



المجتمع العربي: مجموعة الإحصاءات الاجتماعية

العدد الثاني عشر



الأمم المتحدة

الإسكوا
ESCWA

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

المجتمع العربي
مجموعة الإحصاءات الاجتماعية

العدد 12

الأمم المتحدة

Distr.
GENERAL

E/ESCWA/SD/2015/4
1 December 2015
ARABIC
ORIGINAL: ENGLISH

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

المجتمع العربي
مجموعة الإحصاءات الاجتماعية

العدد 12

الأمم المتحدة
نيويورك، 2015

UNITED NATIONS PUBLICATION
E/ESCWA/SD/2015/4
e-ISBN-978-92-1-057623-9
15-00506

ومنظمة الصحة العالمية، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، والبنك الدولي. وتركزت الجهود على الاعتماد في هذه المطبوعة، ما أمكن، على البيانات الواردة من البلدان الأعضاء، بينما استُبعد من البيانات ما تبين أنه غير مكتمل أو غير موثوق. والشكر للأجهزة الإحصائية الوطنية لما قدمته من بيانات أساسية لإعداد هذه المادة.

وحرصاً على إفساح المجال للإطلاع على هذا العدد، لا يقصد له أن يكون وثيقة مرجعية لواضعي السياسات والمسؤولين فقط، بل مادة تقدّم صورة وافية عن واقع المنطقة الاجتماعي والاتجاهات فيها للقراء المهتمين من أكاديميين، وطلاب، والصحافيين، والجمهور عموماً.

وقد شارك في إعداد هذا العدد من مجموعة الإحصاءات الاجتماعية مروان خواجه (السكان)، وإسماعيل لبد (العمل)، وروميش سيلفا (الأسر المعيشية والعائلات)، وسكينة النصراوي (التعليم والفقير)، وزينة سنو (الصحة)، ورافي شيرينيان (ظروف السكن)، ودينا قرانوح (الثقافة).

العدد الثاني عشر من المجتمع العربي: مجموعة الإحصاءات الاجتماعية هو الأحدث في سلسلة من مجموعات الإحصاءات تصدرها شعبة الإحصاء في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) كل سنتين. وهو يقدّم لمحة عن المجتمع العربي في البلدان الأعضاء في الإسكوا وما شاهده من تغييرات. وبالاستناد إلى البيانات الواردة من الأجهزة الإحصائية الوطنية، يركّز هذا العدد على قضايا السكان، والعمل، والسكن، والتعليم، والفقير، والصحة، والثقافة. وتركّز المجموعة في كل عدد من أعدادها على موضوع واحد، وموضوع هذا العدد تركيبة الأسرة المعيشية وتكوين العائلة.

ولا ترد في هذه الوثيقة جميع المؤشرات، ويمكن الاطلاع على مجموعة الجداول كاملة على الموقع الإلكتروني للإسكوا <http://www.escwa.org.lb/divisions/sd/pubs/default.asp?pubnom=cssi-2015>.

وقد استمدت البيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية في البلدان الأعضاء في الإسكوا، واستكملت ببيانات تصدر عن هيئات دولية مختصة، مثل منظمة العمل الدولية،

المحتويات

الصفحة

iii	..... شكر وتقدير
1	..... مقدمة

مؤشرات اجتماعية مختارة

5	..... السكان	-1
12	..... تركيبة الأسرة المعيشية وتكوين العائلة	-2
18	..... العمل	-3
25	..... ظروف السكن	-4
29	..... التعليم	-5
33	..... الصحة	-6
46	..... الفقر	-7
51	..... الثقافة	-8
53	..... المصادر	

قائمة الجداول

32	..... الإنفاق على التعليم حسب البلد والسنة	1-5
32	..... الإنفاق على التعليم حسب البلد والسنة	2-5

قائمة الأشكال

6	..... معدل النمو السكاني السنوي، 2001-2014	1-1
6	..... حجم السكان حسب البلد، وفقاً لآخر التقديرات	2-1
7	..... المواطنين وغير المواطنين من السكان حسب الجنس، وفقاً لآخر التقديرات	3-1
7	..... الهرم العمري لسكان عمان، وفقاً لتقديرات عام 2014	4-1
7	..... الهرم العمري لسكان مصر، وفقاً لتقديرات عام 2014	5-1
8	..... نسبة الإناث إلى الذكور حسب البلد، وفقاً لآخر التقديرات/التعدادات	6-1
8	..... السكان حسب الفئة العمرية والجنس، وفقاً لآخر التقديرات/التعدادات	7-1
9	..... معدلات الخصوبة الإجمالية، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	8-1
10	..... متوسط العمر المتوقع عند الولادة لجميع السكان حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	9-1
10	..... معدلات وفيات الرضع حسب الجنس لكل 1,000 ولادة حية، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	10-1
10	..... نسبة المهاجرين الدوليين من مجموع السكان، 2013	11-1
11	..... أعداد المهاجرين الدوليين في منتصف العام	12-1

المحتويات (تابع)

الصفحة

11	.....	اللاجئون حسب بلد اللجوء، 2012-2014	13-1
12	.....	متوسط حجم الأسرة المعيشية في بعض البلدان العربية، 1990-2012	1-2
12	.....	توزيع حجم الأسر المعيشية في بلدان عربية مختارة، 1990-2009	2-2
13	.....	توزيع حجم الأسر المعيشية في بلدان عربية مختارة، 1990-2007	3-2
13	.....	توزع الأسر حسب نوع الترتيبات المعيشية، 1991-2014	4-2
13	.....	الأسر المعيشية التي ترأسها امرأة في بلدان عربية مختارة، 1992-2013	5-2
14	.....	نسبة الإعالة في بلدان عربية مختارة، 1990-2014	6-2
14	.....	العمر الوسيط للزواج في بلدان عربية مختارة، حسب الجنس، 2000-2014	7-2
14	.....	العمر الوسيط للنساء عند الزواج الأول في بلدان عربية مختارة، حسب المنطقة، 1988-2014	8-2
15	.....	العمر الوسيط للنساء عند الزواج الأول في بلدان عربية مختارة، حسب الشريحة الخمسية للثروة، 2004-2014	9-2
15	.....	الأفراد غير المتزوجين في بلدان عربية مختارة، حسب العمر والجنس، 1993-2008	10-2
16	.....	النساء اللواتي لم يتزوجن قط من الفئة العمرية 15-49 سنة، 1988-2014	11-2
16	.....	نسبة النساء في حالات الزواج التعددي، 1992-2014	12-2
16	.....	الإناث من الفئة العمرية 15-49 سنة في زواج الأقارب، حسب المنطقة، 1992-2014	13-2
16	.....	الإناث من الفئة العمرية 15-49 عاماً في زواج الأقارب، حسب علاقة القرابة، 1992-2014	14-2
17	.....	العمر الوسيط للأم عند إنجاب أول طفل في بلدان عربية مختارة، 1988-2014	15-2
17	.....	الإناث اللواتي بدأ حملهن في سن مبكرة، بلدان عربية مختارة، 1988-2014	16-2
17	.....	الإناث من الفئة العمرية 45-49 سنة اللواتي لم ينجبن أي طفل حي، 1992-2014	17-2
18	.....	معدل المشاركة في القوى العاملة، 2003-2015	1-3
19	.....	معدل المشاركة في القوى العاملة، حسب الجنس، 2005-2014	2-3
19	.....	الفارق المطلق للمشاركة في القوى العاملة بين الرجال والنساء، 2002-2014	3-3
19	.....	معدل مشاركة الشباب في القوى العاملة (15-24 عاماً)، حسب الجنس، 2005-2014	4-3
20	.....	الفارق المطلق في المشاركة في القوى العاملة بين الشبان والشابات، 2005-2014	5-3
20	.....	دوافع وجود الأفراد من الجنسين خارج القوى العاملة، 2010-2014	6-3
21	.....	معدلات البطالة الإجمالية، 2008-2014	7-3
21	.....	مجموع معدلات البطالة حسب الجنس، 2005-2014	8-3
21	.....	الفارق المطلق في مجموع معدلات البطالة حسب الجنس، 2005-2014	9-3
22	.....	معدلات بطالة الشباب حسب الجنس، 2005-2014	10-3
22	.....	الفارق المطلق بين الجنسين في معدلات بطالة الشباب، 2005-2014	11-3
23	.....	مجموع العمل في القطاع العام، 2008-2014	12-3

المحتويات (تابع)

الصفحة

23	.....	وضع العمل، 2008-2014	13-3
24	.....	العمل حسب النشاط الاقتصادي، 2009-2014	14-3
25	.....	حيازة الوحدات السكنية حسب بيانات آخر تعدادين أو المسوح الوطنية، حسب البلد	1-4
26	.....	الوحدات السكنية المأهولة حسب المنطقة، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	2-4
26	.....	توفر المياه المنقولة بالأنابيب العامة في الوحدات السكنية وفقاً لآخر البيانات المتوفرة، حسب البلد	3-4
27	.....	استخدام الشبكة العامة كمصدر رئيسي لمياه الشرب حسب البلد، وفقاً لبيانات آخر تعدادين أو مسحين	4-4
27	.....	توفر مرابيض مزودة بدافق للمياه داخل الوحدة السكنية أو المبنى حسب المناطق، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	5-4
28	.....	توفر شبكات الصرف الصحي حسب البلد والمنطقة، وفقاً لبيانات آخر تعدادين أو مسحين	6-4
28	.....	الحصول على الكهرباء من الشبكات العامة حسب البلد والمنطقة، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	7-4
29	.....	معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	1-5
29	.....	إلمام الشباب بالقراءة والكتابة حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	2-5
30	.....	معدلات الالتحاق بالتعليم الابتدائي حسب الجنس، وفقاً لبيانات آخر أربع سنوات متوفرة	3-5
30	.....	معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي حسب الجنس، وفقاً لبيانات آخر أربع سنوات متوفرة	4-5
31	.....	نسبة التلاميذ إلى المعلمين (التعليم الابتدائي)، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	5-5
31	.....	نسبة التلاميذ إلى المعلمين (التعليم الثانوي)، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	6-5
31	.....	نسبة التلاميذ إلى المعلمين (التعليم العالي)، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	7-5
33	.....	استخدام وسائل منع الحمل، 2000-2014	1-6
34	.....	الرعاية قبل الولادة، 1999-2014	2-6
34	.....	الولادات تحت إشراف اختصاصيين، 1999-2013	3-6
35	.....	الولادات في مراكز صحية، 2000-2014	4-6
35	.....	معدلات وفيات الأمهات، 2000-2013	5-6
36	.....	تغطية التحصين، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	6-6
36	.....	معدلات التحصين ضد الخناق والشهاق والكزاز، 2000-2014	7-6
37	.....	التحصين ضد الحصبة، 2000-2014	8-6
37	.....	التحصين ضد السل، 2000-2014	9-6
38	.....	التحصين ضد شلل الأطفال، 2000-2014	10-6
38	.....	التقزم حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	11-6
39	.....	الهزال حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	12-6
39	.....	نقص الوزن حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	13-6
39	.....	التدخين حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	14-6

المحتويات (تابع)

الصفحة

40	..... البالغون (18 سنة وأكثر) الذين يعانون من البدانة، حسب الجنس، 2014	15-6
41	..... الأمراض غير المعدية حسب البلد، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	16-6
41	..... انتشار الإعاقة لكل 100,000 من السكان حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة	17-6
42	..... الأسباب الرئيسية للوفيات حسب البلد، 2000-2012	18-6
43	..... مجموع الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي، 2000 و2013	19-6
43	..... الإنفاق على الصحة من مجموع الإنفاق العام، 2000 و2013	20-6
43	..... نصيب الفرد من مجموع الإنفاق على الصحة، 2000 و2010	21-6
44	..... متوسط عدد السكان لكل طبيب، 2000-2013	22-6
45	..... متوسط عدد السكان لكل ممرض وقابلة، 2000-2013	23-6
45	..... متوسط عدد السكان لكل طبيب أسنان، 2000-2013	24-6
46	..... الفقراء حسب خط الفقر الوطني	1-7
46	..... فجوة الفقر حسب خط الفقر الوطني	2-7
47	..... معامل جيني، آخر البيانات المتوفرة	3-7
47	..... مؤشر جيني، الفرق بين آخر سنتين توفرت عنهما بيانات	4-7
47	..... النصيب من الدخل لأغنى 20 في المائة وأفقر 20 في المائة من السكان	5-7
48	..... نسبة الإنفاق على الاستهلاك، مصر، 2000-2011	6-7
	..... نسبة الإنفاق على الاستهلاك في الخمس الأدنى والخمس الأعلى، مصر، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (2013)	7-7
48	..... تغيير نسب الإنفاق على الاستهلاك، مصر	8-7
48	..... نسبة الإنفاق على الاستهلاك، المغرب، 2000-2011	9-7
	..... نسبة الإنفاق على الاستهلاك في الخمس الأدنى والخمس الأعلى، المغرب، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (2007)	10-7
49	..... التغيير في نسبة الإنفاق على الاستهلاك، المغرب	11-7
49	..... نسبة الإنفاق على الاستهلاك، فلسطين	12-7
	..... نسبة الإنفاق على الاستهلاك في الخمس الأدنى والخمس الأعلى، فلسطين، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (2011)	13-7
49	..... تغيير نسب الإنفاق على الاستهلاك، فلسطين	14-7
50	..... عدد مشاهدات أفلام السينما للشخص الواحد، للسكان من الفئة العمرية 5-79 عاماً، 2005-2010	1-8
51	..... مستخدمو الإنترنت، 2005-2014	2-8
51	..... دليل التكافؤ بين الجنسين في استخدام الإنترنت، آخر البيانات المتوفرة	3-8
52	..... الاشتراكات النشطة في الإنترنت النقال ذي النطاق العريض، 2010-2014	4-8
5	..... الخريطة 1-1 حجم السكان حسب آخر التقديرات	

الولادة لا تتجاوز سنتين في بلدان مثل البحرين والمملكة العربية السعودية، ولكنها تدل على حظوظ أقل للمرأة. وتكشف آخر البيانات حول معدلات وفيات الرضع عن فوارق بين الجنسين في 10 من أصل 16 بلداً تؤكد وجود تمييز ضد الفتيات.

وفي المنطقة العربية عدد كبير من المهاجرين وقد تضاعف خلال العقدين الماضيين. وتشير بيانات عام 2012 إلى أن مهاجراً دولياً يُحصى بين كل أربعة أشخاص في ستة من أصل تسعة بلدان. وترتفع نسبة المهاجرين في بلدان مجلس التعاون الخليجي، وهم من جنوب آسيا وجنوب شرق آسيا. وتضم المنطقة أيضاً عدداً كبيراً من اللاجئين والنازحين. ففي كل من الأردن وفلسطين ولبنان، يتخطى عدد اللاجئين 1.5 مليون لاجئ.

وتشير البيانات المتوفرة إلى أن المشاركة في القوى العاملة منخفضة عموماً في البلدان الأعضاء في الإسكوا، وذلك بسبب انخفاض معدلات مشاركة المرأة التي تقدر بأقل من نصف معدلات مشاركة الرجل في سن العمل. وتتراوح نسب البطالة بين 27 في المائة في فلسطين و3 في المائة في قطر. وفي جميع أنحاء المنطقة، ترتفع معدلات البطالة في صفوف الإناث أكثر منها في صفوف الذكور. وترتفع معدلات البطالة لدى الشباب في أجزاء واسعة من المنطقة، وتتجاوز معدلات بطالة الشباب 50 في المائة في سبعة بلدان. ويتصدر قطاع الخدمات أسواق العمل في جميع أنحاء المنطقة العربية.

وعلى مدى الأعوام العشرين الماضية، حجم الأسرة المعيشية في تراجع من نحو 6-7 أشخاص في الأسرة إلى 5 أشخاص تقريباً في مختلف أنحاء المنطقة. ومع أن الأسرة النووية هي الأكثر شيوعاً، عُشر الأسر المعيشية في المنطقة هي أسر موسعة.

ولم يشهد متوسط سن الزواج في البحرين والمغرب سوى تغيير بسيط خلال الأعوام العشرين الماضية. ولكن في مصر والمغرب، يبدو أن السكان يتزوجون قبل 2.5 سنة في المناطق الريفية مقارنة بالمناطق الحضرية. وفي الأونة الأخيرة، تراجعت معدلات الزواج في سن المراهقة في المنطقة، ولكن الزواج في عمر 15 و16 سنة لا يزال شائعاً، لا سيما بين الإناث. ولا يزال زواج الأقارب تقليداً شائعاً في جميع أنحاء المنطقة، تتراوح نسبته بين 20 في المائة في مصر و40 في المائة في اليمن. وعموماً تكون النساء في المناطق الريفية أصغر سناً من النساء في المناطق الحضرية عند إنجاب أول طفل.

يتضمن هذا العدد من "المجتمع العربي: مجموعة الإحصاءات الاجتماعية" أحدث البيانات في سلسلة تصدرها شعبة الإحصاء في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) كل سنتين. ويقدم هذا العدد صورة إحصائية عن المجتمع العربي في البلدان الأعضاء في الإسكوا وما شهده من تغييرات. وبلاستناد إلى البيانات المستمدة من الأجهزة الإحصائية الوطنية، يتناول التغييرات في قضايا السكان، والأسر المعيشية والعائلات، والعمل، والتعليم، وظروف السكن، والصحة، والثقافة. ويركز كل عدد من السلسلة على موضوع معين، وموضوع هذا العدد الأسر المعيشية والعائلات. ولا تشمل هذه الدراسة جوانب اجتماعية مثل الجريمة والعدالة، والحماية الاجتماعية، والمشاركة، وذلك بسبب عدم توفر بيانات وافية حولها. ولا يتضمن هذا العدد بيانات عن موريتانيا لأن جمع البيانات استُكمل قبل انضمامها إلى اللجنة.

وتشير الدراسة إلى أن المنطقة العربية تشهد نمواً سكانياً يتزايد في العدد وفي التنوع. ويختلف معدل النمو السكاني كثيراً بين بلدان المنطقة ويتراوح بين أقل من 1 في المائة وأكثر من 3 في المائة، ويبلغ متوسطه 2.1 في المائة في السنة. وفي ظل هذا النمو السكاني، يتوقع أن يتضاعف عدد سكان المنطقة في غضون 35 سنة تقريباً. وتغلب على السكان عموماً فئة الشباب، غير أن الفوارق شاسعة بين البلدان من حيث السن والجنس بسبب الاختلاف في حركة التحولات الديمغرافية ونسبة العمال المهاجرين وعدد اللاجئين في بعض البلدان. فنسبة الأطفال دون 15 سنة تتراوح بين متدنية في حدود 15 في المائة في قطر في عام 2013 ومرتفعة تتجاوز 40 في المائة في فلسطين. ونسبة الذكور إلى الإناث مرتفعة في جميع بلدان مجلس التعاون الخليجي، تصل إلى 300 رجل لكل امرأة في قطر.

وتشير آخر التقديرات إلى انخفاض سريع في معدلات الخصوبة والوفيات. فمعدل الخصوبة الإجمالي يسجل تبايناً كبيراً بين البلدان، إذ يتراوح بين نسبة دون مستوى الإحلال (أي أقل من 2.1 في المائة) في تونس ولبنان والمغرب ونسبة تتجاوز 5 في المائة في العراق. وبعد فترة طويلة من تدني معدلات الخصوبة في مصر، تشير آخر التقديرات إلى ارتفاع من 3 ولادات لكل امرأة في عام 2008 إلى 3.5 في عام 2014، لتعود إلى مستوى عام 2000.

والتحسن واضح في معدلات الصحة والبقاء على قيد الحياة لدى السكان، ولكن البيانات تظهر تفاوتاً في هذا المجال بين البلدان. فمتوسط العمر المتوقع عند الولادة للذكور والإناث يتراوح بين 62-64 سنة على التوالي في اليمن و77-81 سنة على التوالي في قطر. وتلاحظ فوارق بسيطة بين الجنسين في متوسط العمر المتوقع عند

أن معدلات التقزم والهزال ونقص الوزن أعلى بين الفتيان منها بين الفتيات. وتشير الأرقام إلى أن معدلات التدخين بين الذكور أعلى منها بين الإناث عموماً، تتراوح بين 20 في المائة في قطر و45 في المائة في الجمهورية العربية السورية. وقد تبيّن في العقد الماضي أن أمراض نقص تروية القلب، والسكتة الدماغية، وأمراض الجهاز التنفسي، وأمراض الرئة المزمنة هي أكثر الأمراض شيوعاً في بلدان المنطقة. وبين عامي 2000 و2013، لوحظ اتجاه إلى ارتفاع نصيب الفرد من النققات الصحية، ولا سيما في بلدان مجلس التعاون الخليجي.

ويتضح من بيانات الأجهزة الإحصائية الوطنية والبنك الدولي للفترة 2010-2012، أن الأردن سجل أدنى نسبة للسكان الذين يعيشون تحت خط الفقر الوطني، عند 14 في المائة، وفلسطين أعلى نسبة عند 26 في المائة في عام 2011. وعند مقارنة فجوة الفقر بين بلدان المنطقة خلال الفترة نفسها، يتضح أن فلسطين تسجل أكبر فجوة وهي 6 في المائة.

ويتباين معدل حضور السينما بين البلدان، ويحلّ في الطليعة لبنان والبحرين. وفي عام 2014، تجاوزت نسبة استخدام الإنترنت 50 في المائة بين الكبار في تسعة من أصل 17 بلداً. وسجل معدل استخدام الإنترنت ارتفاعاً كبيراً بين عامي 2005 و2014، بلغ حسب بعض البلدان عشرة أضعاف.

البلدان الأعضاء في الإسكوا

بحرين	عُمان
مصر	فلسطين
العراق	قطر
الأردن	المملكة العربية السعودية
الكويت	السودان
لبنان	الجمهورية العربية السورية
ليبيا	تونس
موريتانيا	الإمارات العربية المتحدة
المغرب	اليمن

والبيانات عن ظروف السكن قليلة، معظمها من التعدادات السكانية. وفي معظم البلدان، يصل معدل ملكية الوحدات السكنية إلى 50 في المائة أو أكثر. وتظهر آخر البيانات المتوفرة أن معدل الحصول على الكهرباء من الشبكة العامة مرتفع عموماً، يتفاوت بشكل بسيط بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية في معظم البلدان. كما أن وصول المياه بالأنابيب العامة إلى الوحدات السكنية مرتفع عموماً، باستثناء البحرين والسودان واليمن. والفرق كبير بين الأسر الحضرية والأسر الريفية في الوصول إلى شبكة الصرف الصحي العامة وتوفر المراحيض داخل الوحدات السكنية. وتشير البيانات إلى أن نسبة توفر شبكات الصرف الصحي لا تتجاوز 10 في المائة في المناطق الريفية في بعض البلدان مثل الأردن وفلسطين واليمن.

وتتزايد معدلات إلمام الكبار بالقراءة والكتابة، ولكنها تتفاوت بين قرابة 95 في المائة في فلسطين وقطر، وأقل من 50 في المائة في اليمن. ويتراوح الفارق المطلق في معدلات إلمام الكبار بالقراءة والكتابة بين الرجال والنساء، بين 0.5 في المائة في قطر ونحو 17 في المائة في مصر. ويلاحظ تضائل الفارق بين الجنسين في معدّل الالتحاق بالتعليم الابتدائي، واتساعه في التعليم الثانوي. كما تلاحظ فوارق كبيرة بين البلدان في عدد التلاميذ لكل معلم في مراحل التعليم الابتدائي والثانوي والعالى. وبين عامي 2000 و2013، سجل الإنفاق على التعليم كنسبة مئوية من مجموع الإنفاق العام، انخفاضاً في البحرين وتونس والكويت ومصر والمغرب واليمن، وارتفاعاً في الجمهورية العربية السورية والسودان وعمان وفلسطين وقطر ولبنان والمملكة العربية السعودية.

وفي الأعوام الأخيرة، اتسع انتشار استخدام وسائل منع الحمل في المنطقة. وشهد السودان والعراق والمغرب واليمن تراجعاً كبيراً في معدل وفيات الأمهات، تراوح بين 88 في المائة و40 في المائة بين عامي 2000 و2013. وتحسنت معدلات التحصين في معظم البلدان على مدى الأعوام الأربعة عشر الماضية. والجدير بالذكر أن معظم الأطفال في الأردن وتونس وعمان وفلسطين وليبيا ومصر تلقوا اللقاحات الخمسة الرئيسية. أما في الحالة الغذائية للأطفال، فتشير البيانات، حيث توفرت، إلى

مؤشرات اجتماعية مختارة

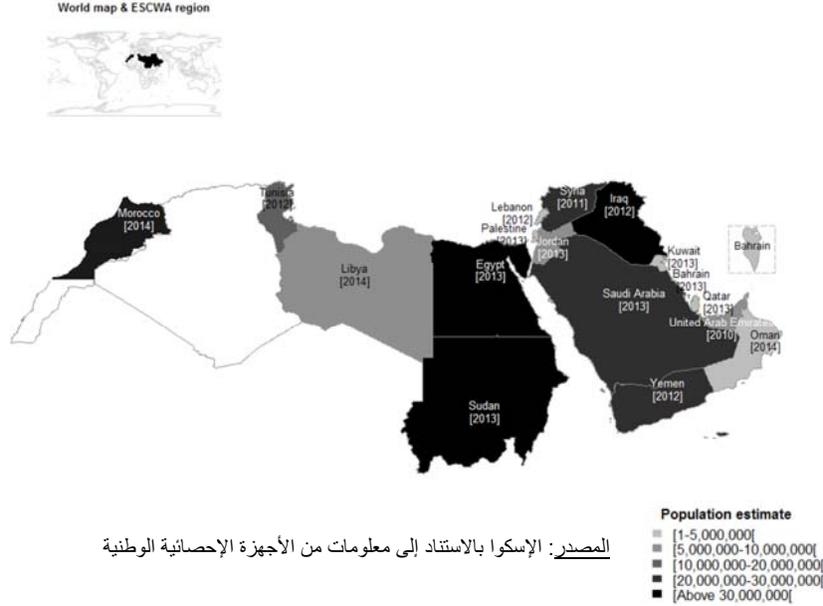
1- السكان

التعليم والصحة، والخدمات الاجتماعية في كل بلد. وللبيانات الموثوقة حول حجم وتركيبه السكان، وعناصر التغير الديمغرافي، أهمية بالغة لفهم مختلف أوجه الاتجاهات الاقتصادية والاجتماعية، وتوجيه المناقشات بشأن السياسات العامة على الصعيد الوطني. كما إن هذه البيانات ضرورية لقياس الأداء في تحقيق الأهداف الإنمائية المتفق عليها دولياً.

وباستخدام البيانات المستمدة من مصادر وطنية، يقدم هذا الجزء لمحة وصفية عن التركيبة الديمغرافية وحركتها، في مختلف بلدان المنطقة. ويصف التغيرات في حجم وتركيبه السكان، والمحركات الثلاثة للتغير الديمغرافي (الخصوبة، والوفيات، والهجرة).

بلغت البلدان في المنطقة العربية مراحل مختلفة من التحول الديمغرافي، تختلف حسبها الخصائص الديمغرافية. ومرد هذا الاختلاف إلى مجموعة واسعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية الخاصة بكل بلد. وتختلف بلدان المنطقة حالياً من حيث حجم السكان، وتوزيعهم حسب العمر والجنس، ومعدلات النمو السكاني، وتركيبه السكان. وتتأثر هذه الملامح بسرعة التغير في ثلاثة مكوّنات رئيسية للحركة الديمغرافية، هي الخصوبة، والوفيات، والهجرة الدولية (بما في ذلك هجرة القوى العاملة والنزوح بسبب الحرب). وفهم التغير الديمغرافي أهمية بالغة للسياسة العامة، إذ يؤثر على جميع أوجه الحياة، كما يؤثر على سوق العمل، والنمو الاقتصادي، وإمكانات التشغيل، ومستلزمات السكن، والطلب على

الخريطة 1-1 حجم السكان حسب آخر التقديرات



وتشير تقديرات الأمم المتحدة إلى أن معدل النمو السكاني في المنطقة العربية يتجاوز المتوسط العالمي، إذ يبلغ 2.1 في المائة (United Nations, 2014). وعلى هذا المعدل، يتوقع أن يتضاعف عدد سكان المنطقة في غضون 35 عاماً تقريباً. غير أن تقديرات عدد السكان للفترة 2000-2013، المستمدة من 11 جهازاً إحصائياً وطنياً في المنطقة، تفيد بأن معدلات النمو السكاني تتفاوت كثيراً بين بلد وآخر. وحسب آخر التقديرات، تتوزع البلدان على ثلاث مجموعات ديمغرافية مختلفة: بلدان تسجل معدلات مرتفعة للنمو السكاني لا تقل عن 3 في المائة في السنة (بعض بلدان

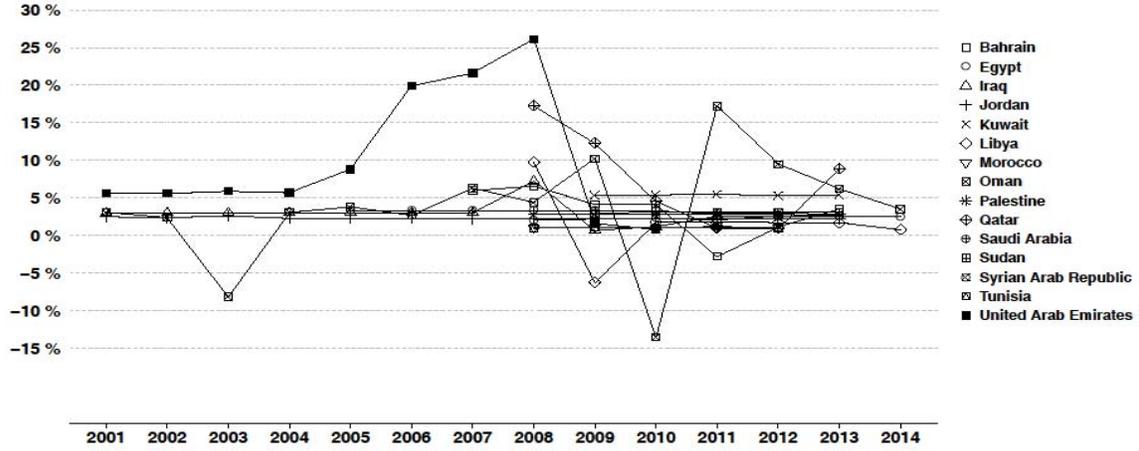
النمو السكاني

يبدو أن التحول الديمغرافي في المنطقة العربية يتبع حركة انخفاض سريع في معدل الوفيات بدأت في منتصف الستينات، وذلك على أثر تحسن الظروف الصحية والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، والتي عقبها انخفاض في معدل الخصوبة في منتصف الثمانينات. وأدى اختلاف سرعة التحول بين البلدان، في ظل اختلاف أنماط الهجرة، إلى نوع من الاستقطاب في الملامح الديمغرافية وإلى تباين في معدلات النمو السكاني بين بلد وآخر.

النمو مع الوقت تقلبات كبيرة في بلدان مجلس التعاون الخليجي، بسبب التغيرات في صافي معدلات الهجرة الدولية. وسيستمر هذا النمو، بدرجات متفاوتة من السرعة في العقود المقبلة مع أن معدلاته تنخفض في المنطقة ككل.

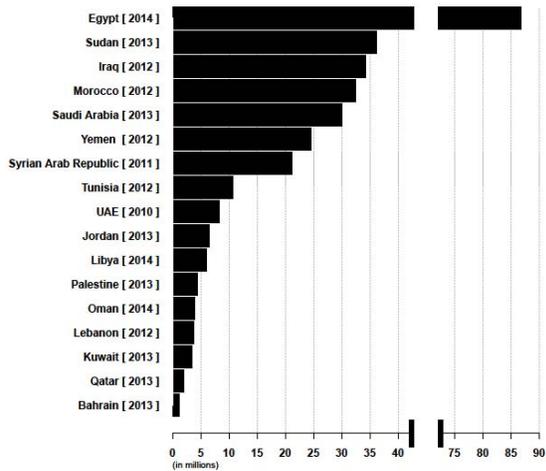
مجلس التعاون الخليجي؛ وبلدان تشهد تحوّلًا ديمغرافياً ومعدلات نمو سكاني لا تقل عن 2.5 في المائة (الجمهورية العربية السورية وفلسطين ومصر)؛ وبلدان بلغت مرحلة انتقالية متقدمة وتسجل معدلات منخفضة للنمو السكاني (تونس ولبنان والمغرب). وقد شهدت اتجاهات معدلات

الشكل 1-1 معدل النمو السكاني السنوي، 2014-2001
(بالنسبة المئوية)



لسكان عمان، وهو بلد يضم عدداً كبيراً من العمال المهاجرين، بالهرم العمري لسكان مصر، وهو بلد يشهد تحوّلًا ديمغرافياً ويضم عدداً قليلاً من العمال المهاجرين.

الشكل 2-1 حجم السكان حسب البلد، وفقاً لآخر التقديرات
(بالملايين)



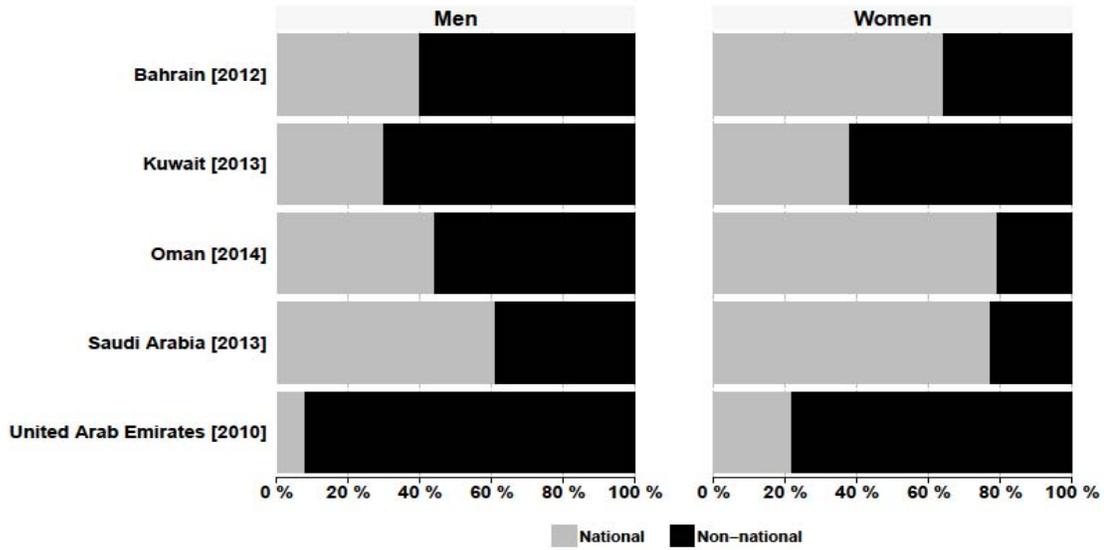
مجتمعات فنية

تشير آخر التقديرات السكانية عن 12 بلداً إلى أن حجم السكان يختلف كثيراً بين بلد وآخر، إذ يتراوح بين 87 مليون نسمة في مصر في عام 2013 ومليون نسمة أو أقل في البحرين وقطر (الشكل 2-1). وتتأثر هذه التقديرات، ولا سيما في بلدان مجلس التعاون الخليجي، بارتفاع نسبة المهاجرين (غير المواطنين) من السكان.

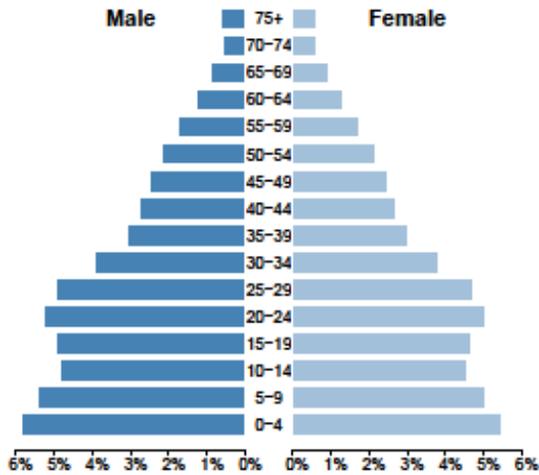
ويبين الشكل 3-1 عدد السكان في أربعة بلدان من مجلس التعاون الخليجي حسب الجنسية والجنس. ويظهر هذا الشكل أن جميع هذه البلدان تضم أعداداً كبيرة من المهاجرين، وفي ثلاثة منها يفوق عدد غير المواطنين عدد المواطنين، ويتجاوز عدد الرجال عدد النساء من غير المواطنين في كل بلد.

وجود غير المواطنين، ومعظمهم من الذكور في سن العمل، يؤثر على تركيبة السكان من حيث العمر والجنس في بلدان مجلس التعاون الخليجي. ويظهر هذا الخلل في التركيبة السكانية واضحاً في الهرم العمري للسكان. ويتضمن الشكلان 4-1 و5-1 مقارنة للهرم العمري

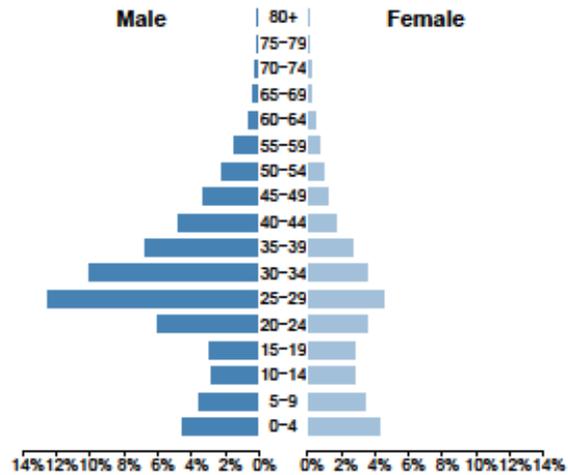
الشكل 3-1 المواطنون وغير المواطنين من السكان حسب الجنس، وفقاً لآخر التقديرات (بالنسبة المئوية)



الشكل 5-1 الهرم العمري لسكان مصر، وفقاً لتقديرات عام 2014 (بالنسبة المئوية)



الشكل 4-1 الهرم العمري لسكان عمان، وفقاً لتقديرات عام 2014 (بالنسبة المئوية)

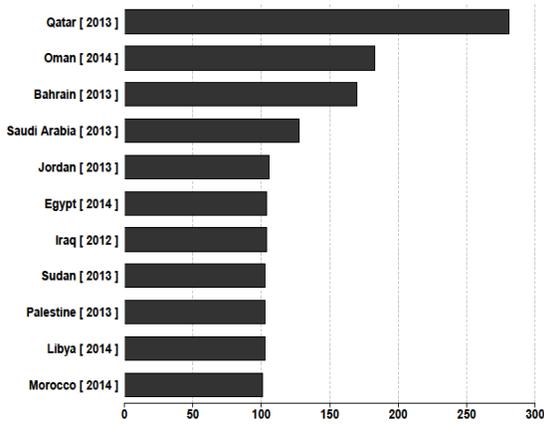


فيها 22 سنة، مقارنة بالمتوسط العالمي البالغ 28.5 سنة (United Nations, 2015). ويظهر الشكل 7-1 أن الملامح العمرية في بلدان المنطقة غير متجانسة، وذلك بسبب طبيعة التحولات الديمغرافية وعدد العمال المهاجرين في بعض البلدان. ويتراوح عدد الأطفال دون 15 سنة بين حد أدنى قدره 15 في المائة في قطر في عام 2013 وحد أقصى قدره 40 في المائة في السودان وفلسطين في العام نفسه. وفي عام

ونتيجة لهجرة العمال، تسجل نسب الجنسين من مجموع السكان تبايناً كبيراً في جميع بلدان مجلس التعاون الخليجي. فنسبة الرجال إلى النساء في قطر 281 امرأة لكل 100 رجل في عام 2013 (الشكل 6-1).

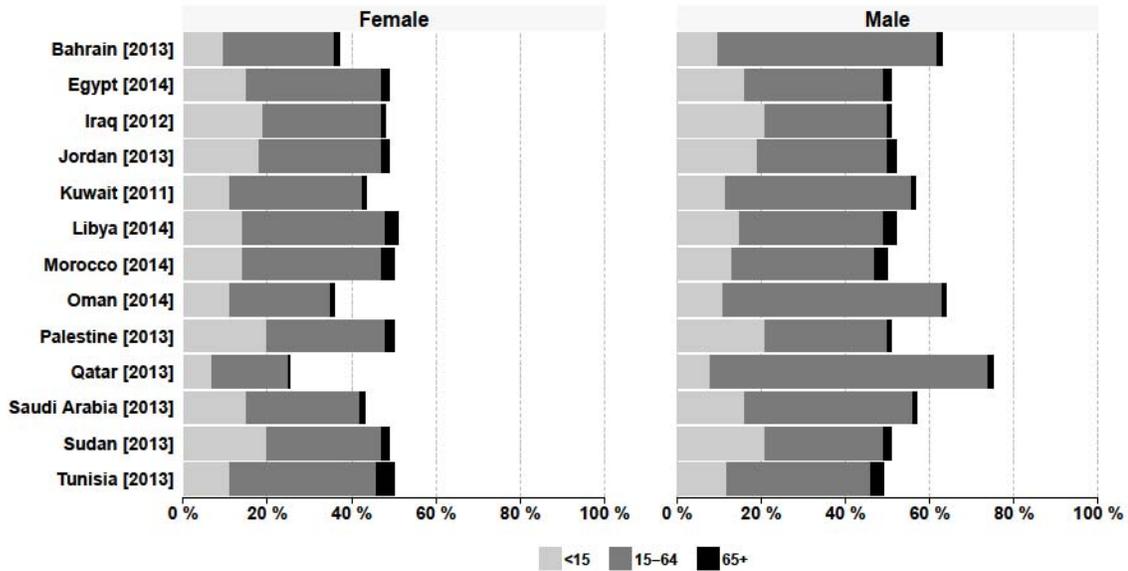
ووفقاً لتقديرات الأمم المتحدة، تعتبر المنطقة العربية من المجتمعات السكانية الفتية، إذ لا يتجاوز العمر الوسيط

الشكل 6-1 نسبة الإناث إلى الذكور حسب البلد، وفقاً لآخر التقديرات/التعدادات (لكل 100 من الذكور)



2013، بلغت نسبة السكان في سن العمل 84 في المائة في قطر و 57 في المائة في فلسطين و 54 في المائة في السودان. وتظهر البيانات، حيث توفرت، أن نسبة المسنين قليلة، لا تتجاوز 4 في المائة من مجموع السكان، باستثناء ليبيا. أما في تونس ولبنان، حيث البيانات الحديثة غير متاحة، يشير ما هو متوفر من البيانات عن سنين سابقة إلى أن عدد المسنين قد يتجاوز 15 في المائة من مجموع السكان. وتظهر البيانات بوضوح أن الخلل في توزيع السكان بين الجنسين في بلدان مجلس التعاون الخليجي يُعزى إلى أسباب أبرزها ارتفاع عدد المهاجرين نسبة إلى المهاجرات من العمال، في الفئة العمرية 15-64 سنة.

الشكل 7-1 السكان حسب الفئة العمرية والجنس، وفقاً لآخر التقديرات/التعدادات (بالنسبة المئوية)



ويبين الشكل 8-1 الخصوبة الإجمالية وفقاً لآخر التقديرات (عدد الأطفال لكل امرأة) في 15 بلداً عربياً. وتتراوح الخصوبة الإجمالية بين معدل منخفض يقارب مستوى الإحلال في تونس ولبنان والمغرب، ومعدل مرتفع يتجاوز 5 في المائة في الكويت (2009) والعراق (2012). وتشير آخر التقديرات من فلسطين واليمن إلى انخفاض في معدل الخصوبة إلى نحو أربعة أطفال لكل امرأة. والجدير بالذكر أن الأرقام المسجلة لبلدان مجلس التعاون الخليجي هي للسكان المواطنين ولا تشمل المهاجرين، وبالتالي تبدو

معدلات الخصوبة في انخفاض سريع مع ارتفاع في مصر مؤخراً

شهدت معظم بلدان المنطقة انخفاضاً سريعاً، ولو متأخراً، في معدلات الخصوبة على مدى العقود القليلة الماضية. لكن سرعة هذا الانخفاض اختلفت اختلافاً كبيراً بين بلد وآخر، تراوح بين انخفاض طفيف في بعض البلدان، وارتفاع طفيف، كما حدث في مصر مؤخراً. ونتيجة لذلك، تظهر التقديرات الحالية اختلافاً ملحوظاً في معدلات الخصوبة الإجمالية بين بلد وآخر.

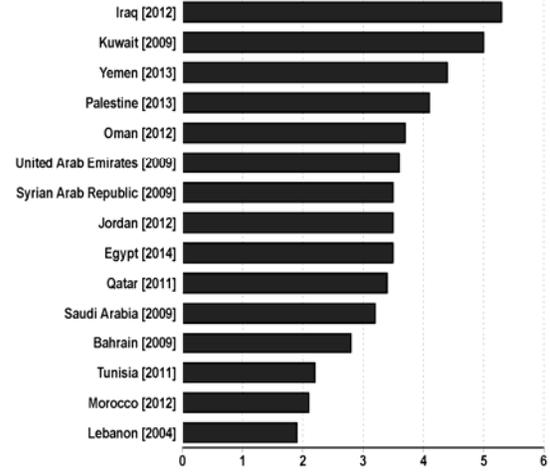
التحسن ليس موزعاً بالتساوي في جميع أنحاء المنطقة. فالبلدان الفقيرة لا تزال تشهد ارتفاعاً في معدلات الوفيات، وتدنياً في متوسط العمر المتوقع عند الولادة. كما إن الفوارق بين الجنسين في الأحوال الصحية لا تزال قائمة في الكثير من البلدان.

ولا تتوفر تقديرات حديثة عن متوسط العمر المتوقع عند الولادة إلا في 13 بلداً فقط. وتشير آخر التقديرات في الشكل 1-9 إلى أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة يتراوح بين 62 سنة للرجال و64 سنة للنساء في اليمن، و77 سنة للرجال و81 سنة للنساء في قطر. وسجلت الإمارات العربية المتحدة وقطر أعلى متوسط للعمر المتوقع عند الولادة للرجال والنساء. واللافت أن بعض البلدان المتوسطة الدخل، مثل تونس والجمهورية العربية السورية والمغرب، تسجل مستويات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة قريبة إلى المستويات المسجلة في البلدان الغنية في مجلس التعاون الخليجي. ويتضح من البيانات أن الفوارق بين الجنسين في متوسط العمر المتوقع عند الولادة طفيفة، لا تتجاوز السنتين فقط في ثلاثة بلدان (البحرين والمملكة العربية السعودية واليمن)، وقد تدل في بعض الحالات إلى حرمان بطل الإناث في فرص البقاء على قيد الحياة. وتشير التقديرات، باستخدام جداول الوفيات، إلى تفاوت بسيط بين الجنسين في متوسط العمر المتوقع عند الولادة، يتراوح بين 0.924- و0.946 (Coale (1991)). وقد يكون في وصول قيمة الفارق إلى 0.94 دليل على التمييز. وباستثناء عُمان وقطر، تسجل البلدان التي تتوفر عنها بيانات عن متوسط العمر المتوقع عند الولادة، فارقاً يتجاوز 0.94، كدليل على وجود فوارق ملحوظة بين الجنسين في طول العمر. وتشير البيانات المتوفرة عن عدد قليل من البلدان لفترة زمنية معينة إلى أن التحسن في العمر المتوقع عند الولادة على مدى العقد الماضي كان لصالح الإناث أكثر منه لصالح الذكور.

وتبدو الفوارق في معدلات وفيات الرضع والأطفال واضحة بين بلدان المنطقة، إذ بلغت معدلات وفيات الرضع أكثر من 86 حالة وفاة لكل 1,000 ولادة حية في السودان (في عام 2008) و10 حالات وفاة أو أقل في بلدان مجلس التعاون الخليجي، باستثناء المملكة العربية السعودية. ويبدو معدل وفيات الرضع، البالغ 9 حالات وفاة في لبنان على انخفاض يدعو للعجب مقارنة بالتقديرات السابقة (على سبيل المثال، 2004، PAPFAM). وقد يُعزى ذلك إلى انحياز في التقدير، بسبب استخدام أساليب غير مباشرة استناداً إلى بيانات من مسوح المجموعات المتعددة المؤشرات (الشكل 1-10). والفوارق بين الجنسين في معدلات الوفيات بسيطة، لا تحمل مدلولاً إحصائياً، ولكنها لصالح الإناث، كما هو متوقع في معظم البلدان. وفي مصر والمملكة العربية السعودية، تشير آخر التقديرات إلى فارق لصالح الذكور. وفي البلدان المعروفة بالمساواة بين الجنسين، مثل السويد، يقارب الفارق بين الجنسين في معدلات وفيات الرضع 1.2 حالة وفاة. وفي

الأرقام أعلى من مجموع المقيمين. وباستثناء البحرين، يتجاوز معدل الخصوبة في بلدان مجلس التعاون الخليجي ثلاثة أطفال لكل امرأة.

الشكل 1-8 معدلات الخصوبة الإجمالية، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (الولادات لكل 1,000 امرأة من الفئة العمرية 15-49 سنة)



وتظهر اتجاهات الخصوبة مع الوقت انخفاضاً سريعاً في بعض البلدان. ومقارنة بمعدلات الخصوبة في عام 2000، تظهر آخر التقديرات عن 12 بلداً حدوث انخفاض سريع في سنة منها. وتظهر التقديرات عن الأردن والبحرين والجمهورية العربية السورية والعراق والكويت، انخفاضاً بطيئاً يتراوح متوسطه بين 5 و12 في المائة على مدى عشر سنوات. وبعد ثبات لعدة أعوام، بدأ معدل الخصوبة في الأردن يسجل انخفاضاً بطيئاً من 3.7 أطفال لكل امرأة في عام 2002 إلى 3.5 في عام 2012. وبعد فترة طويلة من الثبات، تشير آخر التقديرات عن مصر إلى ارتفاع معدل الخصوبة من 3 أطفال لكل امرأة في عام 2008 إلى 3.5 في عام 2014، وهو المعدل نفسه المسجل في عام 2000. وتظهر التغيرات في الخصوبة حسب العمر في الفترة بين عامي 2008 و2014 ارتفاعاً ملحوظاً في معدل خصوبة النساء في معظم الفئات العمرية، ولا سيما في الفئة 20-24 سنة. وتزامن هذا الارتفاع مع الصراع الذي شهده البلد مؤخراً، وقد يكون السبب فيه تزايد الإقبال على الزواج، أو على إنجاب الأطفال، أو الاثنين معاً.

تفوق بسيط لصالح الإناث في متوسط العمر المتوقع عند الولادة

خلال العقود القليلة الماضية، شهدت المنطقة العربية تحسناً ملحوظاً في صحة السكان. ووفقاً لتقديرات الأمم المتحدة، تحسّن متوسط العمر المتوقع عند الولادة بمعدل 20 سنة منذ الستينات من القرن الماضي (United Nations, 2015). إلا أن

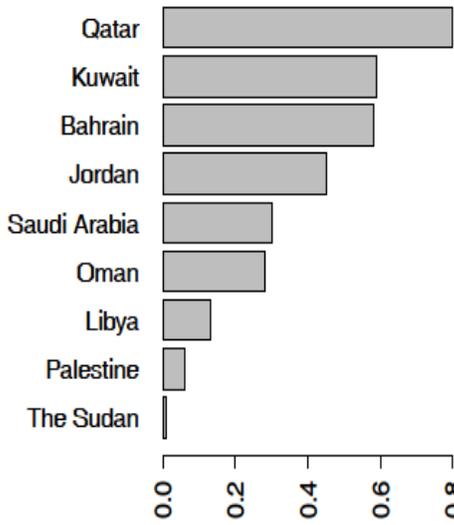
وفي فلسطين (18 حالة وفاة في عام 2013) إلى انخفاض حاد في معدلات وفيات الرضع في الأعوام الأخيرة.

عدد المهاجرين الدوليين يتضاعف في 20 عاماً

للهجرة الدولية تأثير بالغ على تركيبة السكان من حيث الجنس والعمر، وعلى الظروف الاقتصادية والاجتماعية والصحية في أي بلد. لكن البيانات والبحوث المتاحة عن الهجرة الدولية في المنطقة، على أهميتها، قليلة. ولتحديد حجم السكان المهاجرين والنازحين، وكذلك حجم حركات الهجرة، اعتمد على القليل المتوفر من البيانات من مصادر دولية.

وأعداد المهاجرين كبيرة نسبياً في معظم بلدان المنطقة. وتوضح بيانات عام 2013 أن ستة من أصل تسعة بلدان توفرت عنها البيانات، تحسب 25 في المائة على الأقل من سكانها في عداد المهاجرين الدوليين (الشكل 11-1). وشكل عدد المهاجرين الدوليين أكثر من 80 في المائة من سكان قطر و60 في المائة تقريباً من سكان البحرين والكويت (2011). وعدد المهاجرين أيضاً كبير في الأردن (45 في المائة من السكان)، وعمان والمملكة العربية السعودية (30 في المائة تقريباً من السكان). والجدير بالذكر أن العدد الأكبر من المهاجرين إلى الأردن، خلافاً للمهاجرين في بلدان مجلس التعاون الخليجي، يقدون من بلدان عربية مجاورة، ولا سيما من الجمهورية العربية السورية، والعراق، وفلسطين، ومصر.

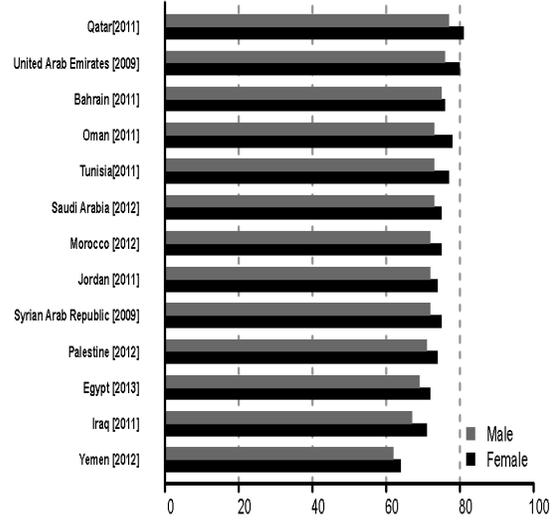
الشكل 11-1 نسبة المهاجرين الدوليين من مجموع السكان، 2013



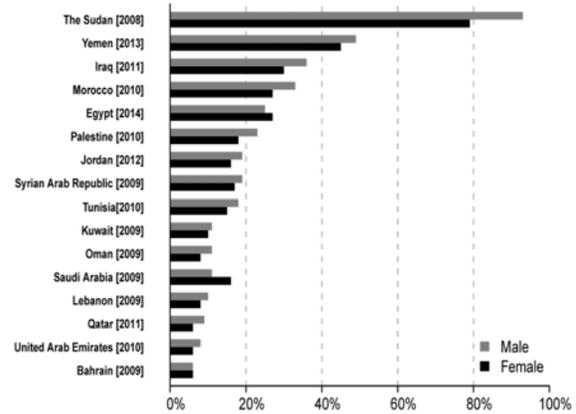
المصدر: United Nation, 2014; United Nations, 2015.

سنة من أصل 16 بلداً تتوفر عنها بيانات عن معدل وفيات الرضع حسب الجنس، يتجاوز الفارق بين الجنسين 1.20. وغياب الفوارق بين الجنسين في معدل وفيات الرضع في عشرة من أصل 16 بلداً قد يشي بتمييز ضد الإناث.

الشكل 9-1 متوسط العمر المتوقع عند الولادة لجميع السكان حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة

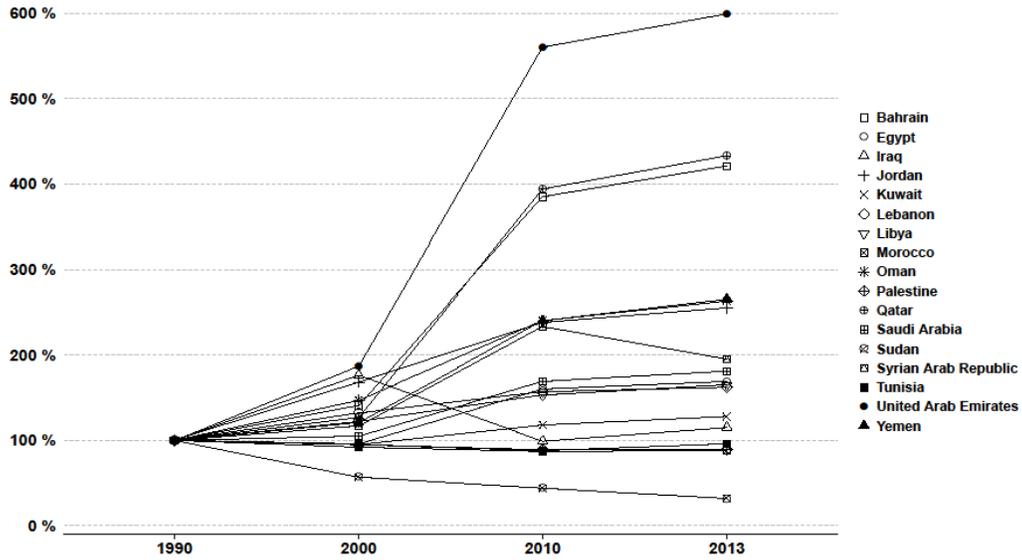


الشكل 10-1 معدلات وفيات الرضع حسب الجنس لكل 1,000 ولادة حية، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة



وتشير البيانات المتوفرة عن اتجاهات معدلات وفيات الرضع والأطفال في عدد من البلدان إلى تحسن مستمر. ويبدو أن الانخفاض في معدل الوفيات توقف في بعض البلدان التي تسجل معدلات منخفضة كبلدان مجلس التعاون الخليجي، وفي البلدان التي تسجل معدلات مرتفعة نسبياً (الجمهورية العربية السورية، والعراق، ومصر). وتشير التقديرات الأخيرة في الأردن (17 حالة وفاة في عام 2012)

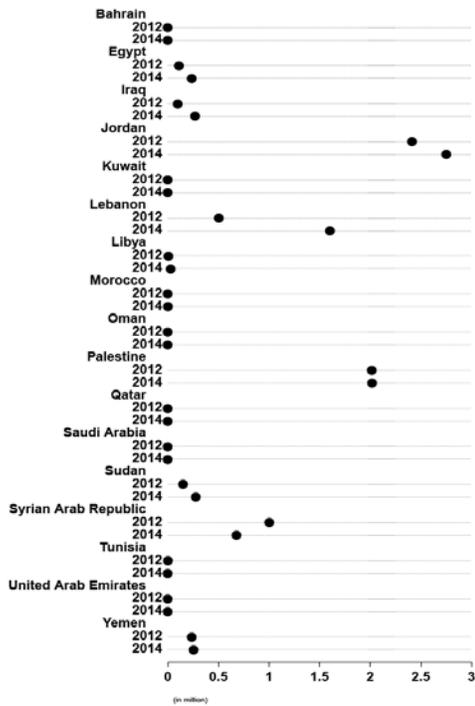
الشكل 12-1 أعداد المهاجرين الدوليين في منتصف العام
(بالنسبة المئوية، سنة الأساس 1990)



المصدر: United Nations, 2014.

البلدين المضيفين وقدرتهما على تأمين الخدمات الصحية والاجتماعية اللازمة.

الشكل 13-1 اللاجئون حسب بلد اللجوء، 2012-2014



المصدر: UNHCR, 2015; and UNRWA, 2015.

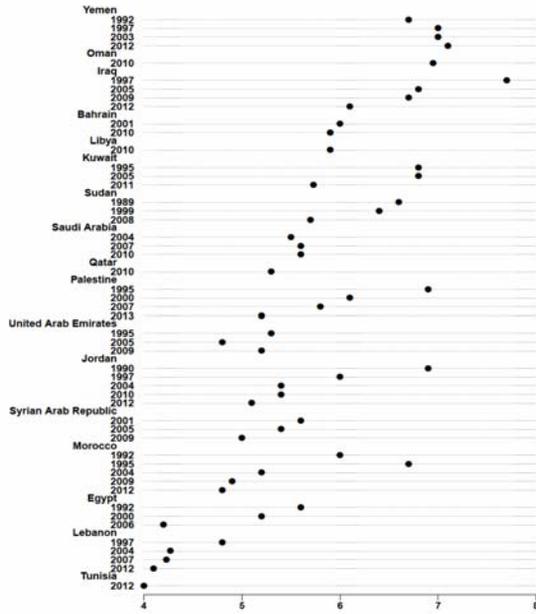
وتشير اتجاهات تقديرات أعداد المهاجرين الدوليين إلى حدوث زيادة كبيرة بين عامي 1990 و2013 في 12 من أصل 17 بلداً. فقد ازداد عدد المهاجرين الدوليين أكثر من الضعف في ستة من البلدان العربية السبعة عشر، وأكثر من ثلاثة أمثال في ثلاثة منها هي الإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وقطر (الشكل 12-1).

وجاءت معدلات الهجرة الصافية التقديرية لكل 1,000 شخص إيجابية في ثمانية من البلدان السبعة عشر بين عامي 2010 و2015. وسجل في عُمان وقطر أعلى معدلين إيجابيين، 59 و49 مهاجراً لكل ألف شخص على الترتيب. وسجلت الجمهورية العربية السورية أعلى معدل سلبي بلغ 16 لكل ألف شخص. وتشير الاتجاهات إلى تقلبات في هذه المعدلات بين عامي 1990 و2010، غير أنها كانت في تزايد مطرد في الإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر والكويت.

ومن المعروف أن في المنطقة العربية أعداداً كبيرة نسبياً من اللاجئين والنازحين، وأن لهذه الظاهرة آثاراً واضحة على الوضع الديمغرافي والاجتماعي وعلى السياسات العامة. والواقع أن المنطقة تأوي العدد الأكبر من اللاجئين في العالم، ولا سيما الفلسطينيين الذين يشكلون أكبر وأقدم مجموعة من اللاجئين (UNHCR, 2015; UNRWA, 2015). ويظهر الشكل 13-1 وجود أكثر من مليون ونصف لاجئ في كل من الأردن وفلسطين ولبنان، تليها الجمهورية العربية السورية التي تأوي أكثر من نصف مليون لاجئ. ولأعداد اللاجئين في لبنان والأردن نسبة إلى السكان آثار بالغة على سوق العمل في

2- تركيبة الأسرة المعيشية وتكوين العائلة

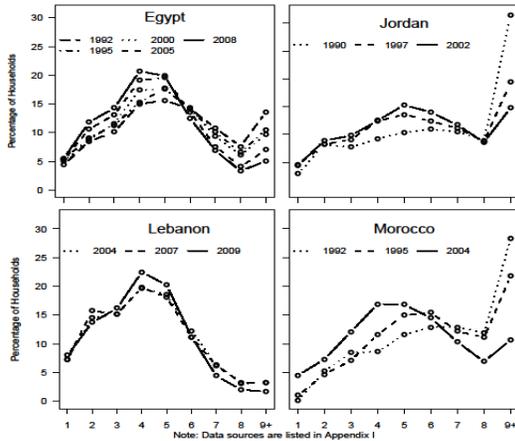
الشكل 1-2 متوسط حجم الأسرة المعيشية في بعض البلدان العربية، 1990-2012



النزوح من الأرياف إلى المدن وتقلص حجم الأسر المعيشية

يعود التراجع في متوسط حجم الأسرة في الأردن ومصر والمغرب إلى التحول الكبير في توزيع الأسر (الشكل 2-2). فقد سجلت نسبة الأسر الكبيرة (التي تضم 9 أفراد أو أكثر) تراجعاً ملحوظاً في حين سجلت نسبة الأسر الصغيرة زيادة بين مطلع التسعينات والأعوام الأخيرة. ويتوافق هذا الاتجاه مع تزايد النزوح من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية (Mirkin, 2013).

الشكل 2-2 توزيع حجم الأسر المعيشية في بلدان عربية مختارة، 1990-2009 (بالنسبة المئوية)



تؤثر تركيبة الأسرة المعيشية على نمط الحياة التي يعيشها الأفراد، وفيها أكثر من مؤشر على مستوى رفاههم الاجتماعي والاقتصادي (Deaton and others, 1989).

وقد ركزت دراسات سابقة عن ديناميات الأسر المعيشية في المنطقة العربية على تحوّل متزايد من الأسرة الموسّعة إلى الأسرة النواتية (Barakat, 1985). وفي الأونة الأخيرة، استُمد من بيانات مسح ديمغرافي وصحي أُجري في عام 1995 ما يدلّ على ازدياد عدد الأسر التي ترأسها امرأة، والأسر المكوّنة من فرد واحد. وأظهرت الدراسات أن 75 في المائة من الأسر المعيشية هي أسر نواتية (Khedr and El-Zeini, 2003).

وفي مختلف بلدان المنطقة العربية، تعتبر الأسرة نواة المجتمع تحدّد مسار حياة الأفراد وتؤثر بشدة على تكوين رأس المال البشري والاجتماعي (Salehi-Isfahani, 2013).

وحتى وقت ليس ببعيد، لم يكن يُعرف الكثير عن ديناميات الزواج وتكوين العائلة في المنطقة العربية (Yount and Rashad, 2008). ولوحظ أن توزيع الشباب في المنطقة والتغيّرات الاقتصادية والاجتماعية من العوامل التي كان لها الأثر الأكبر على وقت الزواج وطبيعته (Rashad and others 2005). وقد كان تزايد التصنيع في سوق العمل، وارتفاع نسبة سكان المدن من السكان، وتحسن المستوى التعليمي من العوامل التي أدت إلى تأخير عمر الزواج الأول (Rashad and Osman, 2003).

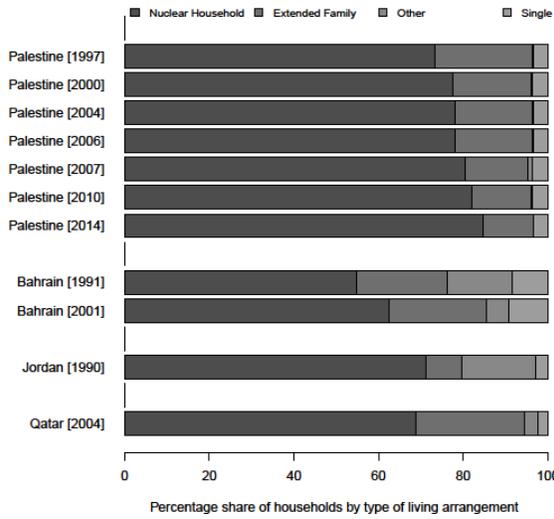
ويتضمن هذا القسم عرضاً لأحدث الاتجاهات في حجم الأسرة وتركيبها في المنطقة العربية، بالاستناد إلى البيانات المتوفرة من التعدادات السكانية ومسوح الأسر المعيشية. ويتناول طبيعة تركيبة العائلة وآخر الاتجاهات في مختلف البلدان. وهو يركز على الأنماط والاتجاهات في الزواج ووقته وبدء الإنجاب. ويستند التحليل إلى الإحصاءات الرسمية الصادرة عن الأجهزة الإحصائية الوطنية والبيانات المتوفرة من المسوح الديمغرافية والصحية في الأردن ومصر والمغرب واليمن.

تراجع عام في متوسط حجم الأسرة المعيشية

يبين الشكل 1-2 آخر الاتجاهات في متوسط حجم الأسرة المعيشية في البلدان العربية بالاستناد إلى البيانات المتوفرة. فخلال الأعوام العشرين الأخيرة، شهدت المنطقة تراجعاً مطرداً في متوسط حجم الأسرة من 6-7 أفراد إلى 5 أفراد. وأكثر ما يُلاحظ التراجع في الأردن، والجمهورية العربية السورية، والسودان، والعراق، وفلسطين، ولبنان، ومصر، والمغرب، في حين كان التراجع تدريجياً في بلدان مجلس التعاون الخليجي.

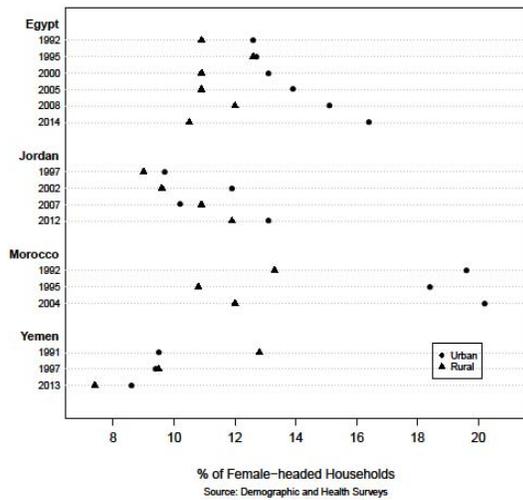
أقل في الأردن وفلسطين ومصر والمغرب. وتبين من آخر المسوح الديمغرافية والصحية في هذه البلدان أن نسبة الأسر المعيشية التي ترأسها امرأة أعلى في المناطق الحضرية منها في المناطق الريفية، في حين أن الفارق بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية بسيط في الأردن واليمن (2-1 في المائة). ويبلغ هذا الفارق 8 في المائة في المغرب و5 في المائة في مصر.

الشكل 4-2 توزع الأسر حسب نوع الترتيبات المعيشية، مختارة، 2014-1991 (بالنسبة المئوية)

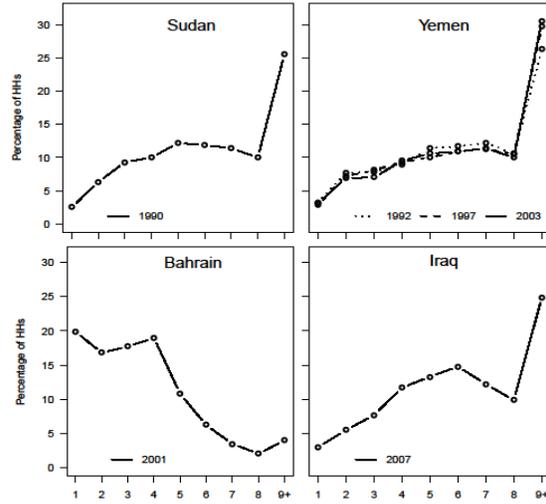


ازدياد عدد الأسر المعيشية التي ترأسها امرأة

الشكل 5-2 الأسر المعيشية التي ترأسها امرأة في بلدان عربية مختارة، 2013-1992 (بالنسبة المئوية)



الشكل 3-2 توزيع حجم الأسر المعيشية في بلدان عربية مختارة، 2007-1990



ويختلف حجم الأسر المعيشية كثيراً بين بلدان المنطقة (الشكل 3-2). ففي البلدان التي تضم أعداداً كبيرة من سكان الأرياف، مثل السودان، ومصر، والمغرب، واليمن، تلاحظ ثنائية اتساع الأسر في المناطق الريفية وتناقص عدد أفرادها في المناطق الحضرية. أما في البحرين، فنادر ما تكون الأسر المعيشية موسعة، بل إن معظمها يضم أقل من 4 أفراد. وفي العراق ولبنان، تضم أكثر الأسر 6-5 أفراد.

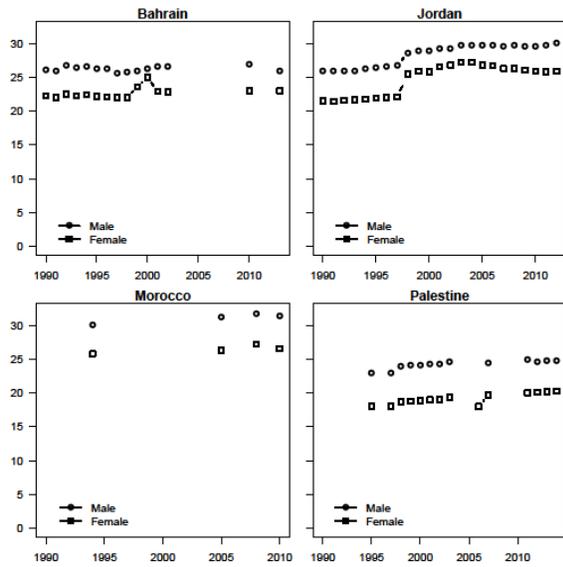
أسرة موسعة من كل عشر أسر معيشية

في البلدان التي توفرت عنها البيانات حول الترتيبات المعيشية، تبين أن الأسرة النواتية هي أكثر أنواع الترتيبات المعيشية شيوعاً، أي الأسرة المكوّنة من زوجين وأطفال، أو زوجين من دون أطفال، أو فرد واحد مع أطفال. وفي الأردن، والبحرين، وفلسطين، وقطر، أكثر من ثلثي الأسر المعيشية هي أسر نواتية (الشكل 4-2). ويعيش نحو 20 في المائة من الأسر المعيشية في هذه البلدان ضمن نمط الأسرة الموسعة.

تختلف نسب الأسر المعيشية التي ترأسها امرأة بين بلدان المنطقة (الشكل 5-2). وتشير أحدث البيانات إلى أن نسبة الأسر المعيشية التي ترأسها امرأة بلغت 28 في المائة في السودان، و10 في المائة في الجمهورية العربية السورية وفلسطين، و7 في المائة في اليمن. كما أن الاتجاهات تباينت كثيراً مع الوقت في مختلف أنحاء المنطقة. فالبيانات الرسمية للسودان تشير إلى تضاعف نسبة الأسر المعيشية التي ترأسها امرأة في الأعوام العشرين الماضية. ولوحظت زيادة

أكثر بعد في الأردن والمغرب. ومع اختلاف سن الزواج الأول بين هذه البلدان، يكون الفارق عادة بين الرجال والنساء 4 سنوات في الأردن والبحرين وفلسطين والمغرب. ولم يسجل العمر الوسيط للزواج تغييراً يذكر في البحرين والمغرب على مدى الأعوام العشرين الماضية، في حين سجل تقدماً مطرداً في الأردن وفلسطين على مدى 10-15 عاماً الماضية. ولوحظ تأخر في سن المرأة عند الزواج الأول يتلازم مع تحسن تحصيلها العلمي، وازدياد مشاركتها في القوى العاملة، وتغير في القوانين المحلية (Rashad and Osman (2001)).

الشكل 2-7 العمر الوسيط للزواج في بلدان عربية مختارة، حسب الجنس، 2000-2014

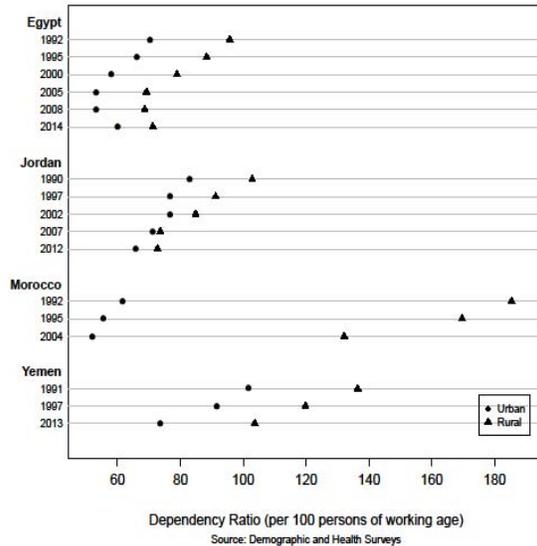


الثروة تؤخر سن الزواج

يتفاوت سن الزواج داخل البلدان في مختلف أنحاء المنطقة. ويتضمن الشكلان 2-8 و 2-9 بيانات من مسح ديمغرافية وصحية أجريت في الأردن، ومصر، والمغرب، واليمن تظهر فارق العمر الوسيط للزواج الأول بين النساء في المناطق الحضرية والمناطق الريفية، كما تختلف الشرائح الخمسية للثروة. ففي مصر والمغرب، كثيراً ما يكون الزواج الأول في المناطق الريفية قبل 2.5 سنة منه في المناطق الحضرية، في حين لا يتجاوز هذا الفارق السنة في الأردن واليمن. وفي مصر والمغرب، يتفاوت العمر الوسيط عند الزواج بنحو 4.5 بين النساء في الشريحتين العليا والدنيا من الشرائح الخمسية للثروة. ويبلغ هذا الفارق نحو 1.5 سنة في الأردن واليمن.

تقاس نسبة الإعالة في الأسر المعيشية بنسبة السكان المعالين (دون 15 عاماً أو أكثر من 64 عاماً) إلى مجموع السكان في سن العمل (15-64 عاماً) على نطاق جميع السكان. وترتفع نسبة الإعالة في المغرب واليمن بالمقارنة مع الأردن ومصر. وهذه النسبة أعلى في المناطق الريفية منها في المناطق الحضرية في البلدان الأربعة. وإشهدت الأعوام الأخيرة اتجاهاً عاماً نحو انخفاض معدلات الإعالة في المناطق الحضرية كما الريفية، مع انخفاض معدلات الخصوبة وتزايد عدد السكان في سن العمل. ويختلف الوضع في مصر، حيث ازدادت معدلات الخصوبة في الأعوام الأخيرة ما أدى إلى زيادة بسيطة في نسبة الإعالة على أثر الزيادة الأخيرة في معدلات المواليد (Ministry of Health and Population, UNICEF and El-Zanaty and Associates, 2014)

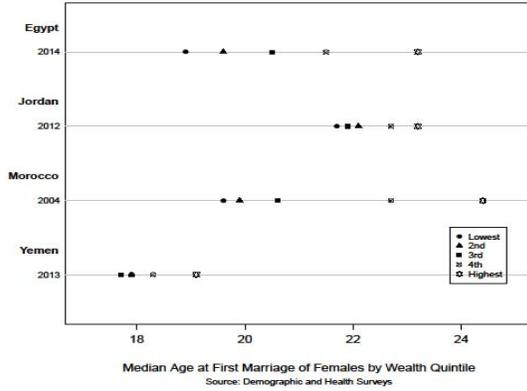
الشكل 2-6 نسبة الإعالة في بلدان عربية مختارة، 1990-2014



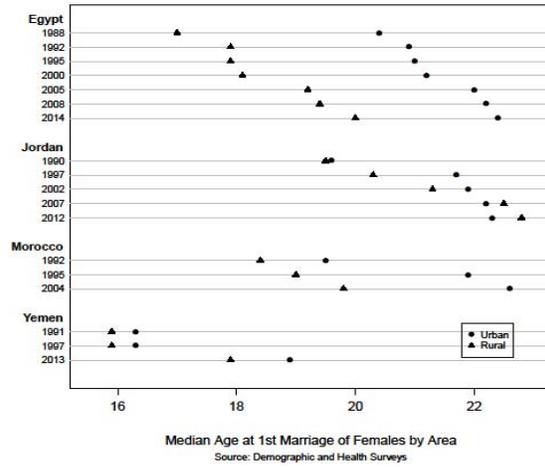
تغير بسيط في فارق السن بين الرجال والنساء عند الزواج

يبين الشكل 2-7 العمر الوسيط للذكور والإناث عند الزواج في البلدان التي تتوفر عنها إحصاءات رسمية على مدى أعوام عدة. ويلاحظ تفاوت في العمر الوسيط عند الزواج بين البلدان، وغالباً ما يكون الزواج في سن مبكر في فلسطين (50 في المائة من النساء متزوجات قبل سن 20 سنة و50 في المائة من الرجال متزوجون قبل سن 24 سنة). أما في البحرين فيكون الزواج عادة في سن أكبر (نحو 23 سنة للنساء و26 سنة للرجال)، ويتقدم سن الزواج

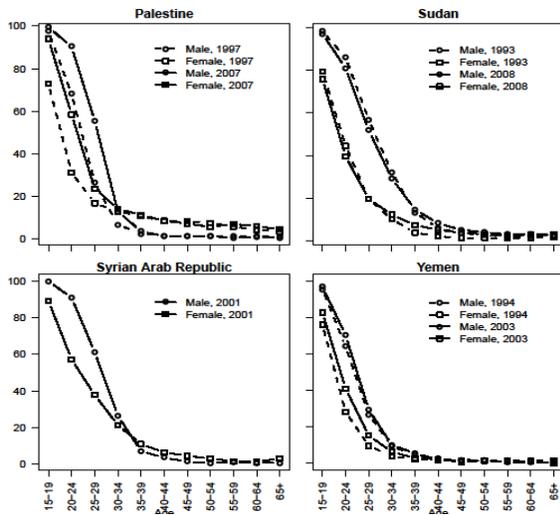
الشكل 2-9 العمر الوسيط للنساء عند الزواج الأول في بلدان عربية مختارة، حسب الشريحة الخمسية للثروة، 2014-2004



الشكل 2-8 العمر الوسيط للنساء عند الزواج الأول في بلدان عربية مختارة، حسب المنطقة، 2014-1988



الشكل 2-10 الأفراد غير المتزوجين في بلدان عربية مختارة، حسب العمر والجنس، 2008-1993 (بالنسبة المئوية)



انخفاض مطرد في عدد النساء اللواتي لم يتزوجن قط في مصر

تفاوتت نسبة النساء اللواتي لم يتزوجن قط بين بلدان المنطقة. ويورد الشكل 2-11 بيانات من المسوح الديمغرافية والصحية المتاحة ويظهر أن نحو 43 في المائة من الإناث في الفئة العمرية 15-49 سنة غير متزوجات في المغرب مقارنة بنسبة 18 في المائة في الأردن. ورغم ارتفاع تكاليف الزواج في مصر ((Singerman and Ibrahim (2001))، انخفضت نسبة النساء اللواتي لم يتزوجن قط من الفئة العمرية 15-49 سنة باطراد خلال العقد الماضي.

زواج الأطفال لا يزال ظاهرة شائعة

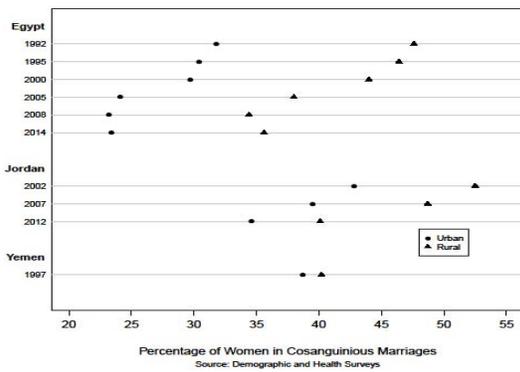
ولا يزال زواج الأطفال المبكر، وتعريفه الزواج قبل عمر 18 سنة، واقعاً في منطقة تتداخل فيها الأبعاد الثقافية والدينية وتتشابك، وترتفع معدلات الفقر والبطالة، وتكثر القيود على الحركة. ويتراوح انتشار زواج الأطفال المبكر لدى الإناث في الفئة العمرية 20-24 بين 32 في المائة في اليمن في عام 2006، و25 في المائة في العراق في عام 2011، و19 في المائة في فلسطين في عام 2004، و13 في المائة في المغرب في عام 2011، و8 في المائة في الأردن في عام 2012 ((Rouhidi-Fahimi and Ibrahim (2013)).

ويظهر الشكل 2-10 نسبة الأفراد الذين لم يتزوجوا قط، حسب العمر، في بلدان عربية مختارة. ويتضح من الشكل أن الزواج المبكر أكثر شيوعاً لدى النساء منه لدى الرجال. ورغم انخفاض معدلات الزواج في سن المراهقة في الآونة الأخيرة، لا يزال زواج الإناث في الفئة العمرية 15-19 سنة شائعاً. فقد بلغت نسبة المتزوجات في الفئة العمرية 15-19 سنة 21 في المائة في اليمن في عام 2003، و20 في المائة في السودان في عام 2008، و10 في المائة في الجمهورية العربية السورية في عام 2001، و6 في المائة في فلسطين في عام 2007. وينتج الزواج المبكر عادة إنجاب في سن مبكرة، وارتفاع في معدلات الخصوبة، وتراجع في فرص الأم في التعليم والمشاركة في سوق العمل (Bunting, 2005). ويظهر الشكل 2-10 أيضاً أن الزواج شبه معمم في السودان، وفي الجمهورية العربية السورية، وفي اليمن؛ ولكن ليس في فلسطين.

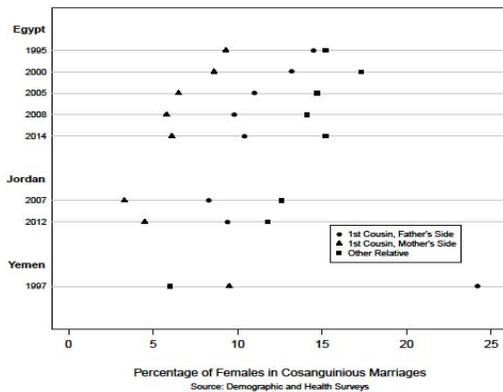
زواج الأقارب لا يزال شائعاً

زواج الأقارب شائع في المنطقة وهو عميق الجذور في تقاليدنا. ووفقاً لبيانات آخر المسوح الديمغرافية والصحية، تصل نسبة زواج الأقارب من مجموع حالات الزواج إلى 40 في المائة في اليمن تقريباً و35 في المائة في الأردن ونحو 30 في المائة في مصر. ويُلاحظ بوضوح أن زواج الأقارب في الأردن ومصر أكثر شيوعاً في المناطق الريفية، أما في اليمن فهو أكثر شيوعاً بقليل في المناطق الريفية منه في المناطق الحضرية (الشكل 2-13). وفي جميع هذه الحالات، يكثر هذا النوع من الزيجات بين أقارب من الدرجة الأولى، لا سيما من جانب الأب (الشكل 2-14)، ويؤثر سلباً على معدلات الوفيات بعد الولادة، والنشوهات الخلقية (Tadmouri and others (2009)).

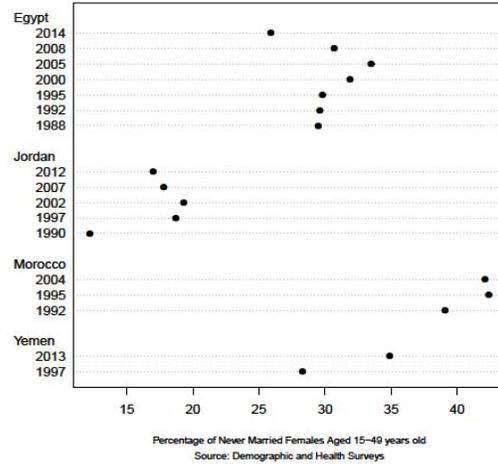
الشكل 2-13 الإناث من الفئة العمرية 15-49 سنة في زواج الأقارب، حسب المنطقة، 1992-2014 (بالنسبة المئوية)



الشكل 2-14 الإناث من الفئة العمرية 15-49 عاماً في زواج الأقارب، حسب علاقة القرابة، 1992-2014 (بالنسبة المئوية)

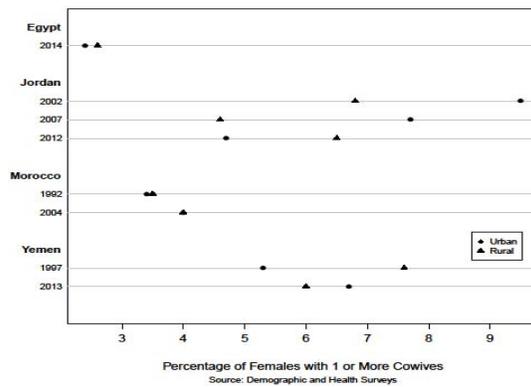


الشكل 2-11 النساء اللواتي لم يتزوجن قط من الفئة العمرية 15-49 سنة، 1988-2014 (بالنسبة المئوية)

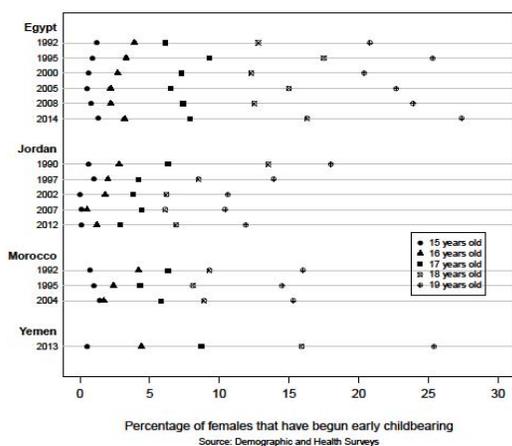


وتظهر بيانات آخر المسوح الديمغرافية والصحية في الشكل 2-12 أن معدلات تعدد الزوجات متدنية عموماً وتتفاوت بين البلدان. وتبلغ نسبة النساء في حالات الزواج التعددي 6 في المائة في اليمن و5 في المائة في الأردن حين تنخفض هذه النسبة إلى نحو 3 في المائة في مصر. واللافت أن تعدد الزوجات كان أكثر شيوعاً في المناطق الحضرية في الأردن قبل 13 عاماً تقريباً، وصار اليوم أكثر شيوعاً في المناطق الريفية، والعكس صحيح في اليمن، حيث ينتشر هذا النمط في المناطق الحضرية اليوم بعد أن كانت أكثر شيوعاً في المناطق الريفية قبل 15 عاماً.

الشكل 2-12 نسبة النساء في حالات الزواج التعددي، 1992-2014 (بالنسبة المئوية)



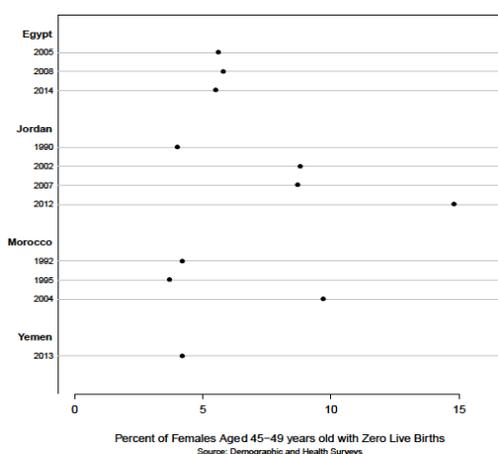
الشكل 2-16 الإناث اللواتي بدأ حملهن في سن مبكرة، بلدان عربية مختارة، 1988-2014 (بالنسبة المئوية)



عدم الإنجاب أكثر شيوعاً في الأردن منه في مصر

يظهر الشكل 2-17 نسبة النساء من الفئة العمرية 49-45 سنة اللواتي لم ينجبن أطفالاً في الأردن، ومصر، والمغرب، واليمن. وبقيت هذه النسبة ثابتة تقريباً عند حوالي 6 في المائة في مصر، في حين ارتفعت من 4 في المائة في عام 1990 إلى 15 في المائة في عام 2012 في الأردن، ومن 4 في المائة في عام 1992 إلى 10 في المائة في عام 2004 في المغرب. ومعدلات عدم الإنجاب في صفوف النساء من الفئة العمرية 49-45 سنة في اليمن أقل منها في الأردن والمغرب، وقد بلغت 4 في المائة في عام 2013.

الشكل 2-17 الإناث من الفئة العمرية 49-45 سنة اللواتي لم ينجبن أي طفل حي، 1992-2014

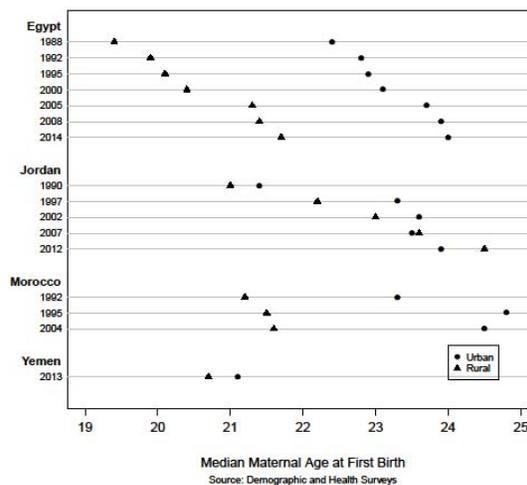


فوارق بسيطة في سن بدء الإنجاب بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية

تشير آخر بيانات المسوح الديمغرافية والصحية إلى أن العمر الوسيط عند إنجاب أول طفل في الأردن، ومصر، والمغرب، واليمن يتراوح بين 21 سنة (في اليمن) و24 سنة (في الأردن). ويختلف العمر عند إنجاب أول طفل بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية في البلدان، إذ يتأخر في المناطق الحضرية أكثر منه في المناطق الريفية. وهذا الفارق بين المناطق بسيط في الأردن واليمن (أقل من 12 شهراً) في حين يزيد عن سنتين في مصر والمغرب. ويظهر الشكل 2-16 التفاوت في عمر الحمل الأول في بلدان المنطقة التي أجرت مؤخراً مسحاً ديمغرافياً وصحياً. والحمل الأول المبكر هو الأكثر شيوعاً في مصر واليمن، إذ يبدأ في سن 19 سنة، كما يمكن أن يبدأ في سن أبكر، أي في سن 16 سنة، وهو أقل شيوعاً في الأردن والمغرب. ويسبب الحمل في سن مبكرة مخاطر متعددة وجسيمة على الأم كما على الطفل (UNFPA, 2013). فللحمل المبكر تداعيات على صحة الأم وتعليمها ونشاطها الاقتصادي، وكذلك تداعيات على الطفل إذ يعرضه لمخاطر الولادة المبكرة والوفاة في مرحلة الرضاعة.

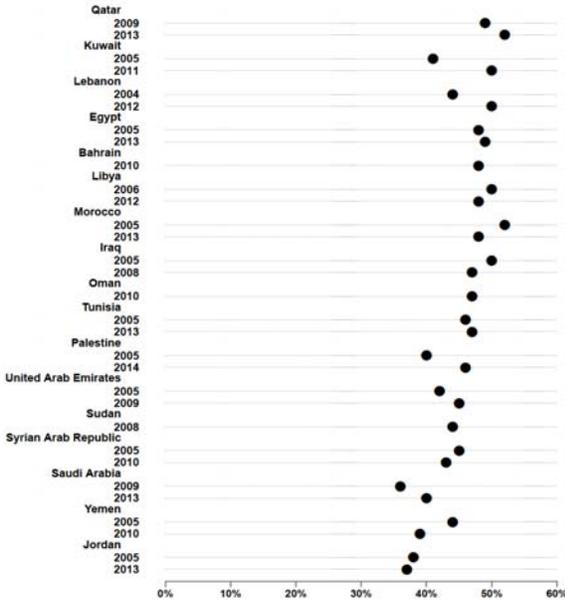
في مصر امرأة من كل خمس نساء في الفئة العمرية 25-49 سنة حملت بأول طفل قبل سن 19 عاماً

الشكل 2-15 العمر الوسيط للأم عند إنجاب أول طفل في بلدان عربية مختارة، 1988-2014



ازداد معدل مشاركة المواطنين في القوى العاملة في الكويت من 42 إلى 49 في المائة.

الشكل 1-3 معدل المشاركة في القوى العاملة،
2015-2003
(بالنسبة المئوية)



معدل مشاركة المرأة في القوى العاملة أقل من نصف
معدل مشاركة الرجل في معظم البلدان العربية

بلغت معدلات المشاركة في القوى العاملة للنساء في سن العمل أقل من نصف معدلات مشاركة الرجال في جميع البلدان ما عدا الكويت في عام 2001 وليبيا في عام 2012. وفي الجمهورية العربية السورية واليمن، تجاوز معدل مشاركة الرجال في القوى العاملة في سن العمل خمسة أمثال معدل مشاركة النساء.

وحسب آخر البيانات المتوفرة (الشكل 3-2)، تراوح معدل مشاركة الرجال في القوى العاملة بين حد أعلى قدره 73 في المائة في مصر عام 2013 وحد أدنى قدره 59 في المائة في الكويت في عام 2011. أما في حالة النساء، فتراوح معدل المشاركة بين حد أعلى قدره 41 في المائة في الكويت في عام 2011 وحد أدنى قدره 10 في المائة في اليمن في عام 2010.

تحدّد تركيبة سوق العمل واتجاهاتها أداء الاقتصاد الكلي. وفي المنطقة العربية، تشارك المرأة في القوى العاملة بمعدلات أقل بكثير من مشاركة الرجال. ويواجه السكان الذين يشاركون في القوى العاملة من النساء والشباب البطالة بمعدلات مرتفعة جداً.

ويتضمن هذا القسم لمحة عن العمل وسوق العمل في البلدان العربية، استناداً إلى بيانات مسوح الأسر المعيشية والتعدادات السكانية الصادرة عن الأجهزة الإحصائية الوطنية. ويقدم آخر البيانات على المشاركة في القوى العاملة، والبطالة، وفرص العمل حسب القطاع الاقتصادي، ووضع العمل، والوظيفة. والبيانات مفصلة حسب الجنس والعمر حيثما أمكن، وتغطي الاتجاهات للفترتين 2005-2001 و2006-2014. وعند المقارنة بين الفترتين الزميتين، ستؤخذ آخر البيانات المتوفرة في كل فترة.

ويُقصد بأخر سنة تتوفر عنها البيانات 'آخر بيانات متاحة عن مؤشر معين أو بلد معين. وقد استخدمت البيانات الخاصة بالمواطنين في جميع الأشكال لجميع البلدان.

وتتوفر بيانات العمل للسكان المواطنين وغير المواطنين لبلدان مجلس التعاون الخليجي على موقع شعبة الإحصاء. وقد تنقص بيانات عن بعض البلدان بسبب وضع النزاعات المسلحة أو التأخر في تقديم تقارير الأجهزة الإحصائية الوطنية.

المشاركة في القوى العاملة هي الأعلى في قطر والأدنى في الأردن

المشاركة في القوى العاملة هي النسبة المئوية للبالغين (15 سنة وأكثر) الذين يعملون أو يبحثون عن عمل. وهذه النسبة متدنية في المنطقة العربية لسبب رئيسي هو تدني معدل مشاركة المرأة.

وتظهر آخر البيانات في الشكل 3-1، تفاوتاً في معدلات المشاركة في القوى العاملة بين بلدان المنطقة. وقطر هي البلد الوحيد حيث بلغ معدل المشاركة في القوى العاملة 52 في المائة، بينما بلغ في الأردن 37 في المائة في عام 2013. وخلال العقد الماضي، سجلت فلسطين، والكويت، ولبنان، وليبيا، زيادة ملحوظة في معدلات المشاركة في القوى العاملة. وبين عامي 2005 و2011،

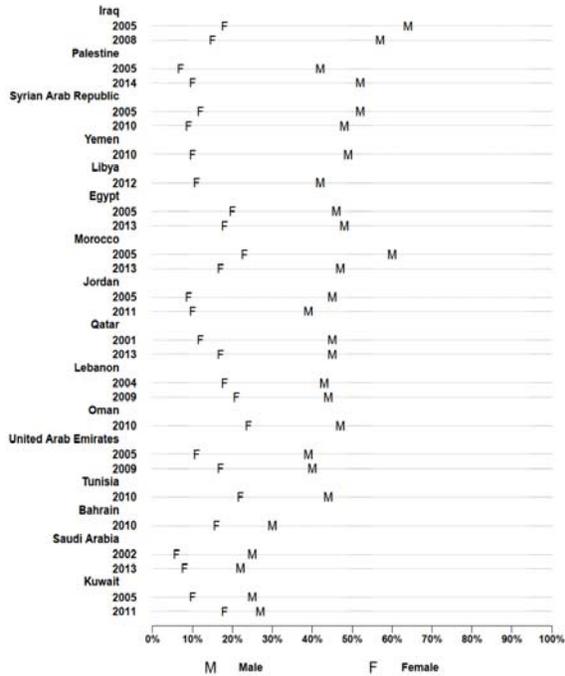
8 في المائة فقط من الشابات في المملكة العربية السعودية شاركن في القوى العاملة في عام 2013

يبدو انخفاض نسبة مشاركة الشباب في القوى العاملة منطقياً بسبب الالتحاق بالمدارس.

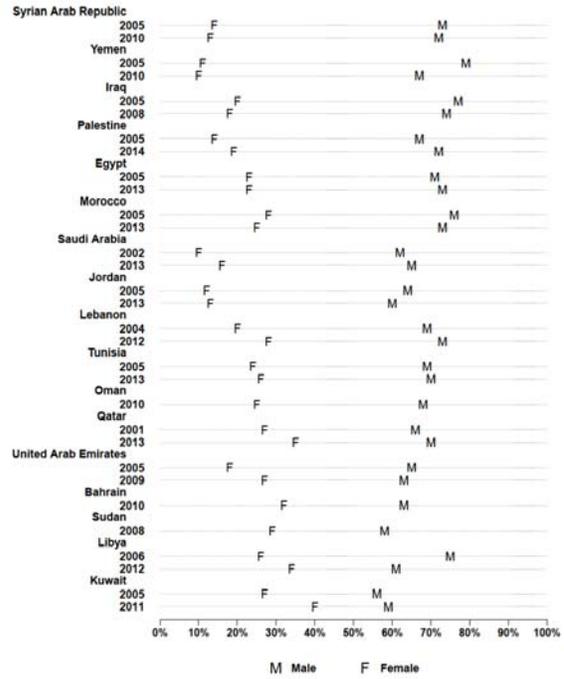
ويبين الشكل 3-4 أن معدل مشاركة الشبان في القوى العاملة أعلى بثلاثة أمثال تقريباً من معدل مشاركة الشابات في جميع البلدان العربية. وسجلت مشاركة الشابات في القوى العاملة في الفترة 2005-2014 أدنى معدل لها في المملكة العربية السعودية حيث بلغت 8 في المائة في عام 2013، وأعلى معدل في عُمان، حيث بلغت 24 في المائة في عام 2010.

وحسب آخر البيانات المتوفرة، بلغ الفارق المطلق الأكبر بين الذكور والإناث 42 نقطة مئوية في العراق في عام 2008، وفي فلسطين في عام 2014. أما الفارق النسبي الأكبر فسُجِّل في الجمهورية العربية السورية وفلسطين واليمن، حيث بلغت نسبة مشاركة الشبان أربعة أمثال نسبة مشاركة الشابات. ويبين الشكل 3-5 أنّ الفارق المطلق في المشاركة في القوى العاملة بين الشبان والشابات تجاوز 30 في المائة في معظم بلدان المنطقة.

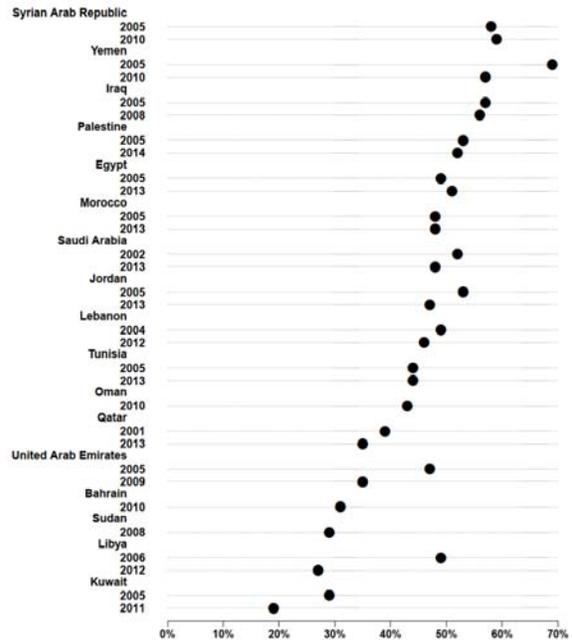
الشكل 3-4 معدل مشاركة الشباب في القوى العاملة (24-15 عاماً)، حسب الجنس، 2005-2014



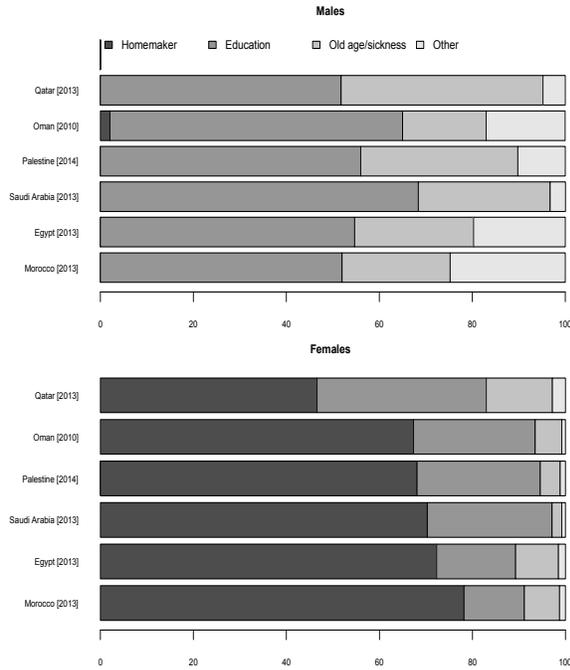
الشكل 2-3 معدل المشاركة في القوى العاملة، حسب الجنس، 2005-2014



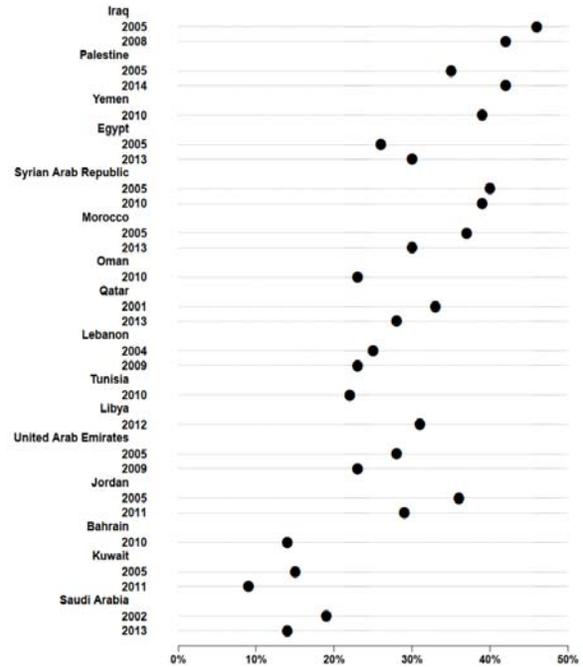
الشكل 3-3 الفارق المطلق للمشاركة في القوى العاملة بين الرجال والنساء، 2002-2014



الشكل 6-3 دوافع وجود الأفراد من الجنسين خارج القوى العاملة، 2014-2010



الشكل 5-3 الفارق المطلق في المشاركة في القوى العاملة بين الشبان والشابات، 2014-2005



البطالة في أعلى المستويات في فلسطين وفي أديها في قطر

البطالة، أي النسبة المئوية للأشخاص الناشطين اقتصادياً ولم يتمكنوا من إيجاد عمل، هي المؤشر الأكثر استخداماً للدلالة على بيئة العمل في بلد معين ومؤشر عن وضع الاقتصاد العام. وبالرغم من محدودية دلالة هذا المؤشر أحياناً (كأن تكون نسب البطالة متدنية ونوعية العمل رديئة) فهو يعطي فكرة عن الصعوبات التي تواجه السكان الناشطين اقتصادياً في كل بلد.

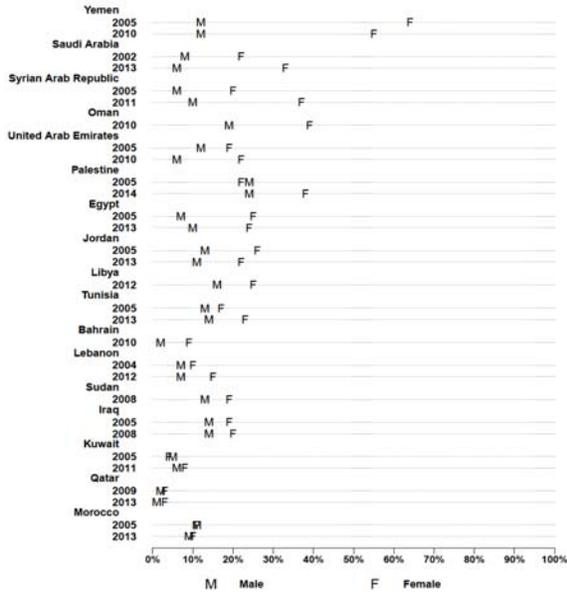
وبين البلدان التي قُدمت بيانات للفترة 2008-2014، سجلت فلسطين أعلى معدل للبطالة بلغ 27 في المائة (الشكل 7-3). وتراوحت معدلات البطالة في أغلبية البلدان بين 10 و20 في المائة في الأعوام الأخيرة. وسجلت البحرين وقطر أدنى معدل في الأونة الأخيرة، لم يتجاوز 5 في المائة.

78 في المائة من النساء تقريباً خارج القوى العاملة في المغرب في عام 2013 بسبب المسؤوليات المنزلية

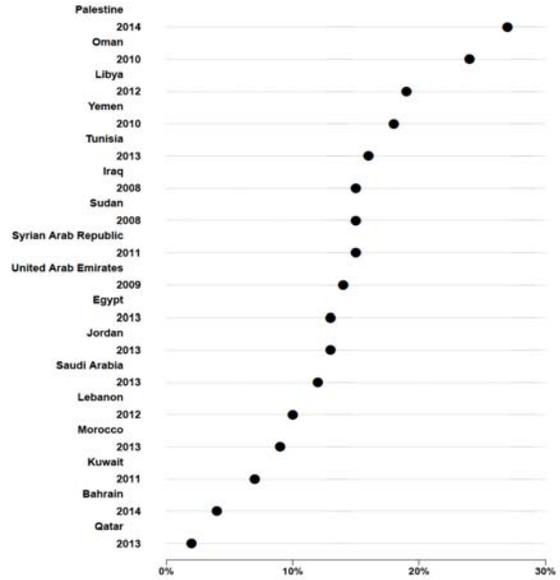
يتضمن الشكل 6-3 معلومات عن البلدان الستة التي قدمت بيانات عن وجود الذكور والإناث خارج القوى العاملة. والفارق واضح بين الجنسين في جميع هذه البلدان، إذ يبقى الرجال خارج القوى العاملة بدافع التعليم في حين تبقى النساء خارج القوى العاملة بدافع القيام بالمهام المنزلية. وتشير البيانات إلى أن الرجال في البلدان الستة، يخرجون من صفوف القوى العاملة بسبب الشيخوخة أو المرض أكثر من الإناث.

وفي عام 2013 بلغت نسبة النساء خارج القوى العاملة بدافع القيام بالمهام المنزلية 47 في المائة في قطر، و72 في المائة في مصر، و78 في المائة في المغرب (الشكل 6-3).

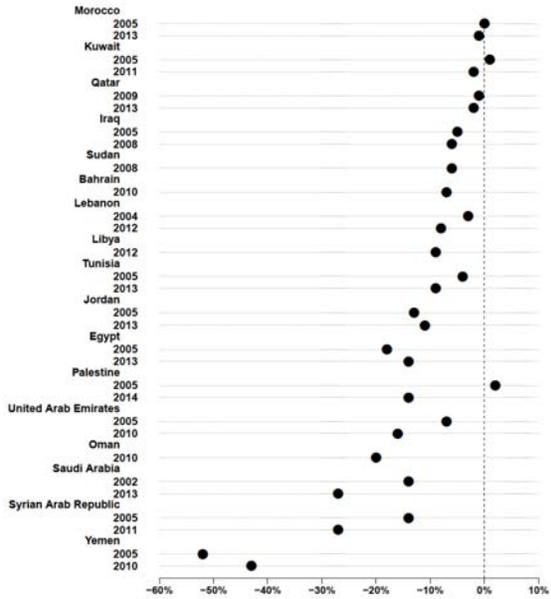
الشكل 3-8 معدلات البطالة حسب الجنس،
(بالنسبة المئوية) 2014-2005



الشكل 3-7 معدلات البطالة الإجمالية،
2014-2008
(بالنسبة المئوية)



الشكل 3-9 الفارق المطلق في معدلات البطالة حسب
الجنس، (بالنسبة المئوية) 2014-2005



ازدياد الفوارق في معدلات البطالة بين الذكور والإناث
في معظم البلدان العربية

يبين الشكل 3-8 أن معدلات البطالة لدى الإناث تتجاوز معدلات البطالة لدى الذكور في جميع بلدان المنطقة. وسجلت أدنى معدلات البطالة في صفوف السكان في سن العمل في بلدان مجلس التعاون الخليجي، على النحو التالي: 1 في المائة للرجال في قطر في عام 2013، و2 في المائة للرجال في البحرين في عام 2010، و6 في المائة في الكويت والمملكة العربية السعودية، وذلك حسب آخر البيانات المتوفرة. في حين سجلت فلسطين أعلى معدل لبطالة الذكور بلغ 24 في المائة في عام 2014. وسجل اليمن أعلى معدل لبطالة الإناث بلغ 55 في المائة في عام 2010.

وازداد مع الوقت معدل بطالة الإناث في معظم البلدان التي توفرت عنها البيانات (الشكل 3-9). وفي الأعوام الأخيرة، انخفضت معدلات بطالة الإناث في الأردن ومصر والمغرب والمملكة العربية السعودية واليمن. وازدادت مع الوقت الفجوة بين الجنسين في معدلات البطالة في جميع البلدان العربية باستثناء الأردن ومصر، وظلت على حالها في قطر والمغرب. وحسب آخر البيانات سجلت قطر والكويت والمغرب أدنى مستوى من الفوارق المطلقة بين الجنسين في مجموع معدلات البطالة.

تظهر آخر البيانات أن معدلات بطالة الإناث تفوق بثلاثة أمثال معدلات بطالة الذكور في بعض بلدان مجلس التعاون الخليجي، وهي الإمارات العربية المتحدة، والبحرين والمملكة العربية السعودية.

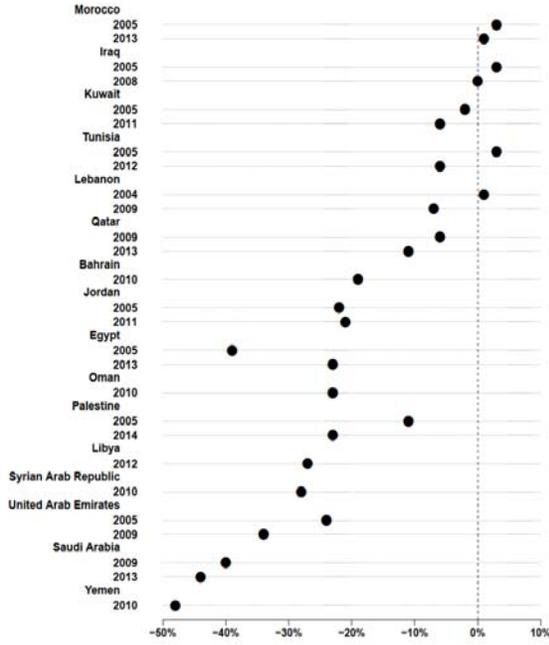
بطالة مرتفعة جداً في صفوف الشباب

وفي المقارنة بين الفترتين الزمنيتين المشمولتين في الدراسة، يتضح أن معدل بطالة الشباب ارتفع في معظم البلدان العربية باستثناء الأردن ومصر. كما اتسع الفارق بين الجنسين في معدلات بطالة الشباب في جميع البلدان العربية التي توفرت عنها البيانات، باستثناء الأردن ومصر.

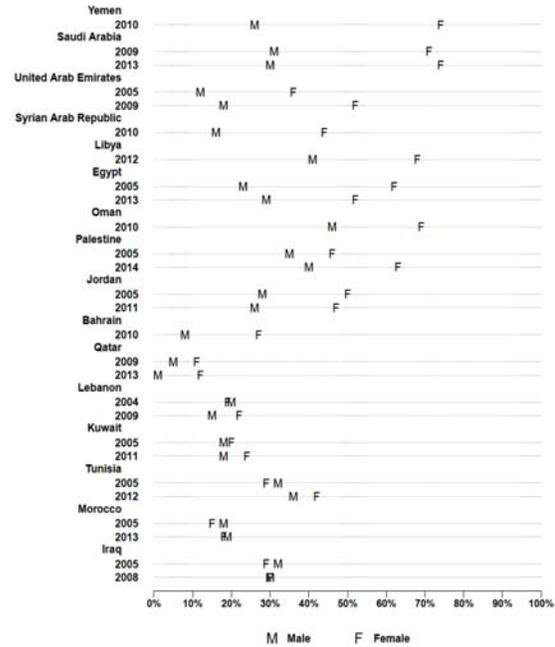
تعاني الشباب في المنطقة من مشكلة مزدوجة في إيجاد عمل، أولاً من بطالة الشباب وثانياً من بطالة الإناث.

وتشير آخر البيانات في الشكل 3-10 إلى معدلات البطالة في صفوف الإناث تفوق معدلات بطالة الذكور في جميع البلدان العربية باستثناء المغرب. وتجاوزت معدلات بطالة الإناث 50 في المائة في سبعة بلدان في الفترة 2005-2014 هي الإمارات العربية المتحدة (52 في المائة في عام 2014)، وعمان (69 في المائة في عام 2010)، وفلسطين (63 في المائة في عام 2014) وليبيا (68 في المائة في عام 2012)، ومصر (52 في المائة في عام 2013)، والمملكة العربية السعودية (74 في المائة في عام 2013)، واليمن (74 في المائة في عام 2010). وسجل أعلى معدل للبطالة في هذه الفترة في المملكة العربية السعودية في عام 2013، بلغ في المائة في صفوف الشباب.

الشكل 3-11 الفارق المطلق بين الجنسين في معدلات بطالة الشباب، 2014-2005 (بالنسبة المئوية)



الشكل 3-10 معدلات بطالة الشباب حسب الجنس، 2014-2005 (بالنسبة المئوية)



ارتفاع معدلات التشغيل في القطاع العام في دول مجلس التعاون الخليجي

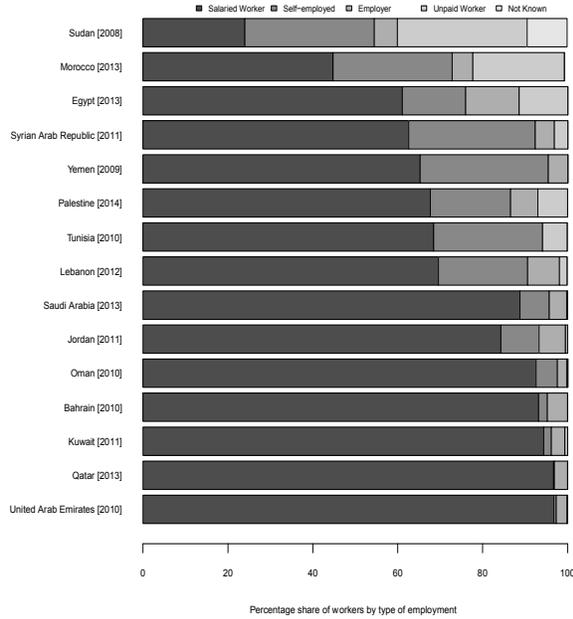
بلغت أعلى نسب للتشغيل في القطاع العام 86 في المائة في الكويت في عام 2011، و85 في المائة في الإمارات العربية المتحدة في عام 2009، و81 في المائة في قطر في عام 2013. أما أدنى نسبة فسجلها المغرب، وبلغت 9 في المائة في عام 2013 (الشكل 3-12).

وفي عام 2013، بلغت نسبة العاملين في القطاع الخاص 90 في المائة في المغرب. وهذه النسبة هي الأعلى بين البلدان التي توفرت عنها آخر البيانات عن عدد المواطنين وغير المواطنين العاملين في القطاع الخاص. وبلغت ثاني أعلى نسبة 86 في المائة في لبنان في عام 2012. أما أدنى نسبة فسجلتها الإمارات العربية المتحدة عند 8 في المائة من المواطنين في عام 2009.

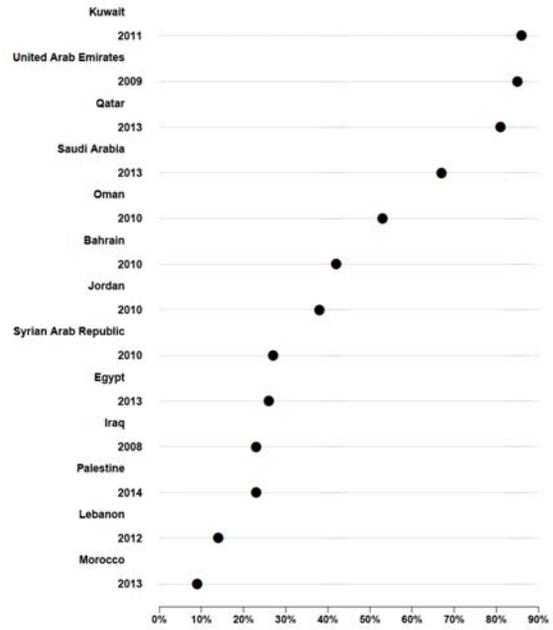
وبقيت بطالة الشباب في معدلات منخفضة في قطر مثلاً، حيث بلغت 1 في المائة للشبان، و12 في المائة للشابات. والنسبة الأخيرة هي الأدنى بين معدلات بطالة الشباب في البلدان العربية التي قدمت بيانات عن الفترة الزمنية قيد البحث.

توفرت عنها البيانات. فغالبية النساء في البلدان العربية يعملن في فئة العاملین لقاء أجر.

الشكل 13-3 وضع العمل، 2014-2008
(بالنسبة المئوية)



الشكل 12-3 مجموع العمل في القطاع العام،
2014-2008
(بالنسبة المئوية)



ارتفاع نسبة العاملين لحسابهم الخاص في الجمهورية العربية السورية والسودان والمغرب واليمن

في الفترة 2014-2008، كان معظم العاملين في المنطقة العربية يشغلون وظائف لقاء أجر (الشكل 13-3)، باستثناء السودان حيث بلغت نسبة العاملين لحسابهم الخاص 31 في المائة والمغرب حيث بلغت هذه النسبة 28 في المائة. وفي عام 2013، سجلت مصر أعلى نسبة من "أصحاب العمل" وهي 13 في المائة، بينما سجلت المملكة العربية السعودية أدنى نسبة وهي 2 في المائة في عام 2013.

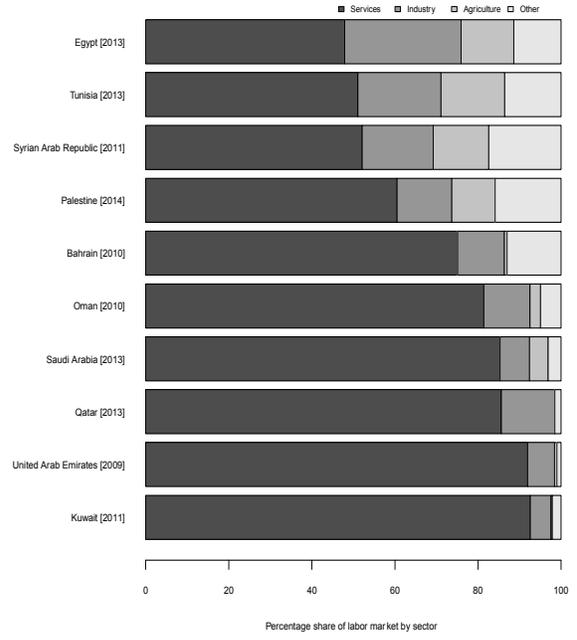
ومعظم العاملين في بلدان مجلس التعاون الخليجي يعملون لقاء أجر، نظراً إلى أن غالبية المواطنين يعملون في القطاع العام. ولذلك تسجل بلدان مجلس التعاون الخليجي نسبة متدنية من العاملين لحسابهم الخاص؛ تتراوح بين 1 في المائة في الإمارات العربية المتحدة و7 في المائة في المملكة العربية السعودية (الشكل 13-3).

ونسبة النساء في فئتي أصحاب العمل والعاملين لحسابهم الخاص أقل من نسبة الرجال في جميع البلدان التي

قطاع الخدمات هو النشاط الاقتصادي الرئيسي في المنطقة

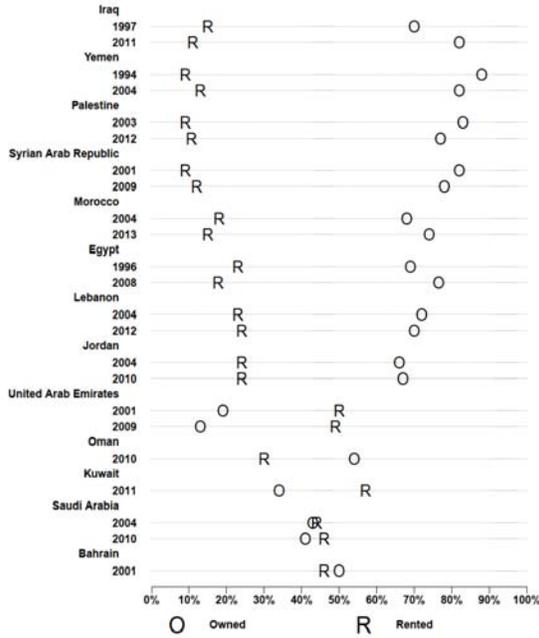
يستقطب قطاع الخدمات نسبة مرتفعة (الشكل 14-3)، تتجاوز 48 في المائة من العاملين في جميع البلدان العربية، ولا سيما في بلدان مجلس التعاون الخليجي، حيث ارتفاع نسبة التشغيل في القطاع العام في سوق عمل كل بلد. وبلغت نسبة العاملين في قطاع الخدمات من مجموع العاملين 93 في المائة في الكويت في عام 2011، و92 في المائة في الإمارات العربية المتحدة في عام 2009، و86 في المائة في قطر في عام 2013. وبلغت حصة القطاع الصناعي 28 في المائة من مجموع العاملين في مصر و20 في المائة في تونس، و17 في المائة في الجمهورية العربية السورية. ونسبة العاملين في القطاع الزراعي من القوى العاملة هي الأدنى في جميع البلدان العربية، تراوحت بين 13 و15 في المائة من مجموع العاملين في تونس، والجمهورية العربية السورية، ومصر. أما في بلدان مجلس التعاون الخليجي الصغيرة، كالبحرين والكويت والإمارات العربية المتحدة وقطر، فلم تتجاوز هذه النسبة 1 في المائة من القوى العاملة.

الشكل 14-3 العمل حسب النشاط الاقتصادي،
2014-2009
(بالنسبة المئوية)



4- ظروف السكن

الشكل 4-1 حيازة الوحدات السكنية حسب بيانات آخر تعدادين أو المسوح الوطنية، حسب البلد (بالنسبة المئوية من مجموع الوحدات السكنية)



نسبة الشقق السكنية تزيد في المناطق الحضرية

في التنقيح الثاني للمبادئ والتوصيات حول تعدادات السكان والمساكن، تعتبر الحيازة موضوعاً لا بد من دراسته في تعدادات السكان والمساكن.

وسجلت في مصر أعلى نسبة للشقق السكنية في المناطق الحضرية حيث بلغت 84 في المائة، كما في المناطق الريفية حيث بلغت 37 في المائة. أما أدنى نسبة فسجلت في العراق، بلغت 4 في المائة في المناطق الحضرية و0.3 في المائة في المناطق الريفية.

ونسبة الشقق السكنية أدنى بكثير في المناطق الريفية منها في المناطق الحضرية، باستثناء العراق، حيث نسبة المنازل والفيلات مرتفعة جداً، تصل إلى 95 في المائة في المناطق الحضرية و86 في المائة في المناطق الريفية (الجدول المرفق 2-3 على الموقع الإلكتروني).

السكن اللائق هو حق لكل إنسان، لا تتوفر مقوماته بسقف وأربعة جدران. فمن الضروري أن يكون للإنسان مأوى يقيه وعائلته قسوة عوامل المناخ والطبيعة. يخلد فيه إلى النوم والراحة، بعيداً عن المخاطر، يستمد منه الإحساس بالأمان، والشعور بالخصوصية، والفسحة الخاصة. هذه من جملة عناصر تحوّل المنزل إلى سكني، ذي قيمة في حياة الإنسان (OECD, 2011).

ويقدم هذا القسم لمحة عن ظروف السكن في بعض البلدان العربية، باستخدام بيانات من آخر التعدادات السكانية ومسوح الأسر المعيشية. واستُخدمت في هذا القسم سبعة مؤشرات من أصل تسعة لتقييم ظروف السكن هي: حيازة الوحدات السكنية، ونوع الأحياء السكنية، ومصدر إمدادات المياه، ومصدر مياه الشرب، وتوفر مرابيض مزودة بدافق للمياه داخل الوحدة السكنية، ونوع نظام الصرف الصحي، ومصدر الكهرباء. والبيانات حول وسائل التخلص من النفايات الصلبة والحصول على مياه الأنابيب متاحة على موقع شعبة التنمية الاجتماعية التابعة للإسكوا. وقد جُمعت البيانات من المسوح الوطنية للأسر المعيشية وتعدادي عام 2000 وعام 2010.

غالبية الأسر المعيشية في معظم البلدان تملك المساكن التي تعيش فيها

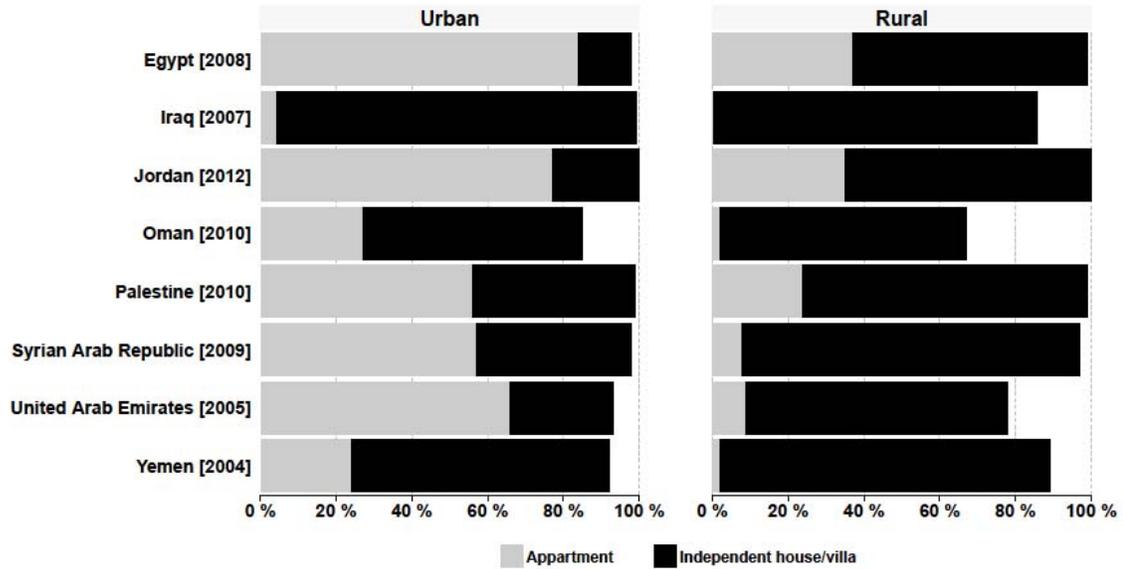
تكون حيازة الوحدات السكنية إما تملكاً وإما إيجاراً، وقد جرت مقارنة هذين النوعين من الحيازة بين فترتين زمنييتين بالاستناد إلى مسحين.

وتشير آخر البيانات المتوفرة إلى أن الملكية الخاصة للوحدات السكنية تتجاوز 50 في المائة في معظم بلدان المنطقة، باستثناء بلدان مجلس التعاون الخليجي ترتفع نسبة الإيجار بسبب ارتفاع عدد المقيمين من غير المواطنين.

وسُجلت أعلى نسبة لملكية الوحدات السكنية في العراق حيث بلغت 82 في المائة، وأدنى نسبة في الإمارات العربية المتحدة حيث بلغت 13 في المائة. أما في الإيجار، فسجلت أعلى نسبة في الكويت، وهي 57 في المائة، وأدنى نسبة في فلسطين، وهي 11 في المائة.

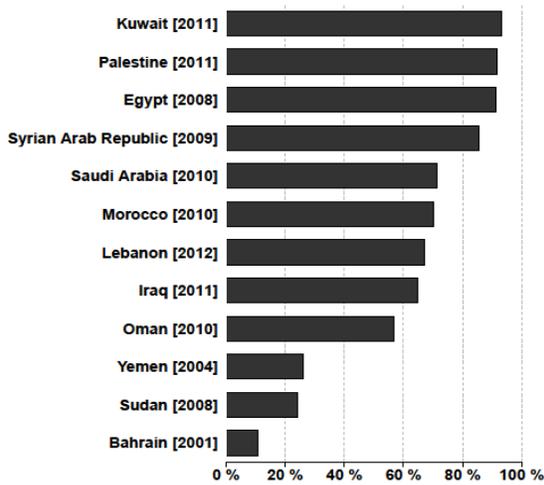
وسُجلت نسبة ملكية الوحدات السكنية زيادة طفيفة في الأردن والعراق ومصر والمغرب في الفترة ما بين آخر تعدادين، في حين سُجلت انخفاضاً في الجمهورية العربية السورية، وفلسطين، ولبنان، واليمن (الجدول المرفق 3-1 على الموقع الإلكتروني).

الشكل 2-4 الوحدات السكنية المأهولة حسب المنطقة، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (بالنسبة المئوية من مجموع الوحدات السكنية)



يعتمد الكثيرون على مصادر أخرى، مثل شراء المياه المعبأة ومياه الصهاريج، والآبار، والأنهار وغيرها من مصادر المياه الجارية، في ثمانية بلدان على الأقل في المنطقة (الجدول المرفق 3-3 على الموقع الإلكتروني).

الشكل 3-4 توفر المياه المنقولة بالأنابيب العامة في الوحدات السكنية وفقاً لآخر البيانات المتوفرة، حسب البلد (بالنسبة المئوية من مجموع الوحدات السكنية)



فوارق كبيرة بين البلدان في الحصول على المياه المنقولة بشبكات الأنابيب العامة

تؤكد الغاية جيم من الهدف السابع من الأهداف الإنمائية للألفية لأهمية الوصول إلى مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي. ويرتبط تحقيق الغاية بإمكانية الوصول إلى مصدر محسن للإمداد بالمياه. ويعني الوصول المستدام إلى مصدر محسن للمياه، حسب المبادئ التوجيهية لرصد الأهداف الإنمائية للألفية، الحصول على نوع من أنواع إمدادات المياه التالية: المياه المنقولة بالأنابيب، والآبار المحمية، والينابيع المحمية، ومياه الأمطار المجموعة على نحو سليم، والمياه المعبأة. ولا تشمل مصادر المياه المحسنة المياه التي يؤمنها البائعون، ومياه الصهاريج، والآبار والينابيع غير المحمية، والمياه السطحية (الأنهار، ومجاري المياه، والسدود، والبحيرات، والأقنية، والبرك، وقنوات الري (UNDESA, 2008).

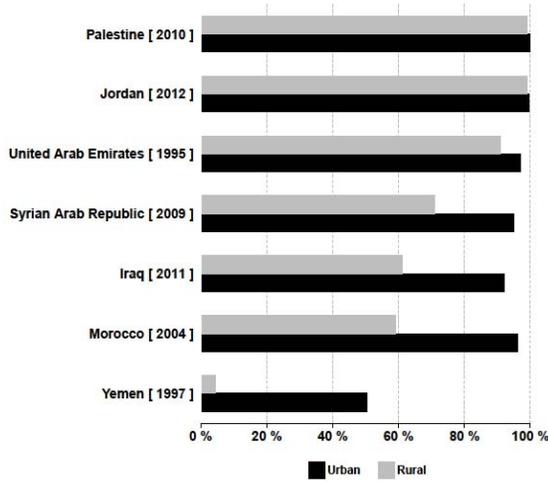
وفي ستة بلدان من أصل 12 بلداً في المنطقة توفرت عنها البيانات الحديثة، تتاح إمكانية الوصول إلى المياه المنقولة بالأنابيب العامة لأكثر من 70 في المائة من الوحدات السكنية.

ويتفاوت نطاق الوصول إلى المياه المنقولة بالأنابيب العامة كثيراً بين بلدان المنطقة العربية، ويبلغ 93 في المائة في الكويت، و26 في المائة في اليمن، و24 في المائة في السودان، و11 في المائة في البحرين (الشكل 3-4). ولذلك

أعلاها في فلسطين، 99 في المائة، وأدناها في اليمن، 5 في المائة (الجدول المرفق 3-5 على الموقع الإلكتروني).

وفي البلدان التي تتوفر عنها البيانات، تجاوزت نسبة استخدام المراحيض المزودة بدافق للمياه 90 في المائة في المناطق الحضرية، باستثناء اليمن حيث بلغت 56 في المائة. ويتفاوت الفارق في توفر هذه المراحيض بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية بين مختلف البلدان. ولا يختلف مستوى استخدام هذه المراحيض بين أسر المناطق الحضرية والمناطق الريفية في الأردن، والإمارات العربية المتحدة، وفلسطين. وفي جميع البلدان الأخرى، تلاحظ فوارق بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية في استخدام هذه المراحيض، ولا سيما في اليمن حيث الأسر التي تستخدم المراحيض المزودة بدافق للمياه في المناطق الريفية قليلة. ويبلغ الفارق في المتوسط، 25 في المائة في الجمهورية العربية السورية، والعراق، والمغرب.

الشكل 4-5 توفر مراحيض مزودة بدافق للمياه داخل الوحدة السكنية أو المبنى حسب المناطق، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (بالنسبة المئوية من مجموع الوحدات السكنية)



الفارق كبير بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية في توفر شبكات عامة لمياه الصرف الصحي

ينطلق تقييم مرافق الصرف الصحي في الوحدة السكنية من إمكانية الوصول إلى المراحيض وشبكات الصرف الصحي. ولتكون المرافق الصحية ملائمة، ينبغي أن تكون المراحيض موصولة بشبكات صرف صحي غير مسدودة (المبادئ والتوصيات لتعدادات السكان والمسكن، التنقيح الثاني).

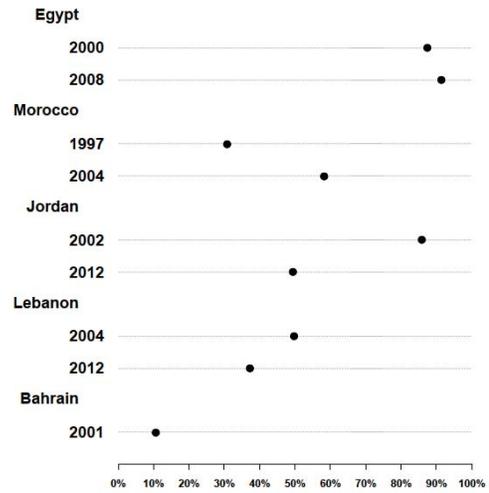
اعتماد متزايد على مياه الشرب المعبأة في بعض البلدان

قدّمت خمسة بلدان بيانات عن استخدام الشبكة العامة مصدراً رئيسياً لمياه الشرب في فترتين زمنيتين.

وكانت أكبر نسبة وحدات سكنية تستخدم الشبكة العامة مصدراً رئيسياً لمياه الشرب وفقاً لآخر البيانات المتوفرة في مصر، وقد بلغت 91 في المائة، وذلك على أثر الزيادة النسبية في المناطق الريفية.

وخلال العقد الماضي، سجلت نسبة استخدام الشبكة العامة كمصدر رئيسي لمياه الشرب تراجعاً حاداً في الأردن من 86 إلى 49 في المائة وفي لبنان من 50 إلى 37 في المائة. وسبب هذا التراجع الاعتماد المتزايد على المياه المعبأة ومراكز تنقية المياه الخاصة كمصدر رئيسي لمياه الشرب (الجدول المرفق 3-4 على الموقع الإلكتروني).

الشكل 4-4 استخدام الشبكة العامة كمصدر رئيسي لمياه الشرب حسب البلد، وفقاً لبيانات آخر تعدادين أو مسحين (بالنسبة المئوية من مجموع الوحدات السكنية)



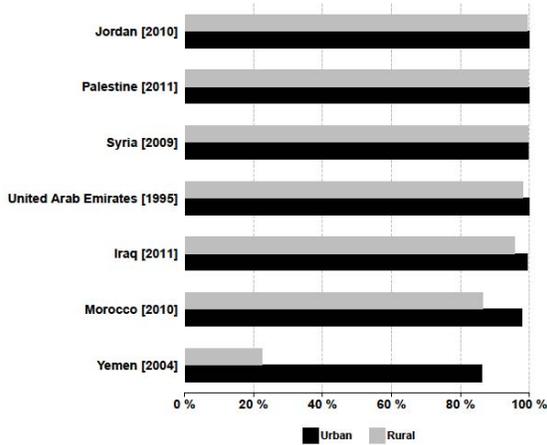
توفر مراحيض مزودة بدافق للمياه داخل الوحدات السكنية في المناطق الحضرية

في ستة بلدان تتوفر عنها البيانات، تجاوزت نسبة الوحدات السكنية والمباني التي تستخدم مراحيض مزودة بدافق للمياه 90 في المائة في المناطق الحضرية، وقد سجلت فلسطين أعلى نسبة على هذا الصعيد وهي 100 في المائة، واليمن أدنى نسبة وهي 50 في المائة. وبلغت هذه النسبة 60 في المائة أو أكثر في المناطق الريفية في خمسة بلدان،

توفر الكهرباء بنسبة مرتفعة من الشبكات العامة في معظم البلدان

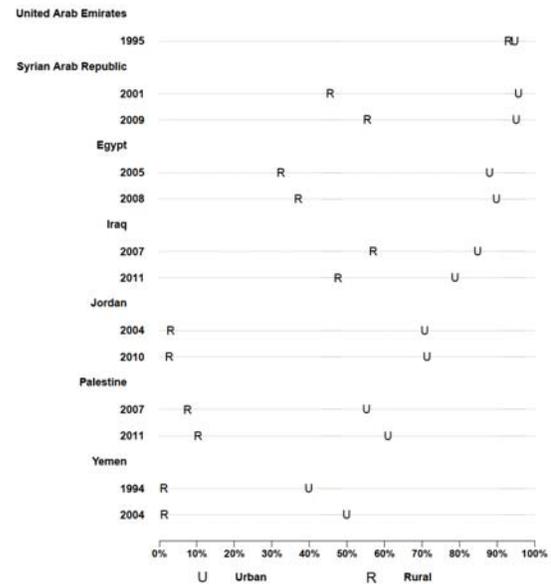
تشير آخر البيانات المتوفرة إلى أن نسبة الحصول على الكهرباء عبر شبكات الكهرباء العامة تجاوزت 94 في المائة في المناطق الحضرية والريفية في الأردن، والإمارات العربية المتحدة، والجمهورية العربية السورية، والعراق، وفلسطين (الشكل 7-4). أما في اليمن، فلا يزال الفارق في الحصول على الكهرباء من الشبكات العامة كبيراً بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية (الجدول المرفق 7-3 على الموقع الإلكتروني).

الشكل 7-4 الحصول على الكهرباء من الشبكات العامة حسب البلد والمنطقة، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة، (بالنسبة المئوية من مجموع الوحدات السكنية)



وقدّمت سبعة بلدان في المنطقة بيانات محدثة عن الربط بشبكات الصرف الصحي (الشكل 6-4). ولا يزال الفارق في الربط بشبكة الصرف الصحي العامة كبيراً بين الأسر المعيشية في المناطق الحضرية والمناطق الريفية، إلا في الإمارات العربية المتحدة. أما في سائر البلدان، فتشير آخر البيانات المتوفرة إلى أن متوسط الفارق بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية من حيث الربط بشبكة الصرف الصحي العامة يبلغ 50 في المائة. وفي الأردن وفلسطين واليمن، لم يصل مستوى ربط الأسر المعيشية في المناطق الريفية بشبكة الصرف الصحي إلى 10 في المائة، ولم يلاحظ تحسن بين فترات القياس المتاحة (الجدول المرفق 6-3 على الموقع الإلكتروني).

الشكل 6-4 توفر شبكات الصرف الصحي حسب البلد والمنطقة، وفقاً لبيانات آخر تعدادين أو مسحين (بالنسبة المئوية من مجموع الوحدات السكنية)



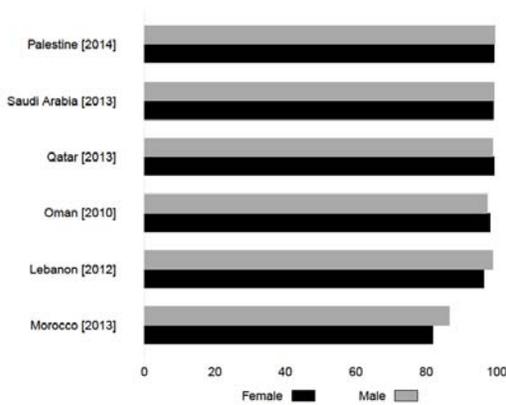
البلدان. وسجل أدنى مستوى للفارق المطلق في معدلات إلمام البالغين بالقراءة والكتابة بين الذكور والإناث في قطر حيث بلغ 0.5 نقطة مئوية في عام 2014، تليها عُمان بنقطتين مؤويتين في عام 2013. ولوحظ الفارق الأكبر في مصر في عام 2006، حيث بلغ 17 نقطة مئوية، يليها اليمن بمعدل 15 نقطة مئوية، ثم المغرب بمعدل 11 نقطة مئوية. والجدير بالذكر أن الفوارق بين الجنسين في الإلمام بالقراءة والكتابة ترتبط إلى حد بعيد بالسن، إذ إن نسبة الرجال في الإلمام بالقراءة والكتابة تفوق نسبة النساء مع التقدم في السن.

إلمام الشباب بالقراءة والكتابة بين أعلى المعدلات في فلسطين وأدناها في المغرب

بين البلدان التي استجابت للمسح، تراوح معدل إلمام الشباب بالقراءة والكتابة بين حد أعلى قدره 99 في المائة في فلسطين في عام 2014، وفي المملكة العربية السعودية في عام 2013، وحد أدنى قدره 91 في المائة في المغرب في عام 2013.

وبيّن الشكل 2-5 مستوى إلمام الشباب بالقراءة والكتابة حسب الجنس وفقاً لآخر البيانات المقدمة من البلدان. ويبدو الفارق المطلق بين الشبان والشابات في الإلمام بالقراءة والكتابة قليلاً في البلدان التي توفرت عنها بيانات، باستثناء المغرب حيث بلغ الفارق 5 المائة في عام 2013، ولبنان حيث بلغ 1 في المائة في عام 2012. ولا تدل البيانات على فارق يذكر بين الشبان والشابات في الإلمام بالقراءة والكتابة في فلسطين وقطر والمملكة العربية السعودية في عام 2013.

الشكل 2-5 إلمام الشباب بالقراءة والكتابة حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (بالنسبة المئوية)



التعليم هو من أسس التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

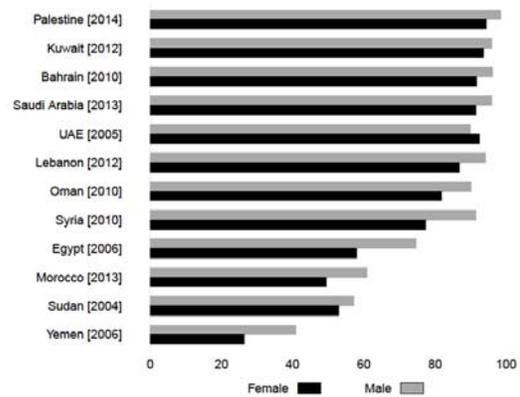
ويؤمن التعليم المدرسي النظامي المهارات التي تحتاج إليها سوق العمل العصرية وعليه يتوقف نوع التشغيل ومستوى الأجور، ويساهم في تحسين صحة السكان ورفاههم. ولتصميم سياسات وخطط للتعليم، لا بدّ من توفير بيانات عن واقعه. ومع ارتفاع معدلات الخصوبة في البلدان العربية، يرتفع عدد التلاميذ سنوياً، إلى مستويات يتطلب استيعابها المزيد من الموارد البشرية والمالية.

ويتضمن هذا القسم شرحاً لوضع التعليم النظامي في البلدان العربية بالاستناد إلى بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو). وهو يركز على مؤشرات معينة كمعدلات إلمام البالغين والشباب بالقراءة والكتابة، والتحصيل العلمي، ونسبة التلاميذ إلى المعلمين، والإنفاق الحكومي على التعليم.

إلمام البالغين بالقراءة والكتابة بين أعلى المعدلات في قطر وفلسطين وأدناها في اليمن

بين البلدان التي قدّمت بيانات حول التعليم، سجلت قطر وفلسطين أعلى معدل في إلمام البالغين بالقراءة والكتابة، بلغ 97 في المائة في عام 2013 و96 في المائة في عام 2014 على الترتيب، في حين سجل اليمن أدنى معدل، بلغ 34 في المائة في عام 2006.

الشكل 1-5 معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (بالنسبة المئوية)



ومعدلات إلمام البالغين بالقراءة والكتابة مبيّنة في الشكل 1-5 حسب الجنس بناء على آخر البيانات الواردة من

اتساع الفارق بين الجنسين في التعليم الثانوي في معظم البلدان، والإناث المتحقات أكثر من الذكور

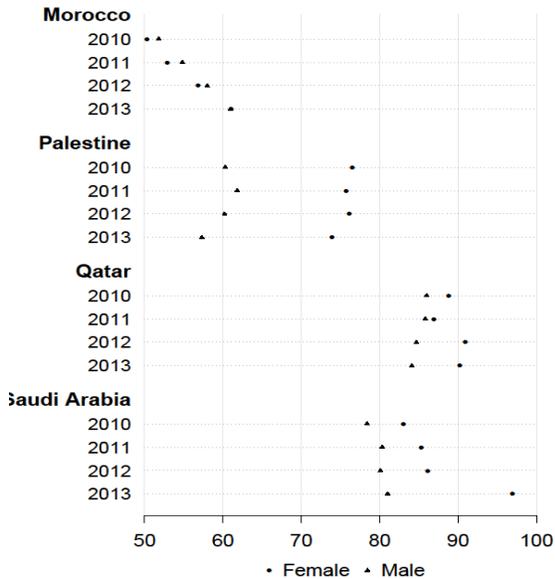
في الجمهورية العربية السورية، وفلسطين، وقطر، ولبنان، والمملكة العربية السعودية، يسجل معدل الالتحاق الصافي في التعليم الثانوي ارتفاعاً لصالح الإناث. أما في اليمن والعراق، فالارتفاع لصالح الذكور خلال الفترة نفسها. والوضع مشابه في المغرب، إلا في عام 2013، حيث تشير البيانات إلى مساواة بين الجنسين.

وفي عام 2013، كان معدل التحاق الإناث الصافي في التعليم الثانوي هو الأعلى في المملكة العربية السعودية (97 في المائة)، تليها قطر (90 في المائة)، وفلسطين (74 في المائة) والمغرب (61 في المائة).

ويبين الشكل 4-5 أن الفارق بين الجنسين في معدل الالتحاق الصافي في التعليم الثانوي تقلص في المغرب ولكنه اتسع في فلسطين، وقطر والمملكة العربية السعودية خلال الفترة 2010-2013.

وفي المغرب، تقلص هذا الفارق بمعدل نقطة مئوية واحدة بين عامي 2010 و2013. غير أنه سجل زيادة طفيفة في فلسطين وزيادة ملحوظة في قطر والمملكة العربية السعودية. وبين البلدان التي توفرت عنها البيانات، سجل أكبر فارق بين الجنسين في المملكة العربية السعودية في عام 2013 (97 مقابل 81 في المائة).

الشكل 4-5 معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي حسب الجنس، وفقاً لبيانات آخر أربع سنوات متوفرة (بالنسبة المئوية)



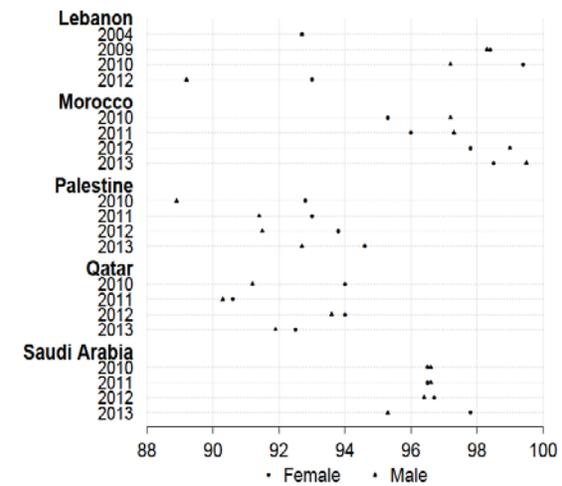
تقلص الفارق بين الجنسين في معدلات الالتحاق بالتعليم الابتدائي في معظم البلدان

تراوح معدل الالتحاق الصافي بالتعليم بين 91 و99 في المائة في جميع البلدان التي توفرت عنها البيانات باستثناء اليمن. وسُجل أعلى معدل للالتحاق الصافي بالتعليم الابتدائي في المغرب حيث بلغ 99 في المائة في عام 2009، في حين سُجل أدنى معدل في اليمن حيث بلغ 82 في المائة في عام 2011.

وأفادت بعض البلدان بارتفاع معدل الالتحاق الصافي بالتعليم الابتدائي للذكور والإناث، في حين أفادت بلدان أخرى عن انخفاض في هذا المعدل في الأعوام الأربعة الأخيرة. وارتفع معدل الالتحاق الصافي بالتعليم الابتدائي في المغرب من 96 في المائة في عام 2010 إلى 99 في المائة في عام 2012، وفي فلسطين من 91 في المائة في عام 2010 إلى 94 في المائة في عام 2013. وانخفض هذا المعدل في قطر بأقل من 1 في المائة بين عامي 2010 و2013، وفي لبنان بنسبة 2 في المائة بين عامي 2004 و2012.

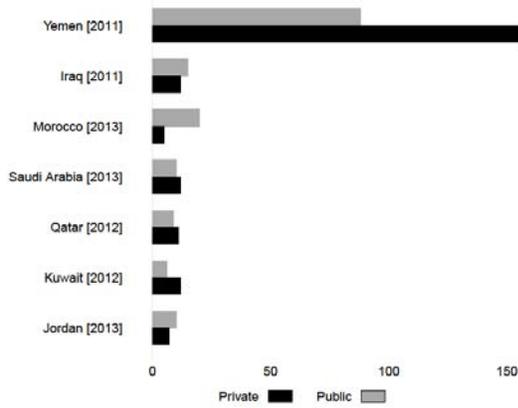
ويظهر الشكل 3-5 تقلص الفارق بين الجنسين في معدلات الالتحاق الصافي بالتعليم في بعض البلدان وإلى اتساعه في بلدان أخرى. فقد انخفض الفارق بين الجنسين بمقدار نقطتين مئويتين في فلسطين بين عامي 2011 و2013 في حين اتسع في لبنان بمقدار أربع نقاط مئوية بين عامي 2004 و2013. ووفقاً للبيانات المتوفرة عن البلدان، بلغ الفارق بين الجنسين أكبر حد له في لبنان في عام 2012 (93 مقابل 89 في المائة) وأقل حد له في قطر في عام 2013 (93 مقابل 92 في المائة).

الشكل 3-5 معدلات الالتحاق بالتعليم الابتدائي حسب الجنس، وفقاً لبيانات آخر أربع سنوات متوفرة (بالنسبة المئوية)



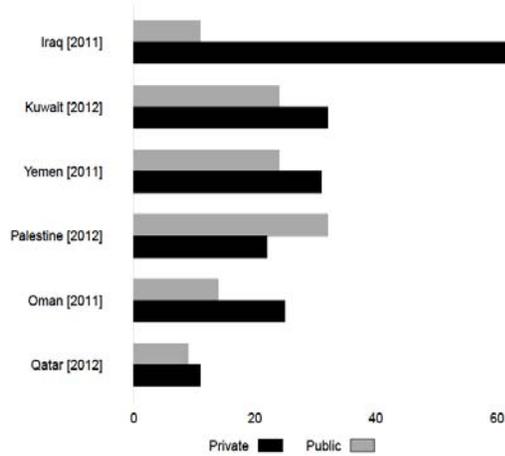
الفارق بين النسبتين يبلغ حده الأعلى في اليمن في عام 2011 (88) في المدارس الرسمية مقابل 157 في المدارس الخاصة). وفي المدارس الرسمية، سجل المغرب أعلى نسبة بعد اليمن، بلغت 20 تلميذاً لكل معلم في عام 2013.

الشكل 5-6 نسبة التلاميذ إلى المعلمين (التعليم الثانوي)، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة



ويتضمن الشكل 5-7 نسبة التلاميذ إلى المعلمين في مؤسسات التعليم العالي حسب القطاع. ويظهر الشكل أن هذه النسبة أعلى في القطاع الخاص في جميع البلدان التي تشملها البيانات، باستثناء فلسطين في عام 2012. والجدير بالذكر أن نسبة التلاميذ إلى المعلمين في العراق بلغت في القطاع الخاص في عام 2011 ستة أمثال ما سجلته في القطاع العام. وسجلت قطر أدنى نسبة بلغت 9 تلاميذ لكل معلم في القطاع العام و11 في القطاع الخاص في عام 2012.

الشكل 5-7 نسبة التلاميذ إلى المعلمين (التعليم العالي)، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة

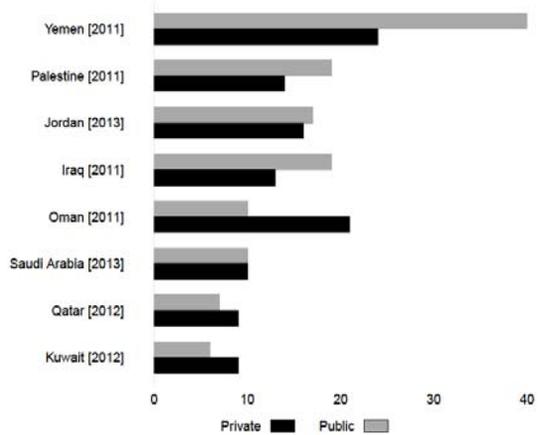


تفاوت كبير في نسبة التلاميذ لكل معلم في المراحل الابتدائية والثانوية والجامعية

وفقاً لتعريف معهد اليونسكو للإحصاء، تحسب نسبة التلاميذ إلى المعلمين بعدد التلاميذ لكل معلم، وهي مؤشر على نوعية التعليم. وفي الصفوف المكتظة، حيث ارتفاع عدد التلاميذ لكل معلم، قد لا يكون التعليم بالنوعية المطلوبة، وذلك لأن المعلمين لا يتمكنون من تخصيص الوقت الكافي لكل تلميذ. ونسبة التلاميذ إلى المعلمين في التعليم الابتدائي هي عموماً أعلى منها في التعليم الثانوي في البلدان التي توفرت عنها بيانات، باستثناء عُمان في عام 2011 وقطر في عام 2012.

وحسب آخر البيانات المتوفرة بين عامي 2011 و2013، كانت نسبة التلاميذ إلى المعلمين في التعليم الابتدائي في تفاوت كبير بين بلد وآخر. وفي المدارس الرسمية، تراوحت هذه النسبة بين حد أدنى قدره 6 تلاميذ لكل معلم في الكويت في عام 2011، و7 تلاميذ لكل معلم في قطر في عام 2012، وحد أعلى قدره 40 تلميذاً لكل معلم في اليمن، وفي الوسط فلسطين بنسبة 19 تلميذاً لكل معلم في عام 2011. أما في المدارس الخاصة، فبلغت النسبة 9 تلاميذ لكل معلم في الكويت وقطر في عام 2012، وهي نسبة أعلى من النسبة المسجلة في المؤسسات العامة للبلدين في العام نفسه. وسجل اليمن في عام 2011 أعلى نسبة بلغت 24 تلميذاً لكل معلم. والجدير بالذكر أن هذه النسبة هي تقريباً نصف النسبة في المدارس الرسمية حسب بيانات العام نفسه. وفي الشكل 5-5 المزيد من التفاصيل عن نسبة التلاميذ إلى المعلمين في التعليم الابتدائي.

الشكل 5-5 نسبة التلاميذ إلى المعلمين (التعليم الابتدائي)، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة



ويتضمن الشكل 5-6 بيانات عن نسبة التلاميذ إلى المعلمين في التعليم الثانوي حسب القطاع، ويوضح أن

الإنفاق العام على التعليم بين حد أعلى في تونس وأدنى في لبنان

العربية السورية، والسودان، وعمان، وفلسطين، وقطر، ولبنان، والمملكة العربية السعودية بين عامي 2000 و2013. ووفقاً لآخر البيانات المتوفرة عن البلدان التي شملتها الدراسة، سجلت تونس أعلى مستوى للإنفاق على التعليم، بلغ 21 في المائة في عام 2012؛ وسجل لبنان أدنى مستوى، بلغ 9 في المائة في عام 2013.

البيانات عن الإنفاق على التعليم مستمدة من معهد اليونسكو للإحصاء عن 13 بلداً عربياً. وترد الأرقام كنسبة مئوية من مجموع الإنفاق العام وكنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي. وتعطي هذه الأرقام مؤشراً إلى درجة الأولوية التي يعطيها كل بلد للتعليم نسبة إلى قطاعات أخرى في تخصيص الموارد العامة.

وبمقارنة البيانات في الجدولين 1-5 و2-5، يتضح أنّ الزيادة في الإنفاق على التعليم كنسبة مئوية من مجموع الإنفاق العام تتوافق مع زيادة في الإنفاق كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في البلدان التي تشملها البيانات، باستثناء المغرب والمملكة العربية السعودية.

وتختلف اتجاهات الإنفاق على التعليم بين بلد وآخر في المنطقة. وتشير البيانات إلى أن الإنفاق العام على التعليم، كنسبة مئوية من مجموع الإنفاق العام، قد ازداد في بعض البلدان وتناقص في بلدان أخرى خلال الأعوام المشمولة بالدراسة. وهذا ما تظهره أيضاً بيانات الإنفاق العام من الناتج المحلي الإجمالي.

وسُجل أعلى مستوى من الإنفاق العام على التعليم كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي حسب آخر البيانات المتوفرة في تونس في عام 2012 وفي المغرب في عام 2013 حيث بلغ 6 في المائة، أما المستوى الأدنى فبلغ 2 في المائة في السودان في عام 2009، و3 في المائة في البحرين في عام 2012 ولبنان في عام 2013.

ويتضح من الجدول 1-5 أن الإنفاق على التعليم، كنسبة مئوية من الإنفاق العام، انخفض في البحرين، وتونس، والكويت، ومصر، والمغرب، واليمن، وارتفع في الجمهورية

الجدول 1-5 الإنفاق على التعليم حسب البلد والسنة (بالنسبة المئوية من مجموع الإنفاق العام)

	اليمن	تونس	الجمهورية العربية السورية	السودان	المملكة العربية السعودية	قطر	فلسطين	عمان	المغرب	لبنان	الكويت	مصر	البحرين	
2000	30.5	25.0		9.1	16.7	8.2	16.5	9.0	22.3					
2001	30.3	25.0	15.7		19.6			10.6	20.9	7.4	18.0			
2002		23.1	16.8	11.0	19.8			11.1	19.9	7.1	15.3			
2003		28.0	19.9		19.9			10.0	20.7		15.6	14.0		
2004		27.7	17.1	7.9	18.0			10.3	20.0	7.9	15.0	13.8		
2005		26.7		6.0	17.8	9.0	19.0	10.1	22.4	8.4	13.9	14.4		
2006		27.1	20.0	8.3	20.1			11.2	18.7	7.7	13.4	10.6	11.9	
2007		27.2	18.9						20.0	7.3		10.4	11.0	
2008	12.5	25.3	20.0	9.4	17.7				17.5	5.9		10.4	10.6	
2009		26.4	19.2	10.8				10.9	17.3					
2010		25.6				11.2	20.3							
2011						10.2	19.5							
2012		21.2				10.4	19.2		17.2	7.1			8.9	
2013							18.1		18.5	8.6				

المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء، تشرين الثاني/نوفمبر 2015.

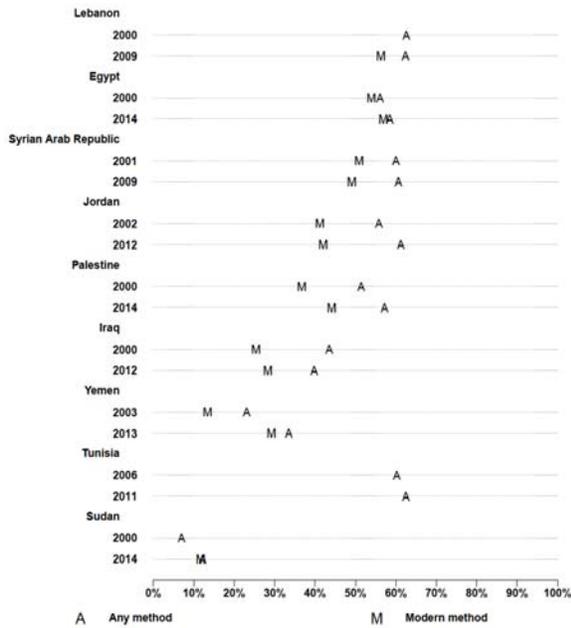
الجدول 2-5 الإنفاق على التعليم حسب البلد والسنة (بالنسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي)

	اليمن	تونس	الجمهورية العربية السورية	السودان	المملكة العربية السعودية	قطر	فلسطين	عمان	المغرب	لبنان	الكويت	مصر	البحرين	
2000	9.7	6.2		1.0	5.9	2.6	4.2	3.2	5.8					
2001	9.2	6.2	4.4		7.8			4.0	5.6	2.8	6.6			
2002		5.8	5.0	1.4	7.7			4.3	5.8	2.6	6.6			
2003		6.8	6.5		7.1			3.9	5.6		6.5	4.9		
2004		6.7	5.4	1.6	6.3			4.0	5.6	2.7	5.5	4.7		
2005		6.5		1.6	5.4	2.8	5.4	3.5	7.3	2.7	4.7	4.8		
2006		6.4	5.3	2.0	5.9			3.9	5.5	2.8	3.8	4.0	2.9	
2007		6.5	4.9						6.0	2.6		3.7	2.6	
2008	4.6	6.3	4.6	2.2	5.1				5.6	2.0		3.8	2.5	
2009		6.5	5.1	2.2				4.2	5.4	1.8				
2010		6.2				3.6	5.7			1.6				
2011						3.0	5.4			1.6				
2012		6.2				3.1	5.3		6.2	2.2			2.6	
2013							4.9		6.3	2.6				

المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء، تشرين الثاني/نوفمبر 2015.

2000 إلى 28 في عام 2012). وتراجع استخدام أي وسيلة من وسائل منع الحمل بنسبة 1 في المائة في لبنان (من 63 في عام 2000 إلى 62 في عام 2009)، مقابل ازدياد استخدام الوسائل الحديثة بنسبة 16 في المائة (من 40 في عام 2001 إلى 56 في عام 2009).

الشكل 6-1 استخدام وسائل منع الحمل، 2000-2014، (بالنسبة المئوية)



ازدياد الرعاية قبل الولادة مع الوقت

النساء اللواتي يتلقين الرعاية قبل الولادة هن اللواتي يتلقين معاينة من مختصين أربع مرات على الأقل لأسباب تتعلق بالحمل (UNSD, 2015). ومع أنّ منظمة الصحة العالمية توصي بما لا يقل عن أربع زيارات قبل الولادة (WHO, 2011) لقياس ضغط الدم، وتحليل البول، وتحليل الدم، وقياس الوزن/الطول، يقتصر المؤشر في هذا العدد على النساء اللواتي تلقين الرعاية الصحية من مختصين مرة واحدة على الأقل، وذلك للنقص في البيانات.

ويتضح من آخر بيانات الأجهزة الإحصائية الوطنية للفترة 2010-2014، أن نسبة النساء اللواتي يقمن بزيارة واحدة على الأقل للحصول على الرعاية قبل الولادة تراوحت بين 60 في المائة في اليمن، 77 في المائة في المغرب، و100 في المائة في البحرين.

يتوقف الوضع الصحي للسكان في أي بلد على الظروف الصحية والبيئية السائدة، والخدمات الصحية المتوفرة وجودتها، وقدرة الأفراد على اتخاذ خيارات صحية في حياتهم. ويتضمن هذا القسم بيانات عن الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل، وأسلوب الحياة، والمخاطر على الصحة، والمرافق والتفقات والموارد الصحية في المنطقة العربية.

ويتناول القسم اتجاهات معدلات انتشار وسائل منع الحمل، والرعاية قبل الولادة ووفيات الأمهات في مختلف أنحاء المنطقة؛ ويتضمن لمحة عن آخر معدلات تحصين الأطفال وتغذيتهم، ومؤشرات صحية، مثل انتشار التدخين، وكتلة الجسم، والأمراض غير المعدية، والإعاقة، وأهم أسباب للوفاة. وفي الختام يقدم لمحة عن أنماط الإنفاق، ونصيب الفرد من الموارد الصحية، أي العاملين في المجال الصحي في مختلف أنحاء المنطقة.

انتشار استخدام وسائل منع الحمل على زيادة في المنطقة

يحسب معدل استخدام وسائل منع الحمل بنسبة المتزوجات من الفئة العمرية 15-49 سنة، اللواتي يستخدمن، هن أو شريكهن، وسيلة واحدة على الأقل من وسائل منع الحمل، أيًا كان نوعها. ومن وسائل منع الحمل الحديثة تعقيم الذكور أو الإناث، واستخدام حبوب منع الحمل الهرمونية، واللولب داخل الرحم، والواقي الذكري، والحقن، والزرع، ووسائل عزل المهبل، والعازل الأنثوي، والوسائل العاجلة لمنع الحمل. ومن الوسائل التقليدية لمنع الحمل التنظيم الطبيعي للنسل (الامتناع الدوري)، والسحب، ووسيلة انقطاع الطمث الإرضاعي، والطرانق الشعبية (UNSD, 2015).

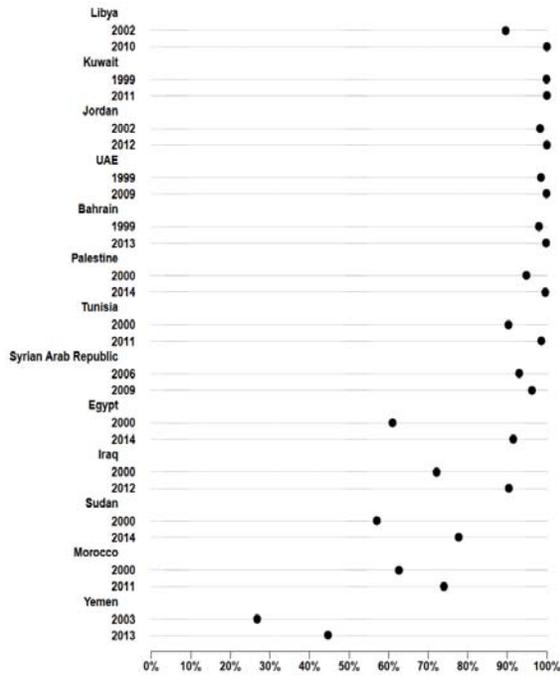
ووفقاً لآخر البيانات للفترة 2010-2014، سجلت تونس أعلى نسبة في استخدام أي وسيلة من وسائل منع الحمل، بلغت 63 في المائة، يليها الأردن بنسبة 61 في المائة، ثم مصر بنسبة 59 في المائة (الشكل 6-1). أما في استخدام وسائل منع الحمل الحديثة في الفترة نفسها، فسجلت مصر أعلى نسبة بلغت 57 في المائة، تليها فلسطين بنسبة 44 في المائة، فلبنان بنسبة 42 في المائة. وشهدت معظم البلدان، بين عام 2000 وآخر عام توفرت عنه البيانات، ارتفاعاً في نسبة استخدام وسائل منع الحمل؛ وشهد العراق ولبنان تراجعاً في نسب استخدام أي وسيلة من وسائل منع الحمل مقابل زيادة في نسب استخدام الوسائل الحديثة. ففي العراق، تراجع استخدام أي وسيلة من وسائل منع الحمل بنسبة 4 في المائة (من 44 في عام 2000 إلى 40 في عام 2012) في حين ازداد استخدام وسائل منع الحمل الحديثة بنسبة 3 في المائة (من 25 في عام

وتشير آخر البيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية إلى أن النسبة المئوية للنساء اللواتي تلقين مساعدة صحية متخصصة خلال الولادة تراوحت بين 48 في المائة في اليمن وقراية 100 في المائة في بلدان مجلس التعاون الخليجي وليبيا (الشكل 3-6)؛ وبين 90 و98 في المائة في البلدان الأخرى، باستثناء السودان حيث بلغت النسبة 78 في المائة والمغرب حيث بلغت 74 في المائة.

وسجل اليمن أدنى نسبة، لكنه شهد تحسناً بين عامي 2003 و2013 وبلغت نسبته 18 في المائة (من 27 في المائة إلى 45 في المائة).

وقد حققت جميع البلدان تحسناً في نسبة الولادات التي يشرف عليها اختصاصيون في الفترة من عام 2000 إلى عام 2014. وسجلت أعلى زيادة في مصر حيث بلغت 31 في المائة (من 61 في عام 2000 إلى 92 في المائة في عام 2014) وفي السودان حيث بلغت 21 في المائة (من 57 في عام 2000 إلى 78 في عام 2014).

الشكل 3-6 الولادات تحت إشراف اختصاصيين، (بالنسبة المئوية) 2013-1999

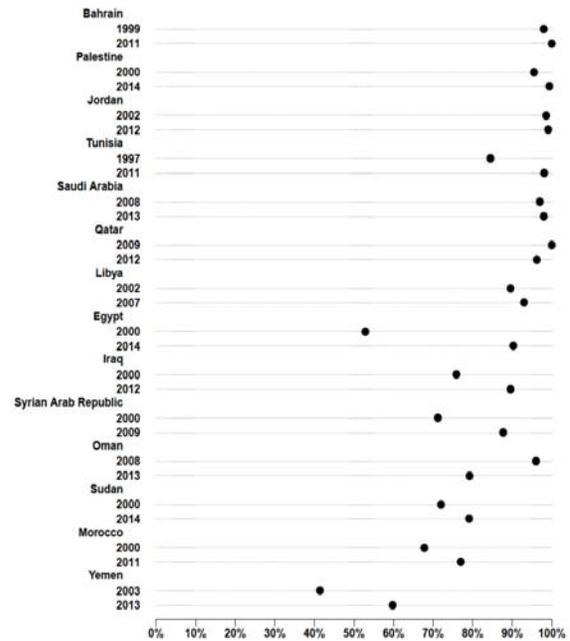


مزيد من الولادات في المراكز الصحية

المراكز الصحية هي كل مرفق يقدم الرعاية الصحية، من عيادات صغيرة إلى مستشفيات كبيرة

وتراوحت هذه النسبة بين 90 و99 في المائة في سبعة بلدان، هي الأردن وفلسطين وتونس والمملكة العربية السعودية، وقطر، ومصر؛ وبين 77 و79 في المائة في ثلاثة بلدان، هي عُمان والسودان والمغرب. وخلال العقد الماضي، انخفضت نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية قبل الولادة بنسبة 17 في المائة في عُمان (من 96 في عام 2008 إلى 79 في عام 2013) وبنسبة 4 في المائة في قطر (من 100 في عام 2009 إلى 96 في عام 2012). أما أعلى زيادة في الرعاية ما قبل الولادة فبلغت 37 في المائة في مصر (من 53 في عام 2000 إلى 90 في عام 2014)، يليها اليمن، بنسبة 19 في المائة (من 41 في عام 2003 إلى 60 في عام 2013)، والجمهورية العربية السورية بنسبة 17 في المائة (من 96 في عام 2008 إلى 79 في عام 2013).

الشكل 2-6 الرعاية قبل الولادة، 2014-1999 (بالنسبة المئوية)

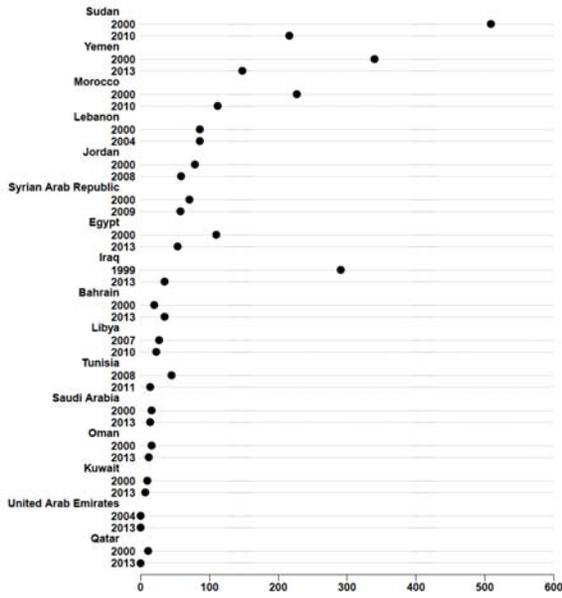


عدد الولادات تحت إشراف اختصاصيين في تحسن

تعرف منظمة الصحة العالمية (WHO, 2011) الولادات التي تجرى بإشراف اختصاصيين بالولادات التي يشرف عليها شخص مجاز في الصحة، كالقابلة القانونية أو الطبيب أو الممرضة، وقد تلقى تدريباً على المهارات المطلوبة للإشراف على حالات الحمل الطبيعية (غير المعقدة)، وعمليات الولادة، والفترة التي تلي الولادة مباشرة، ومراقبة أي مضاعفات قد تطرأ على الأم أو الطفل وحصرها وتحويلها إلى المعالجة المتخصصة.

الوحيد هو البحرين، حيث ارتفع هذا المعدل من 20 إلى 35 في المائة لكل 100,000 ولادة. وأكثر ما يُلاحظ التحسّن على هذا الصعيد في العراق حيث انخفض معدل وفيات الأمهات بنسبة 88 في المائة، وفي السودان 58 في المائة، وفي اليمن 57 في المائة، وفي المغرب 40 في المائة في المغرب. ووفقاً لآخر البيانات الوطنية، لا تزال وفيات الأمهات في أعلى المعدلات في السودان واليمن والمغرب. أما في سائر البلدان، فلم يتخطَ هذا المعدل في الأعوام الأخيرة 100 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة.

الشكل 5-6 معدلات وفيات الأمهات، 2000-2013



تحسّن في معدلات التحصين في معظم البلدان

التحصين من الطرق الفعالة لتخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF, 2014)، يكون الطفل محصناً بالكامل إذا كان في عمر 12 شهراً قد تلقى لقاح (بي سي جي) السل، وثلاث جرعات من لقاح الخناق والشهق والكزاز، وثلاث جرعات على الأقل من لقاح شلل الأطفال، وجرعة واحدة من لقاح الحصبة (WHO, 2015c).

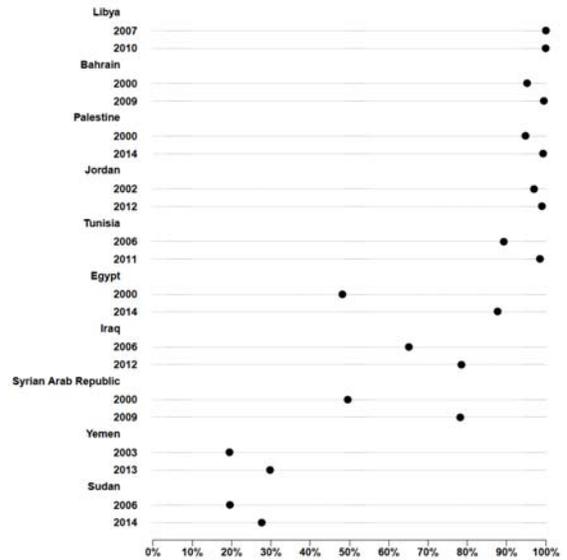
وترد في الشكل 6-6 معدلات تحصين الأطفال ضد الخناق والشهق والكزاز، والحصبة، والسل، وشلل الأطفال، والتهاب الكبد في مختلف بلدان المنطقة في الأعوام الأخيرة. وتلقى معظم الأطفال اللقاحات الخمسة الرئيسية في فلسطين، وليبيا، والأردن، ومصر، وعمان، وتونس. وفي لبنان، أكثر من 90 في المائة من الأطفال تلقوا لقاحات ضد شلل الأطفال والتهاب الكبد حتى عام 2009، في حين أن معدل التحصين

(Medline Plus, 2015). والولادة في مركز صحي من الطرق الهامة للحد من المخاطر الصحية التي قد تصيب الأم والطفل (الالتهابات، والمضاعفات، والاعتلال، والوفاة).

وتظهر آخر البيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية أن نسبة النساء اللواتي يلدن في مراكز صحية تراوحت بين 28 في المائة في السودان و100 في المائة في البحرين وليبيا. وتراوحت هذه النسبة بين 98 و99 في المائة في أربعة بلدان، هي الأردن وفلسطين وتونس وقطر، وبين 78 و88 في المائة في سائر البلدان (مصر والعراق والجمهورية العربية السورية).

وسجلت هذه النسبة أعلى زيادة في مصر حيث بلغت 40 في المائة (من 48 في عام 2000 إلى 88 في عام 2014) وفي الجمهورية العربية السورية حيث بلغت 28 في المائة (من 50 في عام 2000 إلى 78 في عام 2009).

الشكل 4-6 الولادات في مراكز صحية، 2000-2014 (بالنسبة المئوية)



انخفاض كبير في معدل وفيات الأمهات في العراق والسودان والمغرب، واليمن

معدل وفيات الأمهات هو عدد وفيات الأمهات خلال الحمل أو الولادة أو في غضون 42 يوماً من الولادة لكل 100,000 ولادة (WHO, Indicator and Measurement) (Registry, 2015c).

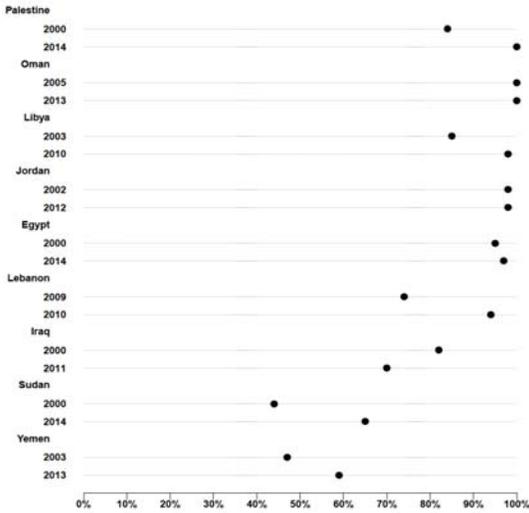
وبين عامي 2000 و2013، انخفض معدل وفيات الأمهات في معظم البلدان العربية (الشكل 5-6). والاستثناء

والكزاز، تحميهم من أمراض سارية تسبب لهم الإصابة بأمراض أو إعاقات خطيرة أو قد تؤدي بهم إلى الوفاة (WHO, 2015h).

وقد تمكنت البلدان العربية التي تجاوزت فيها تغطية اللقاح ضد الخناق والشهق والكزاز 90 في المائة بحلول عام 2000، أي عُمان والأردن ومصر، من الحفاظ على مستويات مرتفعة طيلة العقد التالي (الشكل 6-7). وبين عامي 2000 و2014 تمكنت فلسطين ولبنان وليبيا من زيادة معدلات تغطية التحصين ضد الخناق والشهق والكزاز من نسب تتراوح بين 75 في المائة و82 في المائة إلى أكثر من 90 في المائة. وازدادت هذه النسبة في السودان واليمن من أقل من 50 في المائة في عام 2000 إلى أكثر من 60 في المائة في الأعوام القليلة الماضية. والعراق هو البلد الوحيد في المنطقة الذي شهد تراجعاً في معدلات التغطية في العقد الأخير، من 83 في المائة في عام 2000 إلى 70 في المائة في عام 2011.

وتشير البيانات المتوفرة إلى غياب الفوارق بين الجنسين في تغطية التحصين ضد الخناق والشهق والكزاز.

الشكل 7-6 معدلات التحصين ضد الخناق والشهق والكزاز، 2000-2014

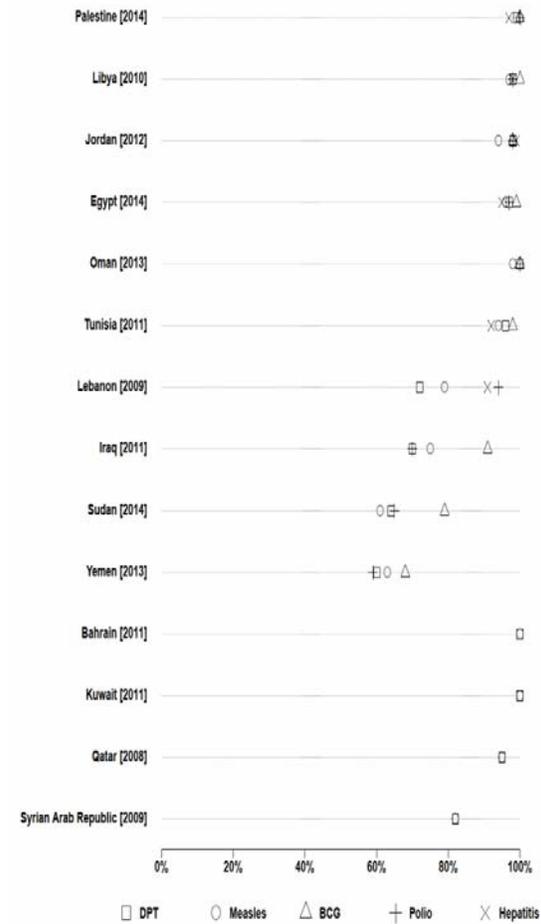


معدلات التحصين ضد الحصبة تفوق 95 في المائة في معظم البلدان

الحصبة مرض سار ينجم عن فيروس، ويؤدي عادةً إلى الإصابة بحمى وطفح جلدي، ويمكن أن يؤدي إلى فقدان البصر، أو التهاب الدماغ أو حتى الوفاة. وتحدد منظمة الصحة العالمية تغطية التحصين ضد الحصبة بأنها النسبة

ضد الخناق والشهق والكزاز اقتصر على 75 في المائة وضد الحصبة على 79 في المائة. وفي الأعوام الأخيرة، تراوحت معدلات التحصين بين 60 و90 في المائة في العراق والسودان واليمن، غير أن معدلات التحصين ضد السل أعلى منها ضد الخناق والشهق والكزاز، والحصبة، وشلل الأطفال، والتهاب الكبد. أما في البحرين وقطر والكويت، فالبيانات المتوفرة عن التحصين ضد السل حديثة، تشير جميعها إلى معدلات تتجاوز 95 في المائة.

الشكل 6-6 تغطية التحصين، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (بالنسبة السنوية)



تحسن مطرد في تغطية التحصين ضد الخناق والشهق والكزاز

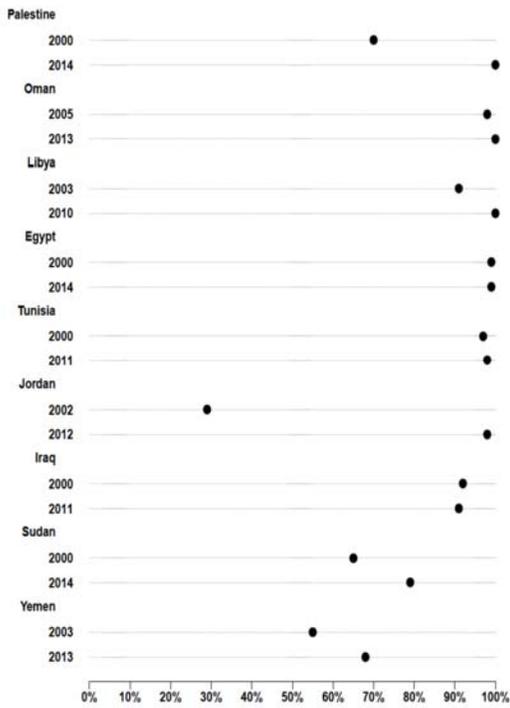
وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تلقى نحو 86 في المائة من الرضع في العالم ثلاث جرعات من لقاح الخناق والشهق

منظمة الصحة العالمية تغطية التحصين ضد السل بأنها النسبة المئوية من الأطفال من الفئة العمرية 12 إلى 23 شهراً الذين تلقوا جرعة واحدة من لقاح بي سي جي (WHO, Indicator and Measurement Registry, 2015a).

وفي الأعوام الأخيرة الماضية، تمكنت جميع بلدان المنطقة من تحقيق التغطية الكاملة للتحصين ضد السل (الشكل 6-9)، باستثناء السودان حيث ازداد معدل التغطية باطراد وصولاً إلى 80 في المائة بحلول عام 2014، واليمن حيث وصل المعدل إلى 69 في المائة بحلول عام 2013.

وما من فارق يذكر في التغطية بين الجنسين في (الجدول المرفقة).

الشكل 6-9 التحصين ضد السل، 2000-2014 (بالنسبة المئوية)



ازدياد تغطية التحصين ضد شلل الأطفال

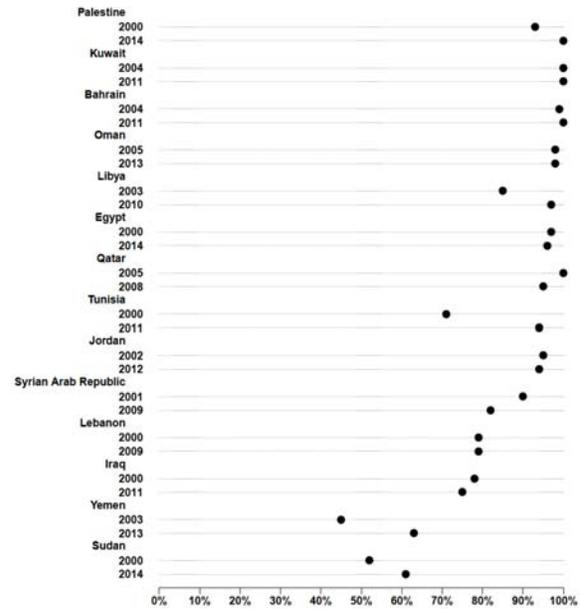
شلل الأطفال مرض فيروسي سار يصيب الجهاز العصبي، ويمكن أن يؤدي إلى شلل تام في غضون ساعات أو حتى إلى الوفاة. وقد انخفض عدد حالات شلل الأطفال بنسبة تتجاوز 99 في المائة منذ عام 1988، مما يقارب 350,000 حالة إلى 416 حالة رصدت في عام 2013. وهذا الانخفاض الحاد هو نتيجة لجهود عالمية للقضاء على المرض

المئوية من الأطفال من الفئة العمرية 12 إلى 23 شهراً الذين تلقوا جرعة واحدة على الأقل من لقاح الحصبة، في أي وقت قبل المسح أو قبل بلوغهم 12 شهراً (WHO, Indicator and Measurement Registry, 2015d). وفي أواخر عام 2013، كان 84 في المائة من أطفال العالم قد تلقوا جرعة واحدة من لقاح الحصبة قبل عامهم الأول (WHO, 2015h).

وفي الأعوام الأخيرة، تجاوزت معدلات التحصين ضد الحصبة 90 في المائة في عدة بلدان في المنطقة، وهي فلسطين، والكويت، والبحرين، وعمان، وليبيا، ومصر، وقطر، وتونس، والأردن، (الشكل 6-8). وفي العقد الأخير، سُجِّل أكبر تحسّن في التغطية بالتحصين في تونس وليبيا. وفي الفترة 2009-2001، انخفضت تغطية التحصين ضد الحصبة في الجمهورية العربية السورية من 90 في المائة إلى 81 في المائة، في حين ازدادت في السودان واليمن إلى أكثر من 60 في المائة من الأطفال خلال العقد الأخير.

وفي جميع البلدان ومختلف الأعوام، لم يسجل فارق يذكر بين الجنسين في التحصين ضد الحصبة (جداول الملاحق).

الشكل 6-8 التحصين ضد الحصبة، 2000-2014 (بالنسبة المئوية)



مزيد من التحصين ضد السل في جميع البلدان التي شملتها البيانات

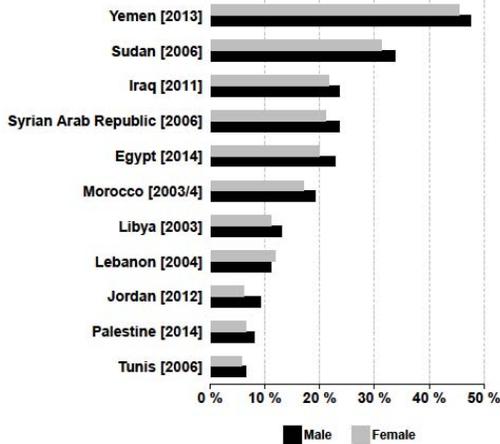
السل مرض سار يمكن أن يؤدي إلى الوفاة. ولقاح (بي سي جي) ضد السل هو وسيلة فاعلة للوقاية. وتحدد

تفاوت بسيط بين الجنسين في الوضع الغذائي للأطفال

الوضع الغذائي هو عامل بالغ التأثير على صحة الطفل ورفاهه (Ministry of Health and Population [Egypt], 2015). ويجري تقييم الوضع الغذائي على أساس ثلاثة مؤشرات للنمو الجسدي هي الطول حسب العمر (التقزم)، والوزن حسب الطول (الهزال)، والوزن حسب العمر (نقص الوزن). والتقزم هو القصر الشديد نسبة إلى العمر، يصيب الطفل لعدة أسباب منها عدم الحصول على التغذية الكافية على مدى فترة طويلة من الزمن، أو التعرض لأمراض متكررة أو مزمنة. والهزال هو الضعف الشديد نسبة إلى الطول، ويمكن أن يكون مؤشراً لعدم حصول الطفل على التغذية الكافية. والهزال يصيب الطفل على أثر التعرض للمرض لفترات طويلة ومتكررة، أو لنقص شديد في الغذاء. أما نقص الوزن، فهو انخفاض وزن الطفل عن المعدل الطبيعي في عمره بسبب التقزم أو الهزال أو بسبب الاثنين معاً.

وتتضمن الأشكال 6-11 و 6-12 و 6-13 بيانات مفصلة حسب الجنس حول انتشار التقزم والهزال ونقص الوزن بين أطفال المنطقة. وتشير البيانات إلى ارتفاع معدلات التقزم مقارنة بمعدلات الهزال في المنطقة. ويصيب التقزم طفلاً من كل خمسة أطفال في البلدان المتوسطة الدخل كمصر، والعراق، والجمهورية العربية السورية، والمغرب. والوضع الغذائي للأطفال في البلدان المنخفضة الدخل، ولا سيما اليمن والسودان، سيئ. ووفقاً لآخر البيانات المتوفرة، يعاني من نقص الوزن نحو 40 في المائة من الأطفال في اليمن و30 في المائة من الأطفال في السودان؛ ونحو 10 في المائة من الأطفال في الجمهورية العربية السورية والمغرب.

الشكل 6-11 التقزم حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (بالنسبة المئوية)

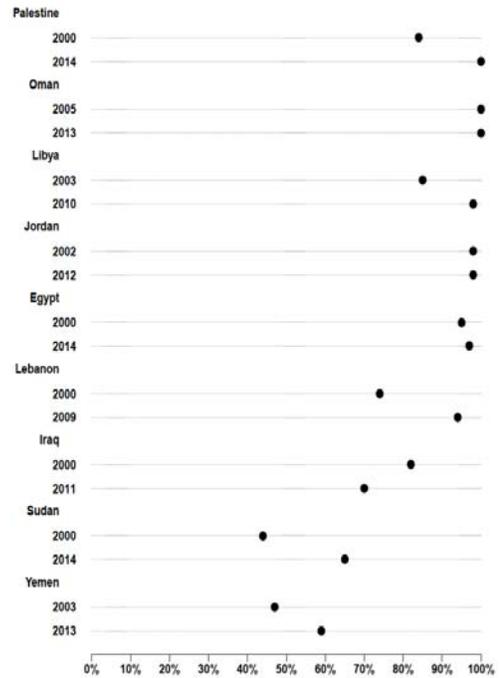


(WHO, 2015d). وفي عام 2013، كان 86 في المائة من الرضع في العالم قد تلقوا ثلاث جرعات من لقاح شلل الأطفال (WHO, 2015i). وما من علاج لشلل الأطفال، فالعلاج الوحيد هو بالوقاية منه. ويمكن للقاح شلل الأطفال، إذا ما أعطي عدة مرات، أن يحمي الأطفال مدى الحياة. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تحسب تغطية التحصين ضد شلل الأطفال بالنسبة المئوية للأطفال من عمر السنة الذين تلقوا ثلاث جرعات من لقاح شلل الأطفال في سنة معينة (WHO, Indicator and Measurement Registry, 2015c).

وفي الأعوام الأخيرة، تجاوزت معدلات التحصين ضد شلل الأطفال 95 في المائة في عدة بلدان في المنطقة، وهي فلسطين، وعمان، ولبيبا، والأردن، ومصر، ولبنان (الشكل 6-10). وتمكنت فلسطين ولبنان من تحقيق زيادة كبيرة في تغطية التحصين ضد شلل الأطفال منذ عام 2000. وازداد معدل تغطية التحصين ضد شلل الأطفال بنسبة 16 في المائة في السودان حيث بلغ 61 في المائة، وبنسبة 11 في المائة في اليمن حيث بلغ 63 في المائة. ولكن هذا المعدل انخفض في العراق من 82 في المائة في عام 2000 إلى 70 في المائة في عام 2011.

وكما سائر اللقاحات، ليس من فارق يذكر بين الجنسين في تغطية التحصين ضد شلل الأطفال (الجدول المرفقة).

الشكل 6-10 التحصين ضد شلل الأطفال، 2000-2014 (بالنسبة المئوية)

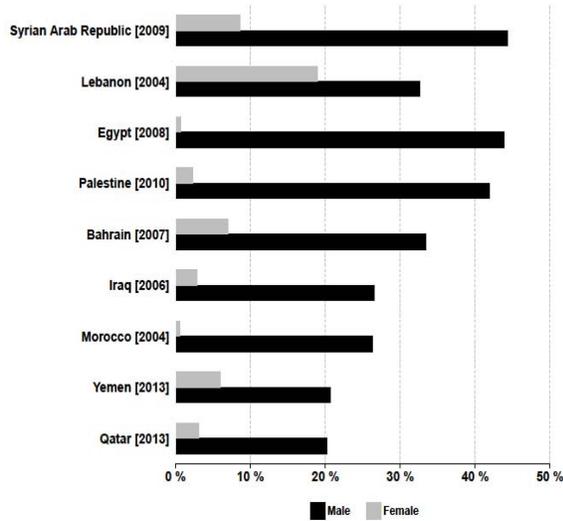


انخفاض معدلات التدخين مع الوقت

التدخين سبب رئيسي للإصابة بسرطان الرئة وأمراض القلب والأوعية الدموية، والأمراض الرئوية المزمنة والربو. وتشير البحوث إلى أن التدخين يُحتمل أن يقصر متوسط العمر المتوقع عند الولادة بمعدل سبع إلى ثماني سنوات (Department of Health, United Kingdom, 1998).

ويتضمّن الشكل 6-14 آخر البيانات المتوفرة عن معدلات التدخين حسب الجنس في مختلف أنحاء المنطقة. وينتشر التدخين بين الذكور بمعدلات أعلى منها بين الإناث في جميع أنحاء المنطقة. وقد تراوحت معدلات التدخين بين الذكور بين 20 في المائة في قطر في عام 2013 و45 في المائة في الجمهورية العربية السورية في عام 2009. أما بين الإناث، فتراوحت المعدلات بين 1 في المائة في المغرب في عام 2004 ومصر في عام 2008 و19 في المائة في لبنان في عام 2004. وسجل لبنان، حيث معدلات التدخين مرتفعة بين الذكور كما بين الإناث، أقل فارق بين الجنسين (33 في المائة للذكور و19 في المائة للإناث). في حين سجلت مصر أكبر فارق (44 في المائة للذكور و1 في المائة للإناث) وفقاً لبيانات عام 2008.

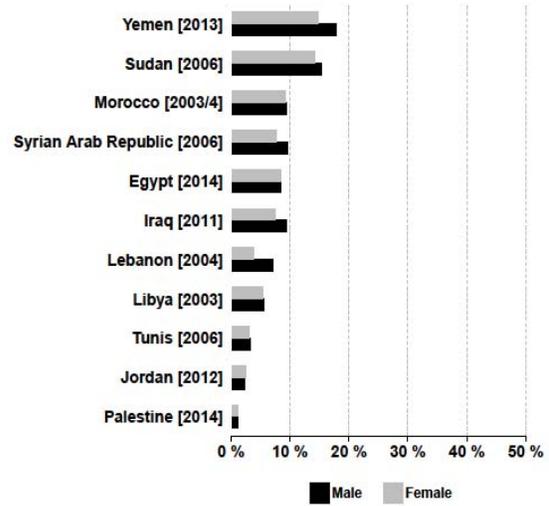
الشكل 6-14 التدخين حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (بالنسبة المئوية)



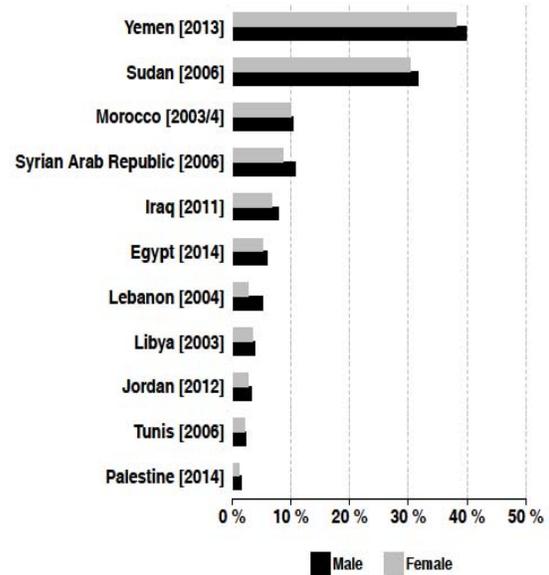
وسجلت معظم البلدان انخفاضاً في معدلات التدخين بين الإناث والذكور مع الوقت. وسجّل أكبر انخفاض في النسبة المئوية للمدخنين في مصر (من 56 إلى 44)، وأقل انخفاض في النسبة المئوية للمدخنات في اليمن (من 10

وفي جميع البلدان التي تتوفر عنها البيانات ينتشر التقزم والهزال ونقص الوزن بين الفتيان بمعدلات أعلى منها بين الفتيات.

الشكل 6-12 الهزال حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (بالنسبة المئوية)



الشكل 6-13 نقص الوزن حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (بالنسبة المئوية)



في حين سُجّلت أعلى نسب للبدانة في بلدان الخليج في عام 2014، تتصدرها قطر (38 في المائة من الرجال و48 في المائة من النساء). وسجلت عُمان أدنى نسبة من بين بلدان الخليج (23 في المائة من الرجال و34 في المائة من النساء).

ويظهر الفارق الأكبر في نسب البدانة لدى الرجال والنساء في مصر حيث يبلغ 17 نقطة مئوية، يليها الأردن حيث الفارق 15 نقطة مئوية في عام 2014. أما الفارق الأقل بين الجنسين فسجله السودان (6 نقاط مئوية في العام نفسه).

ارتفاع ضغط الدم والسكري وأمراض القلب والربو من أكثر الأمراض غير المعدية انتشاراً

الأمراض غير المعدية (WHO, 2015g) والمعروفة أيضاً بالأمراض المزمنة، لا تنتقل من شخص إلى آخر. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فئات الأمراض غير المعدية الأربعة الرئيسية هي أمراض القلب والأوعية الدموية (مثل النوبات القلبية والسكتات الدماغية)، وأمراض السرطان، وأمراض الجهاز التنفسي (مثل الربو)، والسكري. وتنتشر هذه الأمراض في جميع المناطق والفئات العمرية. ومن المسببات الرئيسية للأمراض المزمنة التدخين، وتعاطي الكحول بكثرة، والنظام الغذائي غير الصحي، وعدم ممارسة نشاط رياضي، وزيادة الوزن/البدانة، وارتفاع ضغط الدم ومستوى السكر في الدم، والكوليسترول (WHO, Global Health Observatory Data, 2015a).

وأفادت منظمة الصحة العالمية أن مجموع الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض بلغ 38 مليون حالة وفاة في عام 2012، أكثر من 40 في المائة منها، أصابت أفراداً لم يبلغوا سن السبعين. وأغلبية الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية، التي هي من أكبر المشاكل الصحية والإنمائية في القرن الحادي والعشرين، يمكن تجنبها (WHO, 2014).

ولم تتوفر بيانات للفترة 2003-2013 عن الأمراض غير المعدية سوى للعراق، وفلسطين، ولبنان، والمغرب، واليمن. ويسجل المغرب، حسب الشكل 6-16، أعلى نسبة من الأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة (11 في المائة من ارتفاع ضغط الدم، و10 في المائة من السكري و14 في المائة من أمراض المفاصل، و6 في المائة من أمراض القلب)، أما اليمن فيسجل أدنى نسبة من الأمراض المزمنة المذكورة (2، و1، و2، و1 في المائة على الترتيب).

إلى 6). وازدادت نسبة المدخنين في فلسطين 1 في المائة (من 41 إلى 42) (جدول الملحق).

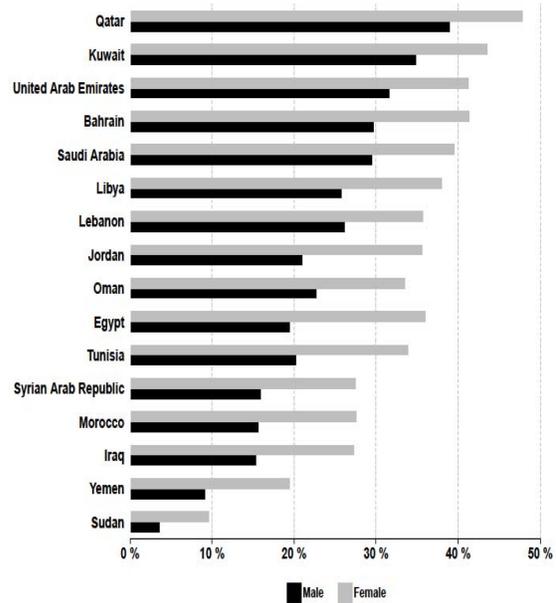
النساء أكثر تعرضاً للبدانة من الرجال في جميع البلدان

يمكن أن يكون الوزن الزائد سبباً لمجموعة من الأمراض كأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم والسكري، وعسر الهضم. وتقاس البدانة باستخدام مؤشر كتلة الجسم، الذي يحسب وزن الفرد نسبة إلى طوله. ويكون الشخص مصاباً بزيادة الوزن عندما يتراوح المؤشر بين 25 و29.9، وبالبدانة عندما يتجاوز المؤشر 30 (WHO, Indicator and Measurement Registry, 2015b).

وفي هذه المجموعة، استخدمت تقديرات منظمة الصحة العالمية حول البدانة في صفوف البالغين من الفئة العمرية 18 سنة وأكثر لعامي 2010 و2014. وهذه التقديرات هي توقعات من نماذج تستند إلى البيانات المستمدة من المسوح ونظم الرصد. وتشير بيانات عام 2014 إلى فارق بين الجنسين. فالإناث عادة أكثر تعرضاً للبدانة من الذكور في جميع البلدان (الشكل 6-15).

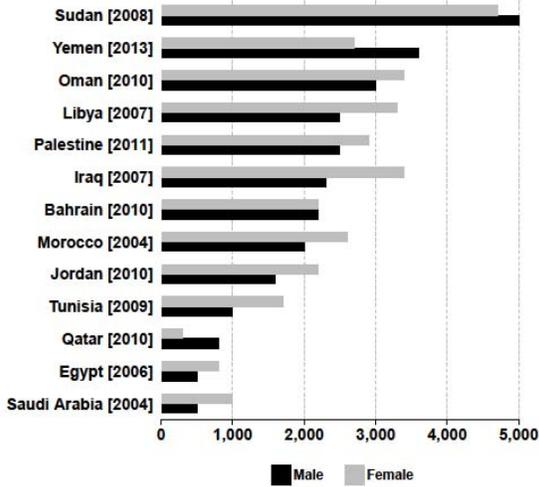
وقد سُجّلت أدنى نسب البدانة بين الرجال والنساء في السودان (4.10 في المائة) واليمن (9.19 في المائة).

الشكل 6-15 البالغون (18 سنة وأكثر) الذين يعانون من البدانة، حسب الجنس، 2014 (بالنسبة المئوية)



ويلاحظ أن أكثر أنواع الإعاقة انتشاراً في معظم البلدان الأعضاء هما الإعاقة الجسدية والإعاقة البصرية. وكانت نسبة الإعاقة الجسدية هي الأعلى في 12 من البلدان الستة عشر التي توفرت عنها البيانات، في حين كانت الإعاقة البصرية الأكثر انتشاراً في البلدان الأربعة الباقية.

الشكل 6-17 انتشار الإعاقة لكل 100,000 من السكان حسب الجنس، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة



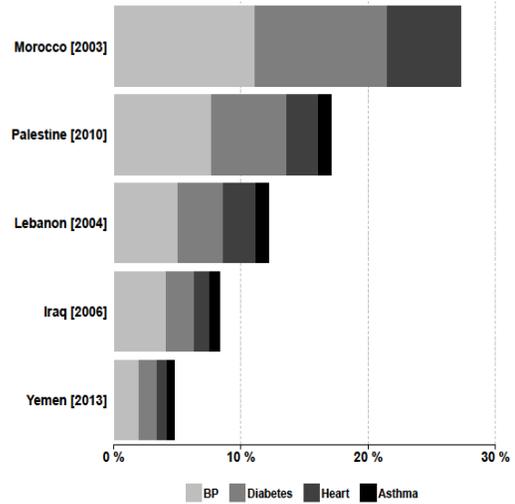
أمراض الدورة الدموية، والأورام والجهاز التنفسي من أهم مسببات الوفاة

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، كانت أمراض القلب الناجمة عن فقر الدم، والسكتة الدماغية، والتهابات الجهاز التنفسي، وأمراض الرئة المزمنة من المسببات الرئيسية للوفاة في العقد الماضي (WHO, 2015f).

وفي عام 2012، تسببت الأمراض غير المعدية بنسبة 68 في المائة من مجموع الوفيات في العالم، وأبرزها أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطانات، والسكري، وأمراض الرئة المزمنة. وتحدث نسبة 23 في المائة من الوفيات في العالم من جراء الأمراض المعدية ومشاكل صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة وسوء التغذية، و9 في المائة من جراء الحوادث (WHO, 2015f).

ويعتمد في هذه المجموعة التنقيح العاشر للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة (WHO, 2015a). ويشير الشكل 6-18 إلى أن أمراض الدورة الدموية، تليها الأورام وأمراض الجهاز التنفسي هي من الأسباب الرئيسية للوفاة في جميع بلدان المنطقة التي تتوفر عنها البيانات.

الشكل 6-16 الأمراض غير المعدية حسب البلد، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (بالنسبة المئوية)



أعلى معدلات للإعاقة في السودان وأدناها في قطر

"الإعاقة" وفقاً للتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة هي مصطلح جامع يغطي العاهات، وكل ما يقيد النشاط أو يمنع المشاركة (WHO, 2015e). وحالة الإعاقة هي حصيلة التفاعل بين الوضع الصحي وعدد من العوامل البيئية والشخصية (AIHW, 2004).

ويتضمن الشكل 6-17 آخر البيانات المتوفرة عن معدلات الإعاقة في المنطقة (لكل 100,000 شخص).

وتشير آخر البيانات الوطنية للمنطقة العربية أن معدلات الإعاقة تختلف كثيراً بين البلدان، وتتراوح بين حد أدنى سجلته قطر (400)، تليها مصر (700) والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة (800 في كل بلد). وسجل أعلى معدل لانتشار الإعاقة في السودان (4,900) وفلسطين (4,600) وعمان واليمن (3,200 في كل بلد).

ولا تظهر البيانات وجود فوارق تذكر بين الذكور والإناث. فنسب الإعاقة هي أعلى قليلاً عند الإناث ما عدا في قطر حيث تبلغ بين الذكور 800 ولدى الإناث 300، وفي اليمن حيث تبلغ لدى الذكور 3,600 ولدى الإناث 2,700 لكل 100,000 من السكان.

ومن أهم ما يشوب البيانات عن أنواع الإعاقة نقص في التبليغ من معظم الأجهزة الإحصائية الوطنية حسب التصنيف الدولي المعتمد لتأدية الوظائف والعجز والصحة أو حسب تصنيف فريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة.

أما الوفيات الناجمة عن أمراض الجهاز التنفسي، فسجلت حسب آخر البيانات للفترة 2000-2012 أعلى نسبة في عُمان (9)، ثم البحرين (7). وأدنى نسبة في قطر. وفي الفترة 2000-2011/2012، لوحظت في معظم البلدان زيادة في نسبة الوفيات الناجمة عن أمراض الجهاز التنفسي (البحرين من 4 إلى 7، وفلسطين من 4 إلى 6، والكويت من 5 إلى 8). وقطر البلد الوحيد الذي سجّل انخفاضاً طفيفاً في نسبة الوفيات الناجمة عن أمراض الجهاز التنفسي من 5 إلى 4 في المائة.

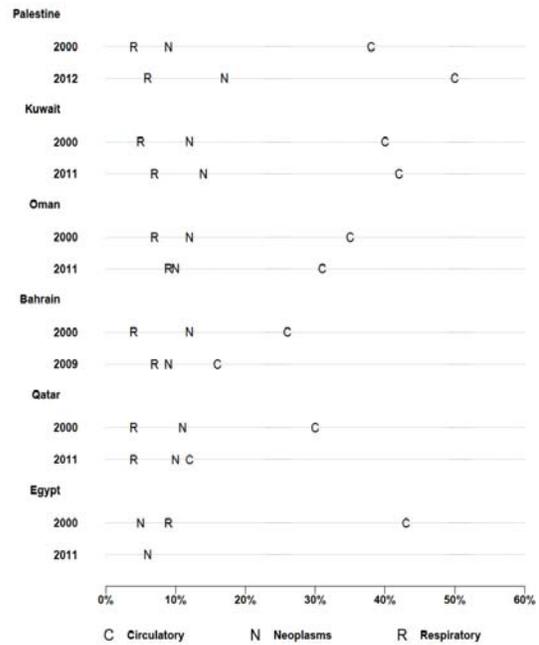
زيادة الإنفاق على الصحة في جميع البلدان

بحسب الإنفاق على الصحة (WHO, 2015b) بالنسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي، وبالحصة من مجموع الإنفاق العام، وبنصيب الفرد من الإنفاق العام.

وتساعد الإحصاءات حول الإنفاق العام على الرعاية الصحية في تكوين صورة عن وضع تمويل الرعاية الصحية في البلدان الأعضاء، والتي تعتبر عنصراً أساسياً في النظم الصحية. فوفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تراوح الإنفاق على الصحة بالنسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2013 بين 2 في المائة في قطر و7 في المائة في الأردن وتونس والسودان ولبنان. ويظهر الشكل 19-6 أن السودان سجل أعلى زيادة في نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في الفترة 2000-2013 (4 في المائة) والعراق (3 في المائة). وفي الفترة نفسها، انخفض نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في لبنان (4 في المائة) والأردن (3 في المائة).

ويتضمن الشكل 20-6 أرقاماً عن الإنفاق على الصحة بالنسبة المئوية من الإنفاق العام في عامي 2000 و2013 في مختلف بلدان المنطقة. والترتيب العام لبلدان المنطقة شبيه بترتيبها من حيث الإنفاق بالنسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي (الشكل 14-6)، مع بعض الاختلافات الملحوظة في الأنماط العامة. فالإنفاق على الصحة في الجمهورية العربية السورية وليبيا واليمن كنسبة من الإنفاق الحكومي هو في أدنى المستويات، ما يدلّ على أن تمويل الخدمات الصحية قد يكون معتمداً بشكل رئيسي على المساعدة الإنمائية الخارجية. وبين عامي 2000 و2013، ارتفع الإنفاق على الصحة كنسبة من الإنفاق العام في البلدان حيث هذا الإنفاق مرتفع أصلاً، وانخفضت في البلدان حيث هذا الإنفاق منخفض أصلاً. وسجلت أعلى زيادة في الإنفاق على الصحة كنسبة من الإنفاق العام في هذه الفترة في العراق (من 0 إلى 6 في المائة) وتونس (من 8 إلى 13 في المائة). أما أكبر انخفاض فسُجل في اليمن (من 8 إلى 4 في المائة) والمملكة العربية السعودية (من 9 إلى 5 في المائة).

الشكل 6-18 الأسباب الرئيسية للوفيات حسب البلد، 2000-2012 (بالنسبة المئوية)



وفي عام 2000، سجلت مصر (43 في المائة) والكويت (40 في المائة) أعلى نسبة للوفيات الناجمة عن أمراض جهاز الدورة الدموية، في حين سجلت الإمارات العربية المتحدة أدنى نسبة بين البلدان التي توفرت عنها البيانات.

وفي العقد الأخير، انخفضت في بعض البلدان نسبة الوفيات الناجمة عن أمراض جهاز الدورة الدموية، مثل البحرين (من 26 إلى 16) وعُمان (من 35 إلى 31) وقطر (من 30 إلى 12)، في حين ارتفعت هذه النسبة في فلسطين (من 38 إلى 50).

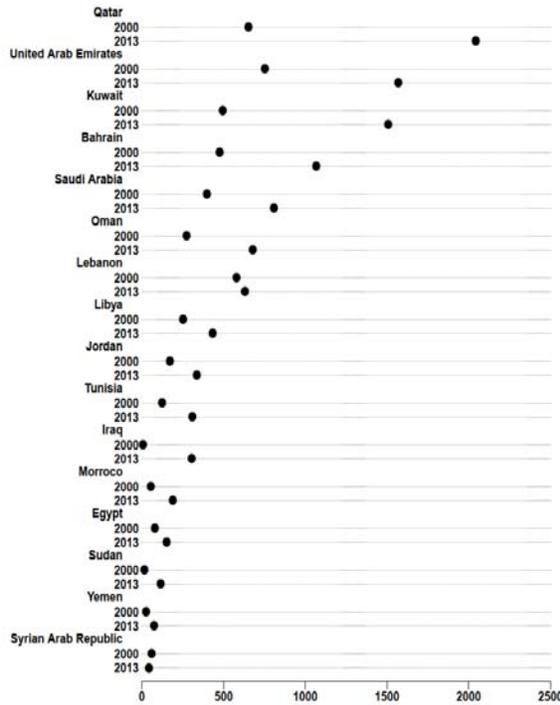
وفي فئة الوفيات الناجمة عن الأورام، سجلت فلسطين أعلى نسبة (17 في المائة) تليها الكويت (14 في المائة) في عام 2012.

ومع الوقت، تراجع نسبة الوفيات الناجمة عن الأورام في البحرين (من 12 إلى 9 في المائة) وعُمان (من 12 إلى 10 في المائة)، وسجلت تراجعاً بسيطاً في قطر (من 11 إلى 10 في المائة)، في حين ازدادت في فلسطين (من 9 إلى 17 في المائة) والكويت (من 12 إلى 14 في المائة)؛ وسجلت ارتفاعاً بسيطاً في مصر (من 5 إلى 6).

ونصيب الفرد من الإنفاق العام على الصحة هو مؤشر هام لأنه يدلّ على حجم الموارد المالية المتوفرة لكل شخص، بصرف النظر عن حالة البلد الاقتصادية.

ويظهر الشكل 21-6 اتجاه نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في المنطقة بين عامي 2000 و2013، محسوباً بمتوسط سعر صرف الدولار. وباعتماد هذه الطريقة للقياس، لا تؤثر التقلبات العابرة في أسعار الصرف كثيراً على الحسابات فتكون الاتجاهات العامة للإنفاق على الصحة ذات مدلول ثابت. وفي عام 2013، سجل نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة أعلى المستويات في بلدان مجلس التعاون الخليجي، ولاسيما في قطر (2,043 دولار)، والإمارات العربية المتحدة (1,569 دولار)، والكويت (1,507 دولار). وسجل أدنى المستويات في الجمهورية العربية السورية (43 دولار)، واليمن (74 دولار).

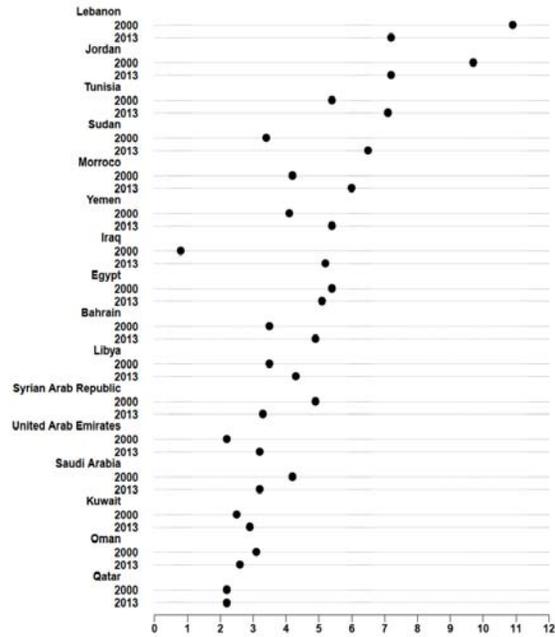
الشكل 21-6 نصيب الفرد من مجموع الإنفاق على الصحة (بمتوسط سعر الصرف للدولار)، 2010 و2000



المصدر: WHO, Global Health Observatory Data, 2015b

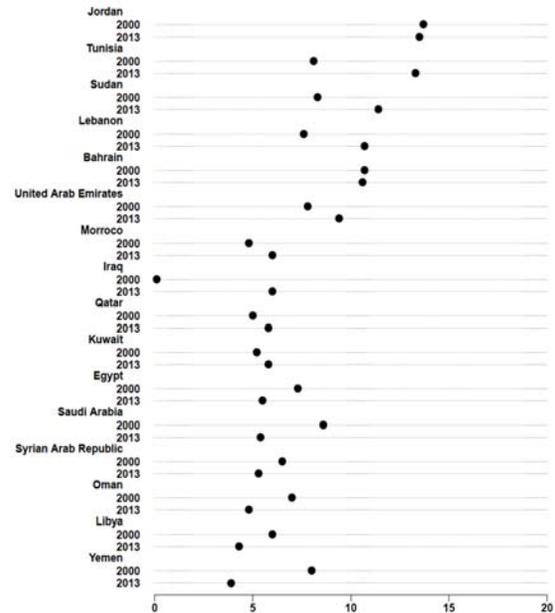
وفي الفترة 2000-2013، تمكنت جميع البلدان العربية تقريباً من زيادة نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة. وانخفض نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في الجمهورية العربية السورية من 59 دولار إلى 43 دولار. وتراوحت أعلى مستويات هذه الزيادة بين 816 و1,392

الشكل 19-6 مجموع الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي، 2000 و2013 (بالنسبة المئوية)



المصدر: WHO, Global Health Observatory Data, 2015b

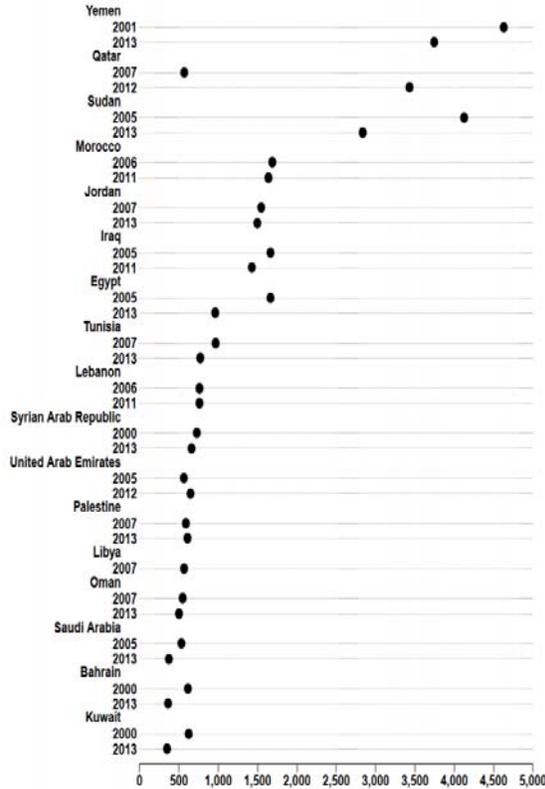
الشكل 20-6 الإنفاق على الصحة من مجموع الإنفاق العام، 2000 و2013 (بالنسبة المئوية)



المصدر: WHO, Global Health Observatory Data, 2015b

التعاون الخليجي، لا سيما البحرين، والكويت، والمملكة العربية السعودية، سجّلت أدنى عدد للسكان لكل ممرض (200 فرد لكل ممرض). أما في اليمن والسودان فكان عدد الممرضين منخفضاً، وبلغ متوسط عدد السكان لكل ممرض نحو 2,000. وتراوح المعدل بين 300 و600 فرد في فلسطين (300)، وتونس (300)، ومصر (500) والجمهورية العربية السورية (600). وتراجع المعدل في الأردن إلى نحو 1,000 فرد لكل ممرض.

الشكل 6-22 متوسط عدد السكان لكل طبيب، 2000-2013



وفي الفترة 2000-2013، شهدت جميع بلدان المنطقة تقريباً انخفاضاً بسيطاً في عدد السكان لكل ممرض، أي أصبح العدد الذي يعتمد على ممرض واحد أقل. ولوحظ أكبر تقدم في مصر، ولوحظ أقل انخفاض في تونس، تليها الجمهورية العربية السورية.

وإزداد عدد السكان لكل ممرض في المغرب من 855 إلى 1,912 شخصاً، وفي اليمن من 1,802 إلى 1,952 شخصاً.

دولار في قطر والكويت والإمارات العربية المتحدة، حيث ارتفع متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بنسب 213 و208 و71 في المائة على الترتيب.

تحسّن في أعداد العاملين في مجال الصحة في معظم البلدان

تتأثر صحة الأفراد والمجتمعات بعوامل عدة، منها توفر الموارد البشرية في الرعاية الصحية من أفراد ومؤسسات.

وفي ظل النقص في البيانات، جمعت ثلاثة مؤشرات من جامعة الدول العربية (League of Arab States, Department of Statistics and Databases, 2008, 2010, 2011, 2013, and 2015) متوسط عدد السكان لكل طبيب، ومتوسط عدد السكان لكل ممرض، ومتوسط عدد السكان لكل طبيب أسنان. وبما أنّ كل مؤشر من هذه المؤشرات هو معدل وطني، لا يمكن تحديد أوجه عدم المساواة ضمن البلد الواحد (بين المناطق الحضرية والريفية مثلاً) في الحصول على موارد الرعاية الصحية وخدمات العاملين في هذا المجال. ولذلك، تعطي المؤشرات لمحة إحصائية عامة للموارد البشرية في مجال الرعاية الصحية في مختلف أنحاء المنطقة.

تحسن في عدد الأطباء في معظم البلدان

في عام 2013، تراوح متوسط عدد السكان لكل طبيب بين 350 في الكويت و3,744 في اليمن، (الشكل 6-22). ولم يتجاوز عدد السكان لكل طبيب 500 شخص في البحرين، وعمان، والكويت، والمملكة العربية السعودية من بلدان مجلس التعاون الخليجي وليبيا. وتراوح عدد الأفراد لكل طبيب في أغلبية البلدان بين 500 و1,750 شخص. وسجلت أرقام مرتفعة وصلت إلى 3,744 شخص لكل طبيب في اليمن و2,838 في السودان.

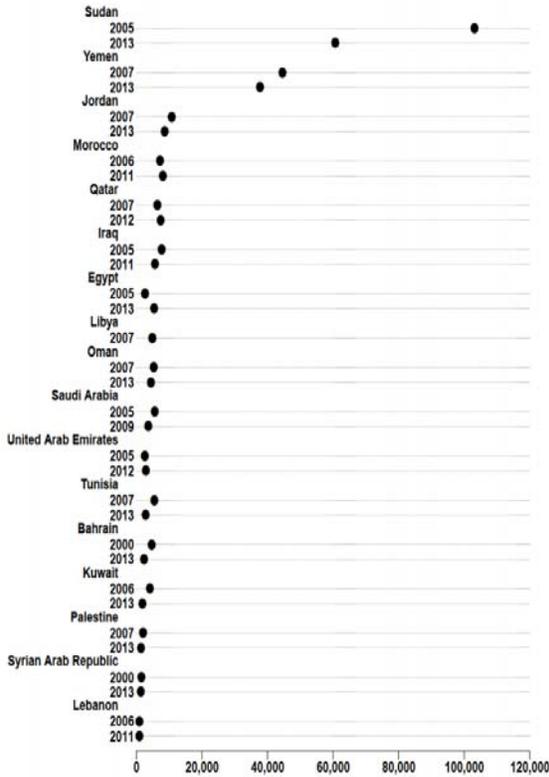
وشهدت الفترة 2000-2013 انخفاضاً في عدد السكان لكل طبيب في معظم بلدان المنطقة. وسجل أكبر انخفاض في السودان بنسبة 31 في المائة وفي اليمن بنسبة 19 في المائة. وفي الفترة نفسها سجل بعض الانخفاض في عُمان، والأردن، والمغرب. في حين سجّلت زيادة بسيطة في عدد السكان لكل طبيب في فلسطين، والإمارات العربية المتحدة، للفترتين 2007-2013 و2005-2012. ولم يرد من لبنان ما يفيد بتغيّر يذكر بين عامي 2006 و2011.

تحسّن في عدد الممرضين في معظم البلدان

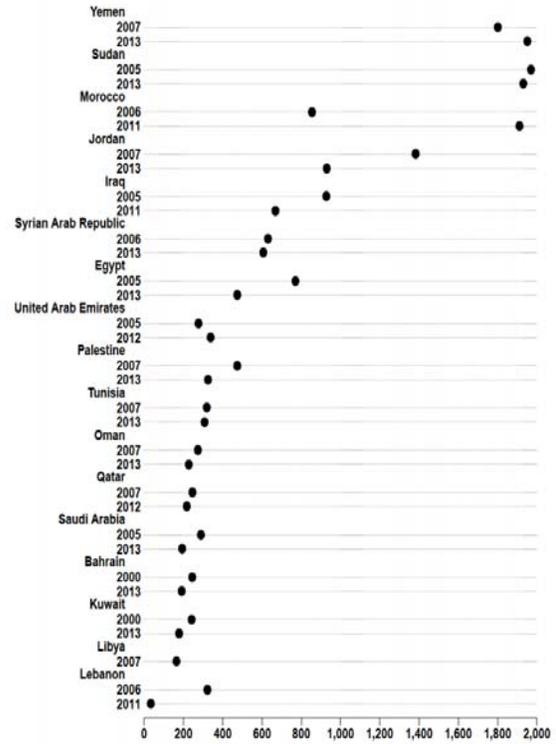
تدلّ البيانات المتوفرة عن توزيع الممرضين والقابلات في عام 2013 على تفاوت كبير. فبلدان مجلس

وشهدت الفترة 2000-2013 تغيّراً في متوسط عدد السكان لكل طبيب أسنان في المنطقة. وانخفض عدد السكان لكل طبيب أسنان في السودان بنسبة 41 في المائة واليمن بنسبة 15 في المائة والجمهورية العربية السورية بنسبة 12 في المائة. في حين ازداد هذا العدد في مصر بنسبة 105 في المائة والمغرب بنسبة 11 في المائة. ولم يُفد لبنان عن أي تغيّر يذكر في عدد السكان لكل طبيب أسنان.

الشكل 24-6 متوسط عدد السكان لكل طبيب أسنان، 2013-2000



الشكل 23-6 متوسط عدد السكان لكل ممرض وقابلة، 2013-2000



تحسّن في عدد أطباء الأسنان في معظم بلدان المنطقة

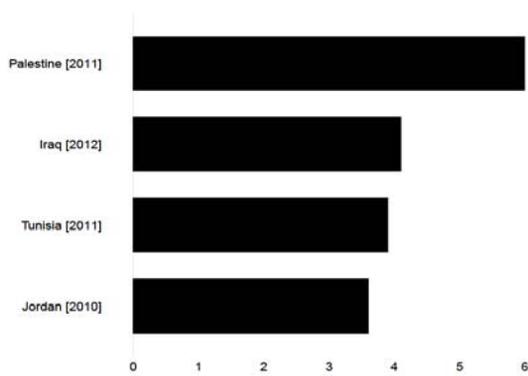
شهدت الأعوام الأخيرة تغيّراً ملحوظاً في متوسط عدد السكان لكل طبيب أسنان في مختلف بلدان المنطقة (الشكل 24-6). وتراوح بين 859 فرداً لكل طبيب أسنان في لبنان و37,664 فرداً في اليمن. وتراوح هذا العدد بين 1,000 و5,000 في تسعة بلدان في المنطقة، هي الإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وتونس، والجمهورية العربية السورية، وعمّان، وفلسطين، والكويت، وليبيا، والمملكة العربية السعودية؛ وبين 5,000 و10,000 في خمسة بلدان، هي الأردن، والعراق، وقطر، ومصر، والمغرب. وسجّل في السودان واليمن أعلى عدد من السكان لكل طبيب أسنان، بلغ 60,651 و37,664 على الترتيب.

فجوة الفقر في فلسطين

فجوة الفقر، وهي مقياس لشدة الفقر وحدته، هي متوسط البعد عن خط الفقر، وتُحسب كنسبة مئوية من خط الفقر. وفي حين تحسب نسبة الفقراء بعدد الذين يعيشون دون خط الفقر، تحسب فجوة الفقر قياساً بعد الفقراء، في المتوسط، عن خط الفقر.

وتظهر مقارنة بين بلدان المنطقة في الفترة 2010-2012 (الشكل 2-7) أنّ فجوة الفقر هي الأكبر في فلسطين، حيث بلغت 6 في المائة في عام 2011، يليها العراق بنسبة 4 في المائة في عام 2012، وتونس في عام 2011، والأردن في عام 2010.

الشكل 2-7 فجوة الفقر حسب خط الفقر الوطني



المصدر: World Bank, n.d.

عدم المساواة في أعلى مستوياته في تونس وأدناها في مصر

ويقيس مؤشر جيني مدى انحراف عملية توزيع الدخل أو إنفاق الأفراد أو الأسر على الاستهلاك في اقتصاد ما عن مستوى التوزيع العادل.

وعند مقارنة مستويات عدم المساواة في الدخل أو الإنفاق على الاستهلاك (الشكل 3-7)، يتبين أن معظم بلدان المنطقة تسجل مستويات منخفضة أو معتدلة نسبياً من عدم المساواة. واستناداً إلى البيانات المتوفرة للفترة 2001-2010، سُجل أعلى مستوى من عدم المساواة في قطر في عام 2007، حيث بلغ معامل جيني 41.1 في المائة، يليها المغرب حيث بلغ 40.9 في المائة. أما أعلى مستويات المساواة بين البلدان التي شملتها البيانات فسجلت في العراق في عام 2007، حيث بلغ معامل جيني 28.6 في المائة.

كان الحد من الفقر دائماً من أولويات خطط التنمية الدولية، وهو الهدف الأول من أهداف التنمية المستدامة. وفي المنطقة العربية، ازداد تركيز واضعي السياسات على الحد من الفقر والقضاء على أسوأ أشكال الحرمان.

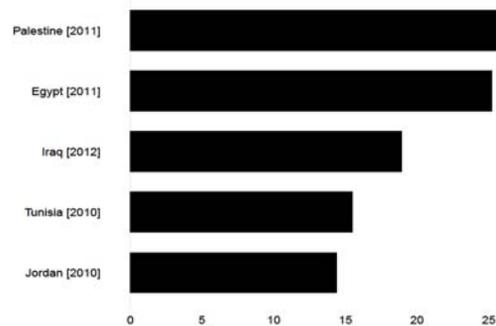
ويتضمن هذا القسم لمحة عن مستويات المعيشة وأنماط الإنفاق في البلدان الأعضاء، بالاستناد إلى بيانات صادرة عن الأجهزة الإحصائية الوطنية وعن البنك الدولي. ويقدم وصفاً لأحدث البيانات عن الفقر باستخدام خطوط الفقر الوطنية، وعدم المساواة باستخدام مؤشر جيني والنصيب من الدخل/الاستهلاك لأغنى 20 و 10 في المائة وأفقر 20 و 10 في المائة من السكان. ويستند التحليل إلى خط الفقر الوطني وليس إلى خطوط الفقر الدولية كالخطوط التي حددها البنك الدولي للفقر المدقع بالعيش على 1.25 دولار (الخط القديم) أو دولارين (الخط الجديد) في اليوم. ولا تتناسب هذه الخطوط مع كلفة المعيشة أو الخصائص الديمغرافية للأسر، ويمكن أن تحول دون المقارنة بين البلدان (ESCWA, 2014).

ويتضمن الفصل بيانات عن توزيع مجموع حصة الإنفاق الاستهلاكي عموماً. واستناداً إلى بيانات مستمدة من الأجهزة الإحصائية الوطنية في البلدان التي شملها البيانات، يتناول هذا القسم التوزيع حسب أغنى 20 و 10 في المائة من السكان وأفقر 20 و 10 في المائة منهم، ويُقصد بعبارة "آخر البيانات المتوفرة" في هذا القسم، آخر سنة تتوفر عنها بيانات لمؤشر محدد.

الفقر في أدنى المستويات في الأردن وأعلىها في فلسطين

استناداً إلى آخر البيانات المتوفرة في الفترة 2010-2012، سجّل الأردن أدنى نسبة من السكان الذين يعيشون دون خط الفقر الوطني بلغت 14 في المائة في عام 2010، وسجّلت فلسطين أعلى نسبة، بلغت 26 في المائة في عام 2011. وترد في الشكل 1-7 البلدان التي شملتها البيانات في الفترة المحددة.

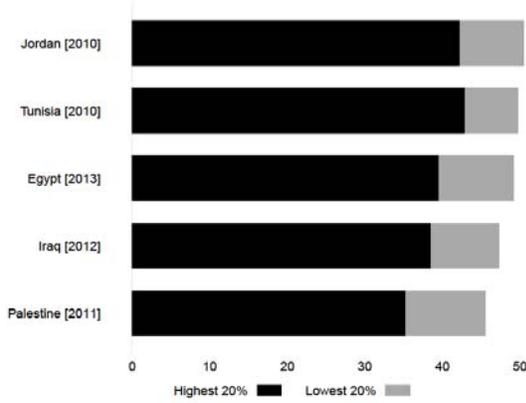
الشكل 1-7 الفقراء حسب خط الفقر الوطني (بالنسبة المئوية من السكان)



المصدر: World Bank, n.d.

وسجلت فلسطين أعلى فارق (35 في المائة) في إجمالي دخل أو استهلاك أغنى 20 في المائة من السكان وأفقر 20 في المائة منهم في عام 2011. ولوحظت الحصة الأصغر (7 في المائة) في تونس في عام 2010. وفي الشكل 5-7 مقارنة بين نصيب أغنى 20 في المائة من السكان من إجمالي الدخل ونصيب أفقر 20 في المائة منه.

الشكل 5-7 النصيب من الدخل لأغنى 20 في المائة وأفقر 20 في المائة من السكان



المصدر: World Bank, n.d.

ملاحظة: بيانات فلسطين ومصر والمغرب من الأجهزة الوطنية للإحصاء.

الحصة الكبرى من الإنفاق على استهلاك الأغذية والمشروبات غير الكحولية في مصر والمغرب وفلسطين

فيما يلي لمحة عن توزيع الإنفاق على الاستهلاك حسب فئات الإنفاق الرئيسية:

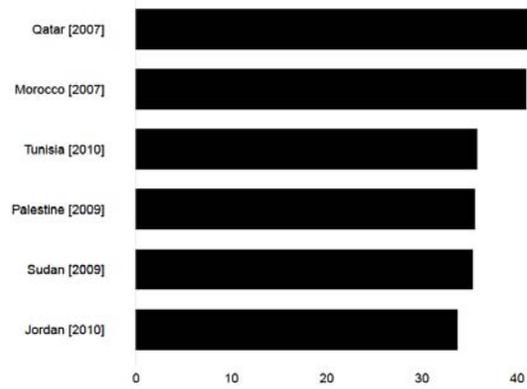
- الملابس والأحذية؛
- التعليم؛
- الأغذية والمشروبات غير الكحولية؛
- الصحة؛
- السكن، والمياه، والكهرباء، والغاز، وأنواع الوقود الأخرى.

لم تقدّم سوى ثلاثة بلدان عربية، هي مصر، والمغرب، وفلسطين، بيانات وطنية مفصلة عن الإنفاق على الاستهلاك. ولذلك يركّز هذا الفصل على كل بلد منها لغرض المقارنة فيما بينها.

حصة الأغذية والمشروبات غير الكحولية من الإنفاق على الاستهلاك هي الأعلى وحصة التعليم هي الأدنى في مصر

يبين تحليل بيانات مصر للفترة 2000-2013 (الشكل 6-7) أن أعلى نسبة من الإنفاق على الاستهلاك في عام 2013، سجلت على الأغذية والمشروبات غير الكحولية، يليها

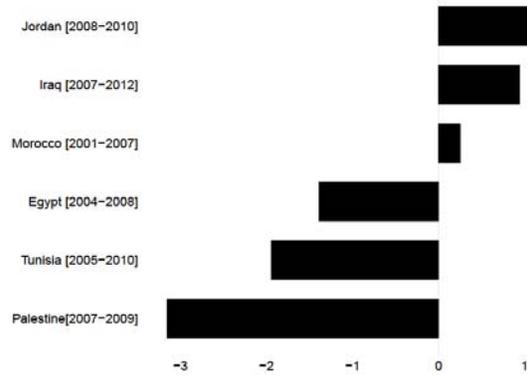
الشكل 3-7 معامل جيني، آخر البيانات المتوفرة



المصدر: World Bank, n.d.

ويبين الشكل 4-7 الاتجاهات في عدم المساواة على ضوء التغيرات في معامل جيني خلال آخر سنتين تتوفر عنهما البيانات. ولم يشهد أي بلد من البلدان الستة التي توفرت عنها البيانات تغييراً يذكر. وتشير البيانات إلى أن فلسطين شهدت أكبر زيادة في عدم المساواة: إذ ارتفع معامل جيني فيها بنسبة 3.2 في المائة بين عامي 2007 و2009. في حين شهد المغرب أقل تغيير إذ لم يسجل معامل جيني تغييراً يذكر، واقتصر تراجع على 0.3 في المائة بين عامي 2001 و2007.

الشكل 4-7 مؤشر جيني، الفرق بين آخر سنتين توفرت عنهما بيانات (بالنسبة السنوية)



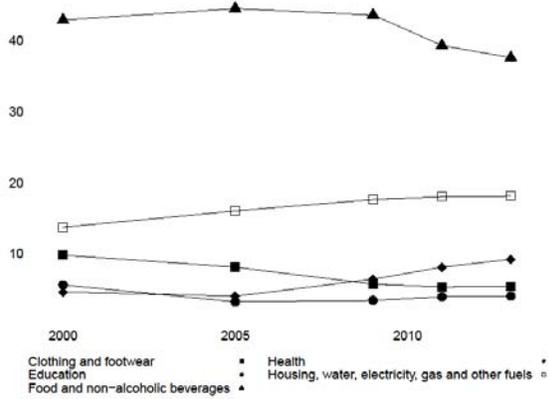
المصدر: World Bank, n.d.

أفقر 20 في المائة من السكان لهم أكبر حصة من الإنفاق في فلسطين، وأصغر حصة في المغرب

تشير آخر البيانات المتوفرة إلى أن نصيب أغنى عشرين في المائة من السكان من إجمالي الاستهلاك في عدد من البلدان العربية تخطى 40 في المائة، وأن نصيب أفقر عشرين في المائة منهم تدنّى عن 10 في المائة.

وفي الفترة 2000-2013 (الشكل 7-8)، تراجعت نسبة الإنفاق على استهلاك الأغذية والمشروبات غير الكحولية والملابس والأحذية في حين ازدادت في سائر الفئات.

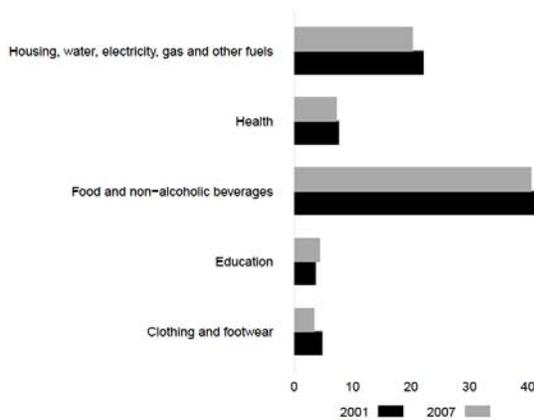
الشكل 7-8: تغيّر نسب الإنفاق على الاستهلاك، مصر (بالنسبة المئوية)



المغرب: حصة الأغذية والمشروبات غير الكحولية من الإنفاق على الاستهلاك هي الأعلى وحصة الملابس والأحذية هي الأدنى

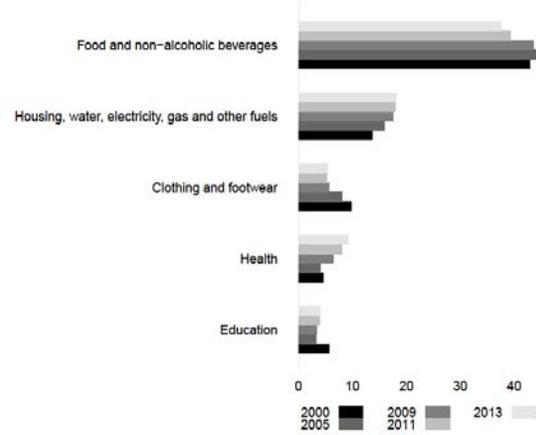
تشير البيانات الوطنية المتاحة للسنتين 2001 و2007 إلى تغيّر في الحصة الأصغر من الإنفاق على الاستهلاك من التعليم في عام 2001 على الملابس والأحذية في عام 2007 (الشكل 7-9). وسجلت أكبر حصة من الإنفاق في عام 2001 على الأغذية والمشروبات غير الكحولية بمعدل 41 في المائة، وبقيت من دون تغيير في عام 2007.

الشكل 7-9: نسبة الإنفاق على الاستهلاك، المغرب (بالنسبة المئوية)



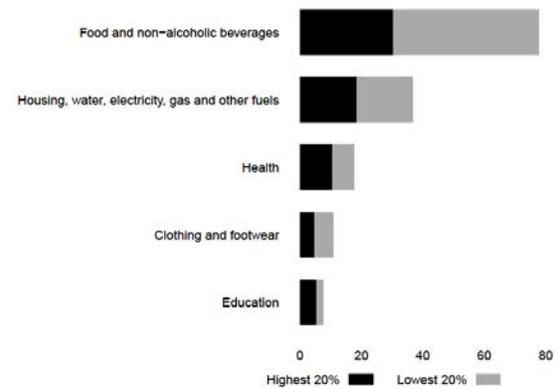
الإنفاق على السكن، والمياه، والكهرباء، والغاز، وأنواع الوقود الأخرى. أما النسبة الأدنى من الإنفاق فسجلت على التعليم. والوضع كذلك منذ عام 2000. وقد انخفضت نسبة الإنفاق على الأغذية والملابس مع الوقت، في حين ازدادت حصة الإنفاق على السكن والصحة على نحو مطرد.

الشكل 6-7: نسبة الإنفاق على الاستهلاك، مصر، 2011-2000 (بالنسبة المئوية)



تكشف دراسة أنماط الاستهلاك للخمس الأعلى والأدنى من السكان (الشكل 7-7) عن اختلاف في نسب الإنفاق على الاستهلاك. فالحصة الكبرى من الإنفاق على الاستهلاك هي نفسها بين الخمس الأعلى والأدنى من السكان، على الأغذية والمشروبات غير الكحولية، أما الحصة الصغرى من الإنفاق فهي على الملابس والأحذية في الخمس الأعلى بمعدل 5 في المائة، وعلى التعليم في الخمس الأدنى بمعدل 2 في المائة.

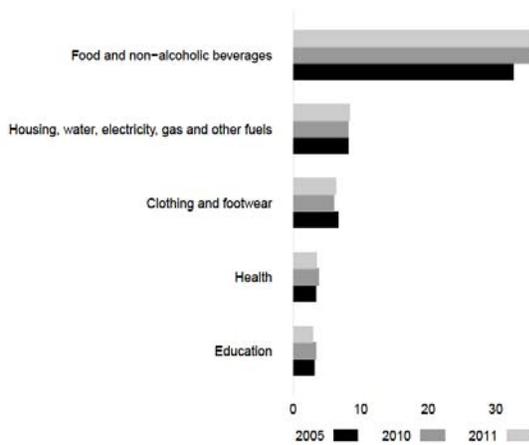
الشكل 7-7: نسبة الإنفاق على الاستهلاك في الخمس الأدنى والخمس الأعلى، مصر، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (2013) (بالنسبة المئوية)



المصدر: جهاز الإحصاء الوطني، مصر.

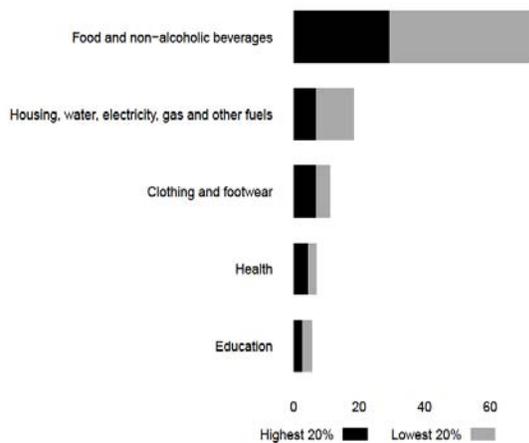
2011، يليها السكن والمياه والكهرباء والغاز والوقود بمعدل 8.4، والملابس والأحذية بمعدل 6.3. وكانت الحصة الأصغر من الإنفاق على الاستهلاك للصحة بمعدل 2.9 في المائة والتعليم بمعدل 3.5 في المائة (الشكل 7-12).

الشكل 7-12 نسبة الإنفاق على الاستهلاك، فلسطين (بالنسبة المئوية)



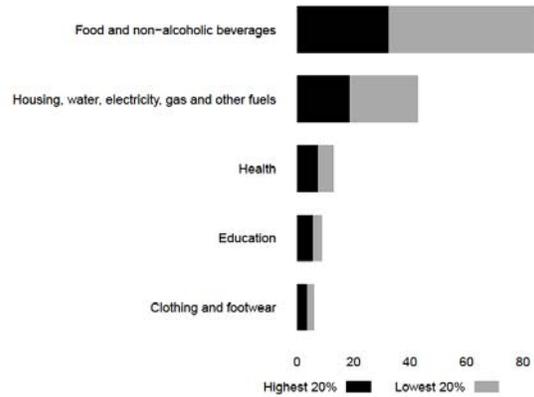
تكشف دراسة أنماط استهلاك الخمس الأعلى والأدنى من السكان في عام 2011 (وفقاً لآخر البيانات المتوفرة) عن اختلافات في نسب الإنفاق على الاستهلاك. فالحصة الكبرى من الإنفاق على الاستهلاك مشتركة بين الخمس الأعلى والأدنى من السكان، وهي على الأغذية والمشروبات غير الكحولية، أما الحصة الصغرى من الإنفاق فهي على التعليم في الخمس الأعلى بنسبة 3 في المائة، وعلى الصحة في الخمس الأدنى بنسبة 2 في المائة (الشكل 7-13).

الشكل 7-13 نسبة الإنفاق على الاستهلاك في الخمس الأدنى والخمس الأعلى، فلسطين، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (2011) (بالنسبة المئوية)



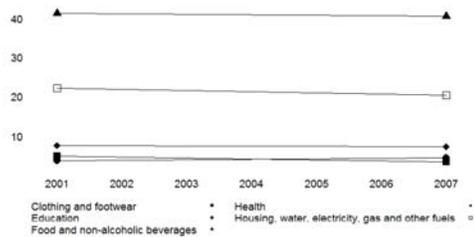
وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (2007)، كانت أكبر نسبة من إنفاق الخمس الأعلى كما الخمس الأدنى من السكان على استهلاك الأغذية والمشروبات غير الكحولية، وأصغر نسبة على الملابس والأحذية (الشكل 7-10). وخصص الخمس الأعلى 33 في المائة من الإنفاق على استهلاك الأغذية والمشروبات غير الكحولية، في حين خصص الخمس الأدنى لهذا النوع من الاستهلاك 53 في المائة.

الشكل 7-10 نسبة الإنفاق على الاستهلاك في الخمس الأدنى والخمس الأعلى، المغرب، وفقاً لآخر البيانات المتوفرة (2007) (بالنسبة المئوية)



ويظهر تحليل بيانات عامي 2001 و2007 انخفاضاً طفيفاً في الإنفاق على الاستهلاك في جميع القطاعات، باستثناء التعليم حيث سجل الإنفاق زيادة بسيطة. ويورد الشكل 7-11 هذه الاتجاهات.

الشكل 7-11 التغير في نسبة الإنفاق على الاستهلاك، المغرب (بالنسبة المئوية)

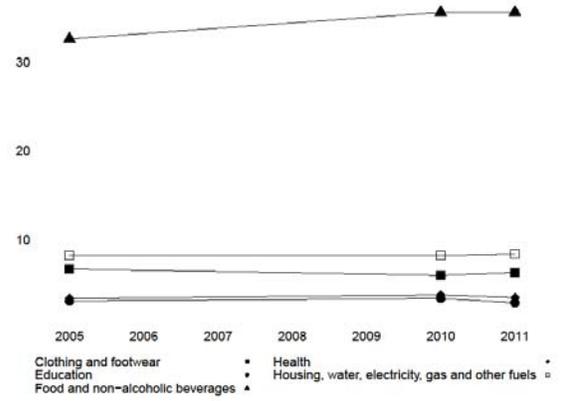


فلسطين: حصة الأغذية والمشروبات غير الكحولية من الإنفاق على الاستهلاك هي الأعلى وحصة التعليم والصحة هي الأدنى

كما في مصر والمغرب، كذلك في فلسطين تستأثر الأغذية والمشروبات غير الكحولية بالحصة الأكبر من الإنفاق على الاستهلاك، بمعدل 35.6 في المائة في عام

ويبيّن تحليل بيانات الفترة 2005-2011، انخفاضاً طفيفاً في الإنفاق على التعليم والملابس والأحذية وزيادة ملحوظة في الإنفاق على الأغذية والمشروبات غير الكحولية (الشكل 14-7).

الشكل 14-7 تعيّر نسب الإنفاق على الاستهلاك، فلسطين (بالنسبة المئوية)

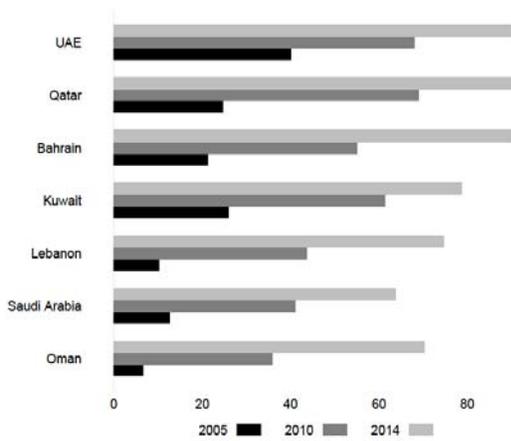


ارتفاع كبير جداً في استخدام الإنترنت

أصبح الإنترنت جزءاً أساسياً من الثقافة الحديثة في المنطقة العربية. فقد سجل استخدام الإنترنت زيادة حادة بين عامي 2005 و2014، حتى أن هذه الزيادة قاربت العشرة أمثال في بعض البلدان كالإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وعمان، وقطر، والكويت، ولبنان، والمملكة العربية السعودية. وفي عام 2014، سجلت قطر أعلى مستوى من النمو بين البلدان العربية، إذ ازداد استخدام الإنترنت من 69 في المائة في عام 2010 إلى 91.5 في المائة في عام 2014. وبين عامي 2010 و2014 ازداد استخدام الإنترنت في البحرين من 55 في المائة إلى 91 في المائة وفي الإمارات العربية المتحدة من 68 في المائة إلى 90.4 في المائة.

وتشير البيانات إلى تزايد مستمر في عدد مستخدمي الإنترنت. وفي عام 2014، تجاوزت نسبة مستخدمي الإنترنت 50 في المائة من السكان في تسعة من البلدان الأعضاء السبعة عشر، وتجاوز هذه المعدل 80 في المائة في ثلاثة منها.

الشكل 2-8 مستخدمو الإنترنت، 2005-2014 (لكل 100 من السكان)



المصدر: ITU, 2015a.

والبيانات المتوفرة لا تدلّ على فارق كبير بين الجنسين في استخدام الإنترنت في المنطقة. فالبلدان الستة التي توفرت عنها البيانات يتساوى الجنسان فيها في استخدام الإنترنت. وبين بلدان مجلس التعاون الخليجي، تمكّنت البحرين من سد الفجوة بين الجنسين ووصل فيها دليل التكافؤ إلى 1.3، كذلك الإمارات العربية المتحدة حيث بلغ دليل

الفنون والتاريخ والتراث والفولكلور والغذاء والقيم والأديان هي بعض من العناصر التي تصنع الثقافة في بلد معين. والمنطقة العربية تتميز بثقافة غنية ومتنوعة.

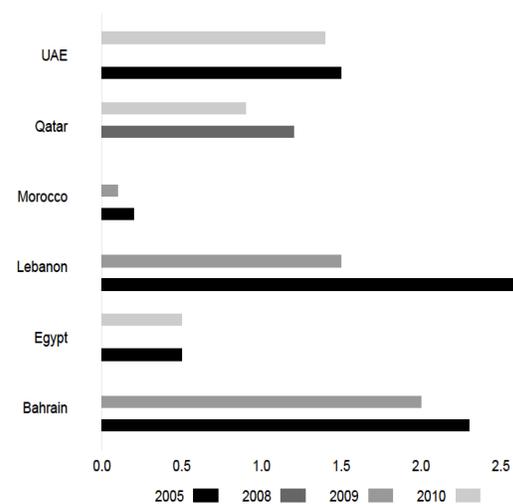
ويقدم هذا القسم تحليلاً وصفيًا لمؤشرات الثقافة في المنطقة العربية. ويضيف إلى المؤشرات الثقافية التقليدية، أدلة عن تكنولوجيا المعلومات، ولا سيما عن استخدام الإنترنت والاشتراكات النشطة في الإنترنت النقال ذي النطاق العريض. وبما أن البيانات عن "الاستهلاك" الثقافي، بما في ذلك المشاركة في الفنون، لم تتوفر سوى لفلسطين، لم يجر استعراضها في هذه الدراسة.

في البحرين العدد الأكبر من مشاهدي أفلام السينما

أنشئت السينما في أواخر القرن التاسع عشر، وهي من أحدث أشكال الفن في العالم.

وتفاوتت نسب مشاهدي أفلام السينما بين البلدان العربية. ويبين الشكل 1-8 البلدان الخمسة الأولى من حيث عدد مشاهدي أفلام السينما في عام 2005 و2009/2010. وحل لبنان والبحرين في طليعة الترتيب في عام 2005 كما في عام 2009، مع انخفاض بسيط بين العامين من 2.7 إلى 1.5 في لبنان ومن 2.3 إلى 2 في البحرين. وفي مصر، بقي عدد مشاهدي أفلام السينما بمعدل 0.5 في عامي 2005 و2010. أما في الإمارات العربية المتحدة، فسجل تراجع بسيط من 1.5 في عام 2005 إلى 1.4 في عام 2010.

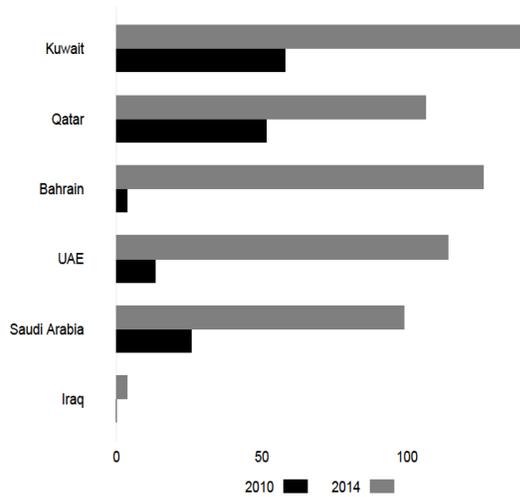
الشكل 1-8 عدد مشاهدات أفلام السينما للشخص الواحد، للسكان من الفئة العمرية 5-79 عاماً، 2005-2010



المصدر: UNESCO, n.d.

ويظهر الشكل 4-8 أن الكويت سجّلت أعلى معدل للاشتراكات النشطة في الإنترنت النقال ذي النطاق العريض في عام 2014 (زيادة من 58.1 في عام 2010 إلى 139.8 في عام 2014). وبين عامي 2010 و2014، سجّلت الاشتراكات في الحزمة العريضة زيادة كبيرة في البحرين من 3.6 إلى 126.2 في المائة وفي الإمارات العربية المتحدة من 13.4 إلى 114 في المائة. وسجّلت معدلات مرتفعة نسبياً في بلدين آخرين من بلدان مجلس التعاون الخليجي في عام 2014 هما قطر (106.3 في المائة) والمملكة العربية السعودية (99 في المائة). ومنحت الحكومة العراقية الهيئات الوطنية المشغلة لخدمات الأجهزة النقالّة الإذن باستخدام شبكات الجيل الثالث في عام 2014. وما إن أطلقت الخدمات، حتى وصلت الاشتراكات النشطة في الإنترنت النقال ذي النطاق العريض إلى 3.6 في المائة لكل 100 من السكان.

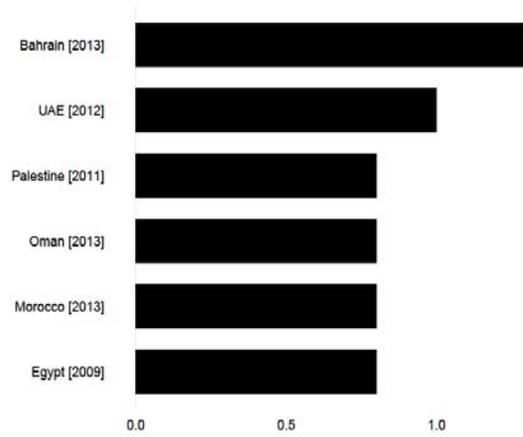
الشكل 4-8 الاشتراكات النشطة في الإنترنت النقال ذي النطاق العريض، 2010-2014 (لكل 100 من السكان)



المصدر: ITU, 2015b.

التكافؤ 1. وبلغت قيمة الدليل 0.8 في سائر البلدان، أي عُمان، وفلسطين، ومصر، والمغرب.

الشكل 3-8 دليل التكافؤ بين الجنسين في استخدام الإنترنت، آخر البيانات المتوفرة



المصدر: ITU, 2015b.

أعلى نسبة من الاشتراكات في الإنترنت النقال ذي النطاق العريض لكل 100 من السكان في الكويت

إن الإنترنت النقال ذي النطاق العريض هو من أسرع قطاعات السوق نمواً. وفي العديد من الحالات، توفر خدمات تلبي الطلب على استخدام الإنترنت بسرعة عالية في ظل النقص في خدمات الحزمة العريضة الثابتة بأسعار معقولة. وتعتمد خدمات الإنترنت النقال ذي النطاق العريض في المنطقة العربية بشكل رئيسي على شبكات الجيل الثالث (G3). وأطلقت شبكات الجيل الرابع من الهواتف النقالّة (G4) في بلدان مجلس التعاون الخليجي في عام 2012 (ESCWA, 2013).

المصادر

الأردن

دائرة الإحصاءات العامة، الاردن بالأرقام (2009).
http://www.dos.gov.jo/dos_home_e/Social%20Trends%20in%20Jordan.pdf.

التعداد العام للسكان والمساكن (1994).
http://www.dos.gov.jo/sdb/sdb_pop/sdb_pop_a/index3_o.htm.

التعداد العام للسكان والمساكن (2004).
http://www.dos.gov.jo/sdb/sdb_pop/sdb_pop_a/index3_o.htm.

الكتاب الإحصائي السنوي الأردني (سنوات متعددة).
<http://web.dos.gov.jo>.

دائرة الإحصاءات العامة (قاعدة بيانات).
<http://web.dos.gov.jo/?lang=ar>.

دائرة الإحصاءات العامة ومؤسسة ماكرو، مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 1997 (1998).

مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2002 (2003).

مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2007 (2008).

مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2009 (2010).
http://dos.gov.jo/dos_home_a/main/Analasis_Reports/pop_health/2009.pdf.

مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2012 (2013).
http://dos.gov.jo/dos_home_a/main/Analasis_Reports/pop_health/2012.pdf.

Department of Statistics (2006). Social Trends in Jordan.
http://www.dos.gov.jo/dos_home_e/Social%20Trends%20in%20Jordan.pdf.

الإمارات العربية المتحدة

الهيئة الاتحادية للتنافسية والإحصاء، الاحصاءات حسب الموضوع.
<http://www.fcsa.gov.ae/Home/StaticBySubjectAR/tabid/129/Default.aspx?MenuId=1>.

الإمارات في أرقام 2002.
<http://www.fcsa.gov.ae/Home/ReportDetails1/tabid/90/Default.aspx?ItemId=1349&PTID=130&MenuId=2>.

الإصدارات.
<http://www.fcsa.gov.ae/Home/PublicationAr/tabid/130/Default.aspx?MenuId=2>.

البحث عن البيانات والإحصاءات والمرئيات.
<http://opendata.fcsa.gov.ae/?lang=ar>.

البحرين

الجهاز المركزي للمعلومات، احصائيات مملكة البحرين – العقد الأول من الألفية الثالثة (2009-2000).
http://www.cio.gov.bh/cio_ara/SubDetailed.aspx?subcatid=448.

_____ البحرين في أرقام (2006-2000).
http://www.cio.gov.bh/CIO_ARA/SubDetailed.aspx?subcatid=89.

_____ البحرين في أرقام 2001، العدد 19 (2002).
http://www.cio.gov.bh/CIO_ARA/English/Publications/Bahrain%20in%20Figure/BIF2001.pdf.

_____ البحرين في أرقام 2006، العدد 24 (2007).
http://www.cio.gov.bh/CIO_ARA/English/Publications/Bahrain%20in%20Figure/BIF2006.pdf.

_____ البحرين في أرقام 2007-2008، العدد 25 (2010).
http://www.cio.gov.bh/CIO_ARA/English/Publications/Bahrain%20in%20Figure/BIF2007_2008.pdf.

_____ المجموعة الإحصائية 2001 (2001).
http://www.cio.gov.bh/CIO_ARA/SubDetailed.aspx?subcatid=250.

_____ المجموعة الإحصائية 2005 (2005).
http://www.cio.gov.bh/CIO_ARA/SubDetailed.aspx?subcatid=254.

_____ المجموعة الإحصائية 2006 (2006).
http://www.cio.gov.bh/CIO_ARA/SubDetailed.aspx?subcatid=255.

_____ المجموعة الإحصائية 2008 (2008).
http://www.cio.gov.bh/CIO_ARA/SubDetailed.aspx?subcatid=280.

_____ المجموعة الإحصائية 2009 (2009).
http://www.cio.gov.bh/CIO_ARA/SubDetailed.aspx?subcatid=281.

_____ منصة البحرين للبيانات المفتوحة (بدون تاريخ).
<http://www.data.gov.bh/ar/>

جامعة الدول العربية، إدارة الإحصاء وقواعد المعلومات، الدول العربية أرقام ومؤشرات، العدد الخامس (2015).
http://www.arabstat-economic.org/Ar_Figures_And_Indicator.aspx?NewLang=en-US&name=Arab%20Countries%20Figures%20and%20Indicators.

وزارة الصحة، إدارة المعلومات الصحية، الإحصاءات الصحية 2008 (2008).
http://www.moh.gov.bh/PDF/Publications/Statistics/HS2008/hs2008_a.htm.

_____ الإحصاءات الصحية 2005 (2005).
<http://www.moh.gov.bh/PDF/Publications/Statistics/Leaflets/Abstract/leaflet%202005.pdf>

_____ الإحصاءات الصحية 2009 (2009).
http://www.moh.gov.bh/PDF/Publications/Statistics/HS2009/hs2009_a.htm.

Central Informatics Organization (n.d.). Summary of Statistical Data.
http://www.cio.gov.bh/cio_eng/SubDetailed.aspx?subcatid=261.

_____ (2010c). Census Summary Result 2010.
http://www.cio.gov.bh/CIO_ARA/English/Publications/Census/2011%2009%2018%20Final%20English%20Census%202010%20Summary%20%20Results%20-%20Review%201.pdf.

_____ (2015). *On the road to the Millennium Summit 2010: Review of the progress of the Millennium Development Goals in the Kingdom of Bahrain – A national perspective*.
http://www.cio.gov.bh/cio_eng/English/Publications/Reports/English%202010%2010%2012.pdf.

Ministry of Health (1999). Leaflet: Health Abstract 1999.
<http://www.moh.gov.bh/PDF/Publications/Statistics/leaflets/abstract/leaflet99.pdf>.

تونس

جامعة الدول العربية، إدارة الإحصاء وقواعد المعلومات، الدول العربية أرقام ومؤشرات، العدد الثالث (2011).
[file:///C:/Users/647373/Downloads/2011%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/647373/Downloads/2011%20(2).pdf).

_____ إدارة الإحصاء وقواعد المعلومات، الدول العربية أرقام ومؤشرات، العدد الخامس (2015).
[file:///C:/Users/647373/Downloads/2015%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/647373/Downloads/2015%20(2).pdf).

المعهد الوطني للإحصاء، النشرة الإحصائية السنوية لتونس (من 2006 إلى 2010).
<http://www.ins.nat.tn/indexar.php>.

Ministère de la Santé et Unicef (2008). Enquête sur la santé et le bien-être de la Mère et l'enfant. (MICS3). http://www.childinfo.org/files/MICS3_Tunisia_FinalReport_2006_Fr.pdf.

Institut National de la Statistique (2012). Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS4 (2011-2012). <http://www.ins.nat.tn/indexfr.php>.

الجمهورية العربية السورية

جامعة الدول العربية، إدارة الإحصاء وقواعد المعلومات، الدول العربية أرقام ومؤشرات، العدد الخامس (2015).
[file:///C:/Users/647373/Downloads/2015%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/647373/Downloads/2015%20(2).pdf).

المكتب المركزي للإحصاء، المجموعة الإحصائية (سنوات متعددة).
<http://www.cbssyr.sy/index.htm>.

_____ المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (شباط/فبراير 2008).
http://www.cbssyr.sy/people%20statistics/Final_Report_Syria_ARB.pdf.

Peiris, G. H. UNICEF Consultant (2000). A Preliminary Report on the Multiple Indicator Cluster Survey II in the Syrian Arab Republic. <http://www.childinfo.org/files/syria.pdf>.

السودان

الجهاز المركزي للإحصاء، السودان في أرقام (سنوات متعددة).
<http://www.cbs.gov.sd/files.php?id=15#&panel1-5>.

_____ الكتاب الإحصائي السنوي (2009).
<http://www.cbs.gov.sd/files.php?id=14#&panel1-2>.

_____ المسح متعدد المؤشرات 2014 (2015).
<http://www.cbs.gov.sd/files.php?id=20#&panel1-1>.

وزارة الصحة الاتحادية، المسح السوداني لصحة الأسرة 2006 (2007).

<http://www.fmoh.gov.sd/Researches-&-Sheets/SHHS%20NATIONAL%20REPORT%202006%20final%2015.4.2008.pdf>.

Central Bureau of Statistics, Federal Ministry of Health and UNICEF (2001). Multiple Indicator Cluster Survey 2000. <http://www.childinfo.org/files/sudan.pdf>.

Ministry of Health and National Bureau of Statistics (2010). Sudan Household Health Survey 2010. <http://www.southsudanembassydc.org/PDFs/others/SHHS%20II%20Report%20Final.pdf>.

جُمعت البيانات ايضاً من:

<http://www.cbs.gov.sd/en/files.php?id=7#&panel1-1>, <http://sudandataportal.org>,
<http://www.cbs.gov.sd/en/files.php?id=8#&panel1-1> (2015).

العراق

الجهاز المركزي للإحصاء، تقرير مؤشرات رصد الأهداف الإنمائية للألفية على مستوى المحافظات، 2012.
http://cosit.gov.iq/documents/statistics_ar/human%20development/milliniumgoals/fullreports/pdf/تقرير%20المؤشرات%20الوطنية%20لرصد%20الاهداف%20الانمائية%20للاللفية%202012.

_____ المسح العنقودي متعدد المؤشرات (2006).
<http://cosit.gov.iq/ar/component/content/article?id=398>.

_____ المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2011 (2012).
<http://cosit.gov.iq/ar/component/content/article?id=398>.

Central Organization for Statistics and Information Technology (COSIT) (2000). Multiple Indicator Cluster Survey 2000. <http://www.childinfo.org/files/iraq1.pdf>.

_____ (2008). Iraq National Report on the Status of Human Development 2008.
http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Iraq/Iraq_HDR_English.pdf.

_____ (2009a). National Indicators for Monitoring Millennium Development Goals (Second Report). <http://cosit.gov.iq/documents/statistics/human%20development/milliniumgoals/full%20reports/National%20Indicators%20for%20Monitoring%20Millemium%20Development%20Goals2.pdf>.

_____ (2009b). Annual Statistical Abstract 2009. <http://cosit.gov.iq/documents/statistics/human%20development/milliniumgoals/full%20reports/National%20Indicators%20for%20Monitoring%20Millemium%20Development%20Goals2.pdf>

_____ (2012c). I-WISH 2011: Iraq Woman Integrated Social and Health Survey.
<http://www.cosit.gov.iq/documents/statistics/human%20development/surveys/full%20reports/Iraq%20women%20Integrated%20Social%20and%20Health%20Survey%202011.pdf>.

Republic of Iraq and World Health Organization (WHO) (2008). Iraq Family Health Survey 2006/7. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr02/2008_iraq_family_health_survey_report.pdf.

عمان

المركز الوطني للإحصاء والمعلومات، الكتاب الإحصائي السنوي (منذ عام 2008).
<https://www.ncsi.gov.om/Elibrary/Pages/LibraryContentView.aspx>.

_____ ملامح من التنمية (2012).
<https://www.ncsi.gov.om/Elibrary/Pages/LibraryContentDetails.aspx?ItemID=wQkidEsEuXfVAzsiCmC%2fDQ%3d%3d>.

وزارة الاقتصاد الوطني، حقائق وأرقام (سنوات متعددة).
<http://escwa-olib-01.escwa.un.org/eolib?infile=details.glu&loid=99872&rs=1995&hitno=1>.

_____ الكتاب الإحصائي السنوي (منذ عام 2000).
<http://escwa-olib-01.escwa.un.org/eolib?infile=details.glu&loid=32449&rs=1994&hitno=-1>.

فلسطين

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، أطفال فلسطين – قضايا وإحصاءات (2012).
http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_PCBS/Downloads/book1862.pdf.

_____ مسح الأسرة الفلسطيني 2010 (2013).
<http://www.pcbs.gov.ps/PCBS-Metadata-ar-v4.2/index.php/catalog/150>.

_____ مسح الأفراد ذوي الإعاقة 2011 (2011).
<http://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book1812.pdf>.

_____ المسح الصحي 2000 (2001).
<http://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book741.pdf>.

_____ المسح الصحي الديمغرافي، التقرير النهائي 2004 (2006).
<http://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book1229.pdf>.

_____ المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، التقرير النهائي 2006 (2007).
<http://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book1416.pdf>.

_____ المسح الفلسطيني العنقودي متعدد المؤشرات 2014 (2015).
https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS5/Middle%20East%20and%20North%20Africa/State%20of%20Palestine/2014/Key%20findings/State%20of%20Palestine%202014%20MICS%20KFR_Arabic.pdf.

_____ جمعت البيانات أيضاً من:

<http://www.pcbs.gov.ps/default.aspx>; http://www.pcbs.gov.ps/pcbs_2012/Publications.aspx;
http://www.pcbs.gov.ps/site/lang__en/507/default.aspx; and
<http://www.pcbs.gov.ps/palinfo/libraries/asp/Home.aspx>.

قطر

قطر لتبادل المعلومات (من دون تاريخ، قاعدة بيانات).
http://www.qix.gov.qa/portal/page/portal/qix/subject_area?subject_area=182.

وزارة التخطيط التنموي والإحصاء، قطر في أرقام (2012).
http://www.gsdp.gov.qa/portal/page/portal/GSDP_AR/knowledge_center_ar/publications/Tab11.

_____ المجموعة الإحصائية السنوية (2002)، (2006) و(2010).
http://www.qix.gov.qa/portal/page/portal/qix/subject_area/Publications?subject_area=176.

_____ المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012 (2014).
<http://www.mdps.gov.qa/surveys/MICS-2012-Ar.pdf>.

الكويت

الإدارة المركزية للإحصاء، المجموعة الإحصائية السنوية (منذ عام 2000).
http://www.csb.gov.kw/Socan_Statistic.aspx?ID=18.

_____ الملحة الإحصائية (منذ عام 2000).
http://www.csb.gov.kw/Socan_Statistic.aspx?ID=19.

_____ النشرة السنوية للإحصاءات الحيوية (المواليد والوفيات) (منذ عام 2000).
http://www.csb.gov.kw/Socan_Statistic.aspx?ID=10.

_____ النشرة السنوية للإحصاءات الحيوية (الزواج والطلاق) (منذ عام 2000).
http://www.csb.gov.kw/Socan_Statistic.aspx?ID=12.

_____ النشرة السنوية للإحصاءات الصحية (منذ عام 2000).
http://www.csb.gov.kw/Socan_Statistic.aspx?ID=59.

جامعة الدول العربية، إدارة الإحصاء وقواعد المعلومات، الدول العربية أرقام ومؤشرات، العدد الثالث (2011).
[file:///C:/Users/647373/Downloads/2011%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/647373/Downloads/2011%20(1).pdf).

_____ الدول العربية أرقام ومؤشرات، العدد الرابع (2013).
<file:///C:/Users/647373/Downloads/2013.pdf>.

_____ الدول العربية أرقام ومؤشرات، العدد الخامس (2015).
[file:///C:/Users/647373/Downloads/2015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/647373/Downloads/2015%20(1).pdf).

لبنان

إدارة الإحصاء المركزي، الأطفال في لبنان، (2013).
<http://www.cas.gov.lb/images/pdfs/sif/children%20-%20arabic.pdf>.

_____ الأهداف الإنمائية للألفية في لبنان (من دون تاريخ).
http://www.undp.org.lb/WhatWeDo/MDGs_ar.cfm.

_____ الدراسة الوطنية للأحوال المعيشية للأسر، تقرير الأوضاع المعيشية للأسر 2004 (2006).
<http://www.cas.gov.lb/index.php/all-publications-en#households-living-conditions-survey-2004>.

_____ الدراسة الوطنية للأحوال المعيشية للأسر، تقرير الأوضاع المعيشية للأسر 2007 (2008).
<http://www.cas.gov.lb/index.php/all-publications-en#households-living-conditions-survey-2007>.

_____ المسح اللبناني لصحة الأسرة 2004 (2006).
<http://www.cas.gov.lb/images/PDFs/Lebanon%20PAPFAM%20Arabic.pdf>.

إدارة الإحصاء المركزي، نجوى يعقوب ولارا بدر، خصائص السكان والمساكن في لبنان، العدد 2 (2012).
http://www.cas.gov.lb/images/PDFs/SIF/CAS_Population_and_Housing%20_In_Lebanon_SIF2_Arabic.pdf.

إدارة الإحصاء المركزي ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، المسح العنقودي متعدد المؤشرات الدورة الثالثة، مسح وضع الأطفال والأمهات في لبنان للعام 2009 (2010).
http://www.cas.gov.lb/images/Mics3/CAS_MICS3_survey_2009.pdf.

جامعة الدول العربية، إدارة الإحصاء وقواعد المعلومات، الدول العربية أرقام ومؤشرات، العدد الخامس (2015).
[file:///C:/Users/647373/Downloads/2015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/647373/Downloads/2015%20(1).pdf).

Central Bureau of Statistics and United Nations Children's Fund (UNICEF) (2001). Preliminary Report on the Multiple Cluster Survey on the Situation of Children in Lebanon 2000.
<http://www.cas.gov.lb/index.php/mics3-tables-en>.

_____ (2008). Lebanon in Figures.
<http://www.cas.gov.lb/images/pdfs/lebanon-figures-2008.pdf>.

_____ (2009). Lebanon in Figures.
http://www.cas.gov.lb/images/Excel/SYB/SYB_2009/pdf/lebanon%20in%20figures%202009.pdf.

_____ (since 2000). Statistical Yearbook.
<http://www.cas.gov.lb/index.php/statistical-yearbook>.

ليبيا

مصلحة الإحصاء والتعداد ليبيا (قاعدة بيانات).
<http://bsc.ly>.

الهيئة العامة للمعلومات، الكتاب الإحصائي (2002)، (2005)، (2009) و(2010).
<http://gia.gov.ly>.

_____ الإحصاءات الحيوية (2007)، (2008) و(2010).
<http://gia.gov.ly>.

Libya Public Commission for Health Care Planning (2004). Multi Indicator Cluster Survey (MICS). 2003 (in Arabic). http://www.childinfo.org/files/MICS2_Libya_PreliminaryReport_Eng_without_graphs.pdf.

مصر

الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء المصري، مصر في أرقام 2010 (2010).
_____ مصر في أرقام 2011 (2011).
<http://www.sis.gov.eg/newvr/egyptinfigures/pages/arabic%20link.htm>.

_____ الكتاب الإحصائي السنوي (سنوات مختلفة).
http://www.capmas.gov.eg/Pages/StaticPages.aspx?page_id=5034.

وزارة الصحة والسكان، الزناتي ومشاركوه وبرنامج المسوح السكانية الصحية. المسح السكاني الصحي 2014 (2015).
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR306/FR306.pdf>.

El-Zanaty, Fatma, and Ann Way (2006). Egypt: Demographic and Health Survey - 2005. Cairo: Ministry of Health and Population, National Population Council, El-Zanaty and Associates, and ORC Macro. <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR176/FR176.pdf>.

_____ (2009). Egypt: Demographic and Health Survey - 2008. Cairo: Ministry of Health. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr220/fr220.pdf>.

El-Zanaty and Associates (1998). Egypt Demographic and Health Survey 1998. Calverton: National Population Council and Macro International Inc. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR14/FR14.pdf>.

Ministry of Health and Population, United Nations Children's Fund (UNICEF) and El-Zanaty and Associates (2014). Multiple Indicator Cluster Survey in the Rural Districts Covered by the Integrated Perinatal Health and Nutrition (IPHN) Programme in Egypt 2013-2014: Key Findings. http://www.childinfo.org/files/Egypt_2013-14_MICS_Sub-national.pdf.

المغرب

المنشورية السامية للتخطيط، إحصائيات أساسية (2009)، (2010)، (2011) و(2012).
http://www.hcp.ma/downloads/Chiffres-Cles_t18706.html.

_____ المغرب في أرقام (منذ عام 2003).
http://www.hcp.ma/downloads/Maroc-en-chiffres_t13053.html.

Haut Commissariat au Plan. (2009). Population en situation de handicap en Maroc 2009. <file:///C:/Users/647373/Downloads/Population%20en%20situation%20de%20handicap%20a%20Maroc%20-%20Profil%20d%C3%A9mographique%20et%20socio-%C3%A9conomique.pdf>.

_____ (2010). Femmes et hommes en chiffres 2010. http://www.hcp.ma/downloads/Femme-marocaine-en-chiffres_t18705.html

Ministère de la Santé. Enquête sur la Population et la Santé Familiale 2003-2004. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR155/FR155.pdf>.

_____ (2008). Enquête nationale à indicateurs multiples et santé des jeunes 2006-2007. http://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/ENIMSJ_%20Rapport%20final.pdf.

المملكة العربية السعودية

الهيئة العامة للإحصاء، الإحصاءات الاجتماعية (قاعدة بيانات).
<http://www.stats.gov.sa/ar/%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%A8%D9%88%D9%8A%D8%A8/%D8%A7%D9%84%D8%A5%D8%AD%D8%B5%D8%A7%D8%A1%D8%A7%D8%AA-%D8%A7%D9%84%D8%A5%D8%AC%D8%AA%D9%85%D8%A7%D8%B9%D9%8A%D8%A9>.

الإحصاءات السكانية والحيوية (قاعدة بيانات).

<http://www.stats.gov.sa/ar/%D8%A7%D9%84%D8%A5%D8%AD%D8%B5%D8%A7%D8%A1%D8%A7%D8%AA-%D8%A7%D9%84%D8%B3%D9%83%D8%A7%D9%86%D9%8A%D8%A9-%D9%88%D8%A7%D9%84%D8%AD%D9%8A%D9%88%D9%8A%D8%A9>

الكتاب الإحصائي السنوي (1999-2001).

<http://www.stats.gov.sa/ar/%D9%85%D9%84%D9%81-%D8%A7%D8%AD%D8%B5%D8%A7%D8%A6%D9%8A/1999-2001>.

الكتاب الإحصائي السنوي (2006).

http://www.stats.gov.sa/sites/default/files/cdsi_data/yb42.

وزارة الصحة، الكتاب الإحصائي السنوي 2009 (2009).

<http://www.moh.gov.sa/Ministry/Statistics/book/Pages/default.aspx>.

اليمن

جامعة الدول العربية، إدارة الإحصاء وقواعد المعلومات، الدول العربية أرقام ومؤشرات، (2011)، (2013) و(2015).

http://www.arabstat-economic.org/Ar_Figures_And_Indicator.aspx?NewLang=en-US&name=Arab%20Countries%20Figures%20and%20Indicators.

وزارة الصحة العامة والسكان والجهاز المركزي للإحصاء، المسح الصحي الوطني الديمغرافي 2013 (2015).

<http://www.mophp-ye.org/arabic/docs/Arabic%20Report%20Final.pdf>.

الجهاز المركزي للإحصاء، كتاب الإحصاء السنوي (سنوات متعددة).

<http://escwa-olib-01.escwa.un.org/eolib?infile=details.glu&luid=20054&rs=2000&hitno=-1>.

اليمن في أرقام (سنوات متعددة).

Central Statistical Organization and Macro International Inc. (1998). Yemen Demographic and Maternal and Child Health Survey 1997. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR94/FR94.pdf>.

Ministry of Health and Population and UNICEF (2008). Multiple Indicator Cluster Survey 2006.

http://www.childinfo.org/files/MICS3_Yemen_FinalReport_2006_Eng.pdf.

مصادر أخرى

جامعة الدول العربية، إدارة الإحصاء وقواعد المعلومات، الدول العربية أرقام ومؤشرات، العدد الأول (2008).

<file:///C:/Users/647373/Downloads/2008.pdf>.

الدول العربية أرقام ومؤشرات، العدد الثاني (2010).

<file:///C:/Users/647373/Downloads/2010.pdf>.

منظمة الصحة العالمية، تقرير الحالة العالمي عن الأمراض غير السارية 2014 (2014).

<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/ar>.

التمنيع (2015).

<http://www.who.int/topics/immunization/ar>.

تمويل قطاع الصحة من أجل التغطية الشاملة (2015).

http://www.who.int/health_financing/ar.

_____ مركز وسائل الإعلام: الأمراض غير السارية، صحيفة وقائع رقم 355 (2015).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ar>.

_____ مركز وسائل الإعلام: التغطية بالتمنيع، صحيفة وقائع رقم 378 (2015).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/ar>.

_____ مركز وسائل الإعلام: الحصبة، صحيفة وقائع رقم 286 (2015).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/ar>.

_____ مركز وسائل الإعلام: شلل الأطفال، صحيفة وقائع رقم 114 (2015).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/ar>.

وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا)، أين نعمل.
<http://www.unrwa.org/ar/where-we-work>.

Australian Institute of Health and Welfare (2004). *Disability and its relationship to health conditions and other factors*. Disability Series. Cat. no. DIS 37. Canberra: AIHW.
<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442455793>.

Barakat, Halim (1985). The Arab Family and the Challenge of Social Transformation. *In Women and the Family in the Middle East: New Voices of Change*. Elizabeth Warnock Fernea (ed.), pp. 27-48. Austin, University of Texas Press.

Bunting, Annie (2005). Stages of Development: Marriage of Girls and Teens as an International Human Rights Issue. *Social and Legal Studies*, vol. 14, No. 2, pp. 17-38.

Coale, Ansley J. (1991). Excess Female Mortality and the Balance of the Sexes in the Population: An Estimate of the Number of "Missing Females". *Population and Development Review*, vol. 17, No. 3, pp. 517-523.

Deaton, Angus S., Javier Ruiz-Castillo, and Duncan Thomas (1989). The influence of household composition on household expenditure patterns: theory and Spanish evidence. *Journal of Political Economy*, vol. 97, No. 1, pp. 179-200.

Department of Health, United Kingdom (1998). *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health*. London. <https://www.gov.uk/government/publications/report-of-the-scientific-committee-on-tobacco-and-health>.

Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA) (2014). *Towards Better Measurement of Poverty and Inequality in the Arab Countries: A Proposed Pan-Arab Multi-purpose Survey*. http://www.escwa.un.org/information/publications/edit/upload/E_ESCWA_SD_14_WP-1_E.pdf.

El-Zanaty Fatma, and Ann Way. (2004). *Menya Governorate: A Profile Based on the 2003 Egypt Demographic and Health Survey*. Cairo: Ministry of Health and Population, National Population Council, El-Zanaty and Associates, and ORC Macro. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FA45/00FrontMatter00.pdf>.

International Telecommunication Union (ITU) (2015a). World Telecommunication/ICT Indicators database. <http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/publications/wtid.aspx>.

- _____ (2015b). ICT Facts and Figures 2015. <http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/facts/default.aspx>.
- Khedr, Zeinab, and Laila El-Zeini (2003). Families and households: Headship and co-residence, *Cairo Papers in Social Science*, vol. 24, Issue 1/2, pp. 140-164 .
- MedlinePlus, United States National Library of Medicine (n.d.). Health Facilities. <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/healthfacilities.html>.
- Mirkin, Barry (2013). Arab Spring: Demographics in a region in transition. *Arab Human Development Report, Research Paper Series*. New York: UNDP. <http://www.arab-hdr.org/publications/other/ahdrps/AHDR%20ENG%20Arab%20Spring%20Mirkinv3.pdf>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2011). How's Life? Measuring Well-being. <http://unstats.un.org/unsd/broaderprogress/pdf/How's%20life%20-%20Measuring%20well-being.pdf>.
- Rashad, Hoda, and Maged Osman (2001). Nuptiality in Arab countries: Changes and implications. *Cairo Papers in Social Science*, vol. 24, No. 1/2. https://books.google.com.lb/books?id=rkMCpAM53FwC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Rashad, Hoda, Maged Osman, and Farzaneh Roudi-Fahimi (2005). Marriage in the Arab world. Washington, D.C.: Population Reference Bureau (PRB). http://www.prb.org/pdf05/marriageinarabworld_eng.pdf.
- Roudi-Fahimi, Farzaneh, and Shaimaa Ibrahim (2013). Ending Child Marriage in the Arab Region. Washington, D.C.: Population Reference Bureau (PRB). <http://www.prb.org/pdf13/child-marriage-arab-region.pdf>.
- Salehi-Isfahani, Djavad (2013). The role of the family in social integration in the Middle East and North Africa. *DIFI Family Research and Proceedings*, No. 1. Special issue on Protecting the Arab Family from Poverty: Employment, Social Integration and Intergenerational Solidarity. <http://www.qscience.com/doi/pdfplus/10.5339/difi.2013.arabfamily.1>.
- Singerman, Dianne, and Barbara Ibrahim (2001). The Cost of Marriage in Egypt: A Hidden Variable in the New Arab Demography. In *The New Arab Family, Cairo Papers in Social Science*, No. 24, pp. 80-116. https://books.google.ca/books?id=rkMCpAM53FwC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Tadmouri, Ghazi, and others (2009). Consanguinity and Reproductive Health Among Arabs. *Reproductive Health*, vol. 6, No. 17.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2014). *Immunization keeping children alive and healthy* (brochure). New York. http://www.unicef.org/immunization/files/Immunization_brochure.pdf.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs (UNDESA) (2008). Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses, Revision 2. http://unstats.un.org/unsd/publication/seriesM/seriesm_67Rev2e.pdf.
- _____ (2014). Trends in International Migrant Stock: The 2013 Revision. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/migration/migrant-stock-age-2013.pdf>.

- _____ (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables. http://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (n.d.). UNESCO Institute for Statistics: Data to make a difference. <http://www.uis.unesco.org/Pages/default.aspx>.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2015). *World at War: Global Trends - Forced Displacement in 2014*. <http://unhcr.org/556725e69.html>.
- _____ (n.d.). Facts and Figures about Refugees. <http://www.unhcr.org.uk/about-us/key-facts-and-figures.html>.
- United Nations Population Fund (UNFPA) (2013). *Motherhood in Childhood: Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy*. New York. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP2013-final.pdf>.
- United Nations Statistics Division (2015). Millennium Development Goals Indicators: the official United Nations site for the MDG Indicators. New York. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Metadata.aspx?IndicatorId=0&SeriesId=730>.
- World Bank (n.d.). World Bank Open Data. Available from <http://data.worldbank.org>.
- World Health Organization (WHO) (2011). *Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators*. Geneva. http://www.who.int/healthmetrics/news/monitoring_maternal_newborn_child_health.pdf.
- _____ (2015a). International Classification of Diseases (ICD). Geneva. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- _____ (2015e). Media Centre: Disability and Health, fact sheet no. 352. Geneva. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>
- _____ (2015f). Media Centre: The Top 10 Causes of Death, fact sheet no. 310. Geneva. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
- WHO, Global Database on Body Mass Index (2015). BMI classification. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html .
- WHO, Global Health Observatory Data (2015a). Noncommunicable Diseases (NCD). Geneva. <http://www.who.int/gho/ncd/en/>
- _____ (2015b). Health expenditure ratios, all countries, selected years. Estimates by country. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75>.
- WHO, Indicator and Measurement Registry (2015a). BCG immunization coverage among 1-year-olds (percentage). Geneva. http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=2442.
- _____ (2015b). Body Mass Index (BMI). Geneva. http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/advanced_search.aspx?q=BMI.

_____ (2015c). Maternal mortality ratio (per 100,000 live births). Geneva. http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=26.

_____ (2015d). Measles (MCV) immunization coverage among 1-year-olds (percentage). Geneva. http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=2.

_____ (2015e). Polio (Pol3) immunization coverage among 1-year-olds (percentage). Geneva. http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=2443.

Yount, Kathryn, and Hoda Rashad (2008). Historical orientation to the study of family change: ideational forces considered. *In Family in the Middle East: Ideational change in Egypt, Iran and Tunisia*. Yount, K. and H. Rashad (eds.), pp. 3-22.

Note

Tabulated data used throughout this issue of the compendium is available from <http://www.escwa.un.org/divisions/sd/pubs/index.asp?PubNUM=CSSI-2015>.

العدد الثاني عشر من المجتمع العربي: مجموعة الإحصاءات الاجتماعية هو الأحدث في سلسلة من نشرات شعبة الإحصاء في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) تصدر كل سنتين. وتقدّم النشرة لمحة عن المجتمع العربي في البلدان الأعضاء في الإسكوا وما شهدته من تغيّرات. وهي تستند إلى بيانات تتيحها بشكل رئيسي الأجهزة الإحصائية الوطنية، وتتنوّع إلى قضايا السكان، والعمل، والسكن، والتعليم، والفقير، والصحة، والثقافة. وتركّز المجموعة في كل عدد من أعدادها على موضوع واحد. ويعالج هذا العدد قضية تركيبة الأسرة المعيشية وتكوين العائلة.

واستمدّت البيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية في البلدان الأعضاء في الإسكوا، واستكملت بيانات توفرها الوكالات الدولية، مثل منظمة العمل الدولية، ومنظمة الصحة العالمية، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، والبنك الدولي. ولا يتضمّن نص النشرة جميع المؤشرات المتاحة، بل يمكن الاطلاع على مجموعة أكثر شمولاً من الجداول على موقع الإسكوا الإلكتروني.