7 في المائة للطفل الأوفر حظاً.

الخاتمة

يواجه الأطفال في الجزائر عددا من التحديات في سنوات حياتهم الأولى. وهناك بعض الفجوات في الرعاية الصحية المبكرة، على الأخص الرعاية قبل الولادة، وتبقى الوفيات المبكرة مرتفعة نسبيا على الرغم من التغطية الجيدة للتحصين. ويشكل سوء التغذية مشكلة للأطفال في الجزائر، مما يولد عجزا في التنمية البشرية سيدوم طوال فترة حياة الأطفال. وهناك أوجه قصور في إمكانية الحصول على ملح مضاف إليه كميات كافية من اليود، الأمر الذي يهدد التطور المعرفي للأطفال. إلا أن الجزائر حققت تقدما كبيرا في توفير رعاية وتعليم الطفولة المبكرة لمعظم الأطفال. وارتفاع معدلات التأديب العنيف وانخفاض معدلات الأنشطة التنموية يهدد تطور الأطفال. ويواجه الأطفال كذلك فرصا غير متكافئة للتطور الصحي بناء على ظروفهم. وينبغي بذل المزيد من الجهود لضمان أن للأطفال فرصا متكافئة لتطوير إمكانياتهم الكاملة، مع التركيز بصورة خاصة على الفئات المحرومة.

الملحق 4 أ: البيانات

مجموعة البيانات

يستخدم التحليل بيانات مستعرضة عن رفاهة النساء والأطفال تم جمعها من خلال مسح المشروع العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) لعام 2002 في الجزائر. وتضمن مسح صحة الأسرة استبياناً للأسرة ضم خصائص أساسية هامة عن الأفراد والأسر. كما تضمن استبياناً للمرأة المتزوجة والتي سبق لها الزواج في سن 15-49، يجمع معلومات عن عناصر هامة في تنمية الطفولة المبكرة، مثل رعاية ما قبل الولادة، ووجود قابلات ماهرات أثناء ولادة الأطفال، وتحصين الأطفال. ويتم جمع البيانات الخاصة بالوزن والطول للأطفال دون سن الخامسة. والمسح مُمثل على الصعيد الوطني، ويشمل بيانات تسمح بتحليل العلاقة بين تنمية الطفولة المبكرة ومؤشرات الطفل والأسرة في داخل الجزائر.

العينة

مجموعة بيانات مسح المشروع العربي لصحة الأسرة لعام 2002 في الجزائر أخذت عينات من 5532 أسرة، و9597 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج بين سن 15-49، و 4348 طفلا دون الخمس سنوات (القياسات البشرية). والتحليل في هذا الموجز يتم تقييمه ليكون ممثلاً على المستوى الوطني. وأحجام العينة (N) في كل جدول من الجداول قائمة على العدد غير المرجح من الملاحظات في البيانات.

الملحق 4ب المؤشرات حسب الخصائص الأساسية الجدول 4ب-1 المؤشرات حسب الخصائص الأساسية

النوع الاجتماعي	الوزن بالنسبة		الوزن بالنسبة		الطول بالنسبة		مؤشرات		مؤشرات		مؤشرات		مؤشرات		مؤشرات				
	للطول	للحرف	للطول	للحرف	للطول	للحرف	مصابون	مصابون بنقص	مصابون	مصابون	وفيات السنة	وفيات الشهر	وفيات الشهر	وفيات الشهر	تطوير	مهارات	مؤشرات	مؤشرات	
نسبة	(الحرف)	مصابون	مصابون	مصابون	مصابون	مصابون	مصابون	مصابون	مصابون	الأولى	الأولى	الأولى	الأولى	تطوير	مهارات	مؤشرات	مؤشرات	مؤشرات	
القطاعات	(معياري)	بالوزن	بالوزن	بالوزن	بالوزن	بالوزن	بالقطر	بالوزن	بالوزن	الأولى	الأولى	الأولى	الأولى	تطوير	مهارات	مؤشرات	مؤشرات	مؤشرات	
ذكر	50.1	-0.79	8.1	-0.43	11.9	-0.79	20.8	3.5	2.3	3.1	2.4	2.6	84.4	87.1	63.4	63.4	63.4	63.4	
أنثى	49.9	-0.64	7.0	-0.29	9.2	-0.64	17.8	3.1	1.7	3.1	2.4	2.6	97.1	94.7	77.8	77.8	77.8	77.8	
النوع الاجتماعي	26.4	-0.96	9.9	-0.62	13.5	-0.96	24.9	3.9	2.4	3.9	2.4	2.6	84.4	87.1	63.4	63.4	63.4	63.4	
الأقرب	22.0	-0.80	7.1	-0.40	11.8	-0.80	19.5	4.2	2.6	4.2	2.6	2.6	97.1	94.7	77.8	77.8	77.8	77.8	
في المرتبة الثانية	17.7	-0.67	8.0	-0.40	9.9	-0.67	18.4	3.6	2.1	3.6	2.1	2.1	94.8	93.9	79.9	79.9	79.9	79.9	
في المرتبة الثالثة	18.0	-0.56	5.5	-0.17	8.1	-0.56	15.9	2.0	1.2	2.0	1.2	1.2	92.5	97.4	87.9	87.9	87.9	87.9	
في المرتبة الرابعة	15.9	-0.42	6.2	-0.05	7.2	-0.42	14.5	2.1	1.6	2.1	1.6	1.6	94.8	98.2	92.6	92.6	92.6	92.6	
الأغنى	53.5	-0.63	7.6	-0.29	10.3	-0.63	18.2	3.0	2.0	3.0	2.0	2.0	93.7	97.0	86.3	86.3	86.3	86.3	
الرفقة	46.5	-0.81	7.6	-0.44	10.8	-0.81	20.5	3.6	2.1	3.6	2.1	2.1	91.1	90.3	70.5	70.5	70.5	70.5	
الحضر	37.6							4.1	2.3	4.1	2.3	2.3	89.5	89.1	67.3	67.3	67.3	67.3	
أمية	15.3							2.6	1.8	2.6	1.8	1.8	92.7	95.6	80.6	80.6	80.6	80.6	
تقرأ / يكتب	24.7							2.7	2.0	2.7	2.0	2.0	96.6	97.5	90.0	90.0	90.0	90.0	
ابتدائي	18.4							2.0	1.6	2.0	1.6	1.6	92.8	98.6	92.6	92.6	92.6	92.6	
إعدادي	4.1							1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	95.3	100.0	99.2	99.2	99.2	99.2	
+ ثانوي																			

يستكمل في الصفحة التالية



الجدول 4-ج 1 العلاقة بين مؤشرات تيمية الطفولة المبكرة والخصائص الأساسية المتعددة (تابع)

وفيات الرضع	وفيات حديثي الولادة	الوزن بالنسبة لاطول الحراف (معياري)	مصابون بالوزن	الوزن بالنسبة للعمر (الحراف) معياري	مصابون بنقص في الوزن	الطول بالنسبة للعمر (الحراف) معياري	مصابون بالتوتر	تطعيم كامل	الولادة	ما قبل الولادة	إعدادي
-	-	0.009	0.184	0.000	-	0.000	-	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	إعدادي
0.000	0.015	0.009	0.184	0.000	0.000	0.000	0.000	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	ثانوي
0.014	0.012	0.009	0.009	0.016	0.016	0.014	0.014	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	تعليم عال
11,947	11,947	4,345	4,345	4,345	4,345	4,345	4,345	لا ينطبق	لا ينطبق	لا ينطبق	أشنى
								780	3,304	4,297	قيمة P (نموذج) الجذر التربيعي الرأفي (ملاحظات)

المصدر: حسابات البنك الدولي القائمة على مسح المشروع العربي لصحة الأسرة في الجزائر عام 2002
ملاحظات: تم إضافة ثابت، تم استخدام أخطاء معيارية قوية، تعليم المرأة + الثانوي هو مؤشر متالي على رعاية الولادة + احتمال > 05. وتأثير إيجابي على المحصلة - احتمال > 05. وتأثير سلبي على المحصلة

الحواشي

1. معدلات الوفيات هي لأطفال ولدوا 1-10 سنوات قبل المسح.
2. إما طبيب أو ممرضة أو قابلة.
3. كما هو الحال للرعاية قبل الولادة، تطرح أسئلة عن أحدث الولادات الحية، في السنوات الخمس الماضية فقط. وبما أنه من المرجح أن تربط الولادات الحية بالرعاية على يد مهني صحة، فإنه من المحتمل أن تكون النسبة المئوية للولادات الحية التي تمت على يد مهني صحة تبلغ في تقدير عدد الولادات التي تتم على يد مهني صحة.
4. لقاح DPT هو مزيج من اللقاحات التي تغطي الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس. وينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل.
5. ينبغي أن يحصل الأطفال على ثلاث جرعات ليكونوا محصنين بالكامل ضد شلل الأطفال.
6. وكما هو الحال بالنسبة للرعاية قبل الولادة والرعاية أثناء الولادة، طرحت هذه الأسئلة عن أحدث ولادة حية في السنوات الخمس الأخيرة.
7. تبين الوحدات كيف أن الأطفال في الجزائر هم في المتوسط مختلفون عن السكان المرجعيين من حيث الانحرافات المعيارية.
8. أكثر من 15 جزءا في المليون من اليود في الملح.
9. الأنشطة الستة هي: (1) قراءة الكتب أو مطالعة كتب فيها صور مع الطفل؛ و(2) رواية قصص للطفل؛ و(3) غناء أغاني مع الطفل؛ و(4) أخذ الطفل خارج البيت، أو المجمع أو الساحة أو السياج؛ و(5) اللعب مع الطفل؛ و(6) تمشية وقت مع الطفل للقيام بتسمية الأشياء، والعد أو رسم الأشياء.
10. حسب تعريفات المسح المتعدد المؤشرات، يكون التأديب العنيف قائما على التأديب الذي تلقاه الطفل من قبل أي فرد في الأسرة خلال الشهر الأخير، وهو يشمل: الاعتداء النفسي (الصراخ، والصياح على الطفل؛ وتسميته بالغبى، والكسول، أو أي تسمية كهذه) العقاب الجسدي (هز الطفل؛ صفع على الكفل، ضرب أو صفع الطفل على المؤخرة بيده؛ ضرب الطفل على المؤخرة أو مكان آخر في جسده باستخدام أداة مثل الحزام، أو فرشاة الشعر، أو عصا، أو عرض آخر قاسٍ؛ ضرب أو صفع الطفل على يده، أو ذراعه أو رجليه) وعقاب جسدي قاسٍ (ضرب أو صفع الطفل على الوجه، أو الرأس أو الأذنين؛ ضرب الطفل بأداة (مرارا وتكرار وبأقصى ما يمكن).
11. تعرف الثروة من حيث أي فئة 20 في المائة من الأسر يقع الطفل ضمنها، بناء على مؤشر أصول (ثراء) لسبع معمرة.
12. نستخدم في كل الوثيقة مستوى أهمية بقيمة 5 في المائة.

المراجع

- El-Zanaty, Fatma, and Ann Way. 2009. *Egypt Demographic and Health Survey 2008*. Cairo: Ministry of Health, El-Zanaty and Associates, and Macro International.
- Hill, Kenneth, and Dawn M. Upchurch. 1995. "Gender Differences in Child Health: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *Population and Development Review* 21 (1): 127-51.
- Ministry of Health, Population and Hospital Reform, and National Office of Statistics. 2008. *Republic of Algeria Multiple Indicator Cluster Survey Principal Report (French)*.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2014. "Human Development Index." (accessed April 23, 2014) <https://data.undp.org/dataset/Table-2-Human-Development-Index-trends/efc4-gjvq>.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2010. *Child Disciplinary Practices at Home: Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York: UNICEF.



———. 2014. *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every Child Counts: Revealing Disparities, Advancing Children's Rights*. New York: UNICEF.

World Development Indicators (database). World Bank, Washington, DC. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.