

وفيات الرضع من خلال معطيات المسح الجزائري متعدد المؤشرات الرابع
(MICS 2012)

مزرود خديجة*
سعدي رابح**

استلم بتاريخ: 2018/01/07

قيم بتاريخ: 2018/03/16

ملخص

تعتمد دراسة وفيات الرضع على معطيات الحالة المدنية بالدرجة الأولى، غير أن مصالحي الحالة المدنية لا تغطي الوفيات بشكل شامل. المسوح من جهتها تصمم لرصد ظواهر أخرى ولا تشير إلى هذه الظاهرة إلا بشكل ثانوي، لأن الاستثمارات لا تصمم خصيصا لقياس الظاهرة بشكل دقيق.

ومع ذلك سوف نحاول الاستفادة من آخر مسح متعدد الأهداف (MICS4-2012) وفر معطيات بسيطة عن وفيات الرضع، بحيث سوف نحاول تقييم نوعية هذه المعطيات، نقومها ثم نقيس مستوى الظاهرة ونبحث في بعض محدداتها.

نشير إلى أن أهمية هذا العمل جاءت من كونه يشير إلى أن سوء قياس الظواهر لا يرتبط بسوء تغطية الأحداث فقط وإنما يرتبط كذلك بنوعية المعطيات المجندة.

الكلمات الدالة

الوفيات العامة؛ وفيات الرضع؛ الجزائر؛ تقويم المعطيات؛ المسح الجزائري متعدد المؤشرات؛ محددات وفيات الرضع.

* قسم العلوم الاجتماعية، جامعة البليدة 2.

** قسم العلوم الاجتماعية، جامعة البليدة 2

Résumé

Mortalité infantile à partir des données de l'enquête MICS4 (2012)

L'étude de la mortalité infantile est basée principalement sur les données de l'état civil. Or, les structures de cette source de données sont en deçà d'un niveau de couverture satisfaisant. Les enquêtes conduites dans la plupart des pays ne prennent en charge ce phénomène que de manière secondaire.

Malgré cette limite, nous allons tenter de tirer profit de la dernière enquête à objectifs multiples (MICS4-2002). Cette enquête a touché à la mortalité infantile de manière sommaire. Ce travail consiste à examiner la qualité des données collectées, d'y apporter les corrections possibles, pour tenter d'évaluer le niveau du phénomène de façon plus objective.

L'intérêt de ce travail est de signaler le fait que la sous-estimation d'un phénomène n'est pas due uniquement à une mauvaise couverture. Elle dépend également de la qualité des données collectées.

Mots-clés

Mortalité générale ; mortalité infantile ; Algérie ; évaluation de la qualité des données ; enquête algérienne à indicateurs multiples ; déterminants de la mortalité infantile.

Abstract

Infant mortality through data from the fourth MICS (2012) survey

The infant mortality study depends primarily on the data of the civil registration. This data complained in Algeria of the poor coverage of events. As for surveys, most of them are not specifically designed to allow accurate measurement of the phenomenon.

However, we will try to take advantage of the latest multi-objective survey (MICS4-2012), which provides a range of data on infant mortality. To make a preliminary assessment of the quality of its data and then to correct it.

We will then measure the level of infant mortality and then look at some of its determinants.

Keys-words

General mortality; infant mortality; Algeria; data assessment; Algerian multiple indicators survey; determinants of infant mortality.

1. مقدمة

ظاهرة الوفاة حدث بيولوجي غير متجدد، تشكل مع الولادات الركيزة الأساسية لدراسة الحركة السكانية في أي بلد.

«تعكس المستوى الصحي في البلدان، بل تعتبر مؤشرا رئيسيا لمستويات الوفيات ولمدى التطور الاجتماعي» (زيد أفنان، 2014).

لهذه الأسباب كانت مواضيع وفيات الأطفال وأمل الحياة عند الولادة من بين المحاور التي تضمنتها الخطة العالمية للسكان خلال مؤتمر بوخارست لعام 1974.

تظهر بذلك مقاييس وفيات الرضع كمؤشرات وجيهة للتنمية الصحية لبلد ما، لفاعلية نظامه الوقائي وللاهتمام الموجه لصحة الأم والطفل (El bachir, 2013).

«مثل خفض معدلات وفيات الرضع أحد أهم أهداف الألفية التي تبنتها منظمة الأمم المتحدة: إذ تبنت خفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بمقدار الثلثين كهدف رئيسي خلال الفترة 1990-2015» (UNPF, 2013).

« يتراوح معدل وفيات الرضع في أكثر من نصف بلدان العالم الثالث بين 60 و140%، في حين لا يتعدى عتبة 10% في الدول الصناعية» (منظمة الأمم المتحدة، 1991).

«حسب منظمة الصحة العالمية، يقف سوء التغذية بشكل مباشر وغير مباشر وراء ثلث وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات، ويرتبط أزيد من ثلث الوفيات السنوية بممارسات غذائية غير سليمة» (منظمة الصحة العالمية، بدون تاريخ).

«خلال (2007) قدر الديوان الوطني للإحصائيات (الجزائري) مستوى الظاهرة عند المعدل 26.2%، بعدما كان في حدود 37.4% سنة 1998. تواصل تراجع ظاهرة وفيات الرضع، بحيث عرفت السنة 2014 المستوى 23.3% وتراجع المعدل إلى 22% بين 2013 و2014» (ONS, 2014).

وهكذا يبقى التساؤل مطروحا حيال بقاء هذا المعدل مرتفعا بالنظر إلى الإمكانيات المتوفرة والمبذولة في الجزائر.

مثل توفر المسح العنقودي الجزائري متعدد المؤشرات المنجز سنة 2012، على وحدة تجمع بيانات حول وفيات الرضع، فرصة لمحاولة قياس مستوى الظاهرة وحتى النظر في فوارقها وفقا لبعض المحددات التي تقترحها الأدبيات حول الموضوع، لاسيما

بالنظر للنقائص التي تشكوا منها البيانات حول وفيات الرضع التي مصدرها الحالة المدنية.

إلى جانب السؤال أعلاه، نستطيع طرح أسئلة أخرى كثيرة، لكننا سوف نكتفي بسؤال واحد، يرتبط بنوعية المعطيات (دقة المعطيات وشمولية تغطية أحداث الظاهرة ضمن المسح المذكور أعلاه). بمعنى آخر، هل المعطيات المتوفرة تمكننا من تحديد مستوى هذه الظاهرة إجمالاً بشكل دقيق وهل تمكننا من حساب مختلف مكوناتها؟

في غياب مؤشرات موضوعية عن مستوى تغطية الوفيات، نقول أن المتاح من المعطيات (المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2012) لا يمكننا من قياس وفيات الرضع بشكل دقيق.

2. المنهجية

يرصد هذا العمل وفيات الرضع حسب بعض العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المدرجة في استمارة المسح المعتمد كمصدر أساسي لمعطيات عملنا (MICS2012-2013).

وظف مخطط المعاينة المجدد لجمع المعطيات عينة عنقودية على دجتين، بناء على معطيات تعداد 2008.

خلص المسح الوطني إلى ملاحظة 28000 أسرة معيشية، بمعدل استجابة قدره 98.4%، موزعة على سبع نطق برمجة.

مثل الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-4 سنوات العدد 15140 طفلاً (11.2% من مجموع أفراد العينة) وبلغت نسبة الأطفال الرضع (الأقل من سنة) المقدار 23% من مجموع عدد الأطفال الأقل من 5 سنوات.

في إطار هذا المسح، تمت تغطية الوفيات بصفة عامة (كل الأعمار) ومددت الملاحظة إلى خمسة سنوات (سابقة لتاريخ إجراء المسح)، كي يتم عد عدد أحداث كاف لتقدير بعض مؤشرات الظاهرة. في واقع الأمر، تعتبر دراسة الوفاة في هذا المسح هدفا ثانويا.

سنكرس النقاط التالية من عملنا لعرض بعض الأخطاء المرتبطة بدقة التصريح بالأحداث (الولادات والوفيات)، لكيفية تقويمها ونعرض أخيرا النتائج وناقشها.

3. النتائج

في مجال جمع المعطيات، اقتصرت الاستمارة (الوفيات العامة) على عدد قليل من الأسئلة (أنظر الملحق).

لا تغطي الحالة المدنية في الجزائر الوفيات بصفة شاملة. يتسبب هذا الأمر في صعوبة التعرف على مستوى الظاهرة بصفة عامة. ويزيد الأمر سوءا عندما يكون الهدف تقييم مستوى وفيات الرضع، لأن القصور يرتبط تحديدا بهذه الفئة من الوفيات، خاصة لما يتعلق الأمر بالأحداث المرتبطة بالأرياف.

ويرجع سوء التغطية، في أغلب الحالات، إلى عدم تسجيل وفيات الأيام الأولى من الحياة خاصة في الأرياف.

1.3. نوعية المعطيات

نحاول تقييم دقة المعطيات، مركزين على عملية التصريح بتواريخ الولادة والوفاة، لأن تقييم مستوى ظاهرة وفيات الرضع يتوقف إلى حد بعيد على شمولية تسجيل الولادات الحية والوفيات وعلى دقة تحديد الوقائع زمنيا (التصريح بأيام، أشهر وسنوات الولادة والوفاة).

مر ملف عملنا هذا على سلسلة من الاختبارات يفترض أنها خلصت المعطيات من كل الشوائب، وتبقى فقط الوقائع التي لا يمكن تحديدها إلا اعتمادا على بعض الإجراءات الخاصة، التي سوف نتبناها، إذا دعت الضرورة لذلك.

• تاريخ ولادة المتوفين

يتكون تاريخ ولادة المتوفين من يوم، شهر وسنة الولادة. لم تحدد الاستمارة المداليل عندما يتعلق الأمر بالتواريخ الخارجة عن المجال الموضوعي. كما أننا لا نمتلك دليل المتغيرات المعتمد عند المعالجة. يمكننا التعرف على هذه المداليل بعد عملية الجدولة.

نجمل المتغيرات المرتبطة بتاريخ ولادة المتوفين في الجدول 1. تشير المعطيات إلى أن التصريح كان مقبولا إلى حد كبير فيما يخص سنة الولادة وتعثرت بشكل كبير بالنسبة للأيام والأشهر، بحيث ارتبطت التصاريح غير الصائبة بثلاث المتوفيين.

جدول 1: التصريح بتواريخ ولادة المتوفين

تاريخ ولادة المتوفين (%)			نوعية التصريح
السنة	الشهر	اليوم	
96,2	62,6	60,4	الأحداث المصرح بها جيدا
3,8	37,4	39,6	الأحداث غير المصرح بها
4813	4813	4813	مرجع الحساب

سجلت أيام الولادة ذروة التصاريح غير الموضوعية (39,6%؛ الجدول 1). في هذا الصدد نشير إلى أن المعطيات الناقصة مثلت مجموع التصاريح غير الصائبة، إذ يشمل ملف المعطيات الدليلين 98 و99.

• تاريخ الوفاة

دون تكرار، نقول أن تواريخ الوفاة تحدد على الطريقة السابقة (أنظر الجدول 2). لم تذكر الاستمارة كذلك المداليل عندما يتعلق الأمر بالتواريخ الخارجة عن المجال الواقعي. يمكننا تحديد المداليل الشاذة بعد عملية الجدولة.

جدول 2: التصريح بتواريخ الوفاة

تاريخ الوفاة (%)			نوعية التصريح
السنة	الشهر	اليوم	
97,9	93,0	87,5	الأحداث المصرح بها جيدا
2,1	7,0	12,5	الأحداث غير المصرح بها
4813	4813	4813	مرجع الحساب

فيما يخص تأريخ أحداث ظاهرة الوفاة، نقول أن التصريحات كانت بشكل عام جيدة، لأن الفترة المرجعية قلصت إلى خمس سنوات فقط. من جهة أخرى، نلاحظ أن هناك تعثر قليل بالنسبة للأيام والأشهر، بحيث تجاوزت التصريحات غير الصائبة العشر بالنسبة للأيام وأقل من ذلك بكثير بالنسبة للأشهر (أنظر الجدول).

• مكان الوفاة

مثلت المعطيات الناقصة بالنسبة لمكان الوفاة نسبة قليلة، لم تتجاوز 0.4% من مجموع أمكنة الوفاة. نشير في هذا الصدد إلى أن الوفاة في الأوساط الطبية من العوامل المساعدة على بلوغ مستويات عالية من شمولية تغطية ظاهرة الوفاة، لأن الأحداث في هذه الأوساط تسجل تلقائياً، حين وقوعها.

في الجزائر، حددت معطيات المسح نسبة الوفيات في الأوساط الطبية عند مستوى عال، قدره 46%. ومثلت الوقائع غير محددة مكان الوقوع نسبة معتبرة، يفترض أن يتم تحديدها (مداليل متغير مكان الوفاة).

جدول 3: التصريح بوسط الوفاة

النسبة	وسط الوفاة
45.9	في وسط طبي
48.5	في البيت
5.1	في مكان آخر
0.4	معطيات ناقصة
4813	مرجع الحساب

• تسجيل الوفاة

يمكننا هذا المتغير من الوقوف على مستوى التغطية، إذ يمكننا افتراض شمولية التصريح بالوفيات عندما لا يرصد المسح أحداثاً غير مصرح بها. في المقابل، تشكك كثرة الأحداث غير المصرح بها بنوعية المعطيات، لأن مستوى التغطية يحدد في واقع الأمر بناء على ثنائية مصدر الملاحظة.

فاقت نسبة الأحداث غير المسجلة نسبة 2%، وهذا يعني تدني نسبة شمولية التغطية (أحداث ظاهرة الوفاة) إلى أقل من 3%، لأن عدد الوفيات الفعلي غير المصرح به يفوق العدد المعلن عنه، كما بينت دراسات عديدة.

جدول 4: التصريح بالوفاة في مصالحي الحالة المدنية

النسبة	تسجيل الوفاة في مصالحي الحالة المدنية
97.2	مسجلة
1.9	لم تسجل
0.1	لا يدري
0.7	معطيات ناقصة
4813	مرجع الحساب

2.3. تقويم المعطيات

تحت هذا العنوان سنحاول معالجة التواريخ (أيام وأشهر حدوث الوقائع)، حتى نتمكن من تمييز وفيات الرضع من مجموع وفيات الخمسة سنوات السابقة للملاحظة وحتى نستطيع تمييز هذه الفئة من الوفيات حسب الصنف، لأن تقسيم وفيات الرضع يتوقف على مدد الحياة المعبر عنها بالأيام في غالب الأحيان.

نحاول، فيما يلي، تحديد تواريخ الأحداث غير المحددة زمنيا، حسب الظاهرة (الولادات والوفيات):

• تواريخ الولادة غير المحددة

يمكننا تقسيم هذه الأحداث إلى:

- عندما لا تحدد أيام الولادة فقط:

○ الحالة الأولى

على ملف المعطيات، تعرف هذه الحالات عندما نكون أمام تسجيلات يأخذ يوم الولادة فيها الدليل 98 أو الدليل 99 ($mg7d=98$ or $mg7d=99$). جاء هذان الدليلان، بناء على تعليمات الاستمارة.

في هذه الحالات، نتبنى فرضية التوزيع الخطي ونعطي هذا النوع من الأحداث القيمة 15، أي نقول بأن هذه الولادات تمت في منتصف الشهر المصرح به.

عمليا يترجم الاختبار على النحو التالي: إذا قلت قيم أشهر الولادة عن 13 ($mg7m < 13$)؛ أي كانت التصاريح جيدة) وقلت سنة الولادة عن القيمة 9998 ($mg7y < 9998$)، غير أن يوم الولادة أخذ إحدى القيمتين 98 أو 99 ($mg7y = 98$ أو $mg7m = 99$).

بلغ تعداد هذا النوع من الأحداث غير صائبة التصريح المقدار 84 حالة.

○ الحالة الثانية

عندما نكون أمام ولادات حددت سنوات حدوثها بشكل جيد ($mg7y < 2013$)، لأن المسح تم في غالبية الأسر سنة 2012، أي يجب ألا تؤرخ الولادات بسنوات تزيد عن سنة الملاحظة). في هذه الحالات، نتبنى فرضية التوزيع الخطي، بحيث نقول أن الولادة تمت في اليوم الأول من شهر جويلية. أي يأخذ يوم الولادة القيمة 1 ويأخذ شهر الولادة القيمة 7.

عمليا نتعرف على هذه الوقائع على ملف المعطيات عندما يأخذ شهر ويوم الولادة إحدى القيمتين 98 أو 99. مثل هذا النوع من التصاريح غالبية الأحداث المعالجة، إذ بلغ المقدار 1909 تسجيلا.

○ الحالة الثالثة

عندما نكون أمام أحداث حددت سنوات وأيام وقوعها بشكل صائب غير أن أشهرها لم تحدد بشكل جيد، أي أن شهر الولادة يأخذ إحدى القيمتين 98 أو 99. في هذه الحالات نقول أن الولادة تمت خلال شهر جوان، بناء على فرضية التوزيع الخطي. بلغ عدد هذا النوع من التصاريح 8 حالات.

بقي في ملفنا الخاص بوفيات الخمسة سنوات السابقة للمسح 6 أحداث لا يمكننا معالجتها إلا اعتمادا على اختبارات تجند متغيرات عديدة. أخذت هذه الأحداث قيما خارجة عن المجالات المفترضة في كل من يوم، شهر وسنة الولادة (أخذت كلها القيم 98).

● تاريخ الوفاة غير المحددة:

ميز عدم التصريح الجيد بتاريخ الوفاة حالات عديدة، نتعرض لها فيما يلي:

○ الحالة الأولى

عندما نكون أمام أحداث حددت سنوات وأشهر وقوعها بشكل صائب ($mg8y < 9998$) وبينما لم تحدد أيام الوفاة بشكل جيد، بحيث يأخذ يوم الولادة أحد الدليلين 98 أو 99. في هذه الحالة، نتبنى فرضية التوزيع الخطي ونقول أن الوفاة تمت في منتصف كل شهر. بلغ تعداد هذا النوع من الأحداث المقدار 269.

○ الحالة الثانية

عندما نكون أمام وقائع سجلت سنوات حدوثها بشكل جيد ($mg8y < 9998$) ولم تحدد أشهر وأيام وقوعها. في هذه الحالة، نتبنى فرضية التوزيع الخطي ونقول أن الولادة تمت في الفاتح من جويلية من كل سنة ($mg8d=1; mg8m=7$). بلغ تكرار هذا النوع من الأحداث المقدار 302.

○ الحالة الثالثة

تضم هذه الفئة من الأحداث الذين لم تصرح أشهر ولادتهم. بلغ تعدادها وفاتين. لتحديد عمري الحالتين بشكل دقيق تبيننا فرضية التوزيع الخطي وأعطينا شهر الوفاة القيمة 6.

بقيت حالة واحدة مستعصية عن التقويم، لأن كل مداليلها غير محددة.

بعد هذه المعالجة تمكنا من تحديد أحداث وفيات الرضع بعد أن حددنا الأعمار عند الوفاة بالأيام، إذ انتقينا من مجموع وفيات الخمسة سنوات تلك التي نقل أعمارها عند الوفاة عن 365 يوما.

بلغ حجم ملف معطياتنا الرقم 459، بعد ترجيح الوفيات الملاحظة ميدانيا، حتى نعطي صورة غير مشوهة، بالنظر إلى طريقة المعاينة المعتمدة.

3.3. الوفيات العامة في الجزائر، بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات الرابع

عرفنا بناء على التقويم السابق أن ظاهرة الوفاة اقتصر على عدد قليل من الأسئلة وعرفنا أن أحداثها مددت بشكل رجعي، لتغطي خمس سنوات.

يجمل الجدول 5 هذه الأحداث بناء على العمر عند سنة الوفاة.

جدول 5: وفيات الخمسة سنوات السابقة للمسح حسب سنة الوفاة والعمر عند الوفاة

المجموع	السنة: تاريخ الوفاة							العمر عند الوفاة
	9998	2012	2011	2010	2009	2008	2007	
526	1	100	113	114	91	86	21	04-00
64	.	11	10	11	11	17	4	09-05
41	.	4	5	18	6	8	.	14-10
72	.	28	10	13	10	11	.	19-15
100	.	37	24	18	4	16	1	24-20
102	.	25	33	12	12	8	12	29-25
102	.	29	14	29	14	15	1	34-30
93	.	22	7	4	28	21	11	39-35
126	.	29	28	21	22	19	7	44-40
115	.	25	21	27	17	17	8	49-45
235	.	51	45	53	46	35	5	54-50
267	.	63	54	24	56	56	14	59-55
288	.	76	55	59	45	36	17	64-60
276	.	59	43	72	57	41	4	69-65
387	.	98	86	68	60	65	10	74-70
952	.	172	218	190	172	147	53	79-75
691	.	128	119	114	162	146	22	84-80
100.0	0.0	21.6	19.9	19.1	18.3	16.8	4.3	النسبة
4437	1	957	885	847	813	744	190	المجموع

المصدر: جدولة خاصة من ملف الوفيات العامة، المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012.

تمكننا معطيات هذا الجدول من حساب المعدل الخام للوفاة، بقسمة مجموع الوفيات على مجموع أحياء فترة الملاحظة. كما يمكننا حساب معدلات متخصصة (حسب الأعمار)، بقسمة وفيات كل فئة عمرية على مجموع أحياء نفس الفئة العمرية. نستطيع من جهة أخرى حساب نفس المؤشرات إذا ميزنا الأحداث حسب الجنس أو أي متغير آخر كوسط الإقامة مثلاً.

مثلت وفيات السنة المدنية 2012 أكبر نسبة (21.6%) في مجموع وفيات الفترة المرجعية. وإجمالاً كانت الوفيات تتناقص كلما تراجعنا في الزمن (من 21.6 إلى 4.3%).

أفقياً، يمكننا حساب نسب الوفيات حسب الأعمار عند الوفاة. في هذه الحالة، نقول أن فئات المسنين (75 سنة وأكثر) والأطفال، مثلت نصف مجموع الوفيات تقريباً (48.9%).

4.3. وفيات الرضع في الجزائر بناء على معطيات المسح العنقودي الرابع متعدد المؤشرات

مثلت وفيات الرضع نسبة معتبرة ضمن مجموع هذه الوفيات، بحيث أخذت المقدار 10.1%. يوزع الجدول 6 هذا النوع من الوفيات حسب العمر (بالأيام الماضية).

في مجموع هذه الوفيات، مثلت نسبة وفيات الأسبوع الأول النسبة الأكبر (51.5%) وعموماً تتراجع الوفيات كلما ارتفعت الأعمار. تدلل هذه النتائج على نوعية المعطيات المرصودة في هذا المسح، لأنها لا تشذ عن طبيعة الظاهرة أي أن خطر الوفاة يتناقص بزيادة أعمار الأطفال.

جدول 6: وفيات الأطفال الرضع (0-1 سنة)

الأعمار	الوفيات	النسبة
6-0	231	51.5
13-07	21	4.7
20-14	14	3.1
27-21	12	2.7
365-28	171	38.0
المجموع	449	100.0

يلعب عمر الطفل دوراً هاماً في احتمال بقائه على قيد الحياة. خلال الأسبوع الأول من الحياة، يكون المولودون الجدد عرضة لأمراض عديدة ترتبط بظروف وسط الولادة وبظروف المحيط بصفة عامة إلى جانب العوامل الوراثية. تؤثر هذه العوامل بشكل جدي على فرص حياة المولودين الجدد، إذ يظهر تأثيرها خلال أسبوع الحياة الأول من أعمار الأطفال.

إذن بلغ معدل وفيات الرضع خلال الفترة المرجعية (2007-2012) المقدار 21.4%. حسب الجنس، كان الذكور عرضة لمستوى وفيات أعلى (23 مقابل 19.7%). تدلل هذه النتيجة من جهة أخرى على جودة نوعية المعطيات، بحيث لم تشذ الظاهرة حسب النوع على السياق العالمي المتعارف عليه.

كانت الإناث أكثر مقاومة للأمراض مهما كانت فئة وفيات الرضع، غير أن هذه الملاحظة لم تعد قائمة عندما نميز الوفيات حسب الجنس ضمن وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات والأقل من عشرة سنوات.

خلال الزمن، تراجع المعدل على مدى خمسة سنوات بخمس نقاط (من 26.2 سنة 2007 إلى 21.4% سنة 2012).

جدول 7: وفيات الرضع حسب الجنس وفئة الرضع وفئة الأطفال

فئة الوفيات	ذكور	إناث	المجموع
معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة	17.1	14.2	15.7
معدل الوفيات المتأخرة 7-28 يوما	5.9	5.5	5.7
معدل وفيات الرضع (0-1 سنة)	23.0	19.7	21.4
معدل وفيات أطفال الفئة العمرية 0-10 سنوات	2.4	3.1	2.8
معدل الوفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات	25.3	22.7	24.1

المصدر: متابعة وضعية الأطفال والنسوة، التقرير الرئيسي، مسح 2012-2013.

5.3. العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع في الجزائر

يرتبط احتمال البقاء الطفل على قيد الحياة كما ذكرنا سابقا بعدد من العوامل منها الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية التي تحيط بالطفل وبمدى تفاعل وارتباط هذه العوامل مع بعضها البعض. وعموما نقول أن البيئة التي يعيش في إطارها الطفل تعكس حظوظه في البقاء على قيد الحياة. ولا غرابة أن تحدد السياسات الهادفة لخفض معدلات وفيات الأطفال الرضع بالنظر إلى محيط حياة الأطفال والمجتمع عموما.

وفي هذا الجزء سوف نتطرق لبعض العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في وفيات الأطفال الرضع، بناء على ما توفره معطيات المسح (MICS 2013-2012).

• العوامل الديموغرافية

بينت دراسات عديدة ارتباط ظاهرة الوفاة بعوامل ديموغرافية كالجنس، رتبة الولادة والمجالات الفاصلة بين الولادات وغيرها من المحددات. يجمال الجدول التالي وفيات الرضع حسب بعض هذه الخصائص.

جدول 8: معدل وفيات الرضع حسب بعض الخصائص الديموغرافية

معدل وفيات الرضع	الخصائص الديموغرافية
	الجنس
23	ذكر
19.7	أنثى
	رتبة الولاد
22.5	الرتبة الأولى
17.5	3-2
27.2	6-4
27.7	7 ولادات وأكثر
	المدد الفاصلة بين الولادة
25.8	أقل من سنتين
20	2
14.9	3
18.5	4 سنوات وأكثر
21,4	المجموع

المصدر: متابعة وضعية الأطفال والنسوة، التقرير الرئيسي، مسح 2012-2013.

أشرنا سابقا إلى أن الوفيات حسب الجنس كانت في صالح الإناث (19.7 مقابل 23.0%)، نظرا للتركيب الجسماني الذي يعطي الإناث نظام مناعة أكبر.

حسب رتبة الولادة، أكدت معطيات المسح ارتباط مستوى الوفاة برتبة الولادات، بحيث أشارت الدراسات إلى تراجع مستوى الظاهرة بتراجع خصوبة النسوة أي أن الوفيات تزيد كلما زاد عدد الولادات، إذ انتقلت نسبة الوفيات من 22.5 إلى 27.7% عندما تقتصر على مقارنة مستوى الظاهرة بالنظر إلى رتب الولادات القصوى (أدنى وأعلى رتبة). نذكر في هذا الإطار أن مستوى الظاهرة يكون مرتفعا عندما نميز وفيات الرتبة الأولى، لأن مستواها يتأثر بشكل كبير بأعمار الأمهات عند الولادة، بتركيب الأمهات الجسماني، بتجربة الأمهات وب عوامل عديدة أخرى.

حسب المدد، بينت دراسات عديدة تراجع وفيات الأطفال الرضع بزيادة طول المجالات الفاصلة بين الولادات. يرتبط هذا العامل بمستوى الخصوبة كذلك، بحيث تزيد مدد المجالات بتراجع ظاهرة الخصوبة. في ظل النماذج الخصوبية المنخفضة تعطي الولادات مدد رعاية أطول وتعطي الأمهات كذلك مدد استراحة أطول واستعداد أطول للولادات التالية.

أكدت معطيات المسح هذه الملاحظة، بحيث تتراجع نسبة الوفيات من 25.8 إلى 18.5% عندما تقتصر على مقارنة المجالات القصوى.

وتزيد وفيات الأطفال وبالتحديد حديثي الولادة كلما قصرت الفترة الفاصلة بين ولادتين متتاليتين، ويرجع ذلك إلى استقبال الجسم لحمل جديد قبل أن يسترجع قواه التي استنفذها الحمل السابق، مما يؤثر على احتمال بقاء المولود الجديد، خاصة إن لم يطم الطفل السابق بعد. كما أن زيادة عدد الولادات المبكرة يزيد من احتمالات الوفاة.

● العوامل الاجتماعية والاقتصادية

يزيد احتمال البقاء على قيد الحياة في المجتمعات التي تمتاز بمستويات اقتصادية واجتماعية جيدة، مقارنة بمستويات الدول المتخلفة اقتصاديا، لأن للعوامل الاقتصادية والاجتماعية دور هام يؤثر على وفيات الأطفال. نقتصر فيما يلي على بعض هذه العوامل:

○ وسط الإقامة، مستوى تعليم الأم ومستوى رفاه الأسر

بينت دراسات عديدة ارتفاع مستوى الظاهرة في أوساط الريف، لاعتبارات عديدة، أهمها: مستويات التغطية الصحية، ظروف السكن....

أكدت معطيات هذا المسح الملاحظة السابقة، بحيث كان معدل وفيات الرضع منخفضا في الحضر (18.8% مقابل 25.3%). ارتبط هذا الاختلاف بوفرة الخدمات الصحية في الحضر، بحيث قد يصعب الوصول لها في المناطق الريفية أو أين تقتصر الخدمة على أيام أسبوعية محددة.

اجمالا، تتباين أوضاع السكان الاجتماعية حسب وسط الإقامة (ريف، حضر)، لاختلاف البنية التحتية والظروف الصحية.

حسب مستوى تعليم الأم، أكدت معطيات المسح تأثير مستوى الوفاة بمستوى تعليم الأم، لأنها تلعب دورا هاما في حياة المولود، إذ هي من يتكفل في غالب الوقت بالمولود الجديد.

يرتبط هذا التأثير بالعوامل الفردية المميزة للنسوة والتي تجمل تأثير ما يعرف بالمتغيرات الوسيطة للخصوبة (السن عند الزواج، استعمال موانع الحمل، الرضاعة الطبيعية، القدرة على الإنجاب،...).

جدول 9: معدل وفيات الرضع حسب مكان الإقامة، مستوى تعليم الأم ودرجة رفاه أسرة الانتماء

معدل وفيات الرضع	بعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية وسط الإقامة
18,8	حضر
25,3	ريف
25,6	مستوى تعليم الأم لم تلتحق بالمدرسة
22,8	ابتدائي
20	متوسط
19,3	ثانوي وجامعي
	درجة الرفاه
31,3	الخميس الأدنى
17,7	الخميس الثاني
18,2	الخميس الثالث
20,3	الخميس الرابع
17,5	الخميس الأعلى
21,4	المجموع

المصدر: متابعة وضعية الأطفال والنسوة، التقرير الرئيسي، مسح 2012-2013.

عند المرض، تستطيع المتعلمة مثلا تقدير ما إذا كانت أعراض المرض تستدعي نقل الطفل لمراكز علاجية من عدمه.

في هذا الإطار، أوضحت بعض الدراسات عدم ارتباط الوفيات المبكرة لحديثي الولادة بالعوامل الخارجية وكون المعدل العام يتأثر بمستوى وفيات حديثي الولادة فإنه يأخذ نفس اتجاهه. رغم هذا، لا يمكن إلغاء تأثير مستوى تعليم الأمهات في هذا المجال.

بتوجيه من مكتب النشاطات السكانية (FNUAP)، اعتمدت غالبية الدول التي انجزت هذا النوع من المسوح مؤشرا يعكس مستوى رفاه الأسر. يدرج هذا المؤشر متغيرات عديدة جدا قد يؤثر كثير منها على نفس العامل بنفس الطريقة (الارتباط الخطي المتعدد).

بعد تحديد قيمة هذا المؤشر لدى كل أسرة، تم تقسيم المجموع الملاحظ إلى خمس فئات، يعكس كل منها مستوى رفاه فئة الانتماء (الخميس الأول- الخميس الخامس).

جاءت النتائج مطابقة للإطار النظري عندما خص الأمر الخميسين الأول والأخير، إذ مثل مستوى الظاهرة حسبهما القيم القصوى (الخميس الأدنى: 31.3%، الخميس الخامس (الأكثر رفاها): 17.5%). وشذت النتائج في بعض بقية الفئات (أنظر الجدول)، لعل تعدد حزمة المتغيرات المجندة كان سببا في مثل هذه النتائج.

• العوامل البيئية

كانت الأمراض الوبائية والتي يمكن التحكم فيها اليوم من الأسباب المؤثرة في وفيات الرضع، فالبيئة الملوثة، التي يعيش في ظلها الطفل تؤثر كثيرا على صحته. سنتناول تحت هذا العنوان بعض العوامل المرتبطة بالبيئة والمحيط للذنان يعيش في ظلها المولدون الجدد (العوامل المرتبطة بالمناخ، مصدر مياه الشرب، عدد غرف السكنات، ...).

○ عوامل المناخ (الوفيات الموسمية)

تؤثر عوامل المناخ في مستوى وفيات الرضع، تحت وطأ الحرارة (البرودة) والرطوبة. يرتبط انتقال الأمراض المعدية (الإسهال) عموما بالحرارة وتؤثر أمراض الجهاز التنفسي (الحساسية) خلال الشتاء والربيع.

بينت معطيات المسح ارتفاع نسبة وفيات الأطفال الأقل من عام خلال فصلي الصيف والخريف (36.8% و 25.4% على التوالي)، نظرا لكثرة الأمراض التنفسية (الشتاء) والأمراض المعدية (الصيف).

جدول 10: وفيات الأطفال الرضع الموسمية

النسبة	الوفيات	الفصول
24,4	110	الشتاء
13,2	59	الربيع
36,8	166	الصيف
25,4	114	الخريف
99,9	449	المجموع

وهكذا يمكننا القول بتعدد الإصابات المعدية خلال الصيف عن طريق المياه. ونسجل الحساسية والربو خلال فصلي الربيع والشتاء (أنظر الجدول).

○ عوامل المحيط (ظروف السكن)

تتعدد عوامل المحيط المؤثرة في ظروف حياة السكان، لكننا نقتصر على إيصال السكنات بشبكات المياه الشروب، شبكة الصرف الصحي وعدد غرف السكنات الموضوعات تحت الملاحظة. تؤثر هذه العوامل بشكل كبير على وفيات الرضع، لأنها تؤثر بشكل جدي على مستوى حياة المنتسبين لهذه الأوساط السكنية وعرفنا أن فئة الأطفال كانت أهم الفئات السكنية المتأثرة بعوامل المحيط المباشرة هذه.

○ الإيصال بشبكات المياه الشروب

الماء ضروري للحياة وهو أساس الصحة، والإمداد غير الكافي أو استعمال الماء غير النقي يؤدي إلى الإصابة بأمراض خطيرة، قد تكون مميتة (الكوليرا، الملاريا، التهاب الكبد، حالات التسمم).

في المقابل، لا يمنع إيصال السكنات بشبكات المياه الشروب حدوث الوفيات، لتأثير عوامل أخرى، غير أن دراسات عديدة أشارت إلى تباين مستوى الظاهرة بالنظر إلى مستويات الإيصال.

في الجزائر، يكاد يقارب مستوى إيصال السكنات بخدمات المياه والكهرباء عتبة الشمولية، وهذا يعني أن الظاهرة تتأثر بنوعية المياه الشروب لا بمستوى التغطية.

كان يمكن ملاحظة تباين الظاهرة حسب مستوى الإيصال عندما نكون أمام مجتمعات تتدنى فيها مستويات الإيصال عن المستوى المسجل في الجزائر.

وهكذا نلاحظ عدم ارتباط مستوى الظاهرة بمستوى ربط المنازل بشبكة المياه الشروب، لأن عدد السكنات غير الموصلة قليل (أنظر الجدول).

في وضعنا، كان يفترض التقصي عن نوعية المياه الشروب، بحيث يفترض ألا نكتفي بمستوى الإيصال. نذكر أن الوفيات كانت أحد المواضيع الثانوية في إطار هذا المسح المتعدد المؤشرات.

جدول 11: نسبة وفيات الأطفال حسب الإيصال بشبكة الماء ومكان وجود المرحاض

النسبة	الوفيات	الربط بشبكة الماء
74,8	336	الموصولون
25,2	113	غير الموصولين
		مكان وجود المرحاض
84,1	378	داخل البيت
17,7	66	خارج البيت
1,2	5	لا يوجد
100	450	المجموع

○ مكان وجود دورة المياه

على نفس المنوال، نلاحظ عدم ارتباط ظاهرة الوفيات بوجود المراحيض داخل أو خارج السكنات، لأن أغلبية البيوت موصولة بشبكة الصرف الصحي (الجدول 11)، أي أن الظاهرة مرتبطة بعوامل أخرى، قد لا تمكننا معطيات المسح من الوقوف على بعضها.

من جهة أخرى، بينت معطيات المسح أن أغلبية الأسر تستعمل مراحيض خاصة (لا تتقاسمها مع أسر أخرى). وهذا النموذج المميز العام (استقلالية دورة المياه) لم يمكننا من ملاحظة تباين الظاهرة حسب هذا العامل، على الصفة التي ظهرت في مجتمعات أخرى.

وهكذا، نقول أن العاملين السابقين لم يكونان هامين في تحديد ظروف حياة أفراد الأسر الموضوعات تحت الملاحظة، لتشابه الفئات الأسرية حسبها.

في مقابل هذا، جاء عدد غرف السكنات كعامل حاسم في تباين الظاهرة، لأن ظروف حياة الأسر الجزائرية متباينة بالنظر لهذا العامل. أوجد عامل الاكتظاظ فروقا كبيرة (الجدول 12)، بحيث ارتبطت نسبة الوفيات الأعلى بالأسر التي تحوز سكناتها على أصغر المساحات (السكنات الضيقة من حيث مجال الحياة).

جدول 12: نسبة وفيات الرضع حسب عدد غرف المسكن

عدد غرف السكن	الوفيات	النسبة
2-1	307	68.5
3-4 غرف	98	21.9
5 غرف وأكثر	31	6.9
معطيات ناقصة	12	2.7
المجموع	448	100.0

4. مناقشة النتائج

وضع هذا العمل معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر تحت الملاحظة، استنادا إلى المسح المتعدد المؤشرات (MICS4، 2012-2013)، بغرض تقييم أثر بعض العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية على الظاهرة.

ظل معدل وفيات الأطفال الرضع في تراجع: من 38.4 (المسح الخاص بصحة أفراد الأسر 2002) إلى 21.4% (المسح العنقودي، متعدد المؤشرات 2012-2013)، عاكسا آثار الخدمات الصحية وتحسن حياة الأسر اجتماعيا واقتصاديا.

اتضح تأثر معدل وفيات الأطفال في الجزائر ببعض الخصائص الديموغرافية (جنس المولود، العمر، ترتيب المولود والمجال الزمني الفاصل بين الولادات)، إذ أكدت معطيات المسح زيادة احتمالات وفيات الذكور عن مستويات وفيات الإناث (23.0 مقابل 19.7%). وكان حديثو الولادة الأكثر عرضة للوفاة، مقارنة بغيرهم. بالنظر إلى نموذج الخصوبة، بينت نتائج المسح أن احتمال وفيات الأطفال يزيد مع زيادة رتب الولادات (من 17.5 بين ذوي الرتب الثانية أو الثالثة إلى 27.2% بين ذوي الرتب الأعلى). كما أن المجالات الفاصلة بين الولادات كانت حاسمة في تحديد مستويات الظاهرة، بحيث كانت متناسبة طرديا مع أطوالها.

اعتمدنا في الجانبين الاجتماعي والاقتصادي على مؤشر الرفاه المقترح من طرف صندوق الأمم المتحدة للنشاطات السكانية كعامل محدد لمستويات الوفيات، بحيث أدرج المؤشر سلة كبيرة من المتغيرات؛

أظهر هذا المؤشر فروقا معتبرة خاصة لما نقارن الخميسات القصوى (الأسر الأكثر والأقل مستوى رفاه)، علما أننا وظفنا بشكل مستقل بعض خصائص الأمهات كمستوى التعليم وغيرها.

وظفنا عامل وفيات الرضع التفاضلية حسب فصل الوفاة. أظهر هذا العامل ارتباط الظاهرة بما يعرف بأسباب الوفيات الخارجية (زيادة الوفيات المرتبطة بأمراض كالإسهال والأمراض التنفسية، المرتبطة بعامل الوفيات الموسمية).

إن قطع الجزائر شوطا كبيرا في ميدان الصحة وشكلت وفيات الرضع أهم أهداف سياستها. خلص التقرير الخاص بصحة الأم والطفل سنة 1997 إلى أن النظام الصحي في الجزائر لم يستجب لحاجيات السكان. وأكد هذه النتيجة المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي (CNES)، إذ بين عدم المساواة في توزيع العوامل البشرية (المطبوقون، المختصون) والهياكل الصحية على مناطق الوطن، خصوصا في الوسط الريفي. لهذا فإن تحسين الحالة الصحية للسكان يتطلب أيضا تطوير إستراتيجية تدمج القطاعات الأخرى لتنتقل التغطية الصحية من الإسعافات الصحية الأولية إلى التركيز على التربية الصحية الوقائية.

ونظرا لأهمية ظاهرة وفيات الرضع كمقياس لمستوى التطور الاقتصادي والاجتماعي وكمؤشر لنوعية خدمات صحة الأم والطفل كان من الضروري دراسة هذه الظاهرة قصد إبراز أهم العوامل المؤثرة فيها وإثراء لهذا النوع من البحوث الديموغرافية.

في العالم الثالث، تخلص جل الدراسات إلى نتائج وتوصيات متشابهة، إذ تربط واقع وفيات الرضع بعدة عوامل، أهمها التخلف وفقر البيئة المحلية، لكنها تغفل أهمية نوعية المعطيات.

تغفل هذه الدراسات هذا العامل، رغم أن دقة المعطيات هي المحدد الأهم لمستوى الوفيات العام ووفيات الرضع خاصة.

أشرنا في عملنا هذا إلى عدم شمولية تغطية أحداث الظاهرة وبيننا مشكلة نوعية المعطيات (تأريخ أحداث الظاهرة)، اللتان قد تحولان دون تقدير موضوعي لمركبات وفيات الرضع.

نذكر في هذا الإطار، أن الأمم المتحدة توصي بتقسيم وفيات الأسبوع الأول إلى مختلف أيامه، الأمر البعيد المنال بالنظر إلى المعطيات المتاحة.

لهذه الأسباب جاء عملنا لينبه إلى عدم إغفال أهمية نوعية المعطيات في السياسات السكانية والتنمية عموما.

المراجع

1. محمد محمود زيد أفنان (2014)، وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من واقع بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010، مذكرة ماجستير في الجغرافيا، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية نابلس، فلسطين.
2. منظمة الصحة العالمية (بدون تاريخ). تشجيع تغذية الرضع وصغار الأطفال بالطرق السليمة. حمل من الموقع: <https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/ar>، بتاريخ: 2017-10-10.
3. منظمة الأمم المتحدة للطفولة (1991)، وضع الأطفال في العالم.
4. Direction Technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi, l'Office Nationale des Statistique (ONS) (2014), Démographie Algérienne 2014, n° 690.
5. El bachir Zohra (2013). Evolution de la mortalité en Algérie. Mémoire de Magister en démographie, Université d'Oran, Département de démographie. p 21.
6. Ministère de la Santé de la Population et de la réforme hospitalière (2015), Enquête par grappes à indicateurs Multiples (MICS4) 2012-2013, Algérie.
7. United Nations Population Fund (2003).", Achieving the Millennium Development Goals “, Population and Development Strategies n° 10.

الملحق

الأسئلة المرتبطة بالوفيات

- رقم المتوفي بين مجموع أفراد أسرته (MG3)؛
- صلة قرابة المتوفي برب الأسرة (MG5)؛
- جنس المتوفي (MG6)؛
- يوم ولادة المتوفي (MG7D)؛
- شهر ولادة المتوفي (MG7M)؛
- سنة ولادة المتوفي (MG7Y)؛
- يوم الوفاة (MG8D)؛
- شهر الوفاة (MG8M)؛
- سنة الوفاة (MG8Y)؛
- مكان الوفاة (MG9)؛
- تسجيل الوفاة في الحالة المدنية (MG10).

بالإضافة إلى متغيرات أخرى:

- الإيصال بشبكة المياه (WS1A)، استمارة خصائص المسكن، محور المياه والصرف الصحي)؛
- العمر عند الوفاة (بالأيام وبالسنوات، (MG1)؛
- امتلاك مرحاض (WS8A)؛
- تقاسم مرحاض مع آخرين (WS9)؛
- عدد غرف المبيت (HC2).