



المجتمع العربي الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية إصدار رقم 14

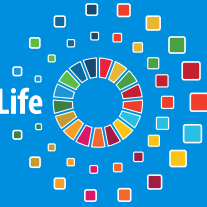


Shared Prosperity Dignified Life





Shared Prosperity **Dignified Life**



VISION

ESCWA, an innovative catalyst for a stable, just and flourishing Arab region

MISSION

Committed to the 2030 Agenda, ESCWA's passionate team produces innovative knowledge, fosters regional consensus and delivers transformational policy advice. Together, we work for a sustainable future for all.





ازدهارُ البلدان كرامةُ الإنسان



الأمم المتحدة
الشرق
ESCWA

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)

المجتمع العربي:
الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية
إصدار رقم 14



الأمم المتحدة

Distr.
GENERAL

E/ESCWA/SD/2019/5
29 November 2019
ARABIC
ORIGINAL: ENGLISH



ازدهار البلدان كرامة الإنسان



اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)

المجتمع العربي:
الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية
إصدار رقم 14



الأمم المتحدة
بيروت، 2019

منشورات الأمم المتحدة

E/ESCWA/SD/2019/5

e-ISBN: 978-92-1-004895-8

19-01221

يتوجه المؤلفون بالشكر إلى الأجهزة الإحصائية الوطنية في الدول الأعضاء لقيامها بتزويد اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) بالبيانات اللازمة. لا ترد في هذه الدراسة جميع المؤشرات، وللإطلاع على مجموعة الجداول كاملة، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني للإسكوا. لقد ضمنا الوثيقة أكبر قدر ممكن من البيانات التي تلقيناها من الدول الأعضاء، إلا أننا استبعدنا البيانات غير المتسقة أو غير الموثوقة.

شارك في إعداد هذا العدد مروان خواجه، وإسماعيل لبد، وناتان ريس، وزينة سنو، ودينا قرانوح، وأدريانو مرتضى.

المحتويات

الصفحة

iii	..... شكر وتقدير
ix	..... الرموز والمختصرات
1	..... المقدمة
5	..... 1- السكان
17	..... 2- الأسر المعيشية وتكوين العائلة
25	..... 3- ظروف الاسكان
31	..... 4- الصحة
46	..... 5- التعليم
55	..... 6- العمل
65	..... 7- الفقر واللامساواة
70	..... 8- الثقافة
79	..... المراجع

قائمة الأشكال

5	..... الشكل 1-1 معدل النمو السكاني السنوي، بالنسبة المئوية، في الفترة 2000-2017
6	..... الشكل 2-1 أعداد السكان، بالملايين 2000-2017
7	..... الشكل 3-1 المواطنون وغير المواطنين حسب الجنس في بلدان مجلس التعاون الخليجي وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة
8	..... الشكل 4-1 الهرم السكاني لمصر بالنسبة المئوية، تقديرات عام 2017
8	..... الشكل 5-1 الهرم السكاني في المملكة العربية السعودية، بالنسبة المئوية، تقديرات عام 2017
9	..... الشكل 6-1 نسبة الذكور إلى الإناث، 2005-2017 (لكل 100 أنثى)
9	..... الشكل 7-1 السكان حسب الفئة العمرية والجنس، وفقاً لأحدث التقديرات السكانية والتعدادات السكانية
11	..... الشكل 8-1 إجمالي معدلات الخصوبة (عدد المواليد لكل 1,000 امرأة)، الفئة العمرية 15-49 سنة....
12	..... الشكل 9-1 العمر المتوقع عند الولادة لإجمالي السكان حسب الجنس للفترة 2000-2017
13	..... الشكل 10-1 معدلات وفيات الرضع (لكل 1,000 مولود حي) خلال الفترة 2000-2017
14	..... الشكل 11-1 عدد المهاجرين الدوليين، بالملايين 2011
15	..... الشكل 12-1 عدد المهاجرين الدوليين في منتصف السنة (بالنسبة المئوية إلى سنة الأساس 2000) خلال الفترة 2000-2015
16	..... الشكل 13-1 السكان اللاجئون حسب البلد المضيف، بالملايين، للفترة 2012-2016
17	..... الشكل 1-2 متوسط حجم الأسرة المعيشية خلال الفترة 2000-2017

المحتويات (تابع)

الصفحة

18	الشكل 2-2 النسب المئوية للأسر المعيشية التي ترأسها نساء خلال الفترة 2000-2017.....
19	الشكل 3-2 النسب المئوية للزيجات المسجلة، خلال الفترة 2000-2017.....
20	الشكل 4-2 النسب المئوية لحالات الطلاق المسجلة في عام 2000، وخلال الفترة 2000-2017.....
21	الشكل 5-2 الوضع العائلي للنساء حسب الفئة العمرية، وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة.....
22	الشكل 6-2 النسبة المئوية للفتيات اللواتي سبق لهن الزواج بين سن 15 و 19 سنة، وفقاً لأحدث التقديرات المتوفرة.....
23	الشكل 7-2 النسبة المئوية للنساء بين سن 15 و 49 المتزوجات من رجال لديهن زوجة ثانية أو أكثر، وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة.....
24	الشكل 8-2 النسبة المئوية للنساء اللواتي لم ينجبن أبداً، حسب الفئة العمرية، وفقاً لأحدث التقديرات المتوفرة.....
26	الشكل 1-3 النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تملك مساكنها وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة.....
26	الشكل 2-3 الوحدات السكنية المأهولة حسب النوع والجنسية، بالنسبة المئوية ووفقاً لأحدث البيانات المتاحة.....
27	الشكل 3-3 الوحدات السكنية المأهولة حسب النوع والمنطقة، بالنسبة المئوية، ووفقاً لأحدث البيانات المتاحة.....
28	الشكل 4-3 النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تستخدم مصدراً محسناً لمياه الشرب، حسب المنطقة وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة.....
29	الشكل 5-3 النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تستخدم مرافق صرف صحي محسنة حسب المنطقة وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة.....
30	الشكل 6-3 النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تتوفر لديها كهرباء حسب المنطقة، وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة.....
31	الشكل 1-4 النسب المئوية لانتشار وسائل منع الحمل خلال الفترة 2000-2017.....
32	الشكل 2-4 رعاية ما قبل الولادة (أربع زيارات على الأقل)، بالنسبة المئوية، 2000-2017.....
33	الشكل 3-4 الولادات تحت إشراف أخصائيي صحة مهرة، بالنسبة المئوية، للفترة 2000-2017.....
34	الشكل 4-4 معدل وفيات الأمهات، (الوفيات لكل 100,000 ولادة حية) خلال الفترة 2000-2017.....
36	الشكل 5-4 النسب المئوية لتغطية التحصين، خلال الفترة 2000-2017.....
37	الشكل 6-4 التفرُّم حسب نوع الجنس وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة.....
37	الشكل 7-4 الهزال حسب نوع الجنس وفقاً لأحدث البيانات المتاحة.....
38	الشكل 8-4 نقص الوزن حسب نوع الجنس وفقاً لأحدث البيانات المتاحة.....

المحتويات (تابع)

الصفحة

39	الشكل 4-9 انتشار الإعاقة، النسبة المئوية حسب نوع الجنس وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة.....
40	الشكل 4-10 السمعة لدى البالغين (18 سنة وما فوق)، بالنسبة المئوية وحسب الجنس خلال الفترة 2000-2017.....
41	الشكل 4-11 الإنفاق على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة 2000-2015.....
42	الشكل 4-12 نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية (بمعادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي) خلال الفترة 2000-2015.....
43	الشكل 4-13 كثافة العاملين في مجال الرعاية الصحية لكل 100,000 شخص خلال الفترة 2000-2017.....
44	الشكل 4-14 عدد المستشفيات خلال الفترة 2000-2017.....
47	الشكل 5-1 معدلات إلمام البالغين (15 سنة فما فوق) بالقراءة والكتابة حسب الجنس، خلال الفترة 2000-2017.....
48	الشكل 5-2 معدلات إلمام الشباب (15-24 سنة) بالقراءة والكتابة حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017.....
49	الشكل 5-3 معدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017.....
50	الشكل 5-4 معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017.....
51	الشكل 5-5 معدل الطلاب إلى المعلمين في التعليم الابتدائي خلال الفترة 2000-2017.....
52	الشكل 5-6 معدل الطلاب إلى المعلمين في التعليم الثانوي.....
53	الشكل 5-7 معدل الطلاب إلى المعلمين في التعليم الثانوي في اليمن خلال الفترة 2000-2017.....
54	الشكل 5-8 الإنفاق على التعليم كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي خلال الفترة 2000-2017..
55	الشكل 6-1 معدل المشاركة في القوى العاملة خلال الفترة 2000-2017.....
56	الشكل 6-2 معدل المشاركة في القوى العاملة حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017.....
58	الشكل 6-3 معدل مشاركة الشباب (15-24 سنة) في القوى العاملة حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017.....
59	الشكل 6-4 معدلات البطالة خلال الفترة 2000-2017.....
60	الشكل 6-5 معدلات البطالة حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017.....
61	الشكل 6-6 معدلات البطالة بين الشباب (15-24 سنة) حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017.....
63	الشكل 6-7 النسب المئوية للتوظيف في القطاع العام حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017.....
64	الشكل 6-8 العمل في الزراعة، بالنسبة المئوية وحسب الجنس، خلال الفترة 2000-2017.....

المحتويات (تابع)

الصفحة

65	.....	الشكل 7-1	نسبة عدد السكان الفقراء.
66	.....	الشكل 7-2	فجوة الفقر حسب خط الفقر الوطني.
67	.....	الشكل 7-3	مؤشر جيني.
68	.....	الشكل 7-4	حصة الخمس الأغنى والخمس الأفقر من الإيرادات (النفقات).
69	.....	الشكل 7-5	تخصيص نفقات الاستهلاك وفقاً لأحدث البيانات المتاحة.
70	.....	الشكل 8-1	التدني، النسبة المئوية حسب الجنس وفقاً لآخر البيانات المتاحة.
		الشكل 8-2	النسبة المئوية للمجيبين الذين يعتقدون أنه يمكن الوثوق بمعظم الأشخاص، حسب الجنس، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة.
72	.....	الشكل 8-3	نسبة المجيبين الذين يعطون أهمية أكبر للعمل أو للترفيه وفقاً لأحدث البيانات المتاحة....
73	.....	الشكل 8-4	نسبة المجيبين الذين يقدرون أهمية العمل أو الترفيه، حسب الجنس وفقاً لأحدث البيانات المتاحة.
74	.....	الشكل 8-5	العضوية النشطة في المنظمات الرياضية أو الترفيهية، النسبة المئوية حسب الجنس، آخر البيانات المتاحة.
75	.....	الشكل 8-6	عدد مرات الحضور السينمائي للفرد الواحد، وكثافة الشاشات لكل 100,000 نسمة، 2000-2017.
76	.....	الشكل 8-7	عدد مستخدمي الانترنت لكل 100 نسمة، 2000-2017.
77	.....	الشكل 8-8	اشترابات الهواتف المحمولة لكل 100 نسمة، 2000-2017.
78	.....	

الرموز والمختصرات

ضمن الجداول: البيانات غير متوفرة	.....
باسيليس كالميت غيران (Bacillus Calmette-Guerin) التحصين ضد السل (التدرن)	BCG
المسوحات الديمغرافية الصحية (Demographic Health Surveys)	DHS
الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (Diphtheria, tetanus and pertussis)	DPT
اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا	الإسكوا
مجلس التعاون الخليجي (Gulf Cooperation Council)	GCC
إجمالي الناتج المحلي (Gross domestic product)	GDP
المسح العنقودي متعدد المؤشرات (Multiple Indicator Cluster Surveys)	MICS
تعادل القوة الشرائية (Purchasing power parity)	PPP
منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة	UNESCO اليونسكو
منظمة الصحة العالمية	WHO

هذا الإصدار هو العدد الأحدث من سلسلة تصدر كل سنتين عن شعبة الإحصاء في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا). وقد صدر العدد السابق تحت عنوان: "المجتمع العربي: مجموعة الإحصاءات الديمغرافية والاجتماعية"، وغيّر عنوان هذا العدد إلى: "المجتمع العربي: الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية"، مع تجدد التركيز على عرض البيانات مفصلة حسب الفترات الزمنية. والتقارير، إذ يركّز على الديناميات السكانية، وتركيبية الأسرة المعيشية، وتكوين الأسرة، وظروف الإسكان، والصحة، والتعليم، والعمل، والفقر، وانعدام المساواة، والثقافة، والمشاركة الاجتماعية، فهو يقدم عرضاً موسعاً للمجتمع العربي وطرق تغييره.

استُمدت البيانات، بشكل أساسي، من الأجهزة الإحصائية الوطنية في البلدان الأعضاء في الإسكوا، واستُكملت ببيانات متاحة للجمهور صادرة عن هيئات دولية مثل مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة العمل الدولية، والبنك الدولي، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو).

تشير الدراسة إلى أن المنطقة العربية لا تزال تشهد نمواً سكانياً يتزايد في العدد وفي التنوع. غير أن معدل النمو السكاني يختلف كثيراً بين بلد وآخر، ويتراوح بين أقل من 1 في المائة إلى أكثر من 5 في المائة سنوياً، ويبلغ متوسطه 2.1 في المائة في السنة. وفي ظل هذا النمو السكاني، من المتوقع أن يتضاعف عدد سكان المنطقة في غضون 35 سنة تقريباً.

تغلب على السكان عموماً فئة الشباب، غير أن الفوارق شاسعة بين البلدان من حيث السن والجنس بسبب الاختلاف في حركة التحولات الديمغرافية ونسبة العمال المهاجرين وتدفق اللاجئين في بعض البلدان. فمعدلات الأطفال ممن تقل أعمارهم عن 15 سنة تتراوح بين أقل من 15 في المائة من السكان في قطر وأكثر من 40 في المائة في السودان. ونسبة الذكور إلى الإناث مرتفعة في جميع بلدان مجلس التعاون الخليجي، وهي تصل إلى حوالي 300 رجل لكل 100 امرأة في قطر.

ويتراوح إجمالي معدل الخصوبة من دون مستوى الإحلال أو قريب منه (2.1 طفل لكل امرأة) في الإمارات العربية المتحدة والبحرين وتونس ولبنان والمغرب إلى أكثر من 5 أطفال لكل امرأة في السودان وموريتانيا. وعلى مدى العقود الأخيرة الماضية، شهدت المنطقة العربية ككل تراجعاً في إجمالي معدلات الخصوبة. وتختلف وتيرة هذا التراجع بين بلد وآخر إذ أظهرت بلداناً تراجعاً ضئيلاً وأخرى لم تظهر أي تراجع في العقد الماضي. وفي السنوات الأخيرة، شهدت بلداناً، كموريتانيا، ارتفاعاً طفيفاً.

ويبدو جلياً التحسن في معدلات الصحة والبقاء على قيد الحياة لدى السكان على الرغم من التفاوتات الواضحة التي تظهرها هذه البيانات من بلد إلى آخر. فمتوسط العمر المتوقع عند الولادة للذكور والإناث يتراوح بين 64/61 عاماً في اليمن وبين 83/79 عاماً في قطر. والفوارق في متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين الجنسين عموماً صغيرة، لا تتجاوز السنتين في بلدان مثل الأردن والبحرين واليمن. وبالكاد تختلف معدلات وفيات الرضع بين الجنسين في 10 بلدان من أصل 15 تتوفر بيانات حديثة عنها. وتوحي هذه الأرقام بوجود تمييز ضد الفتيات، لأنه على أساس بيولوجي محض ينبغي أن تكون الاختلافات أكبر.

وقد تزايد عدد المهاجرين الدوليين في جميع بلدان المنطقة الـ 18 باطراد بين عامي 2000 و2015 (الأمم المتحدة، 2019). وترتفع نسبة المهاجرين بشكل خاص في بلدان مجلس التعاون الخليجي، ومعظمهم عمال من جنوب آسيا وجنوب شرق آسيا. وباتت المنطقة، منذ عام 2016، تضم أيضاً أكبر عدد من اللاجئين والنازحين

في جميع أنحاء العالم، إذ تستضيف ثلاثة بلدان، وهي الأردن ودولة فلسطين ولبنان، أكثر من مليون لاجئ على أراضي كلٍّ منها (المفوضية، 2017، الأونروا 2017).

لقد ابتعدت بلدان المنطقة بمعظمها عن تقليد الأسرة المعيشية الممتدة إلى الأسرة النوواة. وحسب البيانات الأخيرة، يتراوح متوسط حجم الأسرة المعيشية من أسرة كبيرة تتكون من 7 أشخاص تقريباً في عُمان واليمن إلى أسرة تتكون من حوالي 4 أشخاص في تونس ولبنان ومصر. أما عدد الأسر المعيشية التي ترأسها امرأة فهو متدنٍ بشكل عام في المنطقة باستثناء موريتانيا، حيث ترأس النساء أكثر من ثلث الأسر المعيشية.

ارتفع عدد حالات الزواج المسجلة وحالات الطلاق في السنوات الأخيرة في جميع أنحاء المنطقة، باستثناء الجمهورية العربية السورية حيث انخفضت حالات الزواج المسجلة انخفاضاً حاداً منذ العام 2009، بسبب النزاع الطويل هناك. وفي العراق وموريتانيا والسودان، تتجاوز نسبة الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة وسبق لهن الزواج 20 في المائة. ولم يعد تعدد الزوجات شائعاً في المنطقة باستثناء السودان، حيث 20 في المائة من النساء متزوجات من رجال لديهم زوجة ثانية أو أكثر. وبشكل عام، معظم النساء يحملن بعد فترة قصيرة من الزواج، وقلة قليلة من اللواتي تبلغ أعمارهن بين 45 و49 سنة لم ينجبن.

وتُظهر آخر البيانات المتوفرة أن أكثر من 60 في المائة من الأسر المعيشية في معظم بلدان المنطقة تمتلك المنازل التي تعيش فيها، باستثناء دول مجلس التعاون الخليجي. ويُعزى تدني معدل ملكية المساكن في هذه البلدان إلى الأعداد الكبيرة من غير المواطنين الذين يعيشون هناك. في البلدان التي تكثر فيها المناطق الحضرية، مثل الأردن ودولة فلسطين وقطر والكويت، الشقق السكنية هي الأكثر شيوعاً في المدن وضواحيها، في حين تنتشر المنازل المنفردة والفيلات في المناطق الريفية.

يتفاوت توفر مصادر مياه الشرب المحسنة بين بلد وآخر، وهي عموماً أكثر في المدن منها في المناطق الريفية. ودولة فلسطين هي الاستثناء الوحيد، إذ يستخدم أقل من 60 في المائة من الأسر المعيشية في المدن مصدراً محسناً لمياه الشرب مقابل 90 في المائة تقريباً في المناطق الريفية. وفي معظم البلدان، لدى أكثر من 90 في المائة من الأسر المعيشية نفاذ إلى مرافق الصرف الصحي المحسنة والكهرباء، باستثناء السودان وموريتانيا واليمن، حيث تُعدُّ مرافق الصرف الصحي المحسنة والكهرباء نادرة خصوصاً في المناطق الريفية.

لقد تحسنت الصحة الإنجابية وصحة الأمهات تحسناً ملحوظاً في المنطقة، لكن لا تزال هناك تفاوتات. يتراوح استخدام وسائل منع الحمل من حوالي 60 في المائة في مصر وتونس إلى أقل من 20 في المائة في موريتانيا والسودان. وتُظهر آخر البيانات أن معظم الحوامل في المنطقة يتلقين 4 زيارات على الأقل قبل الولادة، ومعظم الولادات تتم في مرافق صحية بحضور أخصائي صحي متمرس. غير أن المعدلات التي تبينها النتائج متفاوتة، ففي اليمن في عام 2013، بلغت نسبة الولادات التي تمت بحضور أخصائي صحي متمرس أقل من 50 في المائة، ولم تتلقَ إلا ربع الحوامل 4 زيارات أو أكثر قبل الولادة. وعلى الرغم من توفر رعاية الوالدين في المنطقة على مدى العقد الأخير، فقد شهدت تراجعاً في العراق بين عامي 2011 و2017. وتشير آخر التقديرات إلى أن معدلات وفيات الأمهات، ورغم بعض الانخفاض، لا تزال مرتفعة جداً في موريتانيا (تقريباً 600 حالة لكل 100,000 ولادة)، وإلى حد أقل في السودان واليمن (حوالي 200 و150 حالة لكل 100,000 ولادة على التوالي).

معدلات تحصين الأطفال مرتفعة في معظم البلدان. ففي السنوات الأخيرة، تلقى جميع الأطفال تقريباً في الأردن والبحرين وتونس وعُمان ودولة فلسطين وقطر والكويت ومصر والمملكة العربية السعودية لقاحات ضد

الدفتريا والكزاز والسعال الديكي (DPT)، والحصبة والسل (المعروف باسم BCG) وشلل الأطفال. ومعدل تحصين الأطفال في السودان وموريتانيا واليمن، مع أنه مرتفع، إلا أنه الأدنى في المنطقة. كما أن الوضع الغذائي للأطفال سيء جداً في هذه البلدان الثلاثة، فيعاني أكثر من 25 في المائة من الفتيان والفتيات من التقرُّم.

البدانة شائعة بين البالغين لا سيما بين النساء، ووصلت إلى أعلى معدلاتها في الأردن، وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية، حيث يعاني أكثر من 40 في المائة من النساء من البدانة. وارتفع نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بشكل ملحوظ في بلدان مجلس التعاون الخليجي بين عامي 2010 و2015، وارتفع بأكثر من 50 في المائة في البحرين والمملكة العربية السعودية. وسجلت جميع البلدان الأخرى زيادات ولكن بنسب أقل، باستثناء لبنان الذي تراجع فيه نصيب الفرد من الإنفاق الصحي بحوالي 10 في المائة بين عامي 2010 و2015. ويتفاوت عدد السكان إزاء العاملين في مجال الصحة بشكل كبير بين بلدان المنطقة، من حوالي 300 طبيب لكل 100,000 شخص في قطر إلى حوالي 100 في العراق و30 في اليمن.

شهدت المنطقة توسعاً هائلاً في التعليم في العقود الأخيرة. فقراءة 99 في المائة من الشباب في دولة فلسطين وعمان والكويت والمملكة العربية السعودية ملمون بالقراءة والكتابة. وأدنى نسبة إلمام بالقراءة والكتابة بين الشباب هي في موريتانيا إذ تبلغ 70 في المائة تقريباً. معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي مرتفع نسبياً، وتزايد في بلدان الدخل المنخفض، أي السودان وموريتانيا واليمن. وفي السنوات الأخيرة. تقلصت بشكل ملحوظ الفجوة بين الجنسين في معدل الالتحاق الصافي في بعض البلدان (في العراق والمغرب مثلاً). معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي أدنى مما في التعليم الابتدائي، ورغم أن الفجوة بين الجنسين في معدل الالتحاق الصافي بالتعليم الثانوي تقلص في العراق مع مرور الوقت، فهي في تزايد في دولة فلسطين. وفي قطر والكويت الفارق بين معدلات الالتحاق بالتعليم الابتدائي والثانوي هو 5 نقاط مئوية تقريباً، ولكنه يزيد على 40 نقطة مئوية في اليمن. كما تلاحظ فوارق كبيرة بين البلدان في نسب التلاميذ إلى المعلمين في مرحلتي التعليم الابتدائية والثانوية، وهي مرتفعة بشكل خاص في اليمن، حيث تزايدت كثيراً منذ عام 2013.

المشاركة في القوى العاملة متدنية في المنطقة، ويعود ذلك بشكل أساسي إلى تدني معدلات مشاركة النساء. وقد تبين في معظم البلدان التي تتوفر بيانات حديثة عنها أن معدلات مشاركة النساء في القوى العاملة أقل من نصف معدلات مشاركة الرجال. والإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر والكويت هي البلدان الوحيدة التي تزيد فيها معدلات مشاركة المرأة في القوى العاملة عن 30 في المائة. ونتجت زيادة مشاركة القوى العاملة في هذه البلدان عن زيادة مشاركة المرأة، وعبدا عن ذلك تبقى زيادات المشاركة في القوى العاملة في المنطقة ضئيلة.

تُظهر البيانات الحديثة أن نسبة البطالة في معظم البلدان عدا بلدان مجلس التعاون الخليجي تزيد عن 10 في المائة. واستمرت دولة فلسطين في تسجيل أعلى معدلات للبطالة في المنطقة، بمعدلات تتجاوز 25 في المائة منذ عام 2014، والبطالة بين النساء هي دائماً أعلى منها بين الرجال. كما أنها مرتفعة بين الشباب، إذ تتجاوز 20 في المائة في معظم بلدان المنطقة.

العمالة في الزراعة متدنية جداً في بلدان مجلس التعاون الخليجي، وقد تراجعت في دولة فلسطين بسبب استمرار انخفاض عدد النساء العاملات في الزراعة منذ عام 2007. ومعظم العاملين يتقاضون رواتب، لا سيما في بلدان مجلس التعاون الخليجي.

والنفقات كبير بين جميع بلدان المنطقة في نسب السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر الوطني، فنتراوح النسب بين أقل من 15 في المائة في الأردن إلى ما يقرب من 50 في المائة في اليمن. واستمرت معدلات الفقر

بالانخفاض في موريتانيا وتونس منذ العام 2000، وذلك بحوالي 20 و10 نقاط مئوية على التوالي. ولدى معظم البلدان مستويات من اللامساواة متدنية إلى معتدلة نسبياً.

يستأثر كلٌّ من التعليم والصحة بأصغر حصة من الإنفاق الاستهلاكي في المنطقة. وتستأثر الأغذية والمشروبات غير الكحولية في الأردن ودولة فلسطين بأكبر حصة من إجمالي الإنفاق الاستهلاكي، وأما في الكويت ولبنان فيستأثر الإسكان والمياه والكهرباء والغاز وأنواع الوقود الأخرى بالحصة الأكبر من الإنفاق.

الغالبية العظمى من البالغين في المنطقة متدينون. وأدى نسبة تدينٍ من بين البلدان التي تتوفر عنها بيانات حديثة هي في لبنان إذ بلغت 80 في المائة تقريباً. والنساء في المنطقة أكثر تديناً من الرجال إجمالاً. وفي تونس يبلغ الفارق بين الجنسين في مستوى التدين 20 نقطة مئوية.

ونسبة الذين يثقون في الآخرين في المنطقة متدنية، وأعلى نسبة من البالغين الذين يعتقدون أن معظم الأشخاص أهل للثقة هي في اليمن، وتبلغ 40 في المائة تقريباً.

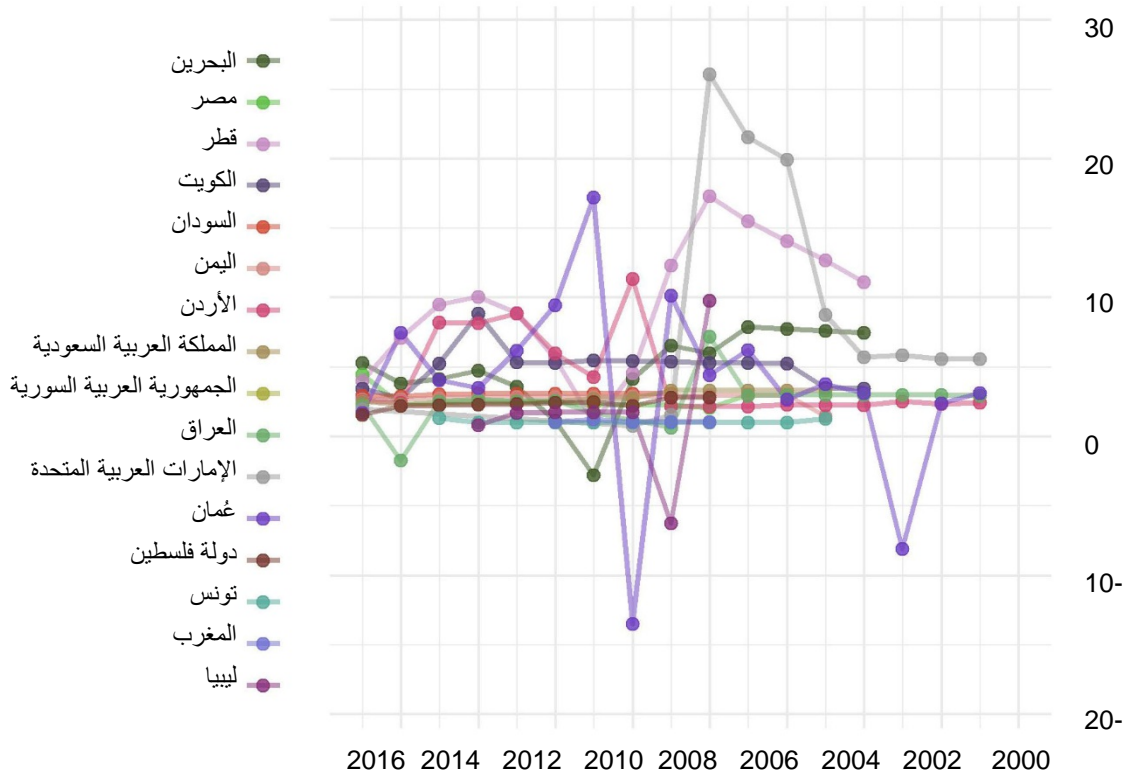
أما فيما يتعلق بالمشاركة في المنظمات المدنية، فهي منخفضة في كافة البلدان التي تتوفر عنها بيانات حديثة. فأقل من 20 في المائة من السكان هم أعضاء نشطون في المنظمات الرياضية أو الترفيهية، وفي معظم البلدان النسبة أقل من 10 في المائة للنساء. لقد تزايد استخدام الإنترنت خلال العقد الماضي، لا سيما في بلدان مجلس التعاون الخليجي. وأفاد كل من البحرين وعمان والمملكة العربية السعودية في عام 2016 بأن عدد مستخدمي الإنترنت كان أكثر من أربعة أضعافه في عام 2005.

الدول الأعضاء في الإسكوا

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

تتسم المنطقة العربية بتفاوت الأوضاع الديمغرافية بين بلدانها، حيث بلغت البلدان فيها مراحل مختلفة من التحول الديمغرافي. يعود ذلك إلى مجموعة واسعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية الخاصة بكل بلد (Tabutin and Schoumaker 2012) بالإضافة إلى التحركات السكانية بين بلدان المنطقة وإلى خارجها. وتختلف بلدان المنطقة في الوقت الراهن بشكل ملحوظ من حيث حجم السكان، وتوزيعهم حسب العمر والجنس، ومعدلات النمو السكاني وتركيبية السكان. ويعود هذا الاختلاف إلى سرعة التغير في ثلاثة مكونات رئيسية للتغير الديمغرافي، وهي الخصوبة والوفيات والهجرة الدولية (التي تشمل هجرة القوى العاملة والنزوح السكاني بسبب النزاعات). والبيانات الموثوقة عن حجم السكان وتركيباتهم، وعن مكونات التغير السكاني ضرورية لفهم الجوانب المختلفة للتوجهات الاجتماعية والاقتصادية، التي تسهم في رسم السياسات العامة على المستوى الوطني، كما أن هذه البيانات مهمة لقياس الأداء إزاء أهداف التنمية المستدامة المتفق عليها دولياً. واستناداً إلى البيانات المستمدة بشكل أساسي من الأجهزة الإحصائية الوطنية، يصف هذا الجزء الاتجاهات الديمغرافية في مختلف البلدان العربية التي تتوفر عنها بيانات رسمية، كما يصف التغيرات في حجم السكان وهيكلتهم، والعوامل الثلاثة للتغير الديمغرافي (الخصوبة والوفيات والهجرة). وفهم التغير الديمغرافي أمر بالغ الأهمية من منظور السياسات، لأنه يؤثر على كافة أوجه الحياة تقريباً، وله آثار مهمة على سوق العمل والنمو الاقتصادي وإمكانات توفر فرص العمل واحتياجات الإسكان والطلب على التعليم والصحة والخدمات الاجتماعية في أي بلد.

الشكل 1-1 معدل النمو السكاني السنوي، بالنسبة المئوية، في الفترة 2000-2017

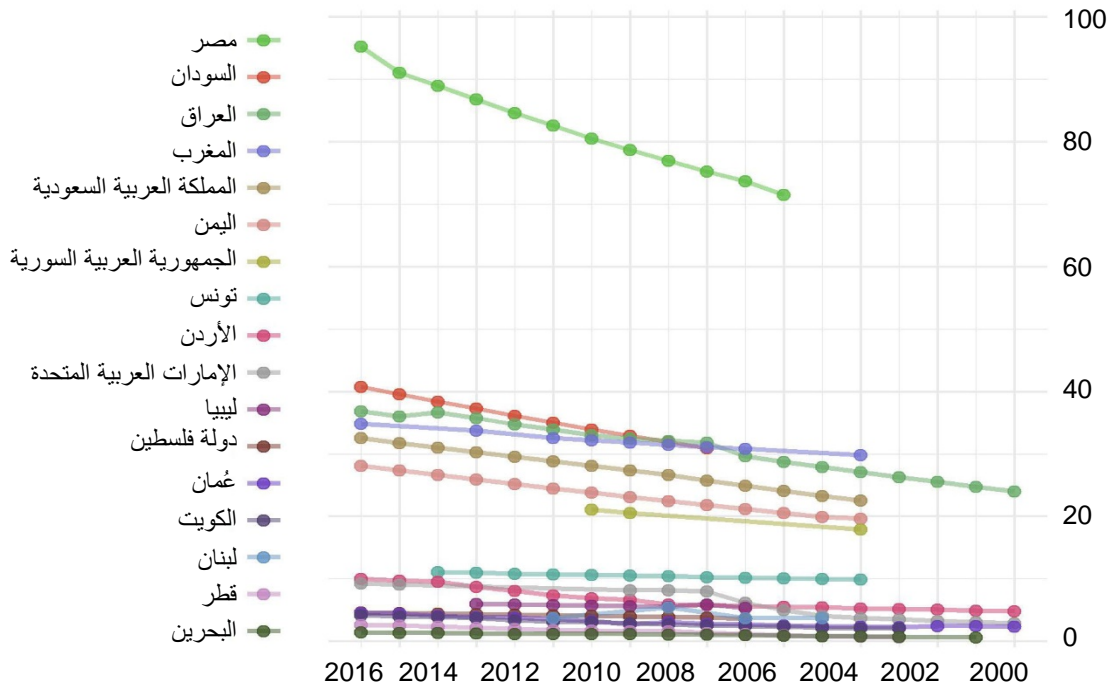


المصدر: بيانات من المكاتب الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

النمو السكاني في ازدياد

يبدو أن التحول الديمغرافي في المنطقة العربية يتبع نمط الانخفاض السريع في معدل الوفيات الذي يعقبه انخفاض بطيء في معدل الخصوبة. لقد بدأ انخفاض معدل الوفيات في الستينيات، وبعد عقدين تقريباً، بدأ معدل الخصوبة في الانخفاض في العديد من بلدان المنطقة (Rashad, 2000). وأدى التفاوت في سرعة التحول بين البلدان، مع أنماط فريدة في الهجرة، تشمل الهجرة الجماعية للقوى العاملة والنزوح القسري للسكان، إلى نوع من الاستقطاب في الملامح الديمغرافية، وإلى فوارق كبيرة في معدلات النمو السكاني بين بلد وآخر، فلدَى بلدان في المنطقة أدنى معدلات النمو السكاني في العالم، في حين لدى أخرى أعلى المعدلات.

الشكل 1-2 أعداد السكان، بالملايين 2017-2000



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

وفقاً لتقديرات الأمم المتحدة، يتجاوز معدل النمو السكاني في المنطقة العربية، البالغ حوالي 1.6 في المائة سنوياً، المتوسط العالمي بكثير (United Nations, 2019). وعلى هذا المعدل، يتوقع أن يتضاعف عدد سكان المنطقة في غضون 35 عاماً تقريباً. غير أن تقديرات عدد السكان للفترة ما بين 2000-2017، المأخوذة من 16 جهازاً إحصائياً وطنياً في المنطقة، تكشف عن فروق كبيرة بين معدلات النمو السكاني في بلدان المنطقة (الشكل 1-1). فتظهر، مثلاً، بيانات الفترة 2015-2017 أن معدلات النمو تتراوح بين 1.3 في المائة في تونس وحوالي 10.1 في المائة في قطر (2014). تشير أحدث التقديرات، وهي لعام 2017، إلى أن البحرين لديها أعلى معدل للنمو السكاني، بنسبة 5.3 في المائة. بشكل عام، تتوزع بلدان المنطقة على ثلاث مجموعات ديمغرافية مختلفة. تضم المجموعة الأولى بلداناً لديها معدلات نمو سكاني مرتفعة نسبياً (حوالي 3 في المائة أو أكثر سنوياً) ومن بينها بعض بلدان مجلس التعاون الخليجي. وتضم المجموعة الثانية بلداناً تشهد تحولاً ديمغرافياً مستمراً ومعدلات نمو تتراوح بين 2.5 و2.9 في المائة سنوياً (مثل الأردن والسودان ومصر). أما المجموعة الثالثة فتضم

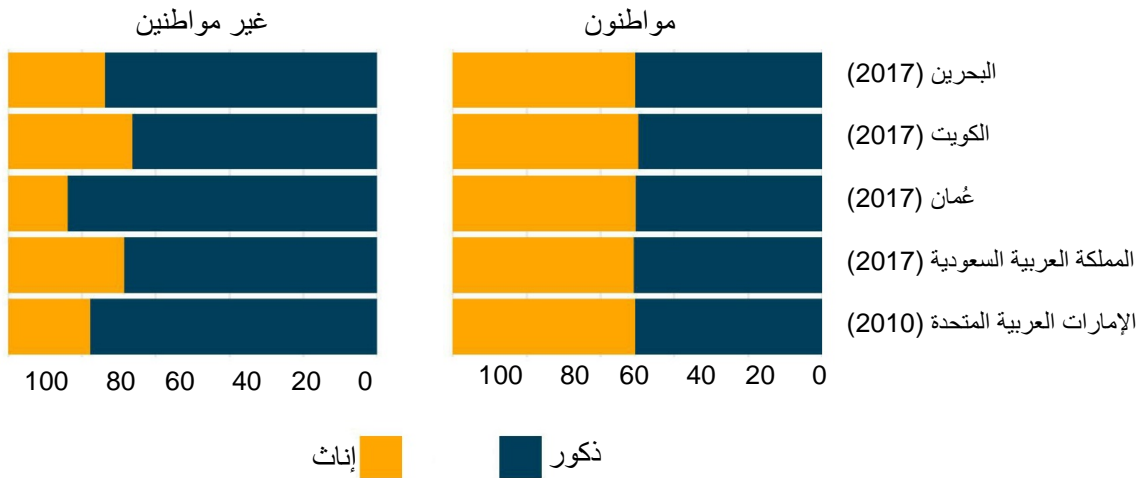
بلداناً بلغت مرحلة انتقالية متقدمة، ولديها معدلات نمو منخفضة نسبياً (تونس ولبنان والمغرب). وفي بلدان مجلس التعاون الخليجي، سجلت اتجاهات النمو تقلبات واسعة بسبب التغيرات في صافي الهجرة الدولية. وباستثناء حالات قليلة، لم يلاحظ اتجاه نحو الهبوط في النمو السكاني في المنطقة ككل. ورغم أن معدلات النمو السكاني كانت آخذة بالانخفاض في المنطقة ككل، إلا أنها ستبقى مرتفعة خلال العقود المقبلة.

مجتمعات فنية بشكل عام

يبين الشكل 1-2 التقديرات السكانية الراهنة لـ 16 بلداً خلال الفترة 2000-2017، ويشير إلى تفاوت كبير في حجم السكان بين البلدان، إذ تراوح في عام 2017 بين 95 مليون نسمة في مصر وحوالي 1.5 مليون في البحرين. لم تعد الإحصاءات تعكس الوضع الحالي في بعض البلدان (مثل الجمهورية العربية السورية والعراق وليبيا واليمن) نظراً إلى حركات النزوح الضخمة الناجمة عن النزاعات المستمرة. فحسب تعداد السكان في الأردن لعام 2015، يبلغ عدد السكان 9.5 مليون، أي أكثر بمليونين تقريباً من تقديرات الأمم المتحدة السابقة لعدد السكان. ويعود ذلك بشكل أساسي إلى تدفق اللاجئين من الجمهورية العربية السورية. هذا، وتتأثر هذه التقديرات بالارتفاع النسبي لأعداد السكان العمال المهاجرين غير المواطنين، لا سيما في بلدان مجلس التعاون الخليجي.

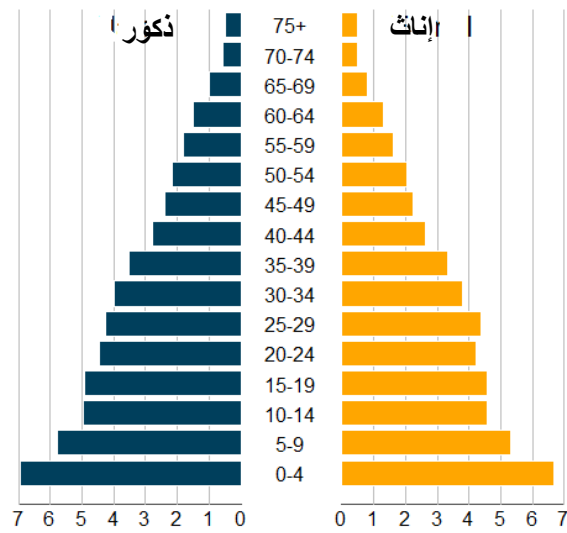
تُظهر البيانات أن خمسة من بلدان مجلس التعاون الخليجي تضم أعداداً كبيرة من المهاجرين؛ وفي ثلاثة منها، (الإمارات العربية المتحدة وقطر والكويت)، يلاحظ أن عدد غير المواطنين أعلى من عدد المواطنين. يبين الشكل 1-3 توزيع السكان حسب الجنس لبلدان مختارة. ويتضح من الشكل أيضاً أن ثمة عدد غير متناسب من الرجال بين غير المواطنين في البلدان الخمسة كلها. والواقع أن 70 في المائة أو أكثر من غير المواطنين في بلدان مجلس التعاون الخليجي هم رجال. ومن النتائج المفاجئة الخلل في توزيع السكان حسب الجنس في الأردن، حيث سجل 112 رجلاً لكل 100 امرأة في عام 2017. لذلك، يؤثر وجود غير المواطنين تأثيراً كبيراً على تركيبة السكان من حيث الجنس والعمر في كل بلد من بلدان مجلس التعاون الخليجي، وفي الأردن أيضاً. وهذا التباين في تركيبة السكان من حيث العمر والجنس يزداد وضوحاً في الهرم العمري للسكان. يوضح الشكل 1-4 والشكل 1-5 الهرم العمري لسكان مصر، وهي بلد ينخفض فيه نسبياً عدد العمال المهاجرين، مقارنة بالمملكة العربية السعودية التي فيها عدد كبير من العمال المهاجرين.

الشكل 1-3 المواطنون وغير المواطنين حسب الجنس في بلدان مجلس التعاون الخليجي وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة



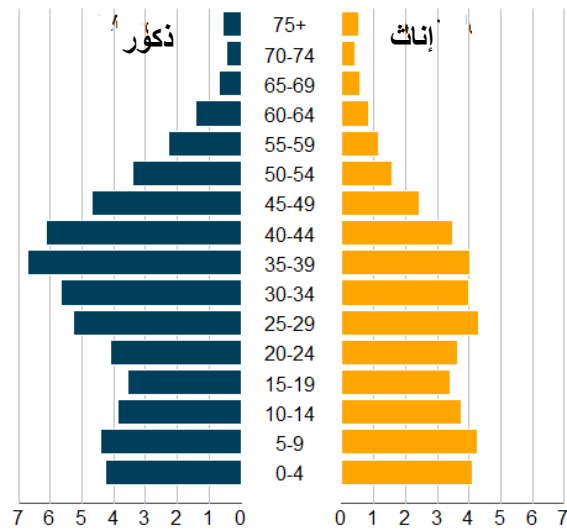
المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

الشكل 1-4 الهرم السكاني لمصر بالنسبة المئوية، تقديرات عام 2017



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

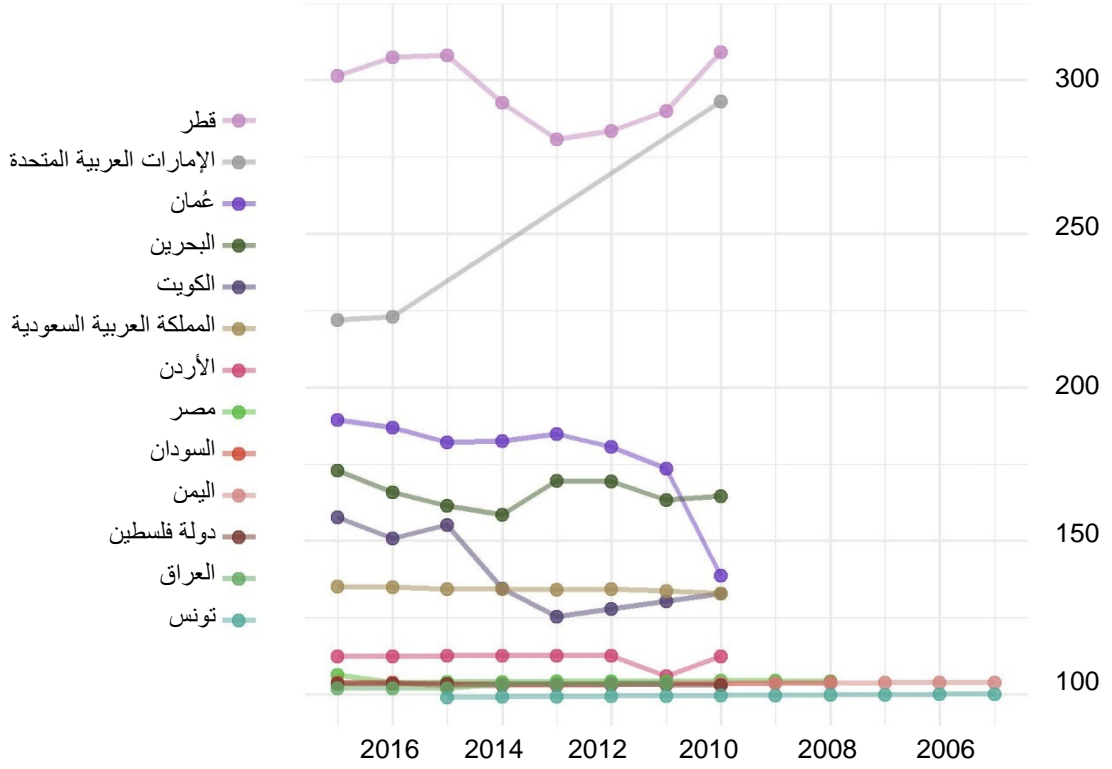
الشكل 1-5 الهرم السكاني في المملكة العربية السعودية، بالنسبة المئوية، تقديرات عام 2017



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

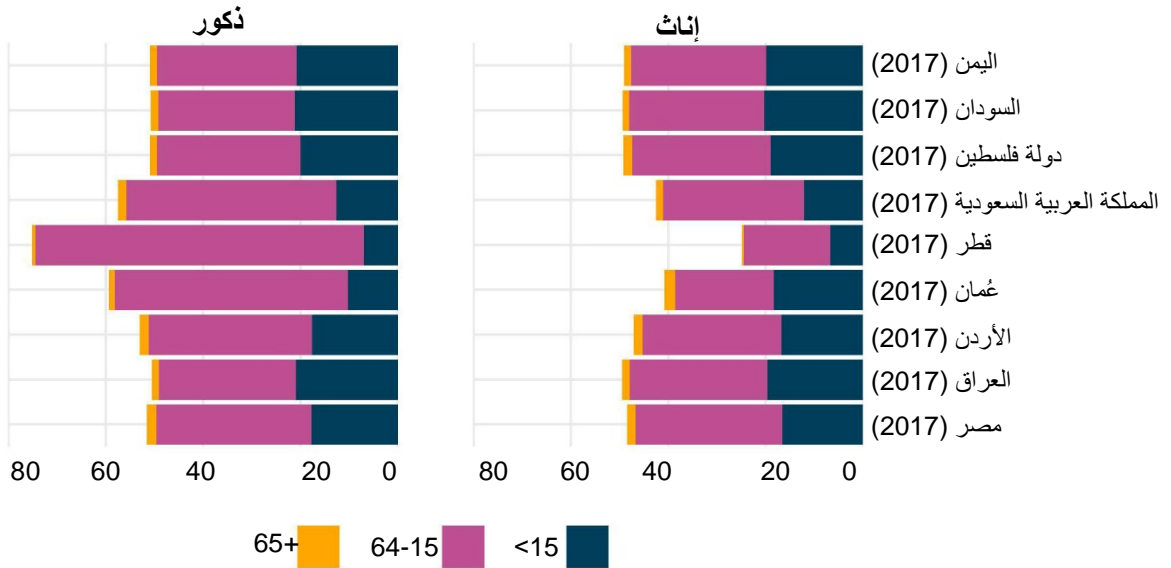
ونتيجة لهجرة العمل، تُظهر نسب الجنسين من مجموع السكان في جميع بلدان مجلس التعاون الخليجي تبايناً كبيراً. فمثلاً، كان هناك 302 رجلاً لكل 100 امرأة في قطر، و189 رجلاً لكل 100 امرأة في عُمان في عام 2017 (الشكل 1-6).

الشكل 1-6 نسبة الذكور إلى الإناث، 2005-2017 (لكل 100 أنثى)



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

الشكل 1-7 السكان حسب الفئة العمرية والجنس، وفقاً لأحدث التقديرات السكانية والتعدادات السكانية



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

وفقاً لتقديرات الأمم المتحدة، سكان المنطقة العربية بشكل عام صغار السن، إذ لا يتجاوز متوسط العمر 22 عاماً فقط مقارنة بمتوسط عالمي يبلغ 28.5 عاماً (United Nations, 2019). ومع ذلك، كما هو مبين في الشكل 1-7، هناك تفاوت كبير في التوزيع العمري بين بلدان المنطقة بسبب التغيرات الديمغرافية المتفاوتة وتجمعات العمال المهاجرين في بعض البلدان. في عام 2017، تراوحت نسبة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 عاماً من نسبة منخفضة تبلغ 14 في المائة في قطر إلى مرتفعة بلغت 41 في المائة في العراق والسودان واليمن. في المقابل، بلغت نسبة السكان في سن العمل في قطر 85 في المائة مقارنة بـ 57 في المائة في اليمن و56 في المائة في العراق والسودان. وتُظهر البيانات المتوفرة أن نسب المسنين في كل بلد لا تزال صغيرة وتصل إلى أقل من 4 في المائة من مجموع السكان. وأخيراً، تشير البيانات بوضوح إلى أن سبب الخلل في توزيع تركيبة السكان حسب الجنس في بلدان مجلس التعاون الخليجي يعود للهجرة المرتبطة بالعمل، حيث حصة الذكور في سن العمل للفئة العمرية 15-64 سنة، أكبر بكثير من حصة نظرائهم من الإناث.

انخفاض سريع في معدلات الخصوبة، وثباتها أو ارتفاعها مؤخراً في عدد قليل من البلدان

شهدت بلدان عديدة في المنطقة انخفاضاً سريعاً، وإن كان متأخراً، في معدلات الخصوبة الكلية على مدى العقود القليلة الماضية. لكن سرعة هذا الانخفاض تفاوتت تفاوتاً كبيراً بين بلد وآخر. فسجلت بعض البلدان انخفاضاً طفيفاً، أو لم تسجل أي انخفاض خلال العقد الأخير، وسُجل ارتفاع طفيف في الآونة الأخيرة في بلدان أخرى (كتونس والعراق ومصر وموريتانيا). نتيجة لذلك، تُظهر التقديرات الحالية لإجمالي معدلات الخصوبة تفاوتاً ملحوظاً بين بلد وآخر في المنطقة.

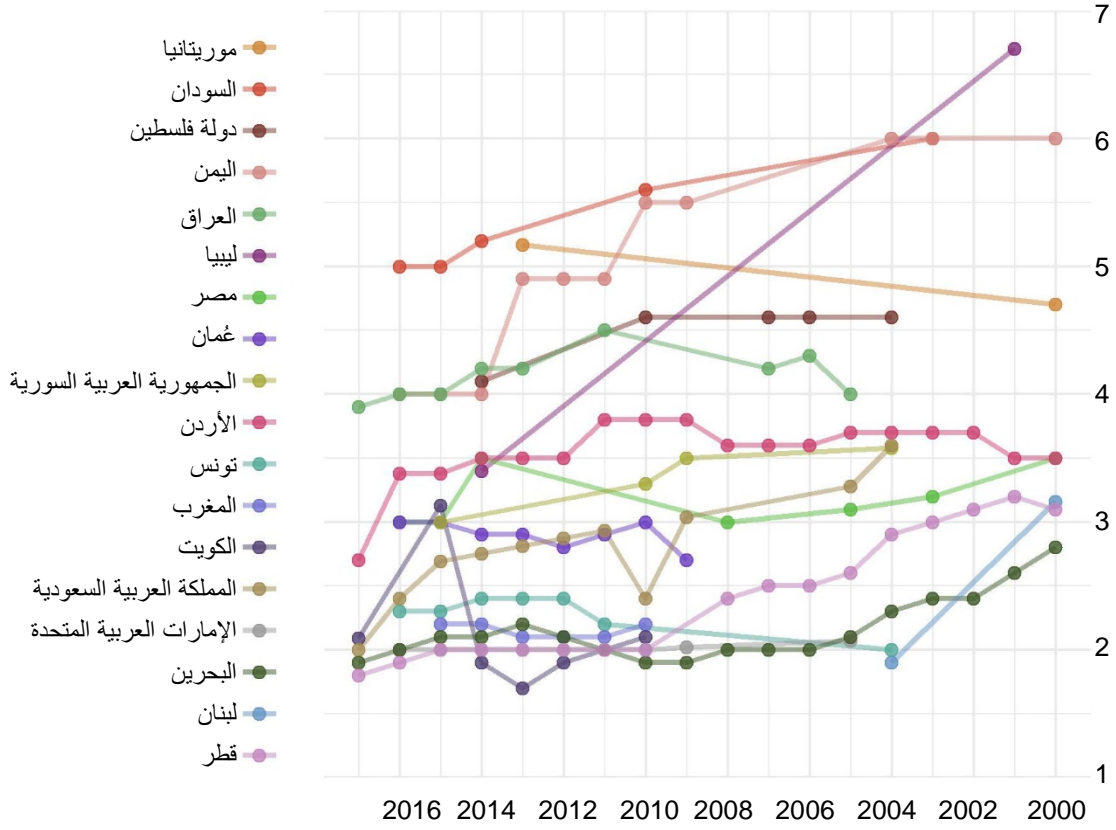
تفاوتت تقديرات الخصوبة الكلية كثيراً منذ عام 2000، من معدل أدنى من مستوى الإحلال أو ما يقاربه في الإمارات العربية المتحدة والبحرين وتونس ولبنان والمغرب إلى أكثر من 5 أطفال لكل امرأة في موريتانيا. من الجدير بالذكر أن الأرقام المُبلّغ عنها لبلدان مجلس التعاون الخليجي تشير إلى السكان ككل، بمن فيهم غير المواطنين، وبالتالي فهي تنحو إلى الانخفاض نسبياً. يتجاوز المعدل الإجمالي للخصوبة المقدر في مجموعة البلدان هذه، باستثناء البحرين، 3 أطفال لكل امرأة بين المواطنين.

يميل معدل الخصوبة إلى الانخفاض مع مرور الوقت في جميع بلدان العالم تقريباً. وفق التقديرات الأخيرة لإجمالي الخصوبة، تُظهر اتجاهات الخصوبة (عدد الأطفال لكل امرأة) في 18 دولة عربية (الشكل 1-8) صورة غير متجانسة في المنطقة، فانخفاض سريع في بعض البلدان، وانخفاض بطيء أو ثبات في بلدان أخرى، وزيادة طفيفة في بلدان قليلة. تظهر سبعة بلدان انخفاضاً سريعاً بحوالي 2 في المائة سنوياً، وتُظهر أربعة بلدان، هي السودان وعمان ودولة فلسطين والكويت، انخفاضاً بطيئاً يبلغ حوالي 1 في المائة أو أقل سنوياً. ومن النتائج المفاجئة أن بعض البلدان سجلت ثباتاً أو حتى زيادة طفيفة في الخصوبة، مثل تونس والعراق ومصر وموريتانيا. بعد استقرار معدل الخصوبة نسبياً لعدة سنوات في الأردن (2000-2012)، شهد انخفاضاً طفيفاً، من 3.7 طفل لكل امرأة في عام 2002 إلى 3.5 طفل لكل امرأة في عام 2012، ثم إلى 3.4 طفل لكل امرأة في عام 2016. تشير نتائج مسح السكان والصحة الأسرية في عام 2017 في الأردن إلى انخفاض كبير، من 3.5 طفل لكل امرأة خلال الفترة 2010-2015 إلى 2.7 خلال الفترة 2013-2017. وكذلك، وبعد ثباتٍ طويل في معدل الخصوبة، أظهرت التقديرات الأخيرة في مصر ارتفاعاً من 3 أطفال لكل امرأة في عام 2008 إلى 3.5 طفل لكل امرأة في عام 2014، وهو المعدل نفسه لعام 2000.

تجدر الإشارة إلى أن اتجاهات الخصوبة في بلدان مجلس التعاون الخليجي تعكس إلى حد كبير الهجرة وليس التغيير الفعلي في معدل الخصوبة. فالخصوبة أعلى بكثير بين النساء المواطنات مقارنة بغير المواطنات،

ولا تظهر اتجاهات الخصوبة بالنسبة للسكان المواطنين تعبيراً يذكر منذ عام 2000. تشير التغيرات في الخصوبة حسب العمر إلى أن الارتفاع كان ملحوظاً في جميع الفئات العمرية تقريباً، ويزداد الارتفاع بصورة خاصة بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 و24 عاماً. تزامنت هذه الزيادة مع النزاعات الأخيرة في المنطقة، وقد يعود الارتفاع إلى تزايد الزيجات، أو زيادة الرغبة في إنجاب الأطفال، أو كليهما.

الشكل 8-1 إجمالي معدلات الخصوبة (عدد المواليد لكل 1,000 امرأة)، الفئة العمرية 15-49 سنة



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

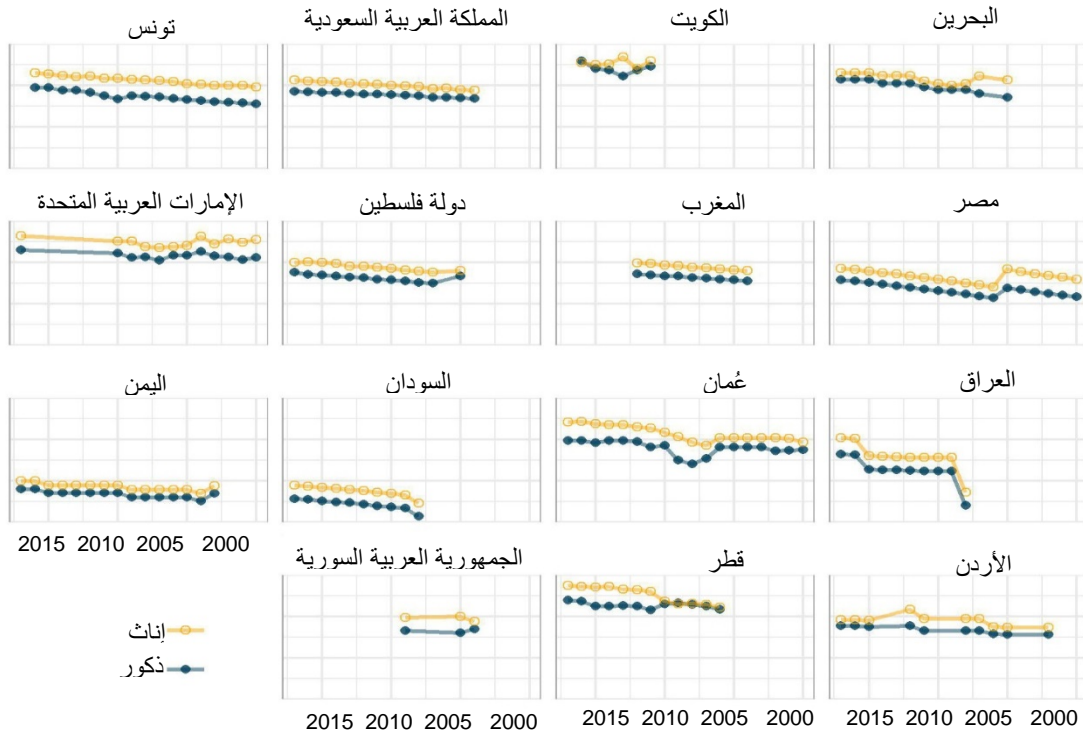
زيادة بسيطة في متوسط العمر المتوقع عند الولادة لدى الإناث

شهدت المنطقة العربية، على مدى العقود القليلة الماضية، تحسناً ملحوظاً في صحة السكان. وفقاً لتقديرات الأمم المتحدة، ازداد العمر المتوقع عند الولادة بنحو 20 عاماً منذ الستينيات (United Nations, 2019). إلا أن هذا التحسن لا تتساوى فيه جميع بلدان المنطقة، فلا تزال البلدان الفقيرة تشهد ارتفاعاً نسبياً في معدلات الوفيات أو تدنياً في متوسط العمر المتوقع عند الولادة. كما أن الفوارق بين الجنسين في الحالة الصحية لا تزال قائمة في العديد من البلدان.

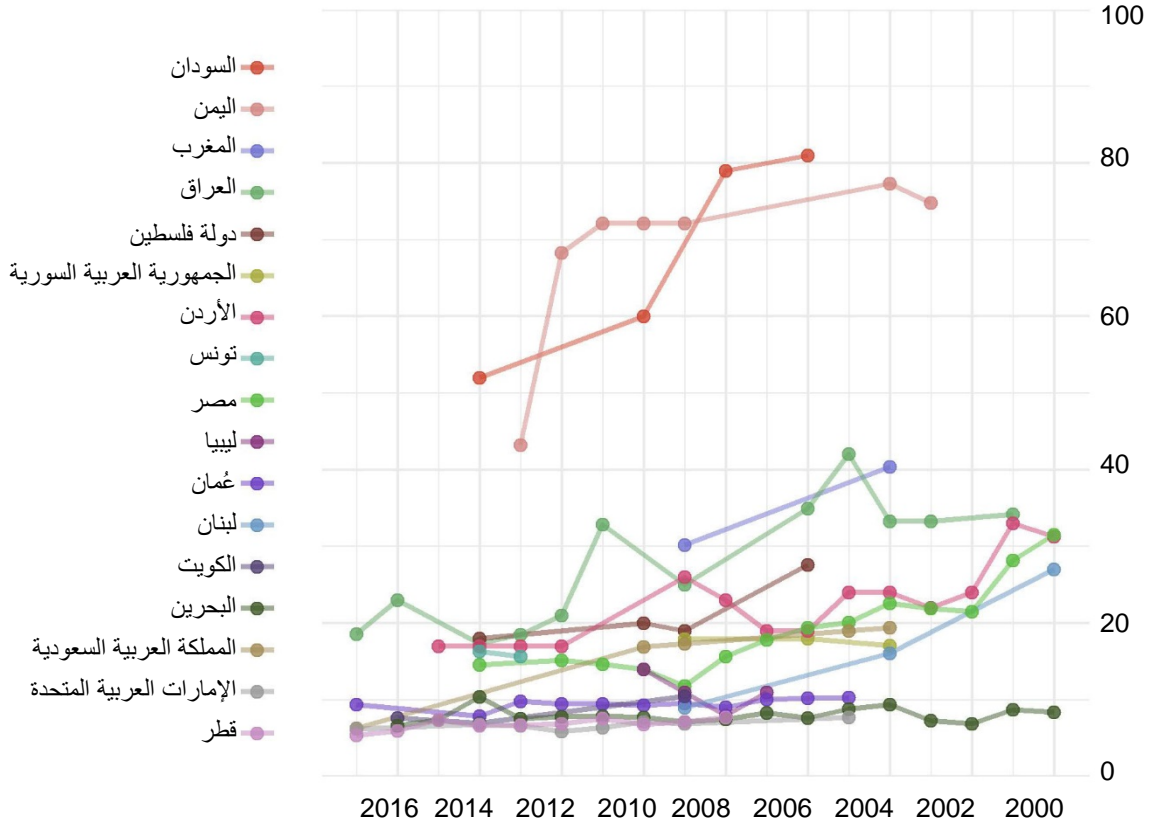
تتوفر اتجاهات عن متوسط العمر المتوقع لدى الولادة في 13 بلداً في المنطقة. وكما هو مبين في الشكل 9-1، ارتفعت تقديرات العمر المتوقع عند الولادة عموماً بمرور الوقت. وكما هو متوقع، فمتوسط العمر المتوقع في البلدان الغنية أعلى منه في البلدان الفقيرة، وأعلى التقديرات هي في بلدان مجلس التعاون الخليجي.

وأعلى متوسط للعمر المتوقع عند الولادة لكل من الرجال والنساء هو في الإمارات العربية المتحدة وقطر. من اللافت أن بعض البلدان المتوسطة الدخل، مثل تونس والمغرب، لديها مستويات تماثل مستويات البلدان الغنية في مجلس التعاون الخليجي. تتراوح تقديرات العمر المتوقع عند الولادة بين 62 عاماً للرجال و64 عاماً للنساء في اليمن في عام 2012، و77 عاماً للرجال و81 عاماً للنساء في قطر في عام 2011. وعلى العموم، يتضح من البيانات أن الفوارق بين الجنسين في العمر المتوقع عند الولادة صغيرة، فلا تتجاوز العامين في ثلاثة بلدان هي الأردن والبحرين واليمن، ما قد يشير إلى حرمان الإناث من فرص البقاء على قيد الحياة بسبب المعاملة التفضيلية بين الجنسين، التي يمكن أن تتمثل في شكل الوصول إلى الرعاية الصحية والتغذية (Coale, 1991). باستخدام نموذج جداول الحياة، قَدَّر Coale عام 1991 أن الفرق في العمر المتوقع عند الولادة ضئيل بين الجنسين، 0.924 للذكور مقابل 0.946 للإناث. قد تدل القيم الأعلى من 0.94 على التمييز، ما يعزز الأدلة العلمية التي تشير إلى أن العمر المتوقع للإناث عندما يكون أقل من الذكور، فقد يكون ذلك بسبب سوء المعاملة. وذلك، مثلاً، من خلال تغذية الفتيان بقدر أكبر من الفتيات أو تلقيهم لعدد أكبر من الزيارات الطبية. وباستثناء قطر، تسجل جميع البلدان التي لديها بيانات عن العمر المتوقع قيمة أعلى من 0.94، ما يشير إلى تفاوت ملحوظ بين الجنسين في طول العمر. غير أن بيانات الاتجاهات من بعض البلدان تشير إلى أن التحسن في العمر المتوقع عند الولادة على مدى العقد الماضي كان أكبر لدى الإناث مما هو لدى الذكور.

الشكل 1-9 العمر المتوقع عند الولادة لإجمالي السكان حسب الجنس للفترة 2000-2017



الشكل 1-10 معدلات وفيات الرضع (لكل 1,000 مولود حي) خلال الفترة 2000-2017



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

يتبين التحسن المستمر في الوضع الصحي أيضاً في انخفاض معدلات وفيات الرضع والأطفال مع مرور الوقت في مختلف بلدان المنطقة (الشكل 1-10). ولكن يبدو أن هذا الانخفاض قد توقف، وليس فقط في البلدان التي ترتفع فيها نسبياً معدلات وفيات الرضع والأطفال (مثل مصر والعراق)، بل وأيضاً في البلدان ذات معدلات الوفيات المنخفضة (أي بلدان مجلس التعاون الخليجي). يرجح أيضاً أن تكون وفيات الرضع في البلدان التي تمر بنزاعات (مثل الجمهورية العربية السورية واليمن) قد بقيت على حالها أو ارتفعت خلال السنوات القليلة الماضية، ولكن لا تتوفر البيانات اللازمة للتأكد من ذلك. تشير التقديرات الأخيرة للأردن (17 حالة وفاة لكل 1000 مولود في العام 2017) ودولة فلسطين (18 حالة وفاة لكل 1000 مولود في العام 2014) إلى وجود انخفاض كبير في معدل وفيات الرضع في السنوات الأخيرة. تتراوح معدلات وفيات الرضع بين 79 وفاة لكل 1000 مولود في السودان في العام 2008 ومعدلات منخفضة للغاية تبلغ 10 أو أقل لكل 1000 مولود في بلدان مجلس التعاون الخليجي.

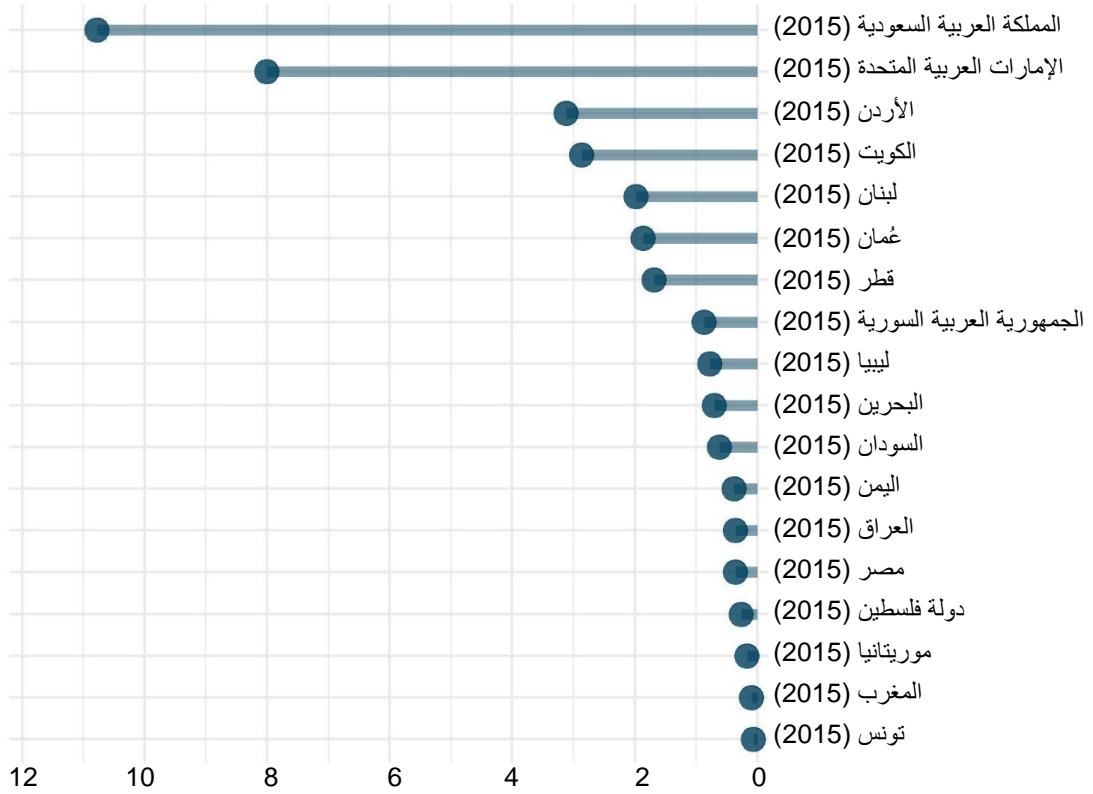
في حين أن الفروق بين الجنسين في معدلات الوفيات هي، على العموم، أصغر من أن تحمل دلالة إحصائية، إلا أنها، وكما هو متوقع، تميل في معظم البلدان إلى صالح الإناث (Coale, 1991). وفي مصر، تُظهر التقديرات الحديثة أن الكفة تميل نحو الذكور. في البلدان حيث تسود المساواة بين الجنسين، كالسويد مثلاً، تبلغ نسبة وفيات الرضع بين الجنسين حوالي 1.20. وفي 6 بلدان فقط من أصل 17 تتوفر عنها بيانات حول معدل وفيات الرضع حسب نوع الجنس، تتجاوز النسبة بين الجنسين 1.2. وقد يشير عدم وجود فوارق بين الجنسين في معدلات وفيات

الرضع في 10 بلدان من أصل 17 إلى تمييز ضد الفتيات، في أبعاد مثل محدودية الوصول إلى الخدمات الصحية أو التغذية (Coale, 1991).

عدد المهاجرين الدوليين يتضاعف تقريباً خلال عقدين من الزمن

قد تُحدث الهجرة الدولية أثراً بالغاً على حجم سكان أي بلد وتركيباتهم من حيث العمر والجنس والظروف الاقتصادية والاجتماعية والصحية. لكن، ورغم أهمية قضية الهجرة الدولية في المنطقة العربية، تبقى البيانات والأدبيات المتاحة حولها قليلة للغاية. وعليه، اعتمد مؤلفو هذا التقرير على القليل المتوفر من البيانات من مصادر دولية للبحث في حجم السكان المهاجرين والنازحين وكذلك حركات صافي الهجرة.

الشكل 1-11 عدد المهاجرين الدوليين، بالملايين 2011

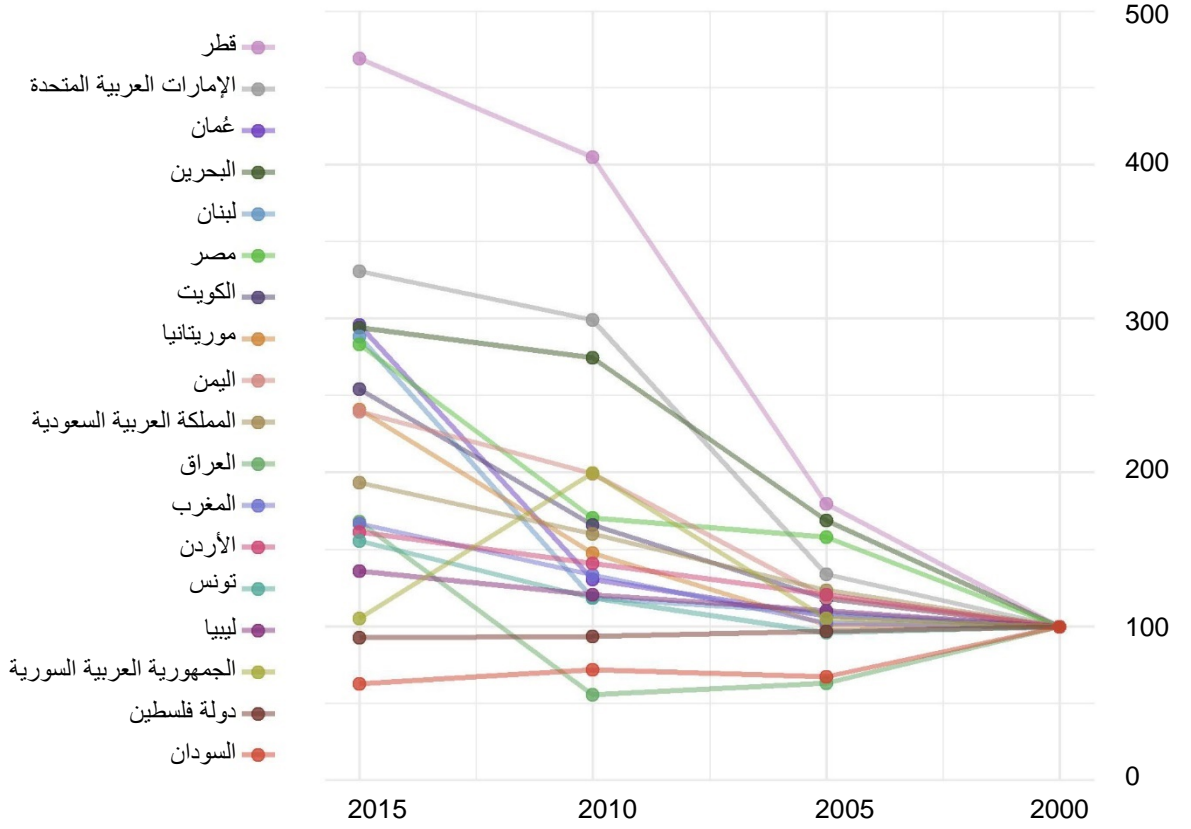


المصدر: الأمم المتحدة 2019.

وأعداد المهاجرين كبيرة نسبياً في معظم بلدان المنطقة. تُظهر بيانات عام 2015 أن الإمارات العربية المتحدة والمملكة العربية السعودية فيهما العدد الأكبر من المهاجرين الدوليين، يليهما الأردن (الشكل 1-11). تصنف 8 بلدان من بين 18 في المنطقة ما لا يقل عن 25 في المائة من سكانها كمهاجرين دوليين. ويشكل المهاجرون الدوليون أكثر من 80 في المائة من السكان في الإمارات العربية المتحدة وأكثر من 40 في المائة في الكويت وقطر والبحرين وعمان. وعدد المهاجرين كبير نسبياً في الأردن ولبنان والمملكة العربية السعودية أيضاً. وتجدر الإشارة إلى أن المهاجرين إلى الأردن، وخلافاً لحال المهاجرين إلى بلدان مجلس التعاون الخليجي، يفدون بشكل أساسي من البلدان العربية المجاورة، وخاصة دولة فلسطين والجمهورية العربية السورية والعراق ومصر.

تشير تقديرات اتجاهات الهجرة الدولية للفترة 1990-2015 إلى زيادة كبيرة في عدد المهاجرين الدوليين في 18 بلداً عربياً. فبلغ عدد المهاجرين الدوليين أكثر من ضعفين في 11 بلداً وأكثر من ثلاثة أضعاف في ستة بلدان هي البحرين والعراق ولبنان وعمان وقطر والإمارات العربية المتحدة (الشكل 1-12). بالنظر إلى البلدان الـ 18 ككل، ارتفع عدد المهاجرين الدوليين بحوالي 260 في المائة منذ العام 1990.

الشكل 1-12 عدد المهاجرين الدوليين في منتصف السنة (بالنسبة المئوية إلى سنة الأساس 2000) خلال الفترة 2000-2015



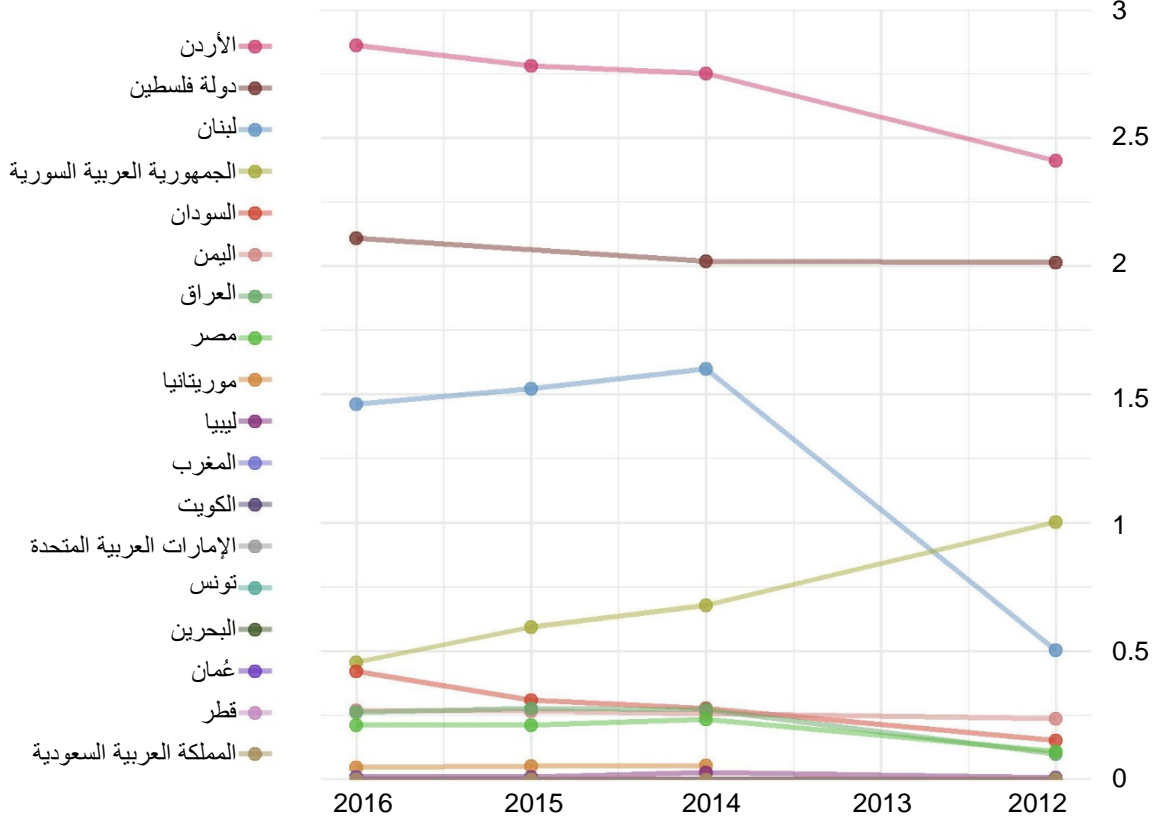
المصدر: الأمم المتحدة 2019.

كانت معدلات الهجرة الصافية المقدرة لكل 1000 شخص خلال الفترة 2010-2015 إيجابية في 8 بلدان من أصل 18. سجلت كل من عمان وقطر أعلى المعدلات الإيجابية حيث بلغت على التوالي 59 و49 مهاجراً لكل ألف نسمة. وعلى العكس من ذلك، سجلت الجمهورية العربية السورية أعلى معدل سلبي حيث بلغ 16 لكل ألف نسمة. وفي حين شهدت هذه المعدلات بعضاً من التقلب بين عامي 1990 و2010، إلا أن الاتجاه استمر في الارتفاع في بلدان مجلس التعاون الخليجي، كالإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر والكويت.

ومن المعروف أن المنطقة العربية لديها أكبر عدد من اللاجئين والنازحين في العالم. واللاجئون الفلسطينيون هم أكبر وأقدم مجموعة من اللاجئين (مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2017، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى، 2017). ويبين الشكل 1-13، أن هناك أكثر من مليون

لاجئ في كلٍّ من الأردن ودولة فلسطين ولبنان. وأعداد اللاجئين في الأردن ولبنان هائلة لدرجة تؤثر على أسواق العمل وعلى قدرة البلدين المضيفين على تأمين خدمات التعليم والرعاية الصحية والاجتماعية الكافية لسكانهما.

الشكل 1-13 السكان اللاجئون حسب البلد المضيف، بالملايين، للفترة 2012-2016



المصدر: مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2017، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى الأونروا، 2017.

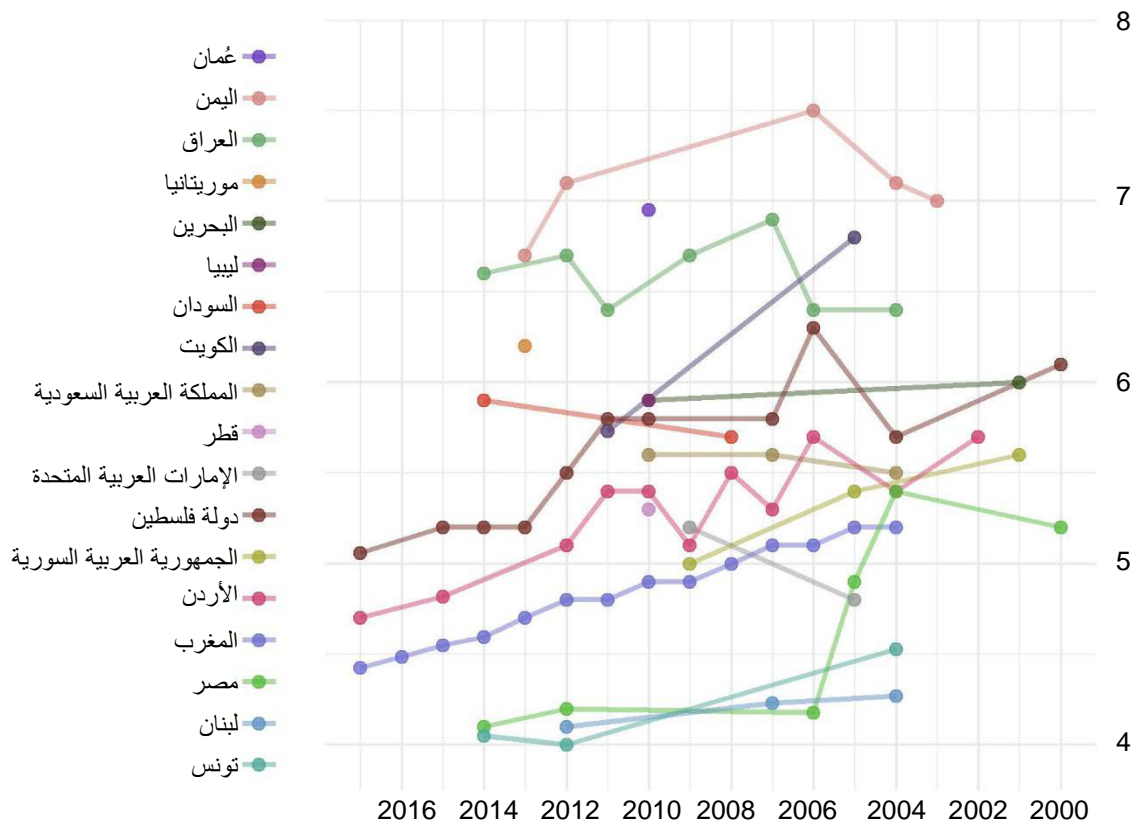
2- الأسر المعيشية وتكوين العائلة

تشكّل تركيبة الأسرة المعيشية نمط عيش أفرادها، وتوفر بعض الدلائل على مستوى رفاههم الاجتماعي والاقتصادي (Deaton, Ruiz-Castillo and Thomas, 1989). وتُعدُّ الأسرة المعيشية، لدى مجموعة واسعة من الناس في جميع أنحاء المنطقة العربية، أنها مؤسسة أساسية في المجتمع (Salehi-Isfahani, 2013). وقد ركزت دراسات مبكرة حول ديناميات الأسر المعيشية في المنطقة العربية على تحول يتسع انتشاره من الأسرة الممتدة إلى الأسرة النواة (Barakat, 1985). وحسب (Khadr and El-Zeini (2003) باتت الأسرة النواة هي الأكثر شيوعاً في المنطقة في الآونة الأخيرة.

بشكل عام، يمكن وصف أنماط الزواج المتعارف عليها في المنطقة بأنها مبكرة وشاملة وفيها تعدد للزوجات. غير أن التغيّرات الاقتصادية والاجتماعية كان لها تأثيرات كبيرة على توقيت الزواج وطبيعته في العقود الأخيرة. وبشكل خاص، ارتبطت تزايد تصنيع سوق العمل ونمط حياة المدن لدى السكان وتحسّن التحصيل العلمي بتحوّل نحو الزواج المتأخر والزواج الأحادي وارتفاع معدلات العزوبة في عدد من البلدان العربية. (Rashad, Osman and Roudi-Fahimi, 2005).

في هذا القسم، نقدم لمحة وصفية عن تركيبة الأسرة المعيشية وتكوين الأسرة في المنطقة العربية. يعتمد تحليلنا على الإحصاءات الرسمية المستمدة من الأجهزة الإحصائية الوطنية بالإضافة إلى البيانات المتاحة من المسوحات الديمغرافية الصحية والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات.

الشكل 1-2 متوسط حجم الأسرة المعيشية خلال الفترة 2000-2017



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

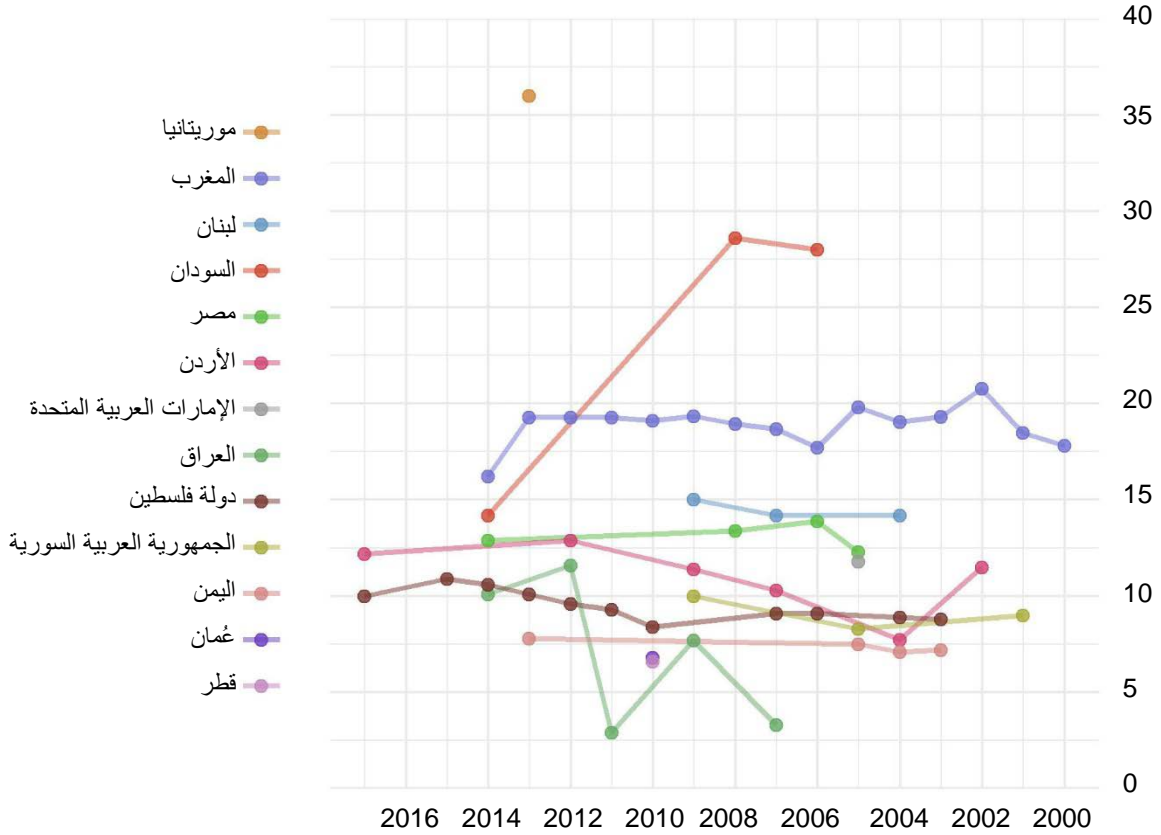
الأسر المعيشية الأكبر هي في عُمان واليمن والأصغر في تونس ولبنان

يبين الشكل 2-1 متوسط أحجام الأسر المعيشية في المنطقة العربية بناءً على البيانات المتاحة للسنوات الأخيرة. يتراوح حجم الأسرة المعيشية بين مرتفع يبلغ حوالي 7 أشخاص في عُمان واليمن، ومنخفض لا يتجاوز 4 أشخاص في تونس ولبنان. رغم ارتباط حجم الأسرة المعيشية بمعدل الخصوبة إلا أن العلاقة بين الاثنين ليست متسقة في جميع البلدان. تسهم عوامل أخرى في تحديد حجم الأسرة في أي مجتمع، مثل وجود المهاجرين أو اللاجئين، وحالة أسواق الإسكان، وتفضيلات ترتيبات المعيشة الممتدة. فيعتبر معدل الخصوبة في البحرين، مثلاً منخفضاً نسبياً، إلا أن متوسط حجم الأسرة المعيشية في هذا البلد كبير، إذ يصل إلى حوالي 6 أشخاص، أي إلى متوسط يماثل نظيره في السودان.

قليلة هي الأسر المعيشية التي ترأسها نساء، باستثناء موريتانيا

يبين الشكل 2-2 معدل الأسر المعيشية التي ترأسها نساء. تشير أحدث البيانات الرسمية من موريتانيا إلى أن 36 في المائة من الأسر المعيشية ترأسها نساء، بينما تقل النسبة عن 7 في المائة في عُمان وقطر. وفي 9 بلدان من أصل 13 تتاح عنها البيانات، تقل نسبة الأسر المعيشية التي ترأسها نساء عن 15 في المائة. تعد الأسر المعيشية التي ترأسها نساء أكثر شيوعاً في المناطق الريفية منها في المناطق الحضرية. ولكن نسب الأسر التي ترأسها نساء في المناطق الريفية والحضرية تتشابه في الكويت وموريتانيا مقارنة مع البلدان الأخرى التي لديها بيانات مصنفة.

الشكل 2-2 النسب المئوية للأسر المعيشية التي ترأسها نساء خلال الفترة 2000-2017

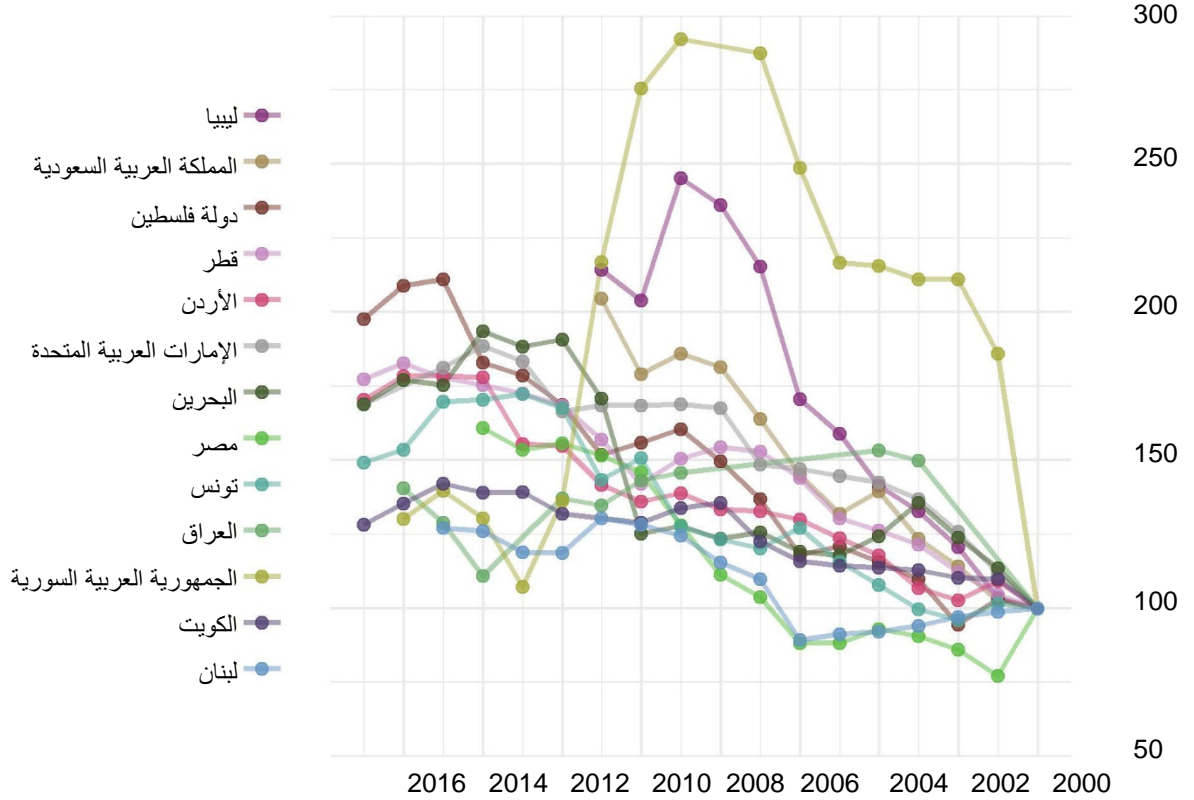


المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

ارتفاع مستمر في عدد حالات الزواج الممسجلة

في الشكل 2-3، مؤشر بسيط يبين التغيرات السنوية في عدد الزيجات المسجلة مقارنة بسنة الأساس 2000. لقد ارتفع عدد الزيجات المسجلة ارتفاعاً ثابتاً منذ العام 2000 في معظم البلدان التي تتوفر عنها بيانات وقد سُجِّل الارتفاع الأكبر في المملكة العربية السعودية، حيث تضاعف عدد الزيجات المسجلة بين عامي 2000 و2011. كذلك تضاعف عدد الزيجات المسجلة في دولة فلسطين بين عامي 2000 و2016.

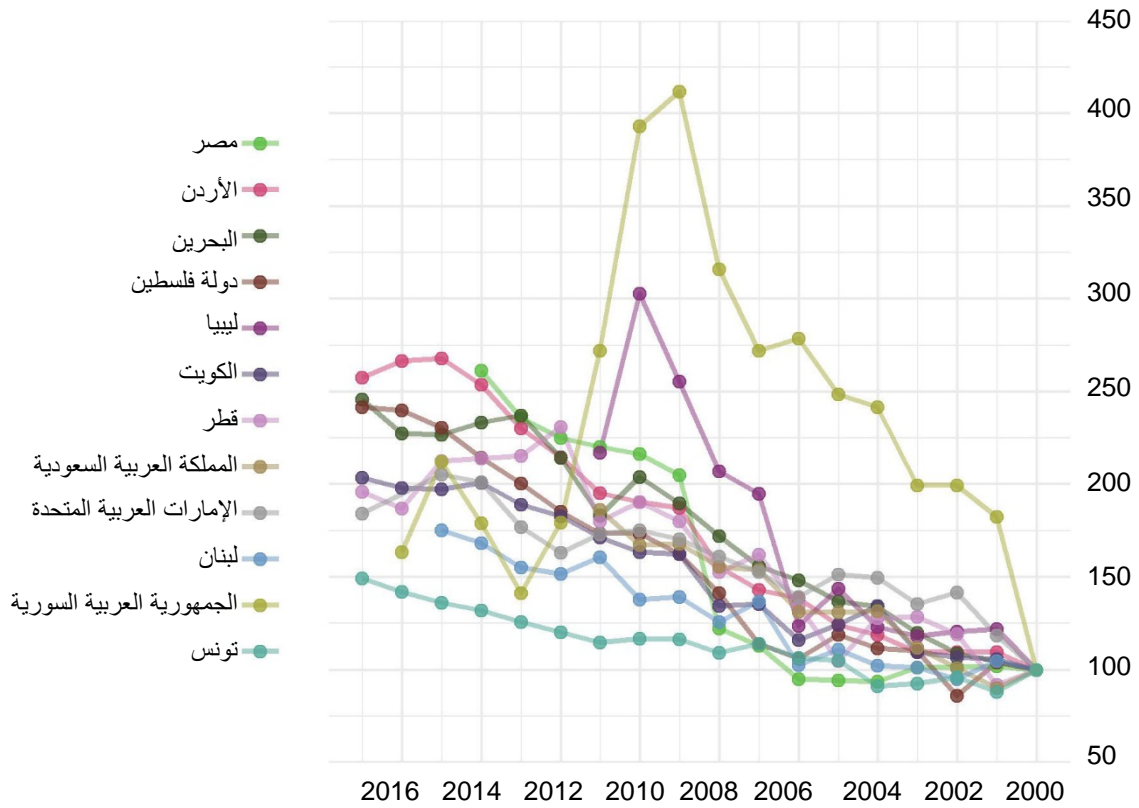
الشكل 2-3 النسب المئوية للزيجات المسجلة، خلال الفترة 2017-2000



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

ويُظهر المؤشر في الشكل 2-4 أن عدد حالات الطلاق المسجلة فاق عدد الزيجات المسجلة. وفي جميع البلدان العربية التي تتوفر عنها بيانات، تضاعف، على الأقل، عدد حالات الطلاق المسجلة بين عامي 2000 و2015 باستثناء تونس ولبنان حيث ازداد بنسبتي 135 و175 في المائة على التوالي. سُجِّل أكبر زيادة في مصر والأردن ودولة فلسطين، وذلك بنسب تبلغ 261 و268 و240 في المائة على التوالي في الفترة بين عامي 2014 و2016 مقارنة بعام 2000.

الشكل 2-4 النسب المئوية لحالات الطلاق المسجلة في عام 2000، وخلال الفترة 2000-2017



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

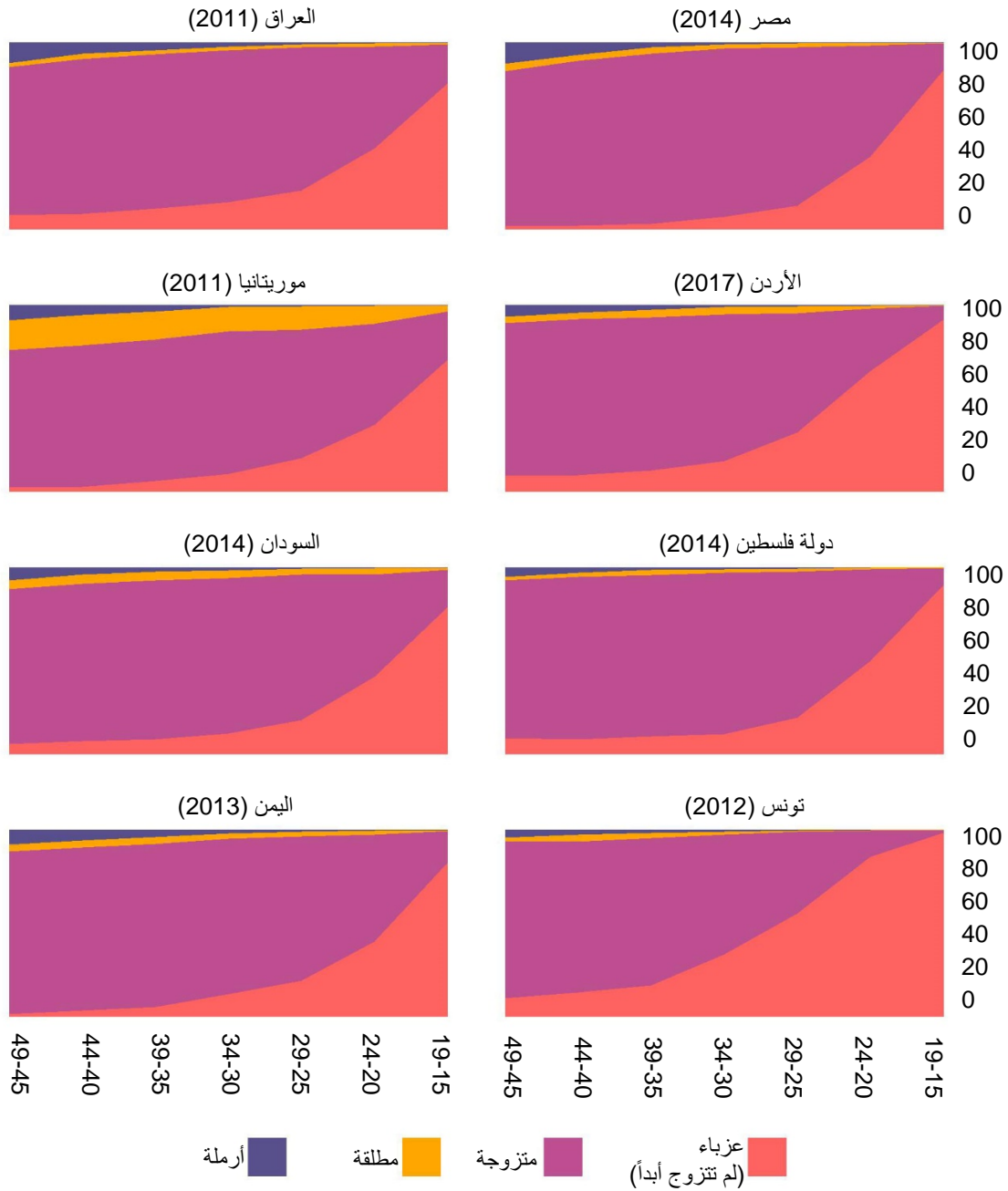
في معظم البلدان، معظم النساء البالغة أعمارهن بين 20 و24 سنة متزوجات

يوضح الشكل 2-5 الحالة الاجتماعية للنساء حسب الفئات العمرية. وفقاً لأحدث بيانات المسوحات الديمغرافية الصحية والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، تتراوح في دولة فلسطين والسودان والعراق ومصر وموريتانيا واليمن نسبة النساء المتزوجات البالغة أعمارهن بين 20 و24 سنة بين 50 و60 في المائة. أما في الأردن وتونس فنسبة النساء المتزوجات في نفس الفئة العمرية أقل بكثير، وتبلغ 22 و14 في المائة على التوالي.

ويبين الشكل 2-5 أن الزواج شبه شامل بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 45 و49 عاماً في مصر وموريتانيا واليمن. لكن الوضع لم يعد كذلك في الأردن وتونس والسودان والعراق ودولة فلسطين، حيث سُجلت نسباً تتراوح بين 6 و10 في المائة من النساء في الفئة العمرية بين 45 و49 سنة لم يتزوجن قط.

ترتفع معدلات الطلاق مع التقدم في العمر، لكنها لا تزال أقل من 5 في المائة في جميع البلدان التي تتوفر بيانات عنها، باستثناء موريتانيا حيث تبلغ نسبة المطلقات بين النساء في الفئة العمرية بين 45 و49 سنة حوالي 16 في المائة. وأعلى نسبة من الأراامل في العراق ومصر، حيث فقدت حوالي 11 في المائة من النساء في الفئة العمرية بين 45 و49 سنة أزواجهن.

الشكل 2-5 الوضع العائلي للنساء حسب الفئة العمرية، وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

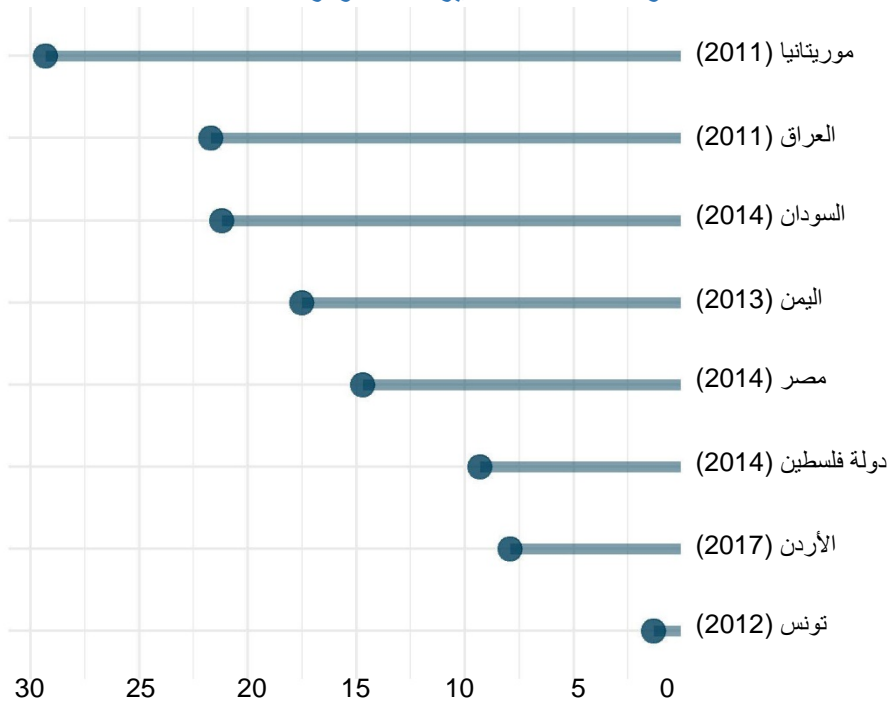
تفاوت كبير في زواج الأطفال

لقد ارتفع متوسط العمر عند الزواج الأول لكل من النساء والرجال في أنحاء المنطقة العربية. مع ذلك، لا يزال زواج الأطفال، ويُعرّف بأنه الزواج الرسمي قبل سن 18 سنة، شائعاً بين الفتيات في بعض بلدان المنطقة العربية بسبب مزيج معقد من المعايير الثقافية والفقر والقيود المفروضة على التنقل الجغرافي (Roudi-Fahimi)

(and Ibrahim, 2013). غالباً ما يؤدي زواج الأطفال إلى الإنجاب في سن مبكرة، وارتفاع الخصوبة، وانخفاض فرص الأم في التعليم وسوق العمل (Bunting, 2005).

يبين الشكل 2-6 التباين في النسبة المئوية المقدّرة للفتيات اللواتي سبق وتزوجن وتتراوح أعمارهن بين 15 و19 عاماً في بلدان المنطقة التي أجرت مؤخراً مسحاً صحياً ديمغرافياً أو مسحاً عنقودياً متعدد المؤشرات. في موريتانيا، بلغت في عام 2011 نسبة الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة وسبق لهن الزواج 29 في المائة، مقارنة مع 22 في المائة في العراق في عام 2011، و21 في المائة في السودان في عام 2014، و18 في المائة في اليمن في عام 2013، و15 في المائة في مصر في عام 2014، و9 في المائة في دولة فلسطين في عام 2014، و6 في المائة في الأردن في عام 2012، و1 في المائة في تونس في عام 2012.

الشكل 2-6 النسبة المئوية للفتيات اللواتي سبق لهن الزواج بين سن 15 و19 سنة، وفقاً لأحدث التقديرات المتوفرة

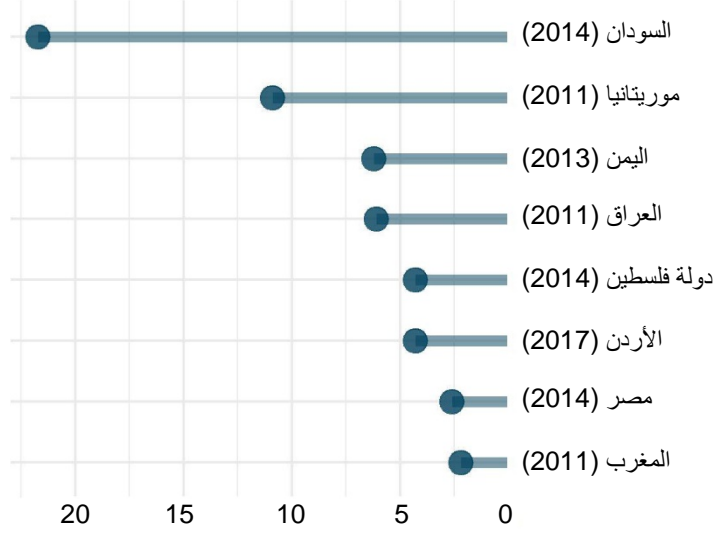


المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

معدلات تعدد الزوجات في انخفاض، باستثناء السودان

لم يعد تعدد الزوجات سائداً في معظم البلدان العربية. وفقاً لبيانات المسوحات الديمغرافية الصحية والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات، حوالي 3 في المائة من النساء فقط بين سن 15 و49 سنة في مصر متزوجات من رجال لديهن زوجة ثانية أو أكثر، مقارنة مع 4 في المائة في دولة فلسطين، و5 في المائة في الأردن، و6 في المائة في العراق واليمن، و11 في المائة في موريتانيا. وأعلى نسبة من تعدد الزوجات هي في السودان حيث تصل نسبة النساء المتزوجات من رجال لديهن زوجة ثانية أو أكثر إلى 22 في المائة.

الشكل 2-7 النسبة المئوية للنساء بين سن 15 و49 المتزوجات من رجال لديهن زوجة ثانية أو أكثر، وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

النساء ينجبن بعد وقت قصير من الزواج

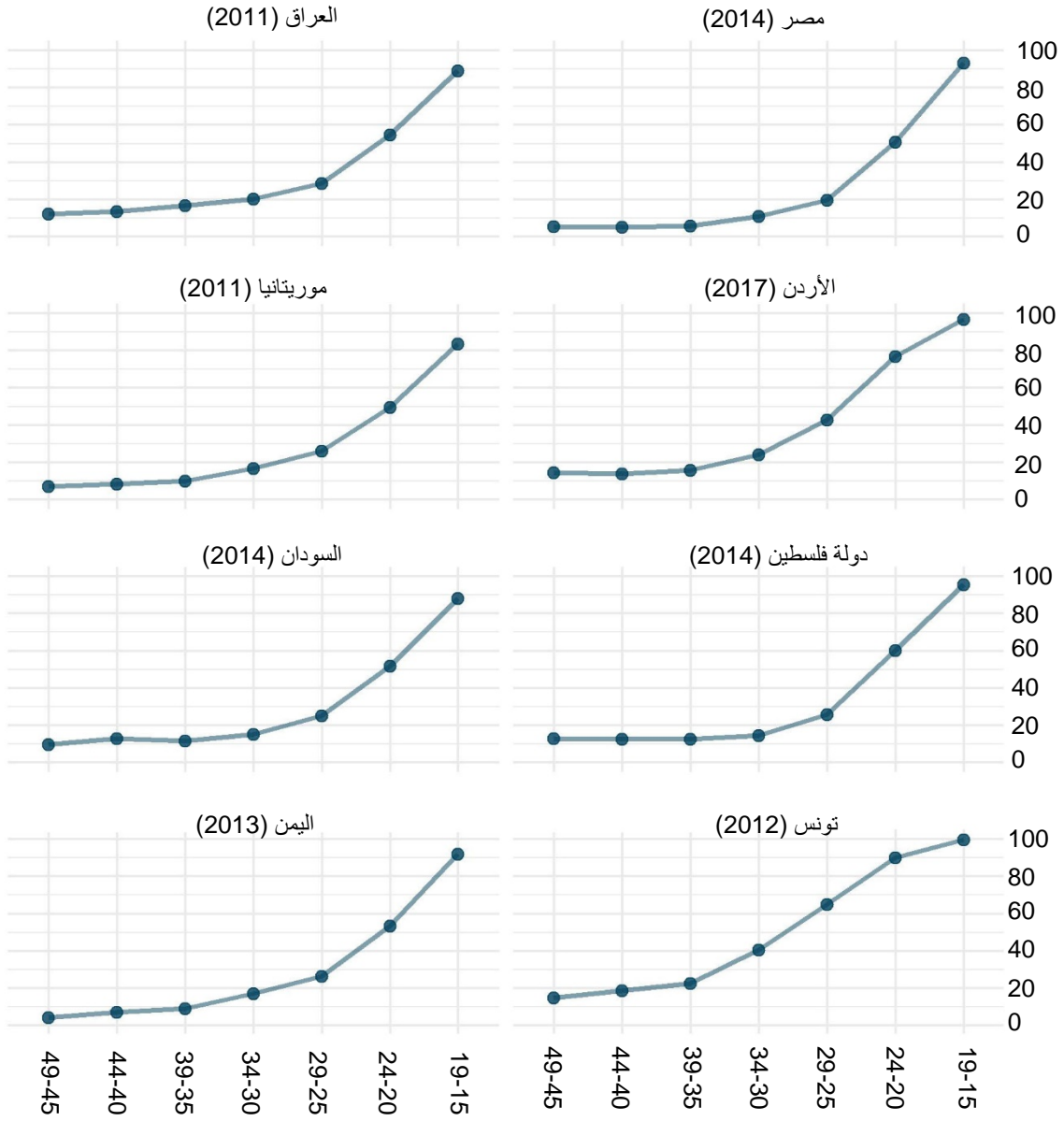
يبين الشكل 2-8 النسبة المئوية المقدّرة للنساء اللواتي ليس لديهن أطفال (يعرّفن بأنهن لم ينجبن أبداً) حسب الفئة العمرية. في المنطقة العربية، تميل النساء إلى البدء في الإنجاب بعد فترة وجيزة من الزواج. ونظراً لارتفاع متوسط العمر عند الزواج في العقود القليلة الماضية، ارتفع كذلك متوسط العمر عند الولادة الأولى. مع ذلك، أشارت بيانات المسوحات الديمغرافية الصحية والمسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات الأخيرة إلى أن نسبة الفتيات بين سن 15 و19 سنة واللواتي أنجبن بلغت 16 في المائة في موريتانيا، مقارنة مع 12 في المائة في السودان، و11 في المائة في العراق، و8 في المائة في اليمن، و7 في المائة في مصر، و5 في المائة في دولة فلسطين، و4 في المائة في الأردن.

يسبب الحمل المبكر قبل سن البلوغ عدة مخاطر جسيمة لكل من الأم والطفل. وبالنسبة للأم، يؤثر الحمل المبكر بشكل سلبي على الصحة والتعليم كما يؤدي إلى نتائج اقتصادية سلبية. أما بالنسبة للطفل، فتشدد كثيراً مخاطر الوفاة المحيطة بالولادة ووفاة الرضع (United Nations Population Fund, 2013).

سُجّل في كافة البلدان التي أُجرت مؤخراً مسوحات ديمغرافية صحية ومسوحات عنقودية متعددة المؤشرات أن امرأة واحدة من كل اثنتين تبدأ في الإنجاب في سن يتراوح بين 20 و24 عاماً، باستثناء دولة فلسطين والأردن وتونس التي بلغت فيها، على التوالي، نسب النساء في سن 20 إلى 24 اللواتي ليس لديهن أطفال 60 و75 و90 في المائة.

تتراوح نسبة النساء بين 45 و49 عاماً ولم ينجبن بين 15 و10 في المائة في الأردن وتونس والسودان والعراق ودولة فلسطين، بينما تنخفض النسب بشكل ملحوظ في موريتانيا ومصر واليمن، فتبلغ 7 و6 و4 في المائة على التوالي.

الشكل 8-2 النسبة المئوية للنساء اللواتي لم ينجبن أبداً، حسب الفئة العمرية، وفقاً لأحدث التقديرات المتوفرة



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

السكن من أهم جوانب حياة الإنسان، والسكن اللائق مسلم بأنه حق من حقوق الإنسان الأساسية، ويجب أن يفي بمتطلباته الرئيسية كأن يشكل مأوى يقي من العوامل المناخية ويستمد منه ساكنيه شعوراً بالأمان والخصوصية والفسحة الخاصة. وللسكن اللائق أيضاً دور أساسي في صحة الناس، ويؤثر على نمو الطفولة (منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية 2011). وتناول الهدف 11 من أهداف التنمية المستدامة في خطة عام 2030 بوضوح قضايا الإسكان، فنصّ على: "جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وأمنة وقادرة على الصمود ومستدامة"، كما يرمي مؤشر التنمية المستدامة 11.1 إلى قياس "نسبة سكان الحضر الذين يعيشون في أحياء فقيرة أو مستوطنات غير رسمية".

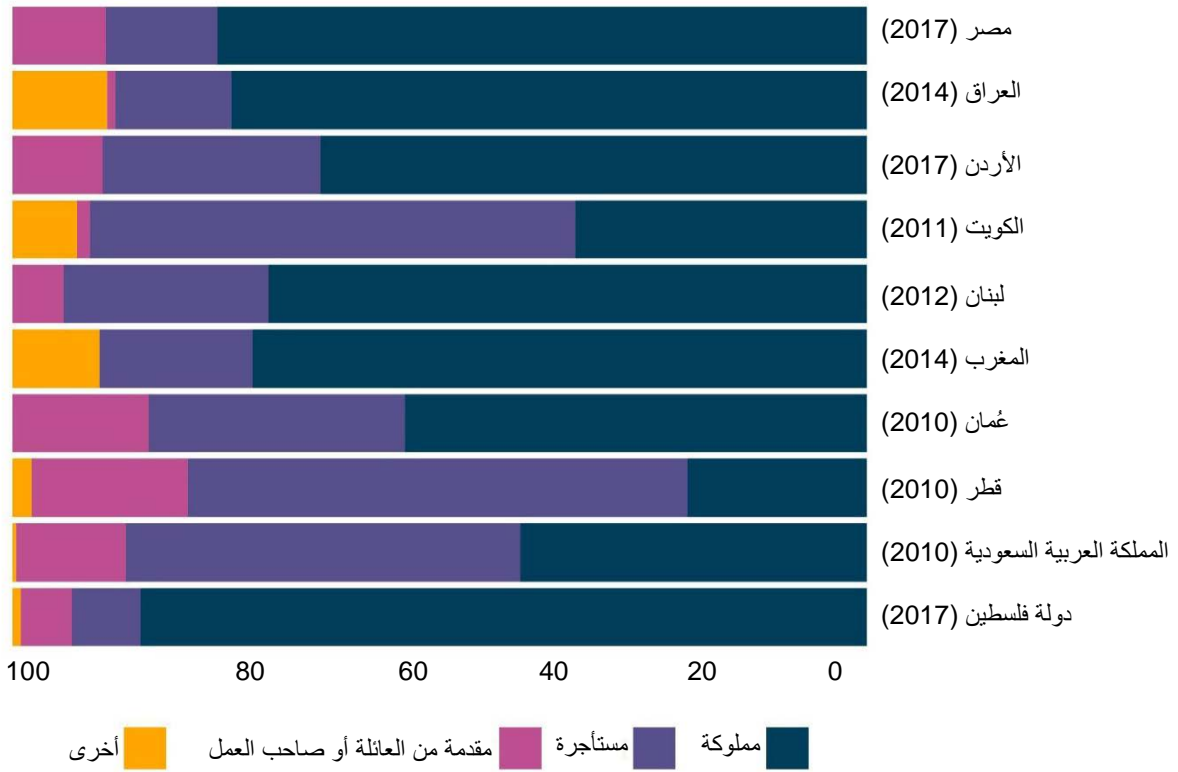
يعرض هذا الفصل أحدث البيانات المتاحة عن ظروف السكن في الدول العربية، ويتطرق إلى وصف أنواع الوحدات السكنية، وملكية الوحدات السكنية، واستخدام مصادر مياه الشرب المحسّنة، واستخدام مرافق الصرف الصحي المحسّنة، وتوفر الكهرباء. وبما أن الإحصاءات حول ظروف الإسكان تحسب استناداً إلى التعدادات التي تجرى كل 10 سنوات، وإلى مسوحات الإسكان الدورية، فالبيانات الخاصة بالسلاسل الزمنية للمؤشرات التالية في المنطقة العربية قليلة.

غالبية الأسر المعيشية تملك الوحدة السكنية التي تعيش فيها، باستثناء بلدان مجلس التعاون الخليجي

تشير أحدث البيانات المتاحة إلى أن الملكية الخاصة للمنازل في المنطقة العربية تجاوزت 60 في المائة، باستثناء بلدان مجلس التعاون الخليجي (الشكل 3-1). يمكن أن يُعزى انخفاض نسبة الأسر المعيشية التي تملك الوحدات السكنية التي تعيش فيها في بلدان مجلس التعاون الخليجي إلى ارتفاع عدد المقيمين من غير المواطنين (الشكل 3-2)، كانت النسبة الأدنى لملكية المنازل من مجموع السكان (المواطنين وغير المواطنين) في قطر (2010)، فبلغت 21 في المائة، مع نسبة 58 في المائة من الوحدات السكنية المستأجرة. كذلك الحال في الكويت (2011)، إذ بلغت نسبة الوحدات السكنية التي تملكها الأسر التي تعيش فيها 34 في المائة فقط، بينما بلغت نسبة الوحدات المستأجرة 57 في المائة. أما أعلى نسبة من الأسر التي تعيش في وحدات سكنية تملكها فهي في دولة فلسطين، وتبلغ النسبة 85 في المائة (2017).

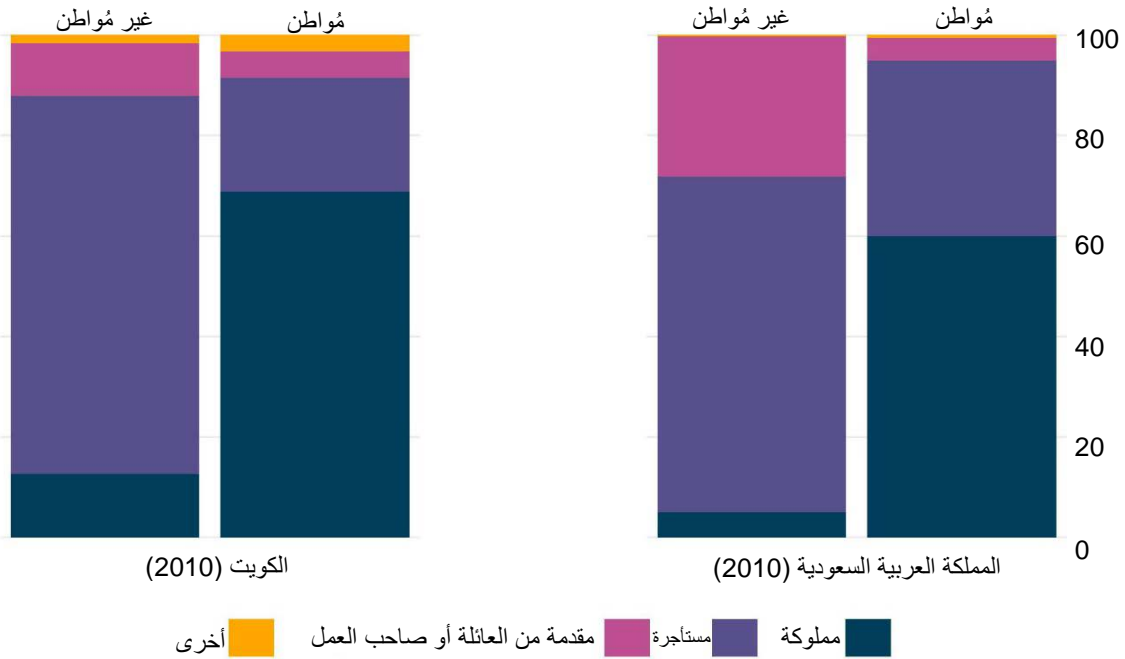
وسجّل تفاوت كبير في نسب ملكية الأسر المعيشية للمساكن بين المواطنين وغير المواطنين في بلدان مجلس التعاون الخليجي (الشكل 3-2)، فالنسبة الأكبر من الأسر المعيشية للمواطنين تمتلك وحداتها السكنية، بينما يميل غير المواطنين إلى استئجار الوحدات السكنية التي يقطنونها. في المملكة العربية السعودية، يعيش حوالي 60 في المائة من الأسر السعودية في وحدات سكنية يملكونها، مقارنة بـ 5 في المائة فقط من الأسر المعيشية لغير المواطنين في عام 2010. أما في الكويت، فقد بلغت نسبة الأسر الكويتية التي تمتلك وحداتها السكنية 69 في المائة في عام 2011، مقارنة بنحو 13 في المائة من الأسر المعيشية لغير المواطنين. وفي الكويت والمملكة العربية السعودية، نسبة غير المواطنين الذين يشغلون وحدات سكنية يوفرها لهم أصحاب العمل أو الأسرة أكبر من نسبة المواطنين. في عام 2010، أفادت المملكة العربية السعودية بأن حوالي 28 في المائة من غير المواطنين كانوا يعيشون في وحدات سكنية توفرها لهم أسرهم أو أصحاب العمل، مقابل حوالي 5 في المائة من المواطنين السعوديين. في الكويت، بلغت نسبة غير المواطنين الذين يعيشون في وحدات سكنية توفرها لهم أسرهم أو أصحاب العمل حوالي 10 في المائة، أي ضعف نسبة المواطنين الكويتيين التي بلغت حوالي 5 في المائة.

الشكل 3-1 النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تملك مساكنها وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

الشكل 3-2 الوحدات السكنية المأهولة حسب النوع والجنسية، بالنسبة المئوية ووفقاً لأحدث البيانات المتاحة



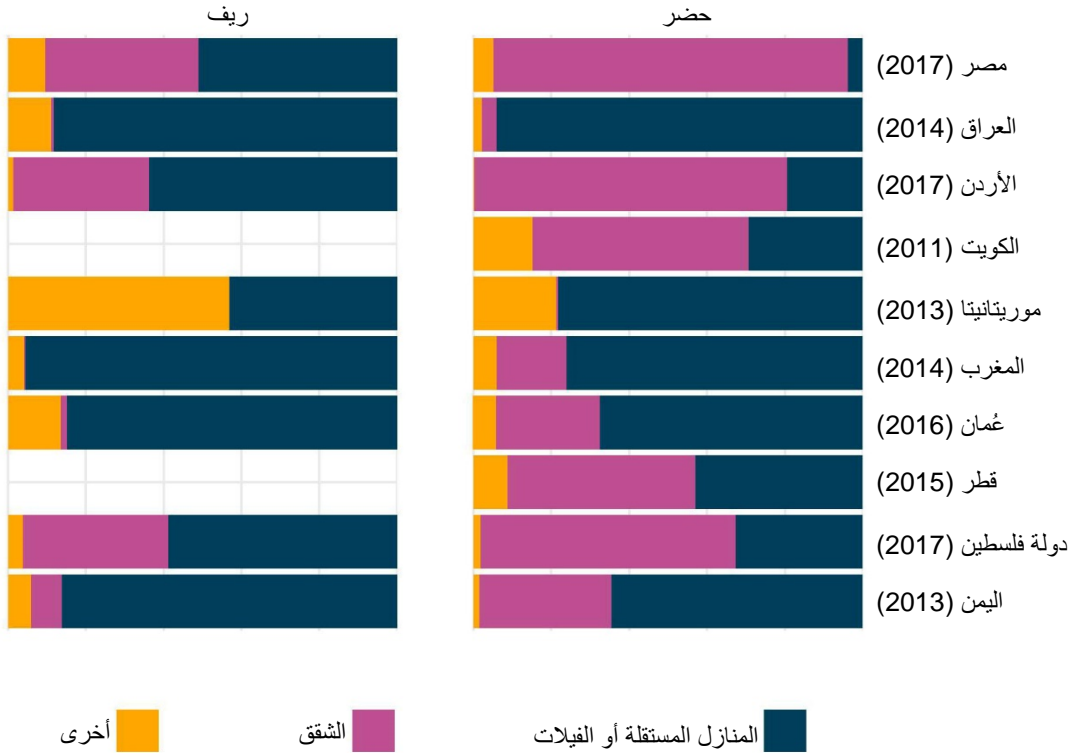
المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

تزايد نسبة الشقق السكنية في المدن

في المنطقة العربية تنتشر الشقق السكنية في المناطق الحضرية أكثر منها في المناطق الريفية (الشكل 3-3). تشير تقديرات حديثة في مصر والأردن ودولة فلسطين إلى أن انتشار الشقق السكنية في المناطق الحضرية بلغ أكثر من ضعفي انتشار المنازل المستقلة أو الفيلات (2017). في مصر، تشكل نسبة الشقق أكثر من 90 في المائة من الوحدات السكنية في المناطق الحضرية. وفي الكويت وقطر حيث لا يوجد إلا مناطق حضرية، تمثل الشقق 56 و48 في المائة من الوحدات السكنية على التوالي. تُعدُّ المنازل المستقلة والفيلات القائمة بذاتها أكثر شيوعاً في المناطق الحضرية في العراق وموريتانيا والمغرب، حيث تمثل 94 و78 و76 في المائة من الوحدات السكنية على التوالي.

أبلغت بلدان قليلة في المنطقة عن نسبة ملحوظة من الوحدات السكنية التي لا تصنف لا كشقق ولا كمنازل مستقلة أو فيلات. وقد تشمل هذه الفئة الغرف المستقلة، والإسكان المؤسسي، والمسكن العشوائية، والمسكن العشوائية تضم الأكواخ المصنوعة من الخشب أو الصفيح أو القش أو أي مواد أخرى، والخيام، والمنازل المتنقلة. في المناطق الريفية في موريتانيا، 55 في المائة من الوحدات السكنية هي أكواخ مصنوعة من الخشب أو الصفيح أو القش، أو خيام، وهي أكبر نسبة في المنطقة.

الشكل 3-3 الوحدات السكنية المأهولة حسب النوع والمنطقة، بالنسبة المئوية، ووفقاً لأحدث البيانات المتاحة



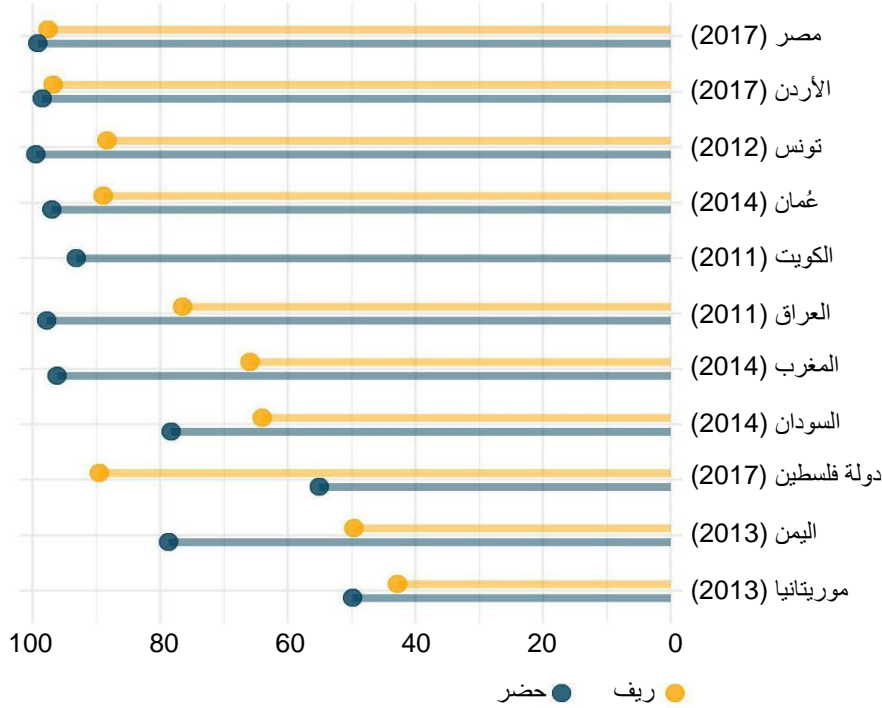
المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

فوارق كبيرة بين البلدان في توفر مصادر مياه الشرب المحسنة

يبين الشكل 3-4 النسبة التقديرية للأسر المعيشية التي تستخدم مصدراً محسناً لمياه الشرب في 11 بلداً. وتُعرف مصادر مياه الشرب المحسنة على أنها مصادر يُحتمل أن توفر مياه شرب آمنة، وتشمل المياه المنقولة بأنابيب داخل المساكن، وصنابير المياه العامة، والآبار، والينابيع المحمية، ومياه الأمطار والمياه المعبأة في زجاجات. وبشكل عام، تتوفر مصادر مياه الشرب المحسنة في المناطق الحضرية أكثر من المناطق الريفية باستثناء دولة فلسطين، حيث احتمال استخدام مصادر مياه الشرب المحسنة للأسر المعيشية في المناطق الحضرية أقل من احتمال استخدامها للأسر الريفية. في قطاع غزة، وهي منطقة حضرية إلى حد كبير، ينتشر استخدام مياه الصهاريج التي لا تُعتبر مصدراً محسناً للمياه.

وفقاً لأحدث التقديرات، لدى أكثر من 95 في المائة من الأسر المعيشية في المدن إمكانية الوصول إلى مصدر محسّن لمياه الشرب في ستة بلدان من أصل 11 (الشكل 3-4). سجل الأردن ومصر نسبة عالية إلى حد ملحوظ من الوحدات السكنية التي تستخدم مصدراً محسناً لمياه الشرب في المناطق الحضرية والريفية على السواء (2017). في مصر، يستخدم 99 في المائة من الأسر المعيشية في المناطق الحضرية و98 في المائة من الأسر المعيشية في المناطق الريفية مصدراً محسناً لمياه الشرب. في الأردن، يستخدم 99 في المائة من الأسر الحضرية و97 في المائة من الأسر الريفية مصدراً محسناً لمياه الشرب. على الرغم من أن النسبة المئوية للأسر الحضرية التي تستخدم مصدراً محسناً لمياه الشرب في دولة فلسطين هي من الأقل في المنطقة، إلا أن لديها ثالث أعلى نسبة من الأسر في الريف التي تستخدم مصدراً محسناً لمياه الشرب، وتبلغ 90 في المائة. تنخفض النسبة المئوية للأسر المعيشية في المناطق الريفية التي تستخدم مصدراً محسناً لمياه الشرب في المغرب والسودان واليمن وموريتانيا، فتبلغ 66 و64 و50 و43 في المائة على التوالي.

الشكل 3-4 النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تستخدم مصدراً محسناً لمياه الشرب، حسب المنطقة وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة

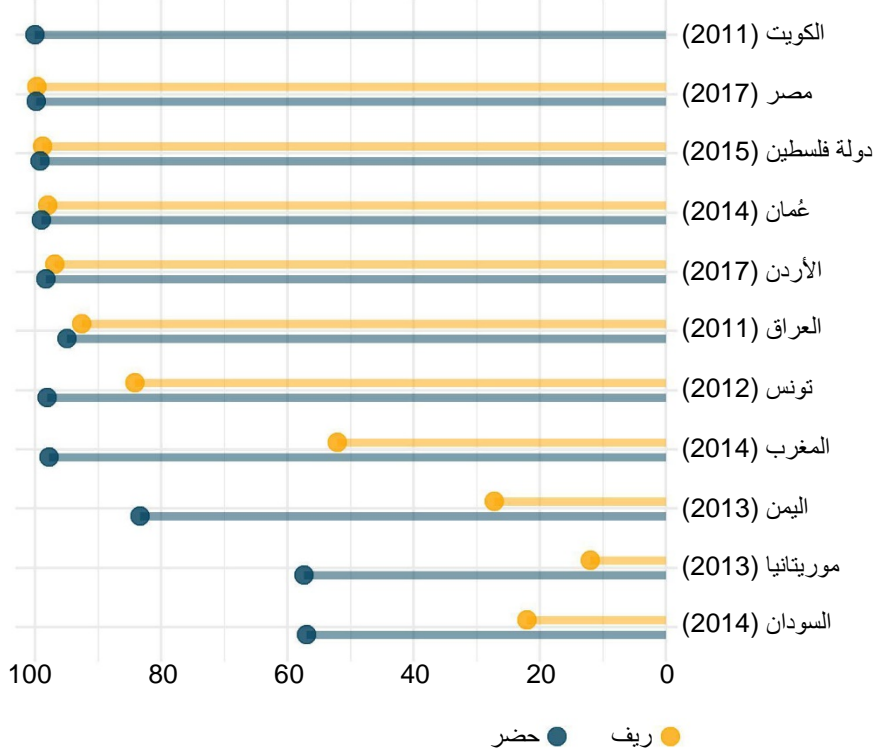


المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

تدني إمكانية الحصول على مرافق الصرف الصحي المحسنة في السودان وموريتانيا واليمن

يبين الشكل 3-5 نسب الأسر المعيشية التي تتوفر لديها مرافق صرف صحي محسنة، أي مرحاض الدفق المائي الحديث أو التقليدي الذي يُفَرَّغ في المجاري العامة، أو في حفرة تسريب، أو في مجاري الصرف الصحي. في 8 بلدان من أصل 11، يستخدم أكثر من 90 في المائة من الأسر في المناطق الحضرية خدمات الصرف الصحي المحسنة. النسبة الأعلى في الكويت، وتبلغ في المائة، والأدنى في السودان، وتبلغ في المائة.

الشكل 3-5 النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تستخدم مرافق صرف صحي محسنة حسب المنطقة وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

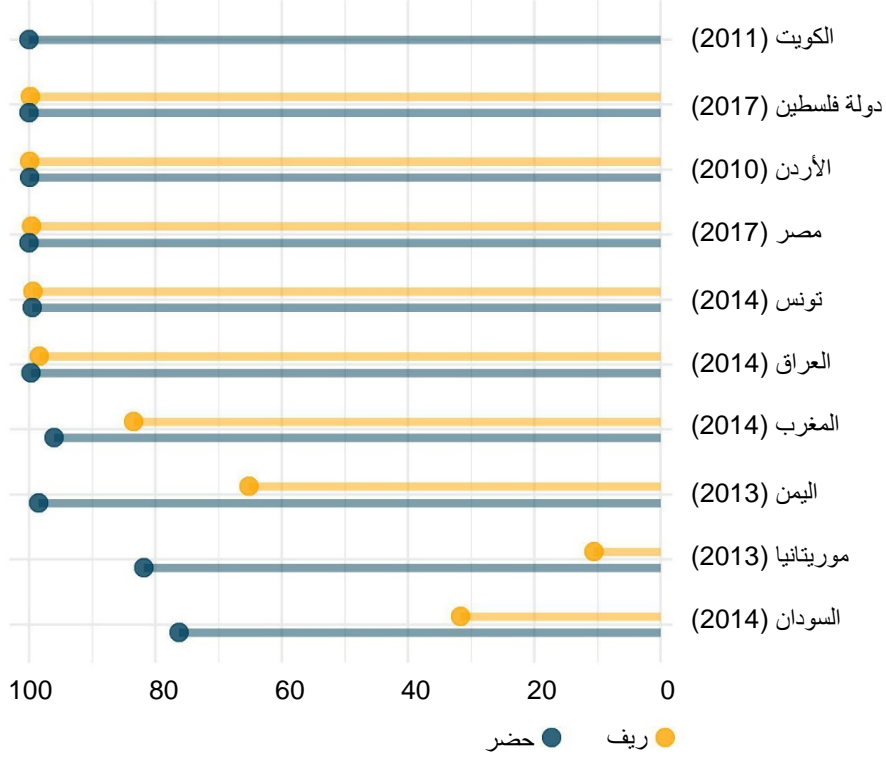
تتجاوز نسبة الأسر التي تستخدم مرافق صرف صحي محسنة في المناطق الريفية 80 في المائة في 6 بلدان (إذ لا توجد مناطق ريفية في الكويت) ولكن هذه النسبة منخفضة للغاية في السودان وموريتانيا واليمن، فلا تتجاوز، على التوالي، 22 و12 و27 في المائة، والفرق شاسع بين المناطق الحضرية والريفية في هذه البلدان الثلاثة، فيبلغ في اليمن 56 نقطة مئوية، و45 نقطة مئوية في موريتانيا، و35 نقطة مئوية في السودان.

ارتفاع القدرة على الحصول على الكهرباء، باستثناء موريتانيا والسودان واليمن

كما هو مبين في الشكل 3-6، تجاوزت نسبة الأسر المعيشية التي تتوفر لديها كهرباء 95 في المائة في المناطق الحضرية والريفية في 6 بلدان من 9. في اليمن، تتوفر الكهرباء لدى 99 في المائة من الأسر المعيشية في المناطق الحضرية، مقابل 65 في المائة فقط في المناطق الريفية (2013). ينخفض توفر الكهرباء بشكل خاص في المناطق

الريفية في موريتانيا والسودان. في موريتانيا، لدى 82 في المائة من الأسر المعيشية الحضرية كهرباء، مقابل 11 في المائة فقط من الأسر المعيشية الريفية. في السودان، لدى 76 في المائة من الأسر المعيشية الحضرية الكهرباء مقارنة بـ 32 في المائة من الأسر الريفية.

الشكل 3-6 النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تتوفر لديها كهرباء حسب المنطقة، وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة¹



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

1 قد يكون تيار الكهرباء في العراق، ودولة فلسطين والسودان متقطعا وليس بالضرورة مستمراً

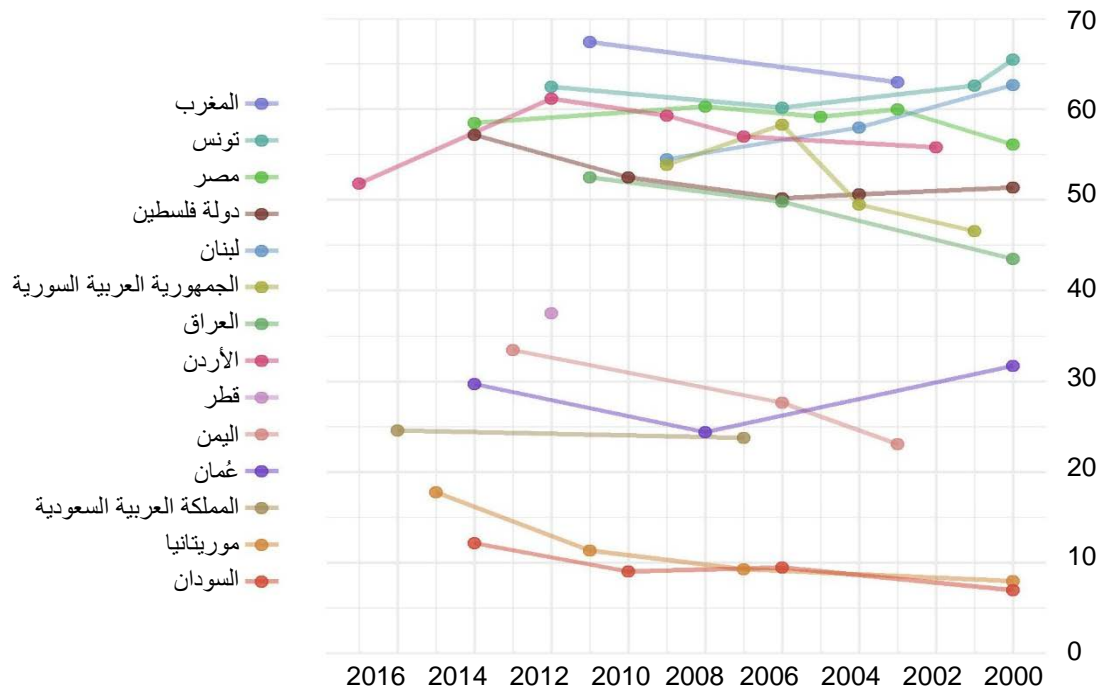
يتوقف الوضع الصحي للسكان في أي بلد على الظروف الصحية والبيئية السائدة، وإمكانية الحصول على الخدمات الصحية وجودتها، وقدرة الأفراد على اتخاذ خيارات صحية في حياتهم.

يقدم هذا القسم من التقرير لمحة وصفية عن اتجاهات الوضع الصحي، والوصول إلى الرعاية الصحية والنظم الصحية في المنطقة العربية، باستخدام بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية ومنظمة الصحة العالمية. ورتب هذا القسم على النحو التالي: أولاً، وصف انتشار وسائل منع الحمل والرعاية قبل الولادة ورعاية الولادة ووفيات الأمهات في جميع أنحاء المنطقة. ثانياً، تقديم لمحة موجزة عن تغطية التحصين وحالة التغذية عند الأطفال. ثالثاً، مراجعة المؤشرات الرئيسية لصحة البالغين، كمؤشر كتلة الجسم (BMI). أخيراً، ينتهي هذا القسم بخلاصة عن أنماط الإنفاق الصحي، ونصيب الفرد من العاملين الصحيين وعدد المستشفيات في جميع أنحاء المنطقة.

زيادة استخدام وسائل منع الحمل

يشير معدل انتشار وسائل منع الحمل إلى النسبة المئوية للنساء المتزوجات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة ويستخدمن أو يستخدمن شركاؤهن حالياً وسيلة واحدة على الأقل من وسائل منع الحمل، بغض النظر عن الوسيلة المستخدمة. تشمل وسائل منع الحمل الحديثة تعقيم الإناث والذكور، والحبوب الهرمونية الفموية، والأجهزة الرحمية، والعوازل الذكرية، والحقن، والوسائل المزروعة، والحواجز المهبلية، والعوازل الأنثوية، ومنع الحمل الاستدراكي. أما الطرق التقليدية لمنع الحمل فهي تشمل الامتناع الدوري، والانسحاب قبل القذف، وطريقة انقطاع الطمث أثناء الرضاعة والطرق الشعبية (UNSD, 2015). أظهرت معظم البلدان التي تتوفر عنها بيانات، تزايداً في استخدام وسائل منع الحمل خلال الفترة من 2000 إلى 2017 (الشكل 1-4).

الشكل 1-4 النسب المئوية لانتشار وسائل منع الحمل خلال الفترة 2000-2017



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

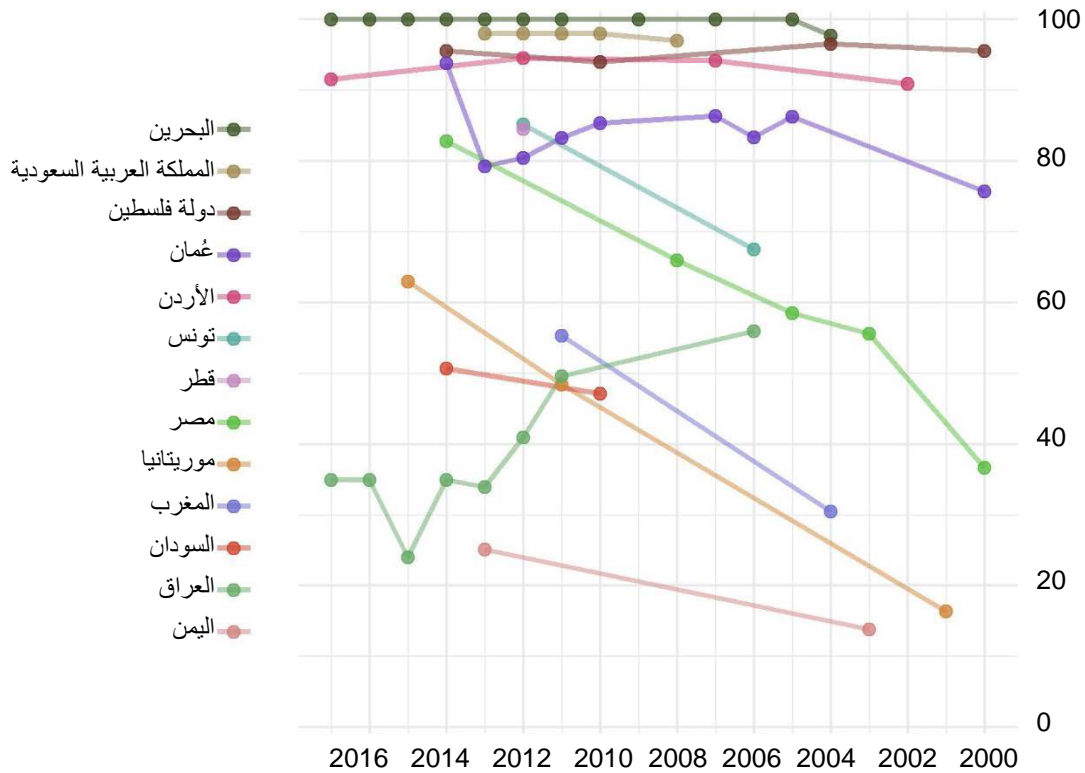
أظهرت بلدان الدخل المنخفض، موريتانيا والسودان واليمن، زيادات كبيرة في معدلات انتشار وسائل منع الحمل منذ عام 2000. ففي موريتانيا ارتفع المعدل أكثر من الضعفين من 2000 إلى 2015، من 8 في المائة إلى 18 في المائة. وفي السودان، بلغ معدل انتشار وسائل منع الحمل 7 في المائة عام 2000، و9 في المائة عام 2010، و12 في المائة عام 2014، وهو التقدير الاحدث. وكذلك شهدت اليمن زيادة تبلغ 11 نقطة مئوية من عام 2003 إلى عام 2013، من 23 في المائة إلى 34 في المائة. كما ازدادت معدلات انتشار وسائل منع الحمل في العراق من 44 في المائة في عام 2000 إلى 53 في المائة في عام 2011، وفي دولة فلسطين من 51 في المائة في عام 2000 إلى 57 في المائة في عام 2014. كذلك ازداد استخدام وسائل منع الحمل في الأردن من 56 في المائة في عام 2002 إلى 61 في المائة في عام 2012، ولكنه انخفض منذ ذلك الحين إلى 52 في المائة بحلول عام 2017. قد يكون تدفق اللاجئين السوريين خلال السنوات القليلة الماضية هو سبب هذا الانخفاض الأخير في الأردن.

نسبة الحوامل اللواتي يتلقين أربع زيارات أو أكثر قبل الولادة في ازدياد مطرد في مصر، وفي تناقص في العراق

توصي منظمة الصحة العالمية بأن تتلقى النساء الحوامل أربع زيارات على الأقل قبل الولادة لأخصائيين صحيين مهرة، على أن تشمل هذه الزيارات قياسات ضغط الدم والوزن والطول وتحليل البول والدم (منظمة الصحة العالمية، 2011).

خلال الفترة من عام 2000 إلى عام 2017، افادت البحرين والأردن والمملكة العربية السعودية ودولة فلسطين بشكل مستمر أن أكثر من 90 في المائة من النساء الحوامل يتلقين أربع زيارات أو أكثر قبل الولادة (الشكل 2-4). سجلت 7 بلدان من بين الـ 9 الأخرى المبينة في الشكل 2-4، زيادة مع مرور الوقت، وكان العراق البلد الوحيد في المنطقة الذي لوحظ فيه انخفاض ثابت، وأما قطر فلم تقدم إلا نقطة بيانات واحدة فقط.

الشكل 2-4 رعاية ما قبل الولادة (أربع زيارات على الأقل)، النسبة المئوية، 2000-2017



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

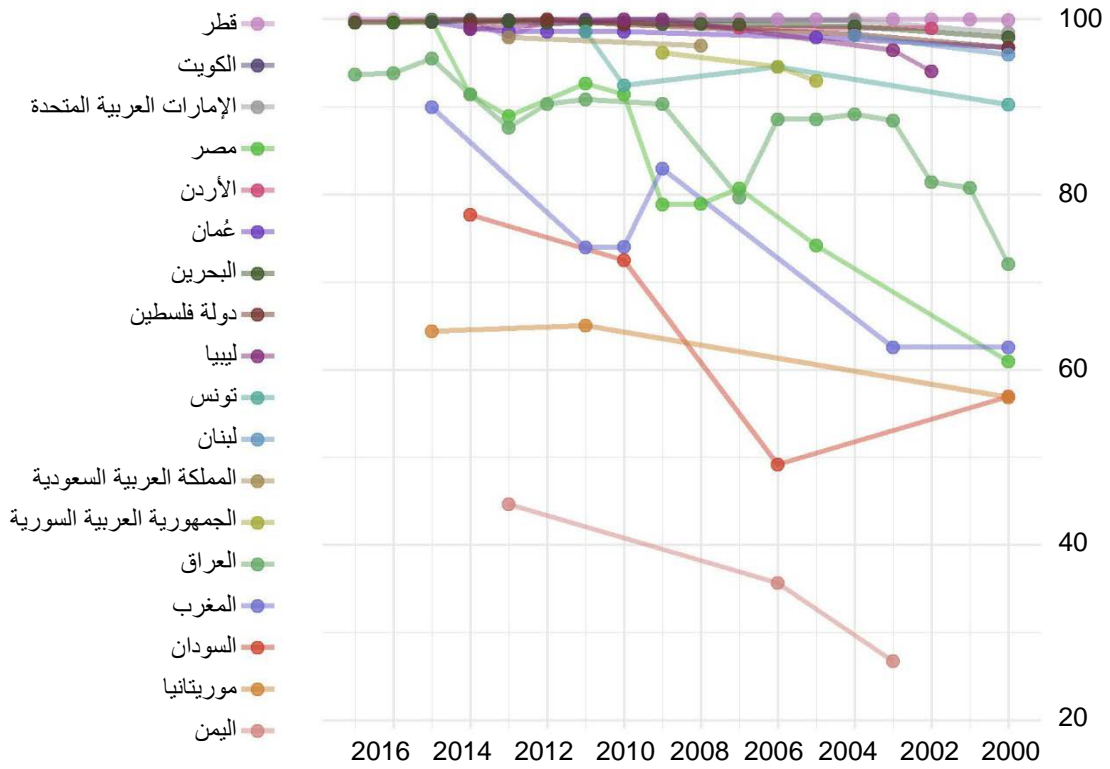
ولوحظت أكبر الزيادات في موريتانيا ومصر، فبلغت 47 و46 نقطة مئوية على التوالي. في موريتانيا وفي عام 2001، تلقت 16 في المائة من النساء الحوامل أربع زيارات أو أكثر قبل الولادة، مقارنة بـ 48 في المائة في عام 2011 و63 في المائة في عام 2015. أما في مصر، فقد تزايدت نسبة النساء الحوامل اللواتي يتلقين أربع زيارات أو أكثر قبل الولادة بشكل مطرد منذ عام 2000، حيث كانت النسبة 37 في المائة، ثم ارتفعت إلى 66 في المائة في عام 2007 و83 في المائة في عام 2014. ومن جهة أخرى، انخفض عدد النساء اللواتي يتلقين الرعاية السابقة للولادة في العراق منذ عام 2006 حيث وصلت نسبتهم إلى 56 في المائة من النساء الحوامل اللواتي تلقتن أربع أو أكثر من زيارات ما قبل الولادة، مقارنة بـ 50 في المائة في عام 2011 و35 في المائة فقط في عام 2017.

تتم معظم الولادات بإشراف أخصائي صحة أكفاء

يُعرّف المشرف الكفؤ على الولادة، بأنه أخصائي صحة معتمد، مثل القابلة أو الطبيب أو الممرضة، تلقى تعليمه على إتقان المهارات اللازمة للإشراف على الحمل الطبيعي (غير المعقد) والولادة، والفترة التالية للولادة مباشرة، وفي تحديد المضاعفات لدى النساء والأطفال حديثي الولادة وعلاجها أو إحالتها إلى طبيب مختص (منظمة الصحة العالمية، 2011أ).

سجلت جميع البلدان عن زيادة في الولادات التي أشرف عليها مهنيون صحيين أكفاء من عام 2000 إلى عام 2017 (الشكل 3-4). ووصلت مصر إلى أعلى نسبة زيادة بلغت 39 نقطة مئوية، من 61 في المائة في عام 2000 إلى 100 في المائة في عام 2016. وافادت بلدان مجلس التعاون الخليجي عن نسب عالية من الولادات التي يحضرها أخصائي صحي ماهر، بنسبة 97 في المائة أو أكثر لجميع السنوات من 2000 إلى 2017 في البحرين والكويت وعمان وقطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة.

الشكل 3-4 الولادات تحت إشراف أخصائي صحة مهرة، بالنسبة المئوية، للفترة 2000-2017



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

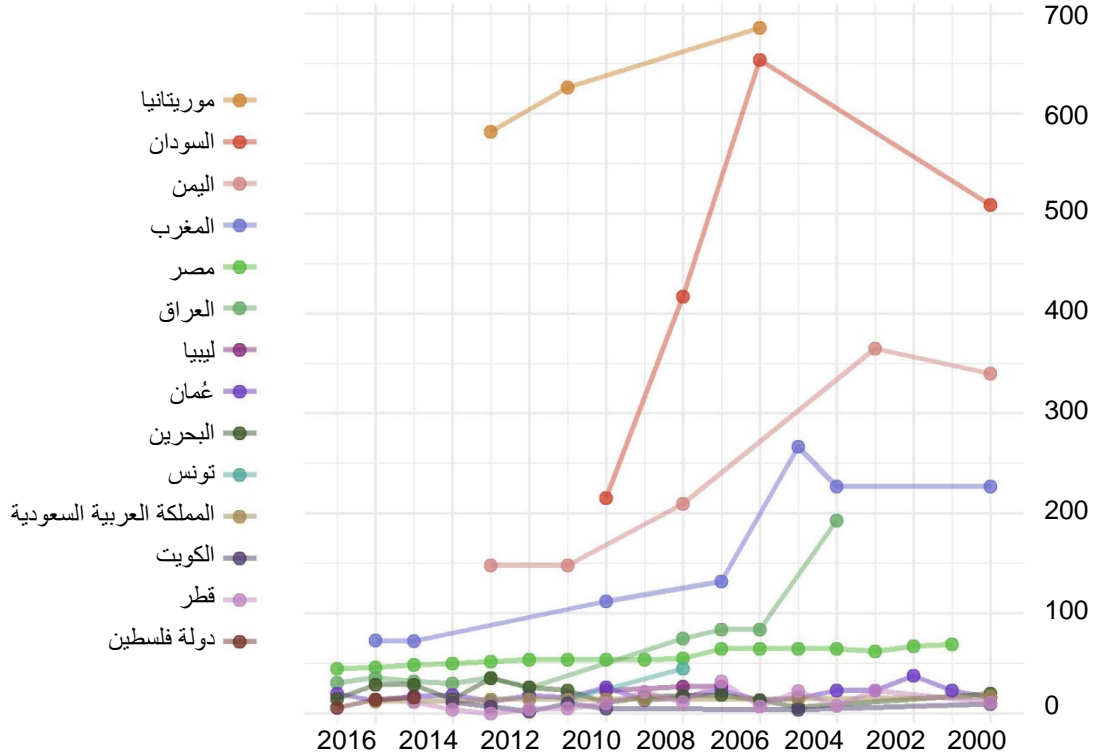
إجمالاً، ارتفعت نسبة الولادات التي يشرف عليها أخصائيو صحة أكفاء في السنوات الأخيرة في مختلف البلدان، حيث تصل إلى 90 في المائة أو أعلى في 15 بلداً، وإلى الحد الأقصى، أي 100 في المائة، في ثمانية منها. وقد لوحظ انخفاض النسب في اليمن وموريتانيا والسودان بنسبة 45 في المائة في عام 2013، و64 في المائة في عام 2015، و78 في المائة في عام 2014 على التوالي.

ارتفاع معدلات وفيات الأمهات في موريتانيا والسودان واليمن

معدل وفيات الأمهات هو عدد وفيات النساء في السنة لأي سبب متصل بالحمل أو تفاقم بسبب الحمل أو طريقة معالجته، باستثناء الأسباب غير المقصودة أو العرضية، خلال الحمل أو الولادة أو في غضون 42 يوماً من إنهاء الحمل، بغض النظر عن مدة الحمل ومكانه، معبراً عنه لكل 100,000 ولادة حية، لفترة زمنية محددة².

تشير التقديرات الحديثة إلى أن نسب وفيات الأمهات أقل من 75 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في 12 بلداً من أصل 14 التي قدمت تقديرات منذ عام 2010 (الشكل 4-4)، و20 حالة وفاة أو أقل لكل 100,000 ولادة حية في البحرين (15 حالة في عام 2017)، والكويت (11 حالة في عام 2014)، وعمان (20 حالة في عام 2017)، ودولة فلسطين (6 حالات في عام 2017)، وقطر (11 حالة في عام 2015)، والمملكة العربية السعودية (12 حالة في عام 2016) وتونس (14 حالة في عام 2011).

الشكل 4-4 معدل وفيات الأمهات، (الوفيات لكل 100,000 ولادة حية) خلال الفترة 2000-2017



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

انخفض معدل وفيات الأمهات في المنطقة العربية منذ عام 2000، خاصة في البلدان التي سجلت أعلى التقديرات سابقاً. في موريتانيا في عام 2006، بلغت نسبة وفيات الأمهات 686 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية، وبحلول عام 2013، انخفض المعدل بمقدار 104 إلى 582 حالة وفاة. انخفضت نسبة وفيات الأمهات في السودان في عام 2010 (216) إلى ثلث ما كانت عليه في عام 2006 (654). أما في اليمن، انخفض معدل وفيات الأمهات بشكل مطرد من 365 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2003 إلى 148 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2013، قبل الصراع المستمر الأخير الذي بدأ في عام 2015.

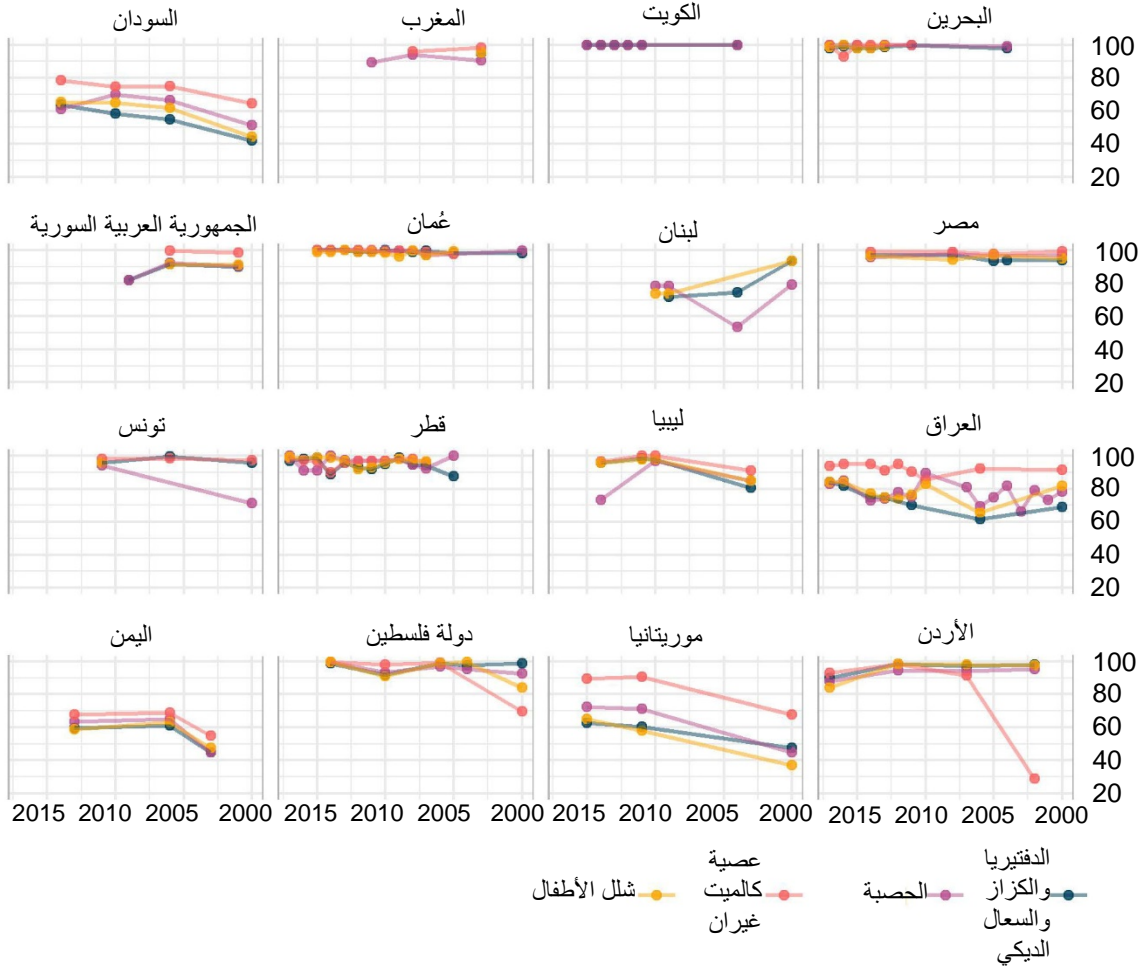
معدلات تغطية عالية للتحصين في مرحلة الطفولة في معظم البلدان

يُعدُّ التحصين طريقة فعّالة للحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة. تعرّف معدلات التطعيم ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي DPT وضد عصية كالميت غيران BCG، والتهاب الكبد B، والحصبة، بأنها النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و23 شهراً والذين تلقوا هذه الجرعات إما في أي وقت قبل إجراء المسح أو قبل سن 12 شهراً. تحسب تغطية شلل الأطفال كنسبة مئوية من الأطفال الذين تبلغ أعمارهم سنة واحدة والذين تلقوا ثلاث جرعات من لقاح شلل الأطفال في سنة معينة (منظمة الصحة العالمية، 2019).

خلال العقدين الماضيين، أظهرت معظم البلدان في المنطقة العربية زيادة في تغطية التحصين للأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين (الشكل 4-5). وقد لوحظت أكبر الزيادات في موريتانيا والسودان، بينما أقلها في بلدان مجلس التعاون الخليجي حيث كانت معدلات التحصين مرتفعة أساساً، إذ تجاوزت 97 في المائة في التقديرات الأخيرة لجميع اللقاحات الأربعة. في موريتانيا، من عام 2000 إلى عام 2015، ارتفعت معدلات التحصين ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي DPT والحصبة وعصية كالميت غيران BCG وشلل الأطفال بما يبلغ 15 و28 و22 و28 نقطة مئوية على التوالي. في السودان، من عام 2000 إلى عام 2014، تزايدت معدلات التحصين ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي DPT، والحصبة، وعصية كالميت غيران BCG، وشلل الأطفال بما يبلغ 22 و9 و14 و21 نقطة مئوية على التوالي.

بالإضافة إلى دول مجلس التعاون الخليجي، ارتفعت بشكل كبير أيضاً معدلات التطعيم لجميع اللقاحات الأربعة في مصر (2014)، ودولة فلسطين (2014) وتونس (2011)، حيث تلقى أكثر من 94 في المائة من الأطفال اللقاحات ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي DPT، والحصبة، وعصية كالميت غيران BCG، وشلل الأطفال. تتفاوت في بعض البلدان معدلات التلقيح حسب النوع. مثلاً، في ليبيا في عام 2014، أُعطي أكثر من 95 في المائة من الأطفال لقاحات ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي DPT، وعصية كالميت غيران BCG، وشلل الأطفال، بينما لُقِّح 73 في المائة فقط ضد الحصبة. في العراق، تزايدت معدلات التحصين ضد جميع أنواع الأمراض منذ عام 2006 مع استمرار التحصين ضد مرض السل في أعلى مستوياته. في العراق في عام 2017، أُعطي 94 في المائة من الأطفال لقاح عصية كالميت غيران BCG، في حين حصل 84 في المائة على لقاح الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي DPT، ولُقِّح 83 في المائة ضد الحصبة، و84 في المائة ضد شلل الأطفال. تظهر في هذه المعدلات مدى تزايد التحصين في العراق مقارنة بعام 2006، فبلغت الزيادات 23 و14 و2 و18 نقطة مئوية على التوالي.

الشكل 4-5 النسب المئوية لتغطية التحصين، خلال الفترة 2000-2017



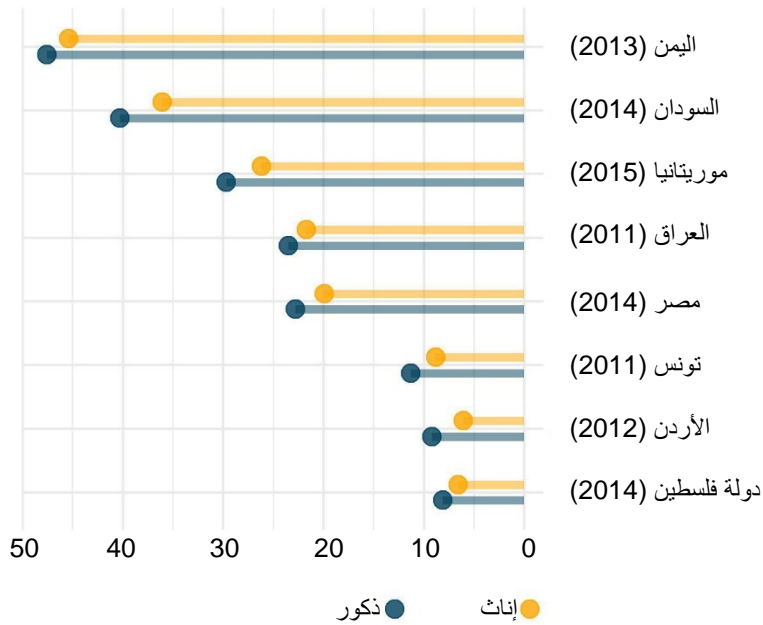
سوء التغذية لدى الأطفال في السودان وموريتانيا واليمن

التغذية عامل بالغ التأثير على صحة الطفل ورفاهه. وتُقيّم مستويات التغذية عند الأطفال على أساس ثلاثة مؤشرات للنمو الجسدي، وهي: التقزم (انخفاض الطول بالنسبة إلى العمر)، الهزال (انخفاض الوزن بالنسبة إلى الطول) ونقص الوزن (انخفاض الوزن بالنسبة إلى العمر). قد ينتج التقزم عن نقص في التغذية لمدة طويلة أو الإصابة بأمراض متكررة أو مزمنة. وينتج الهزال عن نقص في التغذية أو قد يكون بسبب إصابة حديثة بمرض أو نقص شديد في الغذاء. يمكن أن ينتج نقص الوزن عند الأطفال من التقزم أو الهزال أو كليهما معاً.

والبيانات التي تشير إلى اتجاهات تغذية الطفل في المنطقة العربية قليلة، ويتناول هذا القسم أحدث البيانات عن التغذية من بلدان مختارة في المنطقة (الشكل 4-6). يعاني واحد من كل خمسة أطفال في مصر (2014) والعراق (2011) من التقزم. وتعتبر أوضاع التغذية لدى الأطفال في السودان وموريتانيا واليمن سيئة جداً. سُجلت في اليمن نسبة تبلغ 47 في المائة من الأطفال الذين يعانون من التقزم في عام 2013، وهي الأعلى في المنطقة، تليها السودان بنسبة 38 في المائة في عام 2014 ثم موريتانيا بنسبة 28 في المائة في عام 2015. ذكرت دولة فلسطين في عام 2014 أن 7 في المائة من الأطفال يعانون من التقزم، وهو أدنى معدل في المنطقة، يليها الأردن بنسبة 8

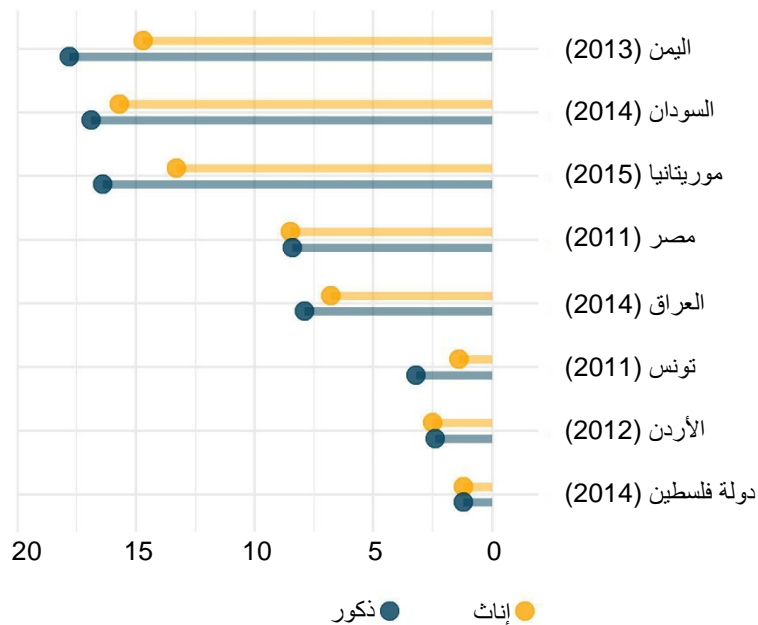
في المائة في عام 2012. كما هو مبين في الشكل، يعاني، على الأرجح، الفتيان من التقرُّم أكثر من الفتيات، ولكن الاختلافات حسب نوع الجنس تُعتبر ضئيلة إلى حد ما. لوحظ في عام 2014 أن الفرق أكبر في السودان، إذ يصل إلى 4 نقاط مئوية، حيث عانى 40 في المائة من الفتيان من التقرُّم مقارنة بـ 36 في المائة من الفتيات.

الشكل 4-6 التقرُّم حسب نوع الجنس وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

الشكل 4-7 الهزال حسب نوع الجنس وفقاً لأحدث البيانات المتاحة

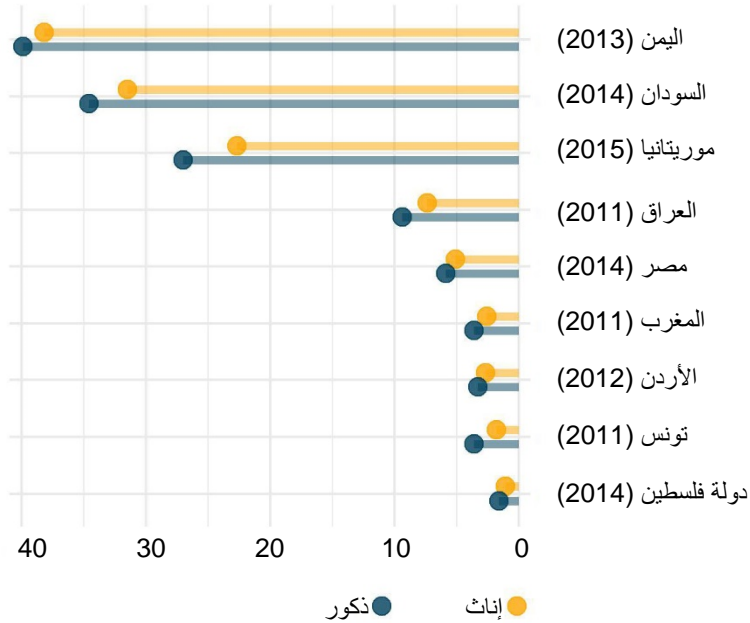


المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

ينتشر الهزال بنسب أقل من التقرُّم في جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات حديثة. في جميع البلدان، نسبة الأطفال الذين يعانون من الهزال أقل من نصف الذين يعانون من التقرُّم (الشكل 4-7). حسب ما سُجِّل في كل من اليمن (2013) والسودان (2014) يعاني 16 في المائة من الأطفال من الهزال، وهي أعلى معدلات في المنطقة، تليهما موريتانيا بنسبة 15 في المائة في عام 2015. أما أقل معدل فكان في دولة فلسطين بنسبة 1 في المائة. وقد لوحظت أكبر التباينات في انتشار الهزال بين الفتيان والفتيات في موريتانيا واليمن، بمعدل 3 نقاط مئوية.

بلغت نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن أقل من 10 في المائة في جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات حديثة، باستثناء موريتانيا والسودان واليمن (الشكل 4-8). سجلت اليمن أعلى نسبة من الأطفال الذين يعانون من نقص في الوزن، حيث بلغت 39 في المائة في عام 2013، تليها السودان بنسبة 33 في المائة في عام 2014 وموريتانيا بنسبة 25 في المائة في عام 2015. في جميع أنحاء المنطقة، يعتبر وضع التغذية لدى الفتيان أسوأ منه لدى الفتيات، رغم أن الاختلافات حسب نوع الجنس ضئيلة.

الشكل 4-8 نقص الوزن حسب نوع الجنس وفقاً لأحدث البيانات المتاحة



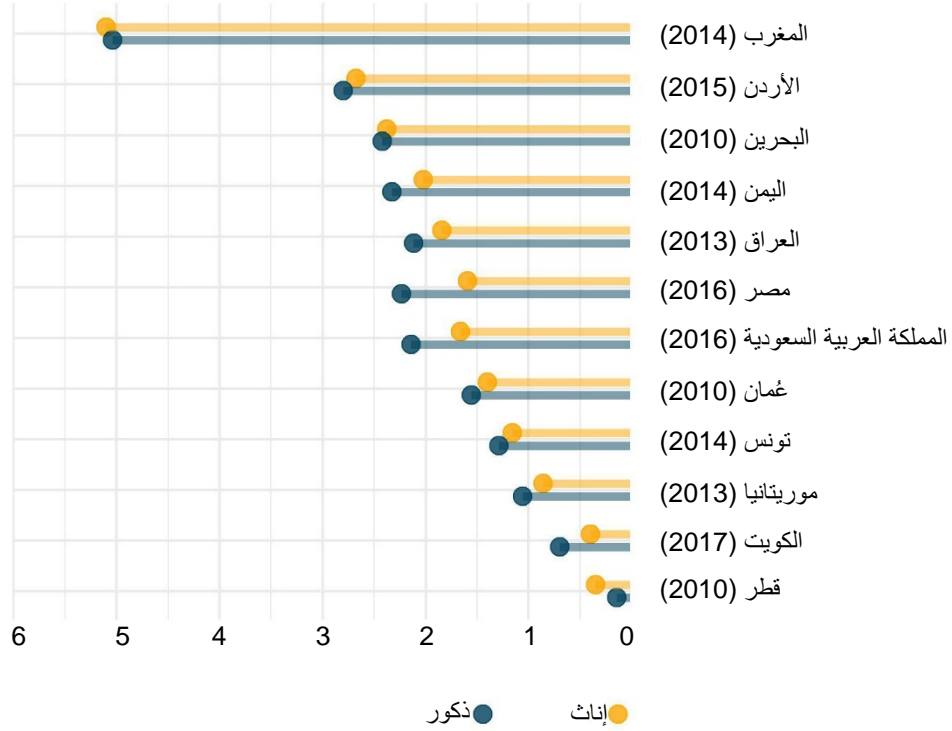
المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

الإعاقات أكثر انتشاراً في المغرب

وفقاً للتصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، الإعاقة مصطلح جامع يضم تحت مظلته الأشكال المختلفة للاعتلال أو الخلل العضوي، ومحدودية النشاط، والقيود التي تحد من المشاركة (WHO, 2011b).

يبين الشكل 4-9 أحدث البيانات المتاحة عن معدلات انتشار الإعاقة لكل 100,000 شخص. تراوحت معدلات الإعاقة بين 0 في المائة تقريباً من الرجال والنساء في قطر في عام 2010 إلى 5 في المائة من الرجال والنساء في المغرب في عام 2014. وكانت المعدلات متساوية بين الرجال والنساء، حيث افادت جميع البلدان عن وجود فجوات بين الجنسين تقل عن نقطة مئوية واحدة.

الشكل 4-9 انتشار الإعاقة، النسبة المئوية حسب نوع الجنس وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

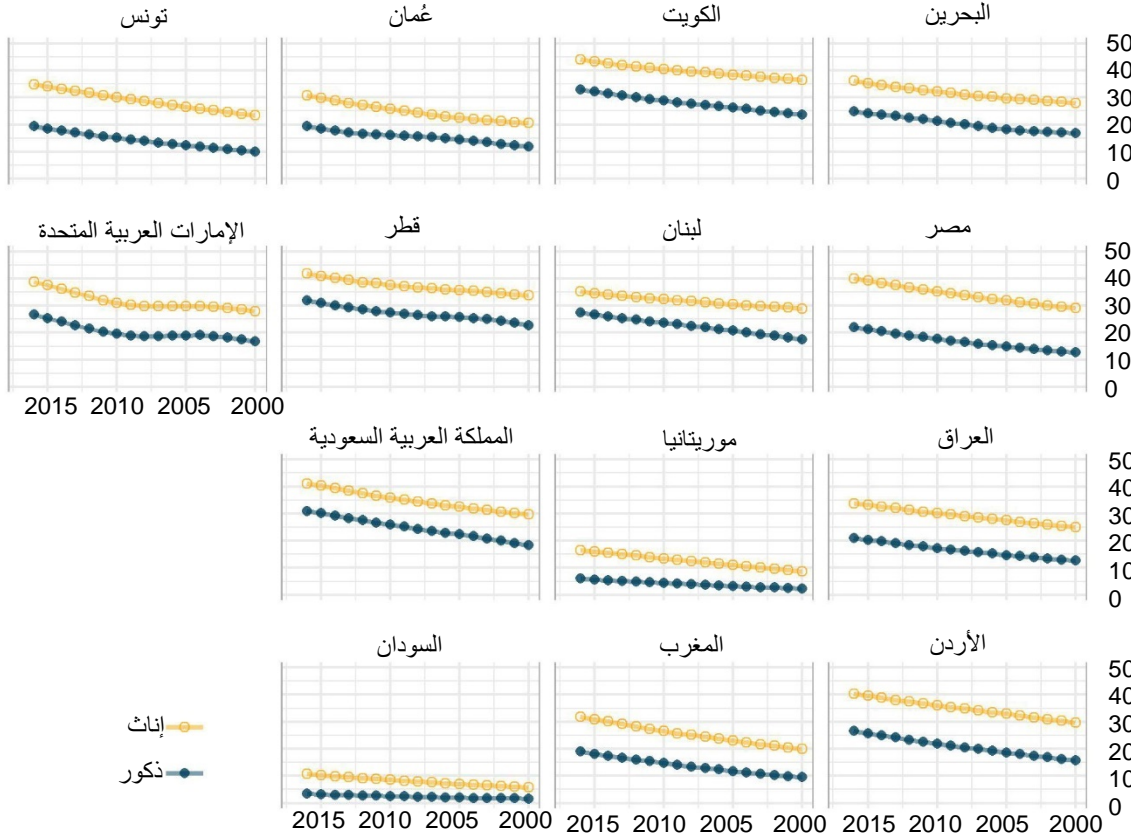
السمنة في ازدياد في جميع أنحاء المنطقة العربية، وهي أكثر انتشاراً بين النساء

يمكن أن تسبب زيادة الوزن مجموعة من الأعراض الصحية مثل أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم والسكري وعسر الهضم. يمكن قياس السمنة باستخدام مؤشر كتلة الجسم (BMI) الذي يحسب وزن الفرد بالنسبة إلى طوله. يعاني الشخص من السمنة إذا بلغ مؤشر كتلة الجسم 30 أو أكثر، بينما يُعتبر مصاباً بإفراط الوزن إذا وصل لديه مؤشر كتلة الجسم إلى 25 أو زاد عنه³.

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تتزايد السمنة في جميع أنحاء المنطقة العربية، والنساء أكثر عرضة للسمنة من الرجال. تنتشر السمنة بشكل كبير خاصة في بلدان مجلس التعاون الخليجي. في عام 2016 كان 44 في المائة من النساء و33 في المائة من الرجال في الكويت يعانون من السمنة، وهي أعلى نسبة في المنطقة. وتليها قطر، حيث تصل النسبة إلى 42 في المائة بين النساء و32 في المائة بين الرجال. خارج بلدان مجلس التعاون الخليجي، سجل الأردن ومصر أعلى النسب لدى النساء اللواتي يعانين من السمنة بنسبة 40 في المائة في عام 2016، في حين سجل لبنان أعلى نسبة من الرجال الذين يعانون من السمنة، بنسبة 27 في المائة في عام 2016. وسُجِّل في مصر أكبر تفاوت بين الجنسين في انتشار السمنة، حيث بلغت نسبة السمنة بين النساء ضعفي النسبة بين الرجال تقريباً، 40 في المائة و22 في المائة على التوالي. في عام 2016. في الفترة من 2000 إلى 2016، تزايدت السمنة بين النساء في مصر بما يبلغ 11 نقطة مئوية، في حين زادت بين الرجال بحوالي 9 نقاط مئوية.

منذ عام 2000، تزايدت السمنة بين النساء بشكل أسرع في المغرب وتونس، وبما يبلغ 12 نقطة مئوية. ولوحظت أكبر زيادة في السمنة بين الرجال في المملكة العربية السعودية، من 19 في المائة في عام 2000 إلى 31 في المائة في عام 2016، بزيادة قدرها 12 نقطة مئوية. وتزايد السمنة أقل في السودان وفيها النسبة الأدنى أيضا، حيث بلغت في عام 2000 نسبة السمنة 2 في المائة بين الرجال و6 في المائة بين النساء، مقارنة بـ 3 في المائة من الرجال و11 في المائة من النساء في عام 2016.

الشكل 10-4 السمنة لدى البالغين (18 سنة وما فوق)، بالنسبة المئوية وحسب الجنس خلال الفترة 2017-2000



المصدر: بيانات منظمة الصحة العالمية.

الإنفاق على الرعاية الصحية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي في لبنان والأردن

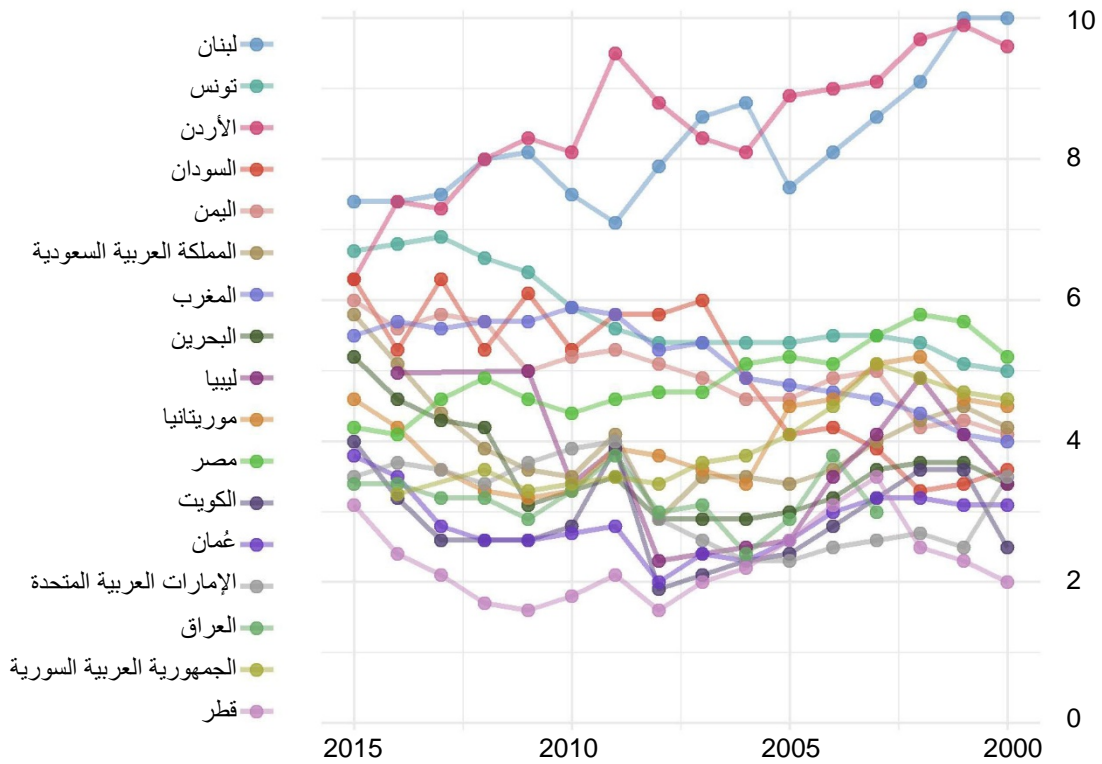
تمويل الرعاية الصحية مكون أساسي للنظم الصحية التي تتيح الحصول على الخدمات الصحية بشكل كامل، وبالتالي تحسين الحالة الصحية للسكان. يُبين الشكلان التاليان إجمالي نفقات الرعاية الصحية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي ونصيب الفرد من الإنفاق الحكومي بالدولار الأمريكي.

في عام 2015 وفي البلدان التي توفرت عنها بيانات حديثة، تراوحت نفقات الرعاية الصحية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي بين 3 في المائة وأقل من 8 في المائة، أدناها في قطر وأعلىها في لبنان. ومنذ عام 2000 وحتى

عام 2015، سجل الأردن انخفاضاً قدره 4 نقاط مئوية من 10 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2000 إلى 6 في المائة في عام 2015، وهو أكبر انخفاض في المنطقة. يليه لبنان، الذي سجل عن انخفاض قدره 3 نقاط مئوية، من 10 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2000 إلى 7 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2015.

وبلغت أكبر زيادة في المنطقة من عام 2000 إلى عام 2015 في إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية كحصة من الناتج المحلي الإجمالي نسبة 2 في المائة، وسُجلت في البحرين والكويت وليبيا (2000-2014) والمغرب والمملكة العربية السعودية والسودان وتونس واليمن.

الشكل 4-11 الإنفاق على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة 2015-2000



المصدر: بيانات من منظمة الصحة العالمية.

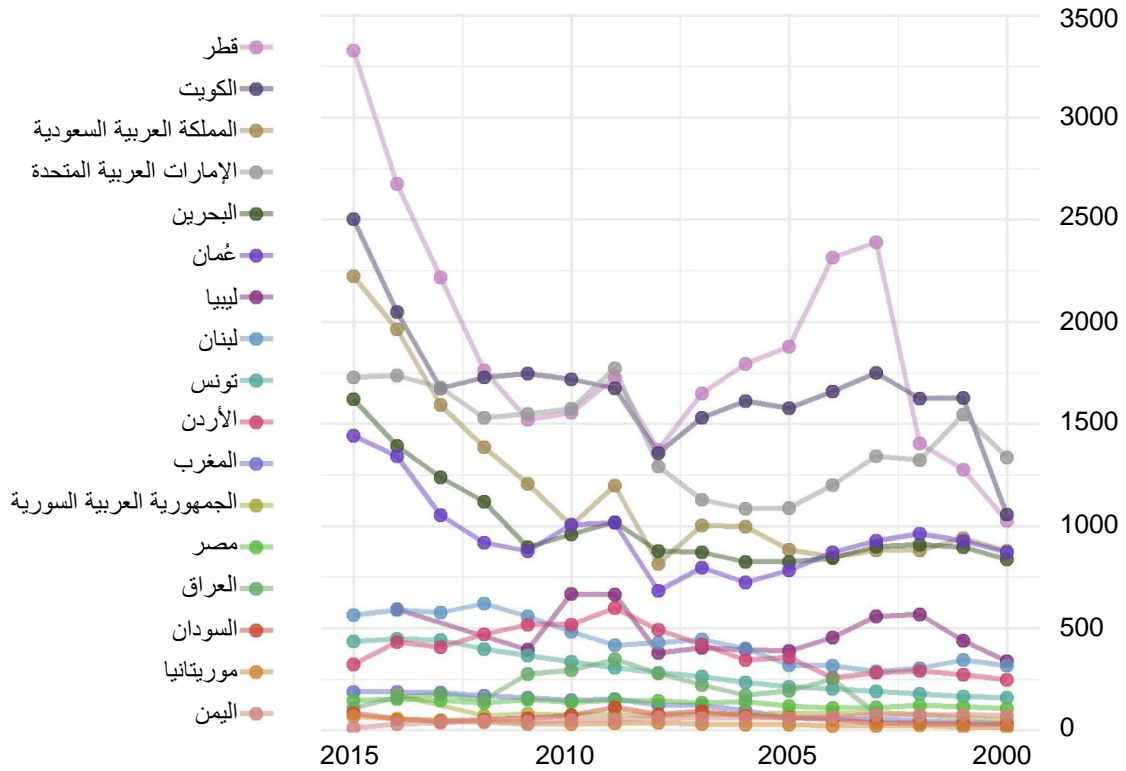
نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية في ازدياد في بلدان مجلس التعاون الخليجي

يتبين من مؤشر نصيب الفرد من نفقات الرعاية الصحية في جميع أنحاء المنطقة، محسوباً بالدولار الأمريكي حسب متوسط أسعار الصرف، أن بلدان مجلس التعاون الخليجي سجلت المبلغ الأعلى في عام 2015، وأبرزها قطر والمملكة العربية السعودية والكويت، حيث بلغ نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة 3331 و2266 و2504 دولاراً على التوالي. أما البلدان التي سجلت أقل نصيب للفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية في عام 2015 فهي اليمن وموريتانيا والسودان، فسجلت 15 و69 و86 دولاراً على التوالي.

وفي جميع البلدان التي تتوفر بيانات عنها، تزايد نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية بين عامي 2005 و2015 باستثناء اليمن. وسجلت الزيادة العددية الأعلى في بلدان مجلس التعاون الخليجي بين عامي 2005 و2015، وارتفع الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية في قطر بمقدار 2305 دولاراً، وهو أعلى رقم في المنطقة، تليها الكويت بمبلغ 1446 دولاراً.

واحرزت السودان وموريتانيا، وهما من بلدان الدخل المنخفض، تزايداً مستمراً في نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية. ارتفع، في موريتانيا، نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية من 14 دولاراً في عام 2000 إلى 69 دولاراً في عام 2015. وبالمثل، ارتفع نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية في السودان من 29 دولاراً في عام 2000 إلى 86 دولاراً في عام 2015. أما البلد الوحيد الذي سجل عن انخفاض في الفترة من 2000 إلى 2015، فهو اليمن، وذلك من 73 دولاراً في عام 2000 إلى 15 دولاراً في عام 2015.

الشكل 4-12 نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية (بمعادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي) خلال الفترة 2015-2000



المصدر: بيانات من منظمة الصحة العالمية.

تباين كبير في أعداد العاملين في مجال الرعاية الصحية

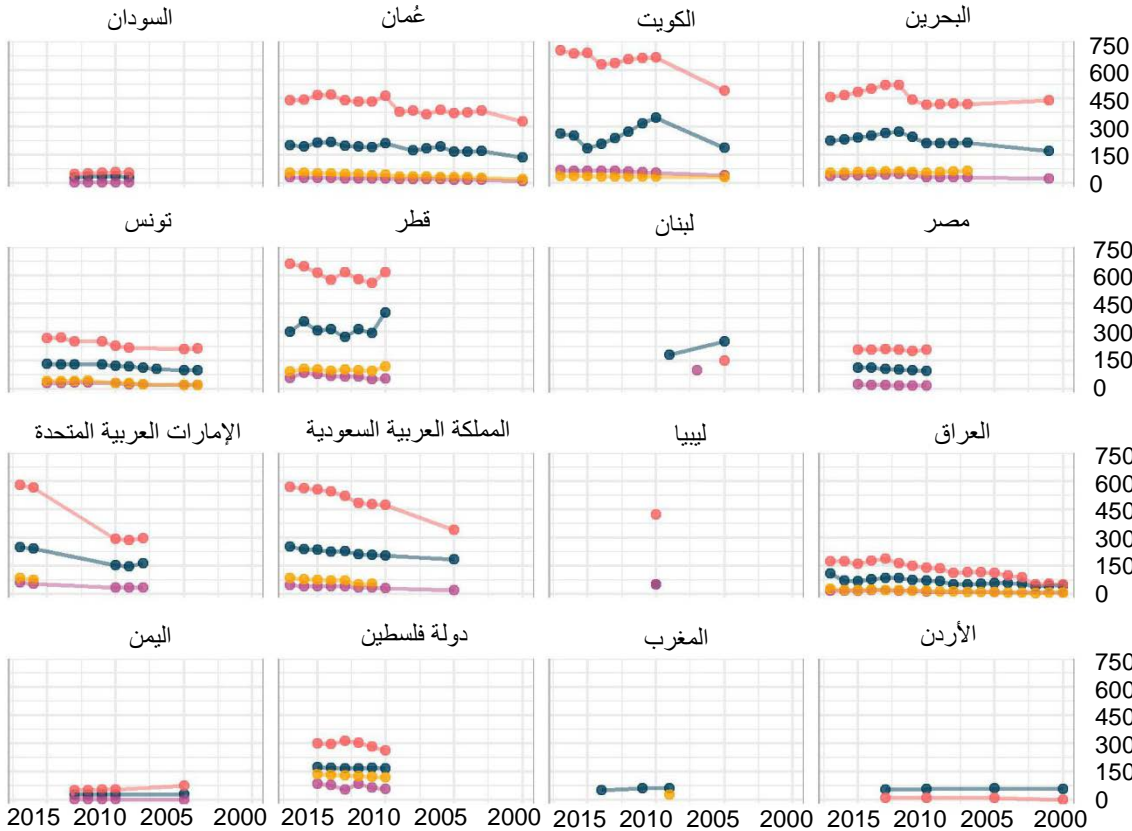
في معظم بلدان المنطقة العربية، يقدر عدد الممرضين بضعفي عدد الأطباء، في حين يقل عدد أطباء الأسنان والصيدالة عن عدد الممرضين والأطباء. سجلت دول مجلس التعاون الخليجي أعلى كثافة للعاملين في مجال الرعاية الصحية في المنطقة، فشهدت المملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة زيادات مطّردة منذ عامي 2005 و2010 على التوالي (الشكل 4-12). في المملكة العربية السعودية في عام 2005، كان هناك 189

طبيباً و21 طبيب أسنان و343 ممرضاً لكل 100,000 شخص. ازدادت هذه الأرقام منذ ذلك الحين إلى 253 و48 و569 على التوالي في عام 2017. بالمثل، تجاوز عدد الأطباء لكل 100,000 شخص الـ 200 في جميع بلدان مجلس التعاون الخليجي الأخرى في عام 2017. وشهدت قطر أعلى عدد وهو 300. واستناداً إلى أحدث البيانات المتاحة، افادت دولة فلسطين عن ثاني أعلى عدد من الأطباء لكل 100,000 شخص، إذ بلغ 173 في عام 2015.

من بين البلدان التي قدمت تقديرات حديثة لكثافة الأطباء وأطباء الأسنان والممرضين، سُجلت أدنى التقديرات في السودان. في السودان في عام 2013، كان هناك 32 طبيباً، و3 أطباء أسنان و47 ممرضاً لكل 100,000 شخص. وبالمثل، في اليمن في عام 2013، كان هناك فقط 27 طبيباً و3 أطباء أسنان و51 ممرضاً لكل 100,000 شخص. وبقيت كثافة الأطباء وأطباء الأسنان ثابتة نسبياً منذ عام 2005، على الرغم من انخفاض كثافة الممرضين بنحو الثلث، من 76 ممرض لكل 100,000 شخص في عام 2005.

لوحظت في العراق زيادة مطردة في عدد العاملين في مجال الرعاية الصحية في جميع المجالات منذ عام 2000 عندما كان هناك 45 طبيباً و9 أطباء أسنان و53 ممرضاً و8 صيادلة لكل 100,000 شخص. تزايدت، وبحلول عام 2010، كثافة العاملين في مجال الرعاية الصحية إلى 72 طبيباً و16 طبيب أسنان و142 ممرضاً و19 صيدلانياً لكل 100,000 شخص، ثم افاد العراق في عام 2017 عن وجود 111 طبيباً و19 طبيب أسنان و174 ممرضاً و30 صيدلانياً لكل 100,000 شخص.

الشكل 4-13 كثافة العاملين في مجال الرعاية الصحية لكل 100,000 شخص خلال الفترة 2000-2017



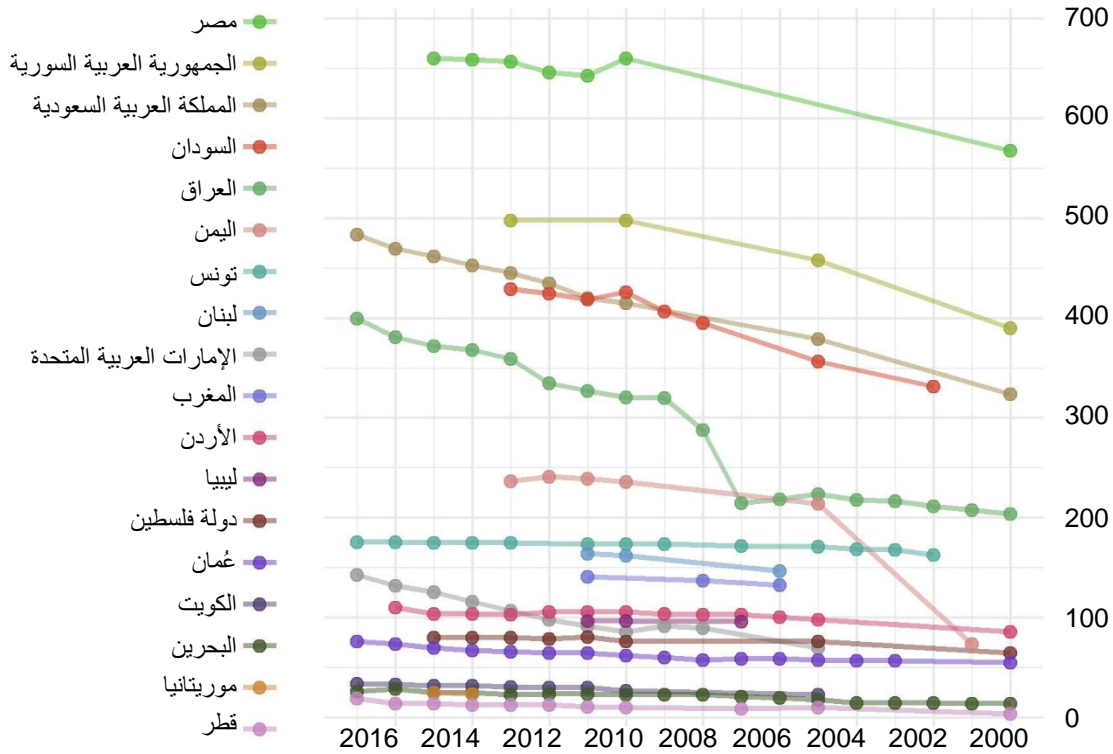
المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

ازدياد عدد المستشفيات باطراد في العراق والمملكة العربية السعودية

المستشفيات هي مؤسسات تقدم خدمات الرعاية الصحية التي تشمل الوقاية والعلاج والعمليات وإعادة التأهيل وحتى التدريس. وهي تضم عدداً كبيراً من العاملين في المجال الصحي من فنيين وممرضين وأطباء وكذلك موظفين إداريين.

سجلت مصر أكبر عدد من المستشفيات بين بلدان المنطقة العربية إذ بلغ عددها، وفق التقديرات الحديثة، 660 مستشفى في عام 2015، وهو العدد نفسه الذي كان في عام 2010. بشكل عام، يوجد العدد الأكبر من المستشفيات في البلدان الأكثر كثافة بالسكان، علماً أن أحدث التقديرات من المغرب، وهو رابع أكثر البلدان كثافة بالسكان في المنطقة، تبين أنه احتل المرتبة التاسعة في عام 2011 الذي أبلغ فيه عن عدد المستشفيات. سجلت قطر وموريتانيا والبحرين، وهي البلدان الأقل كثافة بالسكان في المنطقة، أقل عدد من المستشفيات، فبلغ العدد، وعلى التوالي 19 في عام 2018، و 25 في عام 2015، و 26 في عام 2017.

الشكل 4-14 عدد المستشفيات خلال الفترة 2000-2017



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

واستمر عدد المستشفيات في التزايد في العراق والمملكة العربية السعودية والسودان. وفي كل عام منذ عام 2007، تزايد عدد المستشفيات في العراق، من 215 في 2007 إلى 335 في 2012، ثم إلى 400 مستشفى في عام 2017، أي بزيادة قدرها 185 مستشفى على مدى 10 سنوات. كان هناك 379 مستشفى في المملكة العربية السعودية في عام 2005، ثم ارتفع إلى 415 في عام 2010، ثم إلى 484 في عام 2017. وكان عدد المستشفيات

في السودان، في عام 2005، 357 مستشفى مقارنة بـ 429 في عام 2013. وتضاعف عدد المستشفيات في الإمارات العربية المتحدة منذ عام 2005 من 70 مستشفى في عام 2005 إلى 143 في عام 2017. ظل عدد المستشفيات في تونس ثابتاً نسبياً منذ عام 2005 حيث بلغ 171 مستشفى ليزداد زيادة طفيفة إلى 176 مستشفى في عام 2017. تزايد عدد المستشفيات في اليمن كثيراً في بداية القرن الحادي والعشرين، من 74 مستشفى في عام 2001 إلى 214 مستشفى في عام 2005، لكن هذا التزايد لم يستمر بنفس الوتيرة، فبلغ العدد 237 مستشفى في عام 2013.

التعليم هو أحد العوامل الرئيسية التي تعزز التنمية المستدامة. ويزود التعليم النظامي الأفراد بالمهارات التي تتطلبها أسواق العمل الحديثة وله علاقة مباشرة بفرص العمل والأجور. ويساهم التعليم أيضاً في صحة السكان ورفاههم بشكل عام. لقد شهدت المنطقة العربية توسعاً هائلاً في قطاع التعليم في العقود الأخيرة. ومع ارتفاع معدلات النمو السكاني في المنطقة، يزداد عدد الأطفال في سن الدراسة كل سنة، ما يتطلب توفير مزيد من الموارد البشرية والمالية للتعليم. وقد استمدت البيانات المستخدمة في هذا القسم من أجهزة الإحصاء الوطنية ومعهد اليونسكو للإحصاء (UIS).

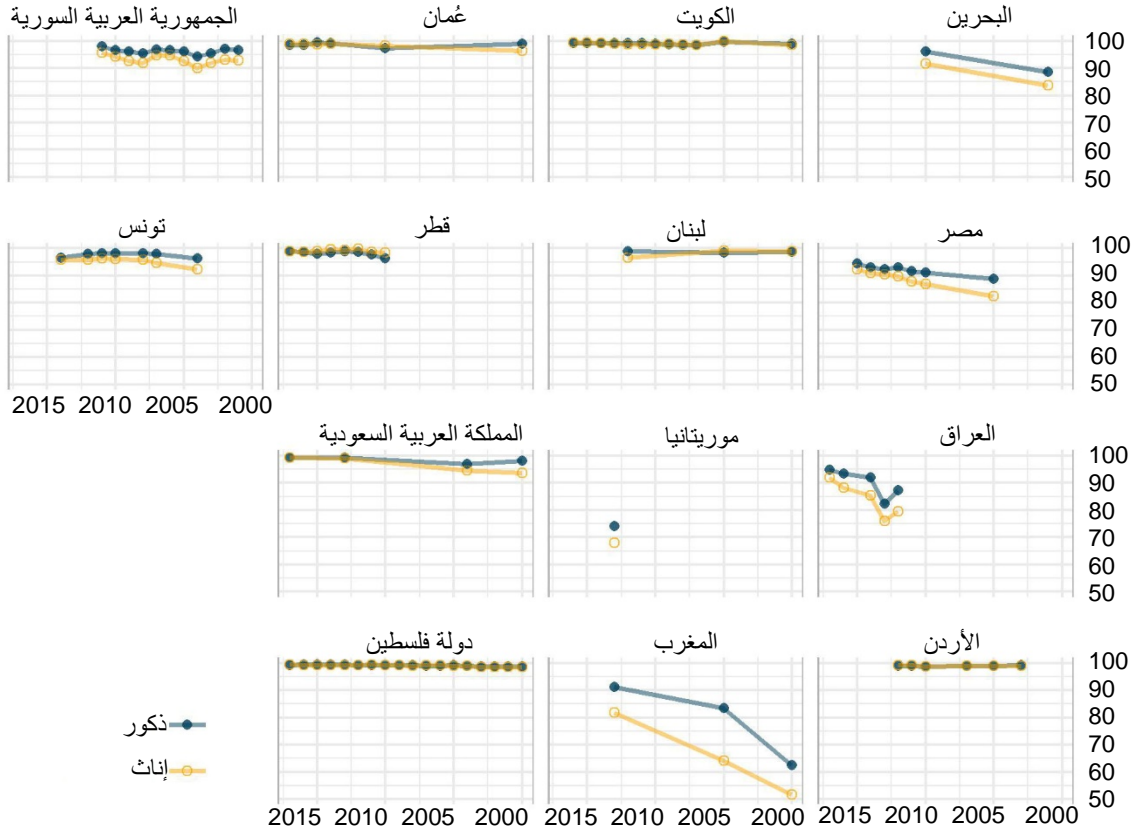
ارتفاع معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة في المنطقة العربية، ولكنها أعلى بين الرجال مما هي عليه بين النساء

تشير التقديرات الأخيرة إلى أن معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين البالغين تتجاوز 90 في المائة في 8 من البلدان الـ 14 المبينة في الشكل 5-1، مع تحقيق جميع البلدان تقدماً بهذا الاتجاه منذ عام 2005. منذ عام 2005 لغاية عام 2017، ارتفع معدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين البالغين في المغرب بحوالي 11 نقطة مئوية، ولدى النساء بنحو 16 نقطة مئوية. يميل الرجال البالغون إلى الإلمام بالقراءة والكتابة أكثر من النساء في جميع أنحاء المنطقة، وخصوصاً في شمال أفريقيا. في المغرب في عام 2017، كانت نسبة الرجال الملمّون بالقراءة والكتابة أعلى بنحو 11 نقطة مئوية من النساء. وكان الفرق كبيراً في تونس أيضاً في عام 2014 ومصر في عام 2015، فبلغ حوالي 14 نقطة مئوية.

وفي الأردن، تقلّصت الفجوة بين الجنسين في معدلات إلمام البالغين بالقراءة والكتابة مع مرور الوقت، فبلغ المعدل بين الرجال 95 في المائة في عام 2005 مقارنة مع 85 في المائة بين النساء، وفي عام 2012 بلغ المعدل 98 في المائة بين الرجال و97 في المائة بين النساء.

يبين الشكل 5-2 اتجاهات معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة لدى الشباب والشابات الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عاماً. ينتشر، عموماً، الإلمام بالقراءة والكتابة بين فئة الشباب في المنطقة بمعدلات أعلى من إجمالي السكان البالغين (الذين تتجاوز أعمارهم 15 عاماً). ورغم أن الشبان، عموماً، أكثر إلماماً بالقراءة والكتابة من الشابات في المنطقة العربية، إلا أن الفارق أقل مما هي عليه بين السكان البالغين. وسجل العراق والمغرب تزايداً ملحوظاً في معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة لدى الشباب والشابات، وتقلّصاً في الفرق بين الجنسين مع مرور الوقت. أما في العراق، في عام 2012، بلغت نسبة الملمّين بالقراءة والكتابة 87 في المائة من الشبان و79 في المائة من الشابات، وارتفعت النسبتان إلى 95 في المائة و92 في المائة على التوالي في عام 2017. في المغرب في عام 2005، بلغت نسبة الملمّين بالقراءة والكتابة 83 في المائة من الشبان و64 في المائة من الشابات، ثم ارتفعت النسبتان في عام 2013 إلى 91 في المائة من الشبان و81 في المائة من الشابات.

الشكل 5-2 معدلات إلمام الشباب (15-24 سنة) بالقراءة والكتابة حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017

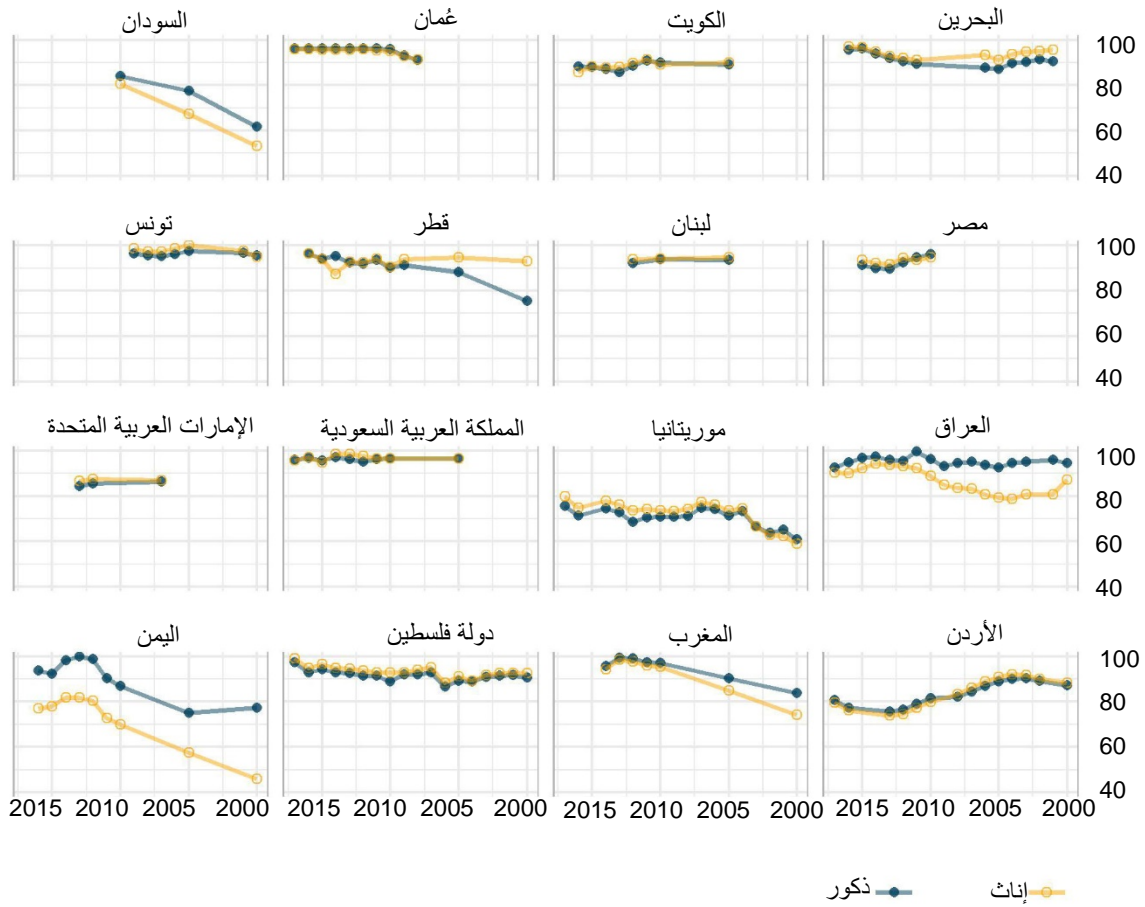


المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

تضييق الفجوة بين الجنسين في معدل الالتحاق الصافي بالتعليم الابتدائي في العراق والمغرب

يبين الشكل 3-5 نسب الالتحاق الصافي بالتعليم الابتدائي. وتعرف نسبة الالتحاق الصافي كمجموع عدد الطلاب الذين هم في الفئة العمرية النظرية للالتحاق بمستوى معين من التعليم وقد التحقوا فعلاً بالتعليم في ذلك المستوى، ويُعبر عنها كنسبة مئوية من مجموع عدد السكان الذين هم في هذه الفئة العمرية⁴. وتكشف التقديرات الحديثة في المنطقة العربية عن ارتفاع نسب الالتحاق الصافي، إذ تتجاوز 90 في المائة للفتيات والفتيان في 10 من البلدان الـ 16 المشار إليها. شهد الالتحاق الصافي في اليمن تزايداً كبيراً منذ عام 2005، فالتحق في ذلك العام 75 في المائة من الفتيان و58 في المائة من الفتيات في سن التعليم الابتدائي بالمدارس الابتدائية، مقارنة بنسبة التحاق بلغت 94 في المائة للفتيان و77 في المائة للفتيات في عام 2016. وتقلصت الفجوة بين الجنسين في نسب الالتحاق بالمدارس الابتدائية في العراق والمغرب منذ عام 2005. أما في العراق تقلصت الفجوة من 13 نقطة مئوية في عام 2005 إلى 2 نقطة مئوية في عام 2017. وفي المغرب ارتفعت نسب الالتحاق من 90 في المائة للفتيان و85 في المائة للفتيات في عام 2005، إلى 96 و94 في المائة على التوالي في عام 2014.

الشكل 5-3 معدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017



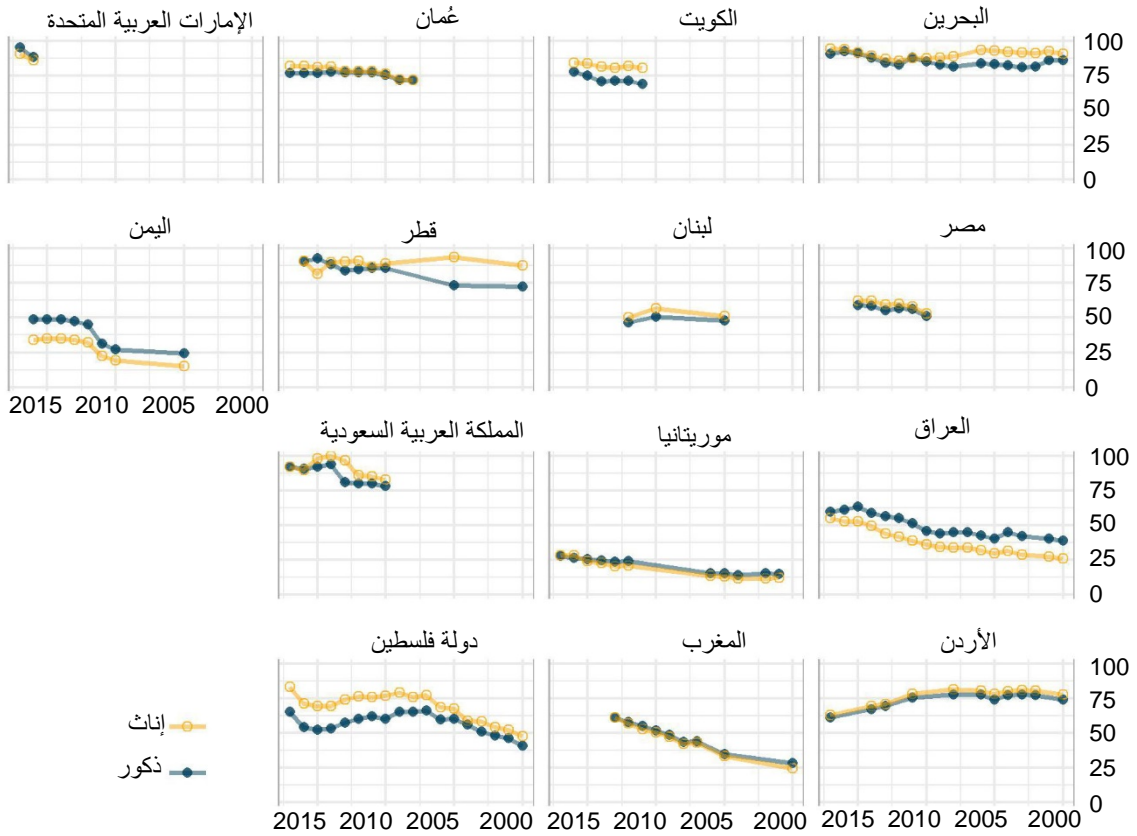
المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

معدلات الالتحاق الصافي في التعليم الثانوي هي الأعلى في دول مجلس التعاون الخليجي

معدلات الالتحاق بالتعليم الثانوي في المنطقة العربية أقل من معدلات الالتحاق التعليم الابتدائي، مع العلم أن بلداناً عدة شهدت ارتفاعاً في معدلات الالتحاق بالتعليم الثانوي مع مرور الوقت (الشكل 5-4). ويُسجّل في بلدان مجلس التعاون الخليجي، باستمرار، أعلى نسب الالتحاق الصافي بالتعليم الثانوي. وشهد العراق والمغرب واليمن زيادات ثابتة وكبيرة مع مرور الوقت، في حين كانت الزيادات بدرجات أقل في بلدان مجلس التعاون الخليجي (الكويت، وعمّان، وقطر، والمملكة العربية السعودية)، ومصر، وموريتانيا، ودولة فلسطين. في اليمن، في عام 2005، لم تتجاوز نسبة السكان في سن الدراسة الثانوية المسجلين في التعليم الثانوي 24 في المائة بين الفتيان و15 في المائة بين الفتيات، لكن النسب تضاعفت بحلول عام 2016 لتصل إلى 49 في المائة و34 في المائة على التوالي. بين عامي 2005 و2014، شهد المغرب ارتفاعاً مماثلاً، إذ التحق 35 في المائة من الفتيان و33 في المائة من الفتيات في سن الدراسة الثانوية بالتعليم الثانوي في عام 2005، ثم ارتفعت نسبة الفتيان والفتيات في سن الدراسة الثانوية الملتحقين بالتعليم الثانوي إلى 61 في المائة في عام 2014. كانت الزيادة في العراق كبيرة ولكن ليس بالقدر نفسه، ففي عام 2005 بلغت نسبة الالتحاق الصافي بالتعليم الثانوي للفتيان 41 في المائة مقابل 60 في المائة في عام 2017، وبلغت نسبة الالتحاق الصافي بالتعليم الثانوي للفتيات 30 في المائة في عام 2005 مقارنة بنسبة 55 في المائة في عام 2017.

معدل الالتحاق الصافي بالتعليم الثانوي أقل للفتيات من الفتيان مع مرور الوقت في العراق واليمن. وكان معدل التحاق الفتيات أعلى من معدل الفتيان في الكويت والمملكة العربية السعودية ودولة فلسطين والأردن، علماً أن الفرق في الأردن ثبت على هامش طفيف لا يتجاوز 2 في المائة تقريباً. أما في دولة فلسطين فقد اتسعت الفجوة بين الجنسين مع مرور الوقت. في عام 2005، التحق 67 في المائة من الفتيات في المرحلة الثانوية بالمدارس الثانوية مقابل 60 في المائة من الفتيان، في حين التحق 83 في المائة من الفتيات في المرحلة الثانوية بالمدارس الثانوية في عام 2017 مقابل 65 في المائة من الفتيان، مما يعكس زيادة في الفجوة بين الجنسين لصالح الفتيات من 7 نقاط مئوية إلى 18 نقطة مئوية.

الشكل 4-5 معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017



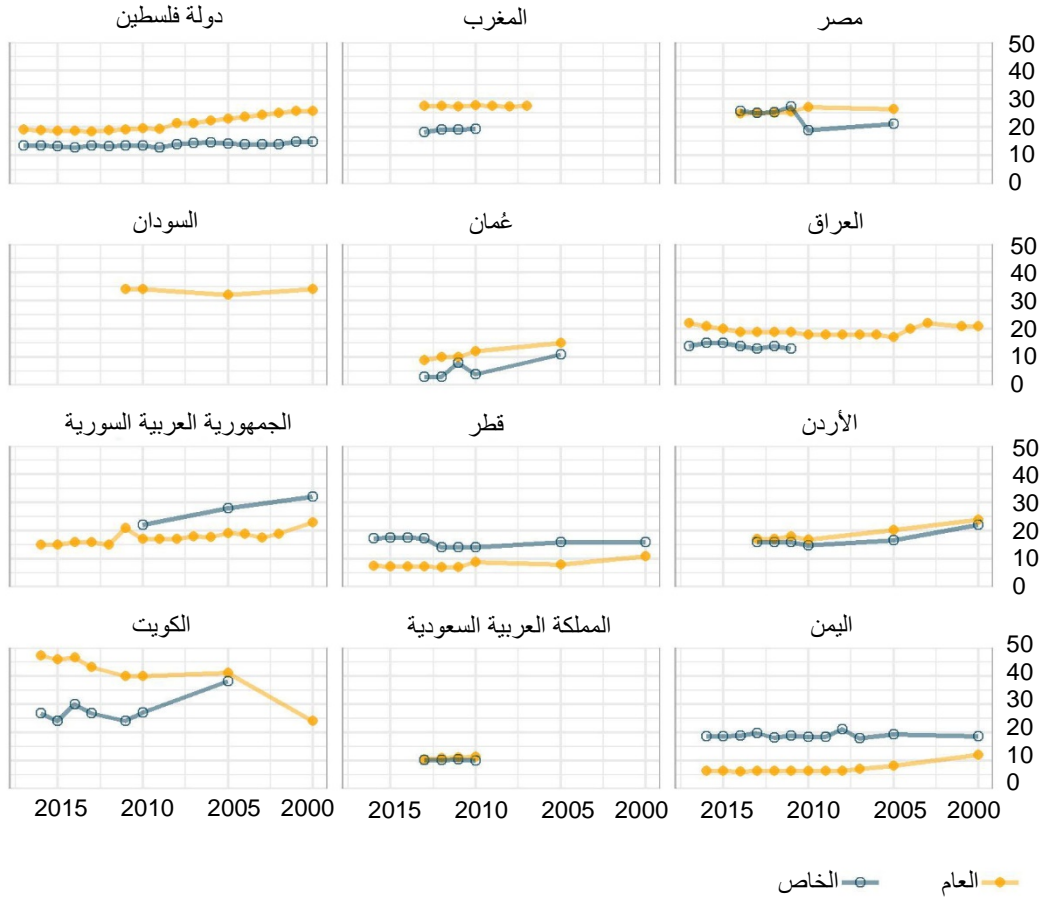
المصدر: بيانات من الاجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

المعدل الأعلى للطلاب إلى المعلمين هي في السودان واليمن

قد تمثل معدل الطلاب إلى المعلمين مؤشراً على جودة التعليم. ففي الصفوف المكتظة، قد لا يكون التعليم بالجودة المطلوبة، لأن المعلمين قد لا يتمكنون من تخصيص الوقت الكافي لتلبية متطلبات كل تلميذ. منذ عام 2005، استمر السودان واليمن في تسجيل أعلى معدل الطلاب إلى المعلمين في المدارس الابتدائية في المنطقة. في المدارس الابتدائية الحكومية في اليمن، ارتفع متوسط معدل الطلاب إلى المعلمين من 41 طالباً لكل معلم في عام 2005 إلى 47 في عام 2016. وانخفض معدل الطلاب إلى المعلمين في المدارس الابتدائية الحكومية في الأردن ودولة فلسطين، من 20 و23 على التوالي في عام 2005 إلى 17 في الأردن في عام 2013 و19 في دولة

فلسطين في عام 2017. وفي عام 2017، بلغ متوسط معدل التلاميذ إلى المعلمين في المدارس الابتدائية 22، وهو أعلى منه في المدارس الخاصة حيث يبلغ 14. واستمرت، على مدى الوقت، المدارس الابتدائية الخاصة في العراق بتسجيل معدل الطلاب إلى المعلمين أقل من المدارس الابتدائية العامة، وكان الحال كذلك في المغرب وعمان ودولة فلسطين واليمن. لكن، وعلى العكس، سجلت الكويت وقطر باستمرار معدل الطلاب إلى المعلمين في المدارس الابتدائية الخاصة أعلى من المدارس الحكومية. ففي عام 2015 في الكويت، كان متوسط معدل التلاميذ إلى المعلمين في المدارس الابتدائية الخاصة 17، أكثر من ضعفي المعدل في المدارس الابتدائية العامة الذي بلغ 6. لوحظ تفاوت مشابه في قطر أيضاً بين المدارس الابتدائية الخاصة والعامة في عام 2017، عندما بلغ متوسط النسبة 17 طالباً لكل معلم في المدارس الابتدائية الخاصة مقابل 7 طلاب لكل معلم في المدارس الابتدائية العامة. أما في مصر والأردن والمملكة العربية السعودية فكان متوسط معدل التلاميذ في المدارس العامة والخاصة متكافئاً وفقاً لأحدث البيانات المتاحة لثلاث سنوات لكل بلد، حيث كان الفرق في معدل التلاميذ بين المدارس الابتدائية العامة والخاصة لا يتجاوز طالباً واحداً لكل معلم.

الشكل 5-5 معدل الطلاب إلى المعلمين في التعليم الابتدائي خلال الفترة 2000-2017⁵

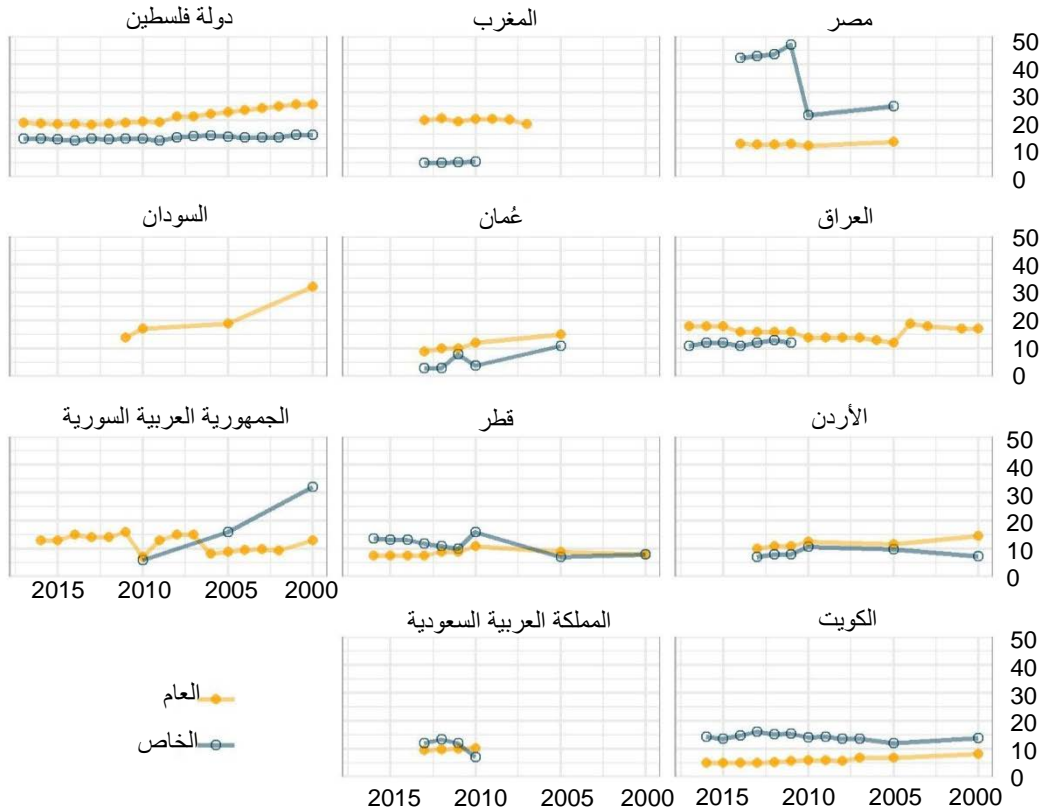


المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

معدل الطلاب إلى المعلمين في المدارس الثانوية منخفضة باستمرار في بلدان مجلس التعاون الخليجي، ولكنها في اليمن أعلى بكثير من البلدان الأخرى في المنطقة

اتجاهات معدل الطلاب إلى المعلمين ليست بالضرورة ثابتة عبر مستويات التعليم المختلفة وبين التعليم العام والخاص. ظل في مصر متوسط معدل الطلاب إلى المعلمين على حاله تقريباً في المدارس العامة، الابتدائية والثانوية منها على حد سواء بين عامي 2010 و2014. ولكن التزايد في المتوسط في المدارس الثانوية الخاصة كان أكبر بكثير من الابتدائية الخاصة في عامي 2010 و2011، فارتفع من 19 إلى 27 طالباً لكل معلم في المدارس الابتدائية الخاصة، ولكن بأكثر من الضعفين في المدارس الثانوية الخاصة خلال الفترة الزمنية نفسها، من 22 إلى 47 طالباً لكل معلم. في المغرب، كان متوسط معدل الطلاب إلى المعلمين في المدارس الثانوية العامة، 20 طالباً لكل معلم بين عامي 2010 و2013، وهو أعلى بأربعة أضعاف من المتوسط في المدارس الثانوية الخاصة البالغ 5 طلاب لكل معلم. في السودان، رغم ثبات متوسط معدل الطلاب إلى المعلمين في المدارس الابتدائية العامة إلى حد ما عند حوالي 33 طالباً لكل معلم من عام 2000 إلى عام 2011، انخفض المعدل في المدارس الثانوية العامة خلال الفترة الزمنية نفسها، من 32 طالباً لكل معلم في عام 2000 إلى 14 طالباً في عام 2011. سجلت بعض بلدان مجلس التعاون الخليجي (الكويت وعمان وقطر والمملكة العربية السعودية باستمرار) معدلاً للطلاب إلى المعلمين في التعليم الثانوي هي من الأدنى في المنطقة، وذلك في المدارس العامة والخاصة على حد سواء. فبلغ المتوسط في الكويت 5 طلاب لكل معلم في عام 2015 في المدارس الثانوية العامة و11 طالباً لكل معلم في المدارس الثانوية الخاصة. وعلى نحو مماثل، ظلت معدلات تلاميذ المدارس الثانوية في المدارس الحكومية في المملكة العربية السعودية منخفضة ومستقرة بين عامي 2010 و2013، فبلغت 10 طلاب لكل معلم.

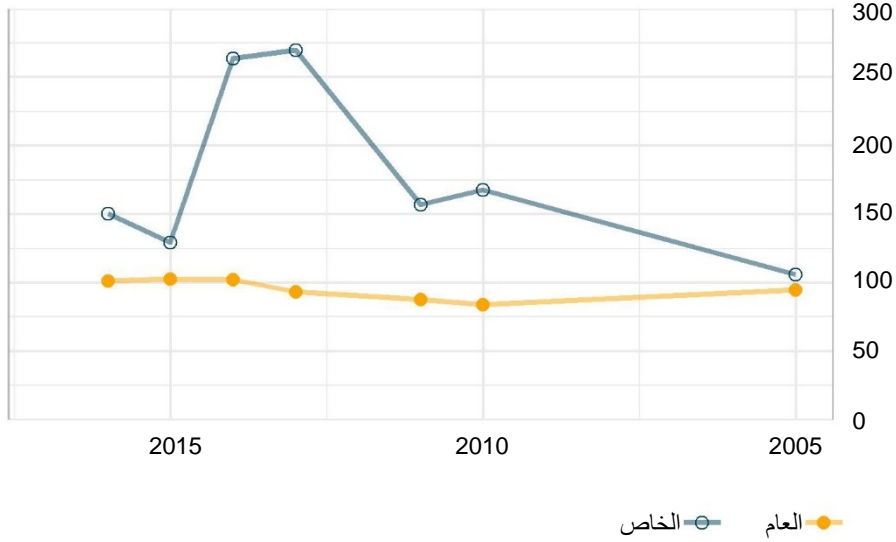
الشكل 5-6 معدل الطلاب إلى المعلمين في التعليم الثانوي



المصدر: بيانات من الاجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

يوضح الشكل 5-7 معدل الطلاب إلى المعلمين في المدارس الثانوية العامة والخاصة في اليمن من عام 2005 إلى عام 2016، وهي أعلى بكثير من أي دولة أخرى في المنطقة، حيث بلغ 101 طالب لكل معلم في المدارس العامة و151 في المدارس الخاصة في عام 2016. رغم أن نسبة الطلاب إلى المعلمين في المدارس الثانوية العامة ظلت ثابتة إلى حد ما، ولكنها ارتفعت في المدارس الثانوية الخاصة إلى 270 في عام 2013 و264 طالباً لكل معلم في عام 2014.

الشكل 5-7 معدل الطلاب إلى المعلمين في التعليم الثانوي في اليمن خلال الفترة 2000-2017



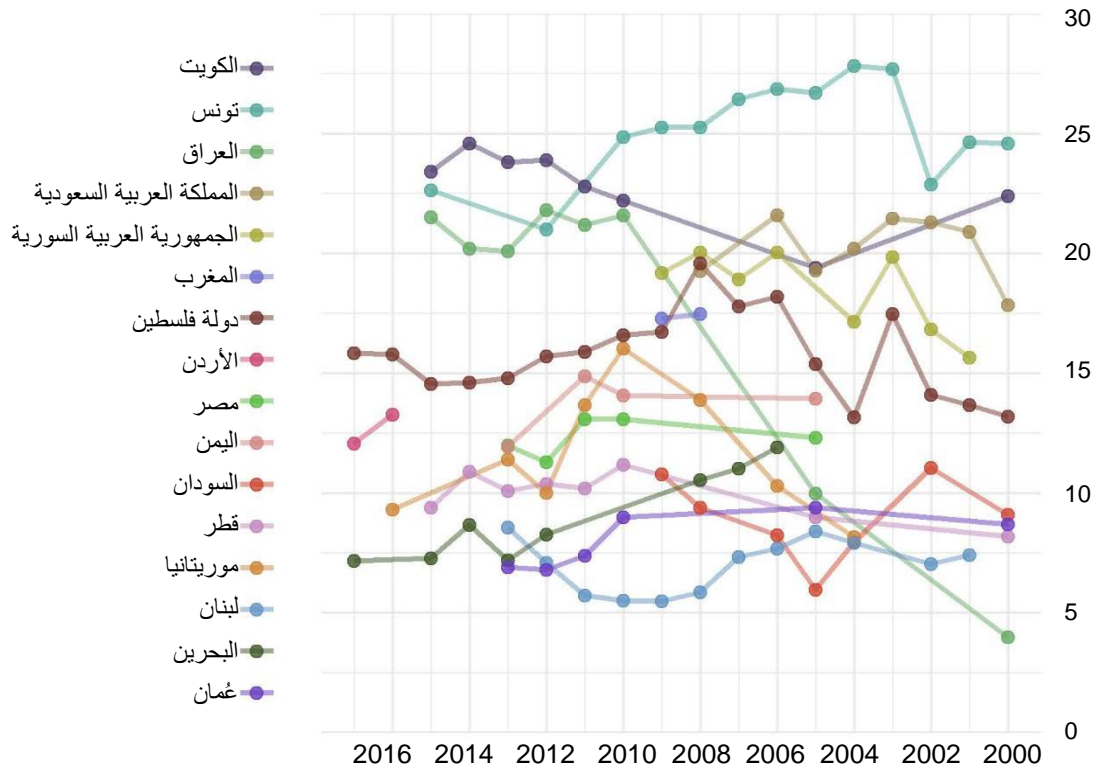
المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

ارتفاع الإنفاق العام على التعليم في بعض البلدان وانخفاضه في بلدان أخرى

يوفر معهد اليونسكو للإحصاء (UIS) بيانات حول الإنفاق على التعليم في معظم البلدان العربية. وترد الأرقام كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي وكنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي. وتعطي هذه الأرقام مؤشراً حول درجة الأولوية التي يعطيها كل بلد للتعليم لدى تخصيص الموارد العامة.

لقد ازداد، مع مرور الوقت، الإنفاق العام على التعليم كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي في بعض البلدان وانخفض في بلدان أخرى (الشكل 5-8)، ولكن، بشكل عام، لا تسود اتجاهات مهمة في المنطقة. ارتفع الإنفاق على التعليم كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي في العراق من 4 في المائة في عام 2000 إلى 22 في المائة في عام 2010، لكنه ظل ثابتاً نسبياً منذ ذلك الحين. في عام 2016، جرى في موريتانيا تخصيص نسبة 9 في المائة من إجمالي الإنفاق الحكومي للتعليم، أي حوالي نصف ما حُصِّص في عام 2010 (16 في المائة). سجّلت تونس انخفاضاً من 28 في المائة في عام 2003 إلى 23 في عام 2015.

الشكل 5-8 الإنفاق على التعليم كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي خلال الفترة 2000-2017



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

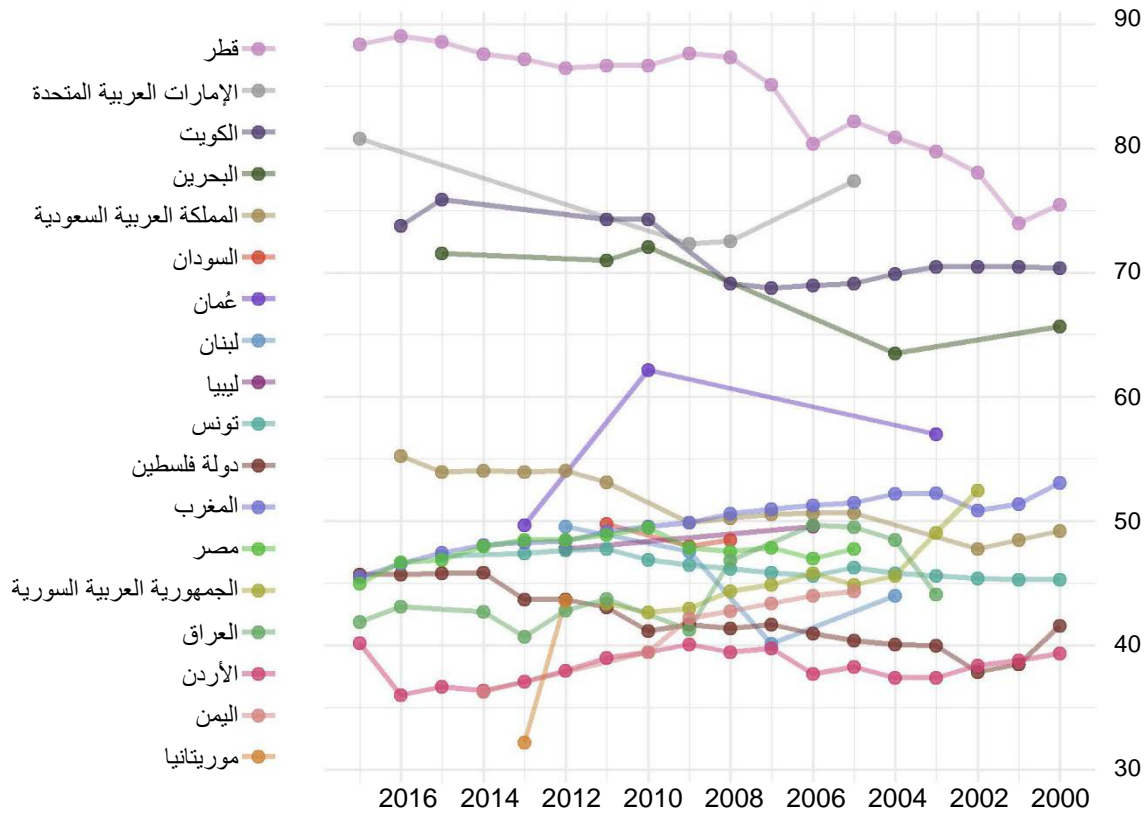
تشكّل تركيبة سوق العمل واتجاهاته محددات هامة لأداء الاقتصاد الكلي. في المنطقة العربية، تشارك النساء في القوى العاملة بمعدلات أقل بكثير من الرجال، وفي أحيان كثيرة بفارق. ومعدلات البطالة مرتفعة جداً بين الشباب والنساء (Assaad, 2014).

يقدم هذا القسم لمحة موجزة عن سوق العمل في البلدان العربية، استناداً إلى بيانات من المسوحات الأسرية والتعدادات السكانية تتيحها أجهزة الإحصاء الوطنية. ويركز القسم، تحديداً، على الاتجاهات في مشاركة القوى العاملة والبطالة، بالإضافة إلى أحدث البيانات المتاحة حول العمل في القطاع العام والزراعة والعمال الذين يتقاضون رواتب.

انخفاض في المشاركة في القوى العاملة خارج بلدان مجلس التعاون الخليجي

المشاركة في القوى العاملة هي النسبة المئوية للبالغين (15 سنة فأكثر) الذين يعملون أو لا يعملون لكنهم يبحثون على نحو حثيث عن العمل. كما هو مبين في الشكل 6-1، تنخفض المشاركة في القوى العاملة في معظم بلدان المنطقة العربية، خاصة خارج بلدان مجلس التعاون الخليجي. فلم يسجل أي بلد من غير بلدان مجلس التعاون الخليجي أي نسبة للمشاركة في القوى العاملة تزيد عن 55 في المائة لأي سنة خلال الفترة من عام 2000 إلى 2017. ويرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى انخفاض معدل مشاركة النساء في القوى العاملة.

الشكل 6-1 معدل المشاركة في القوى العاملة خلال الفترة 2017-2000

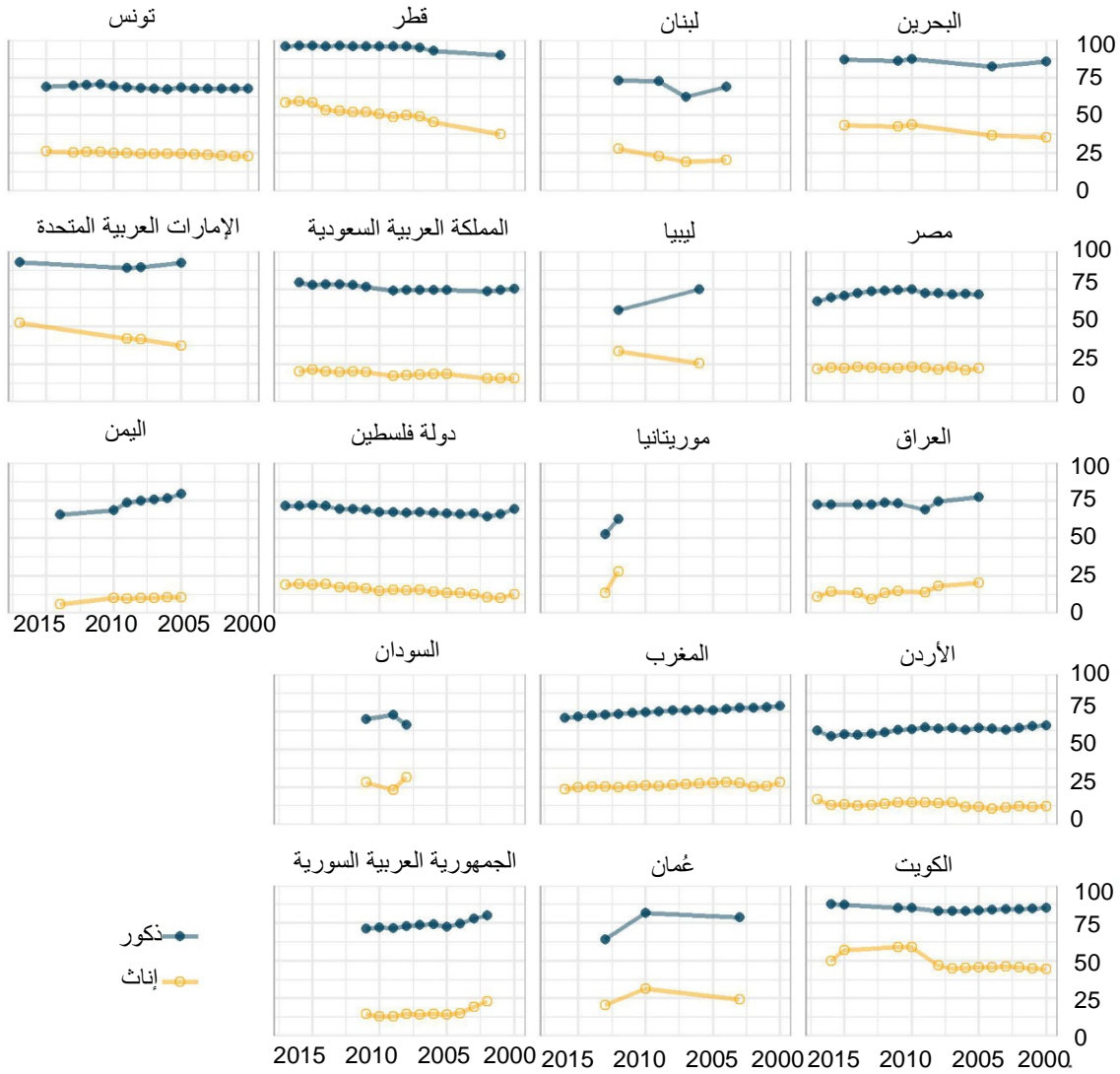


المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

تتفاوت معدلات المشاركة في القوى العاملة بين بلدان المنطقة، فسجلت موريتانيا النسبة الأدنى، وبلغت 32 في المائة في عام 2013، يليها الأردن بنسبة 36 في المائة في عام 2016. استمرت قطر في تسجيل أعلى نسبة مشاركة في القوى العاملة، وازداد المعدل بشكل مطرد من 76 في المائة في عام 2000 إلى 88 في المائة في عام 2017. سجلت غالبية بلدان المنطقة معدلات مشاركة تتراوح بين 35 و55 في المائة في جميع السنوات التي تتوفر عنها البيانات، ولكن دون أن يسود اتجاه ما في المنطقة. ففي تونس، مثلاً، ظل معدل المشاركة في القوى العاملة بين 45 و48 في المائة بين عامي 2000 و2015.

مشاركة النساء في القوى العاملة أقل بكثير من مشاركة الرجال

الشكل 2-6 معدل المشاركة في القوى العاملة حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

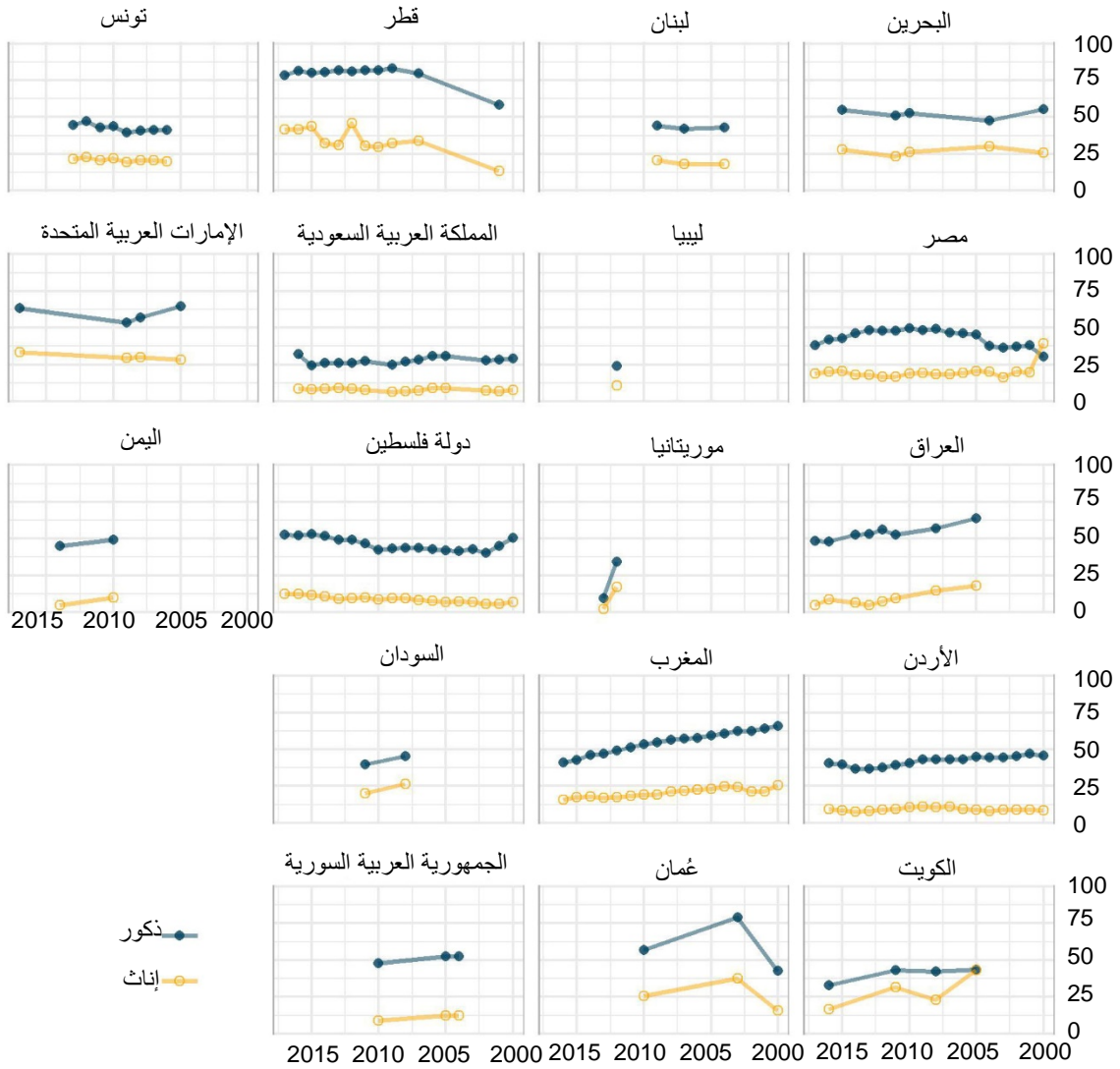
في جميع الدول الأعضاء في الإسكوا، البالغ عددها 18 دولة، تشارك النساء في القوى العاملة بنسب أقل من مشاركة الرجال. وفي 13 بلداً من أصل 18، تقل معدلات مشاركة النساء في القوى العاملة عن نصف ما هي للرجال. تقلصت هذه الفجوة بين الجنسين في بعض البلدان مع مرور الوقت، ولا سيما في قطر، حيث ارتفع إجمالي معدل المشاركة في القوى العاملة بسبب زيادة مشاركة النساء في القوى العاملة. منذ عام 2006، تزايدت نسبة مشاركة النساء في القوى العاملة في قطر من 45 في المائة إلى 59 في المائة في عام 2017، مقارنة بزيادة أصغر، تبلغ ثلاث نقاط مئوية بين الرجال، من 93 في المائة في عام 2006 إلى 96 في المائة في عام 2017.

سجل كل من المغرب واليمن انخفاضاً في المشاركة في القوى العاملة لكل من الرجال والنساء مع مرور الوقت. في المغرب، انخفضت معدلات المشاركة في القوى العاملة، ولكن ببطء. منذ عام 2004، كان 77 في المائة من الرجال و28 في المائة من النساء يشاركون في القوة العاملة. ثم في عام 2016، وصلت معدلات هذه المشاركة إلى 71 في المائة من الرجال و24 في المائة من النساء، في انخفاض قدره 6 و4 في المائة على التوالي. في اليمن، كان الانخفاض في المشاركة في القوى العاملة، بين الرجال والنساء، أكثر وضوحاً. ففي عام 2005، شارك 79 في المائة من الرجال و11 في المائة من النساء في القوى العاملة، مقابل 65 في المائة و6 في المائة في عام 2014 على التوالي. ومن الجدير بالذكر أن هذا التقدير لمشاركة النساء في القوى العاملة، والذي يستند لأحدث البيانات المتاحة، هو الأدنى في المنطقة.

انخفاض معدلات مشاركة الشباب في القوى العاملة في العراق والمغرب، وارتفاعها في دولة فلسطين

كما في مشاركة البالغين، تزيد معدلات مشاركة الشباب في القوى العاملة على معدلات مشاركة الشباب (الشكل 6-3). مع ذلك، لا توجد بالضرورة علاقة طردية بين الاتجاهات في معدلات مشاركة الشباب في القوى العاملة وبين معدلات مشاركة البالغين. ففي العراق والمغرب، تتناقص معدلات مشاركة الشباب في القوى العاملة بسرعة أكبر من البالغين. في العراق، استمر معدل مشاركة الشباب في العمل بالانخفاض، من 64 في المائة في عام 2005 إلى 49 في المائة في عام 2017، وانخفض معدل مشاركة الشباب خلال الفترة نفسها من 18 في المائة إلى 5 في المائة. في المغرب خلال نفس الفترة الزمنية، انخفضت نسبة مشاركة الشباب في القوى العاملة باطراد من 60 في المائة (2005) إلى 41 في المائة (2017)، وانخفضت النسبة المئوية لمشاركة الشباب في القوة العاملة بشكل مطرد من 23 في المائة إلى 16 في المائة. تتزايد باطراد مشاركة الشباب في القوى العاملة في دولة فلسطين، خاصة منذ عام 2010، حيث شارك فقط 43 في المائة من الشباب و8 في المائة من الشباب في القوى العاملة. وبحلول عام 2017، ارتفعت هذه النسب إلى 53 في المائة من الشباب و13 في المائة من الشباب، ما يعكس ارتفاعاً في النسبتين قدره 10 و5 في المائة على التوالي.

الشكل 3-6 معدل مشاركة الشباب (15-24 سنة) في القوى العاملة حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017



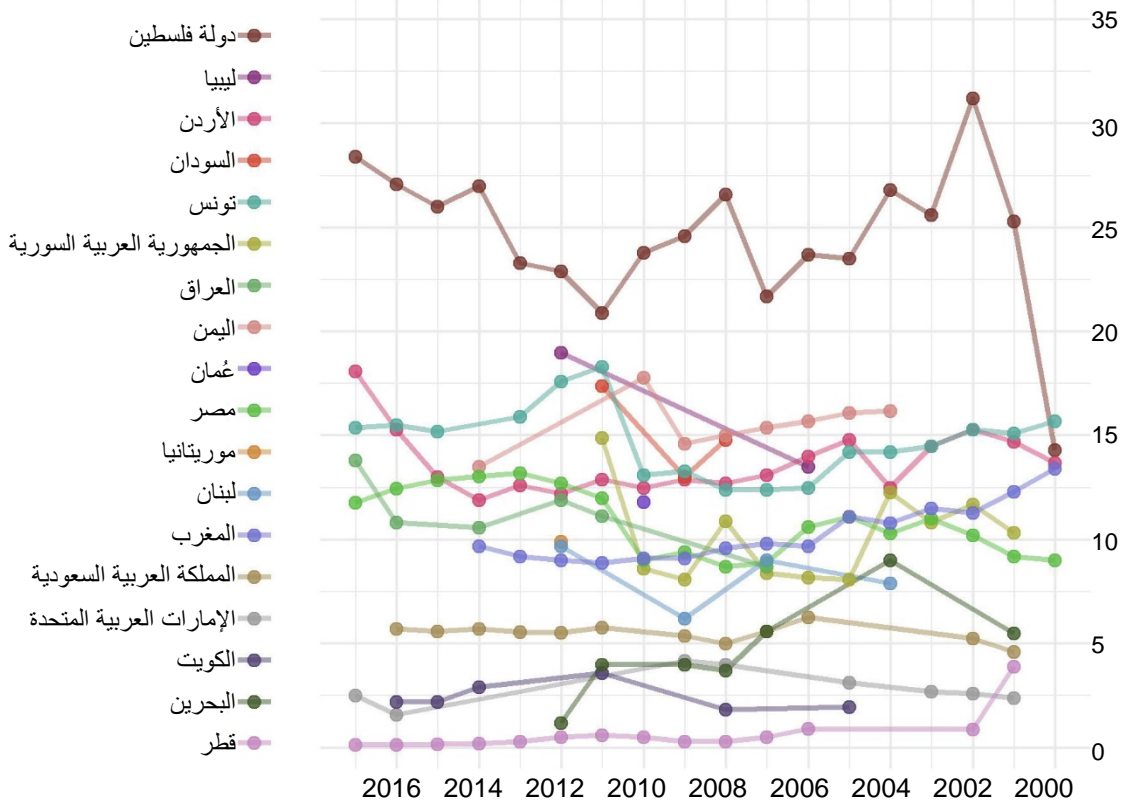
المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

في دولة فلسطين أعلى معدلات البطالة

كما هو مبين في الشكل 4-6، استمرت بلدان في مجلس التعاون الخليجي (الإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية) في تسجيل أدنى معدلات البطالة في المنطقة. في العام 2017، كان معدل البطالة في قطر حوالي 0 في المائة. أما في المملكة العربية السعودية، التي سجلت أعلى معدل بين البلدان الخمسة المذكورة أعلاه، كان معدل البطالة 6 في المائة في عام 2016. خلال الفترة الزمنية بين العامين 2000 و2017، سجلت دولة فلسطين باستمرار أعلى معدل بطالة في المنطقة، بما يزيد عن 20 في المائة في كل عام منذ 2001، وشهدت البطالة تزايداً مطّرداً في السنوات الأخيرة. في عام 2011، كان في المائة من الفلسطينيين عاطلين عن العمل، في حين وصلت نسبتهم إلى 28 في المائة في عام 2017. ارتفع معدل البطالة في بلد الجوار،

الأردن، مؤخراً، من 12 في المائة في عام 2014 إلى 18 في المائة في عام 2017، وهو ثاني أعلى معدل للبطالة في المنطقة بين البلدان التي أبلغت عن أرقام البطالة منذ عام 2015. قد تكون معدلات البطالة أعلى، وتزداد بوتيرة أسرع في البلدان التي تشهد صراعات مثل الجمهورية العربية السورية واليمن، إنما لا تتوفر بيانات حديثة للتحقق من ذلك.

الشكل 4-6 معدلات البطالة خلال الفترة 2000-2017



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

ارتفاع بطالة النساء بشكل مطرد في دولة فلسطين والمملكة العربية السعودية

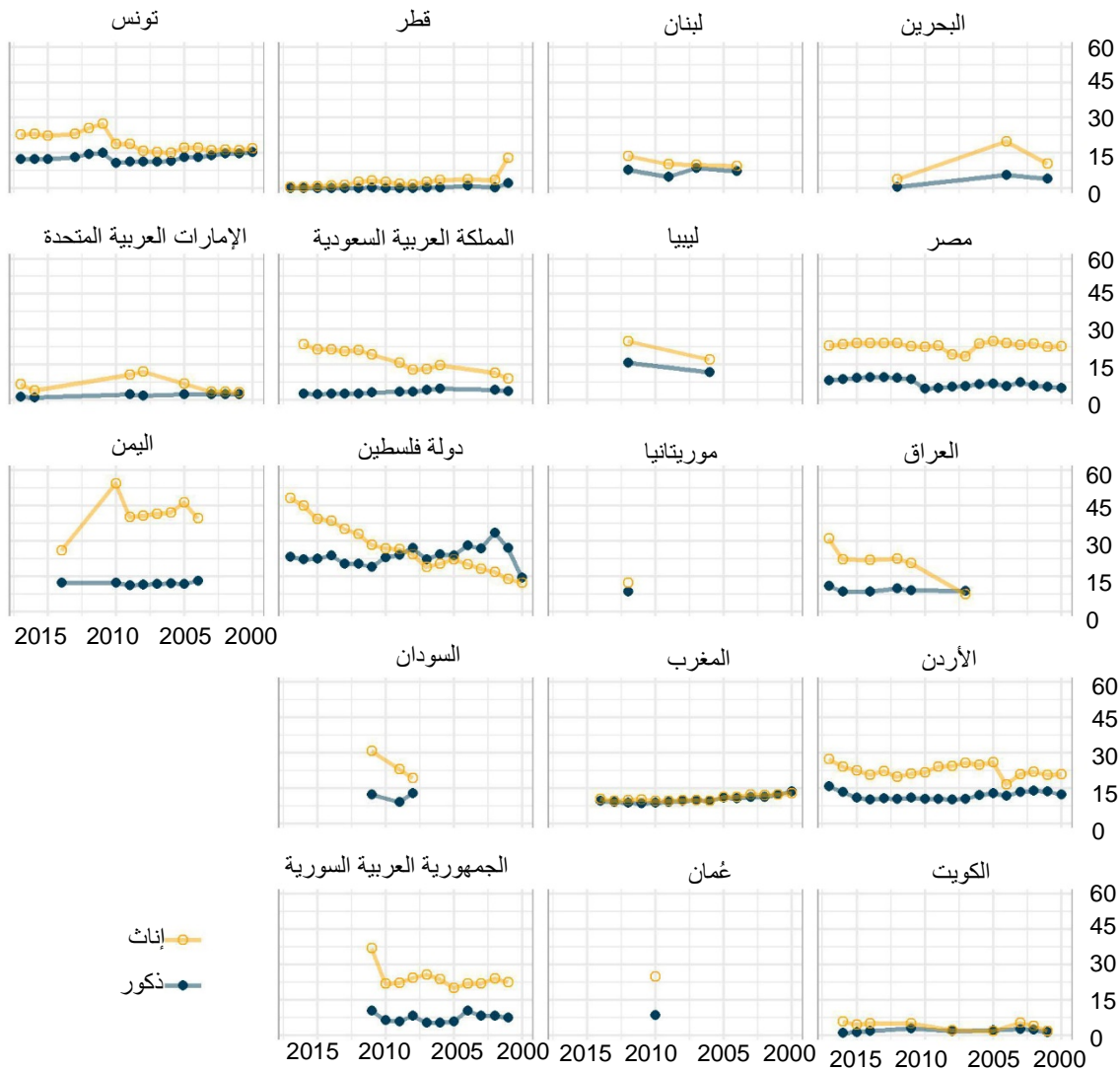
رغم أن معدلات مشاركة النساء في القوى العاملة أقل بكثير من معدلات مشاركة الرجال في المنطقة العربية، لا يظهر هذا التباين بالضرورة في معدلات البطالة التي تبدو أكثر تكافؤاً بين الرجال والنساء في بعض البلدان. في المغرب وقطر مثلاً، معدلات بطالة النساء مماثلة لمعدلات الرجال أو أعلى منها بقليل، وبقيت ثابتة مع مرور الوقت (الشكل 5-6). في المغرب في عام 2005، كان معدل البطالة بين الرجال والنساء هو نفسه تقريباً، حوالي 11 في المائة لكليهما. وفي عام 2014، مع استمرار وجود فجوة صغيرة بين الجنسين، كان 10 في المائة من الرجال والنساء عاطلين عن العمل.

مع ذلك، يُرجَّح أن نسبة النساء العاطلات عن العمل في المنطقة العربية أكبر من نسبة الرجال، مع تزايد في الأونة الأخيرة في العراق والكويت والمملكة العربية السعودية ودولة فلسطين. ارتفعت البطالة بين الإناث في تونس في عام 2011 إلى 27 في المائة، مما زاد الفجوة بين الجنسين إلى 12 نقطة مئوية بعد أن وصلت الفجوة

إلى 5 نقاط مئوية فقط في عام 2008. ومنذ ذلك الحين، لم تشهد الفجوة إلا تقلصاً ضئيلاً، فوصلت إلى 10 نقاط مئوية في عام 2017.

منذ عام 2000، ازدادت بطالة النساء بشكل مطرد في المملكة العربية السعودية ودولة فلسطين، ما أدى إلى اتساع الفجوة بين الجنسين، حيث انخفضت معدلات البطالة بين الرجال بشكل مطرد في المملكة العربية السعودية، وتقلبت في دولة فلسطين. في عام 2006، بلغت نسبة البطالة بين النساء في المملكة العربية السعودية 15 في المائة، بينما كانت نسبة البطالة بين الرجال 5 في المائة. وبحلول عام 2011، ارتفعت نسبة البطالة بين النساء لتصل إلى 19 في المائة وانخفضت بين الرجال لتصل إلى 3 في المائة. وفقاً لأحدث التقديرات (2016)، تبلغ نسبة بطالة النساء في المملكة العربية السعودية 24 في المائة، وهي أعلى نسبة منذ عام 2000، وتبلغ نسبة بطالة الرجال 3 في المائة، ما يعكس تضاعف الفجوة بين الجنسين منذ عام 2006، من 10 إلى 21 نقطة مئوية.

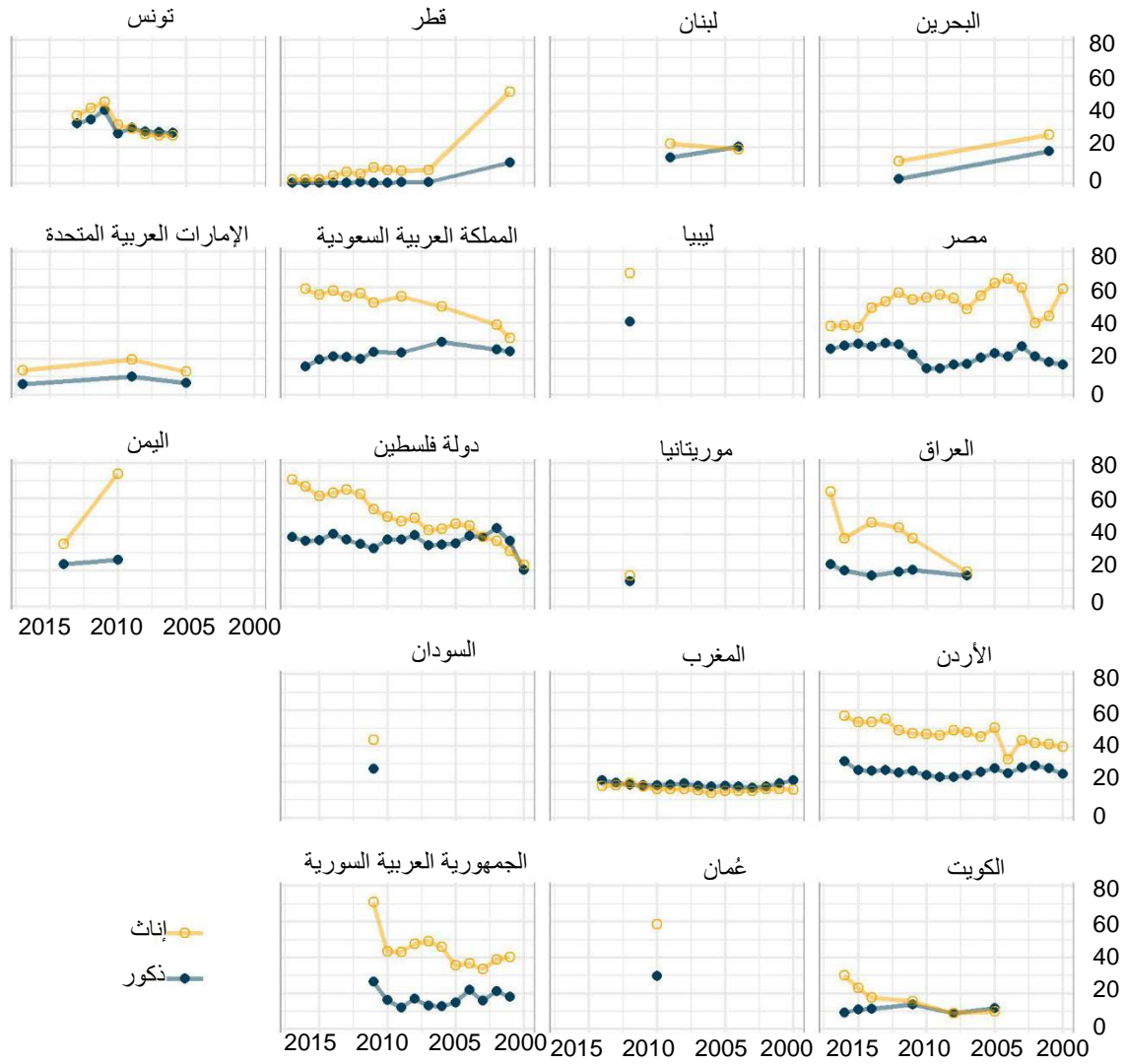
الشكل 5-6 معدلات البطالة حسب الجنس خلال الفترة 2017-2000



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

قبل عام 2009، كانت معدلات البطالة بين النساء في دولة فلسطين أقل منها بين الرجال. ولكن، ومنذ ذلك الحين، ارتفعت معدلات البطالة بين النساء بسرعة بينما ظلت على حالها بين الرجال. في عام 2017، وصل معدل البطالة بين النساء في دولة فلسطين إلى أعلى معدل له منذ عام 2000 حيث بلغ 48 في المائة، أي ما يقرب من ضعفي معدل عام 2009 الذي كان 27 في المائة. وعلى العكس، بلغت نسبة بطالة الذكور 24 في المائة في عام 2009، وانخفضت إلى 19 في المائة في عام 2011، وهو أدنى معدل سُجِّل منذ عام 2000. لكن معدل البطالة ارتفع بين الرجال منذ ذلك الحين إلى 23 في المائة في عام 2017، كما وصلت الفجوة بين الجنسين إلى أعلى نسبة مُبلَّغ عنها خلال الفترة من 2000 إلى 2017 في دولة فلسطين وهي 25 نقطة مئوية.

الشكل 6-6 معدلات البطالة بين الشباب (15-24 سنة) حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

انخفاض معدلات البطالة بين الشباب في مصر، وارتفاعها في الأردن ودولة فلسطين

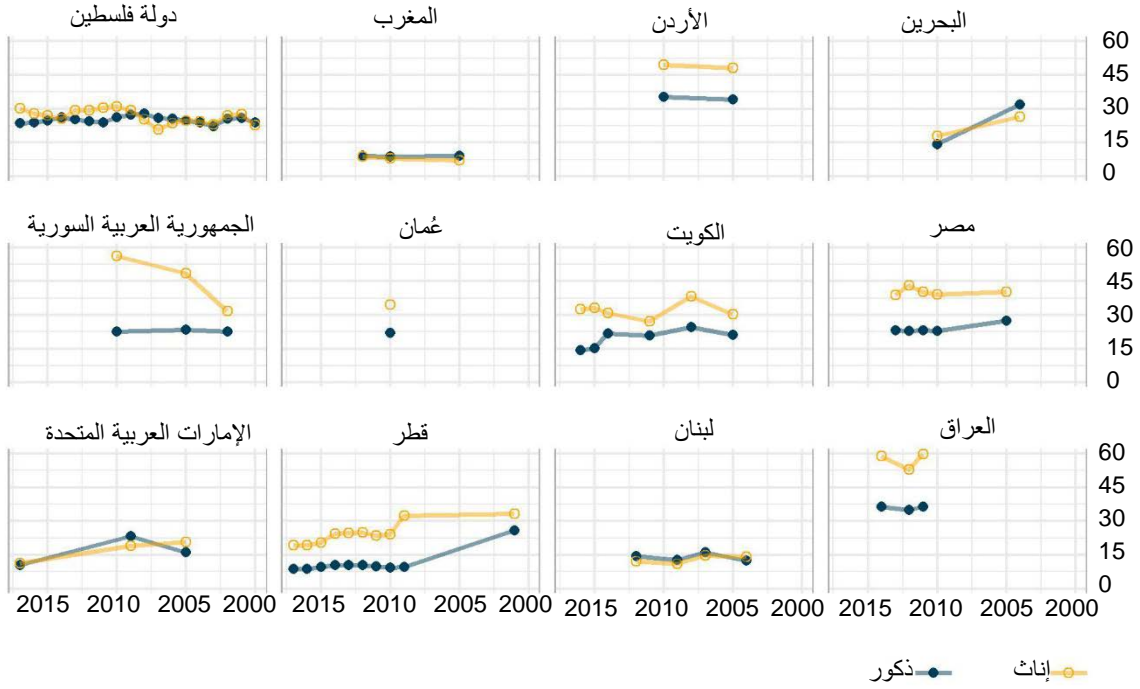
تتبع اتجاهات معدلات البطالة بين البالغين في المنطقة العربية إلى حد كبير على معدلات البطالة بين الشباب، فتتخفيض المعدلات بين الشباب في بعض بلدان مجلس التعاون الخليجي (الكويت وقطر)، وترتفع في الأردن ودولة فلسطين وتونس. بدأت بطالة الشباب في الانخفاض بشكل مطرد في مصر منذ عام 2012، ويرجع ذلك في معظمه إلى انخفاض بطالة الشباب. في عام 2012، وصل معدل الشباب العاطلات عن العمل في مصر إلى 57 في المائة وانخفض هذا المعدل تدريجياً عاماً بعد عام ليصل إلى 38 في المائة في عام 2017. تزامن هذا الاتجاه مع تقلص فجوة بطالة الشباب بين الجنسين في مصر، من 29 نقطة مئوية في عام 2012 إلى 12.7 نقطة مئوية في عام 2017. ظلت الفجوة بين الجنسين في بطالة الشباب في المغرب صغيرة، على غرار الفجوة بين البالغين. ومع ذلك، في المغرب، على عكس بقية بلدان المنطقة، ظلت معدلات بطالة الشباب أقل بنسبة ضئيلة من معدلات بطالة الشباب.

لوحظ في الأردن، وبدرجة أكبر في دولة فلسطين، تزايداً مستمراً في معدلات البطالة بين الشباب منذ عام 2009، وسببها الرئيسي في دولة فلسطين هو زيادة البطالة بين الشباب. ارتفعت معدلات بطالة الشباب والشابات في الأردن من 23 و46 في المائة على التوالي في عام 2009 إلى 32 و57 في المائة على التوالي في عام 2017. وخلال نفس الفترة الزمنية، ارتفعت بطالة الشباب في دولة فلسطين من 47 إلى 71 في المائة، وهي أعلى نسبة في المنطقة، بينما ارتفعت بطالة الشباب من الذكور نقطة مئوية واحدة فقط، لتبلغ 39 في المائة في عام 2017.

انخفاض العمل في القطاع العام بين النساء في قطر والرجال في الكويت

لا تتوفر بيانات حول التوظيف حسب القطاع في المنطقة العربية بالقدر نفسه الذي تتوفر به حول مشاركة القوى العاملة والبطالة. من بين البلدان الأربعة التي يعرضها الشكل 6-7 والتي قدمت تقديرات منذ عام 2015، نسبة العمل في القطاع العام هي الأعلى إجمالاً في دولة فلسطين، حيث عمل 30 في المائة من النساء العاملات و24 في المائة من الرجال العاملين في القطاع العام في عام 2017. ظلت هذه النسب ثابتة نسبياً منذ عام 2010. في الكويت، انخفض عمل الذكور في القطاع العام بشكل ملحوظ بين عامي 2014 و2016، من 22 في المائة إلى 14 في المائة على التوالي، في حين تزايد عمل الإناث زيادة طفيفة من 31 في المائة إلى 33 في المائة على التوالي. في قطر، انخفض معدل توظيف النساء في القطاع العام بإطراد، من 32 في المائة في عام 2009 إلى 19 في المائة في عام 2017. وخلال نفس الفترة، انخفضت نسبة الرجال العاملين في القطاع العام بنسبة نقطة مئوية واحدة فقط، من 10 في المائة إلى 9 في المائة.

الشكل 6-7 النسب المئوية للتوظيف في القطاع العام حسب الجنس خلال الفترة 2000-2017



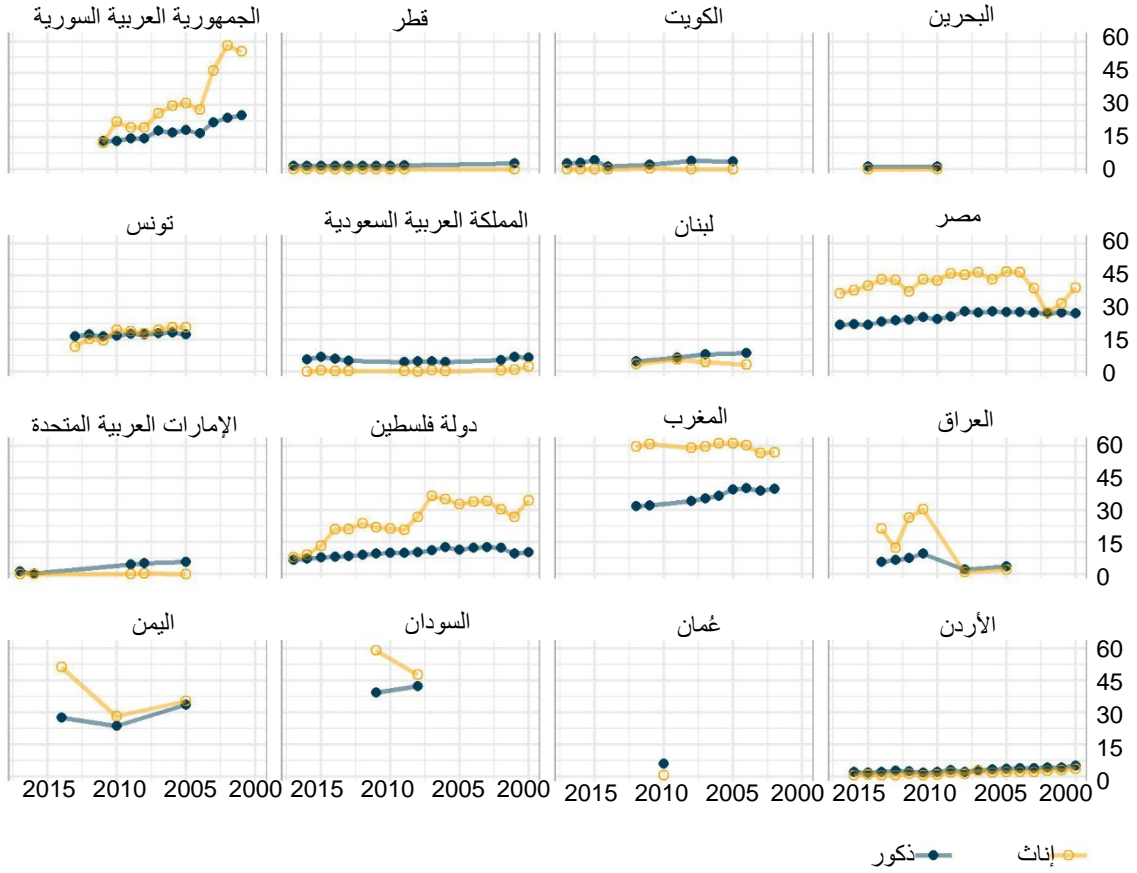
المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

انخفاض العمل في الزراعة في مصر والمغرب ودولة فلسطين

يُنذر العمل في الزراعة في بلدان مجلس التعاون الخليجي، فبين عامي 2000 و2017، ظلت نسبة الرجال والنساء الذين يعملون في الزراعة في كل من بلدان مجلس التعاون الخليجي أقل من 10 في المائة (الشكل 6-8). في المملكة العربية السعودية في عام 2016، كان 6 في المائة من الرجال العاملين يعملون في الزراعة، وهي أعلى نسبة من الرجال أو النساء العاملات في الزراعة في أي بلد من بلدان مجلس التعاون الخليجي التي قدمت تقديرات منذ عام 2015.

وثُبت أيضاً التقديرات الواردة من الأردن ولبنان انخفاض معدلات العمل في الزراعة، وقد استمرت المعدلات في الانخفاض لدى كل من الرجال والنساء في الأردن ولدى الرجال في لبنان. في الأردن، كان يعمل في الزراعة 4 في المائة من الرجال العاملين و2 في المائة من النساء العاملات في عام 2005. وبحلول العام 2016، أصبح يعمل في الزراعة 2 في المائة فقط من الرجال العاملين و1 في المائة من النساء العاملات في الأردن. وبيّن أحدث تقدير من لبنان أن 5 في المائة من الرجال العاملين كانوا يعملون في الزراعة في عام 2012، أي حوالي نصف نسبتهم عام 2004 حيث كان يعمل 9 في المائة من العمال الذكور في الزراعة. خلال الفترة نفسها، من عام 2004 إلى عام 2012، تقلبت معدلات عمل المرأة في الزراعة بين 3 في المائة في عام 2004، إلى 6 في المائة في عام 2009، قبل أن تتراجع إلى 4 في المائة في عام 2012.

الشكل 6-8 العمل في الزراعة، بالنسبة المئوية وحسب الجنس، خلال الفترة 2000-2017



المصدر: بيانات من الاجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

وعلى العكس، تعمل نسبة كبيرة من القوى العاملة في مصر والمغرب في الزراعة، ولكن هذه النسب تتناقص مع مرور الوقت. وتنخفض النسبة المئوية للعمال العاملين في الزراعة في مصر باطراد منذ عام 2005 بمعدلات مماثلة للرجال والنساء. في عام 2005، كان 28 في المائة من الرجال العاملين و47 في المائة من النساء العاملات في مصر يعملون في الزراعة. في عام 2010، انخفضت هذه النسب المئوية إلى 25 و43 في المائة على التوالي، واستمرت في الانخفاض باطراد إلى 22 في المائة للذكور و37 في المائة للإناث في عام 2017. في المغرب، يمكن أن يُعزى انخفاض العمل في الزراعة إلى انخفاض عدد الرجال العاملين فيها، حيث ظلت نسبة الإناث العاملات في الزراعة ثابتة. وفي الفترة 2004-2012، انخفضت النسبة المئوية للرجال العاملين في الزراعة من 40 إلى 32 في المائة، في حين ثبتت نسبة العاملات في الزراعة عند حوالي 60 في المائة خلال نفس الفترة الزمنية. وشهدت دولة فلسطين انخفاضاً في العمال في مجال الزراعة لكلا الجنسين، ولكن بمعدل أسرع بين النساء. بلغ معدل عمل النساء في الزراعة ذروته في عام 2007 حيث وصل إلى 37 في المائة وانخفض باطراد منذ ذلك الحين، ليصل إلى 8 في المائة في عام 2017. وخلال الفترة نفسها، انخفضت نسبة عمل الرجال في الزراعة في دولة فلسطين من 11 في المائة في عام 2007 إلى 7 في المائة في عام 2017.

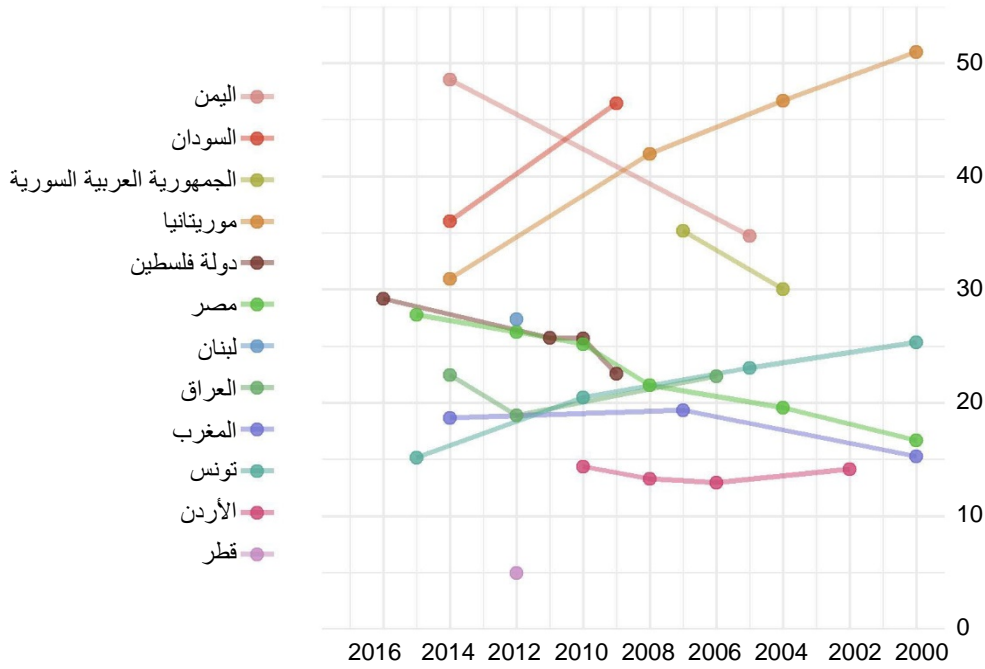
7- الفقر واللامساواة

لطالما كان الحد من الفقر من أولويات خطط التنمية الدولية، وهو الهدف الأول من أهداف التنمية المستدامة. لذلك، ازداد تركيز واضعي السياسات على خفض الفقر والقضاء على أسوأ أشكال الحرمان.

تزايد الفقر في أغلب البلدان

تُحدد نسبة عدد السكان الفقراء في بلد ما بأنها النسبة المئوية للسكان الذين يعيشون تحت خط الفقر الوطني. ويبين الشكل 7-1 نسب الفقراء في 12 بلداً عربياً تتوفر عنها بيانات. من بين البلدان الـ 12، لم يكن لدى لبنان وقطر سوى تقدير واحد للفترة 2000-2017. وكما هو مبين بوضوح في هذا الشكل، لا يوجد اتجاه ثابت للفقر عبر البلدان خلال هذه الفترة، فقد ظل يتزايد في غالبية البلدان، وانخفض في ثلاثة بلدان وبقي على حاله في بلدين. سجلت قطر أدنى نسبة لتعداد الفقر، حيث وصلت النسبة إلى 5 في المائة في 2010، في حين سجلت اليمن أعلى نسبة، حيث بلغت 49 في المائة في 2014. وبفارق كبير، يلي السودان اليمن في نسبة عدد الفقراء، حيث بلغت 36 في المائة في 2014.

الشكل 7-1 نسبة عدد السكان الفقراء



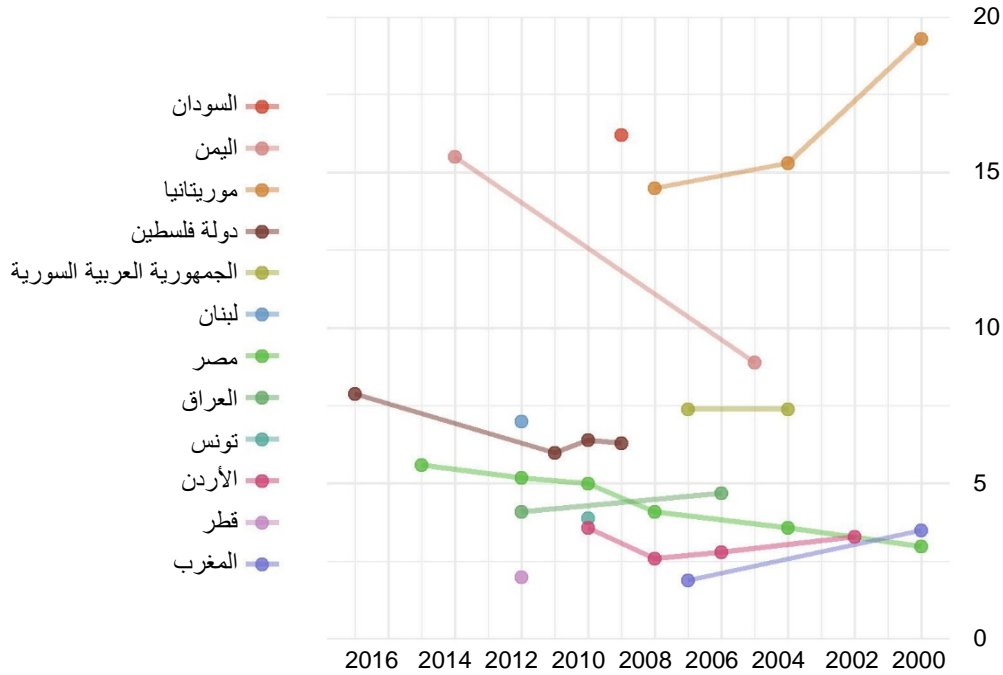
المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

فجوة الفقر في السودان هي الأوسع

تعبّر فجوة الفقر عن كثافة الفقر وعمقه. في حين تُحسب نسبة الفقراء بعدد الذين يعيشون دون خط الفقر، وتحسب فجوة الفقر بقياس بُعد الفقراء وسطياً عن خط الفقر، ويُعبّر عنها كنسبة مئوية من خط الفقر الوطني.

يعرض الشكل 7-2 مقارنة بين فجوات الفقر في 12 بلداً خلال الفترة 2000-2017، مع عدم وجود بيانات عن الاتجاهات في 4 بلدان. والاتجاهات في فجوات الفقر مماثلة لأعداد الفقراء: فتشهد 4 بلدان زيادة، و3 بلدان انخفاضاً، وأما بقية البلدان فتشهد، بالمبدأ، استقراراً في النسب. تجدر الإشارة إلى أن نسب فجوة الفقر في غالبية البلدان صغيرة إلى حد ما، فلا تزيد على 10 في المائة إلا في 3 بلدان. فيسجل السودان أوسع فجوة فقر، حيث تبلغ في المائة، يليهما اليمن وموريتانيا، حيث تبلغ حوالي 16 في المائة و15 في المائة على التوالي.

الشكل 7-2 فجوة الفقر حسب خط الفقر الوطني



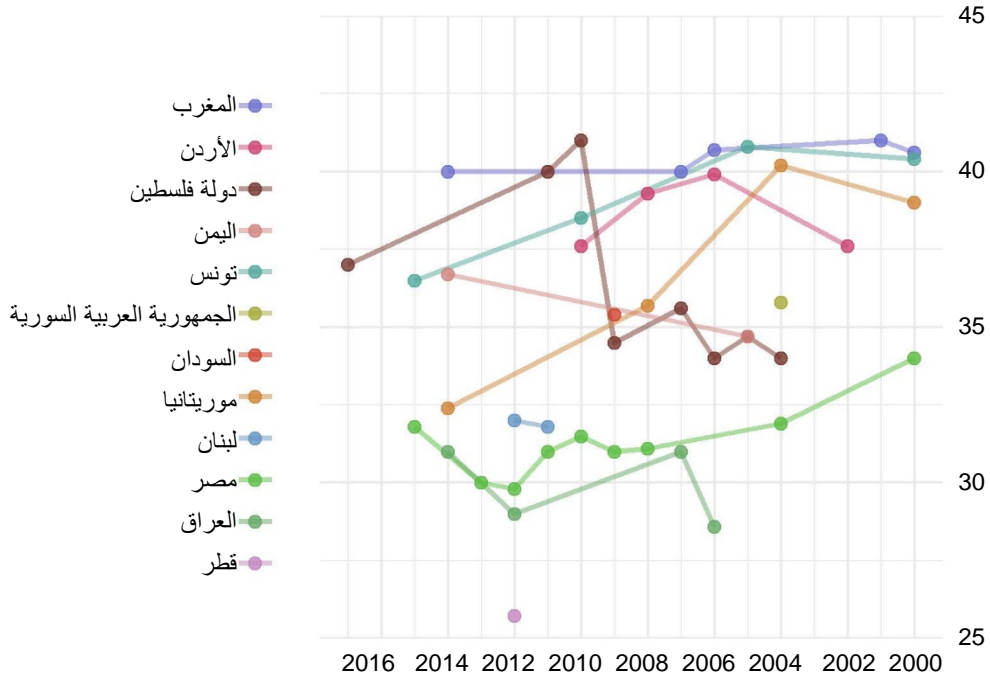
المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

أعلى مستويات اللامساواة هي في المغرب والأدنى هي في قطر

يقيس مؤشر جيني مدى انحراف توزيع الدخل، أو في بعض الحالات مدى انحراف الإنفاق الاستهلاكي بين الأفراد أو الأسر، في اقتصاد ما عن التوزيع المتساوي. وتتراوح قيمة المؤشر بين الصفر، ويمثل المساواة التامة، والمائة وتمثل لامساواة تامة.

تتوفر بيانات الاتجاه لمؤشر جيني لـ 9 بلدان في المنطقة. وكما هو مبين في الشكل 7-3، فمع مرور الوقت أظهرت 3 بلدان زيادة متواضعة في عدم المساواة، وأظهرت 3 بلدان انخفاضاً متواضعاً، وظلت البلدان الـ 3 المتبقية على حالها، إلى حد ما. كانت مستويات عدم المساواة في معظم بلدان المنطقة التي تتوفر عنها بيانات منخفضة نسبياً إلى معتدلة. واستناداً إلى أحدث البيانات المتاحة، كانت أكثر التوزيعات تفاوتاً في المغرب، الذي سجل فيه مؤشر جيني 41 نقطة في عام 2014، يليه الأردن، بقيمة 38 نقطة في عام 2010. أما أقل البلدان تفاوتاً في التوزيع فكانت قطر حيث بلغت قيمة المؤشر 26 نقطة في عام 2012، يليه العراق، حيث بلغت القيمة 31 نقطة في عام 2014.

الشكل 3-7 مؤشر جيني



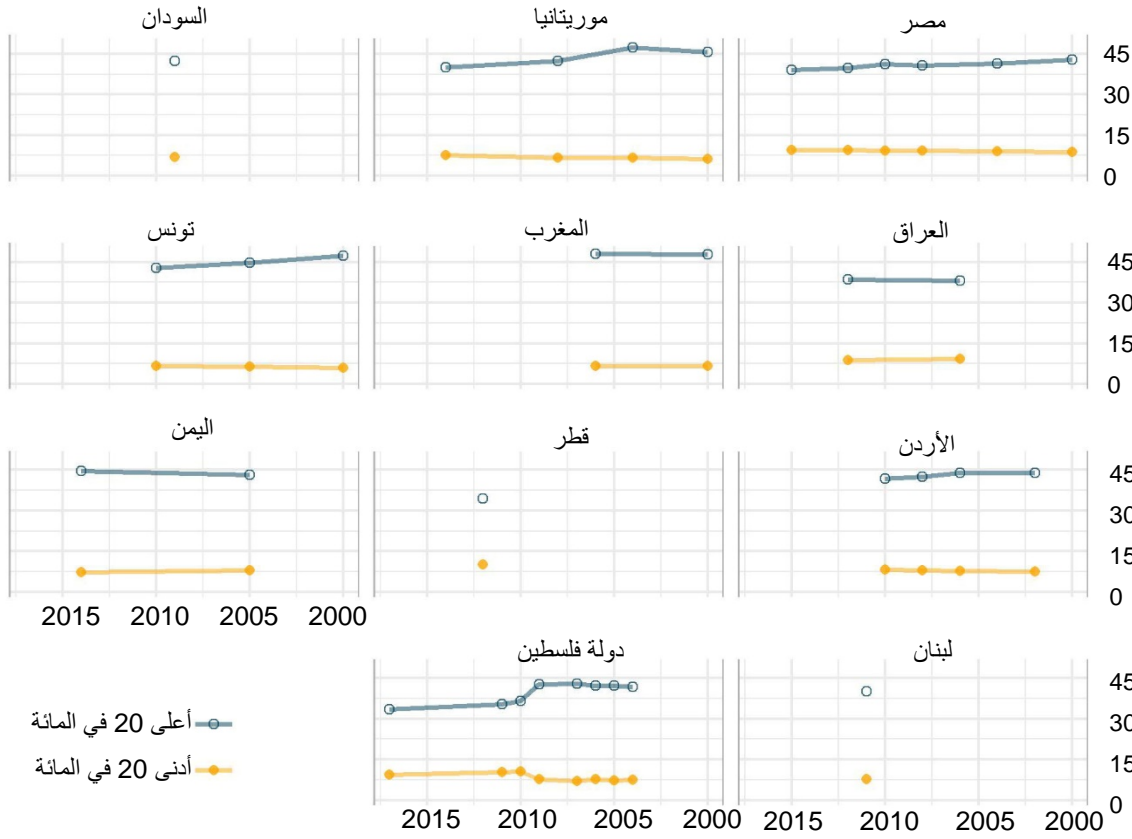
المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

فجوات كبيرة في إجمالي الإنفاق الاستهلاكي بين أغنى وأفقر شريحة خمسية للسكان

ثمة مقياس آخر لعدم المساواة يُستخدم على نطاق واسع، وهو حصة الدخل/الإنفاق من إجمالي الاستهلاك من جانب الخمس الأغنى والأفقر من السكان. ويبين الشكل 4-7 بيانات الاتجاهات المتعلقة بحصص الإنفاق هذه في 8 بلدان، وتقديراً واحداً لـ 3 بلدان في المنطقة. أظهرت 4 بلدان انخفاضاً طفيفاً في عدم المساواة، في حين أظهرت 4 بلدان زيادة طفيفة أو ثباتاً على مر الزمن.

ينفق الخمس الأغنى في المغرب أكبر حصة من مجموع الإنفاق الاستهلاكي لأي بلد مقاس (48 في المائة). وحصة إنفاق الخمس الأغنى هي الأدنى في قطر ودولة فلسطين (34 في المائة). على العكس، ينفق الخمس الأفقر في دولة فلسطين أكبر حصة من مجموع النفقات في أي بلد مقاس (9 في المائة) وينفق الخمس الأفقر أصغر حصة في المغرب والسودان (أقل من 7 في المائة).

الشكل 7-4 حصة الخمس الأغنى والخمس الأفقر من الإيرادات (النفقات)

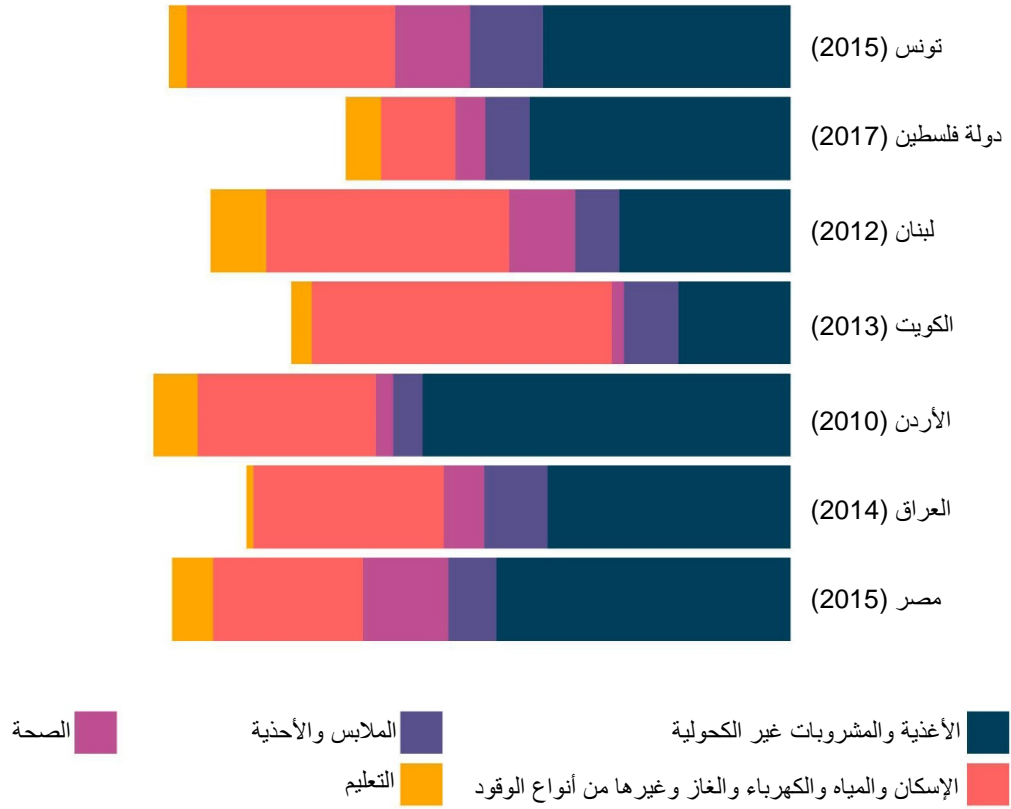


المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

الإنفاق الاستهلاكي الأدنى هو على التعليم والصحة

يبين الشكل 7-5 كيفية توزيع نفقات الاستهلاك على فئات الإنفاق الرئيسية. وتمثل الأغذية والمشروبات غير الكحولية أكبر حصة من الإنفاق الاستهلاكي في الأردن (43 في المائة) ومصر (34 في المائة) ودولة فلسطين (31 في المائة). أما في الكويت ولبنان، تذهب الحصة الأكبر من الإنفاق الاستهلاكي إلى الإسكان والمياه والكهرباء والغاز وغيرها من أنواع الوقود. في جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات حديثة، أنفقت أقل حصة على التعليم، باستثناء الكويت، حيث كانت حصة الإنفاق الأدنى فيها هي على الصحة (2 في المائة).

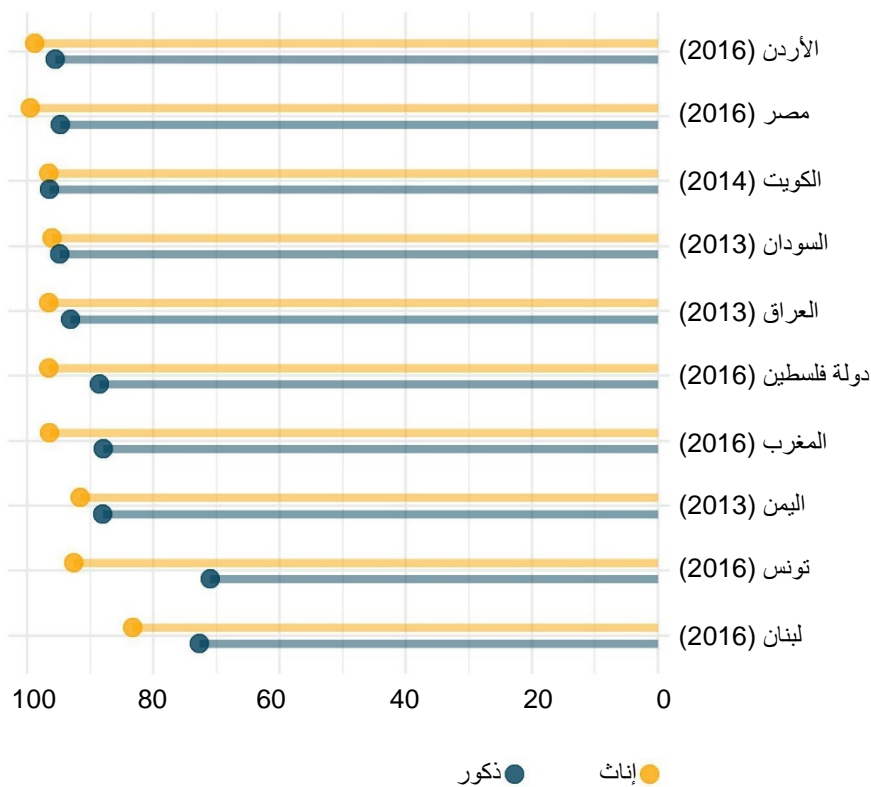
الشكل 5-7 تخصيص نفقات الاستهلاك وفقاً لأحدث البيانات المتاحة



يمكن تعريف ثقافة منطقة ما بأنها مزيج من الخصائص والممارسات المادية والروحية والموضوعية والتاريخية التي تميّز سكانها. وثقافة المنطقة العربية غنية ومتنوعة.

بالإضافة إلى البيانات التي قدمتها الأجهزة الإحصائية الوطنية، استُمدت البيانات المستخدمة في هذا القسم من مسح المقياس العربي والمسح العالمي للقيم، بالإضافة إلى قاعدتي بيانات على الإنترنت، من معهد اليونسكو للإحصاء، وقاعدة بيانات مؤشرات الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات العالمية التابعة للاتحاد الدولي للاتصالات (ITU). وقد أُجري مسح المقياس العربي على أربع دفعات، هي للفترة: 2006-2009 و2010-2011 و2012-2014 و2016. وفي هذا القسم من مجموعة الإحصاءات، كان التركيز بالدرجة الأولى على الدفعات الأخيرة. اشتملت الدفعة الثالثة، للفترة 2012-2014، على 11 بلداً من البلدان الأعضاء في الإسكوا، وهي: الأردن وتونس والسودان والعراق ودولة فلسطين والكويت ولبنان وليبيا ومصر والمغرب واليمن. وتناولت الدفعة الرابعة، للفترة 2016-2017، الأردن وتونس ودولة فلسطين ولبنان ومصر والمغرب واليمن. كانت أعمار المجيبين المشاركين 18 سنة فما فوق، وكان حجم العينات حوالي 1,200 مجيب لكل بلد وفي كل دفعة، باستثناء حالة الأردن، في الدفعة الثالثة، حيث بلغ حجم العينة 1,795. وفي الدفعة الرابعة، بلغ حجم العينة في لبنان والأردن 1,500، حيث كان من بينهم 300 مواطن سوري مقيمين بين السكان.

الشكل 8-1 التدين، النسبة المئوية حسب الجنس وفقاً لآخر البيانات المتاحة



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

أجري المسح الإحصائي للقيم العالمية على ست جولات. ويركّز هذا القسم من الخلاصة على الجولة السادسة والأخيرة، التي أجريت في الفترة من عام 2010 إلى 2014 في الأردن والبحرين وتونس والعراق ودولة فلسطين

قطر والكويت ولبنان وليبيا ومصر والمغرب واليمن. كانت أعمار المجيبين 18 سنة فما فوق، وكان حجم العينات حوالي 1,200 مجيب، باستثناء ليبيا، حيث بلغ حجم العينة 2,131.

انتشار التدين

في استطلاع المقياس العربي، طُلب من المجيبين تصنيف أنفسهم وفقاً للفئات التالية: "متدين" أو "متدين إلى حد ما" أو "غير متدين". ولأغراض التحليل، دُمجت الفئتان "متدين" و"متدين إلى حد ما"، وسيشار إليهما معاً كـ "متدين". ويبين الشكل 8-1 نتائج المسح الإحصائي.

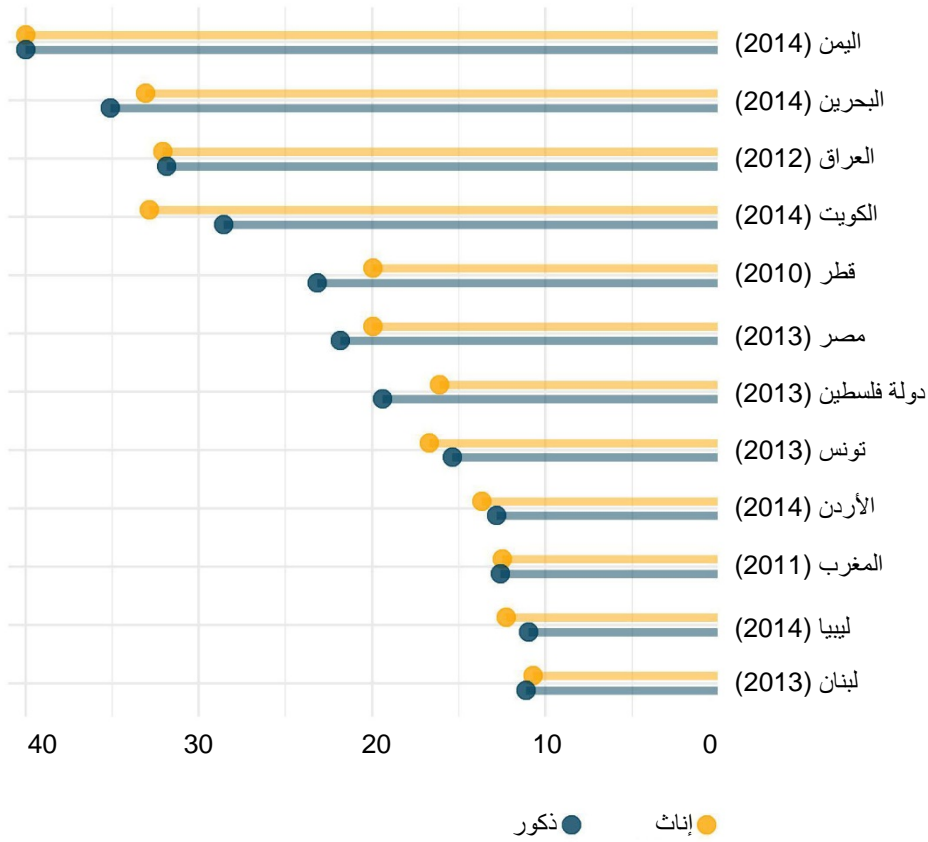
السكان البالغون في المنطقة العربية متدينون إلى حد كبير. لبنان وتونس في أدنى هذا الطيف، حيث تبلغ نسبة المتدينين 78 في المائة و82 في المائة على التوالي. يبدو أن سكان مصر والأردن هم الأكثر تديناً، حيث تبلغ نسبتهم 97 في المائة.

يوجد تفاوتات بين الجنسين عبر جميع جولات المقياس العربي، إذ يلاحظ وجود عدد أكبر من النساء المتدينات من الرجال. ويتجلى ذلك أكثر في تونس، حيث يبلغ الفرق بين الجنسين في التدين حوالي 20 نقطة مئوية، وفي لبنان، حيث يبلغ هذا الفارق حوالي 10 نقاط مئوية.

انخفاض مستوى الثقة

ينخفض مستوى الثقة في الآخرين عموماً في جميع بلدان المنطقة العربية المشمولة في مسح القيم العالمي خلال الفترة 2010-2014 (الشكل 8-2). ففي كلٍّ من الأردن وتونس ودولة فلسطين وقطر ولبنان وليبيا ومصر والمغرب، أفاد أقل من واحد من كل أربعة مجيبين بأنه يمكن الوثوق بمعظم الأشخاص. ويوجد أدنى معدل في لبنان، حيث أجاب 10 في المائة فقط من المجيبين بأن معظم الناس جديرون بالثقة، في حين سجل أعلى معدل، وهو 39 في المائة، في اليمن. كانت مستويات الثقة في الآخرين متشابهة لدى الرجال والنساء.

الشكل 8-2 النسبة المئوية للمجيبين الذين يعتقدون أنه يمكن الوثوق بمعظم الأشخاص، حسب الجنس، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة

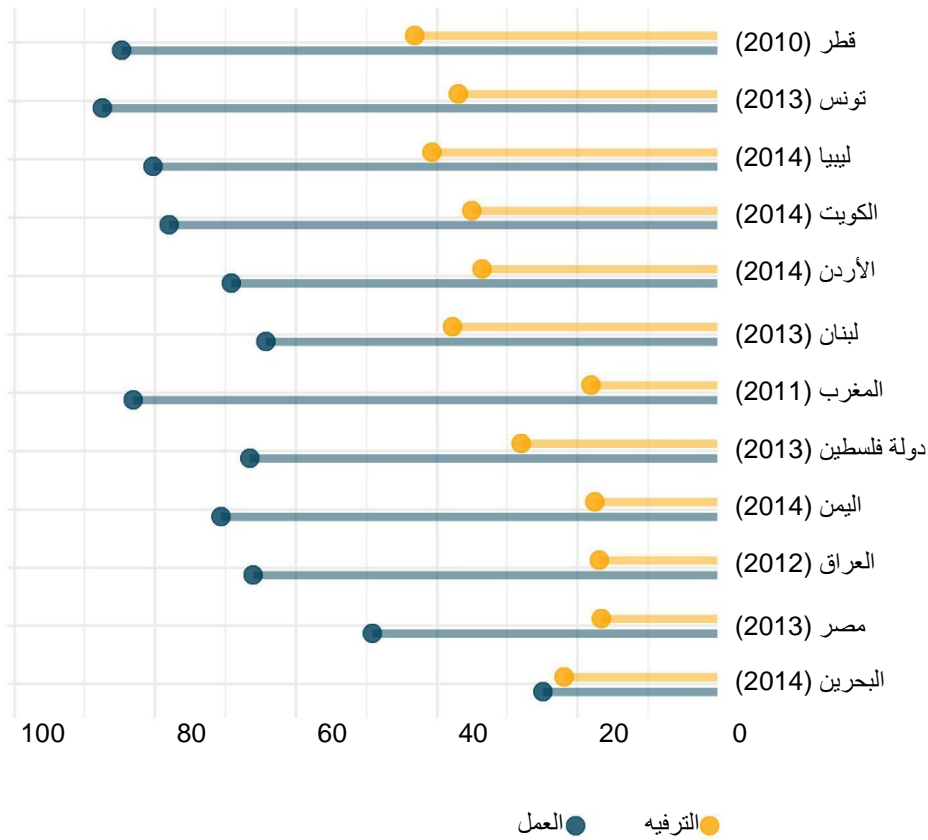


المصدر: بيانات من الاجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

للعمل قيمة أكبر من الترفيه

وفقاً للبيانات الأخيرة المستمدة من مسح القيم العالمي، تُقدّر الغالبية العظمى من البالغين في البلدان العربية العمل أكثر من الترفيه. كما هو مبين في الشكل 8-3، يُعتبر 87 في المائة من سكان تونس العمل بالغ الأهمية، وهو أعلى معدل في المنطقة. في الطرف الآخر من المنطقة، في البحرين، يُعتبر حوالي 1 من كل 4 بالغين فقط أن العمل مهم جداً. يُقدّر المجيبون في قطر أوقات الفراغ أكثر من غيرهم، حيث أجاب 42 في المائة منهم بأن الترفيه مهم جداً، في حين يرى المجيبون في مصر أن الترفيه أقل قدراً، حيث اعتبر 17 في المائة منهم فقط أنه مهم جداً.

الشكل 3-8 نسبة المجيبين الذين يعطون أهمية أكبر للعمل أو للترفيه وفقاً لأحدث البيانات المتاحة

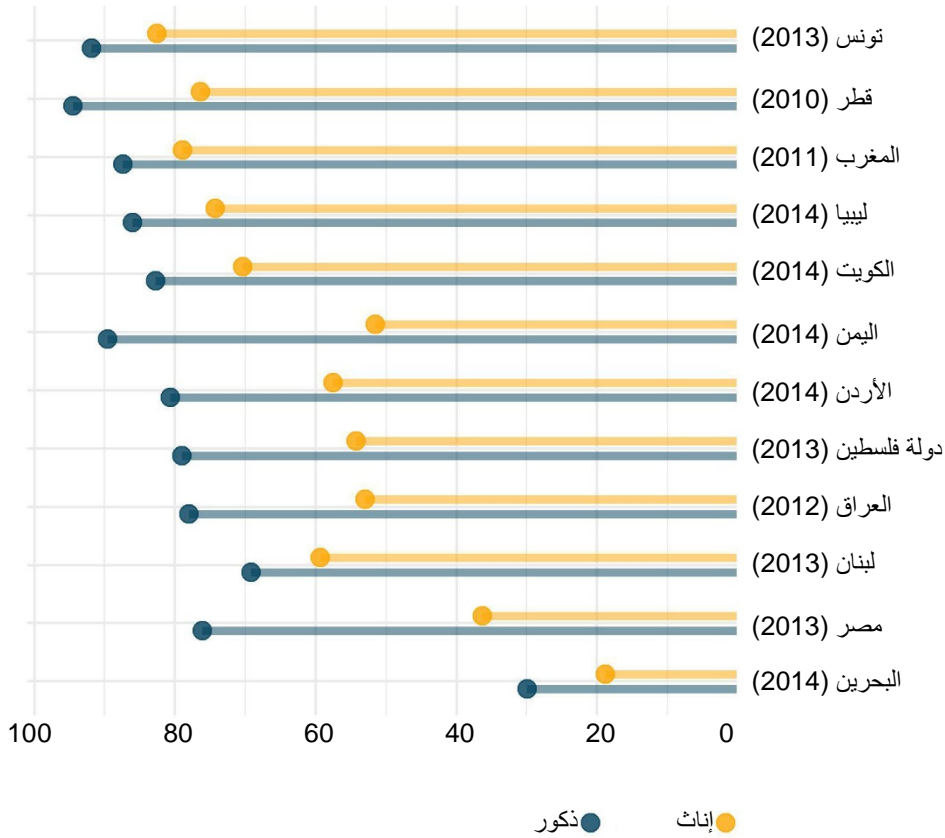


المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

الرجال يولون أهمية للعمل أكثر من النساء

يبين الشكل 4-8 ان الرجال يولون باستمرار أهمية للعمل أكثر من النساء في المنطقة العربية. في مصر، يعتقد 76 في المائة من الرجال أن العمل مهم جداً، مقارنة بنسبة 36 في المائة فقط من النساء، بفارق 40 نقطة مئوية. هذا الفارق واضح بنفس القدر في اليمن، حيث بلغ 39 نقطة مئوية. توجد أصغر الاختلافات في المغرب وتونس، إذ تصل إلى 9 نقاط مئوية.

الشكل 8-4 نسبة المجيبين الذين يقدرون أهمية العمل أو الترفيه، حسب الجنس وفقاً لأحدث البيانات المتاحة



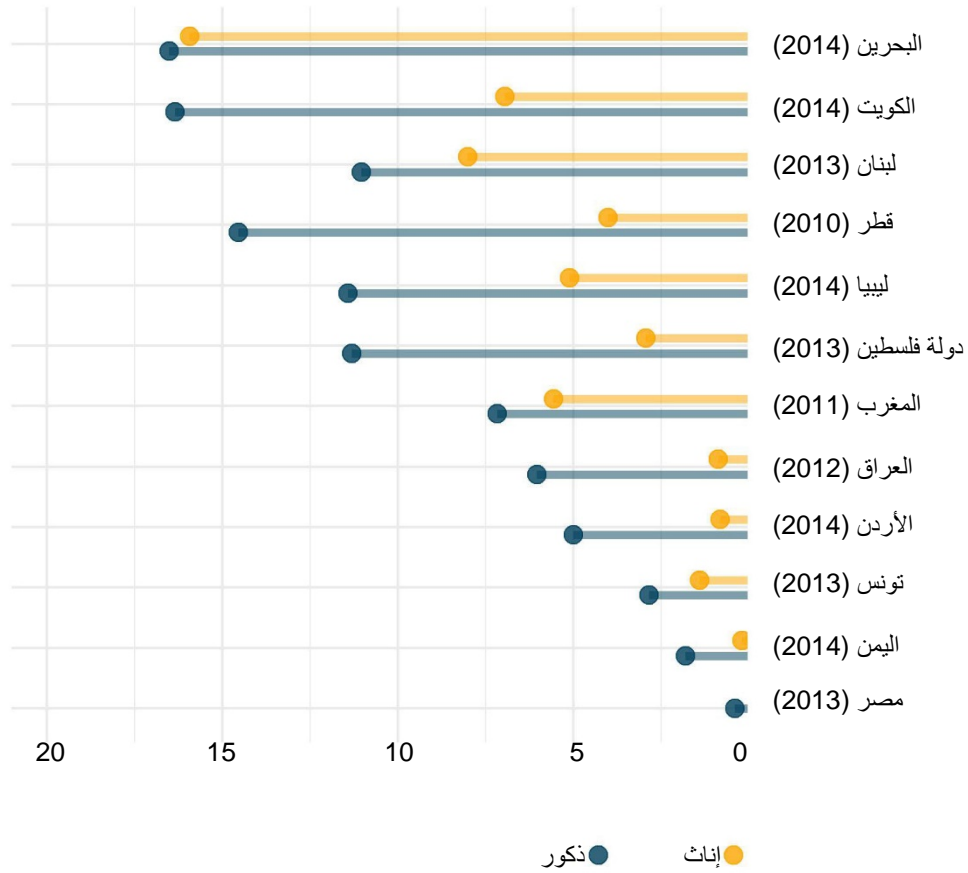
المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

انخفاض نسبة المشاركة في المنظمات المدنية الطوعية

يوجد انخفاض في نسبة العضوية في المنظمات الرياضية أو الترفيهية في المنطقة العربية. تُظهر البيانات الحديثة من مسح القيم العالمية أن مستويات العضوية النشطة في مصر والعراق والأردن ولبنان وليبيا والمغرب وقطر ودولة فلسطين وتونس واليمن تقل عن 10 في المائة من بين الدول التي شملها الاستطلاع، لدى البحرين والكويت فقط مستويات عضوية نشطة تتجاوز 10 في المائة، حيث تبلغ حوالي 16 في المائة و11 في المائة على التوالي. أما في مصر بشكل خاص لا تحظى المنظمات الرياضية والترفيهية بشعبية، حيث لم يكن تقريباً لدى أي من المجيبين عضوية فيها. هناك انخفاض أيضاً في العضوية في المنظمات الفنية والموسيقية والتعليمية في المنطقة. في البحرين ولبنان فقط، تتجاوز نسبة العضويات النشطة 10 في المائة (19 و11 في المائة على التوالي)، في حين تليها أعلى نسبة في قطر، وهي 6 في المائة. مرة أخرى، لا يوجد تقريباً أي مجيب في مصر ينتمي إلى هذه المنظمات.

كما هو مبين في الشكل 8-5، يميل الرجال أكثر من النساء للانضمام إلى المنظمات الرياضية والترفيهية في قطر، ويبدو هذا الفارق أكثر وضوحاً، حيث أن نسبة الرجال الأعضاء النشطين في المنظمات الرياضية أو الترفيهية تزيد بنحو 11 نقطة مئوية عن نسبة النساء. أما مستويات العضوية في المنظمات الفنية والموسيقية والتعليمية فهي أكثر تعادلاً بين الجنسين من مستويات العضوية في المنظمات الرياضية أو الترفيهية.

الشكل 5-8 العضوية النشطة في المنظمات الرياضية أو الترفيهية، النسبة المئوية حسب الجنس، آخر البيانات المتاحة



المصدر: بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية، تجميع الإسكوا.

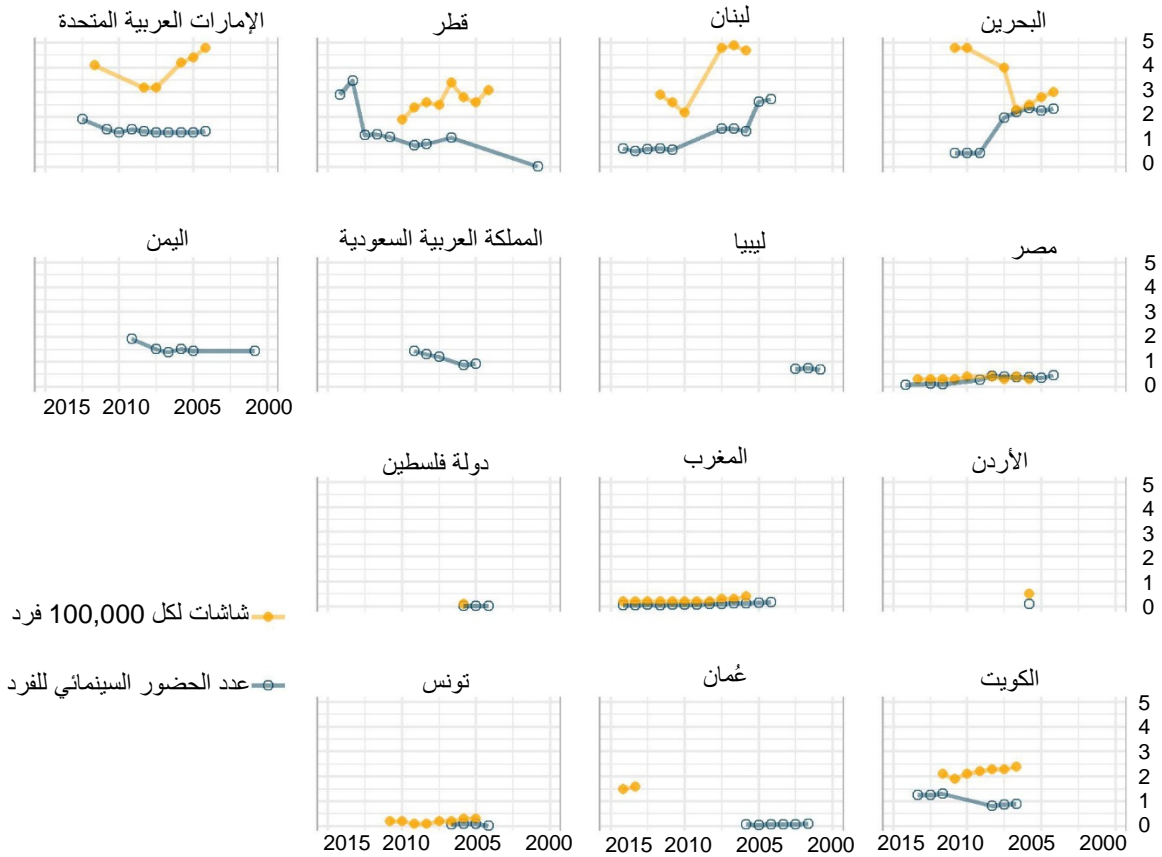
انخفاض نسبة حضور السينما وافتقار بنيتها التحتية

يعرض الشكل 6-8 عدد مرات الدخول إلى السينما للفرد الواحد وعدد الشاشات لكل 100,000 نسمة. وتشير أحدث البيانات إلى أن نسبة الحضور السينمائي للفرد منخفضة نسبياً في المنطقة العربية، كما أن هناك افتقار للبنية التحتية للسينما. كما يبين الشكل 6-8، من بين البلدان العربية الـ 6 التي توجد بيانات عنها منذ عام 2015، احتلت قطر فقط المرتبة العاشرة في المائة من البلدان في جميع أنحاء العالم، حيث سجلت 3 زيارات للسينما للفرد الواحد في عام 2017. وقد ارتفع عدد الحضور السينمائي أكثر من الضعفين منذ عام 2008 في قطر، من 1 إلى 3 مرات في عام 2017. على خلاف ذلك، تقل التقديرات الأخيرة عن نصيب الفرد من عدد مرات الحضور إلى السينما في البلدان التي قدمت بيانات حديثة. أفادت البحرين ولبنان عن انخفاض عدد مرات الحضور السينمائي منذ العام 2005، من 2 إلى 1 في العام 2013 ومن 3 إلى 1 في العام 2017، على التوالي.

كما أن كثافة عدد الشاشات لمجموع السكان منخفضة في المنطقة العربية؛ لقد تم الإبلاغ عن أعلى كثافة للشاشات في المنطقة في البحرين (4.8 شاشات لكل 100,000 فرد في العام 2013)، مما يجعلها خارج ترتيب الدول الـ 25 الأعلى في جميع أنحاء العالم في العام 2017. على سبيل المقارنة، كانت كثافة الشاشات في إسبانيا، التي احتلت المرتبة العاشرة في العام 2017 في جميع أنحاء العالم، 9 شاشات لكل 100,000 نسمة، أي ما يقرب

من ضعفي العدد في البحرين. وقد زادت كثافة الشاشات في البحرين على الرغم من انخفاض عدد الحضور السينمائي للفرد خلال الفترة نفسها. في الفترة من العام 2005 إلى عام 2013، زادت كثافة الشاشات لكل 100,000 نسمة من 3 إلى 5. وعلى العكس، تزامن انخفاض عدد الحضور السينمائي في لبنان بشكل عام مع انخفاض كثافة الشاشات، من 5 شاشات لكل 100,000 نسمة في العام 2007 إلى 3 في العام 2014.

الشكل 6-8 عدد مرات الحضور السينمائي للفرد الواحد، وكثافة الشاشات لكل 100,000 نسمة، 2017-2000



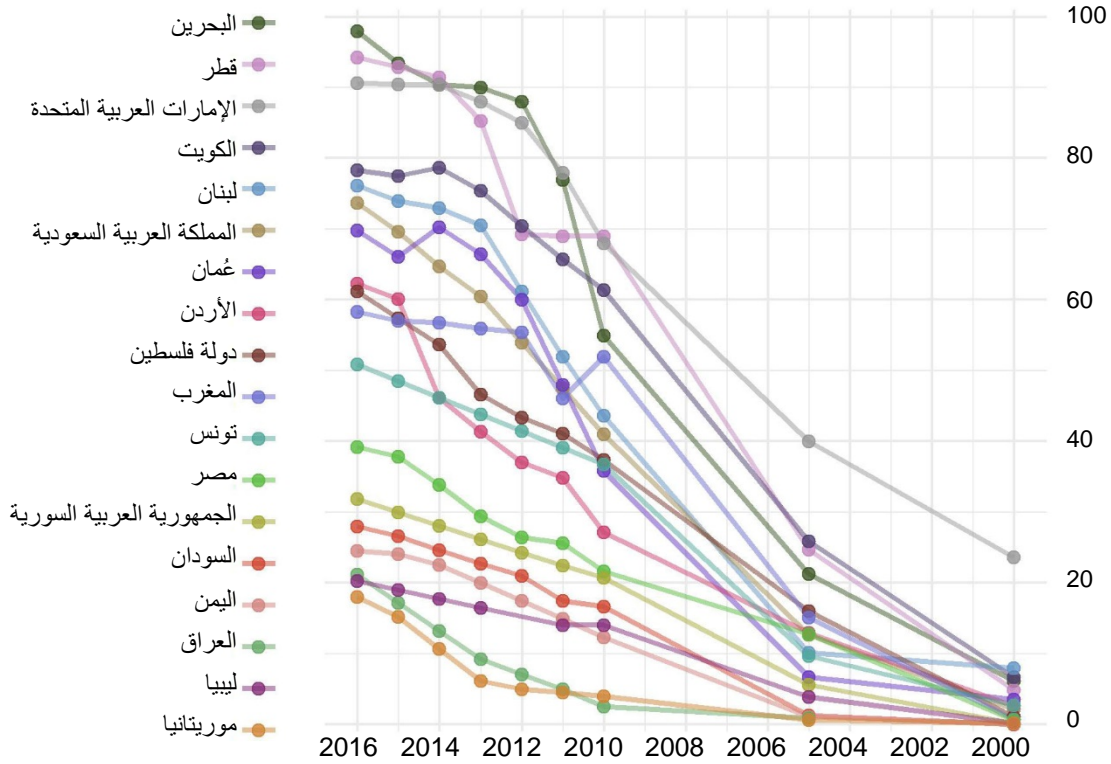
المصدر: قاعدة البيانات الخاصة بمعهد اليونسكو للإحصاء.

ازدياد هائل في استخدام الإنترنت

ازداد استخدام الإنترنت في المنطقة العربية زيادة كبيرة منذ عام 2005 حيث كان استخدام الإنترنت منحصراً في أقل من 50 في المائة من السكان في جميع الدول الأعضاء في الإسكوا الـ 18 (الشكل 7-8). منذ ذلك الحين أصبح الإنترنت جزءاً رئيسياً من الثقافة الحديثة في المنطقة، لا سيما في دول مجلس التعاون الخليجي التي شهدت زيادة في عدد مستخدمي الإنترنت بمقدار عشرة أضعاف تقريباً. شهدت البحرين أكبر نمو واضح في المنطقة، من 55 مستخدماً للإنترنت لكل 100 نسمة في عام 2010 إلى 98 مستخدماً لكل 100 شخص في عام 2016. في قطر والإمارات العربية المتحدة، تزايد استخدام الإنترنت أيضاً بشكل ملحوظ بين عامي 2010 و2016، من 69 إلى 94 مستخدماً لكل 100 نسمة ومن 68 إلى 91، على التوالي. استخدم الإنترنت أكثر من ضعفي عدد الأشخاص

في الأردن في العام 2016 مقارنةً بما كان عليه الحال في العام 2010، من 27 لكل 100 نسمة في عام 2010 إلى 62 في عام 2016. شهدت دولة فلسطين زيادة مماثلة خلال الفترة نفسها، من 37 مستخدماً لكل 100 نسمة في العام 2010 إلى 61 مستخدماً في عام 2016. كما شهدت المغرب وتونس نمواً أبطأ في الفترة من عام 2010 إلى عام 2016، من 52 مستخدماً لكل 100 نسمة إلى 58 ومن 37 إلى 51 على التوالي.

الشكل 7-8 عدد مستخدمي الإنترنت لكل 100 نسمة، 2017-2000



المصدر: قاعدة بيانات مؤشرات الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات العالمية التابعة للاتحاد الدولي للاتصالات.

تزايد اشتراكات الهواتف المحمولة بشكل كبير من عام 2000 إلى عام 2010

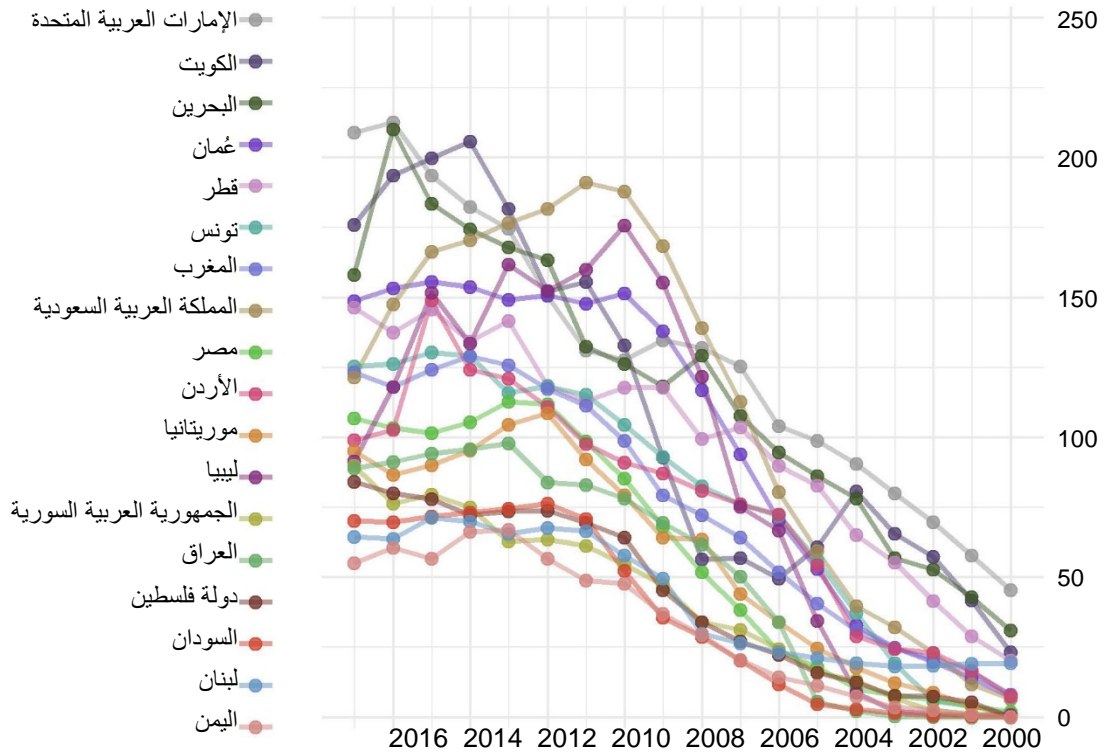
على غرار معدلات استخدام الإنترنت، أبلغت دول مجلس التعاون الخليجي عن أعلى نسبة من اشتراكات الهاتف المحمول (الشكل 8-8). وأبلغ لبنان واليمن عن أدنى تقديرات بين جميع البلدان في عام 2017، حيث بلغ عدد الاشتراكات 65 و55 اشتراكاً لكل 100 نسمة على التوالي. وبالمقارنة، سجلت جميع دول مجلس التعاون الخليجي ما لا يقل عن 120 اشتراكاً في الهواتف المحمولة لكل 100 نسمة في عام 2017، وكان أعلى عدد لها 209 اشتراكات في الإمارات العربية المتحدة.

وفي الفترة من العام 2000 إلى عام 2010، زادت اشتراكات الهواتف المحمولة بسرعة في جميع أنحاء المنطقة. أفادت العراق ودولة فلسطين والسودان والجمهورية العربية السورية واليمن عن عدم وجود أي اشتراك للهاتف المحمول لكل 100 نسمة في العام 2000. وبحلول عام 2010، كان هناك 78 اشتراكاً في الهاتف المحمول لكل 100 نسمة في العراق، و64 اشتراكاً في دولة فلسطين، و52 اشتراكاً في السودان، و55 اشتراكاً في الجمهورية

العربية السورية، و48 اشتراكاً في اليمن. ولوحظت أكبر الزيادات العددية في الفترة من عام 2000 إلى عام 2010 في المملكة العربية السعودية وليبيا وعمان، حيث بلغت 181 و175 و144 اشتراكاً على التوالي.

في الفترة من العام 2010 إلى العام 2017، زادت اشتراكات الهواتف المحمولة في جميع أنحاء المنطقة إنما بمعدل أبطأ بكثير من معدل السنوات العشر السابقة، وفي الواقع، لاحظت البلدان التي شهدت أكبر زيادات في اشتراكات الهواتف المحمولة من عام 2000 إلى عام 2010، وهي ليبيا وعمان والمملكة العربية السعودية، انخفاضاً في كمية الاشتراكات لكل 100 نسمة في الفترة من العام 2010 إلى العام 2017. في ليبيا، انخفضت اشتراكات الهواتف المحمولة بمقدار النصف تقريباً، من 176 لكل 100 نسمة في عام 2010 إلى 91 في العام 2017. شهدت دولة الإمارات العربية المتحدة أكبر زيادة عددية من العام 2010 إلى العام 2017، من 128 اشتراكاً لكل 100 نسمة في عام 2000 إلى 209 في العام 2017.

الشكل 8-8 اشتراكات الهواتف المحمولة لكل 100 نسمة، 2017-2000



المصدر: قاعدة بيانات مؤشرات الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات العالمية التابعة للاتحاد الدولي للاتصالات.

المراجع

- Arab Barometer (2017). Available at www.arabbarometer.org. Accessed on 1 December 2017.
- Assaad, Ragui, and Caroline Krafft (2014). Youth transitions in Egypt: School, work, and family formation in an era of changing opportunities. Silatech Working Paper Series, No. 14-1. Doha, Silatech. Available at <https://www.silatech.org/wp-content/uploads/2018/12/youth-transitions-in-egypt-school-work-and-family-formation-in-an-era-of-changing-opportunities.pdf>.
- 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. Austin, Texas: 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. 1, 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, 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.
- Khadr, Zeinab, and Laila El-Zeini (2003). Families and households: Headship and co-residence. In *The New Arab Family*, Nicholas Hopkins, ed. Cairo Papers in Social Science series, vol. 24, No. 1. Cairo: The American University in Cairo, pp. 140-164.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2011). Housing conditions. In *How's life? Measuring Well-being*. Paris. pp. 81-102.
- Rashad, Hoda (2000). Demographic transition in Arab countries: A new perspective. *Journal of Population Research*, vol. 17, No. 1, pp. 83-101. Available at www.springer.com.
- Rashad, Hoda, Maged Osman and Farzaneh Roudi-Fahimi (2005). Marriage in the Arab world. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Roudi-Fahimi, Farzaneh, and Shaimaa Ibrahim (2013). Ending child marriage in the Arab region. Policy Brief (May). Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- 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.
- Tabutin, Dominique and Bruno Schoumaker (2012). The demographic transitions: characteristics and public health implications. In *Public Health in the Arab World*, Samer Jabbour and others, eds. Cambridge: Cambridge University Press.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019a). World Population Prospects 2019, Online Edition. Rev. 1. Available at <https://population.un.org/wpp/>.
- _____ (2019b). International Migrant Stock 2019 (United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2019). Available at <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp>.

- United Nations, Economic and Social Commission for Western Asia (2015). Towards better measurement of poverty and inequality in the Arab countries: a proposed pan-Arab multipurpose survey (E/ESCWA/SD/2014/WP.1). Beirut.
- United Nations, Office of the High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2017). Population Statistics Database <http://popstats.unhcr.org/en/overview>. Accessed on 1 December 2017.
- United Nations Population Fund (2013). *Motherhood in Childhood: Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy*. Sales No. E.13.III.H.1.
- United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA) (2017). *UNRWA in Figures*. Available at <https://www.unrwa.org/resources/about-unrwa/unrwa-figures-2017>.
- United Nations Statistics Division (UNSD). (2015). *Millennium Development Goals Indicators – the official United Nations site for the MDG Indicators*. New York, USA.
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Metadata.aspx?IndicatorId=0&SeriesId=730>.
- World Health Organization (2011a). *Monitoring Maternal, Newborn and Child Health: Understanding Key Progress Indicators*. Geneva.
- [.https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/ar/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/ar/) التقرير العالمي حول الإعاقة – منظمة الصحة العالمية
- توصيات منظمة الصحة العالمية للتمنيع الروتيني - الجداول
[.https://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/ar/](https://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/ar/)
- _____ (2017). Global Health Observatory Database: Non-communicable Diseases. Geneva. Available at www.who.int. Accessed on 1 December 2017.
- World Values Survey Association (2017). World Values Survey Database. Vienna. Available at www.worldvaluessurvey.org. Acce.



هذا الإصدار هو العدد الأحدث من سلسلة تصدر كل سنتين عن شعبة الإحصاء في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا). والتقارير، إذ يركّز على الديناميات السكانية، وتركيبية الأسرة المعيشية، وتكوين الأسرة، وظروف الإسكان، والصحة، والتعليم، والعمل، والفقر، وانعدام المساواة، والثقافة، والمشاركة الاجتماعية، فهو يقدم عرضاً موسعاً للمجتمع العربي. واستمدت البيانات، بشكل أساسي، من الأجهزة الإحصائية الوطنية في البلدان الأعضاء في الإسكوا، واستُكملت ببيانات متاحة للجمهور صادرة عن هيئات دولية مثل مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة العمل الدولي، والبنك الدولي، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة. ولا ترد في هذه الدراسة جميع المؤشرات. وللإطلاع على مجموعة الجداول كاملة، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني للإسكوا.

