



# تونس

## المسح العنقودي متعدد المؤشرات ملخص لأهم النتائج

وزارة التنمية والتعاون الدولي



المعهد الوطني للإحصاء



منظمة الأمم المتحدة للطفولة





# المسح العنقودي متعدد المؤشرات تونس 2011-2012

ملخص لأهم نتائج المسح



نَفَّذت وزارة التنمية والتعاون الدولي المسح العنقودي متعدد المؤشرات سنة 2011-2012 في تونس بالتعاون مع المعهد الوطني للإحصاء. وقدّمت منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومكتب التعاون السويسري بتونس الدعم المالي والفني لتنفيذ هذا المسح.

المسح العنقوديّ متعدّد المؤشرات برنامجٌ دوليٌّ يهدف إلى إجراء دراسات مسحية على وضعية الأسر المعيشية، أعدّته وطوّرتّه منظمة اليونيسف. وقد أُجري المسح العنقوديّ متعدّد المؤشرات بتونس سنة 2011-2012 كجزء من الجولة العالمية الرابعة للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS4). ويتنزل هذا المسح في إطار التواصل مع المسحين السابقين المنجزين سنة 2000 (MICS2) وسنة 2006 (MICS3). ويوفّر المسح العنقوديّ متعدّد المؤشرات معلومات حديثة ومحينة عن وضع الأطفال والنساء، كما يمكن من قياس المؤشرات الأساسية التي تسمح للدول رصد ما تُحرزه من تقدّم تجاه تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية (OMD)، إلى جانب متابعة مستوى الوفاء بالالتزامات الأخرى المتفق عليها دولياً.

وللحصول على المزيد من المعلومات يمكن زيارة الموقع : [www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)



## جدول المحتويات

1	<b>المقدمة</b>
	لمحة تاريخية حول المسح العنقودي متعدد المؤشرات
	أهداف المسح
2	<b>العيونة ومنهجية إجراء المسح</b>
	تصميم العينة
	تكوين فرق الميدان
	تنظيم المسح الميداني وخزن البيانات
	معالجة البيانات
3	<b>وفيات الأطفال</b>
4	<b>التغذية</b>
	الوضع الغذائي الراهن للأطفال
	الرضاعة الطبيعية
5	<b>صحة الطفل</b>
	التلقيح (التحصين / التطعيم) ضد الأمراض
	المعالجة من الإسهال
	المعالجة بالمضادات الحيوية للإصابات الخفية بالالتهاب الرئوي
6	<b>المياه والصرف الصحي</b>
7	<b>الصحة الإنجابية</b>
8	<b>تنمية الطفولة المبكرة</b>
9	<b>معرفة القراءة والكتابة والتعليم</b>
	معرفة القراءة والكتابة في أوساط النساء الشابات
	الانتظام في المدارس
10	<b>حماية الطفل</b>
	عمل الأطفال
	السلوك العنيف لتأديب الأطفال
11	<b>فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز VIH/SIDA</b>
	فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز
<b>الملاحق</b>	
	<b>الملحق 1</b> : جدول مُلخّص لنتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4) تونس 2011-2012 ومؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية "OMD"
	<b>الملحق 2</b> : قائمة الجداول
	<b>الملحق 3</b> : قائمة الأشكال
	<b>الملحق 4</b> : قائمة المختصرات



## 1- المقدمة

### لمحة تاريخية حول المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS

المسح العنقودي متعدد المؤشرات هو برنامج دولي يهدف إلى إجراء دراسات مسحية على وضعية الأسر المعيشية، انطلق العمل به منذ سنة 1995 من قبل منظمة اليونسيف التي عملت على تطويره. ويندرج إجراء المسح العنقودي متعدد المؤشرات بتونس سنة 2011-2012 في دورته الرابعة كجزء من الجولة العالمية للمسح العنقودي متعددة المؤشرات (MICS4). ويوفر هذا المسح معلومات حديثة ومحيّنة عن وضع الأطفال والنساء، ويقيس المؤشرات الأساسية التي تسمح للدول رصد ما تُحرزه من تقدّم تجاه تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية (OMD)، إلى جانب قياس مستوى الوفاء بالالتزامات الأخرى المتفق عليها دولياً.

لقد أحرزت عديد البلدان تقدماً ملحوظاً قصد تجسيم هذه الأهداف عبر مختلف الخطط الوطنية. ويعتبر تقييم هذه الإنجازات المحققة من خلال التصديق على المؤشرات مرحلة أساسية من هذا المسار بهدف توفير المعلومات الضرورية لإدراج التعديلات اللازمة واتخاذ الإجراءات الملائمة.

ففي مجال تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، سجلت تونس تقدماً هاماً منذ سنة 1990. كما تدعم من خلال التقرير الوطني لسنة 2004 الذي كشف كذلك الفوارق الموجودة بين المناطق الغربية الريفية والمناطق الشرقية الحضرية لاسيما بولايات القصرين وسيدي بوزيد وتطاوين والقيروان وسليانة. ولمجابهة هذه الوضعية قامت الحكومة التونسية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان بإرساء برنامج مشترك يخص إعطاء بعد جهوي لأهداف الألفية بغرض دعم التنمية الجهوية وتبني إستراتيجية تنمية محلية لدعم قدرات مختلف الولايات قصد ضبط التحديات والسياسات الملائمة لتجسيمها.

وعلى غرار المسحين السابقين المنجزين سنة 2000 (MICS2) وسنة 2006 (MICS3) فإن هذا المسح (MICS4) يأخذ في الاعتبار الإنجازات المسجلة خلال السنوات الخمس الأخيرة لاسيما في مجالات الصحة والتربية وحماية الطفل وصحة النساء. ويمكن هذا المسح من تقدير مستوى المؤشرات الاجتماعية على المستوى الوطني والجهوي وفي ثلاث ولايات الوسط الغربي (القصرين وسيدي بوزيد والقيروان). كما وضح المسح التحسن الملحوظ للمؤشرات الصحية لهذه الولايات الثلاث التي استفادت من دعم منظمة الأمم المتحدة للطفولة للبرامج الوطنية في مجال الصحة.

### أهداف المسح

تتمثل الأهداف الرئيسية للمسح العنقودي متعدد المؤشرات الذي أُجري في تونس بين سنة 2011 و سنة 2012 في:

- توفير المعلومات الحديثة والمحيّنة اللازمة لتقييم وضع الأطفال والنساء في تونس.
- تزويد البيانات اللازمة لمتابعة التقدم المُحرز نحو تحقيق الأهداف المُحدّدة في إعلان الألفية، والأهداف الأخرى المتفق عليها دولياً، كأساس للعمل المستقبلي.
- الإسهام في تحسين البيانات وأنظمة الرصد في تونس ولتقوية الخبرات الفنية في مجالات تصميم تلك الأنظمة، وتنفيذها وتحليلها.
- إعداد البيانات الخاصة بوضع الأطفال والنساء على المستوى الجغرافي والديمقراطي والاجتماعي والرفاه الإقتصادي، بما في ذلك تحديد هوية الفئات الهشة وتحديد الفوارق بهدف إثراء السياسات والتدخلات.



## 2 - العينة ومنهجية إجراء المسح

يعرض هذا التقرير نتائج مختارة عن بعض الموضوعات الأساسية التي يغطّيها المسح، وعن مجموعات فرعية من المؤشرات<sup>(1)</sup>. والنتائج الواردة في هذا التقرير نهائية. وقد حُدّد موعدُ نشر التقرير الكامل عن المسح في شهر نوفمبر 2013. نُفِّذَ العمل الميداني في الفترة بين ديسمبر 2011 و أبريل 2012 في كامل تراب الجمهورية التونسية .

الجدول 1: حجم العينة ومعدلات الإجابة 2011-2012		
معدل الإجابات %	عدد الاستبيانات المنجزة	
98	9.171	استبيانات الأسرة
96	10.215	استبيانات السيدة المؤهلة (في الفئة العمرية 15 - 49 سنة)
97	2.899	استبيانات الأطفال دون سنّ الخامسة

وقد جرت موافمة استبيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات<sup>(2)</sup> (MICS4) مع سياق الخصوصيات التونسية. استُخدمت ثلاثُ مجموعات من الاستبيانات في المسح : (1) استبيان الأسرة : استُخدمَ لجمع المعلومات عن سائر أفراد الأسرة بحكم القانون (المقيمون داخل منزل الأسرة عادةً)، وعن الأسرة المعيشة، وعن المسكن. (2) استبيان السيدة المؤهلة : أُجري داخل جميع الأسر لجميع النساء في الفئة العمرية من 15 - 49 عاماً. (3) استبيان الأطفال دون سنّ الخامسة أُجري للأمهات أو للقائمات على رعاية جميع الأطفال دون سنّ الخامسة الذين يعيشون داخل الأسرة المعيشة

الجدول 2 - محتوى الاستبيان			
استبيان الأطفال دون سنّ الخامسة	استبيان السيدة المؤهلة في الفئة العمرية (15 - 49 سنة)	معلومات السيدة المؤهلة للزواج	استبيان الأسرة
العمر	أعراض المرض	وفيات الأطفال	نموذج قائمة الأسرة
تسجيل الولادة	وسائل منع الحمل	تاريخ المواليد	التعليم
تنمية الطفولة المبكرة	الحاجة غير المُلبّاة	الرغبة في مولود أخير	المياه والصرف الصحي
الرضاعة الطبيعية	المواقف من العنف المنزلي	صحة الأم والمولود الجديد	خصائص الأسرة
رعاية الحالات المرضية	فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز	الفحوصات ما بعد الولادة	عمالة الأطفال
التحصين / التطعيم ضد الأمراض	إتاحة استعمال وسائل الاتصال الحديثة	استعمال التدخين و الكحول	ضبط سلوك (تأديب) الأطفال
قياس الجسم البشري (الأنثروبومتري)	الرفاه الاجتماعي		غسل الأيدي

سنة 2008 وهي موزّعة على 480 مقاطعة من كل ولايات الجمهورية بمدنها و قرأها و أريافها تضم كلّ منها 20 أسرة.

### تكوين فرق الميدان

تم تكليف تسعة عشر (19) فريق للقيام بالعمل الميداني و يضمّ كل فريق ثلاث (3) باحثات ميدانيات ومسؤولة لقياس الجسم البشري (الوزن والطول) (الأنثروبومتري).

### تصميم العينة

المسح التونسي العنقودي متعدد المؤشرات الرابع -2011 2012 شمل عينةً ضمت 9600 أسرة ممثلة لكامل الجهات الكبرى ولثلاث ولايات الوسط الغربي (القيروان والقصرين وسيدي بوزيد). و قد تم سحب هذه العينة حسب الطرق الإحصائية العلمية من بين مقاطعات التعداد العام للسكان و السكنى 2004 والمقاطعات التي تمّ تحيينها أواخر

1- للإطلاع على المزيد من المعلومات بشأن التعريفات، وبسوط ومقامات الكسور ولوغريّيات المؤشرات المشمولة في المسح العنقودي متعدد المؤشرات قم بزيارة الموقع الإلكتروني [www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)  
2- قم بزيارة الموقع الإلكتروني [www.childinfo.org](http://www.childinfo.org) للاطلاع على الاستبيانات القياسية للمسح العنقودي متعدد المؤشرات - 4.

وتراوحت هذه المدة من شهر إلى ثلاثة أشهر. وتمت مراقبة الاستثمارات على الميدان من طرف المراقب الميداني.

### معالجة البيانات

أدخلت البيانات باستخدام نوع من البرمجيات يُسمى "CSPro"، من طرف 12 عون خزن وتم توفير مشرف عملية إدخال البيانات للتأكد من جودة المعطيات المخزنة. ولضمان عملية ضبط الجودة، فقد أُدخلت بيانات جميع الاستثمارات مرتين أي باستعمال الإدخال المزدوج، وأُجريت عمليات تحقق داخلية من اتساق الإدخال المزدوج. وجرى في جميع مراحل العمل استخدام الإجراءات والبرامج الموحدة، التي أعدت وطوّرت ضمن البرنامج العالمي للمسح العنقودي متعدد المؤشرات 4، بعد أن جرى تحيينها مع الاستبيان الذي أُجري داخل تونس. وقد بدأت عملية معالجة البيانات بالتزامن مع عملية جمع البيانات في ديسمبر 2011، وانتهت في أبريل 2012. وقد تم تحليل البيانات باستخدام برنامج الحاسوب «الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية» (SPSS)، النسخة 20. واستخدمت لهذا الغرض التركيبة النموذجية، وخطط الجدولة التي أعدتها وطوّرتها اليونيسف.

و يتمتع هؤلاء الأعوان بمستوى تعليمي عالي وخبرة ميدانية في مجال المسوحات الموجهة للأسر التي يقوم بها المعهد الوطني للإحصاء.

وقد تم تنظيم دورتين تدريبيتين خصصت الأولى لتكوين الباحثات والمراقبين والمشرفين العاملين في أقاليم الشمال فيما اشتملت الدورة الثانية العاملين بالوسط والجنوب وقد تضمن التدريب إلقاء محاضرات خاصة بالأساليب الفنية لإجراء المقابلات الشخصية، وعلى محتوى الاستبيانات، ومقابلات شخصية صورية بين المتدربين أنفسهم لإكسابهم خبرة ممارسة طرح أسئلة الاستبيانات. وفي نطاق التكوين وقعت تجربة المسح الميداني مع عدة أسر كتجربة أولى لتعمير الاستثمارات. كما كلف أيضا المسؤولون لقياس الجسم البشري بزيارة مراكز الصحة لقياس ووزن الأطفال وخاصة الرضع.

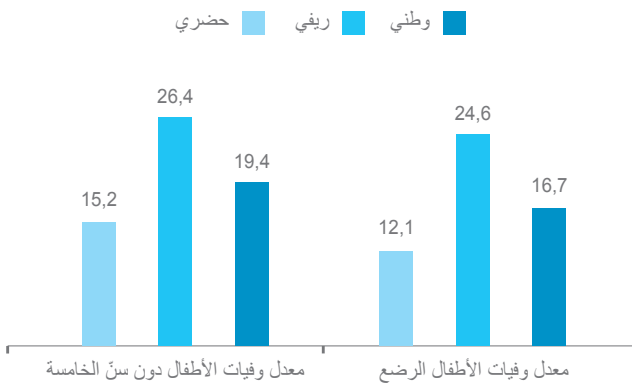
### تنظيم المسح الميداني وخزن البيانات

تم تعيين الباحثين للعمل بالولايات التي يقطنون بها وفيما يخص مراقبة العمل الميداني فقد تم تكليف مسؤولين جهويين من إدارات المعهد الوطني للإحصاء للقيام بها. واختلفت مدة العمل الميداني من ولاية إلى أخرى وذلك حسب عدد المقاطعات وعدد الفرق المكلفة بالمسح

## 3- وفيات الأطفال

الوسط الحضري. كذلك يسجل معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بدوره 26.4 في الألف في الوسط الريفي مقابل 15.2 في الألف في الوسط الحضري.

الشكل - 1 : معدلات وفيات الأطفال الرضع و معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (ترجع إلى منتصف عام 2003) تونس 2011-2012



يعتبر هدف خفض وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة من بين الأهداف الإنمائية للألفية الأكثر أهمية والتي تدعو على وجه التحديد، إلى خفض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة، بمقدار الثلثين، بين الفترة 1990 و 2015. إن رصد التقدم المحرز نحو تحقيق هذا الهدف غاية مهمة ولكنها صعبة التحقيق. وتحتسب معدلات وفيات الأطفال الرضع ومعدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة الذين ولدتهم أمهاتهم في الفئة العمرية 15 إلى 49 عاماً بالأخذ في الحسبان الطول التقريبي لتعرض الأطفال لخطر الوفاة بافتراض نمط عمري نموذجي للوفاة مُحدّد بعينه.

وبينت النتائج أن نسبة وفيات الأطفال الرضع قد بلغت 16.7 لكل ألف ولادة حية، بينما تناهز احتمالية الوفاة بين الأطفال دون سن الخامسة حوالي 19.4 لكل ألف ولادة حية. وبالنسبة لوفيات الرضع فإن النسبة تسجل ارتفاعا ملحوظا بالوسط الريفي 24.6 في الألف مقابل 12.1 في الألف في

## 4 - التغذية

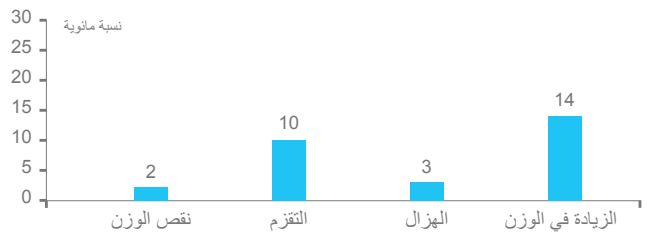
### الوضع الغذائي الراهن للأطفال

إن الوضع الغذائي للأطفال هو انعكاس لصحتهم عموماً. فعندما تتوفر للأطفال إمكانية الحصول والتزود بكميات كافية من الطعام، وعندما لا يتعرضون لنوبات متكررة من الأمراض و يتلقون رعاية جيدة، فإنهم يبلغون كامل طاقتهم في النمو ويعتبرون جيدي التغذية.

ويرتبط سوء التغذية أشد الارتباط بالتسبب في حدوث أكثر من نصف وفيات الأطفال كلها عالمياً. ومن المحتمل بدرجة أكبر أن يتوفى الأطفال ناقصو التغذية بسبب أمراض الطفولة بصفة عامة، وبالنسبة إلى من يتبقى منهم على قيد الحياة، فإنهم يُصابون بأمراض متكررة وتعثّر في النمو. كما إن ثلاثة أرباع الأطفال ممن يُتوقون من أسباب تتعلق بسوء التغذية كانوا يعانون من سوء التغذية الطفيف أو المعتدل فحسب، دون أن تظهر عليهم علامات خارجية تدلّ على هشاشتهم الصحية. ويرمي الهدف الإنمائي الألفي إلى خفض نسبة السكان الذين يعانون من الجوع إلى النصف خلال المدة بين عام 1990 و2015. كذلك فإنّ التقليل من مستوى انتشار سوء التغذية سوف يُساعد أيضاً في تحقيق الهدف الإنمائي للألفية عدد 4 والمتمثل في خفض وفيات الأطفال.

وتتمثل المؤشرات الأساسية لمتابعة الوضع الغذائي للطفل في مؤشر نقص الوزن (مؤشر الوزن قياساً بالعمر) ومؤشر التقزم (مؤشر الطول قياساً بالعمر) والهزال (الوزن قياساً بالطول). وفي تونس وحسب المواصفات الجديدة للمنظمة العالمية للصحة لسنة 2006<sup>(3)</sup> فإن نسبة 2 في المائة من الأطفال في سن دون الخامسة يعانون من نقص في الوزن أي من سوء التغذية و 10 في المائة من التقزم و 3 في المائة تقلص وزنهم ويعانون من الهزال و 14 في المائة لهم وزن زائد .

الشكل - 2 : النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة ممن يعانون من نقص الوزن، التقزم، الهزال والزيادة في الوزن تونس 2011-2012



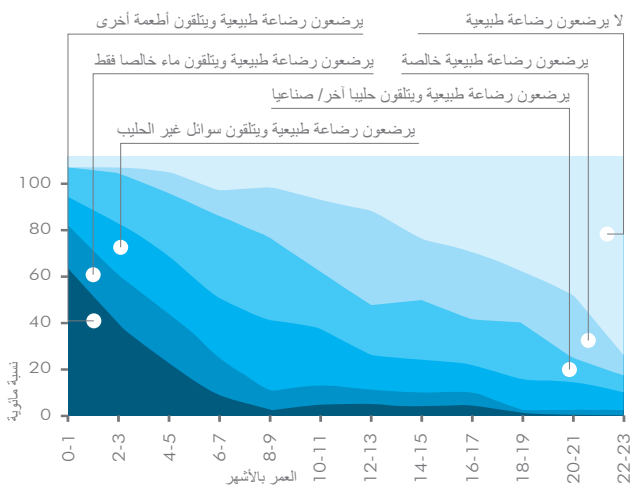
### الرضاعة الطبيعية

تحمي الرضاعة الطبيعية في السنوات الأولى القليلة من العمر الأطفال من العدوى، وتزودهم بمصدر آمن ومثالي من المغذيات وذو كلفة منخفضة. غيّر أن العديد من الأمهات يتوقفن عن الرضاعة الطبيعية في وقت مبكر للغاية بعد بدايتها، وغالباً ما يواجهن ضغوطات تضطرهن للتحوّل إلى بدائل حليب الأم التي يمكنها أن تسهم في تعثر النمو وسوء التغذية بالمغذيات الدقيقة، فضلاً عن أنّ تلك البدائل لا تكون آمنة ومخطرة إن لم يكن الماء الصالح للشرب متوفراً بكل يسر.

وقد أوصت منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) بما يلي:

- إرضاع الطفل رضاعة طبيعية خالصة خلال الأشهر الست الأولى من عمره.
- الاستمرار في إرضاعه رضاعة طبيعية لمدة سنتين أو أكثر.
- البدء في إعطائه أغذية تكميلية آمنة وملائمة وكافية عند بلوغه سن 6 أشهر.
- تكرارية التغذية التكميلية : (2) مرتان في اليوم للأطفال للفئة العمرية 6 - 8 أشهر، و (3) ثلاث مرات في اليوم للأطفال في الفئة العمرية 9 - 11 شهراً.

الشكل - 3 : توزيع النسبة المئوية للأطفال دون سن الثانية حسب نموذج الإطعام / التغذية، وحسب الفئة العمرية تونس 2011-2012



(3) نشرت المنظمة العالمية للصحة سنة 2006 مواصفات النمو قياساً بالوزن والطول وذلك بغرض تعويض مرجعية المركز الوطني لإحصائيات الصحة لسنة 2007. ومن بين المميزات الأساسية للمواصفات الجديدة أنها تعرف الرضاعة الطبيعية كمواصفة بيولوجية وتعتبر الرضيع من ذوي أمه كمنقطة مقارنة بقياس النمو الطاهر. وترتكز المراجع القديمة على اختيار عينة بصفة اعتباطية من الأطفال الرضع بصفة طبيعية وعينة أخرى من الأطفال الرضع عن طريق بدائل حليب الأم.

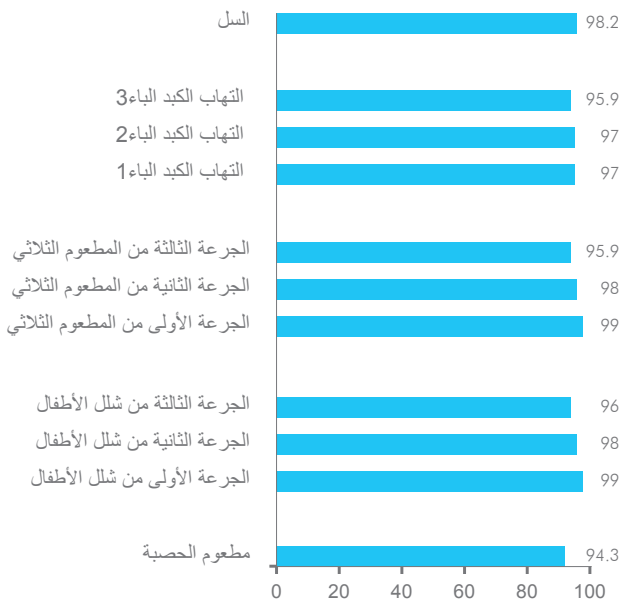
ووفقا للجدول الثالث تبقى نسبة الرضاعة الطبيعية الخالصة لدى الأطفال الذين هم دون الشهر السادس ضعيفة نسبيا (8.5 بالمائة). كما أن أقل من نصف الأطفال (49.2 بالمائة) انتفعوا برضاعة طبيعية إلى حد بلوغهم سنتهم الأولى. وتنخفض هذه النسبة بصفة جلية إلى 19.1 بالمائة للأطفال إلى حدود بلوغهم سنتهم الثانية. أما فيما يتعلق بتنوع الغذاء فإن 26.6 بالمائة فقط من الأطفال للفئة العمرية 6-8 أشهر انتفعوا في تغذيتهم بأغذية صلبة أو شبه صلبة أو طرية.

يوضح الشكل عدد 3 بصفة تفصيلية أنواع الرضاعة حسب سن الطفل بالأشهر. حيث أن 17 بالمائة من الأطفال في شهرهم الأول يتلقون رضاعة طبيعية دون سواها. وتنخفض هذه النسبة للأطفال في سن ما بين الشهرين والثلاثة أشهر لتصل إلى 7 بالمائة للرضاعة الطبيعية الخالصة و27 بالمائة للأطفال الذين يتم إطعامهم السوائل والمغذيات المختلفة عن لبن الأم. وفي الشهر السادس من عمر الطفل تنقلص نسبة الأطفال الذين يتلقون رضاعة طبيعية خالصة إلى أقل من 2 بالمائة.

الجدول - 3: نتائج مؤشرات مختارة للرضاعة الطبيعية تونس، 2011-2012	
رضاعة طبيعية خالصة للأطفال دون سن 6 أشهر	8.5 في المائة
رضاعة طبيعية مستمرة للأطفال في عمر سنة	49.2 في المائة
رضاعة طبيعية مستمرة للأطفال في عمر سنتين	19.1 في المائة
إعطاء الأطفال أطعمة صلبة، شبه صلبة أو طرية (الأطفال من 6 - 8 أشهر)	26.6 في المائة

## 5 - صحة الطفل

الشكل - 4 : النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية 18-29 شهرا ممن تلقوا المطاعيم/ اللقاحات الموصى بها قبل بلوغهم 18 شهرا تونس 2011-2012



### التلقيح (التحصين / التطعيم) ضد الأمراض

يرمي الهدف الإنمائي الرابع للألفية إلى خفض وفيات الأطفال بمقدار الثلثين، بين عامي 1990 و2015. ويؤدي التلقيح (التحصين أو التطعيم) ضد الأمراض دوراً أساسياً في تحقيق هذا الهدف. إذ أنقذت المطاعيم واللقاحات حياة الملايين من الأطفال في العقود الثلاثة التي تلت إطلاق برنامج التلقيح الموسع.

ومن أهداف وثيقة صندوق الأمم المتحدة للطفولة "عالم جدير بالأطفال" ضمان التلقيح الكامل للأطفال دون السنة ضد الأمراض بنسبة 90 في المائة على المستوى الوطني، مع تأمين مستوى من التغطية بهذا التطعيم لا يقل عن 80 في المائة في كل ولاية أو وحدة إدارية مكافئة لها.

وفي تونس تلقى 98.2 في المائة من الأطفال للفئة 18-29 شهرا تلقيا ضد مرض السل و 95.9 بالمائة 3 جرعات من تلاميذ الدفتيريا والسعال الديكي "الشاهوق" والكزاز وضد فيروس التهاب الكبد صنف ب و 94.3 بالمائة تلقوا تلقيا ضد مرض الحصبة.

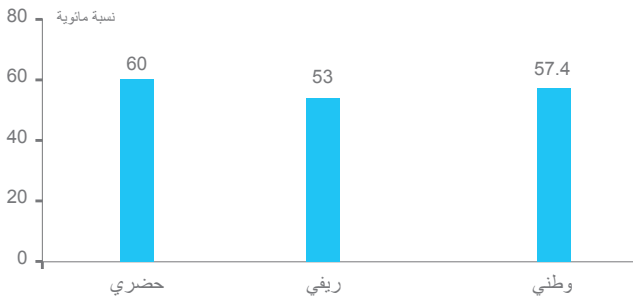
## المعالجة من الإسهال

والمناطق الريفية ( 50 في المائة بالوسط الحضري مقابل 47 في المائة بالوسط الريفي). وترجع هذه النواقص في التكفل بالمصابين بحالات الإسهال إلى تقلص نجاعة البرنامج الوطني لمقاومة مرض الإسهال لاسيما في مجال تثقيف الأمهات والطريقة المتبعة لمواجهة حالات الإسهال لدى الأطفال.

## المعالجة بالمضادات الحيوية للإصابات الخفية بالالتهاب الرئوي

الالتهاب الرئوي هو أحد الأسباب التي تؤدي إلى وفيات الأطفال، واستعمال المضادات الحيوية مع الأطفال دون سن الخامسة، ممن يشتبه بأنهم مصابون بالالتهاب الرئوي، يمثل أحد التدخّلات الأساسية. ومن أهداف وثيقة "عالم جدير بالأطفال"، خفض الوفيات الناتجة عن التهابات الجهاز التنفسي الحادة، بمقدار الثلث.

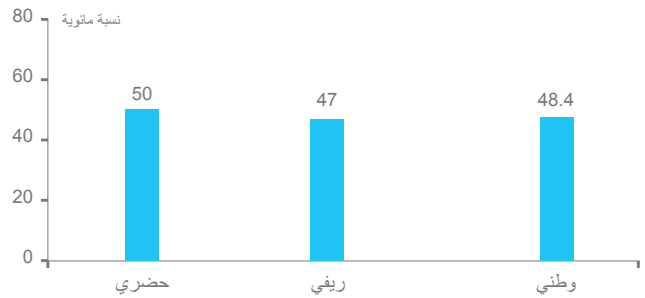
الشكل - 6 : النسبة المئوية من الأطفال دون سن الخامسة الذين يشك بأنهم مصابون بالتهاب رئوي (ذات الرئة)، وتلقوا مضادات حيوية تونس 2011-2012



وفي تونس وحسب إفادة الأمهات بلغت نسبة الأطفال دون سن الخامسة، الذين يشتبه بإصابتهم بالالتهاب الرئوي خلال الأسبوعين اللذين سبقا إجراء المسح 16 في المائة. وبلغت نسبة الأطفال المشتبه بإصابتهم بالالتهاب الرئوي وتناولوا المضادات الحيوية أثناء الاشتباه بتلك الإصابة 57.4 في المائة. وتعتبر نسبة استخدام المضادات الحيوية لمعالجة حالات الاشتباه بالإصابة بالالتهاب الرئوي لدى الأطفال أضعف بالمناطق الريفية من المناطق الحضرية حيث لا تمثل سوى نسبة 53 بالمائة مقابل 60 في المائة بالوسط الحضري.

يعتبر مرض الإسهال هو السبب الثاني المؤدي إلى الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة على المستوى العالمي. فمعظم وفيات الأطفال المرتبطة بالإسهال تُعزى إلى حدوث الجفاف الناتج عن فقدان كميات كبيرة من المياه والإلكتروليت من جسم الإنسان من خلال البراز السائل. وللوقاية من حدوث هذا العدد الكبير من الوفيات يمكن معالجة حالات الإصابة بالإسهال إما باستخدام أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم (ORT) أو باستخدام السوائل التي يُوصى بتحضيرها في المنزل. كما تمثل الوقاية من حدوث الجفاف ومن سوء التغذية، عن طريق زيادة مقدار ما يتناوله الطفل من سوائل والاستمرار في إطعامه، إستراتيجيتان مهمتان لمعالجة حالات الإسهال.

الشكل - 5 : النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الذين عانوا من الإسهال وتلقوا علاجا للجفاف عن طرق الفم «الإماهة» (أكياسا من أملاح علاج الجفاف عن طريق الفم أو سائلا يوصى بصنعه في المنزل أو كميات مزيدة من السوائل) مع الإستمرار في اطعام الطفل - تونس 2011-2012



لقد طُلب من الأمهات (أو القائمات على رعاية الأطفال)، في استبيان المسح العنقودي متعدد المؤشرات، الإفادة عما إذا كان أطفالهن قد أُصيبوا بالإسهال في الأسبوعين اللذين سبقا إجراء المسح. فإن كانوا قد أُصيبوا، طُرحت على الأمهات سلسلة من الأسئلة عن الأشياء التي كان الأطفال قد اضطروا إلى شربها أو أكلها أثناء نوبة الإصابة، وعن ما إذا كانت الكميات أكثر أو أقل من الكميات التي يأكلها ويشربها الأطفال في الأحوال العادية (عندما يكونون غير مصابين بالإسهال).

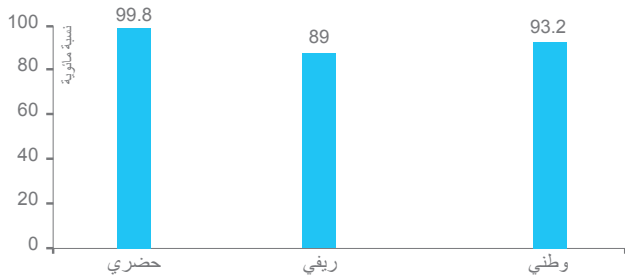
في تونس وحسب إفادة الأمهات فإن نسبة 7 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة أُصيبوا بالإسهال في الأسبوعين السابقين لإجراء المسح. ويمثل الحل الأمثل الذي يوصى به لمعالجة حالات الإسهال هو علاج الجفاف عن طريق الفم مع الاستمرار في إطعامهم وقد بلغت نسبة الأطفال المصابين بالإسهال وعالجوا بهذه الطريقة 48.4 في المائة. وتبقى الفوارق نسبيا ضعيفة بين المناطق الحضرية

## 6 - المياه والصرف الصحي

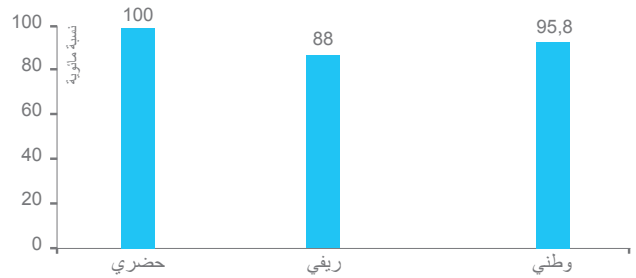
الموجود بين الوسطين الحضري والريفي حيث بلغت نسبة أفراد الأسر التي تستخدم مرافق صرف صحية مُحسّنة بالوسط الريفي 89 بالمائة مقابل 99.8 بالمائة بالوسط الحضري. وبصفة إجمالية بلغت النسبة الوطنية لأفراد الأسر التي تستخدم مرافق الصرف الصحي المحسنة 93.2 في المائة.

في تونس تستعمل أغلبية السكان 95.8 بالمائة مصادر المياه المُحسّنة. وتعتبر هذه النسبة جد مرتفعة بالوسط الحضري حيث أن الأغلبية الساحقة من السكان تستخدم مياه الشرب المحسنة 100 بالمائة مقابل 88 بالمائة بالوسط الريفي. أما في مجال الصرف الصحي تبيّن المؤشرات التفاوت

الشكل - 8 : النسبة المئوية لأفراد الأسر المعيشية الذين يستخدمون مرافق الصرف الصحي المحسّنة تونس 2011-2012



الشكل - 7 : النسبة المئوية لأفراد الأسر المعيشية الذين يستخدمون مصادر مياه الشرب المحسّنة تونس 2011-2012



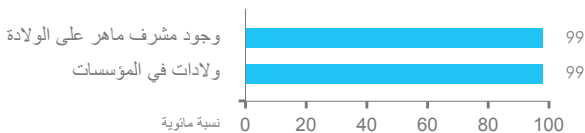
## 7 - الصحة الإنجابية

- فحص الدم لاكتشاف الإصابة بالزهري (السفليس) وفق الدم الشديد
  - قياس الوزن / الطول (اختياري).
- وحسب نتائج المسح فقد تلقت 98.1 في المائة من النساء في الفئة العمرية 15-49 سنة، ممن ولدن أطفالاً أحياء في السنتين اللتين سبقتا إجراء المسح، رعاية قبل الولادة (أثناء الحمل) مرة واحدة على الأقل من إشارات طبية أو شبه طبية، وتلقت نسبة 85.1 في المائة تلك الرعاية أربع مرات على الأقل من مؤفر لتلك الرعاية. و98.5 في المائة من النساء (في تلك الفئة العمرية) تلقين الرعاية أثناء الولادة من طبيب أو ممرضة أو قابلة قانونية أو مُساعدة قابلة قانونية، وكل هذه الحالات تمّت في مرافق توفر الخدمات الصحية.

تتيح فترة الحمل أو "فترة ما قبل الولادة" فرصاً مهمّة للوصول إلى النساء الحوامل بعدد من التدخّلات التي تكون مهمة للغاية لصحتهم ورفاههم، ولصحة ورفاه أطفالهنّ. وتوصي منظمة الصحة العالمية بقيام المرأة الحامل بأربع زيارات كحدّ أدنى إلى مراكز الرعاية، استناداً إلى استعراض لجدوى مُختلف نماذج الرعاية أثناء الحمل والمبادئ التوجيهية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية محدّدة بشأن محتوى زيارات الرعاية أثناء الحمل، وتشمل هذه الزيارات ما يلي:

- قياس مستوى ضغط الدم.
- فحص البول لمعرفة تجرثم البول والبول البروتيني

الشكل - 10 : الرعاية أثناء الولادة - تونس 2011-2012



الشكل - 9 : التغطية بخدمات الرعاية قبل الولادة - تونس 2011-2012



#### الجدول 4 : نتائج مؤشرات مختارة للصحة الإنجابية

تونس، 2011-2012

معدل الولادات بين الشابات	3	لكل 1000 امرأة متزوجة عمرها بين 15 و 19 سنة
معدل انتشار استخدام وسائل منع الحمل	62.5	لكل 100 امرأة متزوجة عمرها بين 15 و 49 سنة
الحاجة غير المُلبّاة	7	لكل 100 امرأة متزوجة عمرها بين 15 و 49 سنة

كما بين المسح أن من بين النساء المتزوجات في الفئة العمرية 15-49 سنة، 62.5 في المائة يستعملن وسيلة من وسائل منع الحمل. وتبلغ النسبة المئوية للحاجة غير المُلبّاة من وسائل منع الحمل (إما لأغراض المباشرة بين الولادات

وإما لأغراض الحد من النسل) 7 في المائة. كما تبلغ نسبة الخصوبة لدى الشابات 3 ولادات لكل 1000 امرأة متزوجة عمرها بين 15 و 19 سنة.

### 8 - تنمية الطفولة المبكرة

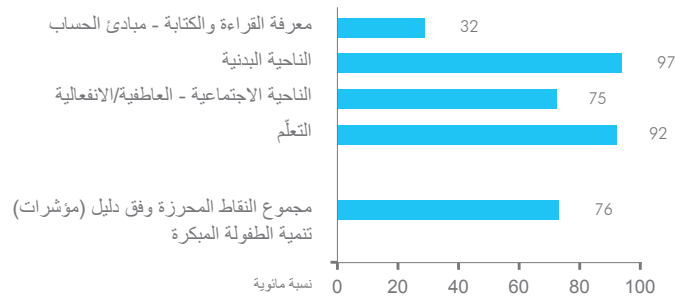
من الإصابة بالأمراض المتكررة)، والناحية الاجتماعية – العاطفية، والتعلم (القدرة على اتّباع التعليمات البسيطة، والقدرة على إشغال الطفل نفسه بصورة مستقلة عن الآخرين). ويعرف دليل مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة (IDJE) بالنسبة المئوية من الأطفال الذين يسجلون تطورا سليما في ثلاثة من هذه المجالات الأربعة على الأقل. وقد بلغ مجموع النقاط المحرزة وفق هذا الدليل في تونس 76 نقطة. وتلعب المرأة دورا هاما في عملية التربية والاندماج الاجتماعي للطفل باختلاف مستواها الفكري ومكانتها الاجتماعية والاقتصادية وكذلك وسطها الحضري أو الريفي.

يعتبر تلقي تربية قبل مدرسية عبر تحصيل مبادئ التعليمات الأساسية أو برامج التربية المبكرة أمرا مهما لإعداد الأطفال للالتحاق بالمدرسة والاندماج الاجتماعي.

وفي تونس بلغت نسبة الأطفال في الفئة العمرية 36-59 شهرا المسجلين بمؤسسة قبل مدرسية 44 في المائة وتصل هذه النسبة إلى 60 في المائة في الوسط الحضري و17 في المائة في الوسط الريفي.

وتم تقييم مستوى تطور صغار الأطفال في أربع مجالات أساسية في هذا المسح : معرفة القراءة والكتابة – مبادئ الحساب والناحية البدنية (المهارات الحركية، وسلامة الطفل

الشكل - 11 : النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية 36-59 شهرا ممن يسرون في المسار الصحيح نمائيا في مجالات محددة بعينها تونس 2011-2012

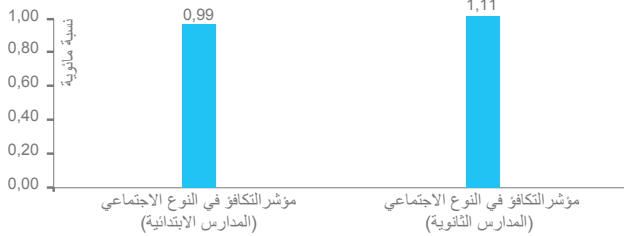


## 9 - معرفة القراءة والكتابة والتعليم

### معرفة القراءة والكتابة في أوساط النساء الشابات

في تونس وبصفة إجمالية فإنّ 94.1 في المائة من النساء الشابات في الفئة العمرية 15-24 سنة يعرفن القراءة والكتابة. ويتدنى معدل معرفة القراءة والكتابة لدى النساء اللواتي يعشن في الأسر الأفقر إلى مستوى 80 في المائة. وفي المقابل، يبلغ معدل معرفة القراءة والكتابة بين النساء الشابات في الفئة العمرية ذاتها إلى 100 في المائة في الأسر الأغنى.

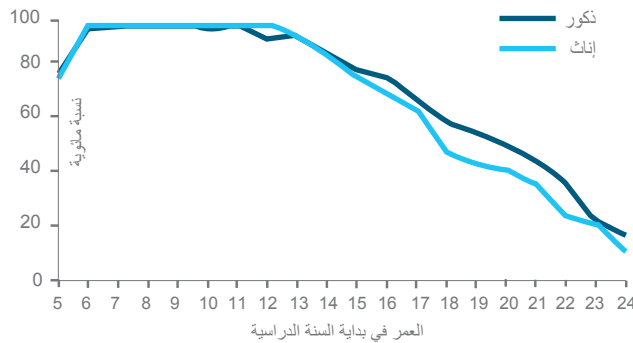
الشكل - 14: مؤشر التكافؤ في النوع الاجتماعي في المدارس الابتدائية والثانوية تونس 2011-2012



ويلتحق حوالي 97 في المائة من الأطفال في سن السادسة بالمدارس، فسنّ السادسة هي السنّ الرسمية لبدء الالتحاق بالمدارس في تونس. وتبقى نسبة الانتظام في المدرسة عند هذا المستوى بالنسبة إلى الأطفال في سن 7 - 10 سنوات وتبدأ هذه النسبة في الانخفاض بالنسبة إلى الأطفال في سن 12 للفتيات و 13 سنة بالنسبة للفتيان. أما الأطفال المتروحة أعمارهم بين سنّ الخامسة عشرة وسنّ الثامنة عشر فينخفض مستوى الانتظام بصفة مثيرة للاهتمام كلما ارتفع عمر الطفل. وتعتبر سن 15-18 سنة هي السنّ شبه الرسمية للالتحاق بالمرحلة الثانية من التعليم الثانوي.

أما في سن العشرين فإنّ اقل من نصف الفتيان (42 %) و 52 % من الفتيات ينتظمون بمؤسسة ثانوية أو جامعية. إنّ الفوارق في النوع الاجتماعي ضعيفة عموماً، ولكن بالنسبة إلى العينة للفئة العمرية 15\_22 سنة، يبدو أنّ عدد الفتيات اللاتي يواظبن في المدرسة أكثر من عدد الفتيان.

الشكل - 15: النسبة المئوية لأفراد الأسر المعيشية في الفئة العمرية من 5 سنوات إلى 24 سنة الذين ينتظمون في المدارس حسب الجنس تونس 2011-2012



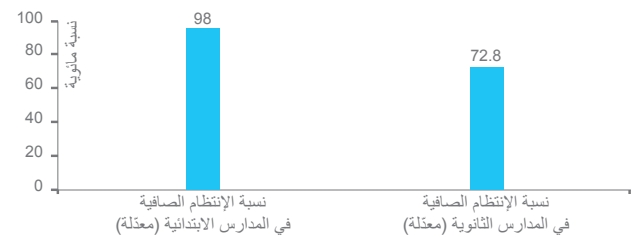
الشكل - 12: معدلات معرفة القراءة والكتابة بين النساء الشابات في الفئة العمرية 15-24 سنة، حسب مؤشر الثروة لكل من السكان تونس 2011-2012



### الانتظام في المدارس

تعتبر نسبُ الانتظام في المدارس مرتفعة، حيث بلغت نسبة الأطفال في سنّ الالتحاق بالمدارس الابتدائية والذين ينتظمون في دراستهم 98 بالمائة و 72.8 في المائة من الأطفال في سنّ الالتحاق بالمدارس الثانوية. ويواظب الفتيات والفتيان في المدارس الابتدائية بمستويات متماثلة تقريباً إذ يبلغ مستوى مؤشر التكافؤ في النوع الاجتماعي (بين الجنسين) في هذا الانتظام 0,99 ولكنّ هذا المؤشر يرتفع إلى نسبة 1,11 في المدارس الثانوية، مما يبيّن أنّ عدد الفتيان الملحقين بالمدارس الثانوية أقلّ من عدد الفتيات.

الشكل - 13: نسبة الانتظام الصافية في المدارس الابتدائية والثانوية (معدّلة) تونس 2011-2012





## 10 - حماية الطفل

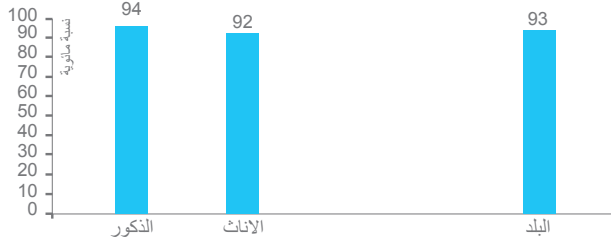
### عمل الأطفال

في تونس تبلغ نسبة الأطفال للفئة العمرية 5-14 سنة الذين انخرطوا في سوق الشغل 3 في المائة وترتفع هذه النسبة في الوسط الحضري إلى 5 في المائة للأطفال في سن ما بين 5 و14 سنة مقابل 2 في المائة بالوسط الريفي.

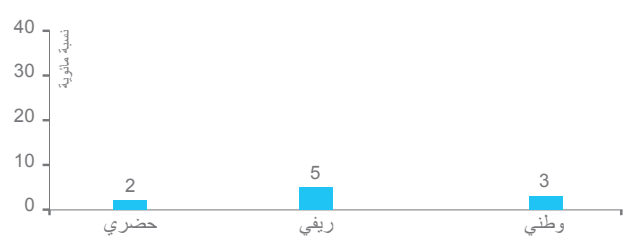
### السلوك العنيف لتأديب الأطفال

تبلغ نسبة الأطفال للفئة العمرية 2-14 سنة المشتبه في تعرضهم للعنف 93 في المائة ويمكن أن يكون هذا العنف نفسياً أو جسدياً (نسبة العنف البدني 32 في المائة). وأظهرت المقارنة بين الفتيان والفتيات أن الفتيان يتعرضون أكثر من الفتيات لهذا النوع من السلوك باستخدام العنف.

الشكل - 17 : النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية من 2 سنتين إلى 14 الذين يعانون من العنف في ضبط سلوكهم حسب الجنس تونس 2011-2012



الشكل - 16 : النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية 5 سنوات إلى 14 سنة المنخرطين في عمالة الأطفال تونس 2011-2012



## 11 - فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز VIH/SIDA

### فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز

للأمم المتحدة (UNGASS) بشأن مكافحة فيروس نقص المناعة البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) الحكومات العمل على تحسين مستوى المعرفة والمهارات لدى اليافعين والشباب لحماية أنفسهم من فيروس 'VIH'. وتشمل المؤشرات الرامية إلى قياس هذا الهدف والهدف الإنمائي الألفي لتخفيض حالات العدوى بفيروس نقص المناعة البشري، بمقدار النصف وتحسين مستوى المعرفة بهذا الفيروس والوقاية منه وتغيير السلوكيات لمنع المزيد من انتشار المرض. وقد طبقت هذه الوحدة المستقلة (فيروس نقص المناعة البشري) من المسح على النساء في الفئة العمرية من 15-49 عاماً.

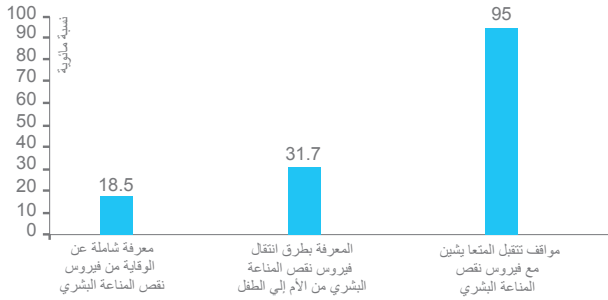
أفادت 84 في المائة من النساء المستجوبات في الفئة العمرية 15-49 سنة أنّهن سمعن بفيروس نقص المناعة البشرية. وبلغت هاته النسبة 88 في المائة لدى الفئة العمرية 15-24 سنة.

من أهم المتطلبات المسبقة لخفض معدل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري ("فيروس VIH" أو "فيروس الإيدز") توافر المعرفة (المعلومات) الدقيقة عن كيفية انتقال هذا الفيروس وعن الاستراتيجيات الخاصة بمنع انتقاله. فالمعلومات الصحيحة هي الخطوة الأولى تجاه رفع مستوى التوعية، وإعطاء اليافعين والشباب الأدوات لحماية أنفسهم من الإصابة بالعدوى. والمعتقدات الخاطئة عن فيروس الإيدز شائعة الانتشار ويمكن أن تُربك اليافعين والشباب وأن تعيق جهود الوقاية. ومن المحتمل أن يكون لدى مختلف الأقاليم "regions" تباينات في المعتقدات (الأفكار) الخاطئة مع أنّ بعضها يبدو عاماً (على سبيل المثال، تصوّر أنّ التشارك في تناول الطعام يمكن أن ينقل العدوى بفيروس الإيدز أو أنّ عضّات البعوض يمكن أن تنقل هذا الفيروس). وقد ناشدت الدورة الخاصة للجمعية العامة

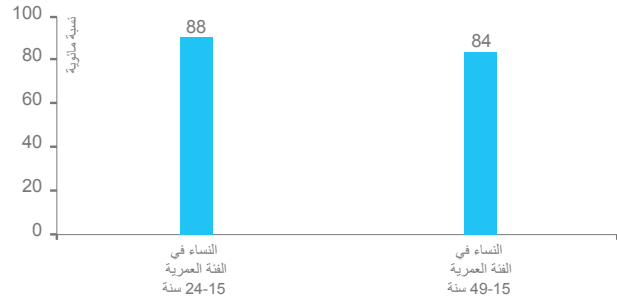
أما بالنسبة للمؤشرات الخاصة بالمواقف تجاه المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري، فهي تقيس مستوى التمييز داخل المجتمع المحلي. ولقد عبّرت 95 في المائة من النساء المستجوبات في الفئة العمرية 15-49 سنة على مواقف تقبل تجاه المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري و ذلك على الأقل بالنسبة لواحد من هذه الأسئلة بينما لا تتجاوز 8 في المائة بالنسبة لكل الأسئلة.

كما أفاد المسح أن أقل من 20 في المائة من النساء الشابات في الفئة العمرية 15-24 سنة لديهن معرفة شاملة بالوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري "VIH" و 31.7 في المائة منهنّ يحددن بشكل صحيح وسائل انتقال الفيروس من الأمّ إلى الطّفل. وعند حساب قيم هذه المؤشرات لجميع النساء في الفئة العمرية 15-49 سنة نجدها في نفس المستوى أو متماثلة.

الشكل -19 : المعرفة عن الوقاية عن فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز وطرق انتقاله و المواقف من المتعاشين مع الفيروس بالنسبة إلى النساء في الفئة العمرية 15-24 سنة و الفئة العمرية 15-49 سنة تونس 2011-2012



الشكل -18 : النسبة المئوية للنساء اللواتي سمعن عن مرض الإيدز تونس 2011-2012



## الملاحق

الملحق عدد 1 : جدول مُلَخَّص لنتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات "MICS4" ومؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية "OMD" تونس 2011-2012

الموضوع	رقم المؤشر في المسح العنقودي متعدد المؤشرات-4	رقم المؤشر في الأهداف الإنمائية للألفية	المؤشر	القيمة
<b>وفيات الأطفال</b>				
وفيات الأطفال	1-1	1-4	معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة	19.4 لكل ألف
	2-1	2-4	معدل وفيات الأطفال الرضع	16.7 لكل ألف
	3-1		معدل وفيات الرضع حديثي الولادة	11.5 لكل ألف
	4-1		وفيات الجنين	5.2 لكل ألف
	5-1		معدل وفيات الأطفال في سن بين 1 و 5 سنوات	2.7 لكل ألف
<b>التغذية</b>				
الوضع الغذائي الراهن	1-2 أ 1-2 ب	8-1	انتشار نقص الوزن معتدل وحاد (- 2 انحرافان معياريان) حاد (- 3 انحرافات معيارية)	نسبة مئوية نسبة مئوية 2.3 0.7
	2-2 أ 2-2 ب		انتشار التقرّم معتدل وحاد (- 2 انحرافان معياريان) حاد (- 3 انحرافات معيارية)	نسبة مئوية نسبة مئوية 10.1 3.7
	3-2 أ 3-2 ب		انتشار الهزال معتدل وحاد (- 2 انحرافان معياريان) حاد (- 3 انحرافات معيارية)	نسبة مئوية نسبة مئوية 2.8 1.7
الرضاعة الطبيعية وإطعام الأطفال الرضع	4-2		الأطفال الذين سبق لهم أن رضعوا رضاعة طبيعية	نسبة مئوية 4.0
	5-2		البداية المبكرة بالرضاعة الطبيعية	نسبة مئوية 28.9
	6-2		رضاعة طبيعية خالصة دون سنّ 6 أشهر	نسبة مئوية 8.5
	7-2		استمرار الرضاعة الطبيعية عند بلوغ سنة من العمر	نسبة مئوية 49.2
	8-2		استمرار الرضاعة الطبيعية عند بلوغ سنتين من العمر	نسبة مئوية 19.1
	9-2		رضاعة طبيعية في الغالب دون سنّ 6 أشهر	نسبة مئوية 34.7
	10-2		معدل مدة الرضاعة الطبيعية	شهر 13.5
	11-2		إطعام الطفل بالرضاعة	نسبة مئوية 72.4
	12-2		البدء في إعطاء الطفل أطعمة صلبة، أو شبه صلبة أو طرية	نسبة مئوية 26.6
	13-2		الحدّ الأدنى من تكرار الوجبات	نسبة مئوية 48.2
الوزن المنخفض عند الولادة	14-2		الرضاعة الطبيعية المناسبة لعمر الطفل	نسبة مئوية 18.1
	15-2		تكرارية إطعام الأطفال، الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية، بالحليب	نسبة مئوية 90.0
	18-2		الرضع منخفضو الوزن عند الولادة	نسبة مئوية 6.9
	19-2		الرضع الذين يوزنون عند الولادة	نسبة مئوية 97.0

الموضوع	رقم المؤشر في المسح العنقودي متعدد المؤشرات-4	رقم المؤشر في الأهداف الإنمائية للألفية	المؤشر	القيمة
<b>صحة الطفل</b>				
التلقيح : المطاعيم / اللقاحات	1-3		مدى التغطية بالتحصين / بالتطعيم ضد مرض السل (التدُّن الرئوي)	نسبة مئوية 98.2
	2-3		مدى التغطية بالتحصين / بالتطعيم ضد شلل الأطفال	نسبة مئوية 95.9
	3-3		مدى التغطية بالتحصين / بالتطعيم ضد المطعوم الثلاثي (الدفتيريا، والسعال الديكي "الشاهوق"، والكزاز "DPT")	نسبة مئوية 95.9
	4-3	3-4	مدى التغطية بالتحصين / بالتطعيم ضد الحصبة	نسبة مئوية 94.3
	5-3		مدى التغطية بالتحصين / بالتطعيم ضد مرض الكبد الوبائي "ب"	نسبة مئوية 95.9
العناية بالمرض	8-3		علاج الجفاف عن طريق الفم مع الاستمرار في إطعام الطفل	نسبة مئوية 48.4
	9-3		السعي إلى الحصول على الرعاية للمشتبه بإصابتهم بالالتهاب الرئوي	نسبة مئوية 59.5
	10-3		علاج المشتبه بإصابتهم بالالتهاب الرئوي باستخدام المضادات الحيوية	نسبة مئوية 57.4
استعمال الوقود الصلب	11-3		أنواع الوقود الصلب	نسبة مئوية 0.4
<b>المياه والصرف الصحي</b>				
المياه والصرف الصحي	1-4	8-7	استخدام مصادر مياه الشرب المُحسَّنة	نسبة مئوية 95.8
	2-4		معالجة المياه	نسبة مئوية 7.8
	3-4	9-7	استخدام مرافق الصرف الصحي المُحسَّنة	نسبة مئوية 93.2
	4-4		التَّخَلُّص الآمن من براز الأطفال	نسبة مئوية 13.8
	5-4		توافر مكان لغسل الأيدي	نسبة مئوية 91.7
	6-4		توافر الصابون	نسبة مئوية 95.5
<b>الصحة الإنجابية</b>				
وسائل منع الحمل والحاجة غير الملبَّاة	1-5	4-5	معدل الولادات لدى الشابات	لكل 1000 امرأة متزوجة في سن 15-49 3
	3-5		معدل انتشار وسائل منع الحمل	نسبة مئوية 62.5
	4-5		الحاجة غير الملبَّاة (من هذه الوسائل)	نسبة مئوية 7.0
صحة الأم والمولود الجديد	5-5 أ	5-5	مدى التغطية بالرعاية قبل الولادة (أثناء الحمل) مرة واحدة على الأقل من كوادر ماهرة	نسبة مئوية 98.1
	5-5 ب		أربع مرات على الأقل من أي موفر للرعاية	نسبة مئوية 85.1
	6-5		محتوى الرعاية قبل الولادة (أثناء الحمل)	نسبة مئوية 89.4
	7-5	2-5	توافر مشرف ماهر أثناء الولادة	نسبة مئوية 98.6
	8-5		حالات الولادة في المستشفيات	نسبة مئوية 98.5
	9-5		ولادة قيصرية	نسبة مئوية 26.7

الموضوع	رقم المؤشر في المسح العنقودي متعدد المؤشرات-4	رقم المؤشر في الأهداف الإنمائية للألفية	المؤشر	القيمة
<b>تنمية الطفولة المبكرة</b>				
تنمية الطفولة المبكرة	1-6		دعم الطفل من أجل التعلّم	نسبة مئوية 70.9
	2-6		دعم الأب للطفل من أجل التعلّم	نسبة مئوية 70.8
	3-6		توافر مواد التعلم: كتب الأطفال	نسبة مئوية 17.8
	4-6		توافر مود التعلم: الأشياء المستخدمة في اللعب	نسبة مئوية 52.9
	5-6		عدم كفاية الرعاية	نسبة مئوية 13.2
	6-6		دليل (مؤشرات) تنمية الطفولة المبكرة	نسبة مئوية 75.8
	7-6		الإشراف على تربية / تعليم الطفولة المبكرة	نسبة مئوية 44.3
<b>التعليم</b>				
معرفة القراءة والكتابة، والتعليم	1-7	3-2	معدل معرفة القراءة والكتابة بين النساء اليافعات والشابات	نسبة مئوية 94.1
	2-7		الاستعداد للالتحاق بالمدرسة	نسبة مئوية 79.5
	3-7		صافي معدل الاستيعاب في التعليم الابتدائي	نسبة مئوية 95.6
	4-7	1-2	النسبة الصافية للانتظام في المدارس الابتدائية (مُعَدَّلَة)	نسبة مئوية 98.0
	5-7		النسبة الصافية للانتظام في المدارس الثانوية (مُعَدَّلَة)	نسبة مئوية 72.8
	6-7	2-2	الأطفال الذين يصلون إلى الصف الأخير من التعليم الابتدائي	نسبة مئوية 96.6
	7-7		معدل إتمام الدراسة الابتدائية	نسبة مئوية 99.1
	8-7		معدل الانتقال إلى المدارس الثانوية	نسبة مئوية 88.0
	9-7		دليل (مؤشرات) التكافؤ بين النوع الاجتماعي (في المدارس الابتدائية)	نسبة 0.99
	10-7		دليل (مؤشرات) التكافؤ بين النوع الاجتماعي (في المدارس الثانوية)	نسبة 1.11
<b>حماية الطفل</b>				
عمالة الأطفال	2-8		عمالة الأطفال	نسبة مئوية 2.6
	3-8		مستوى الانتظام في المدارس بين العمال الأطفال	نسبة مئوية 87.8
	4-8		مستوى انتشار عمل الأطفال بين التلاميذ	نسبة مئوية 2.5
سلوك تأديب الأطفال	5-8		سلوك تأديب الأطفال بالعنف	نسبة مئوية 93.2
العنف الأسري	14-8		المواقف من العنف الأسري (نساء بين 15 و 49 سنة)	نسبة مئوية 30.3
<b>فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز VIH/SIDA</b>				
المعرفة بفيروس نقص المناعة البشري / الإيدز والمواقف من المتعاشين معه	1-9		معرفة شاملة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشري "VIH"	نسبة مئوية 18.5
	2-9	3-6	معرفة شاملة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشري بين اليافعين والشباب	نسبة مئوية 19.1
	3-9		معرفة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة البشري من الأم إلى الطفل	نسبة مئوية 31.7
	4-9		موقف يتقبل المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري	نسبة مئوية 7.8
	5-9		النساء اللواتي يعرفن أين يُجرى فحص الكشف عن إصابتهن بفيروس نقص المناعة البشري	نسبة مئوية 25.3
	6-9		النساء اللواتي أُجربن فحص الكشف عن إصابتهن بفيروس نقص المناعة البشري ويعرفن نتيجة الفحص	نسبة مئوية 0.5
	8-9		الحصول على المشورة بشأن فيروس نقص المناعة البشري خلال تلقي الرعاية قبل الولادة (أثناء الحمل)	نسبة مئوية 3.2
	9-9		إجراء فحص الكشف عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري خلال تلقي الرعاية قبل الولادة (أثناء الحمل)	نسبة مئوية 1.1

الموضوع	رقم المؤشر في المسح العنقودي متعدد المؤشرات-4	رقم المؤشر في الأهداف الإنمائية للألفية	المؤشر	القيمة
<b>إتاحة وسائل الإعلام السمعية البصرية وتكنولوجيا المعلومات والاتصال</b>				
إتاحة وسائل الإعلام	و.إ 1		استخدام وسائل الإعلام (النساء 15-49 سنة)	نسبة مئوية 17.1
استعمال تكنولوجيا المعلومات والاتصال	و.إ 2		استخدام الحواسيب (النساء 15-24 سنة)	نسبة مئوية 63.7
	و.إ 3		استخدام الأنترنت (النساء 15-24 سنة)	نسبة مئوية 48.7
<b>الرفاه الاجتماعي</b>				
الرفاه الاجتماعي	رف 1		الرفاه المعيشي (النساء 15-24 سنة)	نسبة مئوية 40.4
	رف 2		السعادة (النساء 15-24 سنة)	نسبة مئوية 77.6
	رف 3		التوق إلى حياة أفضل (النساء 15-24 سنة)	نسبة مئوية 42.3
<b>التدخين وشرب الكحول</b>				
التدخين	ت ك-1		التدخين (النساء 15-49 سنة)	نسبة مئوية 5.9
	ت ك-2		التدخين قبل سن 15 (النساء 15-49 سنة)	نسبة مئوية 0.3
شرب الكحول	ت ك-3		شرب الكحول (النساء 15-49 سنة)	نسبة مئوية 0.5
	ت ك-4		شرب الكحول قبل سن 15 (النساء 15-49 سنة)	نسبة مئوية 0.0

## الملحق 2 : قائمة الجداول

الجدول - 1	حجم العينة ومعدلات الإجابة
الجدول - 2	محتوى الاستبيان
الجدول - 3	نتائج مؤشرات مختارة للرضاعة الطبيعية
الجدول - 4	نتائج مؤشرات مختارة للصحة الإنجابية

### الملحق 3 : قائمة الأشكال

الشكل.1	وفيات الأطفال: معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومعدلات وفيات الرضع
الشكل.2	التغذية: النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن، والتقرُّم والهزال والزيادة في الوزن
الشكل.3	صحة الطفل: النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية دون سن الثانية حسب نموذج الإطعام/التغذية وحسب الفئة العمرية
الشكل.4	صحة الطفل: النسبة المئوية للأطفال للفئة العمرية 18-29 شهراً ممن تلقوا المطاعيم/اللقاحات الموصى بها قبل بلوغهم 18 شهراً
الشكل.5	صحة الطفل: النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الذين أصابهم الإسهال وتلقوا علاجاً للجفاف عن طريق الفم أو المزيد من السوائل، مع الاستمرار في إطعام الطفل الطعام
الشكل.6	صحة الطفل: النسبة المئوية للأطفال دون سن الخامسة الذين يشتبه إصابتهم بالتهاب رئوي وتلقوا مضادات حيوية
الشكل.7	المياه والصرف الصحي: النسبة المئوية لتوزيع أفراد الأسر المعيشية الذين يستخدمون مصادر مياه الشرب المحسنة
الشكل.8	المياه والصرف الصحي: النسبة المئوية لتوزيع أفراد الأسر المعيشية حسب مرافق الصرف الصحي المحسنة
الشكل.9	الصحة الإنجابية: التغطية بخدمات الرعاية قبل الولادة
الشكل.10	الصحة الإنجابية: التغطية بخدمات الرعاية أثناء الولادة
الشكل.11	تنمية الطفولة المبكرة: النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية من 36 إلى 59 شهراً الذين يسيرون على المسار الصحيح نمائياً في مجالات محددة
الشكل.12	معرفة القراءة والكتابة والتعليم: معدلات معرفة القراءة والكتابة بين النساء اليافعات والشابات في الفئة العمرية من 15 - 24 عاماً، حسب مؤشر الثروة لكل خمس من السكان
الشكل.13	معرفة القراءة والكتابة والتعليم: نسب الانتظام الصافية في المدارس الابتدائية والثانوية
الشكل.14	معرفة القراءة والكتابة والتعليم: دليل (مؤشرات) التكافؤ في النوع الاجتماعي (بين الجنسين) في المدارس الابتدائية والثانوية المدرسة حسب الجنس
الشكل.15	معرفة القراءة والكتابة والتعليم: النسبة المئوية لأفراد الأسر المعيشية في الفئة العمرية من 5 سنوات - 24 سنة الذين ينتظمون في المدارس حسب الجنس
الشكل.16	حماية الطفل: النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية 5 سنوات - 14 سنة المنخرطين في الشغل
الشكل.17	حماية الطفل: النسبة المئوية للأطفال في الفئة العمرية من 2 سنتين إلى 14 سنة الذين يمرون بتجربة ضبط السلوك (التأديب) باستخدام العنف حسب الجنس
الشكل.18	فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز: النسبة المئوية للنساء اللواتي سمعن عن مرض فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز
الشكل.19	فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز: معرفة طرق الوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري / الإيدز، وبطرق انتقاله، والمواقف تجاه المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري، بالنسبة إلى النساء اليافعات والشابات في الفئة العمرية من 15 - 24 سنة، وإلى النساء في الفئة العمرية من 15 إلى 49 سنة

## الملحق 4 : قائمة المختصرات

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)
BCG	Bacillus-Cereus-Geuerin (Tuberculosis)	باسيليس - سريريوس - غيورين (السل أو التدرن الرئوي)
CSPro	Census and Survey Processing System	نظام معالجة التعداد السكاني والمسح
DPT	Diphtheria Pertussis Tetanus	المطعوم / اللقاح الثلاثي: الدفتيريا، والسعال الديكي (الشاهوق) والكزاز
EPI	Expanded Programme on Immunization	برنامج التحصين / التطعيم (ضد الأمراض) الموسَّع
GPI	Gender Parity Index	دليل (مؤشرات) التكافؤ في النوع الاجتماعي
HIV VIH	Human Immunodeficiency Virus	فيروس نقص المناعة البشري
LAM	Lactational Amenorrhea Method	استخدام الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل بسبب انقطاع الطمث
MDG	OMD- Millennium Development Goals	الأهداف الإنمائية للألفية
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey	المسح العنقودي متعدد المؤشرات
ORT	Oral rehydration treatment	معالجة الجفاف عن طريق الفم (الإمهاء)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences	البرنامج الإحصائي "الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية"
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS	برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشري / الإيدز
UNDP PNUD	United Nations Development Programme	برنامج الأمم المتحدة الإنمائي
UNFPA FNUAP	United Nations Population Fund	صندوق الأمم المتحدة للسكان
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS	الدورة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة المعنية بفيروس نقص المناعة البشري / الإيدز
UNICEF	United Nations Children's Fund	منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف)
WFFC	World Fit For Children	وثيقة "عالم جدير بالأطفال"
WHO OMS	World Health Organization	منظمة الصحة العالمية





## تونس

المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2011-2012  
ملخص لأهم النتائج