مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد (39) العدد (4)2017
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Arts and Humanities Series Vol. (39) No. (4) 2017

وفيات الرضّع والأطفال
"إشكالية المصطلح، وآليات ضبط المحددات"

الدكتورة مدى شريقي*

(تاريخ الإيداع 17 / 5 / 2017. قبل للنشر في 19 / 7 / 2017)

□ ملخّص □

تعد وفيات الرضّع والأطفال من بين أكثر المؤشرات الديموغرافيّة حساسية لمستوى التطور الاقتصادي والاجتماعي ولنجاح عملية التنمية في أي مجتمع من المجتمعات. وعلى الرغم من كثرة البحوث والدراسات التي تتناول بالبيانات والأرقام وفيات الصغار على المستويات المحلية والإقليمية والدولية، إلا أن التأطير النظري لهذه الظاهرة وضبط المصطلحات والمفاهيم المتشعّبة المرتبطة بها بقي ولعقود طويلة موضع بناءٍ وإعادة بناء وتطوير من طرف الكثير من المنظّرين في الديموغرافيا. أضف إلى ذلك أن ضبط محددات وفيات الرضّع والأطفال سرعان ما تكشّف عن تشعبات كبيرة، إذ تتداخل في تحديد مستويات وفيات الصغار عوامل اقتصادية وديموغرافية واجتماعية وثقافية وسلوكية، بل وسياسية وأمنية أيضاً، بالغة التعقيد. بما يجعل من مسألة ضبط التأطير المفاهيمي والنظري لدراسة وفيات الرضع والأطفال خطوة أساسية وحاسمة عند بناء البحوث التطبيقية في هذا المجال.

تهدف هذه الدراسة إلى تقديم مفاتيح لعملية الضبط المفاهيمي والنظري هذه، عبر تناول الإشكاليات المفاهيمية الخاصة بتقسيمات وفيات الرضّع والأطفال على تنوّعها وعلى ما قد تشهده من تباينات أولاً، ثم عبر محاولة تكثيف المحددات الوسيطة، والاجتماعية–الاقتصادية الفاعلة في هذه الظاهرة، والتي من شأنها توجيه عمل البحوث التطبيقية في هذا المجال من جانب، وتطوير التحليل المنهجي والمقارن لنتائجها وتعميقه، من جانب آخر.

الكلمات المفتاحية: وفيات الرضع، وفيات الأطفال، تنمية بشرية، محددات الوفيات، بقاء الطفل على قيد الحياة.

* مدرسة – قسم علم الاجتماع – كلية الآداب– جامعة تشرين – اللاذقية – سورية.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد (39) العدد (4)2017
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies - Arts and Humanities Series Vol. (39) No. (4) 2017

Infant and Child Mortality "Problematic of terms, and Mechanisms of Determinant's Adjustment"

Dr. Mada Shuraiki*

(Received 17 / 5 / 2017. Accepted 19 / 7 / 2017)

□ ABSTRACT □

Infant and child mortality is considered as one of the most sensitive demographic indicators that reflect the levels of economic and social development and the success of the development process in any given society. Although there are many researches and studies that treat this subject, using statistics and data on local, regional, and international levels; yet, its theoretical framing and the adjustment of its terms and concepts remained for long decades a field of construction, reconstruction, and development for many demographers. Moreover, the adjustment of the determinants of infant and child mortality revealed many divergences, as it is affected by a variety of very complicated economic, demographic, social, cultural, behavioral, and even political and security factors. This makes the problematic of the conceptual and theoretical framing of the study of infant and child mortality an essential step in the construction of applied researches in this field.

This study aims to represent the keys for this conceptual and theoretical framing, by treating firstly the conceptual problematics concerning the subdivision of infant and child mortality in its diversity and differences, and by trying secondly to condense the intermediate and the socioeconomic determinants that affect this phenomenon, and might direct the work of applied researches in this field, and develop the analytic and comparative analyzes of their results.

Key words: Infant mortality, Child mortality, Human development, Determinants of mortality, Child survival.

***Assistant Professor, Department of Sociology, Faculty of Arts and Humanities, Tishreen University, Lattakia, Syria.**

مقدمة:

من بين عديد المؤشرات الديموغرافية التي تتناول ظاهرة الوفيات، تحتل وفيات الرضع والأطفال مكانة مركزية سواءً في البحوث والدراسات النظرية والتطبيقية أو على مستوى البيانات والمعطيات الصادرة عن معظم المنظمات والهيئات المعنية بشؤون السكان وقضايا التنمية على تنوعها، محليّاً وإقليميّاً ودولياً. ويزداد الاهتمام الموجّه نحو وفيات الرضع والأطفال مع تراجع موقع الدولة على سلّم التنمية البشرية، لتكون بذلك من القضايا الملحّة في الدول النامية وشديدة الإلحاح في الدول الأقل نموّاً وكذلك في الدول التي شهدت في ماضٍ ليس بالبعيد – أو هي تعيش اليوم – مجاعاتٍ أو صراعاتٍ أو حروباً من أي نوع، بالنظر إلى الارتفاع الكبير في معدلات وفيات الرضع والأطفال الذي تسجّله مثل هذه الدول، على تباينها، مقارنة بالدول الأكثر تقدّماً في العالم.

نعرف إذاً مسبقاً أنّ لامساواة كبيرة تسِم الموت الذي يمسّ الأطفال والرضّع في كلّ مكان، ولا تقتصر هذه اللامساواة على الاختلافات المسجّلة بين دولة وأخرى بل تتعداها إلى فروقات مهمة في وفيات الصغار ما بين مدينة وقرية، ومدينتين أو قريتين وإن تجاورتا جغرافياً، لا بل وبين حيٍّ وآخر وأسرة وأخرى.

واقع اللاوموساة هذا، إلى جانب حقيقة أنّ بالإمكان السيطرة على الكثير من هذه الوفيات بتكلفة معقولة وإجراءات "اعتيادية" دفع العديد من الباحثين إلى البحث أولاً في محدداتها. فمعرفة العوامل الفاعلة في ظاهرة ما عبر وضعها ضمن أُطر نظرية منضبطة هي الخطوة الأولى والأساس الذي تنبني عليه، تالياً، القراءات التحليلية للمعطيات الرقمية حولها.

لكنّ مسألة ضبط المحددات المؤثرة في وفيات الرضّع والأطفال سرعان ما تكشّفت عن تشعبّات كبيرة وصعوبات جمّة. فالظاهرة [1] متعددة الأبعاد، تتداخل في بنائها محددات ديموغرافية وصحية واقتصادية واجتماعية وسلوكية وثقافية، وذلك على المستويين الفردي والجَمعي. في هذا السياق، سعت دراسات عدة بدأت منذ أواخر سبعينيات القرن الماضي إلى تقديم عرضٍ تركيبيٍّ مكثف لهذه المحددات [2]، اتسّم بعضها بالشمولية في حين أعطى بعضها الآخر أهمية أكبر لمحددات دون غيرها[3].

أضف إلى كل ما سبق أن دراسة محددات وفيات الصغار تتطلّب من الباحث ضبطاً دقيقاً للمفاهيم التي تتسم بتعددها وتداخلها وتعقدها، مما يجعل من ضبط المصطلح خطوة أولى ولازمة قبل البدء بأي تحليل للبيانات الدولية أو المحلية، وقبل الغوص في حجم التعقّد الكبير في المحددات التي تحكم هذه الظاهرة نظرياً وتطبيقياً.

---

[1] للتبسيط، نستخدم تعبير "الظاهرة" في العموم للإشارة إلى وفيات الرضع والأطفال معاً. سنفصِل مع ذلك بينهما – كظاهرتين – أثناء البحث كلما وجدنا ضرورة لذلك.

[2] لعلّ من أبرزها الإطار التحليلي الذي قدّمه عام 1984 كلٌّ من Mosley و Chen، والذي سنتناوله ببعض التفصيل لاحقاً:
Mosley, W.H; Chen, L.C., *An Analytic Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries*, Population and Development Review, Vol. 10, Supplement: Child Survival: Strategies and Research, 1984, 25-45. Online: www.jstor.org/stable/2807945

[3] يُعدّ تعليم الأمهات واحداً من أكثر المحددات مركزية في البحوث والدراسات التي تخصّ بقاء الأطفال والرضّع على قيد الحياة. نجد عرضاً مكثّفاً لبعضٍ من أهم البحوث في هذا المجال في:
Vikram, K; Desai, S; Vanneman, R. *Maternal Education and Child Mortality: Exploring the Pathways of Influence*, University of Maryland, College Park, 2010. Online: http://paa2011.princeton.edu/papers/111195

أهمية البحث وأهدافه:

أهمية البحث:

ذكرنا أنّ لضبط المصطلحات المتعلّقة بوفيات الرضع والأطفال، وكذلك الإحاطة بمختلف الأطر النظرية لمحددات هذه الظاهرة، أهمية كبيرة في بناء الدراسات التحليلية للمعطيات الكمية. وقد باتت هذه الأهمية ولا ريب محورية بشكل خاصٍّ بالنسبة إلى الباحث السوري في واقع سورية الراهن. فنحن نقف اليوم أمام حالةٍ من نقص البيانات وضعف المعرفة حول ما آلت إليه وفيات الرضّع والأطفال، وإذا كان لا بدّ لنا، خلال السنوات المقبلة، من العمل على بناء بحوث تطبيقية لرسم صورة كلية – أو حتى صورٍ جزئية – عن حجم تأثر هذه الفئات الأكثر هشاشةً في المجتمع بالأزمة التي تعيشها البلاد منذ ما يربو على الأعوام الستة، فإن نقطة البدء تكمن في ضبط الإطار النظري لمثل هكذا بحوث عبر التعرف أولاً على المفاهيم المتعددة التي تصنِّف هذه الظاهرة، وثانياً على طبيعة المحددات المتعددة والمتداخلة التي تحكمها، بغرض ضبط تحديد تلك التي من المرجّح أنها شهدت أو ستشهد تغيّرات رئيسة، ستنعكس على القيم الكلية لمؤشرات هذه الوفيات.

أهداف البحث:

يتمثّل الهدف الرئيسي لهذا البحث إذاً في دراسة المحددات النظرية لوفيات الرضع عبر قراءات مقارنة للدراسات الأهم في هذا المجال، بغرض تحديد آليات ضبط المتغيرات الواجب التوكيد عليها عند إجراء دراسات حول هذه الظاهرة في الدول النامية عموماً، ولكن وعلى الأخص، في سورية في ظلّ الظروف الاستثنائية التي تمرّ بها اليوم.

لتحقيق هذا الهدف، سنبدأ أولاً بعرضٍ مفاهيميٍّ لمؤشري وفيات الأطفال والرضع، موضّحين تشعبات المصطلحات، وما قد يعتري قراءتها من أخطاء، وخصوصية هذين المؤشرين والأهمية التي يحظيان بها في مختلف المجالات البحثية التنموية، على الصعد الصحية والاقتصادية والاجتماعية وغيرها؛ قبل أن ننتقل إلى عرض محددات هذه الوفيات وآليات ضبطها.

منهجيّة البحث:

يعتمد البحث المنهج الوصفي التحليلي، إذ يوصِّف مفاهيميّاً ظاهرتي وفيات الرضع والأطفال ومؤشراتهما وآليات حسابهما، مبيناً أهميتهما كمؤشّرَين رئيسين لعملية التنمية على مختلف مستوياتها أولاً، ثم يعرض تعدُّد المحددات التي توجّه، بشكلٍ مباشر أو غير مباشر، تطورهما. كما يلجأ البحث إلى المنهج المقارن في سياق عرضه لتعدد المصطلحات والمفاهيم المؤطِّرة للظاهرة، وتنوّع قراءات محدداتها المباشرة وغير المباشرة.

إشكالية المصطلح

يتطلب التقسيم المفاهيمي هنا بطبيعة الحال تمييزاً بين وفيات الرضّع (دون عامهم الأول) ووفيات الأطفال (دون الخامسة)، لكنه يستلزم قبل كل شيء تحديداً دقيقاً لمعنى "المولود الحي" (Naissance vivante)، على اعتبار أن شرط الحديث عن وفاةِ رضيع أو طفل، هو أن يكون ولِد حيّاً أولاً.

وتعني ولادة طفلٍ حيّ، وفق تعريف منظمة الصحة العالمية : «الخروج أو الإخراج الكامل من جسد الأم، وبصرف النظر عن مدّة الحمل، لنتاجِ الحمل الذي، بعد حدوث الانفصال عن جسد الأم، سيتنفس أو يعطي أي علامة

حياة أخرى، كضربات القلب أو نبض الحبل السري أو الانقباض الفعلي لعضلة إرادية، سواء حدث ذلك قبل أو بعد قطع الحبل السريّ، وسواء كانت المشيمة متصلة أم منفصلة. كلّ نتاج لمثل هكذا ولادة يعتبر "مولوداً حيّاً"»[4].

يتّسم هذا التعريف بانتشاره عالمياً وعلى نطاق واسع، نلحظ توافقه تماماً، على سبيل المثال، مع التعريف الذي يقدمه رولان بريسا في قاموسه الديموغرافي: «المولود الحيّ هو خروجٌ أو إخراجٌ كامل لنتاجِ الحمل من الرحم، على أن يتنفس نتاج الحمل هذا بعد فصله عن جسد الأم، أو أن يعطي أيّ علامة أخرى من علامات الحياة، كضربات القلب أو نبض الحبل السري أو انقباضٍ فعليّ لعضلة إرادية. وعليه فإن تعريف المولود الحيّ لا يحيل على مدّة حملٍ محدّدة»[5].

إلا أن هذه العمومية ليست مطلقة، إذ نجد مثلاً في التعريف الذي تتبناه التعدادات العامة للسكان في الجمهورية العربية السورية، وخلافاً للتعريفات السابقة، تحديداً لحدٍّ أدنى لمدّة الحمل لا يُعتَبر المولود حيّاً قبلها: «المولود الحي هو المولود الناتج عن حمل دام 28 أسبوعاً أو أكثر، والذي ظهرت عليه إحدى علامات الحياة كالنبض أو الصراخ أو الحركة، حتى لو توفّي بعد بضع لحظات من ولادته» [6]. إن تحديد مدّة الحمل هذا يجعل النتائج التطبيقية للتعريف مغايرةً ولو قليلاً لما ستكون عليه نتائج اعتماد التعريف الدولي، مما يؤكّد ضرورةَ وضع تحديد دقيق للتعريف المعتَمد في أيّ دراسة عموماً، والتأكّد من تبنّي التعريف المعتمَد في سورية عند إجراء الدراسات على مستوى القطر ثانياً.

على أيّ حال، يبقى واضحاً من نماذج التعريفات السابقة، أأقرّت بمدّة حمل محددة أم لا، إجماعها على أن إعطاء المولود الجديد علامة من علامات الحياة، وإن توفّي بعدها مباشرةً، تكفي لاعتباره مولوداً حيّاً.

لا شكّ في أن التوقف عند مفهوم "المولود الحيّ" وتحديد المقصود به بدقّة يمثّل خطوة أولى لازمة قبل البدء بدراسة وفيات الرضّع خصوصاً، إلا أن المسألة ما تلبث تزداد تعقيداً عندما نتناول المؤشرات الأكثر تخصيصاً في هذا الصدد. فمن جهة، تغيب في كثيرٍ من الأحيان مسألة تسجيل مولود حي كان قد تنفّس للحظات قبل وفاته، إذ من الشائع في هذه الحالة الوقوع في خطأ تسجيله على أنه مولود ميت. ومن جهة أخرى تتنوع تقسيمات مراحل وفاة الرضيع في حدّ ذاتها، وتقع تحت مسميات عدّة تتجاوز المسمّى العام "وفيات الرضّع" (Mortalité infantile) إلى مسمّيات أكثر تخصيصاً. كما وتضم وفيات الأطفال دون الخامسة كذلك مفهومين قد يتسبب عدم التفريق بينهما في بعض أخطاء التقدير. والواقع أن الوفيات عموماً تشكّل بلا ريب المجال الذي تركّزت فيه ممارسة الديموغرافيين لمواهبهم في نحت المصطلحات ووضع التقسيمات والتصنيفات، وذلك على الأخص في مجال وفيات الصغار. ولهذه التقسيمات مبررات موضوعية جادة، فهي نتاج الطبيعة البالغة التنوع والتعقيد للوفيات عموماً ولوفيات الصغار خصوصاً[7].

---

[4] **Organisation mondiale de la sante. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe*, deuxième révision, volume 2, édition 2008, OMS, 2009, p. 171. Online : apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/.../ICD10Volume2_fr_2008.pdf**

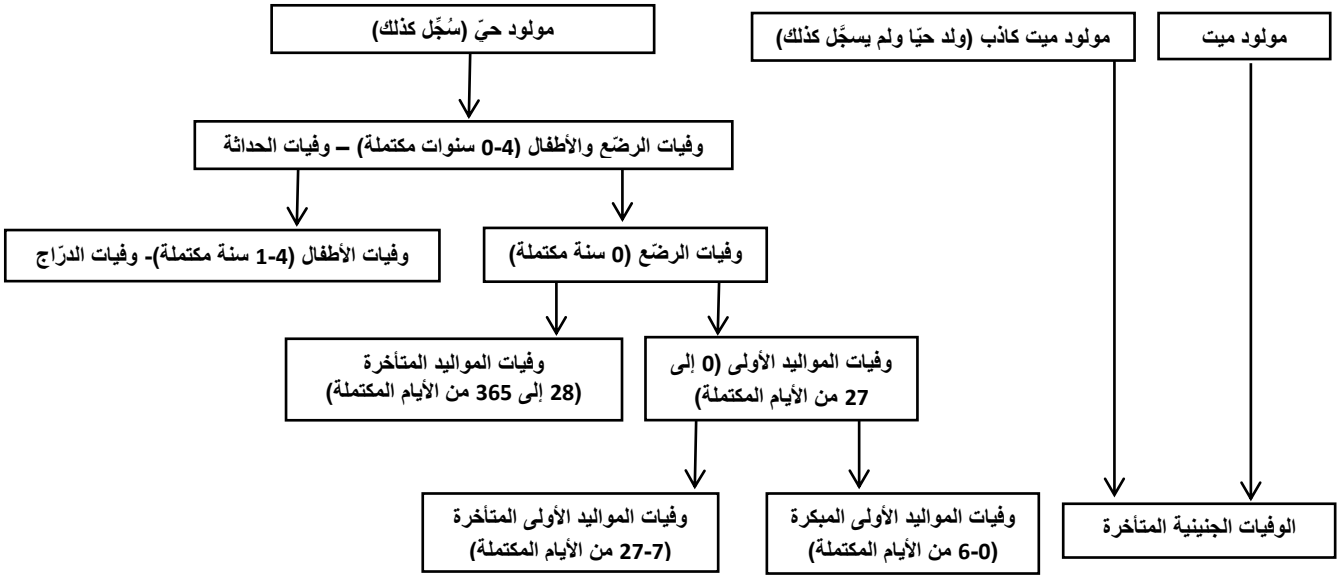
[5] **Pressat, Roland. *Dictionnaire de démographie*. PUF, 1979, p. 137.**

[6] **انظر على سبيل المثال: الجمهورية العربية السورية، المكتب المركزي للإحصاء. *نتائج التعداد العام للسكان في الجمهورية العربية السورية عام 1994*، دمشق، 1998، ص7.**

[7] **انظر:**

Vandeschrick, Christophe. *Analyse démographique*, Préface de Guillaume Wunsch, Population et développement n°1, 3ème édition, Academia-Bruylant; L'Harmattan, 2004, p. 133.

يمكن اللجوء إلى شكلٍ تخطيطي بسيط للتعبير عن التقسيم المفاهيمي لوفيات الصغار، مثلما يظهر الشكل (1) اللاحق. وهو يبين أولاً أن هذه الوفيات تشتمل في شكلها الأعمّ قسماً يضمّ وفيات الرضّع وآخر يضمّ وفيات الأطفال:



الشكل (1): تصنيف لبعض مصطلحات الوفيات في الأعمار الصغيرة (أطفال ورضّع) [8]

1. وفيات الرضّع (Mortalité infantile)

يوضح الشكل بدايةً المشكلة الرئيسة التي تخص تسجيل المواليد الأحياء، وتنعكس آثارها في احتساب معدلات وفيات الرضّع ككل، وهي مشكلة تسجيل "المولود الميت الكاذب" (Faux mort–né) وهو مولود حي، اعتُبر ميتاً لوفاته سريعاً جداً بعد ولادته (في غضون بضع دقائق غالباً)، وكانت دقة الإحصاءات لتستلزم تسجيله حياً ثم إصدار شهادة وفاة له، لكن هذا التسجيل كمولود حيّ كثيراً ما يتم إغفاله ويسجّل المولود على أنه مولود ميت (Mort–né)، وتندرج وفاته في إطار الوفيات الجنينية المتأخرة (Mortinatalité)[9] فحسب، من دون أن يجري إدراجها في وفيات الرضّع، فتخسر هذه الأخيرة بالتالي جزءاً منها، إذ يسقط هؤلاء الرضّع المتوفون من معرفتنا عنها[10].

---

[8] رسِم الشكل بالاستناد إلى مخطط فانديشريك، بتصرف، انظر: **Vandeschrick, p. 133.**

[9] في محاولة لضبطٍ أكبر لهذه الإشكالية المفاهيمية، كثيراً ما يتم اللجوء إلى مصطلح "وفيات المواليد المخاضية" **(Mortalité périnatale)** للجمع ما بين الأعداد التي تشمل المولود الميت والمولود الميت الكاذب (بعد إجراءاتٍ تسمح بتقدير هذا الأخير) ووفيات المواليد الأولى المبكرة (ما بين 0 و6 من الأيام المكتملة، أي حتى إتمام الأيام السبعة الأولى من العمر). لكن مثل هذا التقسيم يتطلّب توافر بيانات دقيقة إلى حدّ بعيد قلّما تكون متاحة في الحالة المتوسطة الجودة للبيانات في الدول النامية عموماً. يمكن العودة إلى المعجم الديموغرافي متعدد اللغات في نسخته الإلكترونية لمزيد من التفصيل في شأن تشعّب تقسيم الوفيات المبكرة جداً من عمر الرضيع:

United Nations/Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *Multilingual Demographic Dictionary*, IUSSP, Online: <http://ar-ii.demopaedia.org/wiki/10>

[10] تتيح أدوات التحليل الديموغرافي إمكان تقدير وتصحيح هذه المعدلات بإعادة احتساب معدل وفيات الرضع مصححاً مع إدراج الوفيات الكاذبة. لمزيد من التفصيل في شأن التحليل الديموغرافي لوفيات الرضع، انظر:

Henry, Louis. *Démographie : analyse et modèles*, INED, 1984, p. 181-189.

من جانب آخر، يبين الشكل كيف أن وفيات الرضّع دون السنة الأولى من العمر تنقسم في حدّ ذاتها إلى وفيات مواليد أولى Mortalité néonatale (حتى إتمام 28 يوماً) ووفيات مواليد متأخرة Mortalité post–néonatale (ما بين 28 يوماً وإتمام العام الأول من العمر). وبدورها تنقسم وفيات المواليد الأولى إلى وفياتٍ أولى مبكرة Mortalité néonatale précoce (وفيات الأسبوع الأول من العمر) ووفياتٍ أولى متأخرة Mortalité néonatale tardive (ما بين أسبوع و 28 يوماً تماماً). لهذه التقسيمات مبرراتها المفاهيمية والعملية، فهي ليست عشوائية بطبيعة الحال، وإنما ترجع إلى وجود اختلافات صريحة في "طبيعة" الوفيات في كل مرحلة من المراحل السابقة المقسّمة جزئياً، وتتعلّق هذه الاختلافات على وجه الخصوص في ارتفاع احتمال الوفاة وخطره كلما كان عمر الرضيع أصغر، كما تتعلّق أيضاً باختلاف طبيعة عوامل الخطورة في حدّ ذاتها، وبالتالي إمكان وآليات ضبطها. فوفيات المواليد الأولى عموماً، ووفيات المواليد الأولى المبكرة من بينها خصوصاً، تتسبّب بها بشكل كبير مجموعة عوامل الوفاة الداخلية (Causes endogènes)، ويقصد بها مسببات الوفاة ذات المنشأ الخلقي، كالتشوهات الخلقية أو الأمراض الجينية، وهذه تتطلب تدخلات مبكرة (ترجع إلى فترة الحمل، لا بل وسابقاً عليها، عبر الفحوصات التي تُجرى قبل الزواج)، كما أن ليس من السهل ضبطها تماماً، والسيطرة عليها واحتواء مسبباتها. في حين تصبح الغلبة، في حالة وفيات المواليد المتأخرة (ما بعد اليوم الثامن والعشرين) لأثر المسببات خارجية المنشأ (Causes exogènes)، وهي مسببات تمسّ المراحل المبكّرة من العمر كذلك، لكنها تكون ذات الأثر الأكبر هنا. وهي عموماً مسببات وفاة ترتبط بالمحيط، ويمكن التغلب عليها بنشر توعية صحية في شؤون تغذية الرضيع ونظافة محيطه وسبل العناية به وتقديم اللقاحات في مواعيدها وضبط حالات الإسهال الحاد مبكراً، إلى آخر ما هنالك من إجراءات[11].

وتبين التقديرات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية بجلاء تأثر هذه الفئات المختلفة بدرجات متفاوتة بالعوامل المسببة للوفاة. إذ تُظهِر تقديرات عام 2013 أن نحو «ثلاثة ملايين من الرضّع يقضون نحبهم كل عام في الشهر الأوّل من حياتهم ويموت عدد مماثل منهم عند الميلاد. والمُلاحظ، في الشهر الأوّل من حياة أولئك الأطفال، أنّ ربع إلى نصف الوفيات تحدث في الساعات الأربع والعشرين الأولى وأنّ 75% منها تقع في الأسبوع الأوّل. ويمثّل الأسبوع الأوّل الذي يعقب الميلاد أكثر الفترات أهمية في ما يخص بقاء المواليد. ولا بدّ، خلال ذلك الأسبوع، من متابعة الأحوال الصحية للأمهات وأطفالهن من أجل وقايتهم من الأمراض وعلاجهم منها»[12]

إن هذه النظرة الموجزة على بعضٍ من تقسيمات وفيات الرضّع إنما تهدف إلى لفت الأنظار إلى حجم التشعبات والتعقّد الذي يكتنف المفهوم من جانب، وآليات حسابه من جانب آخر. لن نخوض هنا في تفصيل آليات الحساب لكلّ مؤشّر فرعي، فهي تخرج عن حدود ما يهدف إليه بحثنا هذا. نكتفي إذاً بالتذكير بآلية حساب المؤشر الكلي لوفيات الرضّع، فهو يحسب «**بنسبة** وفيات الرضّع بعمر أقلّ من عام واحد خلال عامٍ تقويمي واحد **إلى** عدد المواليد الأحياء المسجّلين في هذا العام، يتعلّق الأمر إذاً باحتساب معدّل بالمعنى الدقيق للكلمة، إذ لا نضع في مقام الكسر متوسّط عدد الرضّع دون السنة وإنما عدد المواليد الأحياء»[13]. وتعطى قيمة المعدل في الألف، أي هي قيمة تعبّر عن الوفيات دون السنة لكل ألف مولود حيّ. يعدّ هذا المعدل من بين أكثر مؤشرات الواقع الصحي شيوعاً، وتعكس انخفاضاته

---

[11] من بين أولى وأهم التقسيمات لمسببات الوفيات، تلك التي قدمها الديموغرافي الفرنسي جان بورجوا–بيشا منذ عام 1951، انظر:
Bourgeois-Pichat, Jean. *La mesure de la mortalité infantile : Principes et méthodes*, In : Population, 6ème année, n°2, 1951, pp. 233-248.

[12] منظمة الصحة العالمية. *تخفيض معدلات وفيات الأطفال*، صحيفة وقائع رقم 178، أيلول 2014، على الرابط:
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/ar/

[13] Pressat, p. 259.

بشكل صريح واقع الرعاية الصحية ومدى تحسّنها، لكنه وكما بينا في شرحنا أعلاه، يضمّ في داخله أنماطاً عدّة من الوفيات، تمسّ مراحل مختلفة من عمر الرضيع تتفاوت في خطورتها، ومسببات مختلفة للوفيات تتفاوت في إمكان السيطرة عليها. وهي أمور يجب أخذها في الحسبان عند محاولة تحليل ظاهرة وفيات الرضع من منظور ديموغرافي–اجتماعي.

تجدر الإشارة أخيراً إلى أن قيمة هذا المعدل [14] بلغت للفترة 2010–2015 نحو 39 في الألف في الدول النامية مقابل 5 في الألف فقط في الدول المتقدمة. وتراوح قيمته للفترة ذاتها ما بين 71 في الألف في العراق و73 في الألف في ساحل العاج و 3 في الألف في فرنسا و 2 في الألف فقط في اليابان على سبيل المثال. وفي سورية قدِّرت قيمته بنحو 18 في الألف [15]. تظهر هذه القيم بوضوح درجة التفاوت التي يسجلها هذا المعدّل تبعاً لمدى التقدّم الاجتماعي والاقتصادي الذي يعيشه البلد المعني، مما يجعله – في شكله العام كما في تقسيماته الجزئية – يعكس بجلاء درجة نجاح الخطط التنموية، وخصوصاً من بينها تلك المتعلقة بقطاع الصحة (ومعه وبالتكامل قطاع التعليم) في تحقيق خطوات التقدم اللازمة والمرجوة لتحقيق بيئة مساندة لخفض وفيات الرضع.

2. وفيات الأطفال (Mortalité juvénile)

يبين الشكل (1) كيف تنقسم مجمل الوفيات دون الخامسة من العمر إلى قسمين، أولهما يشتمل على وفيات الرضّع، ويضم وفيات جميع المواليد الأحياء ما بين الولادة وإتمام العام الأول من العمر (أي بعمر صفر بالسنوات المكتملة[16])، أما القسم الثاني فيشتمل على وفيات الأطفال (ما خلا الرضّع)، ويضمّ وفيات الأطفال ما بين العام الأول وعيد الميلاد الخامس (أي حتى العمر 4 بالسنوات المكتملة).

لكن التقسيم ليس منضبطاً في الواقع بما يكفي، إذ كثيراً ما يُستخدَم تعبير وفيات الأطفال للإشارة إلى الوفيات التي تمسّ جميع الأطفال دون الخامسة، بمن فيهم الرضّع. يشير المعجم الديموغرافي المتعدد اللغات إلى هذا الإشكال محاولاً التمييز بين ما يسميّه وفيات الدّراج (Mortalité post–infantile) وهي تضم وفيات الصغار ما بين السنة الأولى وعيد الميلاد الخامس، ووفيات الحداثة (Mortalité juvénile) التي تعبّر عن جميع الوفيات دون الخامسة بما فيها وفيات الرضّع[17]. وهو تقسيم جيد لو جرى تبنيه، لأنه يسمح بضبطٍ مفاهيمي دقيق ويبعد احتمال اللبس الذي قد ينتج من استخدام مختلف المصادر – ومصادر البيانات خصوصاً – لمفهوم "وفيات الأطفال" من دون تحديد دقيق لما إذا كانت الفئة المقصودة تضم من هم دون السنة أم تستبعدهم. لكنّ هذين المصطلحين يغيبان تماماً في الواقع عن الأدبيات الديموغرافية، ونجد الاستخدام منحصراً في تعبيرين هما وفيات الرضّع، ووفيات الأطفال فحسب. وتحت مسمى وفيات الأطفال، يبقى الخلط قائماً بين المعدلات التي تُحتسب بـ **نسبة** الوفيات ما بين الولادة وعمر 4 سنوات مكتملة **إلى** المواليد الأحياء، في عامٍ ما؛ وبين تلك التي تنسب الوفيات بين عمر 1 و4 سنوات مكتملة إلى مجموع الأطفال في هذه الفئة العمرية في عامٍ ما (أي هي تتناول هذا المعدل كأي معدّل عمري، ينسب وفيات عمر معين إلى الأفراد في هذه العمر). وجليٌّ الفرق في آلية الحساب بين المعدلين.

---

[14] **وفقاً لتقديرات الأمم المتحدة:**

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. ***World Population Prospects, the 2015 Revision.*** **Online: https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/**

[15] **التقدير المتعلّق بسورية لا يأخذ في الاعتبار تداعيات الأزمة التي بدأت مطلع عام 2011.**

[16] **العمر بالسنوات المكتملة هو العمر عند آخر عيد ميلاد.**

[17] **United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.** ***Multilingual Demographic Dictionary*****, IUSSP, Online: http://ar-ii.demopaedia.org/wiki/41#413**

وإذا كانت مسألة الخلط هذه قابلة للتجاوز على مستوى الأدبيات النظرية، حيث يقدّم المؤلّف رؤيته لآلية الحساب بشكل واضح ويعبر عما يقصده بالمفهوم المطروح بما يمنع حدوث اللبس في ذهن القارئ، فإن الأمر يترك أبعاداً أكثر تأثيراً عندما يتعلّق بمصادر البيانات الديموغرافية على اختلافها.

فعلى سبيل المثال، نجد أن منظمة الأمم المتحدة في إصداراتها الناطقة بالإنكليزية تستخدم تعبير: (Under five mortality rate) للإشارة إلى احتمال الوفاة ما بين الولادة وعمر خمس سنوات تماماً لكل ألف مولود حي [18]، وتتبناه في إصداراتها العربية عموماً تحت مسمى معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة لكل ألف ولادة حية [19]. لكننا نجد في المقابل وضوحاً أقل في التعبير عن هذا المفهوم في إصدارات منظمة الإسكوا التابعة بدورها لمنظمة الأمم المتحدة والمعنية بدول غربي آسيا. ففي أحد تقاريرها الصادرة عام 2004، على سبيل المثال لا الحصر، نجد قيمة معدل وفيات الأطفال مقدّرة (لكل ألف طفل)، مما يقود إلى الاستنتاج بأن التقرير اعتمد معدلاً عمرياً ينسب إلى الأطفال وليس إلى المواليد الأحياء (بما يحيل على حساب المعدل للأعمار ما بين 1 و 4 سنوات مكتملة، وليس ما بين الولادة وعمر 4 سنوات مكتملة كحاله في تقارير الأمم المتحدة السابقة الذكر). ومما يعزز هذا الاستنتاج أنّ التقرير ذاته يعطي قيَم وفيات الرضّع لكل ألف ولادة حية، مما يعكس صراحة وجود فروق في آلية حساب النسبة في المعدلين[20].

تمتد ملاحظاتنا هذه إلى بعض البيانات الصادرة عن وزارة الصحة السورية. فبالعودة إلى الإحصاءات الواردة في الموقع الرسمي للوزارة [21]، نجد أن قيم معدل وفيات الأطفال – مثله في ذلك كمثل معدل وفيات الرضع – تُعطى منسوبة لكل ألف مولود حي، وهي قيم تتناول عدّة أعوام ما بين 1970 و 2009، مما يسمح بالاستنتاج بأن شكل الحساب المعتمد في وزارة الصحة السورية يقوم على اعتبار أن وفيات الأطفال تشمل الوفيات ما بين الولادة وإتمام العام الخامس منسوبة لكل ألف مولود حي. وهو خيار ينسجم مع الشكل الأكثر اعتماداً من هيئات الأمم المتحدة كما سبق وأسلفنا. لكن مراجعةً لبعض الدراسات، والتي أجريت من طرف وزارة الصحة وبإشرافها، سرعان ما تبيّن أن اعتماد هذا التعريف ليس مطلقاً. مثلاً، نجد في بحث حول وفيات الأطفال أعدّته مديرية الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة عام 2008 أن الأطفال بالنسبة إلى البحث هم «الذين تبلغ أعمارهم ما بين 1–4 سنوات»[22]، وفي سياق آخر في البحث ذاته، تمايز الدراسة بين «وفيات الولدان دون 28 يوم، الأطفال الرضع بين الشهر والسنة من العمر، الأطفال 1–5 سنوات»[23]. وهكذا يغيب هنا أيضاً توحيد المفهوم في أعمال صادرة عن هيئة واحدة.

---

[18] انظر على سبيل المثال التعريف الوارد على موقع التعريفات الأساسية لمنظمة اليونيسيف:
UNICEF. *Definitions, Basic Indicators,* Online: https://www.unicef.org/infobycountry/stats_popup1.html

[19] انظر على سبيل المثال: الأمم المتحدة. *تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2015*، نيويورك، 2015، ص 32. ونجد التعريف ذاته معتمداً في:
United Nations, League of Arab States. *The Arab Millennium Development Goals Report: Facing Challenges and Looking beyond 2015*, 2015. p. 26.

[20] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا. *الأهداف الإنمائية للألفية في منطقة الإسكوا: تقرير عن التقدم المُحرَز 2004*، الأمم المتحدة، 2005، ص. 46.

[21] الجمهورية العربية السورية. *وزارة الصحة: الموقع الرسمي*، على الرابط:
http://www.moh.gov.sy/Default.aspx?tabid=171&language=ar-YE#8

[22] مديرية الرعاية الصحية الأولية. *دراسة أسباب وفيات الأ طفال دون الخمس سنوات* ، وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة اليونيسيف والمكتب المركزي للإحصاء، دمشق، 2008. ص. 6.

[23] المرجع السابق، ص. 7

لا نهدف هنا بطبيعة الحال إلى إجمال ما يمكن عرضه من نماذج لمثل هذه التداخلات والاختلافات في المصطلح، وإنما غرضنا تقديم بعض الأمثلة التي من شأنها إلقاء الضوء على إشكالية ضبط المصطلح في ما يخصّ دراسة وفيات الصغار، في تفرعاتها الكبرى (قبل السنة الأولى وبعدها)، كما في تشعباتها الجزئية التي تتناول مختلف مراحل الوفيات المبكّرة والمبكرة جداً على اختلاف مسبباتها.

ولعلّ أهم ما تقودنا إليه مجمل الملاحظات المفاهيمية السابقة هو ضرورة التحقق وبدقة من المعنى المقصود بالمصطلح المطروح قبل البدء بتحليل البيانات ديموغرافيّاً ثم اجتماعياً، وعلى الأخص، قبل الشروع في عقد مقارنات تستلزم في الواقع، أولاً وقبل كل شيء، توحيد المصطلح الذي أنتج معطياتها. عندها فحسب يصبح بالإمكان البحث بتعمق أكبر في محددات هذه الظاهرة ومسبباتها والعوامل المؤثرة فيها.

ثانياً. آليات وصعوبات ضبط المحددات

إن صعوبات الضبط المفاهيمي للمصطلحات المتعلّقة بوفيات الصغار تنسحب على محددات هذه الظاهرة. فإذا كان بالإمكان، من دون صعوبة تذكر، التأكيد على الأهمية المحورية التي تنطوي عليها دراسة وفيات الصغار، باعتبارها تجسّد على الأخص «مدى كفاءة النظام الصحي في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية للأم خلال فترة الحمل والولادة وكذلك لحديثي الولادة والأطفال في مراحل نموهم الأولى؛ وتجسد كذلك العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية التي قد يكون لها أثر سلبي على حياة الطفل وصحته ورفاهه؛ وتجسد أيضاً التقدم في مجال الطب الوقائي»[24]، فإن تجاوز هذا التقديم العام باتجاه تأسيسٍ لدراسة معمقة لهذه الوفيات عبر تأطير نظري لمحدداتها ليس بالأمر اليسير. وقد شكل تأطير المحددات هذا محور انشغال العديد من الباحثين المشتغلين بالديموغرافيا، والمجتمع، وقضايا التنمية عموماً.

والواقع أن التعدد الكبير في العوامل المسبِّبة لهذه الوفيات هو مصدر صعوبة ضبط محدداتها، إذ «على الرغم من كون الوفاة حادثة بيولوجية تنتج بشكل رئيسي من مرضٍ محدد، إلا أن الدراسة الديموغرافية لمحددات وفيات الأطفال والرضع سترتكز على فهم العوامل الثقافية والبيئية والاجتماعية والسلوكية التي من شأنها أن تترك أثراً في احتمالات الصحة والإصابة بالأمراض والوفاة في الطفولة المبكّرة »[25]. مع ذلك فإن تعدد العوامل هذا هو في حدّ ذاته ما يضفي على مؤشرات هذه الظاهرة أهمية خاصة، باعتبارها من بين أكثر المؤشرات قابليةً للتعبير عن التطور الاجتماعي والاقتصادي، وعن انعكاسات العملية التنموية ككل على سكان مجتمع ما.

1. أثر المحددات الوسيطة في وفيات الرضّع والأطفال وفق نموذج (Mosley and Chen)

كان لدراسة Mosley and Chen منذ عام 1984 فضل الأسبقية في إبراز درجة التعقيد التي تسِم وفيات الصغار، إذ بيّنت أن محاولة اختزال العلاقات بين محددات الوفاة ونسب هذه الأخيرة إلى علاقات ارتباط سببية مباشرة فحسب إنما هي عملية تبسيطية لن تمكّن من الوصول إلى فهم حقيقي، وبالتالي إلى تحسينٍ وتطوير فاعل في السياسات الاجتماعية والتدخل الطبي لتحسين صحة الأطفال. وقدّمت الدراسة إطاراً تحليلياً يقوم على فكرة أنّ جميع

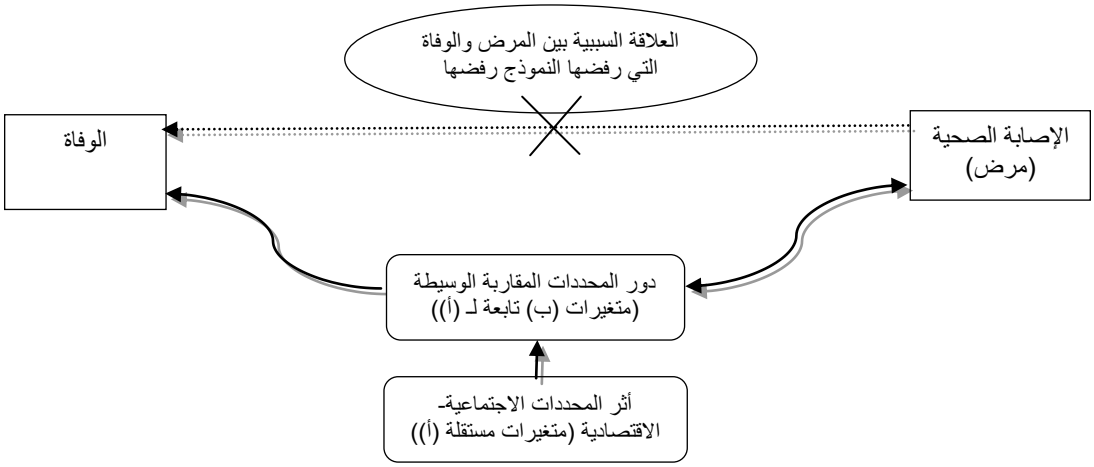
[24] **اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، ص. 45.**

[25] **Masuy-Stroobant, Godelive. *The determinants of infant mortality: how far are conceptual frameworks really modelled,* Document de travail n°13. Département des sciences de la population et du développement. Université Catholique de Louvain, Octobre 2001, p. 5.**

المحددات الاقتصادية والاجتماعية لوفيات الأطفال [26] تعمل بالضرورة من خلال مجموعة مشتركة من الآليات البيولوجية أو المحددات المقاربة الوسيطة (Approximative)، لكي تترك أثراً في الوفيات[27].

تلعب المحددات الوسيطة وفقاً لهذا النموذج دوراً غير مباشر إما كمعزِّز ومفعِّل، أو كمعارض لأثر الحالة الطبية البيولوجية (مرض أو إصابة ما). تَمثَّل البعد الجديد الذي قدّمه هذا النموذج إذاً في «تعريفه لحالة مرضيّة خاصة عند فردٍ ما على أنها مؤشّر لدور وفعل المحددات الوسيطة أكثر منها كسبب للمرض أو الوفاة»[28].

يعبّر الشكل (2) التالي عن تموضع المحددات الوسيطة كعامل مقارِب يلغي سببية العلاقة المباشرة ما بين المرض والوفاة:



الشكل (2): العلاقة بين المرض والوفاة، وتموضع المحددات الوسيطة كما يعبِّر عنها نموذج Mosley and Chen

لا نهدف من تقديم هذا الشكل المبسّط بطبيعة الحال إلى اختزال النموذج الذي يتضمّن الكثير من التفصيلات، وإنما غرضنا إيضاح مسألة مفصلية ما لبثت أن صبغت الأدبيات اللاحقة على هذا النموذج، وهي أن أي فهم للعلاقة بين مرض الرضيع أو الطفل ووفاته لا بد من أن تمرّ أولاً بجملة المحددات التي جعلت من المرض قاتلاً بالفعل.

من بين أهم المحددات الوسيطة التي أكّد عليها النموذج، مجمل العوامل المرتبطة بالأمومة (عمر الأم، وترتيب الإنجاب، والمباعدة بين الولادات...) وهي معطيات يمكن قياسها بالمقابلة المباشرة. وكذلك العوامل المرتبطة بالبيئة المحيطة بالرضيع والطفل، كتواتر الإصابة بالأمراض والالتهابات التنفسية، والإسهالات وكزاز ما قبل الولادة والتهابات الجلد. أضف إلى ذلك أثر ازدحام المنزل (الذي من شأنه أن يزيد من فرص الإصابة بمشكلات تنفسية)، وأثر توافر مرحاض وصرف صحي (إذ من شأن عدم توافرها تعزيز الإصابة بأمراض طفيلية والتهابات)، وأثر توافر مصادر مياه نقية، وطرائق طهو الطعام وتناوله، ومدى توافر غذاء سليم كمّاً ونوعاً (تلوث الغذاء والماء وسوء التغذية)، ومدى تعرّض الصغار لحوادث منزلية، وإمكانية الوصول إلى الإجراءات الصحية الوقائية (وعلى رأسها اللقاحات) والعلاجية (القرب المكاني من مراكز الرعاية الصحية، وتوافرها مجاناً)[29].

---

[26] **المقصود بالأطفال هنا مجمل الصغار دون الخامسة.**

[27] **انظر: Mosley, W.H; Chen, L.C., p. 25.**

[28] **المرجع السابق، ص 28.**

[29] **انظر: المرجع السابق، ص. 28 – 32 – 33.**

رغم تأكيد النموذج بشكل رئيس على دور المحددات الوسيطة، إلا أنه لم يغفل أثر المحددات الاجتماعية–الاقتصادية (Déterminants socioéconomiques) التي اعتبرها بمثابة متغيرات مستقلّة (Variables indépendantes) تؤثّر في المحددات الوسيطة التي تؤثّر بدورها في الوفيات. ويندرج هنا تحت مسمى المحددات الاجتماعية–الاقتصادية مجمل العوامل المتعلّقة بالحالة الفردية للوالدين كالتعليم، والعمل، والعادات التقاليد المجتمعية المتبناة، والسلوكيات اليومية...الخ.؛ والعوامل المتعلقة بحالة الأسرة ككل وعلى الأخص عاملَي الدخل والثروة؛ والمتغيرات المجتمعية العامة كأثر العوامل البيئية، والسياسات الاقتصادية والنظام الصحي السائد [30]. وهي تشكل معاً العناصر الرئيسة الأكثر عموميّة لمحددات الوفيات، وسنعود لتناولها بشيء من التفصيل لاحقاً.

إن عرضنا الموجز هنا لأهم عناصر هذا النموذج يسمح بالتأكيد على أن فهم وفيات الرضّع والأطفال في المجتمعات النامية لا بدّ أن يمرّ بدراسة لمجموعة كبيرة من المعطيات المتداخلة في ما بينها، بما يسمح بتناول الظاهرة في أبعادها الحقيقية، وتجنّب اختزالها إلى جانبها الطبي، وإلى عنصر الرعاية الطبية وحده. فالهدف هنا هو «التأكيد على الجذور الاجتماعية، جنباً إلى جنب مع الجذور الطبية للمشكلة»[31]. والمرور بنموذج Mosley and Chen من شأنه إغناء التأطير النظري للبحوث في هذا المجال، فهذا النموذج يبقى أحد أكثر القراءات اعتماداً كمصدر في مختلف البحوث والدراسات النظرية والتطبيقية التي تتناول محددات وفيات الرضّع والأطفال باعتبارها المحاولة الأكثر فاعلية على الإطلاق للجمع ما بين طرائق البحث التي تستخدمها العلوم الطبية والطرائق التي تعتمدها العلوم الاجتماعية[32].

2. آليات وصعوبات ضبط المحددات

أ. محددات الوفيات في ارتباطها بالصحة العامة والتنمية.

ترتبط دراسة الوفيات عموماً، والوفيات في الدول النامية على وجه الخصوص، بالقضية الأعم المتعلّقة بصحة السكان. ومفهوم الصحة «الذي يبدو معناه بديهياً للوهلة الأولى، يصعب تعريفه بدقة، فهو لا يُستخدَم من طرف الأطباء أثناء مزاولة مهنتهم، ولا يشير إلى حالة سريرية بذاتها، بل إلى مجموعة من الأفراد الذين يعيشون في المجتمع. والفرد الذي يتّسم بـ "صحّة جيدة" هو ذاك الذي يشعر بأنه في "حالة تكيّف مع المحيط ومتطلّباته"»[33].

وإذا كانت منظمة الصحة العالمية تُعرِّف الصحة بأنها «حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرّد انعدام المرض أو العجز »[34] فإن الديموغرافيا تحاول مقاربة المسألة الصحية عبر مؤشرات الوفيات، مضافاً إليها مجموعة مؤشرات الاعتلال [35] (Morbidité). وفي نقطة التقاء هذين المعطَيَين يتمثّل هدف مزدوج يقوم من جهة على قياس تكرار حدوث الأمراض لدى سكان مجتمع ما، ومن جهة أخرى على الكشف عن محددات أو عوامل الخطر التي تسهم في حدوث الأمراض، وعلى الأخص من بينها تلك المتعلّقة بخصائص المحيط الاقتصادي والاجتماعي المؤثِّرة في المتغيرات السلوكية[36].

---

[30] انظر: المرجع السابق، ص. 34.

[31] المرجع السابق، ص. 28.

[32] انظر: Masuy–Stroobant. p. 7.

[33] Charbit, Yves (dir.). *Le monde en développement : Démographie et enjeux socio-économiques*, Les documentations françaises, Paris, 2002, p. 140.

[34] الأمم المتحدة، *موقع منظمة الصحة العالمية* ، على الرابط: http://www.who.int/suggestions/faq/ar/

[35] يحيل مفهوم الاعتلال أو المراضة على مجموعة من الأفراد المرضى، وهو يشكّل بذلك انعكاساً للواقع الصحي إلى جانب مؤشّرات أخرى كالعمر المتوقع عند الولادة ومعدلات وفيات الصغار.

[36] انظر:

في سياق القراءة الديموغرافية للمسألة الصحية، يشكّل الأطفال بلا ريب مجموعة سكانية مستقلّة بذاتها، بسبب ارتفاع الوفيات، وطبيعة مسبباتها، ووجود مشكلات صحية خاصّة بهذه المرحلة العمرية [37]. هذا وتُسجَّل تباينات كبيرة في طبيعة محدّدات الوفيات ودرجة تأثيرها بين الدول النامية والدول الصناعية المتقدمة، وتكمن هنا صعوبة أولى من صعوبات ضبط المحددات. إذ يصبح من الضروري أخذ المستوى التنموي العام في الاعتبار، بالاستناد خصوصاً إلى مؤشرات التنمية البشرية، لضبط المحددات التي من المرجّح أن تكون ذات الأثر الأكبر في وفيات الصغار في مجتمع من المجتمعات. ولا تقتصر صعوبات ضبط المحددات على الفروقات القائمة ما بين الدول النامية والدول المتقدمة، بل يصعب ضبط أثر المحددات المختلفة كذلك ضمن المجتمع الواحد بفعل حالات اللامساواة الحاضرة وبشدّة مناطقيّاً ضمن البلد الواحد والتي يجب الانتباه إليها لأن إغفالها سيقود بالضرورة إلى تعميمات مغلوطة. إذ «رغم اختلاف واقع منظومات الوفيات اليوم، يمكن ملاحظة عدد من الثوابت الباقية والتي تقاوم التغيير، كمثل ظاهرة عدم المساواة الاجتماعية، وهي ظاهرة معروفة وما زالت قائمة أيّاً يكن مستوى الوفيات أو جملة الإجراءات المتّخذة للقضاء عليها»[38].

تكمن صعوبة ضبط المحددات في دراسة وفيات الصغار إذاً في كونها ظاهرة تقع في تقاطع طرقٍ بين علوم عدّة على رأسها علم السكان وعلم الاجتماع وعلم الأوبئة والاقتصاد، وفي أنّ أيّ دراسة لها لا يمكن أن تتمّ من دون ربط عام بمؤشرات التنمية البشرية عموماً، وربطٍ أكثر تخصيصاً بالبنية المجتمعية الأكثر حميميةً، والتي تترك آثارها في السلوكيات الحياتية بدءاً من شروط الزواج وعمر الأم عند الإنجاب والمباعدة بين الولادات، ووصولاً إلى شروط عملية الإنجاب في حدّ ذاتها (أين وكيف وعلى يدٍ من تتم) وأثر الموروث والمعتقد الشعبي في أساليب تغذية الرضيع ورعايته، ودرجة انفتاح المنظومة الاجتماعية المحلية على أساليب الرعاية والوقاية والعلاج الحديثة. يضاف إلى كلّ ما سبق أن درجة انفتاح المنظومة الاجتماعية هذه إنما ترتبط بدورها، وفي حلقة متكاملة غير قابلة للفصم، بقدرة العملية التنموية في مستوياتها الاقتصادية والاجتماعية على السواء، على الوصول إلى هذه المجتمعات المحلية، عبر منظومة التعليم والصحة خصوصاً، بما يسمح بإدخال تغييرات إيجابية تدريجية في السلوكيات المتبناة في شأن الحياة الإنجابية ككل، تقود بدورها إلى إحداث التغييرات المرجوة في صحة ووفيات الصغار. والواقع أن دراسة محددات وفيات الرضّع والأطفال بشكل عام، ودراستها في الدول النامية والأقل نمواً بشكل أكثر تخصيصاً، أظهرت أن «الارتباط ما بين المستوى الوطني أو المناطقي لوفيات الرضّع ومستوى التنمية الذي يقاس بمختلف المؤشرات يبدو شديداً وثابتاً إلى حدٍّ يجعلنا نعتبر وفيات الرضّع والأطفال عموماً إحدى المؤشرات الأكثر حساسية في التعبير عن درجة التطور (Evolution) ومستوى التنمية (Développement) في بلدٍ ما»[39].

على الرغم من حجم التداخلات السابقة، يمكن عموماً ضبط المجموعات الرئيسة لمحددات وفيات الرضّع والأطفال تحت مجموعة من العناوين الكبرى، تضمّ كل واحدة منها بدورها مجموعةً متنوعة من العناصر الضابطة. وسنعرض في ما يأتي لهذه المجموعات الكبرى وعناصرها الضابطة بإيجاز، بغرض استكمال الإطار المفاهيمي والتحليلي اللازم لأيّ دراسة تتناول هذه الظاهرة.

Caselli, G. ; Vallin, J. ; Wunsch, G., *Démographie : Analyse et synthèse III, Les déterminants de la mortalité*, INED, 2002, p. 15.

[37] انظر: Charbit, p. 157.

[38] Caselli, G. ; Vallin, J. ; Wunsch, G., p. 130.

[39] المرجع السابق، ص 134.

ب. عناصر اجتماعية–اقتصادية محددة لوفيات الأطفال والرضّع

يمكن إيجاز الإطار العام للعناصر الاجتماعية–الاقتصادية لمحددات وفيات الرضع والأطفال، بالاستناد إلى ما قدّمه نموذج Mosley and Chen وباستكماله عبر دراسات باحثين آخرين[40]، ضمن مجموعات كبرى[41] تتباين إلى حدّ ما في منظورها العام. لن نخوض هنا من جديد في أثر المتغيرات الوسيطة التي كنا قد تناولناها في ما سبق، بل سنتوقف عند أهم المتغيرات الاجتماعية–الاقتصادية التي أثبتت البحوث المتعددة أثرها الفاعل في الوفيات.

يمكن تصنيف هذه المتغيرات، على كثرتها وتشعّبها، في ثلاثة مستويات كبرى: المستوى المتعلّق بخصائص الأفراد، والمستوى المتعلّق بخصائص الأسرة، وأخيراً المستوى الوطني العام.

المستوى الفردي لمحددات وفيات الصغار: إن العناصر الأولية لبقاء الطفل على قيد الحياة تجد نقطة ارتكازها الأولى في سلوكيات البالغين المسؤولين عن رعاية هذا الطفل، وخصوصاً الأمهات. ويقع نمط الخصوبة على رأس العناصر السلوكية هذه، وهو يشتمل على عمر الأم عند الإنجاب، وتكرار الإنجاب والمباعدة بين الولادات. ويرتبط نمط الخصوبة هذا ارتباطاً وثيقاً بتبنّي الأمهات لمجموعة إجراءات الرعاية الوقائية والعلاجية أثناء الحمل وبعد الإنجاب، لا بل وقبل ذلك عبر الرعاية الصحية عموماً وإجراءات الفحص الطبي قبل الزواج خصوصاً [42]. لكن نمط الخصوبة هذا وما يرتبط به من إجراءات وقائية وعلاجية لا ينفصل بدوره عن العادات والتقاليد والمواقف «وهي ولا ريب أمور مجتمعية تفرض نفسها على الأفراد، لكن مع كل ما شهدته المجتمعات البشرية من تمايزات لأفرادها عن المجتمع العام، فإن درجة تأثر الأفراد بهذه القيم السائدة تختلف باختلاف الأفراد أنفسهم، وترتبط إلى حد كبير بمستوى التعليم»[43]. ويعدّ مستوى تعليم الوالدين، والأمهات بشكل رئيس، عاملاً حاسماً في هذا السياق. يلخّص كالدويل آليات تأثيره في صحّة الأطفال عبر فرضياتٍ ثلاث، يتعلّق أولها في أن الأم، وبقية أفراد الأسرة المعنيين برعاية الطفل، يصبحون بالتعليم أكثر قدرة على الابتعاد عن المعتقد الشعبي المتعلق بالمرض ومسبباته، ويتبنون بذلك العديد من البدائل المتاحة في مجال رعايته وعلاجه. أما الفرضية الثانية فتقوم على أن الأم المتعلّمة أقدر على التعامل مع العالم الحديث، وبالتالي فهي تستطيع وتعرف أين تبحث عن الخدمات الملائمة وتنظر إلى هذه الخدمات وإلى الفاعلين فيها على اعتبارهم جزءاً من عالمها وتنظر إلى الاستفادة من خدماتهم على أنها إحدى حقوقها. وأخيراً، فإن تعليم المرأة يغيّر جذرياً الميزان التقليدي للعلاقات الأسرية مما يترك أثراً عميقاً في رعاية الصغار [44]. واضحٌ إذاً حجم الترابط الكبير ما بين تعليم المرأة وإمكان تجاوز الأطر التقليدية التي من شأنها أن تحول دون حصول الرضّع والأطفال على الرعاية الصحية اللازمة، وأن توقف ممارسات وسلوكيات تقليدية شائعة ذات تأثير سلبي في صحتهم وبقائهم. ومن هنا فإن

---

[40] على رأسها دراسة Caldwell عام (1979) التي تناولت التعليم كمحدد رئيس للوفيات متّخذة كمثال مصادر البيانات في نيجيريا، وهي تشكّل إحدى أهم الدراسات المرجعية في فهم أثر التعليم كمحدّد للوفيات. تمتاز هذه الدراسة بشكل خاص بتأكيدها على مراحل التغير الاجتماعي التي لا بدّ من حدوثها بشكل مترابط مع التغيرات الاقتصادية والطبية لإحداث أثر في وفيات الصغار:

Caldwell, J. C., *Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data*, Population Studies, Vol. 33, n° 3, 1979, p. 395-413.

[41] انظر العرض المكثّف لهذه المحددات الذي تقدّمه Masuy-Stroobant في: Caselli, G. ; Vallin, J. ; Wunsch, G., p. 135-137. وكذلك Vikram, K; Desai, S; Vanneman, R., p. 2-4.

[42] انظر: Caselli, G. ; Vallin, J. ; Wunsch, G., p. 135.

[43] Barbieri, Magali. *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde*, Centre français sur la population et le développement, Le dossier de CEPED n°18, Paris, Octobre 1991, p. 23.

[44] Caldwell, p. 408-410 مأخوذاً عن: Masuy-Stroobant, p. 7 .

«نجاح البرامج الصحية يتوقف إلى حد كبير على قدرة الفاعلين على أخذ الإطار الثقافي في الاعتبار، وإن تعليم النساء على وجه الخصوص هو بلا ريب أحد الأدوات الرئيسة في أي سياسة تحاول أن تأخذ في الاعتبار البيئة التقليدية»[45].

-المستوى المتعلّق بخصائص الأسرة: ويتحدّد بشكل أساسي من خلال الموقع الاجتماعي لأسرة الطفل، وهذا الأخير يتحدد بدوره من خلال مجموعة من العناصر أهمها على الإطلاق متوسط الدخل، والمهنة (وهذان العنصران يرتبطان إلى حدّ كبير بالمستوى التعليمي للوالدين). ولا يقتصر الأمر عند تناول الدخل على تحديده كمّاً، بل لا بد من أن تؤخذ مسالة توزيع الدخل على احتياجات الأسرة في الحسبان، أي أنّ آليات الإنفاق وأولوياته من شأنها أن تغيّر في وجهة ودرجة الاستفادة من الدخل الوارد إلى الأسرة، فتفعّل أو تُنقِص من تأثير الفائدة المرتجاة من هذا الدخل في صحة الصغار فيها.

والواقع أن أثر مستوى دخل الأسرة وموقعها في المجتمع يمتد إلى عناصر متعددة تمسّ الحياة الأسرية عموماً. فهو يلعب دوراً فاعلاً في إمكان الوصول إلى المصادر الرئيسة اللازمة للحصول على صحة جيّدة، وأيضاً في أنماط مواجهة ظروف الحياة عموماً، وذلك بما يتيحه من خيارات أكثر فاعلية [46]. ويعد الدخل الأسري وآليات توزيعه من بين المحددات الاجتماعية–الاقتصادية الأكثر تأثيراً في المحددات الوسيطة لوفيات الرضّع. فتوافر مصدر دخل ملائم يزيد من فرص الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية الأفضل نوعيّاً، وإلى مصادر المياه النقية الصالحة للشرب، ويسمح بتوافر صرف صحيّ ملائم، ويقلّل من مخاطر ازدحام السكن. أضف إلى ما سبق أنّ للدخل دوراً حاسماً في طبيعة النظام الغذائي المتّبع في الأسرة وفي مدى جودته كمّاً ونوعاً، ويؤثر التوازن الغذائي على صحّة الرضيع والطفل طبعاً، ولكنه مهم أيضاً في إيجاد حالة من التوازن في صحّة الأم، بما يحسّن من شروط الحمل والوضع، ويسهم بدوره في دعم صحّة حديثي الولادة.

تجدر الإشارة أخيراً إلى أن الدخل يؤثّر كذلك «في الوقاية من آثار التبدلات المناخية، وفي كمية موارد الطاقة المتاحة. وتكمن أهمية هذه الأخيرة في أن طهو الأطعمة، وتنقية المياه، وتعقيم الأدوات (كالرضّاعات) وحفظ الطعام (التبريد) كلّها تتوقف عليها. وعليه فإن مدى توافر الطاقة يترك أثراً في درجة تلوّث الأطعمة والمياه بالبكتيريا، كما في درجة التعرّض إلى الالتهابات التنفسية في الطقس البارد»[47].

-المستوى الوطني العام:

تتأثر جميع العناصر الفردية والأسرية بشدّة بطبيعة السياسات القائمة في المجتمع، «إذ من شأن الخيارات السياسية التي تعتمدها الحكومات أن تسرّع أو لا من محو أمية النساء وتعليم الفتيات، وأن تُحسّن من الوصول (المادي والمالي) إلى خدمات الرعاية الصحية، وأن تجعل البيئة المحيطة صحيّة أكثر (عبر تجفيف مناطق المستنقعات، ومدّ شبكات الصرف الصحي، وتأمين شبكات تزويد بالمياه الصالحة للشرب بانتظام، وجمع ومعالجة النفايات...)، وأن تعزز من فرص الحصول على عمل بدخل يؤمّن مستوى حياة مقبول للأغلبية»[48].

إلى جانب ما تقدّم يجب الانتباه إلى ضرورة عدم إغفال السياق السياسي والتاريخي، فالأوضاع السياسية المضطربة التي تشهدها بعض البلدان ستنعكس ولا بدّ على صحة الصغار باعتبارهم فئة بالغة الهشاشة والحساسية تجاه أيّ اضطراب في مستوى الخدمات الصحيّة المتاحة. فعلى الرغم من أن الحروب الداخلية والاضطرابات السياسية

[45] Barbieri, p. 23.
[46] Caselli, G. ; Vallin, J. ; Wunsch, G., p. 134.
[47] Barbieri, p. 26.
[48] Caselli, G. ; Vallin, J. ; Wunsch, G., p. 134.

قد لا تتسبب في تأثيرات مباشرة كبيرة على فئة الصغار دون الخامسة (قد تكون الجروح والوفيات التي تتسبب بها الأسلحة بشكل مباشر ليست هي الأكبر عدداً)، إلا أن الآثار غير المباشرة حاضرة بشدّة بلا شك، وقياسها صعب. من بينها على سبيل المثال، عجز الحكومات التي تعاني من ضعفٍ عموماً عن ضبط وتنظيم الشؤون الخدمية في البلاد، فتظهر مشكلات تتعلّق بإمكان تأمين مواصلات دائمة ومنتظمة تسمح بنشر وإيصال الخدمة الصحية إلى الجميع في كل مكان، وعدم القدرة على تأمين احتياطي كافٍ من المواد الأولية الضرورية (الأغذية والأدوية على وجه الخصوص)، ومواجهة موجات كبيرة من النزوح، الإرادي أو الإجباري، مع كلّ ما يتولّد عنها من متطلبات تتجدّد على الدوام، ومن ضغطٍ خدمي كبير على مناطق الاستقبال[49].

من الواضح أننا بتنا معنيين في حالتنا الراهنة في سورية، وإلى حدّ كبير، بمجموعة العناصر السابقة التي تتناول أثر الاضطرابات السياسية في صحة الصغار وفي بقائهم على قيد الحياة. فالعوامل المرتبطة بالأزمة التي تعيشها البلاد تشكّل اليوم مفاتيح رئيسية لفهم واقع الظاهرة وتوقع تطوراتها المستقبلية، وهذا المجال البحثي ما زال، حتى على المستوى النظري، غير مكتملٍ تماماً، حاله في ذلك كحال دراسة الوفيات عموماً في الديموغرافيا، والتي تشكّل المجال الديموغرافي الذي يعاني من نقص التأطير النظري، والذي سيشهد على الأرجح تطوراً كبيراً خلال العقود المقبلة.

"عدم الاكتمال" هذا لا يشير إلى نقص بمقدار ما هو انفتاح لآفاق جديدة في هذا المجال. إن تعدّد المحاولات التي سعت وتسعى إلى ضبط محددات ومؤشرات وفيات الرضّع والأطفال كما بيّنا في بحثنا هذا، إنما يفتح الباب واسعاً أمام دراسات متنوعة تتناول، ضمن شروط وأولويات وأهداف البحوث المتنوعة، مجموعات من هذه المؤشرات لتمتحنها على أرض الواقع، بما يتيح تطوير التحليل المنهجي والمقارن لنتائج مختلف البحوث، وتعميقه.

خلاصة:

إن هذا العرض الموجز لبعضٍ من أهم الإشكاليات المفاهيمية وعناصر المحددات التي تؤطّر نظريّاً لدراسة وفيات الرضّع والأطفال يسمح بتبيان درجة التعقّد الذي يكتنفها، وحجم التداخل والتشعّب في المحددات الفاعلة في بقاء الصغار على قيد الحياة، والتي تختلف بطبيعة الحال باختلاف المجتمعات وتقدّم موقعها على سلّم التنمية البشرية خصوصاً.

لذلك يصبح من الضروري التوكيد على مسألتين في هذا السياق، تتمثّل أولاهما في أنّ على أي تناول بحثي لهذه الظاهرة أن يبدأ أولاً بضبط صارم للمفاهيم المستخدمة، وتحديدٍ دقيق للمعنى المقصود بها، وأن يأخذ في الاعتبار أن المصطلح المستخدم تعريباً عن اللغات الأجنبية يحتاج على الدوام إلى إعادة تحقق من المقصود به، خصوصاً عند إجراء مقارنات. كما تستلزم البحوث التطبيقية في هذا المجال، إلى جانب الضبط المفاهيمي العام، تحديداً إجرائياً دقيقاً ينبع من أهداف البحث وأولوياته.

أما المسألة الثانية فتقوم على ضرورة الانتباه وبشدّة إلى خصوصية المجتمع المدروس وتمايزه، ليس على المستوى الكلي المتعلّق بمؤشراته التنموية عموماً فحسب – والتي من شأنها أن توجّه وبشكل حاسم مسار مؤشرات وفيات الأطفال والرضع فيه – لكن على المستوى الأكثر خصوصيةً أيضاً، الذي يجعل من العوامل السلوكية والثقافية والمجتمعية عموماً، محدّداً رئيساً لمسار هذه الوفيات. كما يجب التوقف بكثير من التعمّق عند الآثار التي تتركها الحروب والأزمات والصراعات، ولعلّ هذا المجال الأخير هو حيث يجب أن تتوجه جهودنا خلال الأعوام المقبلة، في

[49] انظر: Barbieri, p. 29.

محاولة لبدء عمل بحثي قادرٍ على توصيف الواقع الراهن لوفيات الصغار – جزئياً على الأقل. فأولويات الجهود الواجب توظيفها، ومجالات توجيهها، ومسارات مؤشرات وفيات الصغار، وطبيعة المحددات الأكثر فاعلية فيها؛ كلها أمور تختلف جذرياً مع المفرزات الراهنة للأزمة عنها في ما سلف من العقود.

المراجع:

1. بالعربية:

–الأمم المتحدة. *تقرير الأهداف الإنمائية للألفية 2015*، نيويورك، 2015.

–الأمم المتحدة، *موقع منظمة الصحة العالمية*، على الرابط: http://www.who.int/suggestions/faq/ar/

–الجمهورية العربية السورية ، المكتب المركزي للإحصاء. *نتائج التعداد العام للسكان في الجمهورية العربية السورية عام 1994*، دمشق، 1998.

–الجمهورية العربية السورية. *وزارة الصحة: الموقع الرسمي*، على الرابط:
http://www.moh.gov.sy/Default.aspx?tabid=171&language=ar-YE#8

–اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا. *الأهداف الإنمائية للألفية في منطقة الإسكوا: تقرير عن التقدم المُحرَز 2004*، الأمم المتحدة، 2005.

–مديرية الرعاية الصحية الأولية. *دراسة أسباب وفيات الأطفال دون الخمس سنوات*، وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة اليونيسيف والمكتب المركزي للإحصاء، دمشق، 2008.

–منظمة الصحة العالمية. *تخفيض معدلات وفيات الأطفال*، صحيفة وقائع رقم 178، أيلول 2014، على الرابط: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/ar/

2. بالفرنسية:

–BARBIERI, MAGALI. *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde*, Centre français sur la population et le développement, Le dossier de CEPED n°18, Paris, Octobre 1991.

–BOURGEOIS-PICHAT, JEAN. *La mesure de la mortalité infantile : Principes et méthodes*, In : Population, 6ème année, n°2, 1951, pp. 233-248.

–CASELLI, G. ; VALLIN, J. ; WUNSCH, G., *Démographie : Analyse et synthèse III, Les déterminants de la mortalité*, INED, 2002.

–CHARBIT, YVES (dir.). *Le monde en développement : Démographie et enjeux socio-économiques*, Les documentations françaises, Paris, 2002.

–HENRY, LOUIS. *Démographie : analyse et modèles*, INED, 1984.

–Organisation mondiale de la sante. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe*, deuxième révision, volume 2, édition 2008, OMS, 2009, p. 171. Online :
apps.who.int/**classifications**/icd10/browse/Content/.../ICD10Volume2_fr_2008.pdf

–PRESSAT, ROLAND. *Dictionnaire de démographie*. PUF, 1979.

–VANDESCHRICK, CHRISTOPHE. *Analyse démographique*, Préface de Guillaume Wunsch, Population et développement n°1, 3ème édition, Academia-Bruylant; L'Harmattan, 2004.

3. بالإنكليزية:

– CALDWELL, J. C., *Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data*, Population Studies, Vol. 33, n° 3, 1979, p. 395-413.

– MASUY-STROOBANT, GODELIVE. *The determinants of infant mortality: how far are conceptual frameworks really modelled*, Document de travail n°13. Département des sciences de la population et du développement. Université Catholique de Louvain, Octobre 2001.

– MOSLEY, W.H; CHEN, L.C., *An Analytic Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries*, Population and Development Review, Vol. 10, Supplement: Child Survival: Strategies and Research, 1984, 25-45. Online:
www.jstor.org/stable/2807945

– UNICEF. *Definitions, Basic Indicators*, Online:
https://www.unicef.org/infobycountry/stats_popup1.html

– United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *Multilingual Demographic Dictionary*, IUSSP, Online:
<http://ar-ii.demopaedia.org/wiki/10>

– United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects, the 2015 Revision.* Online:
https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/

– United Nations, League of Arab States. *The Arab Millennium Development Goals Report: Facing Challenges and Looking beyond 2015*, 2015.

– VIKRAM, K; DESAI, S; VANNEMAN, R. *Maternal Education and Child Mortality: Exploring the Pathways of Influence*, University of Maryland, College Park, 2010.
http://paa2011.princeton.edu/papers/111195