

الجمهورية الإسلامية الموريتانية

شرف- إخاء- عدل



وزارة الشؤون الاقتصادية والتنمية

المكتب الوطني للإحصاء



التعداد العام للسكان و المساكن 2013



المجلد 2: حركية السكان

يناير 2016

الفهرسة

5	قائمة الجداول
6	قائمة الأشكال
7	الفصل الرابع: المواليد و الخصوبة
7	الملخص التحليلي
9	التقديم
10	السياق العام للفصل
12	المقاربة المنهجية
12	تحديد المفاهيم
13	4. الولادات
13	1.4 المستوى الحالي للولادات و اتجاهاتها
15	2.4 المعدلات التفاضلية للولادات حسب الولاية
15	3.4 معدل الولادات التفاضلي حسب وسط الإقامة
16	4.4 تطور معدل الولادات
17	5.4 معدل الولادات التفاضلي حسب بعض الخصائص
18	6.4 الخصوبة
19	1.6.4 مستوى و بنية الخصوبة
20	2.6.4 متوسط التكافؤ
21	3.6.4 معدل الإنجاب (الإحلال) الخام
22	4.6.4 الخصوبة التفاضلية حسب الولاية
22	5.6.4 الخصوبة التفاضلية حسب بعض الخصائص
27	6.6.4 مقارنة معدل الخصوبة الكلية مع دول الجوار
27	7.4 خصوبة الأشخاص المعرضين للخطر
27	1.7.4 مستوى و بنية خصوبة الأشخاص المعرضين للخطر
28	2.7.4 الخصوبة التفاضلية للأشخاص المعرضين للخطر
30	3.7.4 العقم و التعقيم النهائي
32	الخلاصة
33	الفصل الخامس: الوفيات
33	ملخص تحليلي
34	مدخل
35	الظرفية و عرض نظري

35	الظرفية المحلية
37	قمة الأطفال
37	القمة العالمية للسكان و التنمية
38	المعدل الخام للوفيات
38	معدل الوفيات الخاص atx
39	نسبة الوفاة حسب فئة العمر (aqx)
39	نسبة وفيات الرضع (1q0)
39	نسبة وفيات الأطفال (4q1):
39	نسبة وفيات الرضع و الأطفال (5q0)
39	أمل الحياة عند الميلاد (e0)
39	الولادة الحية
39	الاختلاف المتوسط
39	نسبة وفيات الأمهات: يدعى عادة معدل وفيات الأمهات (TMM)
39	2.2 نوعية البيانات المجموعة
44	1.2.3
46	2.2.3 تطور وفيات الأطفال
46	3.3 وفيات الأمهات
48	الخلاصة
49	التوصيات:
50	الملاحقات:
57	قائمة المراجع

قائمة الجداول

الجدول 1.4: الولادات خلال 12 شهرا الأخيرة

الجدول 2.4: تطور المعدل الخام للولادات حسب وسط الإقامة ما بين تعدادي 2000 و 2013 (%)

الجدول 3.4: معدل الولادات للدول المجاورة لموريتانيا (%)

الجدول 4.4: معدل الخصوبة حسب الفئة العمرية و وسط الإقامة (%)

الجدول 5.4: متوسط التكافؤ حسب الفئات العمرية و حسب وسط الإقامة

الجدول 6.4: معدل الإنجاب الخام و صافي المعدل الإنجاب حسب الوسط

الجدول 7.4: معدل الخصوبة حسب الفئة العمرية و المستوى التعليمي (%)

الجدول 8.4: معدل الخصوبة حسب الفئة العمرية للمرأة و الحالة الزوجية (%)

الجدول 9.4: معدل الخصوبة حسب الفئة العمرية و الحالة في النشاط الاقتصادي (%)

الجدول 10.4: معدل الخصوبة الكلية لدول جوار موريتاني

الجدول 11.4: نسبة الأمهات المراهقات حسب الفئة العمرية و المستوى التعليمي

الجدول 12.4: نسبة الأمهات المراهقات حسب الولاية و الفئة العمرية

الجدول 13.4: نسبة النساء في الفئة العمرية 35-49 سنة اللاتي حصلن علي ولادات حية خلال الاثني عشر شهرا الأخيرة حسب الفئة العمرية و وسط الإقامة

الجدول 14.4: نسبة النساء بدون أطفال حسب الفئة العمرية و وسط الإقامة

قائمة الأشكال

الشكل 1.4: عدد الولادات الحية حسب الفئات العمرية

الشكل 2.4: المعدل العام للولادات و إجمالي معدل الخصوبة العامة سنة 2013 حسب وسط الإقامة

الشكل 3.4: المعدل الخام للولادات حسب الولاية لسنة 2013 (%).

الشكل 4.4: المعدل الخام للولادات حسب وسط الإقامة لسنة 2014

الشكل 5.4: تطور المعدل الخام للولادات ما بين تعدادي 1977 و 2013

الشكل 6.4: إجمالي معدل الخصوبة العامة حسب المستوى التعليمي للنساء (%)

الشكل 7.4: إجمالي معدل الخصوبة العامة حسب الوسط (%)

الشكل 8.4: معدل الخصوبة حسب الفئة العمرية (%)

الشكل 9.4: متوسط التكافؤ للفئات العمرية حسب وسط الإقامة

الشكل 10.4: معدل الخصوبة الكلية حسب الولاية

الشكل 11.4: : الخصوبة الكلية حسب المستوى التعليمي

الشكل 12.4: معدل الخصوبة الكلية حسب الحالة الزوجية

الشكل 13.4: معدل الخصوبة الكلية حسب وسط الإقامة

الشكل 14.4: معدل الخصوبة الكلية حسب الحالة في النشاط

الشكل 15.4: نسبة الأمهات المراهقات حسب العمر

الشكل 16.4: نسبة الأمهات المراهقات حسب الفئة العمرية و حسب وسط الإقامة

الشكل 17.4: نسبة النساء بدون أطفال حسب الفئة العمري

الفصل الرابع: المواليد و الخصوبة

الملخص التحليلي

لقد مكن التعداد العام الرابع للسكان و المساكن الذي تم تنفيذه في شهري مارس- إبريل من العام 2013، من تعميق المعرفة فيما يتعلق بمستويات و ملامح الخصوبة و كذلك الحصول علي بيانات حول الولادات. إن الأسئلة التي وجهت للنساء في عمر عشر سنوات فأكثر أثناء التعداد و المتعلقة بالولادات التي حدثت خلال الأثني عشر شهرا الأخيرة إضافة إلي عدد الأطفال المولودين أحياء الذين حصلت عليهم النساء طيلة حياتهن، قد وفرت البيانات الضرورية لحساب و قياس المؤشرات المتعلقة بالولادات و الخصوبة في موريتانيا.

لقد تأكد من خلال تقييم جودة البيانات الخام حول الولادات و الخصوبة المحصول عليها من خلال التعداد العام الرابع للسكان و المساكن أنها ذات جودة عالية، حيث أثبتت بالفعل نتائج مختلف الاختبارات التي أجريت لاكتشاف الأخطاء التي وقعت سواء من خلال الرقابة الداخلية أو الخارجية أن البيانات المتعلقة بالولادات و الخصوبة كانت في مجملها جيدة.

يتضح من خلال نتائج التعداد العام للسكان و المساكن أن معدل الولادات الخام (عدد الولادات الحية سنويا لكل ألف ساكن) قد وصل 32‰ علي المستوى الوطني. وبالنظر لوسط الإقامة، فإنه يرتفع ارتفاعا طفيفا في الوسط الريفي (33‰) مقارنة بالوسطين الحضري و البدوي علي التوالي (31‰، 30‰). كما تشير الاختلافات الجهوية في معدلات الولادات إلي وجود تفاوت في المعدلات الخام للولادات بين الولايات بفارق وصل 15 نقطة بين أعلى مستوى ولادات سجل في ولاية كيديماغا (41‰) و أدنى مستوى ظهر في ولاية إينشيري (26‰).

يقدر إجمالي معدل الخصوبة العام علي المستوى الوطني ب 134 ولادة حية لكل ألف امرأة في العمر 15-49 سنة. بمعنى آخر، تسجل خلال كل سنة 134 ولادة حية لكل ألف امرأة في العمر 15-49 سنة. أما علي مستوى وسط الإقامة، فيرتفع هذا المعدل أكثر في الوسطين البدوي و الريفي علي التوالي (151‰ و 145‰) مقارنة بالوسط الحضري (130‰).

يوضح تطور المعدل الخام للولادات ما بين أول تعداد عام للسكان و المساكن المنظم سنة 1977 و رابع تعداد عام للسكان و المساكن 2013، أن موريتانيا بدأت مرحلة انخفاض الخصوبة للدخول في طور مرحلة الانتقال الديموغرافي. حيث بالفعل، انتقل المعدل الخام للولادات من 49.0‰ سنة 1977 ليصل 32‰ في سنة 2013.

إن المعدل الخام للخصوبة المسجل في موريتانيا مقارنة بدول الجوار و البالغ 32‰، يعتبر مرتفعا إلي حد ما مقارنة بدول الجوار العربي كالمغرب (19‰ سنة 2010) و الجزائر (27‰ سنة 2012)، بينما يعتبر منخفضا مقارنة بدول الجوار الأفريقي كالسينغال (38‰ سنة 2012) و مالي (45‰ سنة 2012).

و في ما يتعلق بالخصوبة، فيتضح من خلال الرسم البياني الذي يبين معدل الخصوبة حسب الفئات العمرية أنه يأخذ وتيرة طبيعية مطابقة لأنماط الخصوبة التقليدية، حيث يتبين من خلال المنحني أن خصوبة المرأة تصل ذروتها القصوى بين 20 و 29 سنة. و يتضح من خلال النتائج أن وسط الإقامة يشكل عامل تمييز و يعكس الاختلافات في السلوك الإنجابي للنساء المقيمات في أوساط مختلفة، حيث ترتفع الخصوبة في الوسط البدوي متبوعا بالوسط الريفي.

و مقارنة بمتوسط التكافؤ الذي يبين متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لكل امرأة خلال فترة خصوبتها، فإن النتائج توضح أن هذا المؤشر يزداد مع زيادة عمر المرأة و يصل بالنسبة للمستوى الوطني 0.32 طفلا لكل امرأة في الفئة العمرية 15-19 سنة، ليتزايد بانتظام لدى الفئات العمرية المتوسطة واصلًا 5.17 طفلا لكل امرأة في الفئة العمرية 45-49 سنة (الخصوبة المكتملة).

وصلت الخصوبة الكلية بناء علي نتائج التعداد العام للسكان و المساكن 2013، معدل 4.3 طفل لكل امرأة في سن الانجاب علي المستوى الوطني. و الذي يمكن تصنيفه في إطار النمط النموذجي للسكان ذوي الخصوبة المرتفعة الذي يمتاز بالدخول المبكر للمرأة في الإنجاب و تأخر الخروج.

يظهر من خلال تحليل النتائج حسب الولايات، أن معدل الخصوبة الخام قد سجل أعلى مستوياته في ولايات كيديماغا (5.9 طفلا للمرأة) و في كوركول (5 أطفال للمرأة) و الحوض الشرقي (4.8 أطفال للمرأة) و لبراكنه (4.6 أطفال للمرأة) و اترارزة.

يتبين من التحليل التفاضلي حسب المستوي التعليمي أن متوسط عدد الأطفال لكل امرأة يتناسب عكسا مع مستواها التعليمي، أي بعبارة أخرى ينقص هذا المتوسط كلما ارتفع المستوي التعليمي للمرأة، حيث أن النساء اللاتي وصلن مستوى تعليميا ثانويا أو أكثر لديهن في المتوسط 3.2 طفلا، مقابل 4.1 لللاتي وصلن المستوى الابتدائي و 4.7 لللاتي لم تلتحقن مطلقا بالمدرسة.

يتضح مقارنة بالحالة الزوجية، أن هناك اختلافات في السلوك بين النساء المتزوجات و النساء العزب و الأراامل و المطلقات و هو ما يترجمه الاختلاف في معدل الخصوبة الكلية لكل منهن، حيث يرتفع هذا المعدل لدي المتزوجات ليصل 6.2 طفلا لكل امرأة، في حين يكون منخفضا جدا لدي باقي النساء و خصوصا النساء العزب حيث لا يتجاوز هذا المعدل (0.5) طفلا لكل امرأة).

يشير التحليل التفاضلي حسب الحالة في النشاط الاقتصادي إلي أن هناك ارتفاعا في مستوي الخصوبة لدى النساء غير النشاطات اقتصاديا (4.4 أطفال لكل امرأة) مقابل (3.9 أطفال لكل امرأة) لدي النساء المشتغلات و (2.9 أطفال لكل امرأة) بالنسبة للعاطلات.

يظهر تحليل الخصوبة للأشخاص (في سن الإنجاب = المعرضين للخطر) من خلال قياس الخصوبة المبكرة و الخصوبة المتأخرة، في العموم أن 9% من المراهقات اللاتي أعمارهن من 10-19 سنة قد صرن أمهات مع وجود اختلافات حسب وسط الإقامة (7.3% في الوسط الحضري و 10.5% في الوسط الريفي و 10.6% في الوسط البدوي). كما أن 0.6% من النساء اللاتي أعمارهن في الفئة العمرية 35-49 سنة قد حصلن علي أطفال خلال 12 شهرا السابقة للتعداد (0.1% في الوسط البدوي و 0.5% في الوسط الحضري و 0.7% في الوسط الريفي).

إن تجنب الحمل المبكر الذي يضاعف خطر وفيات الأمهات و الأطفال، سيساهم في تقليص عدد وفيات الأمهات و الأطفال.

إن تحليل العقم الذي يعرف بأنه عدم حصول أية ولادة حية للمرأة في الفئة العمرية 35-49 سنة، يبين أن النساء في هذه الفئة العمرية اللاتي لم يحصلن لحد الساعة علي أول مولود يمثلن نسبة 2.03% من مجموع النساء في موريتانيا. و تتغير هذه النسبة حسب وسط الإقامة، إذ ترتفع في الوسط الحضري (1.08%) مقابل (0.93%) في الوسط الريفي بينما لا تتجاوز هذه النسبة 0.02% فقط في الوسط البدوي.

يتميز النمو الديموغرافي في موريتانيا بارتفاع في نسبة المواليد إلى غاية 1988. و هي عواقب يمكن أن تكون ضارة بالنسبة لتنمية البلاد و مؤثرة في رفاه و نوعية حياة السكان. و بالفعل فإن الولادات و الخصوبة بشكل عام و الأمومة المبكرة و المتأخرة و الولادات غير المتباعدة هي عوامل قد تضر بصحة المرأة و الطفل و تحد بشكل كبير من فرص تنمية قدرات المرأة اجتماعيا و اقتصاديا.

تعتبر معرفة مستويات الخصوبة و بنيتها و الخصوبة التفاضلية حسب وسط الإقامة و الخصائص الثقافية و الديموغرافية أمورا لا غني عنها لإعداد سياسات التنمية الاقتصادية و الاجتماعية للبلاد. و هو ما يبرر جمع بيانات عن هذه المواضيع من خلال التعداد الذي يجري كل عشر سنوات. إن تحليل بيانات التعداد العام للسكان و المساكن 2013 حول الخصوبة و مقارنتها بنتائج العمليات الإحصائية السابقة يمكن من معرفة مستوى و اتجاهات ظاهرة الولادات و الخصوبة. و ستمكن المؤشرات التي سيتم حسابها من خلال استغلال البيانات المتعلقة بهذه الظاهرة من توفير الآليات و الوسائل الضرورية لإعداد و وضع و متابعة و تقييم السياسات و البرامج المتعلقة بالصحة و خصوصا صحة الأم و الطفل.

يهدف هذا الفصل بشكل أساسي إلى وضع تحليل معمق لبيانات الخصوبة التي تم جمعها من خلال التعداد العام للسكان و المساكن 2013 و خصوصا فيما يتعلق ب:

- تقييم مستوى و اتجاهات الخصوبة في موريتانيا
- تحديد بنية و كثافة الخصوبة؛
- تحليل تطور الخصوبة مع الزمن؛
- تقييم خصوبة الأشخاص المعرضين للخطر (المراهقات في سن 10-19 سنة و النساء في عمر 35-49 سنة)
- تحليل العقم.

السياق العام للفصل

تعتبر موريتانيا بلدا شاسعا تبلغ مساحته 1030000 كلم مربع، ويقع بين خطي 15 و 27 درجة شمالا و 5 و 17 درجة غربا. يحدها من الجنوب نهر السينغال و من الشرق جمهورية مالي و من الشمال الجزائر و المغرب و يحدها من الغرب المحيط الأطلسي بساحل يبلغ طوله 600 كلم.

يصل معدل الفقر في موريتانيا 42% حسب المسح الدائم للظروف المعيشية 2008 و بذلك تصنف ضمن الدول الأكثر فقرا. يعتمد اقتصادها أساسا علي تصدير الأسماك و الحديد. و هو اقتصاد يهيمن عليه القطاع الأولي و يعتمد علي أسعار السلع الأساسية في السوق الدولية، كما تشكل الزراعة و الرعي و التجارة أهم قطاعات النشاط و مصادر دخول السكان الذين يسكن معظمهم في الوسط الريفي.

إن قطاعي الزراعة و التنمية هما الأكثر ممارسة عائليا و يعرفان استغلالا مفرطا مع غياب استخدام التكنولوجيا الحديثة التي من شأنها تأهيلهما للتأقلم مع التغيرات البيئية و التصحر.

لقد مثل هذا النمط من الإنتاج في سالف الزمان العامل الرئيسي وراء الطلب علي إنجاب الكثير من الأطفال بغية استخدامهم كيد عاملة في ظل ضعف الوسائل الفنية للرفع من مستوى إنتاج العائلة سبيلا إلي تحقيق الاكتفاء الذاتي من الغذاء.

من جهة أخرى، فإن الأطفال يوفرّون أكثر مما يكفون و خصوصا أن الأعباء المتعلقة بتمدرسهم تتجاوز الإطار الملزم لأبائهم ضمن مختلف أشكال التكافل الاجتماعي الذي لا يزال قويا في البلد، و من خلال مضاعفة الخصوبة تضمن مختلف المجموعات الوسائل المادية للإنتاج و استمراريتها في التجدد حسب المعتقدات السائدة، و التي مفادها أن الحصول علي المزيد من الأطفال هو أمر سماوي و نعمة إلهية و بمقتضي هذه الوضعية الاقتصادية و الاجتماعية تحتل المرأة مكانة رئيسية في المجتمع من خلال مشاركتها الفاعلة في مختلف الأنشطة إضافة إلي إنجاب المزيد من الأطفال، كما تحتل مركزا مهما في التفاهات الزوجية التي تشجع تبادل التزاوج و التناسل بين العائلات تكريسا لمبدأ قدسية التعامل بالمثل.

غير أن هذا الإطار التقليدي قد شهد تغيرا مفاجئا بسبب متطلبات اقتصاد السوق و التبادلات التجارية. و تعرف مختلف المجتمعات تغيرات جوهرية بسبب الحياة العصرية و موجات الهجرة الشديدة التي تعرفها البلاد إضافة إلي الانفتاح علي مختلف وسائل الإعلام.

تعتبر مواعمة النمو الديموغرافي و التنمية الاقتصادية أمرا ضروريا لتحسين مستوى حياة السكان الموريتانيين. و لهذا الغرض، فإن الحكومة الموريتانية و من خلال وضع السياسة الوطنية للسكان سنة 1995 قد برهنت علي وجود إرادة سياسية قوية ترجمتها في قرارات ملموسة من خلال الالتزامات التي قطعت علي نفسها عالميا و وطنيا و جهويا فيما يتعلق بموضوع السكان و التنمية.

يعتبر إدماج المتغيرات الديموغرافية في تخطيط التنمية أساسا لكل سياسة تنموية. و في هذا الإطار، يهدف هذا الفصل إلي دراسة البعد الأسري و المؤشرات المرتبطة بالإنتاج و تطورها عبر الزمن. لقد تم من خلال عمليات مختلفة لجمع البيانات في موريتانيا، قياس و تحليل التغيرات التي طرأت علي مستوي الخصوبة عبر الزمان و المكان إضافة إلي الآليات أو الميكانيزمات الرئيسية الخفية للإنجاب. و قد تم اعتماد عدة مصادر لإيجاد عناصر للمقارنة بالمؤشرات المحسوبة.

لم يتم تنظيم أية عملية لجمع البيانات الديموغرافية علي المستوى الوطني قبل الاستقلال، فقد كان مصدر البيانات الديموغرافية القليلة و غير الدقيقة المتوفرة آنذاك هو الإحصاءات الإدارية فقط، حيث كانت أول عملية لجمع البيانات الديموغرافية تلك التي تم تنظيمها سنة 1965. وفي العام 1977، تم تنظيم أول تعداد عام للسكان و المساكن في موريتانيا، ثم بعد ذلك تم تنظيم عدة عمليات لجمع البيانات مكنت من قياس مؤشرات الخصوبة في موريتانيا. و يتعلق الأمر بالمسح الوطني الموريتاني حول الخصوبة لسنة 1981 و التعدادين العامين للسكان و المساكن المنظمين علي التوالي سنتي 1988 و 2000 و المسح الديموغرافي و الصحي في موريتانيا 2001 و المسح حول وفيات الأطفال و الملايا لسنة 2004 و المسح العنقودي متعدد المؤشرات سنتي 2007 و 2011.

يستجيب تنظيم هذه العمليات للحاجة إلى توفير بيانات رقمية لوضع خطط التنمية على المستوى الوطني و الجهوي، كما يمكن من قياس التطور الحاصل في تنفيذ الإطار الإستراتيجي لمكافحة الفقر و بلوغ أهداف الألفية للتنمية. و على غرار بعض دول إفريقيا جنوبي الصحراء، ظلت موريتانيا تشجع على زيادة النسل، بالنظر إلى العائلات و التقاليد التي تشجع على كثرة النسل، إضافة إلى صغر حجم السكان في موريتانيا. و على المستوى الثقافي فإن الموريتانيين يدينون بالإسلام و يتبع موقفهم من الإنجاب لهذا الانتماء الديني.

المقاربة المنهجية

إن ضعف و عدم توفر بيانات ذات مصداقية للحالة المدنية في موريتانيا، قد دفع بالحكومة إلى البحث عن سبل أخرى لقياس الظواهر الديموغرافية الأساسية مثل الخصوبة و الوفيات، و ذلك من خلال إدماج نموذج خاص بها أثناء إجراء العمليات الديموغرافية المنتظمة (بما في ذلك التعداد العام للسكان و المساكن) و ذلك بتوجيه مجموعة من الأسئلة بهدف الحصول علي أعداد تقريبية للولادات و الوفيات خلال فترة محددة أو منذ وقت معين.

و في هذا الإطار فقد تم من خلال التعداد العام للسكان و المساكن 2013، جمع البيانات المتعلقة بمجموع الولادات الحية التي حصلت عليها كل امرأة عمرها من 10 إلى 49 سنة، إضافة إلى عدد المواليد الأحياء الذين أنجبتهن خلال 12 شهرا السابقة للتعداد. و يشكل تركيب أو ربط هذين الرقمين مع عمر المستجوبة لحظة المقابلة الأساس لحساب مؤشرات الولادات و الخصوبة.

يظهر من خلال تقييم جودة البيانات الخام للتعداد العام الرابع للسكان و المساكن 2013 المتعلقة بالولادات و الخصوبة، أنها ذات جودة عالية و هو ما أثبتته نتائج مختلف الاختبارات التي قيم بها لاكتشاف الأخطاء. و تؤكد أيضا عند مقارنتها بالمؤشرات المحصول عليها من مصادر أخرى، سواء تعلق الأمر (بالمسح العنقودي متعدد المؤشرات سنتي 2007 و 2011 أو التعداد العام للسكان و المساكن لسنة 2000) أو عند مقارنتها بالتعدادات الرابعة لدول الجوار.

تحديد المفاهيم

يتعلق هذا الجزء بتعريفات لبعض المفاهيم لتسهيل فهم و تفسير بعض المؤشرات الواردة في هذا الفصل و يتعلق الأمر ب:

- **الولادات:** تعني تكرار عدد الولادات الحية لسكان مجتمع ما خلال سنة ما؛
- **الخصوبة:** تعني الخصوبة تكرار عدد الولادات عند النساء في سن الإنجاب، أي اللاتي أعمارهن 15-49 سنة؛
- **العم:** يعني عدم الحصول علي ولادات حية لامرأة في سن الإنجاب خلال فترة زمنية محددة، أما عدم المقدرة البيولوجية علي الإنجاب لرجل أو امرأة في سن الإنجاب فيعني العقم.
- **خصوبة المراهقات:** يقصد بالمراهقات الفتيات اللاتي أعمارهن ما بين 10-19 سنة. و تعني خصوبة المراهقات حدوث ولادات حية لدي هذه الفئة من السكان.
- **المعدل الخام للولادات:** يعني متوسط عدد الولادات الحية السنوي لكل 1000 ساكن. و يحصل عليه من خلال نسبة الولادات خلال الأثني عشر شهرا الأخيرة إلى متوسط مجموع السكان المقيمين خلال السنة.
- **إجمالي معدل الخصوبة العامة:** و يعني عدد الولادات الحية لكل ألف امرأة في سن الإنجاب أي النساء اللاتي في العمر 15-49 سنة كاملة. و يتم الحصول عليه من خلال نسبة ولادات الأثني عشر شهرا الأخيرة إلى عدد النساء في سن الإنجاب.
- **معدل الخصوبة الكلية:** تمثل الخصوبة الكلية متوسط عدد الأطفال الذين من شأن امرأة أن تلدهم أحياء عند نهاية فترة خصوبتها، إذا حصلت في كل عمر معين علي معدل الخصوبة الملاحظ خلال الأثني عشر شهرا الأخيرة. و يتم الحصول عليه من خلال جمع معدلات الخصوبة العمرية الملاحظة خلال الأثني عشر شهرا الأخيرة.

- **متوسط التكافؤ:** يمثل متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء حسب العمر أو الفئات العمرية الخمسية للنساء اللائي أعمارهن 15-49 سنة. ويتم الحصول عليه من خلال نسبة عدد الأطفال المولودين أحياء لكل فئة عمرية إلى إجمالي السكان الإناث لنفس العمر أو نفس الفئات العمرية.
- **المعدل الخام للإيجاب (التكاثر):** يعني العدد النهائي من البنات الذي يخلفه جيل افتراضي من النساء وفقا للشروط الحالية للخصوبة مع عدم الأخذ في الاعتبار للوفيات.
- **الخلف النهائي (أو الخصوبة المكتملة):** يعني متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لكل امرأة في العمر 50 سنة.

4. الولادات

1.4 المستوى الحالي للولادات و اتجاهاتها

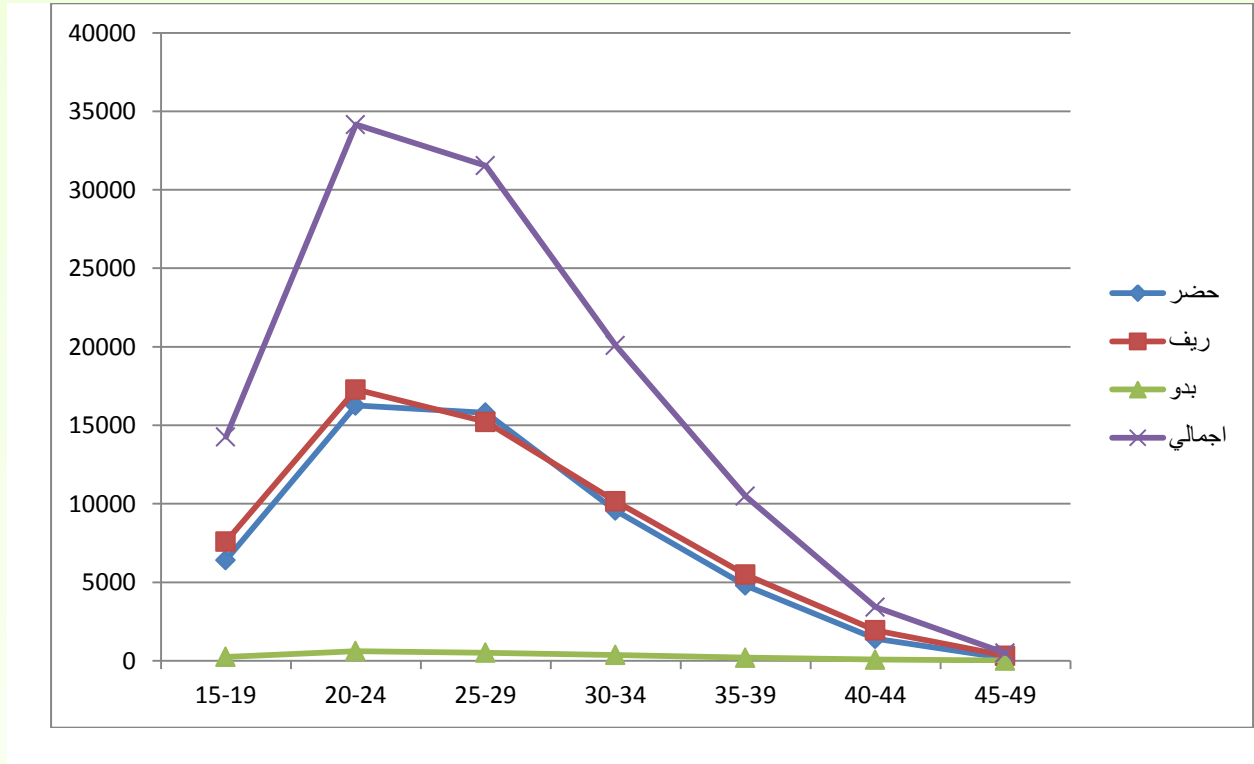
لقد تم تسجيل 114420 ولادة حية حصلت في موريتانيا خلال الأثني عشر شهرا الأخيرة السابقة لعملية التعداد، و هو ما يمثل متوسط 9535 ولادة حية شهريا و 2200 أسبوعيا و 313 يوميا. و تعكس هذه الأرقام المطلقة مدي ضرورة توفير الرعاية الصحية للأمهات.

الجدول 1.4: الولادات خلال 12 شهرا الأخيرة

	عدد النساء			عدد الولادات			المجموع
	الحضر	الريف	البدو	الحضر	الريف	البدو	
19-15	89595	92770	2924	185288	6418	7595	14258
24-20	78371	76898	2692	157961	16255	17284	34153
29-25	69944	63703	2121	135767	15797	15224	31533
34-30	58603	53220	1869	113691	9562	10153	20082
39-35	49573	44269	1536	95379	4791	5489	10479
44-40	40198	37723	1305	79226	1404	1945	3421
49-45	32116	31469	930	64516	166	317	493
المجموع	418400	400052	13377	831828	54392	58008	114420
السكان الإناث	840450	923083	30761	1794294			
% للعمر الإيجابي	49,8	43,3	43,5	46,4			
مجموع السكان	1710103	1760937	66328	3537368			
المعدل الخام للولادات	31	33	30	32			
إجمالي معدل الخصوبة العام	130	145	151	134			

يتضح من الشكل التالي (الشكل 1.4) أن منحنى الولادات الحية خلال الأثني عشر شهرا الأخيرة موزعا حسب أعمار النساء يمثل توزيعا طبيعيا يتميز بتمدد في الولادات نسبة لأعمار النساء ويبلغ ذروته عند مستويات مرتفعة ما بين العمر 20 و 30 سنة.

الشكل 1.4: عدد الولادات الحية حسب الفئات العمرية

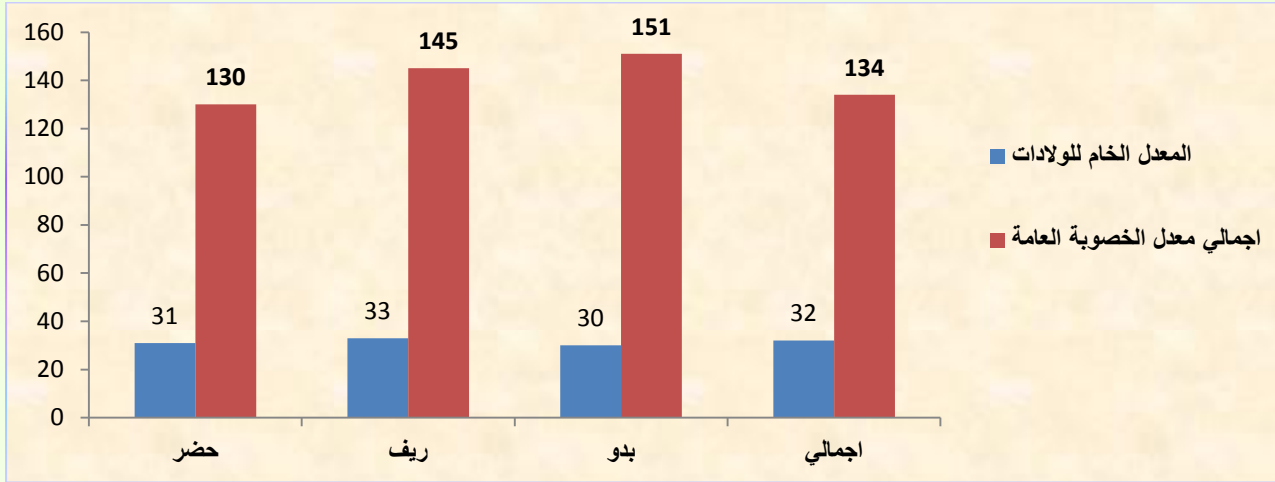


المعدل الخام للولادات و إجمالي معدل الخصوبة العامة

تعني الولادات تكرار عدد الولادات الحية لسكان مجتمع معين. و يتم قياسها من خلال المعدل الخام للولادات الذي يعني عدد الولادات خلال السنة السابقة للتعداد نسبة إلى متوسط عدد السكان لتلك السنة. و قد تم حسابه هنا من خلال توزيع عدد الولادات خلال 12 شهرا الأخيرة السابقة لتعداد 2013 علي مجموع السكان الذين تم عددهم.

يصل المعدل الخام للولادات في موريتانيا حسب نتائج التعداد العام للسكان و المساكن 2013 إلي 32‰، أي بمعنى آخر تحصل 32 ولادة حية لكل ألف ساكن سنويا. في حين يقدر إجمالي معدل الخصوبة العامة لنفس السنة ب 134 ولادة حية لألف امرأة في العمر 15-49 سنة. و يتميز إجمالي معدل الخصوبة العامة عن المعدل الخام للولادات بأنه مؤشر يربط بين الولادات و الفئات العمرية للنساء في العمر 15-49 سنة و بالتحديد اللاتي عندهن القابلية للحصول علي أطفال. و يمثل إجمالي معدل الخصوبة العامة عدد الولادات الحية لكل 1000 امرأة في العمر 15-49 سنة خلال سنة معينة. و يمتاز هذا المعدل مقارنة بالمعدل الخام للولادات بأنه يزيل أو يقضى على التشوهات التي قد تحدث بسبب الاختلافات في التوزيع حسب العمر و الجنس بالنسبة ل إجمالي السكان.

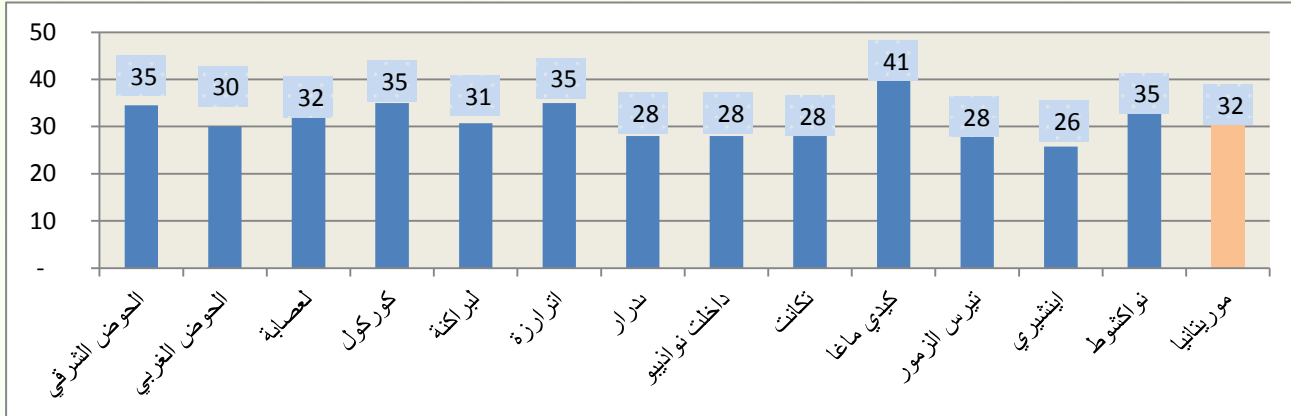
الشكل 2.4: المعدل العام للولادات و إجمالي معدل الخصوبة العامة سنة 2013 حسب وسط الإقامة



2.4 المعدلات التفاضلية للولادات حسب الولاية

سجلت ولاية كيدي ماغا المعدلات الأكثر ارتفاعا حيث وصل المعدل الخام للولادات 41% و إجمالي معدل الخصوبة العامة (183%)، و علي العموم فقد سجلت خمس ولايات معدلات فاقت المتوسط الوطني (32%) و يتعلق الأمر بولايات كيدي ماغا و الحوض الشرقي و كوركول و اترارزة و انواكشوط.

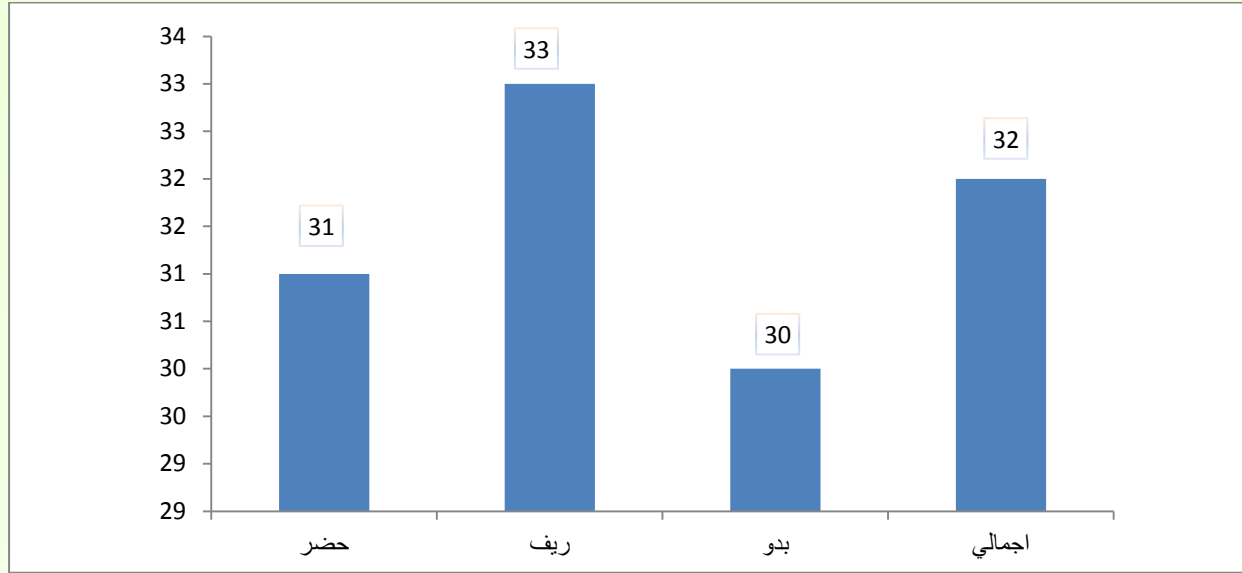
الشكل 3.4: المعدل الخام للولادات حسب الولاية لسنة 2031 (%).



3.4 معدل الولادات التفاضلي حسب وسط الإقامة

وصل المعدل الخام للولادات علي المستوى الوطني في موريتانيا إلي 32% حسب نتائج التعداد العام للسكان و المساكن 2013. و بالنظر إلي وسط الإقامة فيتضح أن هذا المعدل أكثر ارتفاعا في الوسط الريفي (33%) منه في الوسط الحضري (31%).

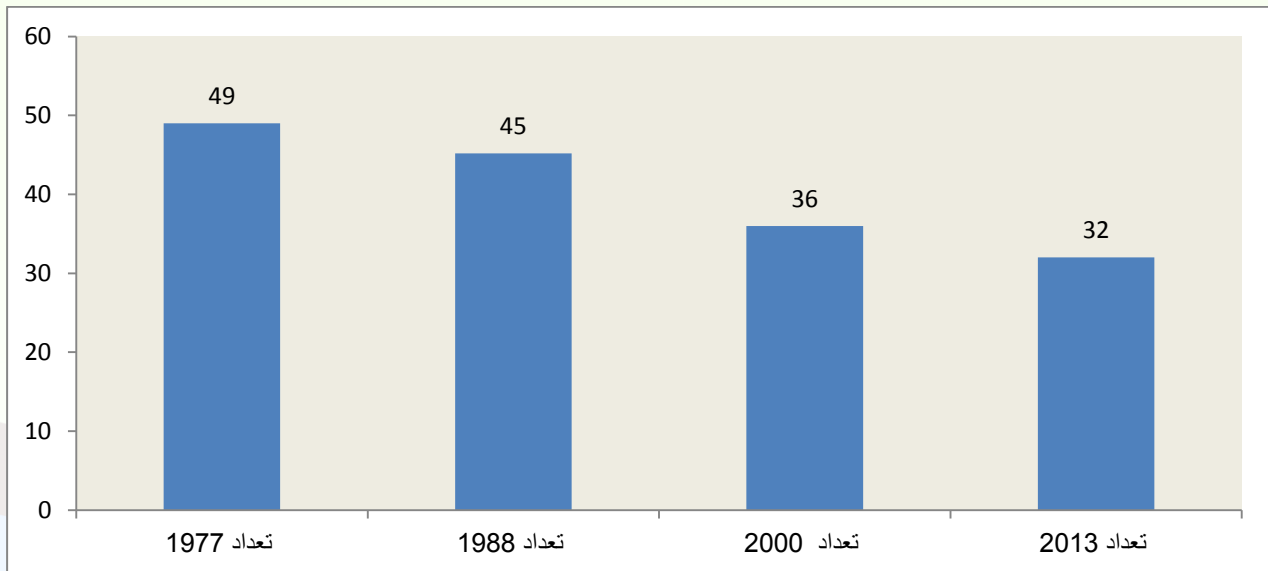
الشكل 4.4: المعدل الخام للولادات حسب وسط الإقامة لسنة 2014



4.4 تطور معدل الولادات

بالرغم من أن عدد السكان الموريتانيين ظل في ارتفاع، حيث ازداد عددهم من 1338830 ساكنا سنة 1977 ليصل 3537368 ساكنا سنة 2013، إلا أن مستوى الولادات مقاسا من خلال المعدل الخام للولادات قد استمر في الانخفاض منذ 1977، حيث انخفض المعدل الخام للولادات من 49.0‰ سنة 1977 إلى 45.2‰ سنة 1988 و 36‰ سنة 2000 ليصل 32‰ فقط سنة 2013. و بناء علي هذه الوضعية، فيمكننا أن نخلص إلى القول بأن موريتانيا و علي غرار عدة دول إفريقية أخرى قد بدأت مرحلة انخفاض الخصوبة للدخول في الطور الثاني من مراحل الانتقال الديموغرافي.

الشكل 5.4: تطور المعدل الخام للولادات ما بين تعدادي 1977 و 2013



إن الانخفاض الذي حصل في المعدل الخام للولادات بين عامي 2000 و 2013، يمكن ملاحظته أكثر علي مستوى الوسط البدوي، حيث انخفض هذا المعدل ب 4.8 نقطة مقابل 3.9% في الوسط الحضري و 3.8 نقطة في الوسط الريفي.

الجدول 2.4: تطور المعدل الخام للولادات حسب وسط الإقامة ما بين تعدادي 2000 و 2013 (%)

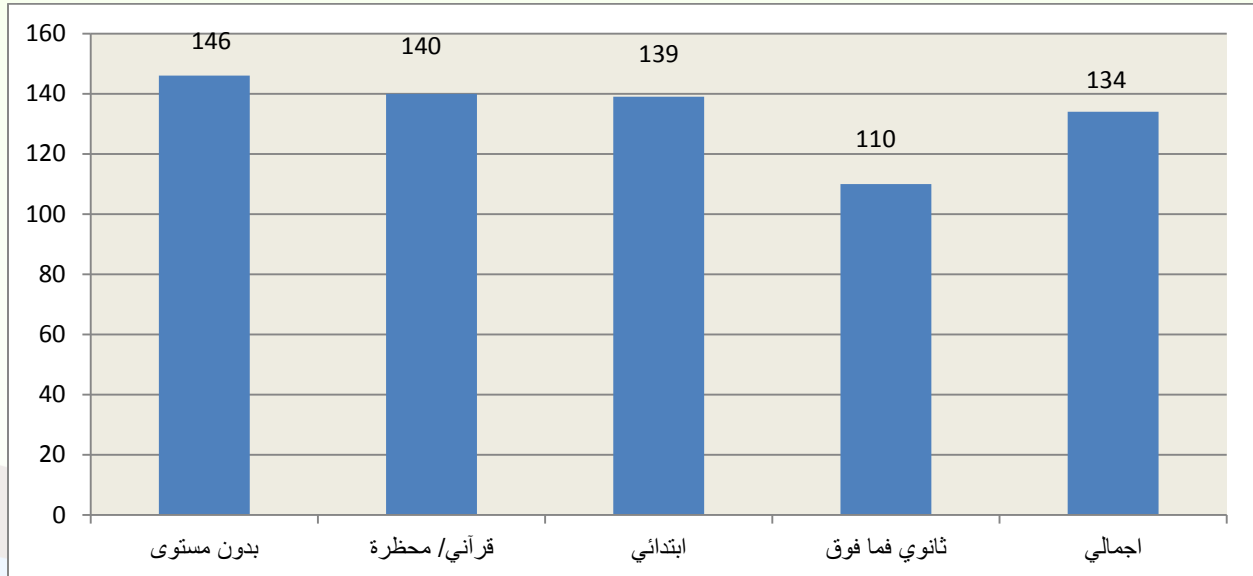
التعداد	الحضر	الريف	البدو	الإجمالي
1977				49.0
1988				45.2
2000	34.9	36.8	34.8	36
2013	31	33	30	32

المصدر: التعدادات العامة للسكان 1977-2013

5.4 معدل الولادات التفاضلي حسب بعض الخصائص

بالنظر إلي معدل الولادات التفاضلي حسب المستوى التعليمي من خلال إجمالي معدل الخصوبة العامة، يظهر أن النساء اللائي بدون مستوى تعليمي يرتفع لديهن إجمالي معدل الخصوبة العامة بينما ينخفض هذا المعدل كلما ازداد المستوى التعليمي.

الشكل 6.4: إجمالي معدل الخصوبة العامة حسب المستوى التعليمي للنساء (%)



يظهر التحليل المقارن للمعدل الخام للولادات لدول المنطقة وجود تباينات في السلوك بين الدول. و بالفعل و مقارنة بدول الجوار فإن موريتانيا بمعدل خام للولادات يصل 32 في الألف تقع في المنتصف بين معدلات منخفضة في المغرب و الجزائر وصلت علي التوالي (19% سنة 2000 و 27% سنة 2012) و معدلات مرتفعة في السنغال و مالي وصلت علي التوالي (38% سنة 2012) و (45% سنة 2012).

الجدول 3.4: معدل الولادات للدول المجاورة لموريتانيا (%)

الدولة	المعدل الخام للولادات	السنة
موريتانيا	32	2013
السنغال	38	2012
مالي	45	2012
المغرب	19	2010
الجزائر	27	2012
النيجر	50	2012

بالرغم من الانخفاض في المعدل الخام للولادات منذ 1977 إلي 2013، فإن المعدل الخام للولادات يبقي مؤشرا ضعيفا لمقارنة ذات دلالة للإنجاب حيث يتأثر بقوة بالبنية العمرية و بالجنس. كما أن الولادات تتبع لخصوبة النساء في عمر الإنجاب إضافة لعدددهم في المجتمع.

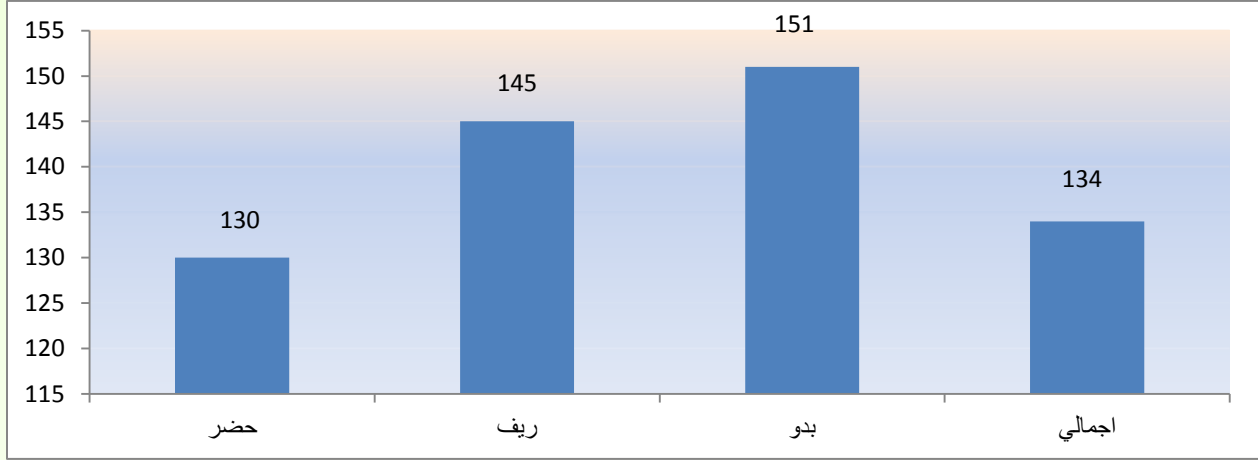
6.4 الخصوبة

يتعلق تحليل الخصوبة من جهة بالحصول علي المواليد الأحياء للسكان الإناث في عمر الإنجاب خلال الأثني عشر شهرا الأخيرة و الذي يمكن من حساب الخصوبة الحالية كما يتعلق من جهة أخرى بعدد الأطفال المولودين أحياء لكل امرأة (الخصوبة السابقة).

1.6.4 مستوى وبنية الخصوبة

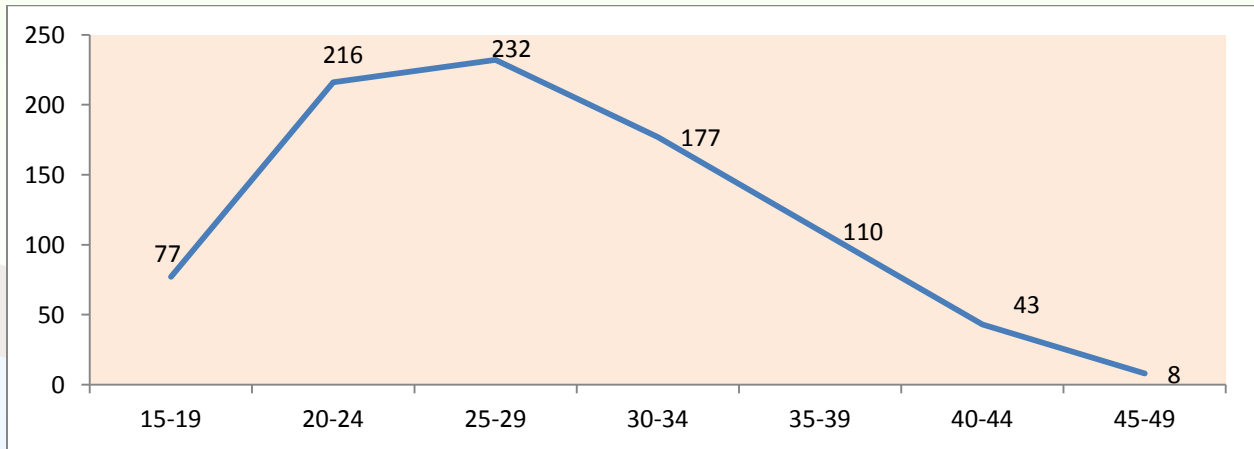
بالرغم من تسجيل ولادات حية لدي النساء اللاتي أعمارهن أقل من 15 سنة خلال التعداد، إلا أن التحليل الحالي للخصوبة سيقتصر علي النساء في عمر الإنجاب (15-49 سنة). و يظهر من خلال التحليل حسب وسط الإقامة أن إجمالي معدل الخصوبة العامة ضعيف في الوسط الحضري (130%) مقابل (145%) في الوسط الريفي و (151%) في الوسط البدوي.

الشكل 7.4 إجمالي معدل الخصوبة العامة حسب الوسط (%)



يظهر الشكل 8.4 التغير في هذه المعدلات حسب العمر و كذا البنية التقليدية للدول ذات الخصوبة المرتفعة. و يتضح من خلال تحليل منحنى معدل الخصوبة اللحظي بناء علي نتائج التعداد العام للسكان و المساكن 2013، أن اتجاه هذا المنحنى يتوافق مع المخطط التقليدي للخصوبة. حيث تصل خصوبة المرأة مستوى ذروتها بين العمر 20 و 29 سنة الذي يتناسب مع الأعمار التي تصل فيها خصوبة المرأة إلي أعلى مستوياتها. حيث تتضاعف الخصوبة تقريبا في العمر 15-24 و تعادل في العمر 20-24، و مع بداية العمر 30 تبدأ الخصوبة في التناقص لتصل أدنى مستوى لها مع نهاية العمر الإنجابي.

الشكل 8.4: معدل الخصوبة حسب الفئة العمرية (%)



يظهر الجدول 4.4 أدناه، معدلات الخصوبة حسب الفئات العمرية للنساء في العمر 15-49 سنة و حسب وسط الإقامة.

يلاحظ أنه مهما يكن وسط الإقامة فإن الخصوبة المبكرة (15-19) أكثر ارتفاعا لدي البدو (84%) و لدي النساء في الوسط الريفي (82%).

كما يلاحظ أنه بالنظر أيضا لكل الأعمار، فإن الخصوبة تظل أكثر ارتفاعا في الوسط البدوي متبوعا بالوسط الريفي.

يتضح أن وسط الإقامة يمثل عامل تمييز في الخصوبة، إذ يعكس الاختلافات في السلوك الإنجابي لدي النساء المقيمات في أوساط مختلفة.

الجدول 4.4: معدل الخصوبة حسب الفئة العمرية و وسط الإقامة (%)

الفئة العمرية	الحضر	الريف	البدو	الإجمالي
15-19	72	82	84	77
20-24	207	225	228	216
25-29	226	239	242	232
30-34	163	191	196	177
35-39	97	124	129	110
40-44	35	52	55	43
45-49	5	10	11	8

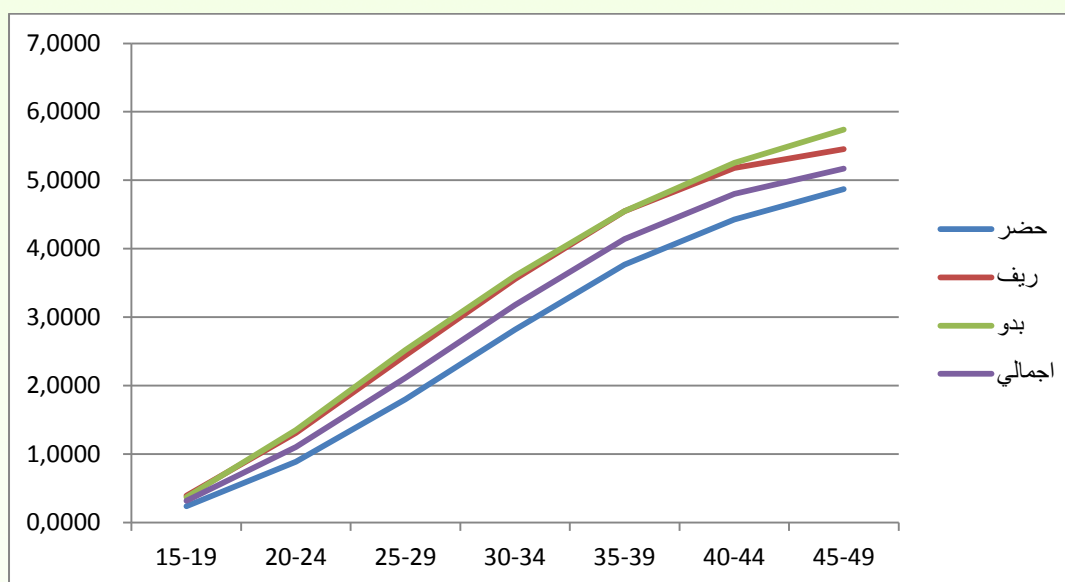
2.6.4 متوسط التكافؤ

في حين أن المعدلات تقيس الخصوبة في لحظة معينة، فإن متوسط التكافؤ هو مؤشر بأثر رجعي يحدد متوسط عدد المواليد الأحياء لكل امرأة خلال حياتها. و يظهر الجدول 5.4 متوسط عدد الأطفال حسب الفئات العمرية للنساء. و يتضح من خلال هذا الجدول، أنه مهما يكن وسط الإقامة فإن متوسطات التكافؤ تزيد تناسبيا مع زيادة عمر المرأة. و أن متوسط التكافؤ علي المستوى الوطني الذي بلغ 0.32 طفلا لكل امرأة في الفئة 15-19 سنة، يستقر عند 5.17 طفلا للمرأة عند نهاية فترة الخصوبة أي في العمر 45-49 سنة، مع زيادة منتظمة في الفئات العمرية الوسيطة، و بعبارة أخرى، إذا خضعت امرأة عمرها 15 سنة لنفس شروط الخصوبة في كل فئة عمرية، فإنها يكون لديها في نهاية فترة خصوبتها 4.9 طفلا في الوسط الحضري و 5.5 طفلا في الوسط الريفي و 5.7 طفلا في الوسط البدوي. و تعكس هذه النتائج الاختلافات في السلوك الإنجابي بين مختلف أوساط الإقامة.

الجدول 5.4: متوسط التكافؤ حسب الفئات العمرية و حسب وسط الإقامة

الفئة العمرية	الحضر	اليف	البدو	الإجمالي
15-19	0,2378	0,3931	0,3697	0,3177
20-24	0,8890	1,3088	1,3492	1,1012
25-29	1,7981	2,4421	2,5215	2,1115
30-34	2,8210	3,5552	3,6027	3,1776
35-39	3,7679	4,5506	4,5477	4,1437
40-44	4,4269	5,1784	5,2560	4,7984
45-49	4,8723	5,4564	5,7416	5,1698

الشكل 9.4: متوسط التكافؤ للفئات العمرية حسب وسط الإقامة



3.6.4 معدل الإنجاب (الإحلال) الخام

لا يمكن لإحلال السكان أن يتم إلا إذا أنجبت النساء العدد الكافي من الفتيات لمواصلة عملية الإنجاب. و هو بالفعل ما يحصل في موريتانيا حيث بلغ معدل الإنجاب الخام 2.18 بنتا لكل امرأة علي المستوى الوطني مع فوارق طفيفة علي مستوى وسط الإقامة، حيث بلغ هذا المعدل 2.36 بنتا لكل امرأة في الوسط الريفي و 2.35 بنتا لكل امرأة في الوسط البدوي بينما بقي في حدود 2.01 بنتا لكل امرأة في الوسط الحضري.

إن معدل الإنجاب الخام الذي يحدد العدد الفعلي من البنات اللاتي تتجهن المرأة مع الأخذ في الاعتبار للوفيات وصل في موريتانيا المستوى الذي يضمن معه استمرارية عملية الإحلال (إحلال النساء ببناتهن)، حيث تنجب كل امرأة 2.09 بنتا علي المستوى الوطني.

الجدول 6.4: معدل الإنجاب الخام و صافي المعدل الإنجاب حسب الوسط

المؤشر	الحضر	الريف	البدو	الإجمالي
معدل الإنجاب الخام	2,01	2,36	2,35	2,18
صافي معدل الإنجاب	1,93	2,30	1,95	2,09

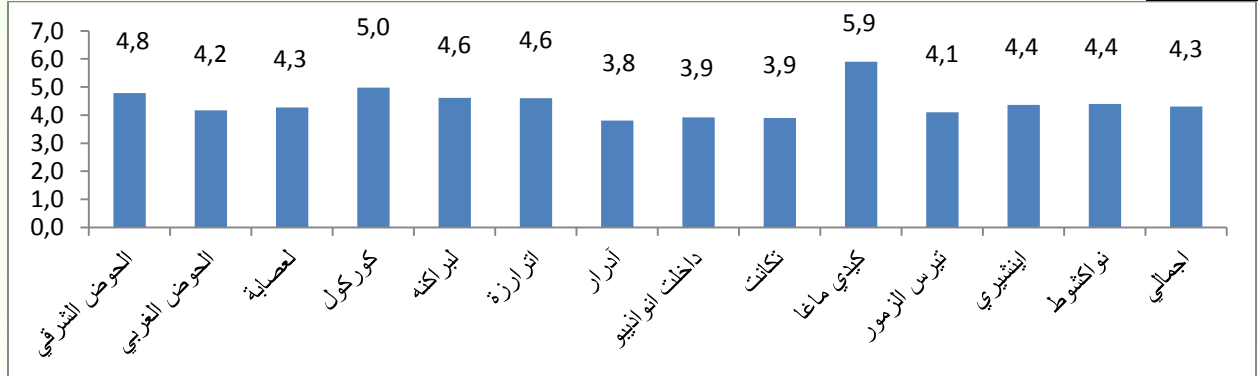
4.6.4 الخصوبة التفاضلية حسب الولاية

إذا كان وسط إقامة النساء عاملاً مؤثراً في بنية و مستوى اختلافات الخصوبة، فمن الملاحظ أيضاً أن الانتماء لولاية (جهة) له تأثير هو الآخر في السلوك الإنجابي للمرأة.

إن العوامل التي من شأنها تفسير السلوك الإنجابي للمرأة و اتجاهاته ترتبط من بين أمور أخرى بمستوى و نوعية الخدمات المقدمة في مجال التعليم و الصحة و الولوج إلي وسائل الإعلام و التكنولوجيا الحديثة للمعلومات و الاتصال و توسع دائرة المجتمع و سيطرة الوسط الريفي أو الحضري....إلخ.

يظهر من خلال تحليل النتائج أن الولايات التي ترتفع فيها مستويات الخصوبة هي: كيديماغا (5.9 أطفال لكل امرأة) و كوركول (5 أطفال لكل امرأة) و الحوض الشرقي (4.8 أطفال لكل امرأة) و لبراكنه و اترارزة (4.6 أطفال لكل امرأة). و تجدر الإشارة إلي أن 5 ولايات قد سجلت معدلات خصوبة كلية تقل عن المتوسط الوطني و هي: آدرار و تكانت و داخلت انواذيبو و تيرس زمور و الحوض الغربي.

الشكل 10.4: معدل الخصوبة الكلية حسب الولاية

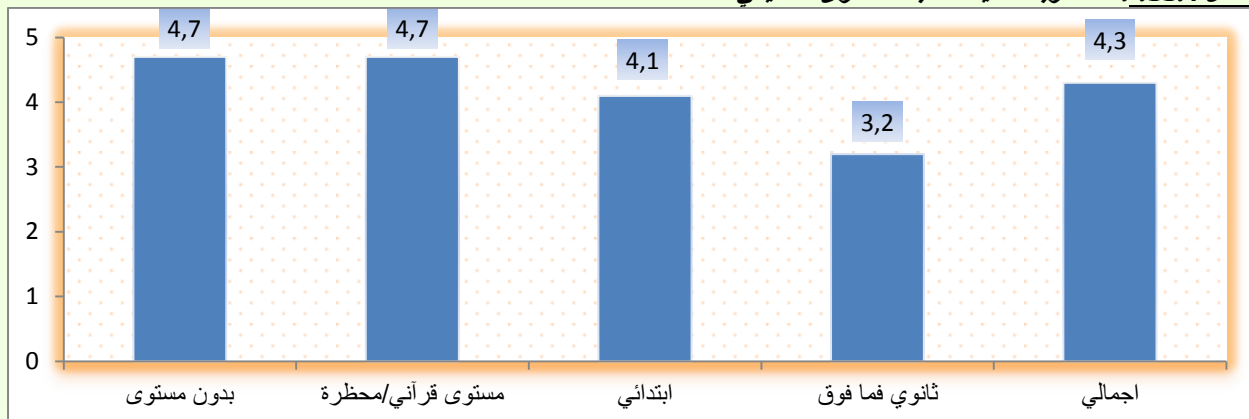


5.6.4 الخصوبة التفاضلية حسب بعض الخصائص

الخصوبة و المستوى التعليمي: إن التمدرس و المستوى التعليمي يؤثران علي خصوبة المرأة من خلال المتغيرات المرتبطة بالخصوبة مثل متوسط العمر عند الزواج الأول و استخدام وسائل تنظيم الحمل، حيث أن التحاق البنت بالمدرسة و بلوغ مستوى عالي من التعليم من شأنه أن يؤخر دخولها في الحياة الإنجابية و كذلك الحد من عدد الولادات التي يمكن أن تحصل عليها، حيث أن متوسط عدد الأطفال للمرأة يقل كلما ارتفع مستوى تعليمها.

تظهر نتائج التحليل أن النساء اللائي بلغن مستوى تعليميا ثانويا فما فوق لديهن في المتوسط 3.2 أطفال مقابل 4.1 أطفال للواتي بلغن المستوى الابتدائي و 4.7 أطفال للواتي لم يسبق لهن أن التحقن قط بالمدرسة أو لديهن فقط مستوى قرآني أو محظري.

الشكل 11.4: الخصوبة الكلية حسب المستوى التعليمي



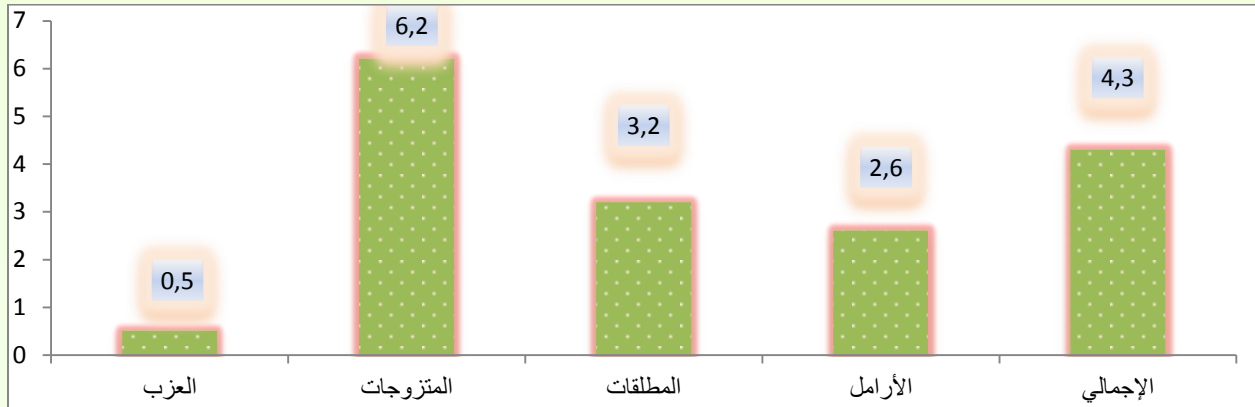
يتضح من الجدول 7.4 أن الفئة العمرية و المستوى التعليمي هما عاملان محددان للسلوك الإنجابي لدى السكان، حيث يؤثران علي قرار الإنجاب و بالتالي علي عدد الأطفال الذين ترغب المرأة في الحصول عليهم خلال حياتها الإنجابية و طريقة تنظيمهم. توضح النتائج أن النساء في الفئة العمرية 25-29 سنة لديهن مستويات خصوبة عالية مهما كان المستوي التعليمي (232.3%)، أما النساء في الفئة العمرية 15-19 سنة فقد وصل معدل الخصوبة لديهن إلي 77% و يختلف باختلاف المستوى التعليمي.

الجدول 7.4: معدل الخصوبة حسب الفئة العمرية و المستوى التعليمي (%)

الفئة العمرية	بدون مستوى	مستوى قرآني/محظري	مستوى ابتدائي	ثانوي فما فوق	إجمالي
15-19	83,6	84,2	72,8	51,8	77
20-24	227,6	228,6	209,4	168,3	216,2
25-29	241,1	241,9	227,4	200,1	232,3
30-34	195,3	196,9	166,4	126,9	176,6
35-39	128,5	130,1	99,8	66,3	109,9
40-44	54,3	55,3	36,9	25,1	43,2
45-49	10,9	11,2	5,7	3,1	7,6
معدل الخصوبة الكلية	4,7	4,7	4,1	3,2	4,3

الخصوبة و الحالة الزوجية: تشكل الحالة الزوجية عامل تمييز في الخصوبة. و بالفعل فإن الحالة الزوجية تؤثر في قرار الإنجاب، حيث أن الاختلافات في معدلات الخصوبة الكلية لدى النساء تترجم تلك الاختلافات في السلوك الإنجابي، حيث يلاحظ ارتفاع معدل الخصوبة الكلية لدى النساء المتزوجات يصل 6.2 أطفال لكل امرأة في حين يكون منخفضا جدا بالنسبة لباقي النساء و خصوصا العزب كما يتضح من الشكل البياني التالي.

الشكل 12.4: معدل الخصوبة الكلية حسب الحالة الزوجية

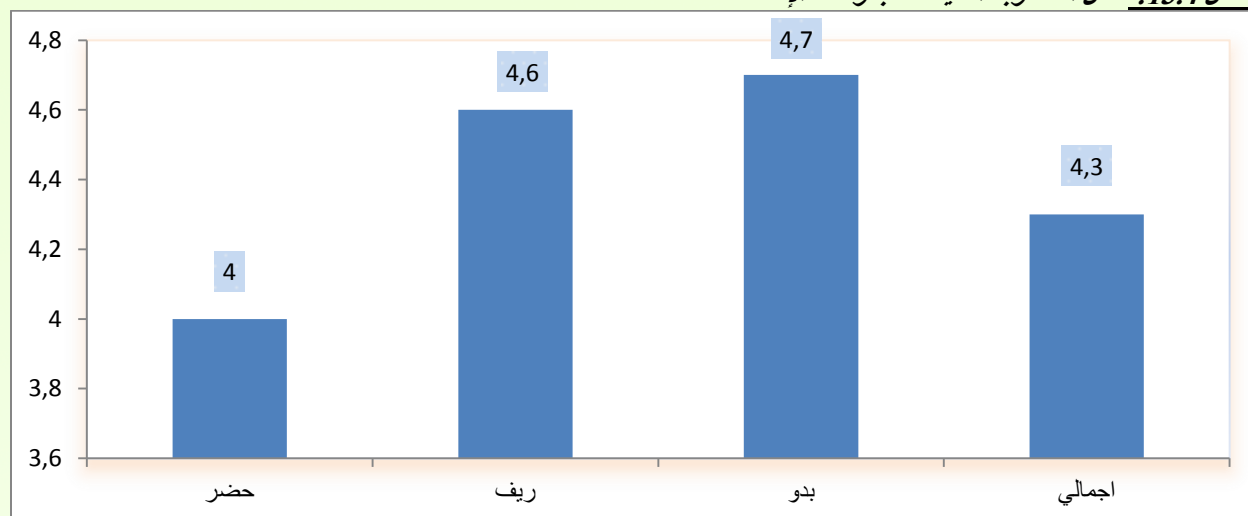


معدل الخصوبة الكلية حسب وسط الإقامة: تعرف الكثافة الإنجابية لحظة التعداد بأنها متوسط عدد الأطفال الذين يتعين علي المرأة إنجابهم خلال سنة لو أن النساء من جميع الأجيال في سن الإنجاب وضعن في نفس الظروف.

و تتحدد الكثافة الإنجابية من خلال معدل الخصوبة الكلية الذي تم تعريفه سابقا في الفقرة الخاصة بتحديد المفاهيم و البالغ حسب النتائج 4.3 أطفال في المتوسط لكل امرأة.

وحسب وسط الإقامة، فإن هذا المعدل قد وصل إلي 4.4 أطفال لكل امرأة في الوسط الريفي مقابل 4.0 في الوسط الحضري و 4.7 في الوسط البدوي، و هو ما يعني أنه لو ظلت المستويات الحالية للخصوبة دون تغيير، فإنه يتعين علي المرأة في الوسط الريفي أو البدوي الحصول علي طفل في المتوسط في نهاية خصوبتها زيادة علي المرأة التي تعيش في الوسط الحضري.

الشكل 13.4: معدل الخصوبة الكلية حسب وسط الإقامة



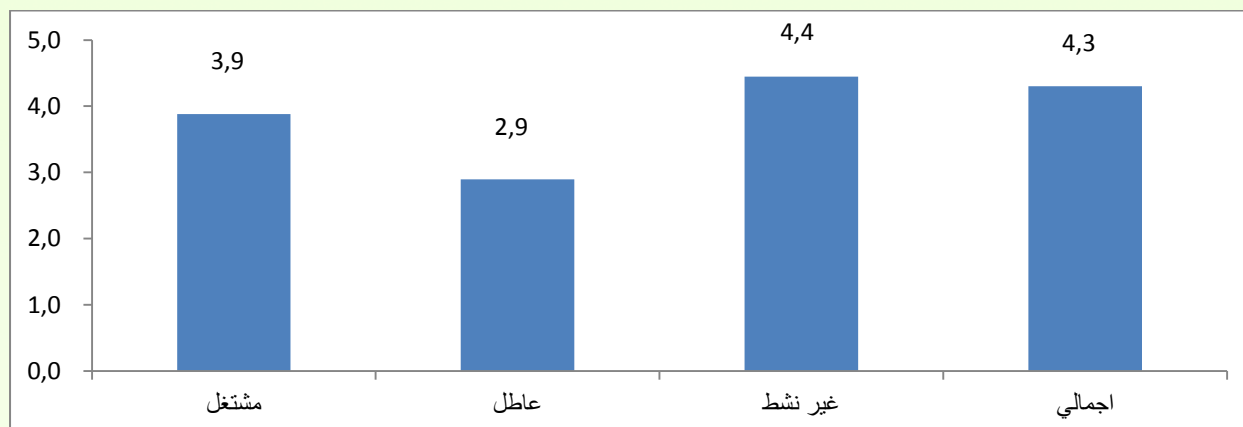
يتضح من خلال المزاوجة بين عمر المرأة و حالتها الزوجية ارتفاع واضح لمعدلات الخصوبة لدى النساء المتزوجات مهما كانت أعمارهن. و يلاحظ من خلال بيانات التعداد العام للسكان و المساكن 2013 أن مستوي الخصوبة لدى النساء العزب ضعيف جدا (0.5 طفلا لكل امرأة غير متزوجة) مقابل 6.2 لدى النساء المتزوجات. و هو ما يمكن تفسيره من جهة بخطورة تعرضهن للإنجاب و كثرة تواجد المراهقات من ضمنهن و من جهة أخرى بالامتثال لتعاليم الدين الإسلامي التي لا تسمح للنساء العزب بالإنجاب. و يقدم الجدول 9.4 بنية الخصوبة لدى النساء حسب الفئة العمرية و الحالة الزوجية.

الجدول 8.4: معدل الخصوبة حسب الفئة العمرية للمرأة و الحالة الزوجية (%)

الحالة الزوجية					الفئة العمرية
الجمالي	الأرامل	المطلقات	المتزوجات	العزب	
77	84,6	113,9	180,6	5,1	15-19
216,2	138,8	134,6	229,5	10,1	20-24
232,3	104,4	120,1	237,7	15,8	25-29
176,6	82,4	111,4	224,3	15,8	30-34
109,9	48	79	187,3	14,3	35-39
43,2	34,5	44,1	115,2	13,5	40-44
7,6	31,1	33,2	60,6	15,5	45-49
4,3	2,6	3,2	6,2	0,5	معدل الخصوبة الكلية

الخصوبة و الحالة في النشاط: تؤثر حالة المرأة في النشاط الاقتصادي علي سلوكها الإنجابي، حيث تظهر النتائج في الشكل 13.4 أن النساء غير النشاطات اقتصاديا لديهن مستوى خصوبة عالي جدا مقارنة بالعاملات أو العاطلات من العمل. حيث أن معدل الخصوبة الكلية أكثر ارتفاعا لدي النساء غير النشاطات اقتصاديا إذ يصل 4.4 أطفال للمرأة النشطة مقابل 3.9 لدي النساء المشتغلات و 2.9 لدي النساء العاطلات من العمل.

الشكل 14.4: معدل الخصوبة الكلية حسب الحالة في النشاط



يمكن التحليل التفاضلي لمستوى الخصوبة من ملاحظة أنه إضافة إلي المستوى التعليمي و الحالة الزوجية اللذين يعتبران عاملين مؤثرين جدا في مستوى الخصوبة فإن الحالة في النشاط أيضا تؤثر في مستوى الخصوبة لدي المرأة. حيث تظهر النتائج أن معدلات الخصوبة أكثر ارتفاعا لدي النساء غير النشاطات اقتصاديا مهما تكن الفئة العمرية، باستثناء حالتين كما يظهر في الجدول 10.4 و هما النساء في الفئة العمرية 15-19 سنة غير نشاطات اقتصاديا و النساء العاطلات من العمل في الفئة العمرية 45-49 سنة حيث تزيد معدلات الخصوبة لديهن عنها لدي النساء غير النشاطات.

الجدول 9.4: معدل الخصوبة حسب الفئة العمرية و الحالة في النشاط الاقتصادي (%)

الفئة العمرية	الحالة في النشاط			الإجمالي
	مشغل	عاطل	غير نشط	
15-19	76,6	47	54,2	77
20-24	132,9	88,9	141	216,2
25-29	152,3	109,7	186,8	232,3
30-34	158,2	114,8	191,1	176,6
35-39	135,7	102,1	162,4	109,9
40-44	79,3	61,2	100,3	43,2
45-49	41,6	55,8	53,8	7,6
معدل الخصوبة الكلية	3,9	2,9	4,4	4,3

6.6.4 مقارنة معدل الخصوبة الكلية مع دول الجوار

إن مقارنة معدل الخصوبة الكلية المحصول عليه من خلال التعداد العام للسكان و المساكن 2013 بمعدلات الخصوبة الكلية لدول الجوار، يوضح أن موريتانيا تشكل نقطة اتصال محوري بين المغرب العربي و افريقيا السوداء. حيث يفوق هذا المعدل معدلات المغرب و الجزائر و يقل عن معدلات السينغال و مالي.

الجدول 10.4: معدل الخصوبة الكلية لدول جوار موريتانيا

البلد	معدل الخصوبة الكلية	السنة
موريتانيا	4,3	2013
السينغال	5,3	2012
مالي	6,4	2012
المغرب	2,2	2010
الجزائر	2,9	2012

7.4 خصوبة الأشخاص المعرضين للخطر

1.7.4 مستوى و بنية خصوبة الأشخاص المعرضين للخطر

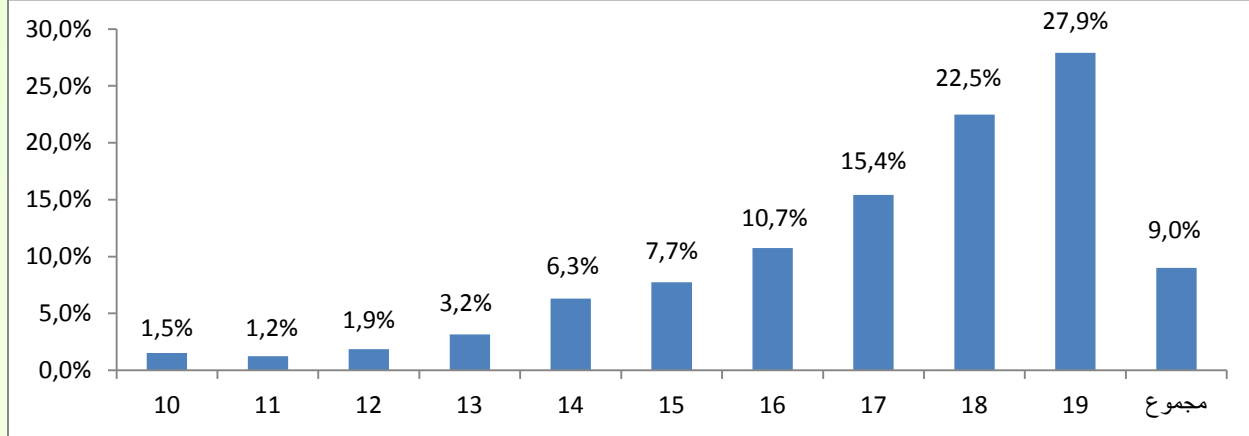
يوجد الأشخاص المعرضون للخطر ضمن فئتين عمريتين و يتعلق الأمر بالمراهقات (10-19 سنة) و النساء في الفئة العمرية 35-49 سنة. و نظرا للأخطار المحدقة بالنساء بسبب تزايد وفيات الأمهات و الأطفال، فإن هتين الفئتين العمريتين تشغلان مكانة مهمة في برامج الصحة الإنجابية.

• بالنسبة للمراهقات

يحدث حمل المراهقات عند عمر تكون فيه الفتيات لم تبلغن بعد النضج البيولوجي و لا الفسيولوجي للإنجاب. و قد يكون في بعض الأحيان الحمل في هذه الحالات غير مرغوب فيه و ما ينجم عنه في الغالب من إجهاض سري قد يؤدي بحياة المرأة و الجنين و بالتالي فإن الخصوبة المبكرة تزيد من خطورة وفيات الأمهات و الأطفال و العكس صحيح، حيث أن تفادي الخصوبة المبكرة من شأنه أن يساهم في تخفيض وفيات الأمهات و الأطفال.

تظهر نتائج التعداد العام للسكان و المساكن 2013 أن عددا كبيرا من الفتيات تصبحن أمهات قبل العمر 20 سنة، حيث أن 9% من النساء اللاتي حصلن علي مولود حي خلال الاثني عشر شهرا الأخيرة السابقة للتعداد هن مراهقات. و ترتفع هذه المعدلات بالنسبة للمراهقات في الفئة العمرية 15-19 سنة.

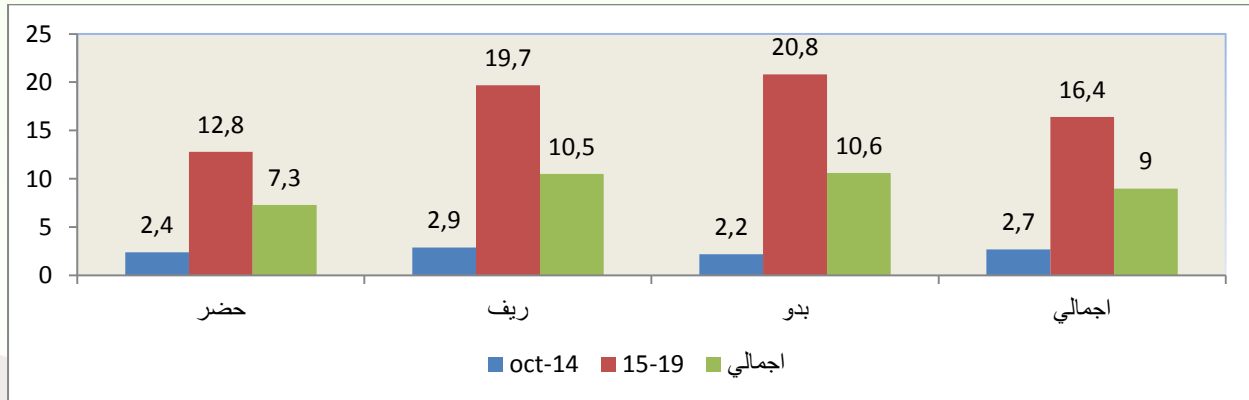
الشكل 15.4: نسبة الأمهات المراهقات حسب العمر



2.7.4 الخصوبة التفاضلية للأشخاص المعرضين للخطر

يتضح من الشكل 16.4 التالي أن 9% في الإجمالي من المراهقات في الفئة العمرية 19-10 سنة هن أمهات. و ترتفع نسب الأمهات المراهقات بانتظام كلما زادت الفئة العمرية بغض النظر عن مستوى الإقامة. و تصل هذه النسبة 7.3% في الوسط الحضري و 10.5% في الوسط الريفي و 10.6% في الوسط البدوي. بالنسبة للفئة العمرية 14-10 سنة، تعتبر هذه النسبة ضعيفة (2.9% في الوسط الريفي و 2.4% في الوسط الحضري و 2.2% في الوسط البدوي)، في حين ترتفع هذه النسب للفئة العمرية 19-15 سنة (20.8% و 19.75 و 12.85 علي التوالي في الوسط البدوي و الريفي و الحضري).

الشكل 16.4: نسبة الأمهات المراهقات حسب الفئة العمرية و حسب وسط الإقامة



يظهر من خلال النتائج أنه بالنسبة للمستوي التعليمي، فإن المراهقات غير المتعلّقات و اللاتي لم تلتحقن إلا بالمدرسة القرآنية هن الأكثر تأثراً بظاهرة الخصوبة المبكرة. و يبين الجدول التالي أن نسبة الأمهات المراهقات ترتفع أكثر لدى الفئة العمرية 19-15 سنة.

الجدول 11.4: نسبة الأمهات المراهقات حسب الفئة العمرية و المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	14-10 سنة	19-15 سنة
بدون مستوى	5,1	24,3
مستوى قرآني/محظري	3,3	19,9
مستوى ابتدائي	1,7	15,8
مستوى ثانوي فما فوق	2,4	7,1
الإجمالي	2,7	16,4

أما بالنسبة للولايات، فإن الجدول 12.4 التالي يظهر تراجع الخصوبة المبكرة علي المستوى الجهوي و يضع تصنيفا تصاعديا ل (13) ولاية حسب نسبة الأمهات المراهقات. و يتضح من خلال الجدول أن الولايات الأكثر تأثرا بالخصوبة المبكرة هي: كيديماغا (12.4%) و كوركول (10.9%) و الحوض الشرقي (10.3%) و تكانت (10.2%) و لبراكنه (9.95%).

الجدول 12.4: نسبة الأمهات المراهقات حسب الولاية و الفئة العمرية

الولاية	14-10 سنة	19-15 سنة	الإجمالي
كيديماغا	4,6	21,9	12,4
كوركول	3,1	20,4	10,9
الحوض الشرقي	3,4	18,6	10,3
تكانت	2,7	19,2	10,2
الحوض الغربي	2,4	19,1	9,9
لبراكنه	2,6	16,5	9,0
لعصابة	2,4	16,6	8,9
أدرار	1,6	16,0	8,3
اترارزة	2,5	14,8	8,2
إينشيري	1,4	16,7	8,1
انواكشوط	2,1	12,4	7,0
داخلت انواذيبو	1,6	11,0	5,9
تيرس زمور	1,3	10,9	5,8
الإجمالي	2,7	16,4	9,0

النساء في العمر 35-49

يتضح من الجدول 13.4 التالي أن أقل من 1% من النساء في الفئة العمرية 35-49 سنة، قد حصلن علي مولود حي خلال الأثني عشر شهرا الأخيرة السابقة للتعداد، و تعرف هذه النسبة الضعيفة تغييرا طفيفا بتغير وسط الإقامة و تضعف كثيرا بالنسبة للوسط البدوي.

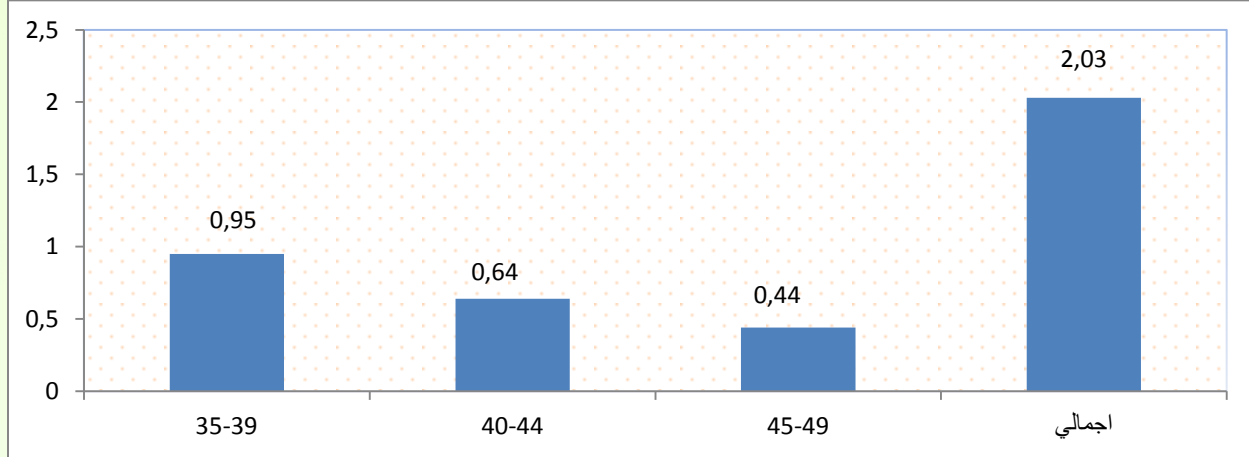
الجدول 13.4: نسبة النساء في الفئة العمرية 35-49 سنة اللاتي حصلن علي ولادات حية خلال الأثني عشر شهرا الأخيرة حسب الفئة العمرية و وسط الإقامة

الفئة العمرية	وسط الإقامة			الإجمالي
	الحضر	الريف	البدو	
35-39	0,5	0,7	0,3	0,6
40-44	0,5	0,7	0,1	0,6
45-49	0,3	0,7	0,0	0,5
المجموع	0,5	0,7	0,1	0,6

3.7.4 العقم و التعقيم النهائي

يوجد نوعان من العقم: العقم الأولي و يتعلق بالنساء اللاتي هن في سن الإنجاب و لم تحصلن حتي الآن علي مولود حي، أما العقم الثانوي فيتعلق بالنساء في سن الإنجاب و اللاتي حصلن علي الأقل علي ولادة حية و لكن لم يحصلن بعد ذلك علي مولود حي. و يقتصر التحليل هنا في إطار التعداد العام للسكان و المساكن فقط العقم الأولي. و يعرف بأنه عدم حصول ولادة حية لدي المرأة في سن الإنجاب خلال فترة زمنية محددة. و يتم قياس العقم من خلال مقاربتين: المقاربة الصحية و المقاربة الاجتماعية و الديموغرافية و هي المستخدمة في إطار التعداد العام للسكان و المساكن لتقييم العقم لدي النساء خلال التعداد من خلال الاعتماد علي الفئة العمرية 35-49 سنة التي تكون عندها الخصوبة لدي النساء منخفضة. و تتميز موريتانيا مثل أكثرية الدول الإفريقية بالندرة نسبيا للنساء اللاتي يبقين طوعا بدون أطفال و ذلك نتيجة لأن السلوك السائد لدي السكان هو تشجيع النسل. و حسب نتائج التعداد العام للسكان و المساكن، 2013 فإن النساء في الفئة العمرية 35-49 سنة اللاتي لم تحصلن لحد الساعة علي أول مولود تمثلن 2.03% من مجموع النساء في موريتانيا. و تتغير هذه النسبة بتغير الفئة العمرية، حيث ترتفع أكثر لدي النساء في الفئة العمرية 35-39 سنة و تنخفض أكثر لدي النساء في الفئة العمرية 45-49 سنة.

الشكل 17.4: نسبة النساء بدون أطفال حسب الفئة العمرية



يوضح التحليل حسب وسط الإقامة أن نسبة النساء بدون أطفال ترتفع أكثر في الوسط الحضري مقارنة بالوسط الريفي مهما كانت الفئة العمرية. ففي الوسط الحضري، ما نسبته 1.08% من النساء في الفئة العمرية 35-49 سنة لم يحصلن بعد علي أول طفل حي، في حين تصل هذه النسبة في الوسط الريفي 0.93% فقط. و تجدر الإشارة إلي أن هذه الظاهرة تظل ضعيفة نسبيا في الوسط البدوي مقارنة مع باقي أوساط الإقامة.

الجدول 14.4: نسبة النساء بدون أطفال حسب الفئة العمرية و وسط الإقامة

العمر	الحضر	الريف	البدو	ال إجمالي
35-39	0,52	0,42	0,01	0,95
40-44	0,34	0,29	0,01	0,64
45-49	0,22	0,22	0,00	0,44
الإجمالي	1,08	0,93	0,02	2,03

الخلاصة

يتضح من خلال تحليل بيانات الولادات و الخصوبة المتوفرة من مختلف عمليات التعداد العام للسكان و المساكن، أن الخصوبة في موريتانيا قد شهدت انخفاضا رغم بقائها في مستوى مرتفع. كما يبدو أن وسط الإقامة عامل حاسم في تفاضل مستوى و بنية الخصوبة. و بالفعل فإن مستوى الخصوبة يرتفع أكثر في الواسطين البدوي و الريفي مقارنة بالوسط الحضري.

و يقدر معدل الخصوبة المكتملة عند نهاية فترة الخصوبة ب 5.7 أطفال في الوسط البدوي و 5.5 أطفال في الوسط الريفي مقابل 4.9 أطفال فقط في الوسط الحضري. أما علي مستوى التوزيع المجالي فقد أوضحت النتائج أن ولايات كيدي ماغا و كوركول و الحوض الشرقي تمتلك معدلات خصوبة كلية هي الأكثر ارتفاعا علي الترتيب (5.9 و 5.0 و 4.8 أطفال لكل امرأة). كما أوضحت النتائج أن الخصوبة تتناقص كلما زاد المستوى التعليمي للمرأة.

أما التحليل التفاضلي للخصوبة مع الحالة الزوجية، فيوضح أن معدل الخصوبة الكلية للنساء المتزوجات (6.2) مرتفع جدا مقارنة بباقي الفئات، حيث يتغير هذا المعدل من 0.5 لدي النساء العزب إلي 3.2 لدي النساء الأرامل ليصل 2.6 لدي النساء المطلقات. أما بالنظر إلي الحالة في النشاط الاقتصادي، فإن النساء غير النشاطات تحظمن الرقم القياسي بتسجيلهن لمعدل خصوبة كلية وصل 4.4 أطفال للمرأة مقابل 3.9 لدي النساء المشتغلات و 2.9 لدي النساء العاطلات.

و في ضوء هذه النتائج، يمكننا القول إن طور الانتقال الديموغرافي قد بدأ بالفعل و لو أن مستوى الخصوبة لا يزال مرتفعا. و أن التغيرات الملحظة ستستمر بالنظر لعدة عوامل ترتبط بالتغيرات الاجتماعية. و بالفعل فإن استمرارية التحضر (الانتقال من الريف إلي الحضر) و الزيادة المطردة في معدلات التمدن الثانوي في الوسط الريفي و الولوج المطرد لوسائل الإعلام و التقنيات الحديثة للاتصال هي عوامل من شأنها أن تخفض في المستقبل من مستوى الخصوبة.

الفصل الخامس: الوفيات

ملخص تحليلي

يتعلق هذا الموضوع بالوفيات في موريتانيا حسب نتائج تعداد 2013، حيث يقدم ملخصا عن التحولات الاجتماعية و الديموغرافية منذ سنة 1960 و كشفا إحصائيا يجمع البيانات الحديثة لتعداد 2013 على مستوى البلاد. كما يعرض أيضا الظرفية المحلية و الدولية والمنهجية المتبعة (الوفيات العامة و وفيات كل من الرضع والرضع والأطفال و وفيات الأمهات). ما تزال الوفيات على الرغم من التقدم الملاحظ خلال السنوات الأخيرة هي المشكل الأساسي للصحة العامة في موريتانيا. و يحاول تحليل هذه الظاهرة انطلاقا من نتائج التعداد العام الرابع للسكان والمساكن 2013 إعطاء أفضل صورة حسب المستطاع عن الوفيات في البلاد. وستعرض في المقدمة المصطلحات العامة للوفيات و نبذة عن السياسات و البرامج المتعلقة بها سواء على المستوى المحلي أو الدولي.

تمثلت الظرفية الوطنية في وجود عدة برامج تستهدف خفض الوفيات، منها السياسة السكانية (1995 و 2005 و 2012) و الإطار الاستراتيجي لمكافحة الفقر الأول و الثاني و الثالث و برنامج دعم القطاع الصحي (1998) والمخطط الوطني للتنمية الصحة (2012-2020). أما على المستوى الدولي فقد أكدت كل المؤتمرات الدولية على ضرورة خفض الوفيات وحددت لذلك إطارا زمنيا (قمة الأطفال (1990) و القمة العالمية للسكان والتنمية (1994) و قمة الألفية (2000)).

تعتمد المقاربة المنهجية المتبعة في استمارة الأسرة العادية التي تم استخدامها خلال التعداد العام للسكان و المساكن 2013، و التي مكنت من الحصول على ثلاثة أنواع من البيانات المتعلقة بالوفيات من خلال ثلاثة نماذج: (i) يتعلق الأول بالوفيات التي حصلت خلال 12 عشر شهرا الأخيرة السابقة لمرور العدد على الأسرة و ذلك حسب جنس و عمر الأشخاص المتوفين و سبب الوفاة؛ (ii) و يتعلق النموذج الثاني بوفيات النساء في الفئة العمرية 10-49 سنة خلال 12 شهرا الأخيرة، حيث يتم تدوين العمر عند الوفاة و ما إذا كانت المرأة المتوفاة حاملا أم لا أم أنها توفيت أثناء الولادة أو خلال الشهرين التاليين للولادة؛ (iii) و يتعلق النموذج الأخير بعدد الأطفال المولودين أحياء (ذكورا و إناثا) و عدد الذين لا يزالون على قيد الحياة منهم (ذكورا و إناثا).

تمتاز النتائج المستخلصة من التعداد العام الرابع للسكان والمساكن 2013 بصورة عامة بالإيجابية مقارنة بتلك الملاحظة إبان التعدادات السابقة. فقد ازداد أمل الحياة عند الميلاد بصورة منتظمة حيث انتقل من 34 سنة في العام 1965 إلى 60.3 سنة في العام 2013. و يمثل هذا التطور انعكاسا لتحسن ظروف حياة السكان و الجهود التي بذلتها السلطات العامة في مجال تحسين النظام الصحي للبلاد. يمكن التحليل العام للوفيات من القول بأن نسب الوفيات في كل من ولايات اترارزة وداخلة انواذيبو و تكانت هي الأكثر انخفاضا وفي المقابل فإن هذه النسب في ولايات كيديماغا و كوركول و البراكنة هي الأعلى. وفي الأخير فالولايات الأقرب للمستوى الوطني هي ولايات الحوض الغربي و إينشيري عند الأخذ في الاعتبار أي نسبة من نسب وفيات الأطفال. أما فيما يخص وفيات الأمهات فقد عرفت انخفاضا مهما جدا بين سنتي 2011 و 2013 إذ انتقلت من 626 إلى 582 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية.

فإذا كانت التحولات الاجتماعية والصحية قد بدأت متأخرة عما هو الحال في الدول الأخرى فإنها كانت أسرع. فمما لاشك فيه أن الإجراءات المتخذة من طرف السلطات العمومية و الأفراد و الأسر فيما يخص مسؤولياتهم اتجاه الصحة تمثل اليوم أفضل نظرة لمدى التقدم مما تدل عليه الزيادة في النفقات الإضافية في البحث عن التقنيات الاستشفائية الحديثة. و النتائج المحصول عليها تعطينا أفضل توجيه لتوفير الخدمات الصحية تبعا للحاجة إليها في الولايات المختلفة وتبيان تلك التي فيها نقص في الوسائل البشرية و المادية.

مـدخـل

تعرف "الوفيات" حسب معجم لاروس بأنها "نسبة المتوفين من بين سكان بلد ما خلال سنة معينة"¹. فالوفاة على العكس من الأحداث الديموغرافية الأخرى (الزواج و الولادات...) حدث غير متجدد. و من الضروري معرفة أسباب الوفاة للوقاية من بعض الأمراض من أجل العمل في تحسين ظروف حياة السكان. كذلك تلعب تنمية الخدمات الصحية دورا أساسيا في خفض معدل الوفيات. "الأداة الأولى لقياس الوفيات هي المعدل الخام للوفيات العامة"²

ما تزال الوفيات رغم التقدم الملاحظ في السنوات الأخيرة هي المشكلة الأساسية للصحة العامة في موريتانيا حيث تهدد بإعاقة الجهود المبذولة لبلوغ أهداف الألفية للتنمية في سنة 2015. و قد تبنت السياسة الصحية توجهها متزايدا نحو الوقاية و انتباها إضافيا للعناية بصحة النساء خلال الحمل مما سيؤدي بما لا شك فيه إلى خفض الوفيات.

فعلى المستوى الوطني تم إدراج عدة أولويات للتنمية ضمن الإطار الإستراتيجي لمحاربة الفقر. كما تم تبني السياسة السكانية (في سنة 1995) وقد جرى تحديثها و نشرها في كل من 2005 و 2012، كما رأت النور كذلك عدة سياسات قطاعية على ضوء توصيات الاجتماعات الدولية و خاصة قمة القاهرة في سنة 1994 وقمة الألفية (نيويورك 2000).

فمن المعروف إذا ضرورة تحليل التعدادات لإعداد كشف بما تم تحقيقه و أخذ المعارف المحصول عليها بعين الاعتبار من أجل تحديث المعطيات المتعلقة بالسكان وخاصة الظواهر الديموغرافية وبالأخص الوفيات. وهذا يتطلب أيضا أخذ التطورات المحتملة للظروف المحلية و الدولية بعين الاعتبار.

لهذه الأسباب يعتبر التعداد العام للسكان و المساكن 2013 مصدرا هاما للبيانات التي تمكن إذا ما تم تحليلها من حساب مؤشرات تنير الطريق لوضع برامج تهدف للحد من الوفيات في موريتانيا. يقدم هذا التحليل للوفيات في موريتانيا عرضا للمعطيات المجموعة في تعداد سنة 2000 و في المسح الديموغرافي والصحي الموريتاني 2001 لتوضيح المستوى الذي تم الوصول إليه انطلاقا من نتائج تعداد 2013. و سيكون من الضروري من بين أمور أخرى أخذ مؤشرات الوفيات المتضمنة في أهداف السياسة السكانية و الإطار الإستراتيجي لمحاربة الفقر. و للوصول إلى هذا الهدف سيرتكز هذا التحليل على ثلاث فقرات هي : الفقرة الأولى تضم عرضا نظريا ووصفا للظرفية الزمنية و الفقرة الثانية مخصصة للمقاربة المنهجية وخاصة تعريف المفاهيم المستعملة ونوعية البيانات المجموعة، وفي الأخير تعرض الفقرة الأخيرة النتائج الأساسية للتحليل.

¹ Librairie Larousse, Nouveau Larousse Elémentaire, p.459, Paris 1967

² Jean- Claude Chesnais, La démographie (que sais-je), PUF, Novembre 1990, p.31

الظرفية و عرض نظري

ستتم في هذا الجزء مناقشة مستويات الوفيات انطلاقا من تعداد 2000 و المسح الديموغرافي و الصحي 2001. و سينصب اهتمامنا على الوضعية الراهنة و على السياسات المعتمدة على المستوى الوطني لتحسين الوضعية الصحية للبلاد. أما على المستوى الدولي فسيرتكز اهتمامنا على الاتفاقيات التي صادقت أو انضمت إليها موريتانيا و سيتم الاقتصار في هذا التحليل على مؤشرات الوفيات فقط.

الظرفية المحلية

ازداد أمل الحياة عند الميلاد في موريتانيا بسبع سنوات بين 1993 و 2000 حيث انتقل 50.5 سنة (49 سنة للذكور و 52 سنة للإناث) إلى 57.5 سنة (56.7 للذكور مقابل 58.3 للإناث). كما انتقل معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 182 حالة في كل 1000 ولادة حية سنة 1995 (المسح العنقودي متعدد المؤشرات) إلى 116 حالة في الألف سنة 2001 (المسح الديموغرافي والصحي 2001) في حين تطور معدل وفيات الرضع (أقل من سنة واحدة) من 118 إلى 74 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في الفترة نفسها و حسب نفس المصادر. وفيما يخص وفيات الأمهات فقد كانت التقديرات حوالي 930 وفاة في كل 100.000 ولادة حية خلال سنوات التسعينات (1990) فأصبحت 747 حالة سنة 2000 حسب نتائج المسح الديموغرافي و الصحي 2001. و مع التحفظ على دقة بعض البيانات فمن المؤكد وجود تحسن حقيقي تم تسجيله خلال العشرين سنة الأخيرة. فقد تم وضع مخطط رئيسي وطني في مجال الصحة سنة 1998 وحددت فيه أهداف عامة حسب المعايير العالمية. كما مكن برنامج دعم القطاع الصحي من تحقيق بعض التقدم في البنية الإستراتيجية و التنظيمية في هذا القطاع، مثل اللامركزية في اتخاذ القرارات و تسيير المصادر ودعم قدرات التسيير. و من الجدير بالذكر أخيرا ملاحظة زيادة الجزء المخصص من ميزانية التسيير لوزارة الصحة (77% بين سنتي 2001 و 2002).

ومن الجدير بالذكر في هذا المجال عرض النقاط التالية:

- أ- عدم تساوي التوزيع في المصادر المادية و البشرية بين الولايات و داخل الولاية بين المراكز الحضرية الريفية. ويظهر عدم التوازن هذا في انواكشوط بصفة خاصة حيث تتوفر هذه المدينة على البنية التحتية الخاصة و عدد الفقراء المنخفض نسبيا مقارنة بالمدن الأخرى و القرى داخل البلاد.
- ب- عدم استخدام السكان للخدمات الصحية وخاصة في المنطق الداخلية. فالأنشطة الوقائية منخفضة و العلاجية في الوقت نفسه غير مقنعة على ما يبدو. كما يوجد نقص في التكوين و نقص شديد في التجهيزات. ولا تقوم المستشفيات الجهوية بالدور المنوط بها حيث يذهب غالبية المرضى مباشرة إلى مدينة انواكشوط أو إلى الخارج.
- ج- يوجد نقص كبير في قدرات التنظيم و التخطيط وخاصة في مجال إنتاج البيانات الإحصائية الدقيقة و عدم التكامل الضروري بين القطاعين العام والخاص.
- د- ما يزال جزء كبير من الأنشطة الصحية ممول من طرف شركاء التنمية.

هـ- على الرغم من أن موريتانيا كغيرها من الدول الأفريقية التي تخصص جزء كبيرا من الموارد (6.6% من الميزانية سنة 1997 و APD و 7.3 دولار أمريكي لكل ساكن) لقطاع الصحة فإن المؤشرات تعكس تأثيرا منخفضا.

خصصت السياسة السكانية المحدثة سنة 2005 بعد الأخذ بالحسبان هذه المشاكل هدفها الرابع ل "ضمان صحة السكان" وذلك ضمن عدة استراتيجيات. وأهم الاستراتيجيات الأساسية المرتبطة بهذا الهدف هي :

- ◆ زيادة الميزانية المخصصة للقطاع الصحي حتى تصل إلى المستوى الموصى به من طرف منظمة الصحة العالمية. مع الأخذ بالاحتياجات اللازمة لضمان واقعية وفعالية و عدالة الإنفاق الصحي.

- ◆ تكوين العدد الكافي من العمال الصحيين ومساعدى الصحة مما يمكن بالتدريج من الوصول إلى المعايير الموصى بها من طرف منظمة الصحة العالمية وذلك في مختلف الاختصاصات.
- ◆ تعميم التغطية الصحية على كافة المجال الوطني مع إعطاء الأولوية للعلاجات الأولية.
- ◆ ضمان إطار تعطى بموجبة الأولوية للأمهات والأطفال و التكفل باحتياجاتهم.
- ◆ ضمان توفر الأدوية و المعدات الطبية و توزيعها بطريقة فعالة تراعي الحفاظ على النوعية و تحديد سياسة أسعار مناسبة.
- ◆ متابعة تشجيع السكان على المشاركة في العناية بتحسين مستوى صحتهم وذلك بإنشاء الصيدليات القروية
- ◆ تكثيف مشاركة المجموعات المحلية في اتخاذ القرارات و التخطيط و تسيير البنى الصحية
- ◆ اعتماد اللامركزية في نشر عمال الصحة بصورة عامة و القابلات بصورة خاصة
- ◆ متابعة الدراسات و البحوث من أجل توجيه أفضل للأنشطة الصحية
- ◆ وضع برامج للتثقيف الصحي على المستويين الوطني و الجهوي يعمل على إشراك السكان و الاستفادة من جميع قنوات الاتصال.
- ◆ إعطاء أهمية أكثر للتغذية في كل البرامج الصحية وخاصة تلك المتعلقة بالنساء و الأطفال.
- ◆ متابعة و تكثيف الأنشطة المتعلقة بتحسين ظروف السكن والنظافة و الصرف الصحي.
- ◆ تحسين التكفل بالأشخاص الحاملين للأمراض المنتقلة عن طريق الجنس و الحاملين لفيروس السيدا أو المصابين بها خاصة النساء الحوامل.
- ◆ ضمان تكوين أفضل ذي محتوى ملموس و فعال للتعاونيات النسوية و التجمعات و الروابط الوطنية من أجل توجيه أفضل للأنشطة التي يقومون بها.

حدد الإطار الإستراتيجي لمكافحة الفقر في نسخته الثالثة في مجال الصحة المسائل التالية كأهداف و مجال ذي أولوية خلال الفترة 2011-2015 :

- ◆ ضمان تغطية صحية بنسبة 90% بحدود دائرة قطرها 5 كيلومترات
- ◆ خفض معدل وفيات الرضع إلى 58 في الألف و كذلك وفيات الرضع و الأطفال إلى 112 في الألف و وفيات الأمهات إلى 550 وفاة في كل 100.000 ولادة حية.
- ◆ قلب الزيادة في الإصابة بفيروس نقص المناعة و السيدا من الزيادة إلى الانخفاض لتكون نسبة انتشارها بين السكان أقل من 1%³.

أما على مستوى وزارة الصحة فإن المخطط الوطني لتنمية الصحة 2012-2020 فيهدف إلى إزالة وضعية تمتاز ب (أ) وفيات و انتشار أمراض مرتفعين و خاصة عند الفئات الهشة (بما في ذلك النساء و الأطفال)، (ب) وجود تغطية صحية ناقصة للخدمات الصحية الأساسية و مشكوك فيها بعض الأحيان، (ج) وجود خدمة طبية غير مناسبة و غير عادلة، (د) وجود بيئة تتصف بوجود عدة عراقيل وصعوبات في مجال تنمية القطاع الصحي وعدم إعطاء توجيه مناسب لهذا القطاع.

يتكون الهرم الصحي في الفترة الحالية (2014) من ثلاث مستويات (ثالثي و ثانوي و أولي). فالمستوى الثالثي يضم 3 مستشفيات وطنية و 5 مراكز متخصصة (على المستوى المركزي في انواكشوط). أما المستوى الثانوي (الوسيط) فيضم 10 مراكز استشفاء جهوية و مستشفيات جهويين و 3 مستشفيات مقاطعات. أما المستوى الأولي (المستوى الميداني) فيضم 86 مركزا طبيا و 566 نقطة صحية و أكثر من 145 من وحدات الصحة القاعدية (على مستوى التجمعات المحلية). وقد تمت تنمية إستراتيجيات فيما يخص التغطية الصحية من أجل خفض جوهري لنسبة السكان الذين لا يمكنهم الوصول بسهولة إلى إحدى

³ الإطار الإستراتيجي لمحاربة الفقر رقم 3 الكتاب 2 مخطط العمل 2011-2015 ص. 18

المؤسسات الصحية وهم الذين يعيشون عادة في المناطق الريفية الفقيرة البعيدة أو المعزولة (انظر المخطط الوطني للتنمية قطاع الصحة)⁴.

2.1 الظرفية الدولية

سيتم على المستوى الدولي تناول مؤشرات الوفيات المعتمدة في القمم الدولية الأساسية التي شاركت فيها موريتانيا.

قمة الأطفال: تقترح القمة العالمية للأطفال (نيويورك 1990) فيما يخص مؤشر الوفاة خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلث عما هو مسجل سنة 1990 ليصل إلى 70 وفاة لكل 1000 ولادة حية، وخفض معدل وفيات الأمهات بمقدار النصف عما تم تسجيله سنة 1990.

القمة العالمية للسكان والتنمية: عقدت هذه القمة بالقاهرة في 5-13 سبتمبر 1994 بحضور 179 دولة من مختلف الدول المتقدمة و السائرة في طريق النمو واعتمدت مخططا للعمل خلال 20 سنة تضمن مختلف المسائل المتعلقة بالسكان والتنمية و حقوق الإنسان. و من بين المؤشرات التي اعتمدت في هذا المخطط أعطيت أهمية خاصة لمعدل وفيات الأمهات و معدل وفيات الرضع حسب الجنس و معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب الجنس و أمل الحياة عند الميلاد من أجل إظهار التطور الحاصل خلال كل خمس سنوات.

قمة الألفية: أعطى دخول الألفية الثالثة برمزيتها وشيوعه في مختلف بلدان العالم الفرصة لمنظمة الأمم المتحدة بتقديم إستراتيجية حديثة مطابقة لحقائق وتحولات عالم القرن الواحد والعشرين.

فقد تم الإعلان عن انعقاد قمة الألفية منذ سنة 1998 في الأيام من 6 إلى 8 سبتمبر سنة 2000 و صاحب ذلك حملة إعلامية على مستوى العالم على مدى سنتين. و كانت تهدف هذه الحملة إلى تأكيد التزامات المجموعة الدولية و تنمية المشاركة بين الدول و مؤسسات المجتمع المدني للكفاح معا. كما مكنت هذه الحملة أيضا من استثمار المبادئ المعلنة من طرف الأمين العام للأمم المتحدة ضمن تقريره للألفية الذي بموجبه يجب أن يكون الكائن البشري في صلب كل البرامج لمساعدة الرجال و النساء و الأطفال في العيش بصورة أفضل في العالم بكامله.

تشكل قمة الألفية أكبر تجمع لرؤساء الدول و الحكومات في كل الأزمنة، و قد تم خلال هذا التجمع المصادقة على إعلان الألفية من طرف الدول الأعضاء (189 دولة). هذا الإعلان الذي يحتوي على ثمانية أهداف سميت أهداف الألفية للتنمية (OMD). من بين هذه الأهداف هدفان خاصان بالوفيات هما : **الهدف 4 : خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة و الهدف 5 : تحسين صحة الأمومة.** والغرض الخامس من الهدف الرابع يسعى إلى خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين خلال الفترة من 1990 إلى 2015 بينما يسعى الغرض السادس من الهدف الخامس إلى خفض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع خلال نفس الفترة (1990-2015).

2. المقاربة المنهجية

1.2 تعريف المفاهيم و المؤشرات

مكننا الاستمارة المستوفاة من الأسر العادية إبان التعداد العام للسكان و المساكن 2013 من الحصول على ثلاثة أنواع من المعلومات الخاصة بالوفيات حسب الخيارات المقدمة في الجدول 1 و هي: (1) النوع الأول من المعلومات مرتبط بالوفيات التي حدثت خلال 12 شهرا الأخيرة التي سبقت مرور العداد بالأسرة. وهذه الوفيات محددة حسب عمر الأشخاص المتوفين و سبب الوفاة، (2) النوع الثاني يختص بالنساء في العمر 10-49 سنة المتوفيات خلال 12 شهرا الأخيرة. يتم تسجيل العمر عند الوفاة و السؤال عما إذا كانت المرأة المتوفاة حاملا أم لا، أو توفيت أثناء الولادة أم لا أو في الشهرين الذين يليان نهاية حمل ما أم لا،

⁴ وزارة الصحة (موريتانيا) المخطط الوطني للتنمية الصحية 2012-2020، ص. 10

(3) أما النوع الأخير فيخص جميع الأطفال الذين ولدوا أحياء (الذكور و الإناث) و الباقين من بينهم على قيد الحياة (ذكورا و إناثا).

الجدول 1: نوع المعلومات المجموعة إبان التعداد العام للسكان و المساكن 2013 لدراسة الوفاة:

الرقم	الهدف	الخيارات	الغرض
1	الوفيات التي حدثت داخل الأسرة خلال 12 شهرا الأخيرة	. عدد الوفيات . العمر عند الوفاة . جنس المتوفى . سبب الوفاة	كل شخص كان عضوا في الأسرة وقت الوفاة
2	وفيات النساء في العمر 10 إلى 49 سنة	. عدد النساء المتوفيات . العمر عند الوفاة . حامل (نعم أو لا) . توفيت أثناء الحمل (نعم أو لا) . توفيت في الشهرين المواليين لنهاية الحمل (نعم أو لا)	كل امرأة عضو في الأسرة تبلغ من العمر 10 إلى 49 سنة و وفيت في الأسرة
3	المواليد الأحياء لكل امرأة في السن 10 سنوات أو أكثر	. عدد الأطفال الذين ولدوا أحياء (ذكورا و إناثا) . عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة (ذكورا و إناثا)	كل امرأة تقيم في الأسرة تبلغ من العمر 10 سنوات أو أكثر

وقد تم تحديد استخدامات هذه المتغيرات المختلفة كما يلي:

- يقيس السؤال المتعلق بالوفيات التي حدثت خلال 12 شهرا الأخيرة حسب الجنس قياسا مباشرا لمعدل الوفيات حسب العمر.
- يمكن السؤال المتعلق بالنساء البالغات من العمر 10 إلى 49 سنة المتوفيات خلال الولادة أو الحمل أو بعد نهاية الحمل من تقدير وفيات الأمهات.
- يمكن السؤال المتعلق بالأطفال (الأطفال المولودون أحياء و الباقون على قيد الحياة مرتبين حسب الجنس و حسب عمر الأم) من تقدير وفيات الأطفال دون سن الخمسة تقديرا غير مباشر.

و نعرض فيما يلي المؤشرات المستخرجة من هذه التقديرات المختلفة (مباشرة أو غير مباشرة):

المعدل الخام للوفيات: يعرف بأنه هو عدد الوفيات لكل 1000 من السكان خلال سنة واحدة. يعطي هذا المؤشر نبذة عن حجم الوفيات المسجلة في مجتمع معين خلال سنة، بغض النظر عن عمر و جنس الشخص المتوفى. و يتم الحصول عليه بقسمة مجموع الوفيات التي حدثت خلال سنة معينة على متوسط عدد السكان لبلد ما خلال هذه السنة و ذلك بضرب النسبة المحصول عليها في 1000.

معدل الوفيات الخاص atx (أو معدل الوفيات حسب فئات العمر): هو عدد الوفيات لكل 1000 شخص لفئة عمرية معينة. ويستمد هذا المعدل من البيانات التجريبية.

نسبة الوفاة حسب فئة العمر (aqx): هو متوسط عدد الوفيات التي حدثت بين العمر x و $x+1$ من بين الأشخاص الذين وصلوا للعمر x أو نسبة الأفراد الذين عاشوا حتى العمر x لكن توفوا قبل أن يصلوا إلى العمر $x+1$ أو بعبارة أخرى احتمال الوفاة قبل بلوغ العمر $x+1$ للأشخاص البالغين العمر x سنة. يتم حساب معدلات الوفيات الخاصة من بيانات التعداد أولاً ثم يتم بعد ذلك استخلاص نسب الوفيات منها، لتستخرج من هذه النسب جداول الوفاة، التي تأخذ كأصل للجداول مضاعفات عشرية (غالباً 100.000) لحساب الباقيين I_x على قيد الحياة و الوفيات $d(x, x+a)$ و أمل الحياة لمختلف الأعمار (e_x).

نسبة وفيات الرضع (1q0): هي احتمال موت طفل ولد حياً قبل إتمامه لعامه الأول. و يعبر عنها غالباً بمعدل وفيات الرضع (TMI).

نسبة وفيات الأطفال (4q1): هي احتمال وفاة طفل ما بعد ما أكمل عامه الأول وقبل أن يكمل عامه الخامس. وتحسب في الغالب عن طريق أخذ فوج من الأطفال عند الميلاد (أو أخذ فوج مفترض من جدول الوفيات).

نسبة وفيات الرضع و الأطفال (5q0): هي احتمال وفاة طفل ما ولد حياً قبل إكماله لعامه الخامس.

أمل الحياة عند الميلاد (e_0): هو العدد المتوسط من السنوات التي يمكن أن يعيشها طفل ما ولد حياً خلال سنة البحث. إذا طبق عليه معدل الوفاة الملاحظ خلال سنة البحث في كل الأعمار. وبعبارة أخرى إذا توقفت أعمار كل السكان المعنيين. ويستخلص هذا المؤشر من جداول الوفيات.

الولادة الحية: يقصد بالولادة الحية حسب تعريف منظمة الصحة العالمية كل ولادة ظهرت عليها بعد خروجها من جسم الأم أي علامة من علامات الحياة كالصراخ أو البكاء أو التنفس أو نبض للقلب أو الحركة.

الاختلاف المتوسط: هو العدد المتوسط للأطفال المولودين أحياء لكل امرأة. ويحسب لمجموعة من النساء بقسمة مجموع الولادات الحية لهذه النسوة على عددهن.

نسبة وفيات الأمهات: يدعى عادة معدل وفيات الأمهات (TMM): هو عدد وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية.

وفيات الأمومة: يعرف بأنه وفاة الأم أثناء الحمل أو أثناء الولادة أو خلال 42 يوماً التي تلت الولادة مهما كانت مدة الحمل أو مكانه بسبب أي شيء نتج عن الحمل أو أدى الحمل إلى مضاعفته أو كان بسبب علاجه مع استثناء الموت بسبب الحوادث أو الموت العرضي.

2.2 نوعية البيانات المجموعة

يعترض تحليل الوفيات في الدول النامية مثل موريتانيا العديد من المشاكل و من بينها النقص الكبير في التصريح بالوفيات (الإغفال المقصود و عدم الدقة في تقدير الأعمار وعدم دقة تاريخ الوفاة. إلخ). وكذلك نفس الشيء بالنسبة للأطفال، فالكثير من المعلومات المتعلقة بحياة الأطفال غالباً ما تكون عرضة للنسيان الناتج في الغالب عن أن بعض الأطفال يموتون حديثي الولادة ولا يتم التصريح بذلك (نسيان الآباء عدم التذكر...). إضافة إلى ذلك فإن الأسئلة تطرح على رب الأسرة أو من ينوب عنه وقد لا يصرح هذا بالعدد الدقيق للمواليد الأحياء للمرأة أو الباقيين منهم على قيد الحياة.

نتيجة لهذه الأسباب فقد تم القيام بتقديرات غير مباشرة انطلاقاً من تقييم نتائج بيانات الوفيات وذلك لغرض إعداد الجداول-النمذجية للوفيات. و جداول الوفيات التي اعتمدت لتقدير البنية الأفضل للوفيات في موريتانيا هي النموذج الشمالي "لكول و ديمني". و قد سمح تطبيق هذا النموذج على البيانات المجموعة من طرف التعداد العام للسكان و المساكن 2013 بتقدير وفيات

الرضع من جهة و جداول الوفيات في موريتانيا من جهة أخرى حسب الجنس و وسط الإقامة. وقد تم إعداد خمس جداول نموذجية.

ومن جهة أخرى تم الاقتصار في التقديرات على المستوى الوطني نتيجة لغياب بعض المعطيات المتعلقة بالمستوى الجهوي ونتيجة لعدم معرفة النموذج المناسب لتقدير جزء معين من السكان.

3. مستوى الوفيات و بنيتها

1.3 الوفيات العامة

يمكن تحديد المستوى العام للوفيات عن طريق المعدل الخام للوفيات و أمل الحياة عند الميلاد. عندما يكون معدل الوفيات الخاص مقدرا بمعدل الوفيات حسب فئات العمر و أمل الحياة عند الميلاد. فإن المؤشرات المذكورة لاحقا تكون محتواة في جداول الحياة.

1.1.3 مستوى الوفيات الإجمالي

يستخلص من نتائج التعداد العام للسكان و المساكن 2013 أنه من بين كل 1000 ساكن يموت حوالي 11 شخصا سنويا، أي ما يساوي معدل وفيات خام قدره 10.9 ‰ على المستوى الوطني. وهذا المعدل يقل عما هو مسجل في التعداد العام للسكان و المساكن سنة 2000 (11.6 ‰). و هذا المعدل أعلى عند الذكور (11.3 ‰) منه عند الإناث (10.4 ‰). و هذه المعدلات هي كذلك أقل من تلك المسجلة سنة 2000 (12.0 ‰ و 11.1 ‰ على الترتيب).

الجدول 2: معدل الوفيات الخام في التعداد العام للسكان و المساكن 2013 حسب ووسط الإقامة (‰)

الوسط السكاني	الجنس		المجموع
	الذكور	الإناث	
الوسط الحضري	10.4	10.2	10.3
الوسط الريفي	12.5	10.9	11.6
الوسط البدوي	06.3	05.6	06.0
المجموع	11.3	10.4	10.9

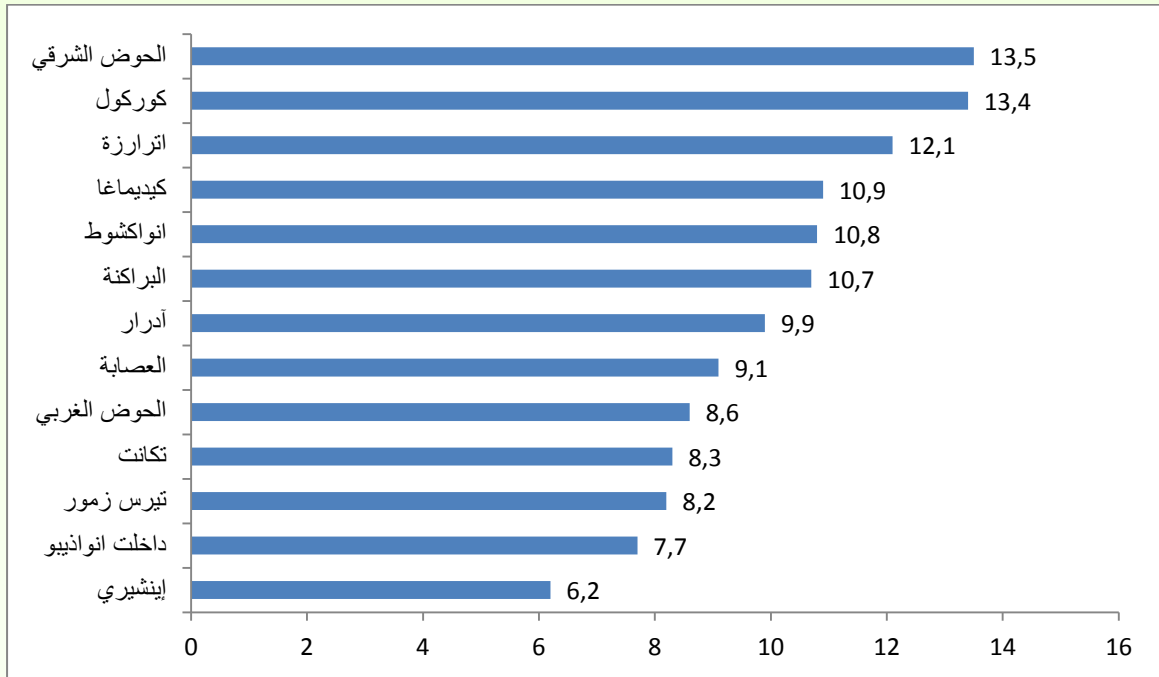
إذا تمت المقارنة انطلاقا من الجدول 2 فإن معدل الوفيات الخام هو 11.6 ‰ في الوسط الريفي مقابل 10.3 ‰ في الوسط الحضري.

يمكن تحديد المستوى العام للوفيات عن طريق المعدل الخام للوفيات و أمل الحياة عند الميلاد. ولا تتأثر البنية حسب الجنس بوسط الإقامة فهذا المؤشر أكثر ارتفاعا في الوسط الريفي منه في الوسط الحضري. وفي المقابل فمعدل الوفيات الخام قليل جدا في الوسط البدوي الشيء الذي يمكن تفسيره بقلّة عدد سكان الوسط البدوي (أقل من 2 ‰ من مجموع السكان) ونقص تقدير العام لهذه الظاهرة المدروسة حول مجموع السكان. وتظهر التغيرات المختلفة للوفيات في الولايات ثلاث مجموعات متميزة (الرسوم 1). فالمعدل الخام للوفيات في ولايات الحوض الشرقي و كوركول و اترارزة هو الأكثر ارتفاعا على المستوى الوطني في حين أن هذا المعدل في ولايات العصابة و آدرار و داخلت انواذيبو و تكانت و تيرس زمور أقل من المعدل الوطني و في المقابل هو قريب من المعدل الوطني في كل من انواكشوط و كيديماغا و البراكنة.

و على ما يبدو فإن المعدل المسجل في الحوض الغربي متحيزا إذ أن الوضعية الاجتماعية و الصحية في الحوضين لا تبدي اختلافا كبيرا بين الولايتين (خاصة وفيات الرضع و وفيات الرضع و الأطفال) مما ينتج عنه معدل وفاة متباعد بينهما. و كذلك نفس الشيء في ولاية إينشيري (6%) فإن معدل الوفاة تم تقديره بشكل ناقص.

تم تسجيل معدل وفيات مماثل لمستوى الوفيات المتوسط في البلاد في مدينة انواكشوط مما يعكس سلوك السكان في البحث عن علاج أفضل المتجمع في هذه المدينة. وهذه المدينة كغيرها من المدن الإفريقية تشكل أفضل مكان يتوفر فيه أعلى مستوى تقني في النظام الصحي للبلاد و ما يقدمه من علاجات مختلفة. وهذه الوضعية تجذب غالبية السكان للبحث

الشكل 1: الوفيات حسب الولاية التعداد العام للسكان و المساكن 2013



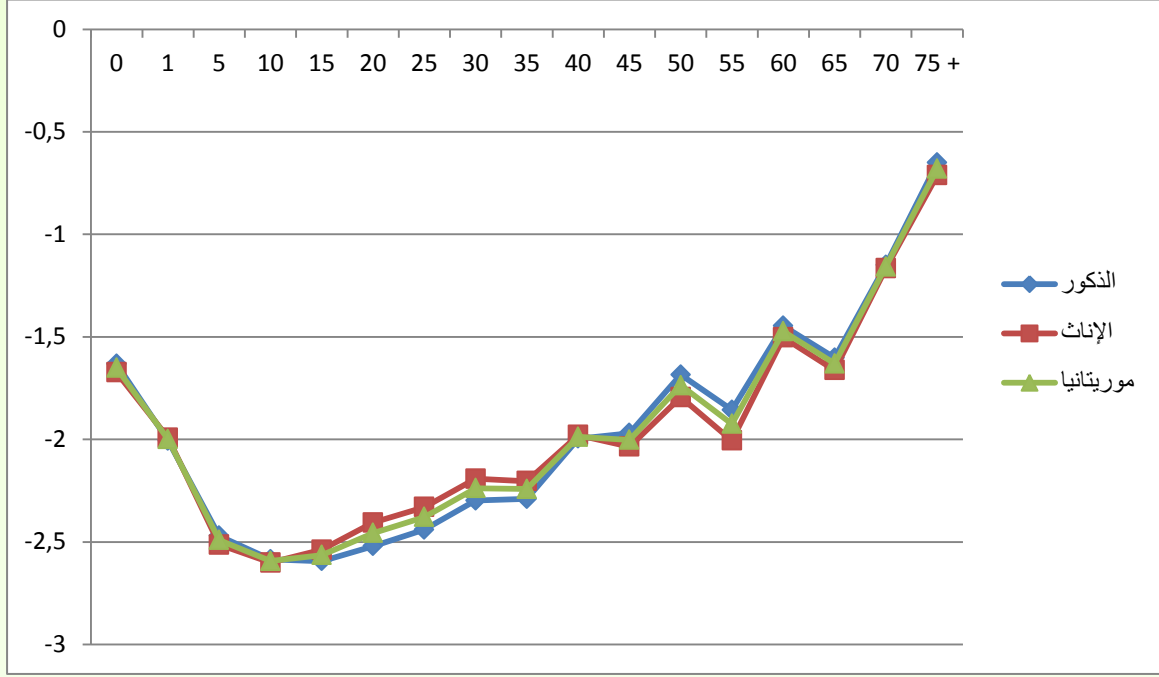
عن أفضل مكان للعلاج و ينتج عن ذلك تسجيل عدد لا يستهان به من الوفيات في المستشفيات (تجمع أكثر الأمراض خطيرة في مستشفيات انواكشوط). و للتغلب على انعكاس هذه الحالة فإنه من بين أمور أخرى لا بد من تحسين الظروف التقنية للمستشفيات الجهوية و توفير مختلف العلاجات مما يمكن من تخفيف الضغط على مدينة انواكشوط.

2.1.3 بنية الوفيات حسب الجنس و العمر

معدل الوفيات العام مؤشر لا يكس بنية الوفيات، لهذا من الضروري تحليل عدة معدلات حسب العمر. فتطور عدة نسب وفيات من جداول الوفيات حسب الجنس يظهر في الغالب أن الرجال أكثر عرضة لاحتمال الوفاة عند الميلاد من النساء وكذلك نفس الاتجاه عند البالغين فمن الملاحظ ارتفاع الوفيات عند الرجال في فئات الأعمار المرتفعة (50 سنة فأكثر).

هذا الاتجاه هو اتجاه مشابه لبيانات الدول السائرة في طريق النمو التي تتميز بمعدل وفيات رضع مرتفع يتناقص تدريجيا نحو مستوى منخفض حوالي الفئة 10-15 سنة ثم يزداد تدريجيا في الأعمار المتقدمة.

الشكل 2: بنية الوفيات في موريتانيا حسب الجنس إبان التعداد العام للسكان و المساكن 2013



3.1.3 أمل الحياة عند الميلاد

يمكن أمل الحياة عند الميلاد من إعطاء جواب على السؤال "كم منا الزمن نأمل أن نعيش قبل الممات؟" عند كل الأعمار انطلاقا من جداول الوفيات.

تظهر جداول الوفيات في موريتانيا أن أمل الحياة عند الميلاد هو 60.3 سنة، (58.3 للذكور و 61.8 للإناث) أي بفارق قدره 3.5 سنوات لصالح النساء. وهذه الحالة عامة في جميع دول العالم وتفسر بالوفيات المختلفة حسب الجنس عند الأطفال وهذا الاتجاه ينقلب في الغالب لغير صالح الرجال في الأعمار المتقدمة.

نلاحظ إذا أخذنا في الاعتبار وسط الإقامة أن أمل الحياة عند الميلاد في الوسط الحضري أكثر منه في الوسط الريفي (62.2 مقابل 57.6 سنة)، أي بفارق قدره 4.6 سنوات. و هو كذلك أكثر انخفاضا في الوسط البدوي (54.2 سنة) وذلك نتيجة الظروف المناخية و البيئية القاسية في هذا الوسط.

لم يتم حساب مؤشر أمل الحياة على مستوى الولاية لأسباب تقنية بالكامل (الصعوبات المتعلقة بتحديد اتجاه الوفيات حسب الولاية وقلة عدد السكان في بعض الولايات حيث أن عدة ولايات يقل سكانها عن 100.000 نسمة (آدرار و تكانت و تيرس زمور و إينشيري) .. إلخ).

2.3 وفيات الأطفال دون سن الخامسة

يعتبر مستوى معدل وفيات الأطفال من أهم المؤشرات التي تقيس مدى نمو بلد ما. لهذا فإن معرفة وفيات الأطفال ضرورية ليست فقط للمختصين في مسائل السكان بل للمسؤولين عن وضع برامج الصحة و التنمية الاجتماعية و الاقتصادية. وقد تم لهذا الغرض جمع بيانات تتعلق بوفيات الأطفال إبان التعداد العام للسكان و المساكن 2013 خاصة عدد الأطفال الذين ولدوا أحياء و

الباقين منهم على قيد الحياة. و كما تم ذكره في الفقرة الخاصة بتقييم البيانات فإن هناك نقصا في تسجيل الأحداث خاصة نسيان الأطفال الذين ماتوا بعد ميلادهم أو الذين ماتوا صغارا. فسوء التصريح بالعمر عند الوفاة و كذلك عدم دقة تاريخ الوفاة هي الأسباب الأساسية للفجوات المرتبطة بهذه البيانات. لهذه الأسباب تم القيام بتقديرات حسب طريقة "براس" انطلاقا من نسب وفيات وولادات أطفال النساء في الفئة العمرية 25-29 سنة وذلك باستخدام نموذج الشمال لجدول " كول وديميني" (برنامج مورت باك).

يستنتج من النتائج المحتواة في الجدول 4 أن احتمال الوفاة بين الميلاد و الذكرى الأولى للميلاد قد تم تقديره ب 72 %، مما يعني أنه من بين كل 1000 طفل يولدون أحياء يموت 72 طفلا قبل إكمالهم لعامهم الأول (وفيات الرضع). أما وفيات الأطفال أو احتمال الوفاة بين الذكرى الأولى و الذكرى الخامسة للميلاد فيقدر ب 46 %. وبصورة عامة فإن احتمال الوفاة بين الميلاد و الذكرى الخامسة هو 115 %: أي أن أكثر من طفل واحد من كل عشرة أطفال يموت قبل سن الخامسة.

أما فيما يخص الجنس فإننا نلاحظ وفيات أكثر عند الذكور منها عند الإناث كما هو الحال عند غالبية البلدان: فنسبة الوفاة بين الميلاد و الذكرى الخامسة له عند الذكور تقدر 125 % أي أنها أكثر بحوالي 21% منها عند الإناث (103 %) خلال السنة الأولى وذلك بالنسبة للرضع أما الأطفال الذكور (78%) فهي أكثر من الفتيات (66%) بمقدار 18%. و هذا الفارق يقدر ب 27% بين الذكرى الأولى و الخامسة للميلاد (51 % للذكور مقابل 40% للإناث).

الجدول 4: نسب وفيات الرضع (في %) و الأطفال و الرضع و الأطفال حسب الجنس و الوسط السكني و المستوى التعليمي للأمم، التعداد العام للسكان و المساكن 2013.

الخصائص	وفيات الرضع	وفيات الأطفال	وفيات الرضع و الأطفال
جنس الطفل			
ذكر	78	51	125
أنثى	66	40	103
الوسط السكني			
الحضر	69	43	109
الريف	74	47	118
البدو	82	55	132
مستوى الأم التعليمي			
بدون مستوى نظامي	81	79	154
ابتدائي	79	52	127
ثانوي فأعلى	65	39	101
المجموع	72	46	115

أما فيما يخص وسط الإقامة فحظ الطفل في البقاء على قيد الحياة فهو أحسن في الحضر من حظ إخوته في الريف إذ يموت 69 طفلا من كل 1000 في المدن قبل ذكرى ميلادهم الأولى مقابل 74 في القرى. وتلاحظ نفس الظاهرة بين ذكرى الميلاد الأولى و الخامسة وبين الميلاد و الذكرى الخامسة له. و من جهة أخرى فاحتمال الوفاة عند البدو أكثر ارتفاعا منه في الوسط الريفي مهما كان عمر الطفل. فهل تعكس هذه النتائج الظروف المعيشية القاسية لهذا الجزء من السكان؟

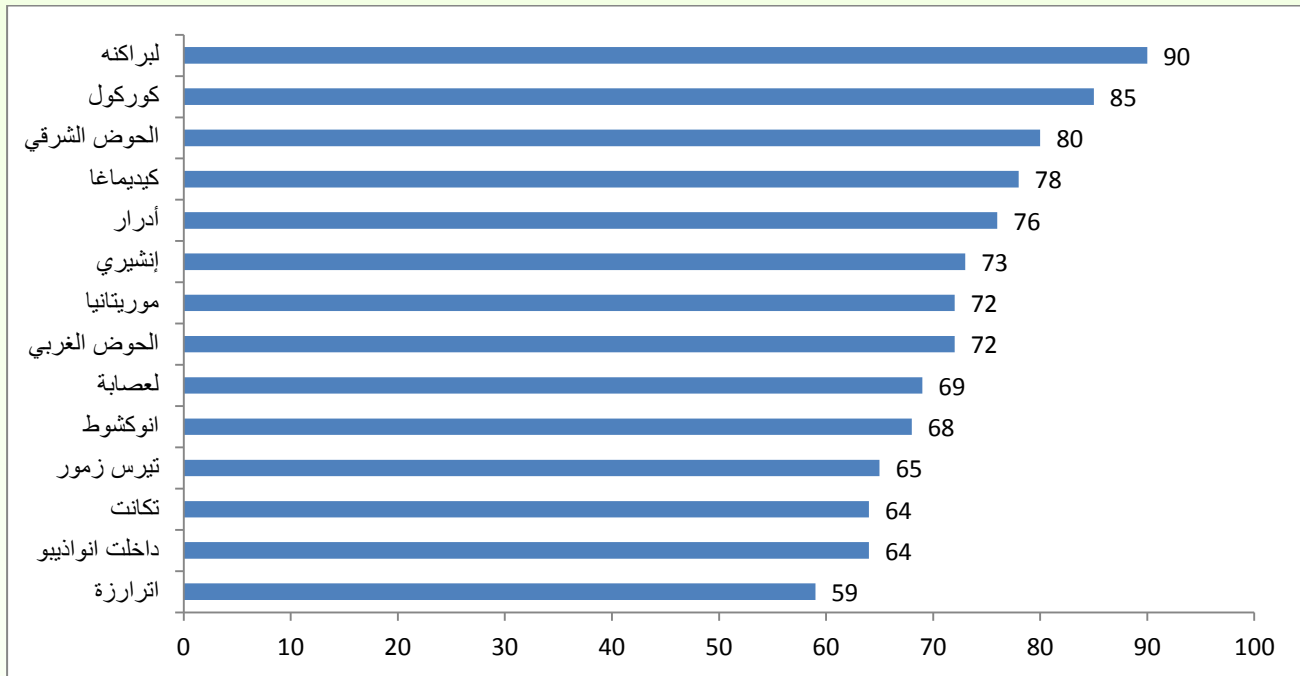
من المتفق عليه كأحد العوامل الاجتماعية أن المستوى التعليمي للآباء وخاصة الأم يحدد مستوى وفيات الأطفال الصغار فسلوك الأمهات الأكثر تعليما من العناية بالنظافة و معرفة أفضل بالحاجات الغذائية و الاستعداد لاستخدام الخدمات الصحية والاستخدام المناسب لتنظيم الأسرة يؤثر على مرضية و وفيات الرضع. لكن من الصعوبة بمكان معرفة أي من عاملي الأمية و المستوى التعليمي يعطي نتائج أفضل. فنتائج التعداد في 2013 تشير إلى أن مستوى الوفيات يقل كلما ارتفع مستوى تعليم الأم بصورة عامة في حين أن أطفال النساء ذوات المستوى الابتدائي على الأقل يتعرضون لاحتمال وفيات أقل بوضوح من أطفال اللاتي لم

يلتحق بالمدرسة أو يقتصر فقط على المدرسة القرآنية (نسبة 127% مقابل 154%). تنتقل وفيات الرضع والأطفال و الرضع من 81% و 79% على الترتيب عند غير المتعلقات إلى 65 و 39% عند ذوات المستوى الثانوي فما فوق. و يلاحظ نفس الاتجاه إبان تعداد 2000 حيث ينخفض مستوى الوفيات كلما ارتفع مستوى تعليم الأم.

1.2.3 تغير الوفيات المختلفة حسب الولاية

يستنتج من النتائج المتعلقة بالوفيات عدة حالات حسب الولايات. ففيما يخص وفيات الرضع فيتغير من 59% في اترارزة إلى 90% في لبراكنة. يوجد أكبر معدل لوفيات الرضع في كل من ولايات البراكنة (90%) و كوركول (85%) و الحوض الشرقي (80%) و كيديماغا (78%) و أدرار (76%) مقارنة بالمعدل الوطني وفي المقابل يوجد أقل معدل في كل من ولايات اترارزة (59%) و داخلت انواذيبو و تكانت (64%) و تيرس زمر (65%). أما ولايات الحوض الغربي (72%) و إينشيري (73%) ففيها مستوى مماثل للمستوى الوطني.

الشكل 3: نسب وفيات الرضع حسب الولاية التعداد العام للسكان و المساكن 2013



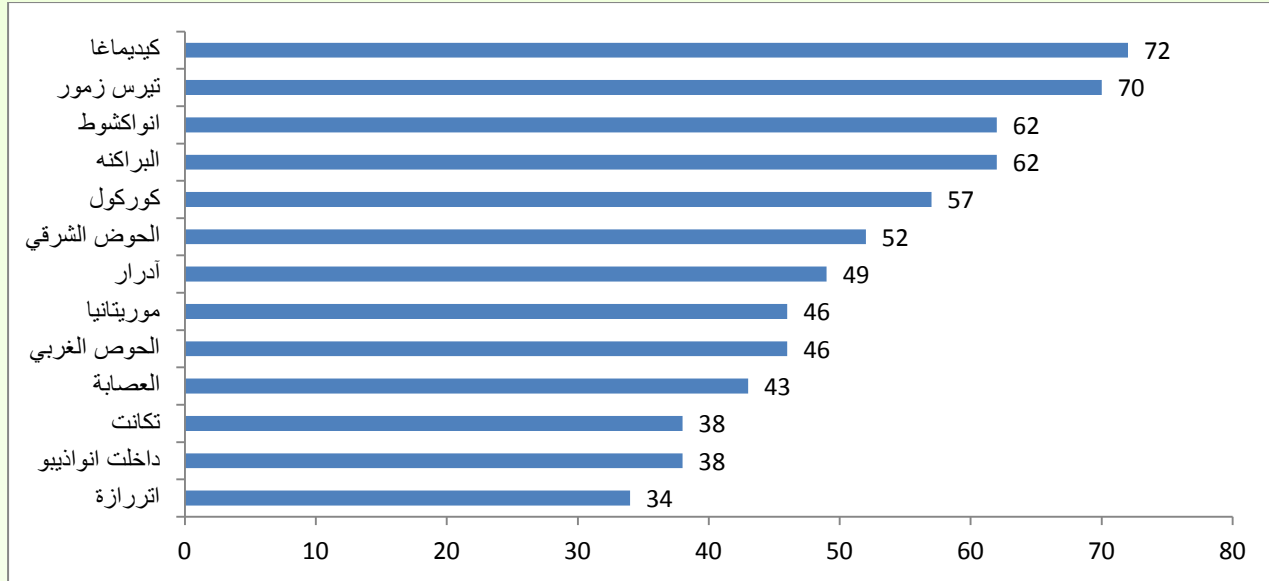
و على مستوى وفيات الأطفال فيتراوح هذا المعدل بين 34% في اترارزة و 72% في ولاية كيديماغا أما على المستوى الجهوي فقليل من الولايات تقع تحت المستوى الوطني وهي كل من اترارزة (34%) داخلت انواذيبو و تكانت (38%) و لعصابة (43%) و. وقد تمت ملاحظة أكبر مستوى وفيات في ولايات كيديماغا (72%) و تيرس زمر (70%) و انوكشوط (62%) و البراكنة (62%).

إذا نظرنا إلى احتمال الوفاة بين الميلاد و الذكرى الخامسة له فإننا نجد أن أربع ولايات فقط من بين الولايات الثلاث عشر عندها مستوى وفيات تحت المستوى الوطني و هي اترارزة (91%) داخلت انواذيبو و تكانت (100%) و لعصابة (109%). وقد تم تسجيل أكبر معدل في ولايات البراكنة (146%) و كيديماغا (144%) و كوركول (137%) و تيرس زمر (130%) و الحوض الغربي (128%).

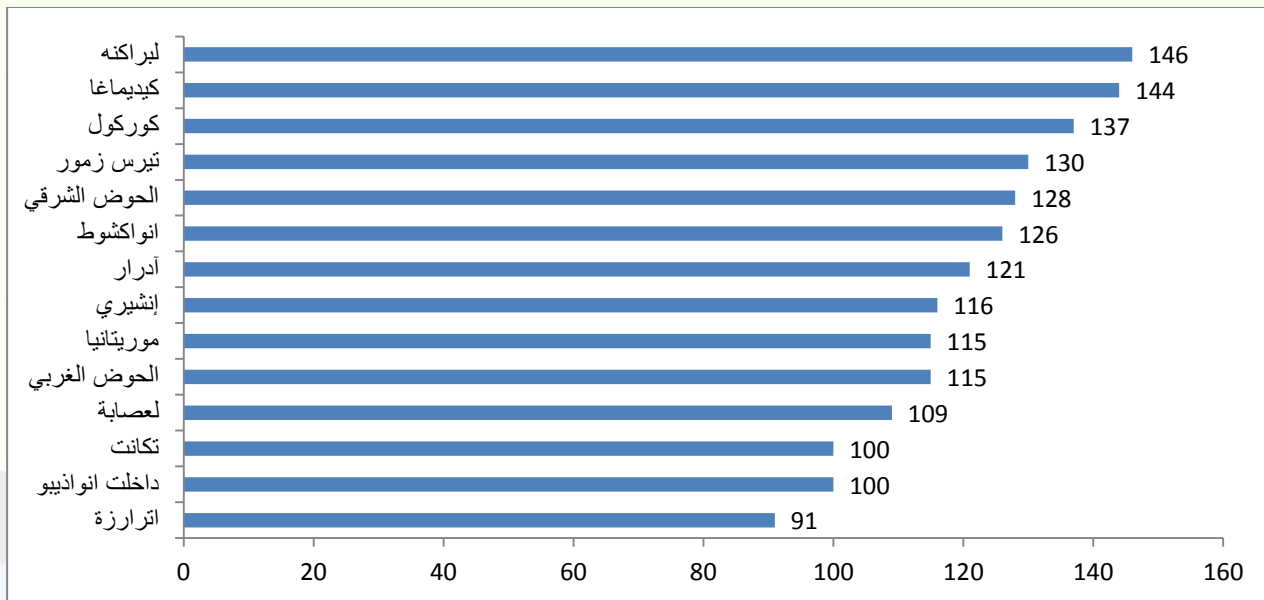
هل يوجد ترابط بين هذه النسب الثلاث (وفيات الرضع، وفيات الأطفال، وفيات الرضع والأطفال)؟ للإجابة على هذا السؤال يجب الحصول متغيرات تفسيرية عن مدى توفر العلاجات و الظروف الاجتماعية و الاقتصادية و البيئية في هذه الولايات قبل

استخلاص وجود ارتباط مؤكد من عدمه. يسمح القيام بتحليل عام بملاحظة أن هذه النسب الثلاث للوفيات داخل ولايات اترارزة و داخلت انواذيبو و تكانت هي الأكثر انخفاضاً في حين أنها هي الأعلى في ولايات كيديماغا و كوركول و البراكنة. وفي الأخير تعتبر ولايتي الحوض الغربي و إينشيري هي الأقرب للمستوى الوطني مهما كانت نسبة وفيات الأطفال المنظور إليها.

الشكل 4: نسبة وفيات الأطفال حسب الولاية في التعداد العام للسكان و المساكن 2013 في (%).



الشكل 5: نسب وفيات الرضع و الأطفال حسب الولاية التعداد العام للسكان و المساكن 2013 في (%).



2.2.3 تطور وفيات الأطفال

تبين مقارنة البيانات المستخرجة من مختلف المصادر اتجاهات وفيات الأطفال. تشير مختلف المصادر إلى انخفاض عام لوفيات الرضع بين 1988 و 2013. مع وجود عدم تناسق ظاهر كذلك بين هذه النتائج، لهذا فمنذ 1990 أي أكثر من عقدين من الزمن، تطورت وفيات الأطفال من 34 % إلى 46 % ، في حين أن وفيات الرضع انتقلت من 95 % إلى 72 %، و في نفس الفترة انتقلت وفيات الأطفال و الرضع من 137 % إلى 115 %، أي بانخفاض بطيء قدره 19 % فقط.

الجدول 5: اتجاه وفيات الأطفال

العمليات	وفيات الأطفال		
	الرضع	الأطفال	الرضع و الأطفال
التعداد العام للسكان و المساكن، 1988	124	66	-
المسح الموريتاني لصحة الأم و الطفل 1990-1991	95	46	137
التعداد العام للسكان و المساكن، 2000	82	34	116
المسح الديموغرافي و الصحي الموريتاني 2000-2001	74	46	116
المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2011	75	-	118
التعداد العام للسكان و المساكن، 2013	72	46	115

تترجم العلاقة "نسبة وفيات الأطفال قسمة على نسبة وفيات الرضع" البالغة 0.64 في سنة 2013 اختفاء مشاكل التغذية الشديدة عند الأطفال. وهذه النتيجة محصلة للجهود التي بذلت لتحسين التكفل بأمراض الطفولة و كذلك في مجالات التنمية الاقتصادية و الاجتماعية في البلاد. و الوضعية في كل من ولايتي تيرس زمور و كيديماغا تمثل الانعكاس الأقل لهذه الجهود: حيث تبلغ قيمة هذه العلاقة 1.08 و 0.92 على الترتيب.

3.3 وفيات الأمهات

تقيم وفيات الأمهات وفيات النساء خلال الحمل و أثناء الولادة و خلال 42 يوما التي تلي الولادة لسكان مرجعيين هم النساء في سن الإنجاب وبعبارة أخرى النساء في السن 15-49 سنة. يظهر تحليل معطيات وفيات الأمهات في الدول النامية وخاصة الإفريقية منها أن التصريح بوفيات النساء نتيجة لأسباب متعلقة بالأمومة يطرح كثير من المشاكل المتعلقة بالشمولية.

تنصب الأسئلة المتعلقة بوفيات النساء في عمر الإنجاب إبان التعداد العام للسكان و المساكن 2013 على حياة النساء البالغات من العمر 10-49 سنة المتوفيات أثناء الحمل أو خلال الولادة أو بعد الولادة. وقد قاد تقويم هذه المعطيات حسب العمر إضافة إلى المعطيات المتعلقة بالولادات إلى تقدير لوفيات الأمهات قدره 582 وفاة لكل 100.000 ولادة حية. لهذا فإننا نلاحظ انخفاضاً في معدل وفيات الأمهات بين 2011 و 2013 حيث انتقلت من (715 بالقياس المباشر و 626 بالقياس غير المباشر لكل 100.000 ولادة حية، المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2011) إلى 582 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية حسب بيانات التعداد العام للسكان و المساكن 2013.

ويبقى معدل وفيات الأمهات مرتعاً مع أنه قد تم تحسن في مستوى تغطية البنى التحتية الصحية و إعطاء الأولوية لخفض وفيات الأمهات و وفيات الأمهات حديثي العهد بالولادة في المخطط الوطني للتنمية الصحية 2012-2020. حيث تموت 582 امرأة سنوياً في موريتانيا أثناء القيام بالإنجاب. وهذه الوضعية يمكن الحد منها إذا عرفنا أن الأسباب الأساسية المؤدية لوفيات الأمهات في موريتانيا هي: النزيف (28%) و انخفاض الضغط (27%) و عسر الولادة (9%) و الالتهابات (5%) و الإجهاض

(4%) و فقر الدم (11%). و الأسباب الأخرى هي: الملا ريا و أمراض القلب و الأمراض الرئوية. و جميع هذه الأسباب يمكن التغلب عليها إذا تم الاستثمار في مكافحة هذه المسألة على جميع المستويات : الأسر و التجمعات المحلية و وضع سياسات و برامج حكومية لهذا الغرض.

تم تحديد عدة مجالات للعمل الحكومي ضمن السياسة السكانية في موريتانيا المراجعة سنة 2012 نذكر منها خاصة:

- إنشاء خلية للتنسيق من أجل وضع مخطط لتسريع إنجاز أهداف الألفية للتنمية المتعلقة بكل من وفيات الأمهات و الرضع.
- تقوية المصادر البشرية في مجال الصحة الإنجابية عن طريق بتوفير المختصين في الولايات تعاني من النقص.
- تنمية قدرات مقدمي الخدمات وخاصة مقدمي علاجات الصحة الإنجابية. تقوية المستوى التقني (التجهيزات، سيارات الإسعاف، بنوك الدم...).
- خفض الكلفة المالية للخدمات الصحية ليتمكن السكان المعنيون من الاستفادة منها (برنامج دعم الصحة الإنجابية، الروابط الصحية).
- تشجيع الأشخاص العاملين في المناطق النائية بإعطائهم علاوات تشجيعية.
- وضع برنامج للتعاون بين وزارة الصحة و منظمات المجتمع المدني (مقاربة تعاقدية).
- إنشاء أسبوع وطني للصحة الإنجابية تحت رعاية السيدة الأولى

فمن الضروري إذا تحسين مختلف المؤشرات التي تؤثر على هذه الوضعية، خاصة المتعلقة منها بالعلاجات المستعجلة للصحة الإنجابية، و استشارات ما قبل الولادة والإشراف على الولادة من طرف أشخاص مؤهلين (65%) إبان المسح العنقودي متعدد المؤشرات (2011)، و تنظيم الأسرة (11.4% حسب المصدر السابق)، و تلبية الحاجات غير الملباة من وسائل تنظيم الأسرة (31.1%) لإسناد الجهود المبذولة اليوم لإنقاذ حياة النساء.

الخلاصة

قمنا بتقديم الظرفية الوطنية و الدولية في الصفحات السابقة بالإضافة للمقاربة المنهجية المعتمدة و كذلك عرض عن نوعية البيانات. و النتائج التي تم الحصول عليها تعكس بصورة عامة الجهود المبذولة على المستويين المحلي و الدولي. كذلك فقد عرفت الوفيات انخفاضا منذ التعداد الأول 1977 حيث تم الحصول على بيانات شاملة، و قد تضاعفت قيمة هذا الانخفاض في نهاية التسعينات و ربما يكون ذلك ناتج عن البرامج الصحية التي تم وضعها في تلك الفترة. و مع عدم وجود بيانات على المستوى الجهوي في التعدادات السابقة فإنه يمكن الاعتقاد بأن انخفاض مستوى الوفيات في الولايات أكثر تباطؤا منه في العاصمة. وقد تواصل هذا التباطؤ بعد جهود اللامركزية التي حدثت سنة 1998. و تشير نتائج التعداد العام للسكان و المساكن 2013 إلى نقص عام في مستوى وفيات الأطفال كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمم.

فضلا عن مقارنة مستوى الوفيات بين الولايات يمكن القول إن البلاد تسير في اتجاه تماثل متزايد في نمط الحياة وتداخل في النظم الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية.

و مما لا شك فيه أن مستوى العلاج في المستشفيات يمثل وسيلة حقيقية لمكافحة الأمراض لكن يبقى تعميم العلاجات الصحية الأساسية و توعية السكان في مجال النظافة من المسائل ذات الأهمية القصوى في هذا المجال.

التوصيات:

- ضرورة الاستمرار في العمل من أجل توفير البنى التحتية الصحية و خاصة في المناطق الريفية
- توجيه توفير الخدمات الصحية تبعاً لحاجات الولايات
- توفير الخدمات الصحية القاعدية في كل عواصم البلديات و القرى كبيرة الحجم في البلاد.
- تشجيع مشاركة السكان في التكفل بصحتهم
- متابعة تشجيع تـمدرس الفتيات
- اعتبار الصحة جزءاً أساسياً في التنمية الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية.

الملاحقات:

الجدول:

الجدول 6: معدل الوفيات الخام (في ‰) حسب الولاية و الجنس

الولاية	الجنس		المجموع
	الذكور	الإناث	
الحوض الشرقي	15.1	11.9	13.5
الحوض الغربي	8.2	8.9	8.6
لعصابة	9.4	8.8	9.1
كوركول	13.3	13.5	13.4
البراكنة	12.3	9.3	10.7
اترارزة	13.2	11.1	12.1
أدرار	10.7	9.1	9.9
داخلت انواذيبو	7.2	8.4	7.7
تكانت	9.2	7.5	8.3
كيدماغا	11.3	10.5	10.9
تيرس زمور	7.9	8.5	8.2
إينشيري	5.5	7.4	6.2
انواكشوط	10.9	10.7	10.8
المجموع	11.3	10.4	10.9

الجدول 7: نسب وفيات الرضع و الأطفال و الرضع (في ‰) حسب الولاية

الولاية	نسب الوفيات		الرضع و الأطفال
	الرضع	الأطفال	
الحوض الشرقي	80	52	128
الحوض الغربي	72	46	115
لعصابة	69	43	109
كوركول	85	57	137
البراكنة	90	62	146
اترارزة	59	34	91
أدرار	76	49	121
داخلت انواذيبو	64	38	100
تكانت	64	38	100
كيدماغا	78	72	144
تيرس زمور	65	70	130
إينشيري	73	46	116
انواكشوط	68	62	126
المجموع	72	46	115

الجدول 8: نسب الوفيات ا (في ‰) حسب فئات العمر و الجنس

الفئة العمرية	الجنس		المجموع
	الذكور	الإناث	
1-0	23.3	21.2	22.3
4-1	9.9	10.2	10.0
9-5	3.4	3.1	3.2
14-10	2.6	2.5	2.6
19-15	2.5	2.9	2.7
2024	3.0	3.9	3.5
29-25	3.6	4.7	4.2
34-30	5.0	6.4	5.8
39-35	5.1	6.3	5.7
44-40	10.1	10.5	10.3
49-45	10.7	9.2	9.9
54-50	20.7	16.1	18.4
59-55	13.9	9.9	11.9
64-60	35.8	31.4	33.6
69-65	25.0	21.8	23.4
74-70	70.8	68.2	69.6
+75	223.7	194.3	208.9
المجموع	11.3	10.4	10.9

الجدول 8: أمل الحياة عند الميلاد حسب التعدادات الثلاث الأخيرة

التغيرات حسب الجنس	سنة التعداد العام للسكان و المساكن		
	1988	2000	2013
الذكور		56.9	58.3
الزيادة السنوية للذكور	-		0.1
الإناث		58.6	61.8
الزيادة السنوية للإناث	-		0.2
المجموع	48	57.7	60.3
متوسط الزيادة السنوية	-	0.8	0.2

جداول الوفيات في موريتانيا، التعداد العام للسكان و المساكن 2013.

مجموع السكان:

Age	m(x,n)	q(x,n)	l(x)	d(x,n)	L(x,n)	S(x,n)	T(x)	e(x)	a(x,n)
-	0.076	0.072	100,000	7,200	94,596	0.91	6,029,165	60.3	0.25
1	0.012	0.046	92,800	4,269	360,255	0.97	5,934,568	64.0	1.44
5	0.003	0.013	88,531	1,186	439,690	0.99	5,574,314	63.0	2.50
10	0.002	0.008	87,345	685.4	435,012	0.99	5,134,624	58.8	2.50
15	0.002	0.011	86,660	979.8	431,012	0.99	4,699,612	54.2	2.67
20	0.004	0.018	85,680	1,520	424,742	0.98	4,268,600	49.8	2.59
25	0.004	0.018	84,160	1,541	416,967	0.98	3,843,858	45.7	2.51
30	0.004	0.020	82,618	1,629	409,070	0.98	3,426,891	41.5	2.53
35	0.004	0.022	80,989	1,790	400,573	0.98	3,017,821	37.3	2.56
40	0.005	0.027	79,199	2,144	390,809	0.97	2,617,248	33.0	2.58
45	0.007	0.034	77,055	2,640	378,975	0.96	2,226,440	28.9	2.61
50	0.010	0.050	74,415	3,684	363,297	0.94	1,847,464	24.8	2.62
55	0.014	0.066	70,731	4,638	342,620	0.92	1,484,167	21.0	2.62
60	0.021	0.099	66,093	6,529	315,038	0.88	1,141,547	17.3	2.64
65	0.032	0.149	59,565	8,889	276,661	0.82	826,508	13.9	2.62
70	0.051	0.226	50,675	11,441	225,783	0.72	549,847	10.9	2.59
75	0.081	0.339	39,235	13,289	163,272	0.50	324,064	8.3	2.52
80	0.161	...	25,946	25,946	160,792	...	160,792	6.2	6.20

الذكور:

Age	m(x,n)	q(x,n)	l(x)	d(x,n)	L(x,n)	S(x,n)	T(x)	e(x)	a(x,n)
-	0.083	0.078	100,000	7,800	94,281	0.902	5,830,584	58.3	0.3
1	0.013	0.051	92,200	4,702	356,659	0.962	5,736,303	62.2	1.4
5	0.003	0.016	87,498	1,437	433,898	0.987	5,379,644	61.5	2.5
10	0.002	0.009	86,061	812	428,275	0.989	4,945,746	57.5	2.5
15	0.003	0.013	85,249	1,117	423,622	0.983	4,517,472	53.0	2.7
20	0.004	0.020	84,132	1,688	416,586	0.979	4,093,850	48.7	2.6
25	0.004	0.021	82,443	1,714	407,955	0.979	3,677,264	44.6	2.5
30	0.005	0.022	80,729	1,804	399,193	0.976	3,269,308	40.5	2.5
35	0.005	0.025	78,926	1,981	389,788	0.972	2,870,115	36.4	2.6
40	0.006	0.031	76,945	2,355	379,017	0.966	2,480,328	32.2	2.6
45	0.008	0.038	74,590	2,863	366,091	0.954	2,101,310	28.2	2.6
50	0.011	0.054	71,727	3,887	349,341	0.938	1,735,219	24.2	2.6
55	0.015	0.071	67,839	4,846	327,636	0.913	1,385,878	20.4	2.6
60	0.022	0.106	62,994	6,679	299,129	0.870	1,058,242	16.8	2.6
65	0.034	0.158	56,314	8,922	260,264	0.805	759,113	13.5	2.6
70	0.054	0.238	47,392	11,285	209,635	0.710	498,849.0	10.5	2.6
75	0.086	0.353	36,107	12,754	148,807	0.485	289,214	8.0	2.5
80	0.166	...	23,353	23,353	140,407	...	140,407	6.0	6.0

الإناث:

Age	m(x,n)	q(x,n)	l(x)	d(x,n)	L(x,n)	S(x,n)	T(x)	e(x)	a(x,n)
0	0.069	0.066	100,000	6,600	95,037	0.917970589	6,181,610	61.8	0.2
1	0.010	0.040	93,400	3,736	363,948	0.969459385	6,086,573	65.2	1.4
5	0.003	0.015	89,664	1,341	444,968	0.987808406	5,722,625	63.8	2.5
10	0.002	0.009	88,323	829	439,543	0.989751623	5,277,657	59.8	2.5
15	0.002	0.012	87,494	1,006	435,038	0.987115962	4,838,114	55.3	2.6
20	0.003	0.014	86,488	1,237	429,433	0.984531747	4,403,076	50.9	2.6
25	0.003	0.017	85,251	1,414	422,791	0.982338346	3,973,643	46.6	2.6
30	0.004	0.019	83,837	1,576	415,323	0.979862528	3,550,853	42.4	2.5
35	0.004	0.022	82,262	1,786	406,960	0.975849716	3,135,529	38.1	2.6
40	0.005	0.027	80,476	2,156	397,132	0.971151326	2,728,569	33.9	2.6
45	0.006	0.031	78,320	2,455	385,675	0.963363415	2,331,438	29.8	2.6
50	0.009	0.043	75,865	3,256	371,545	0.950444269	1,945,763	25.6	2.6
55	0.012	0.058	72,609	4,178	353,133	0.929117374	1,574,218	21.7	2.6
60	0.018	0.087	68,431	5,982	328,102	0.890036088	1,221,085	17.8	2.7
65	0.029	0.137	62,448	8,567	292,023	0.827560704	892,983	14.3	2.6
70	0.048	0.215	53,881	11,568	241,666	0.735602522	600,961	11.2	2.6
75	0.077	0.325	42,313	13,742	177,770	0.505223608	359,294	8.5	2.5
80	0.157	...	28,571	28,571	181,524	...	181,524	6.4	6.4

الوسط الحضري:

Age	m(x,n)	q(x,n)	l(x)	d(x,n)	L(x,n)	S(x,n)	T(x)	e(x)	a(x,n)
0	0.073	0.069	100,000	6,900	94,762	0.914	6,223,103	62.2	0.241
1	0.011	0.043	93,100	4,003	362,173	0.970	6,128,341	65.8	1.445
5	0.002	0.010	89,097	902	443,230	0.992	5,766,169	64.7	2.500
10	0.001	0.006	88,195	537	439,632	0.993	5,322,938	60.4	2.500
15	0.002	0.009	87,658	805	436,426	0.988	4,883,306	55.7	2.687
20	0.003	0.015	86,852	1,316	431,109	0.984	4,446,880	51.2	2.604
25	0.003	0.016	85,536	1,331	424,373	0.984	4,015,771	46.9	2.515
30	0.003	0.017	84,205	1,414	417,536	0.982	3,591,397	42.7	2.532
35	0.004	0.019	82,791	1,554	410,164	0.979	3,173,861	38.3	2.559
40	0.005	0.023	81,238	1,876	401,660	0.974	2,763,697	34.0	2.586
45	0.006	0.030	79,361	2,350	391,224	0.964	2,362,038	29.8	2.625
50	0.009	0.044	77,011	3,402	376,983	0.949	1,970,813	25.6	2.627
55	0.012	0.059	73,609	4,335	357,765	0.927	1,593,830	21.7	2.629
60	0.019	0.090	69,274	6,267	331,625	0.887	1,236,065	17.8	2.647
65	0.030	0.139	63,007	8,735	294,317	0.828	904,440	14.4	2.628
70	0.047	0.212	54,272	11,479	243,800	0.739	610,122	11.2	2.599
75	0.076	0.322	42,793	13,773	180,053	0.508	366,323	8.6	2.538
80	0.156	...	29,020	29,020	186,270	...	186,270	6.4	6.419

الوسط الريفي:

Age	m(x,n)	q(x,n)	l(x)	d(x,n)	L(x,n)	S(x,n)	T(x)	e(x)	a(x,n)
0	0.08	0.07	100,000	7,400	94,613	0.91	5,757,513	57.6	0.27
1	0.01	0.05	92,600	4,352	359,100	0.96	5,662,900	61.2	1.40
5	0.00	0.02	88,248	2,126	435,924	0.98	5,303,799	60.1	2.50
10	0.00	0.01	86,122	1,202	427,603	0.99	4,867,876	56.5	2.50
15	0.00	0.02	84,920	1,365	421,277	0.98	4,440,272	52.3	2.57
20	0.00	0.02	83,555	1,650	413,759	0.98	4,018,995	48.1	2.57
25	0.00	0.02	81,905	1,873	404,937	0.98	3,605,236	44.0	2.55
30	0.01	0.03	80,032	2,092	395,029	0.97	3,200,300	40.0	2.55
35	0.01	0.03	77,940	2,341	383,969	0.97	2,805,270	36.0	2.55
40	0.01	0.04	75,599	2,671	371,442	0.96	2,421,302	32.0	2.55
45	0.01	0.04	72,928	2,922	357,534	0.95	2,049,860	28.1	2.57
50	0.01	0.05	70,006	3,684	341,180	0.94	1,692,326	24.2	2.60
55	0.01	0.07	66,322	4,666	320,493	0.91	1,351,145	20.4	2.62
60	0.02	0.10	61,656	6,442	293,041	0.87	1,030,652	16.7	2.63
65	0.03	0.16	55,214	8,833	255,050	0.80	737,611	13.4	2.62
70	0.06	0.24	46,381	11,326	204,465	0.70	482,561	10.4	2.58
75	0.09	0.36	35,055	12,565	144,000	0.48	278,096	7.9	2.51
80	0.17	...	22,491	22,491	134,096	...	134,096	6.0	5.96

الوسط البدوي:

Age	m(x,n)	q(x,n)	l(x)	d(x,n)	L(x,n)	S(x,n)	T(x)	e(x)	a(x,n)
0	0.087	0.082	100,000	8,200	94,227	0.89650456	5,423,140	54.2	0.3
1	0.014	0.055	91,800	5,049	354,025	0.95194107	5,328,912	58.0	1.4
5	0.007	0.032	86,751	2,818	426,710	0.97466328	4,974,887	57.3	2.5
10	0.004	0.018	83,933	1,506	415,898	0.98128997	4,548,178	54.2	2.5
15	0.004	0.020	82,426	1,642	408,117	0.97801544	4,132,279	50.1	2.6
20	0.005	0.024	80,784	1,959	399,145	0.9738553	3,724,162	46.1	2.6
25	0.006	0.028	78,825	2,209	388,709	0.96993559	3,325,018	42.2	2.5
30	0.007	0.032	76,616	2,466	377,023	0.96554568	2,936,309	38.3	2.5
35	0.008	0.037	74,150	2,731	364,033	0.96055881	2,559,286	34.5	2.5
40	0.009	0.042	71,418	3,007	349,675	0.95582809	2,195,253	30.7	2.5
45	0.010	0.047	68,412	3,203	334,229	0.94730696	1,845,579	27.0	2.6
50	0.012	0.060	65,209	3,910	316,617	0.93101409	1,511,350	23.2	2.6
55	0.017	0.080	61,299	4,904	294,775	0.90329579	1,194,732	19.5	2.6
60	0.025	0.117	56,394	6,608	266,269	0.85581684	899,957	16.0	2.6
65	0.039	0.177	49,787	8,799	227,878	0.78275587	633,687	12.7	2.6
70	0.061	0.266	40,988	10,887	178,373	0.68170971	405,810	9.9	2.6
75	0.095	0.383	30,101	11,515	121,598	0.46535358	227,437	7.6	2.5
80	0.176	...	18,586	18,586	105,839	...	105,839	5.7	5.7

معدل الوفيات الخام:

البيان	الوفيات	السكان	معدل الوفيات الخام في 1000
الذكور	19705	1743074	11.3
الإناث	18747	1794294	10.4
الوسط السكاني			
الحضر	17563	1710103	10.3
الريف	20491	1760937	11.6
البدو	397	66328	6.0
الولاية			
الحوض الشرقي	5794	430,668	13.5
الحوض الغربي	2518	294,109	8.6
لعصابة	2960	325,897	9.1
كوركول	4498	335,917	13.4
البراكنة	3345	312,277	10.7
اترارزة	3302	272,773	12.1
أدرار	617	62,658	9.9
داخلت انواذيبو	954	123,779	7.7
تكانت	674	80,962	8.3
كيدماغا	2912	267,029	10.9
تيرس زمور	435	53,261	8.2
إينشيري	122	19,639	6.2
انواكشوط	10320	958,399	10.8
المجموع	38451	3,537,368	10.9

قائمة المراجع

- إدارة الإحصاءات و المحاسبة الوطنية (1977): التعداد العام للسكان؛
- إدارة الإحصاءات و المحاسبة الوطنية (1981): المسح الوطني الموريتاني حول الخصوبة، نواكشوط -موريتانيا؛
- إدارة الإحصاءات الديموغرافية (1988): التعداد العام للسكان و المساكن؛
- المكتب الوطني للإحصاء (2000): التعداد العام للسكان و المساكن؛
- المكتب الوطني للإحصاء (2000): المسح الديموغرافي و الصحي في موريتانيا؛
- المعهد الوطني للإحصاء و التحليل الاقتصادي: التعداد العام للسكان و المساكن، الطبعة 2، حركية السكان. كوتونو- بنين
- المكتب الوطني للإحصاء (2004): المسح الوطني حول وفيات الأطفال و الملاريا؛
- BUCREP (2005): الولادات و الخصوبة في التعداد العام للسكان و المساكن في الكاميرون، المجلد 2، الطبعة 07؛
- المكتب الوطني للإحصاء (2008): المسح الدائم حول الظروف المعيشية للسكان؛
- المكتب الوطني للإحصاء (2011): المسح العنقودي متعدد المؤشرات؛

