

2009 - 1994

المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 15/

التقرير الإقليمي للدول العربية

مراجعة إقليمية لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في الذكرى الخامسة عشر
ربط برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالأهداف الإنمائية للألفية

إعداد صندوق الأمم المتحدة للسكان - المكتب الإقليمي للدول العربية



جدول المحتويات

8

تقديم

11

استعراض التقرير

15

أولاً : المقدمة

ثانياً- الروابط بين المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والأهداف الإنمائية للألفية 18

24

ثالثاً، السياق السياسي والاجتماعي والاقتصادي والديموغرافي

25

آثار الصراعات والأزمة المالية

26

التغيرات والتحولات الاجتماعية

26

الأسرة

27

الوضع الديموغرافي

27

انتقال الخصوبة

30

وتيرة وحجم الانخفاض في الخصوبة

31

خصوبة المراهقين

31

التفاوتات في معدلات الخصوبة

33

التحول في معدلات الوفيات

34

التغير في الهيكل العمري

35

الأطفال والشباب

35

السكان في سن العمل

37

كبار السن

38	توزيع السكان والتحول الحضري
40	الهجرة الدولية
43	رابعاً : التقدم باتجاه تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية
44	السكان والحد من الفقر
47	السكان وتحقيق التعليم الابتدائي للجميع
51	تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة
57	خفض وفيات الأطفال
61	تحسين صحة الأئمة
72	مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والمalaria وغيرها من الأمراض
75	ضمان الاستدامة البيئية
77	إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية
83	خامساً : الإنجازات والتحديات
89	سادساً : النتائج الرئيسية والطريق إلى الأمام

قائمة الجداول والإطارات

20	الجدول 1 : إجراءات المؤتمر الدولى للسكان والتنمية المرتبطة بالأهداف الإنمائية للألفية
30	الجدول 2 : خريطة الخصوبة فى العالم العربى 1985 - 2010
33	الجدول 3 : العمر المتوقع عند المولد ووفيات الأطفال دون سن الخامسة فى العالم العربى
40	الجدول 4 : المهاجرون الدوليون فى بلدان مجلس التعاون الخليجي (الرقم المطلق والنسبة المئوية من مجموع السكان)
44	الجدول 5 : مؤشرات الفقر فى العالم العربى 1990 - 2008
71	الجدول 6 : مؤشرات صحة الأمهات حسب مكان الإقامة فى تونس والمغرب
78	الجدول 7 : نظرة واسعة لبعض التأثيرات المحتملة لتغير المناخ فى العالم العربى

الإطارات

46	الإطار 1 : الصناديق الصحية للمجتمع المحلي فى جيبوti
54	الإطار 2 : الإصلاحات المؤسسية لدعم تمكين المرأة فى مصر والجزائر
57	الإطار 3 : العنف القائم على النوع الاجتماعى فى الأراضى الفلسطينية المحتلة
67	الإطار 4 : خدمات الصحة الإنجابية فى سوريا ولبنان
76	الإطار 5 : نمط الأمراض فى سلطنة عمان
81	الإطار 6 : أنشطة لمكافحة الأمراض المعدية فى السودان

قائمة الأشكال

- الشكل 1 : إجمالي سكان العالم العربي (1950 - 2050) 28
- الشكل 2 : إجمالي السكان (بالملايين) حسب البلدان في العالم العربي 1990-2015 29
- الشكل 3 : اتجاهات معدل الوفيات الخام ومعدل المواليد الخام 1950-2050 في البلدان العربية 32
- الشكل 4 : الأطفال دون سن 15 عاما في العالم العربي (1990 - 2015) 35
- الشكل 5 : الشباب في سن 15-24 عاما في العالم العربي 1990 - 2015 36
- الشكل 6 : السكان في سن العمل 15-64 عاما في العالم العربي 1990 - 2015 36
- الشكل 7 : كبار السن في العالم العربي (1980 - 2050) 38
- الشكل 8 : النسبة المئوية لسكان الحضر من إجمالي السكان في 2010 39
- الشكل 9 : صافي معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي (1990 - 2008) 48
- الشكل 10 : نسبة التلاميذ الذين يبدأون الصف الأول وينهون الصف الخامس 49
- الشكل 11 : معدل الأممية للأشخاص في سن 15-24 عاما 50
- الشكل 12 : معدل وفيات الرضع 1990 - 2008 60
- الشكل 13 : معدل وفيات الأطفال 1990 - 2008 63
- الشكل 14 : النساء في سن الإنجاب 15-49 عاما في العالم العربي 1990 - 2015 64
- الشكل 15 : معدل وفيات الأمهات (لكل 100 مولود حي) 65
- الشكل 16 : النسبة المئوية لحالات الولادة تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي 66
- الشكل 17 : النسبة المئوية من النساء الحوامل اللائي حصلن من 4 زيارات على الأقل 68
- الشكل 18 : النسبة المئوية لمن يستخدمون وسائل منع الحمل الحديثة 69
- الشكل 19 : العدد المقدر (بالآلاف) الأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في 2007 74

1994



United Nations

International Conference on Population and Development

المؤتمر الدولي

للسكان والتنمية

5-13 September 1994

Cairo, Egypt



2009



تقديم

افتتاحه في نيسان / أبريل 2009، وضع المكتب الإقليمي للدول العربية لصندوق الأمم المتحدة للسكان مراجعة تتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على قمة أولويات الأنشطة التي يقوم بها في المنطقة. ويتواكب نفس العام مع الذكرى الخامسة عشر للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في عام 1994 بالقاهرة. ويأتي في الوقت المناسب لتعزيز دوره ووضعه الاستراتيجي في العالم العربي. وتشمل المراجعة 13 قطراً من 14 قطراً في العالم العربي بها مكاتب لصندوق الأمم المتحدة للسكان¹. ويعكس هذا المعدل العالي من الاستجابة التزام البلدان بإمتلاك ومراجعة برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، والتي تعد من أهداف الخطة الاستراتيجية لصندوق الأمم المتحدة للسكان للفترة 2008-2011. وبجانب تأكيد الملكية، فإن مشاركة البلدان في المراجعة الإقليمية يسرّت تنظيم الفعاليات الخاصة بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية على المستويات القطرية والإقليمية. ويشمل ذلك إطلاق التقارير القطرية وعقد المؤتمر العربي حول السكان والتنمية: الحقائق والأفاق المستقبلية في الدوحة في آيار / مايو 2009، حيث وافقت الدول المشاركة على أولويات العمل خلال السنوات الخمس المقبلة.

وتعد عمليات التحليل والنتائج التي تقدمها هذه المراجعة أمراً لا غنى عنه من أجل فهم وتقدير الجهد الذي تبذلها الحكومات، وشركاء التنمية على المستوى الوطني والدولي. وقد توجت هذه الجهود بإنجازات كبيرة في مجال الخصوبة والوفيات والصحة الإنجابية وصحة الأمومة وتعليم المرأة وتمكينها وتعليم الفتيات وتحقيق استدامة البيئة. إلا أن هذه الإنجازات ليست كاملة ولا شاملة حتى الآن. حيث لا تزال بعض البلدان، خاصة البلدان العربية الأقل نمواً، تتخلّف كثيراً في العديد من مؤشرات الإنمائية للألفية. وتواجه جميع البلدان فوارق كبيرة حسب مكان الإقامة (ريف أو حضر) والوضع الاجتماعي والاقتصادي (الدخل، التعليم، إلخ) وفي مجال توافر فرص الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية والرعاية الصحية للأمهات وفي التعليم وفي تمكين المرأة وفي الفقر، إلخ. وتترك هذه الفوارق صورة قاتمة فيما يتعلق بتنفيذ

منذ

(1) فقط الصومال لم تقدم التقرير القطري.

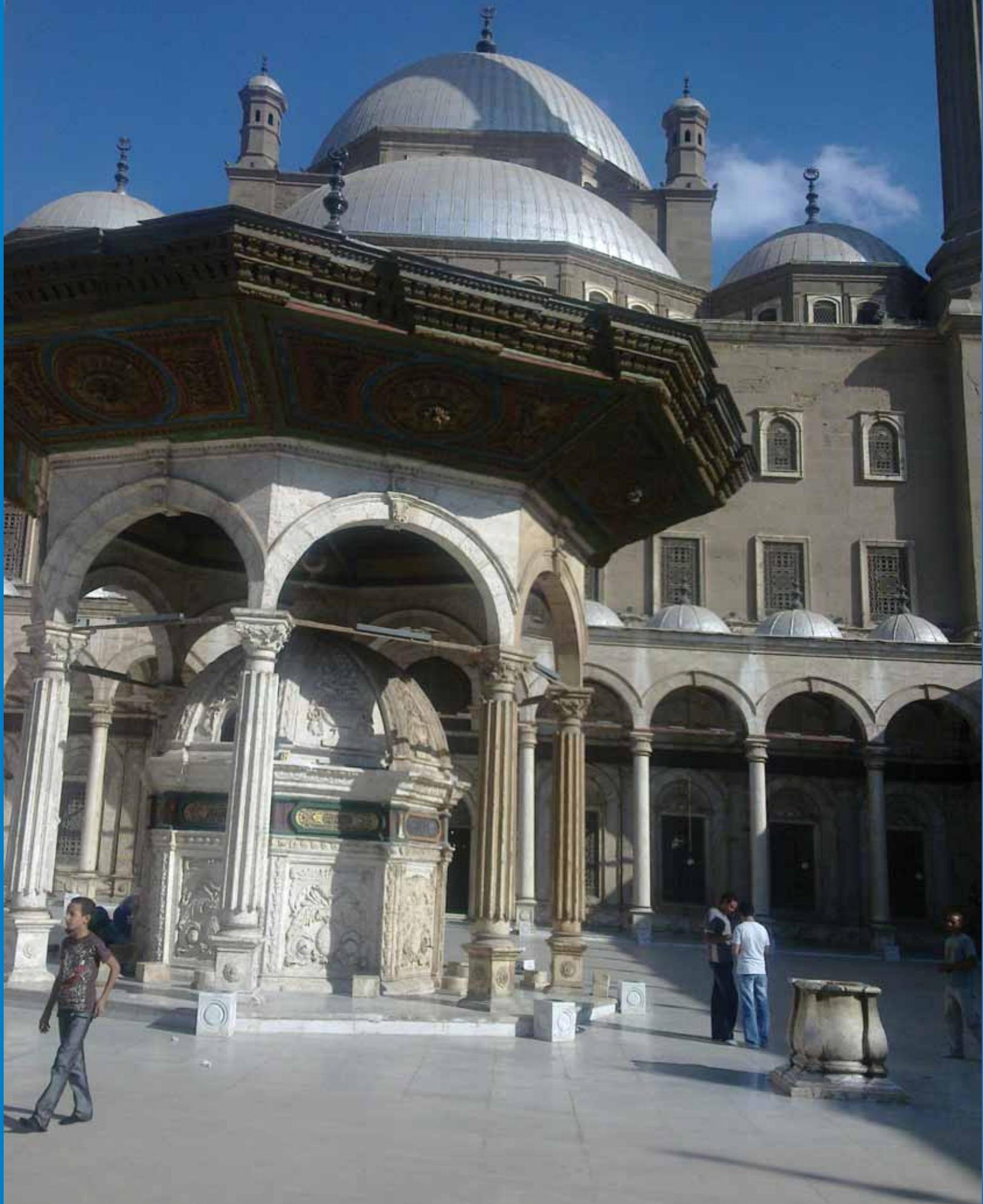
برنامج عمل المؤتمر الدولى للسكان والتنمية وتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وتهدف هذه المراجعة بتوجيه صانعى السياسة لأهمية اتخاذ الإجراءات الضرورية للتصدى للفوارق وعدم المساواة فى التنمية الاجتماعية، لاسيما خلال هذه الفترة التى تأثر فيها الناس كثيرا جراء الأزمتين المالية والاقتصادية.

وتحدد المراجعة الإقليمية الأولويات التى يجب الاهتمام بها واتخاذ إجراءات بشأنها. بناء على مستوى التقدم الحالى، سوف لن تتمكن العديد من البلدان فى المنطقة من تحقيق هدف توفير فرص الوصول لخدمات الصحة الإنجذابية للجميع بحلول عام 2015. وبالتالي فهناك حاجة للعمل على توسيع نطاق المعلومات بشأن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما فى ذلك خدمات تنظيم الأسرة. وينبغي أن يتم ذلك فى سياق بناء قوة دفع لخخص وفياط الأمهات عند الولادة ولتحسين صحة الأمومة. وعلى نفس القدر من الأهمية، هناك حاجة للقضاء على العنف القائم على النوع الاجتماعى، ولتمكين المرأة من خلال التعليم وزيادة مشاركتها فى قوى العمل وفي وضع السياسات واتخاذ القرارات. أيضا ينبعى على البلدان العربية استدراك الفرص التى تكمن فى حماس الشباب والتهديد الناجم عن المعدلات العالية للعطلة. كما يتعين على الدول دمج ديناميكيات السكان فى استراتيجيات وخطط التنمية، لاسيما خطط توفير خدمات الصحة الإنجابية والنوع الاجتماعى وتمكين المرأة. كذلك، من المهم توثيق التجارب والممارسات الناجحة وبناء القدرات فى مجالات البحث والتدریب وتحسين عمليات جمع وتحليل المعلومات من أجل وضع السياسات والبرامج.

وأمل أن يستفيد صانعو السياسات والقرارات وشركاء التنمية والمنظمات الدولية ومعاهد البحث والهيئات الأكademie من نتائج هذا التقرير لصالح أعمالهم وأنشطتهم لتحقيق التنمية الشاملة المستدامة فى العالم العربى.

حافظ شقير

مدير المكتب الإقليمي للدول العربية
صندوق الأمم المتحدة للسكان



استعراض التقرير

العالم العربي في عام 1994 المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

استضافة

وقد وافق القادة والخبراء من كل أنحاء العالم الذين التقوا في القاهرة قبل 15 عاماً على برنامج عمل تقوم بتنفيذه الحكومات خلال فترة 20 عاماً بمشاركة مع المجتمع الدولي، بما في ذلك المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص. واستلهم برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الرؤية لعالم يمتنع فيه كافة الأفراد بحقوق وفرص متساوية يشحذون فيها أقصى قدراتهم الإنتاجية والفكرية الكاملة، حيث لا مجال للتسامح مع العنف والتمييز حسب النوع والعرق والدين ومكان الإقامة؛ وحيث تتقاسم المرأة والرجل بالتساوي المسؤوليات والقرارات في المنزل وفي المجالات العامة والخاصة، وحيث يمكن للأغنياء والفقراe الحصول بالتساوي على الموارد والفرص، وحيث تتم حماية الموارد الطبيعية وإدارتها لصالح الأجيال الحالية والمستقبلية. وبالفعل فإن رؤية المؤتمر الدولي للسكان والتنمية تتضمن الشمول والاستدامة واحترام حقوق الإنسان.

ويُظهر هذا التقرير كيف يرتبط تفاصيل برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في البلدان العربية بقدتها في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، وبالعوامل التي تيسر التقدم وتذلل العقبات والتحديات التي تواجه هذه العملية. وبالتالي، فإن التقرير يجسد الاهتمام المتواصل من جانب البلدان العربية ومجتمعاتها المحلية لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ويشهد على هذا الالتزام مشاركة هذه البلدان في عملية المراجعة الإقليمية وتأكيدتها على الحاجة لتنفيذ برنامج العمل لتسريع وتيرة التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية بحلول عام 2015.

وسيرافق هذا الالتزام دعم الحكومات بإتجاه تحقيق الوصول الشامل لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية، لاسيما بين الشباب (في عمر 15-24 عاماً) والذين ازدادت أعدادهم بنحو 1.3 مليون شاب سنوياً منذ عام 1990. وسيؤدي تحسين الصحة الجنسية والإنجابية للشباب إلى الحد من انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وسوف يعظم القدرات الإنتاجية الكامنة لدى الشباب ومكاسبهم الاقتصادية، وسوف يمكن البلدان في المنطقة من الاستفادة لأقصى حد ممكن من «المكاسب الديموغرافية» عندما تحدث. ولذلك يجب أن تصاحب إجراءات تحسين الصحة الإنجابية والجنسية سياسات تستهدف الشباب في مجال الإسكان والرياضة والوظائف والتدريب وتنمية المهارات لتعزيز قدراتهم الكامنة على التنمية المستدامة.

وهنالك حاجة للاستثمار المتواصل في مجال الصحة الإنجابية للتصدي للفقر وتحسين صحة الأمومة. ولابد من أن تركز الإستراتيجيات والإجراءات في المنطقة على توفير الخدمات والمعلومات الخاصة بالصحة الإنجابية، بما في ذلك وسائل تنظيم الأسرة، لاسيما للأسر الفقيرة. وينبغي أن تتضمن تلك الإجراءات تدابير لحماية الفقراء من الآثار السلبية للأزمة المالية والاقتصادية فيما يتعلق بتوفير الغذاء والمأوى والخدمات الصحية، وأشارها على خدمات ومعلومات الصحة الإنجابية. وبشكل إجمالي، سوف تؤدي تلك الإجراءات إلى الحد من الفقر والجوع، لاسيما في البلدان العربية الأقل نمواً.

وهنالك حاجة لتحسين صحة الأمومة لخفض معدلات وفيات الأمهات من خلال المزيد من التحسينات في مجال الرعاية

وتُظهر هذه المراجعة أن رؤية وبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لا تزال مهمة حاضراً ومستقبلاً، لاسيما في هذا الوقت الذي تتصف فيه الأزمة المالية وأزمات الغذاء والطاقة بالعالم العربي. وينبغي التصدي لعوامل الضعف والتهميش المتزايدة للفقراء من خلال تنفيذ سياسات وإجراءات فعالة التكلفة للتنمية الاجتماعية يمكنها أن تثمر نتائج ملموسة وفي وقت قصير. إن برنامج العمل مهم على نحو خاص من أجل تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في البلدان العربية حيث يمكن خفض معدلات الفقر العالية من خلال توسيع نطاق خدمات الصحة الإنجابية وتعزيز حقوق النساء الفقيرات والمجموعات السكانية المستضعفة والسكان الذين يعانون من أزمات إنسانية.

وبخلاف تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، يمكن تبرير أهمية برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بشكل أكبر من خلال دعوته للتصدي لآثار القضايا الناشئة مثل تغير المناخ والأزمات الإنسانية. تقدر مساهمة العالم العربي بنحو 4.7% من إجمالي انبعاثات ثاني أكسيد الكربون في العالم، وهي ثاني أدنى مرتبة على مستوى العالم¹. وتعتبر مساهمة العالم العربي في انبعاث الميثان وأول أكسيد النيتروجين الأدنى في العالم، وذلك نسبة لانخفاض مستوى التنمية الصناعية. ومع ذلك، فإن البلدان العربية من بين أشد المناطق النامية تضرراً من تغير المناخ. وتواجه البلدان العربية طائفة واسعة من الآثار المتعلقة بتغير المناخ، بما في ذلك شح المياه² وتراجع الإنتاج الزراعي وإنتج الأغذية وزيادة أعداد اللاجئين لأسباب بيئية. ولذلك هناك حاجة لتحفيظ الآثار السلبية لتغير المناخ وإتخاذ التدابير اللازم للتصدي لها. ويتquin أن تدمج هذه التدابير ديناميكيات السكان في إجراءات المشتركة للتنمية والبيئة في المنطقة. ويجب عليها إدراج التأثيرات المناخية والبيئية الخاصة بالتغييرات في العمر وفي تكوين وهيكل الأسرة، والتغيرات في أسلوب الحياة وفي الأنماط الاستهلاكية والإنتاجية. كذلك، ينبغي عليها تعزيز الصحة الإنجابية لكبح الضفوط على الموارد الطبيعية، وللتوجه نحو الاحتياجات التي لا يتم تلبيتها فيما يتعلق بتنظيم الأسرة.

(2) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2009، تقرير التنمية البشرية في الدول العربية 2009: تحديات الأمن الإنساني في البلدان العربية.

(3) يعني اليمن، على سبيل المثال، عجزاً مائرياً يبلغ نحو مليار متر مكعب سنوياً.

قد أدت إلى زيادة في العدد النسبي والمطلق للأشخاص الأكبر سنا. والتقدم في العمر يحدث بشكل سريع على نحو خاص في تونس ولبنان اللتين شهدتا انتقالاً ديموغرافياً، وكذلك في مصر وهي أكثر بلدان المنطقة كثافة في السكان. ومما لا شك فيه فإن التقدم في العمر يعكس النجاح في التنمية البشرية. فالأفراد في المنطقة يعيشون حياة أطول وأكثر صحة كما لم يحدث من قبل. إلا أن التقدم في العمر يخلق تحديات كبيرة في قوى العمل وداعيات على معاشات التقاعد ونظم التأمين الاجتماعي التي تحتاج إليها لتوفير الخدمات والمستوى المعيشي الجيد لكيار السن. ويستغرق التقدم في العمر فترة من الزمن علماً أنه لا يحدث في لحظة معينة. لذلك من المهم تبنته القائمين على التخطيط وصانعي السياسات لضرورة التخطيط المبكر لظاهرة التقدم في العمر، وإدراج تلك الظاهرة في المسارات الرئيسية لخطط واستراتيجيات التنمية وفي الأهداف الإنمائية واستراتيجيات الحد من الفقر.

إن العالم العربي يشهد تحولاً حضرياً سريعاً، مما يوفر طائفة واسعة من الفرص ويشكل العديد من التحديات لبلدان المنطقة. فبالإضافة إلى تحسين فرص وصول السكان للخدمات وخفض تكاليف التنمية الاجتماعية، يمثل التحول الحضري فرصاً لتنمية الموارد البشرية والتجارة والأسوق الداخلية. ومع ذلك، فقد ينقبل التحول الحضري إلى فوضى بيئية واقتصادية إذا لم تكن هناك سياسات عملية للتصدى لنمو المناطق العشوائية والإدارة المخلفات البلدية وتخفيف ضغط سكان المدن على الخدمات الصحية وخدمات الصرف الصحي. وفي ضوء التحول الحضري السريع، وهو أمر لا يمكن تجنبه أو عكس اتجاهه، سوف يتغير على الدول أن تعيد التفكير في استراتيجيتها لإدارة المناطق الحضرية ولتنمية المناطق الريفية. وينبغي أن تشجع تلك الاستراتيجيات على الروابط بين الحضر والريف من خلال إنشاء الأسواق الداخلية وتشجيع التحويلات المالية وإنشاء البنية الأساسية للتنمية. كذلك ينبغي أن تشجع تلك الاستراتيجيات التنمية الزراعية التي تعتمد بشكل كبير على العمالة، وذلك من أجل تلبية الطلب على الغذاء لسكان المدن وتحسين الوضع الغذائي للسكان في المناطق الريفية والحضرية.

الصحية قبل الولادة، والولادة تحت إشراف الكوادر الصحية المدرية، وزيادة استعمال وسائل منع الحمل. ويجب على الدول توفير المزيد من الموارد لخدمات الصحة الإنجابية ومنع انتشار فيروس نقص المناعة البشرية. كما ينبغي عليها استثمار المزيد من الأموال في خدمات الرعاية الصحية للأمهات، بما في ذلك تنظيم الأسرة والمباعدة بين الولادات والرضاعة الطبيعية. وهناك حاجة لهذه الأنشطة بشكل خاص في المناطق الريفية وبين المجموعات السكانية المهمشة، وذلك من أجل انتشارهن من الحلقة المفرغة لضعف الصحة الإنجابية والفقر. وعندما يتم القيام بمثل هذه الاستثمارات والأنشطة فإنها ستسمم في تحقيق العدالة والمساواة وفي تحقيق التنمية الاجتماعية الشاملة.

لقد أحرزت بلدان المنطقة تقدماً في مجال تمكين المرأة من خلال التوسيع الكبير في تعليم الفتيات، وفي تحسين مشاركة المرأة في الأجهزة التشريعية والتنفيذية. ومع ذلك، فإن القيمة المضافة للتقدم في مجال تعليم المرأة تتوقف بالدرجة الأولى على القدرة في زيادة الإنتاج وتحويم العلاقات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في المجتمع. والتقدير الذي تم إنجازه في مجال تعليم المرأة في المنطقة لا بد أن توافقه فرص العمل المطلوبة لزيادة مساهمة النساء في قوى العمل. كذلك هناك حاجة لزيادة فرص وصول النساء للموارد الإنتاجية، مثل الأرض والتمويل، وللوصول لخدمات ومعلومات الصحة الإنجابية. إن مساواة الجنسين تمثل تحدياً رئيسياً في المنطقة، علماً بأن التركيز عليها لتحقيق أهداف السياسات السكانية أكثر فائدة من تجاهلها. وبجانب القضاء على العنف القائم على نوع الجنس والمارسات التقليدية الضارة، من قبيل ختان الإناث، ينبغي أن تكون القوانين واللوائح حساسة لنوع الجنس.

لقد شهدت المنطقة تحولات اجتماعية كبيرة، بما في ذلك تغيرات في تكوين وهيكل الأسرة والزواج، والتغيرات في الهيكل العمري للسكان والعلاقات بين الأجيال المختلفة. ويحل التقرير الانعكاسات السياسية لهذه التغيرات من أجل تطبيق برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والأهداف الإنمائية للألفية. فالتغيرات في الهيكل العمري، على سبيل المثال، التي حدثت كنتيجة لانخفاض الخصوبة وارتفاع توقعات الحياة عند الميلاد،



أولاً: المقدمة

يإعداد هذا التقرير المكتب الإقليمي لصندوق الأمم المتحدة للسكان في العالم العربي وذلك بمناسبة الذكرى السنوية الخامسة عشر للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ويركز التقرير على تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية من أجل الإسراع بوتيرة التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في العالم العربي. وقد بدأت المراجعة الإقليمية بإعداد التوجيهات الإرشادية التي تم إرسالها لكافه البلدان في المنطقة من أجل تحضير التقارير القطرية عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعد 15 عاماً بالارتباط مع الأهداف الإنمائية للألفية. وكان الغرض الأساسي للتوجيهات الإرشادية هو توحيد نمط إعداد التقارير القطرية وتأكيد ملكية ومشاركة البلدان في عملية المراجعة الإقليمية. وعلاوة على ذلك، كان المقصود من التقارير عن التوجيهات الإرشادية مساعدة البلدان في إبداء التأزر والإنفاذ التبادلي بين المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وأهداف الألفية الإنمائية.

قسم السكان بالأمم المتحدة. وتم دعم التحليل من خلال الممارسات المثلثة والتي تم الحصول عليها من المكاتب القطرية لصندوق الأمم المتحدة للسكان، وقد تم توثيق بعض أفضل الممارسات في هذا التقرير لتقديم دليلاً مقتناً لدور السياسات والممارسات الفعالة في تحقيق النتائج الملحوظة.

وعقب هذه المقدمة، يعرض هذا التقرير تحليلاً موجزاً للروابط بين برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والأهداف الإنمائية للألفية (القسم ثانياً)، وتحليلاً للسياق السياسي والاجتماعي والاقتصادي والديموغرافي (القسم ثالثاً). وبعد ذلك يحلل التقرير تقدم البلدان نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية خلال الفترة 1990-2008 (القسم رابعاً). ويسترشد هذا التحليل بالروابط بين برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وإطار الأهداف الإنمائية للألفية والتي تشمل القضاء على الفقر المدقع والجوع (الهدف رقم 1)، وتحقيق شمول التعليم الابتدائي (الهدف رقم 2)، وتعزيز مساواة الجنسين وتمكين المرأة (الهدف رقم 3)، وخفض وفيات الأطفال (الهدف رقم 4)، وتحسين صحة الأمومة (الهدف رقم 5)، ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/إيدز والمalaria وغيرها من الأمراض (الهدف رقم 6)، وضمان استدامة البيئة (الهدف رقم 7)، وخلق شراكة عالمية من أجل التنمية (الهدف رقم 8). وأخيراً، يحلل التقرير بشكل موجز الإنجازات التي تم تحقيقها والتحديات التي واجهتها البلدان العربية خلال هذه الفترة (القسم خامساً)، ويختتم (القسم سادساً) بملخص للنتائج الرئيسية وتحليلاً للأولويات المستقبلية.

وقد تم استلام التقارير القطرية من 13 بلداً¹. ويتضمن كل تقرير قطري فصلاً عن الخلفية العامة للوضع السكاني، كما يسلط الضوء على حجم ونمو وتوزيع السكان، ومعدلات الخصوبة والوفيات والأنماط والفوارات الديموغرافية داخل البلد. ويوثق الفصل أيضاً للتحديات والفرص المتعلقة بالسكان والتنمية، وبالإنفاق الديموغرافي، بما في ذلك مدى توافر البيانات والبحوث. يلي ذلك تحليل الإنجازات والتقدم في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وفي هذا المجال يعرض كل تقرير قطري بيانات ومعلومات كمية و نوعية لكل من الأهداف الإنمائية للألفية. وبالنسبة لكل هدف من الأهداف الإنمائية للألفية يتضمن التقرير القطري تحليلاً للوضع الحالي، والاتجاهات المستقبلية (للقضايا ذات الأولوية)، والإجراءات المتخذة (ما تم تنفيذه من الترتيبات المؤسسية والسياسات والاستراتيجيات والبرامج)، وموجزاً للإنجازات الرئيسية. وتوثق التقارير القطرية أفضل الممارسات والدروس المستفادة من التجارب.

وبالإضافة إلى التقارير القطرية كمصدر رئيسي للبيانات الأولية، تم دعم تقرير المراجعة الإقليمية بتحليل البيانات التي تم الحصول عليها من تقرير الآفاق السكانية للعالم: استعراض عام 2008 (التقديرات وإسقاطات المتغيرات متعددة الأجل)، الصادر عن

¹) الجزائر، تونس، مصر، المغرب، لبنان، سوريا، العراق، الأردن، اليمن، السودان، عُمان، جيبوتي، والأراضي الفلسطينية المحتلة. وقدمت السودان تقريرين وطنين مماثلين أحدهما لعملية المراجعة الإقليمية للدول العربية التينظمها المكتب الإقليمي للدول العربية، والآخر للمراجعة الإقليمية الأفريقية التينظمها اللجنة الاقتصادية لأفريقيا، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والاتحاد الأفريقي. وقدمت المغرب تقريراً وطنياً عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعملية المراجعة الإقليمية الأفريقية. وتم استخدام جميع التقارير كمصدر أولى للمعلومات لإعداد هذه المراجعة الإقليمية.



ثانياً : الروابط بين المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والأهداف الإنمائية للألفية

تكامل بين الأهداف الإنمائية للألفية وبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية حيث يعزز كل منهما الآخر. وقد تمت المراجعة الإقليمية المختارة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالتوافق مع كل هدف من الأهداف الإنمائية للألفية، كما هو موجز في الجدول (1). وحيث تم اعتمادها بالإجماع خلال قمة الألفية التي عقدت بنيويورك، توفر الأهداف الإنمائية للألفية إطاراً للأهداف والمؤشرات لرصد التقدم الذي تحرزه البلدان في إنجاز برنامج أعمال التنمية بحلول عام 2015. وتعتمد الأهداف على نتائج المؤتمرات التينظمها المجتمع الدولي منذ عام 1990، بما في ذلك المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في عام 1994 في القاهرة، مصر. وقد دعت القمة العالمية للعام 2005 إلى استحداث هدف جديد بشأن تعليم الحصول على خدمات الصحة الإنجابية بحلول 2015، لتخفيض الوفيات والحالات المرضية بين الأمهات.

أن تكون التنمية لجميع الأشخاص دون النظر إلى العرق أو الثقافة أو الخلفية الإثنية أو الجنس. والاستدامة تعنى التنمية الخضراء للأجيال الحالية والمستقبلية.

ويسلط برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الضوء على أهمية عملية تحقيق النتائج والمخرجات المطلوبة. وتتوفر البرامج والأنشطة السكانية الخاصة بحقوق الصحة الإنجابية وتمكين المرأة والسكان والتنمية، والتي يتم تنفيذها في إطار برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، مصدرًا للإلهام لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. فعلى سبيل المثال، فإن خفض وفيات الرُّضع والأطفال بنسبة الثلثين (الهدف رقم 4 من الأهداف الإنمائية للألفية- الغاية 1) وخفض معدلات وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة أرباع (الهدف رقم 5 من الأهداف الإنمائية للألفية - الغاية 1) يتطلب انخفاضاً كبيراً في الخصوبة. وخفض الخصوبة هو عملية تتحدد من خلال تعليم وتمكين المرأة من الوصول لخدمات الصحة الإنجابية واتخاذ القرارات بحرية بشأن الزواج والحمل وإنجاب وكيفية تباعد الولادات واستعمال وسائل تنظيم الأسرة. ويساعد هذا التحليل لخصائص العملية ونتائجها في فهم الروابط بين تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ورصد التقدم الذي تحرزه البلدان في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. ويساهم هذا التقرير في تحقيق المزيد من الفهم في البلدان العربية.

وفي المقابل، يقدم المؤتمر الدولي للسكان والتنمية برنامجاً للعمل يستغرق 20 عاماً وتتولى تنفيذه الحكومات لتحسين نوعية الحياة لكافة الأفراد في المجتمع بما يتوافق مع قوانينها وأولوياتها في مجال التنمية، وبمساعدة شركاء التنمية والمجتمع الدولي. وقد أدى برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى تحقيق تحول كبير من النظر إلى النمو السكاني باعتباره تهديداً للتنمية إلى نهج يستند على حقوق الإنسان ويحترم فيه رفاه الرجال والنساء وجميع الأفراد الأولوية. وقد صاحب هذا التحول الكبير تحولاً من نهج المشروعات إلى نهج البرامج في مجال السكان والتنمية، وفي مجال الصحة والحقوق الإنجابية، وفي مجال النوع الاجتماعي.

وتقاسم الأهداف الإنمائية للألفية وبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعض المبادئ المشتركة. فكليهما يركز على تحقيق التنمية في سياق حقوق الإنسان. كما يدعى كليهما جميع الأمم للاعتناء بالقيم والمبادئ الأساسية، بما في ذلك الحرية والمساواة والتكافل والتسامح واحترام البيئة وتقاسم المسؤولية. كذلك، تحت الأهداف الإنمائية للألفية وبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان البلدان على ممارسة الإدارة والحكم السياسي الرشيد وتوسيع مساحة الديمقراطية وضمان حقوق كافة الأفراد في التنمية والتقدم. وتشير تلك المبادئ المشتركة إلى أن عمليات التنمية ونتائجها ينبغي أن تكون شاملة ومستدامة. فالشمول يعني

الجدول 1

إجراءات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المرتبطة بالأهداف الإنمائية للألفية

الأهداف الإنمائية للألفية	إجراءات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المرتبطة بها
الهدف رقم 1: القضاء على الفقر المدقع	<p>الغاية 1 - ألف: تخفيض نسبة السكان الذين يقل دخلهم اليومي عن دولار واحد إلى النصف في الفترة ما بين 1990 و2015</p> <p>الغاية 1 - باء: توفير العمالة الكاملة المنتجة والعمل اللائق للجميع، ومن فيهم النساء والشباب</p> <p>الغاية 1 - جيم: تخفيض نسبة السكان الذين يعيشون من الجوع إلى النصف في الفترة ما بين 1990 و2015</p>
الهدف رقم 2: تحقيق التعليم الابتدائي للجميع	<p>الغاية 2 - ألف: كنادة تمكن الأطفال في كل مكان، سواء الذكور أو الإناث، من إتمام مرحلة التعليم الابتدائي، بحلول عام 2015</p>
الهدف رقم 3: تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة	<p>الغاية 3 - ألف: إزالة التفاوت بين الجنسين في التعليم الابتدائي والثانوي ويفضل أن يكون ذلك بحلول عام 2005. وبالنسبة لجميع مراحل التعليم في موعد لا يتجاوز عام 2015</p>
الهدف رقم 4: خفض وفيات الأطفال	<p>الغاية 4 - ألف: تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار النصف في الفترة ما بين 1990 و2015</p>

الهدف رقم 4: خفض وفيات الأطفال

- خفض معدل وفيات الرضع والأطفال دون 5 سنوات والقضاء على أوجه التفاوت بين المناطق، والجماعات العرقية أو الثقافية، والفئات الاجتماعية والاقتصادية
- تقدير الأسباب الحقيقة وراء ارتفاع معدل وفيات الأطفال، وتوسيع نطاق خدمات الرعاية الصحية للأطفال لتشمل جميع السكان
- الحد من حالات الحمل عالية المخاطر، وتعزيز تغذية وصحة الأم
- الحد من انتشار انخفاض الوزن عند الولادة وغيرها من المشكلات التغذوية، مثل فقر الدم، وتشجيع المباعدة بين الولادات بفترات طويلة
- الحد من أمراض الطفولة الرئيسية، لا سيما الأمراض المعدية والطفيلية، ومنع انتشار سوء التغذية بين الأطفال، وخاصة الفتيات
- تشجيع، وحماية، ودعم الرضاعة الطبيعية) من خلال وسائل الدعم القانوني، والاقتصادي، والعلمي، والعاطفي، وينبغي تمكّن الأمهات من إرضاع طفليهن رضاعة طبيعية شاملة لمدة أربعة إلى ستة أشهر دون طعام أو مشروبات غذائية تكميلية، ومواصلة الرضاعة الطبيعية للرُّضيع مع الأغذية التكميلية الكافية المناسبة حتى سن سنتين وبعدها

الهدف رقم 5: تحسين صحة الأمومة

- تخفيف معدلات الاعتلال والوفيات بين الأمهات، وتضييق الفوارق في مجال وفيات الأمهات داخل البلدان وبين الفئات الاجتماعية - الاقتصادية والمجموعات العرقية
- التوسيع في توفير خدمات الرعاية الصحية للأمهات في سياق خدمات الرعاية الصحية الأولية
- التعرف على الأسباب الحقيقة وراء اعتلال وفيات الأمهات، وتوجيه الاهتمام لوضع استراتيجيات للتغلب عليها
- كشف، ومعالجة، ومنع حالات الحمل والولادة ذات الخطورة العالية، وخاصة بين المراهقين والنساء في سن متاخر
- تنفيذ برامج للتعامل مع الاحتياجات التغذوية الخاصة للنساء للحوامل والمُرضعات
- منع العمل غير المرغوب فيه من خلال توفير خدمات تنظيم الأسرة وخدمات ومعلومات الصحة الإنجابية
- توفير فرص الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية من خلال خدمات الرعاية الصحية الأولية لجميع الأفراد من الأعمار الملائمة
- الحد من الممارسات الضارة، من قبيل ختان الإناث
- تشجيع المشاركة المجتمعية الأكبر كثيراً في توفير خدمات الصحة الإنجابية عن طريق تحقيق اللامركزية في إدارة برامج الصحة العامة وتكون شراكات بالتعاون مع المنظمات المحلية غير الحكومية ومنظمات القطاع الخاص وتقديم الرعاية الصحية
- تقديم الاحتياجات التي لا يتم تلبيتها على المستوى الوطني لخدمات تنظيم الأسرة ذات النوعية الجيدة وإدماجها في سياق خدمات الصحة الإنجابية
- تلبية الاحتياجات في مجال تنظيم الأسرة وتوفير إمكانية حصول الجميع على مجموعة كاملة من وسائل تنظيم الأسرة وخدمات الصحة الإنجابية ذات الصلة الآمنة والموثوق بها التي لا تتعارض مع القانون) ومساعدة الأزواج والأفراد على تحقيق أهدافهم الإنجابية، ومارسة الحق في إنجاب أطفال بشكل اختياري
- إشراك القطاع الخاص، والمنظمات غير الحكومية، في توفير خدمات ومعلومات الصحة الإنجابية

الهدف رقم 6: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والمalaria وغيرها من الأمراض

- مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز من خلال نهج متعدد القطاعات، وتبعد جميع شرائح المجتمع
- دعم علاج ورعاية الأشخاص المصابين بفيروس ومرض الإيدز
- تشجيع استخدام الواقع الذكري، والراقبة على جودة منتجات الدم
- زيادةوعي والتأكيد على أهمية التغيير السلوكى
- تقديم الأثر الديمغرافي وعلى التنمية لفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز، وتوجيه الاهتمام إلى الجوانب الاجتماعية - الاقتصادية، بما في ذلك العيُن التقليد على البنية الأساسية الصحية ودخل الأسرة، وأثره السلبي على القوة العاملة والإنتاجية، وزيادة عدد الأطفال اليتامى
- وضع برنامج لمعالجة المشاكل التي يواجهها الأيتام
- توفير التشغيل الجنسي والمعلومات للجميع
- وضع مبادئ توجيهية وتقديم المشورة للخدمات بشأن الإيدز والأمراض المنقولة عن طريق الجنس
- وضع السياسات والمبادئ التوجيهية لحماية الحقوق الفردية وللقضاء على التمييز ضد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية

الغاية 6 - أ: وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بحلول عام 2015 وبدء انسحابه اعتباراً من ذلك التاريخ

الغاية 6 - ب: تعميم إتاحة العلاج من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بحلول عام 2010 لجميع من يحتاجونه

الغاية 6 - ج: وقف انتشار الملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسية بحلول عام 2015 وبدء انسحابها اعتباراً من ذلك التاريخ

الهدف رقم 7 : ضمان الاستدامة البيئية

• إدماج العوامل السكانية في عمليات تقييم الأثر البيئي وغيرها من عمليات التخطيط وصنع القرار اتخاذ التدابير الرامية إلى القضاء على الفقر، مع إيلاء اهتمام خاص لاستراتيجيات توليد الدخل وفرص العمل الموجهة نحو الفقراء في المناطق الريفية وأولئك الذين يعيشون داخل أو على حافة النظم الايكولوجية الهشة	الغاية 7 - ألف: إدماج مبادئ التنمية المستدامة في السياسات والبرامج القطرية وإنحسار فقدان الموارد البيئية
• استخدام البيانات السكانية لتعزيز الادارة المستدامة للموارد، لا سيما النظم الايكولوجية الهشة الاستثمار في المياه النظيفة، والصرف الصحي، وإدارة النفايات، تعزيز فرص الحصول على مياه الشرب المأمونة الاستجابة للضغط الناجمة عن التحول الحضري السريع، وزيادة قدرة وتنافسية سلطات المدن والبلديات في مجال إدارة التنمية الحضرية والحفاظ على البيئة	الغاية 7 - جيم: تخفيض نسبة الأشخاص الذين لا يمكنهم الحصول باستمرار على مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي الأساسية إلى النصف بحلول عام 2015
• تشجيع وضع وتنفيذ استراتيجيات فعالة لإدارة البيئة في التجمعات الحضرية، مع إيلاء اهتمام خاص إلى إدارة المياه، والنفايات، والهواء، فضلاً عن الطاقة ونظم النقل السليمة بيئياً	الغاية 7 - دال: تحقيق تحسين كبير بحلول عام 2020 لمعيشة ما لا يقل عن 100 مليون من سكان الأحياء الفقيرة

الهدف رقم 8 : إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية

• بالتعاون مع المجتمع الدولي، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص ، ينبغي على الحكومات أن تحشد و تستخدمن بشكل فعال الموارد المالية والبشرية الالازمة لتنفيذ برنامج العمل يجب على المجتمع الدولي أن يسعى إلى زيادة حصة التمويل المخصص لبرامج السكان والتنمية بما يتناسب مع نطاق وحجم الأنشطة يتعين على الحكومات والبرلمانيين، بالتعاون مع المجتمع الدولي والمنظمات غير الحكومية، وبما يتماشى مع الاهتمامات والأولويات الوطنية. اتخاذ الإجراءات الالازمة لقياس، وتقدير، ورصد، التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية تعزيز آليات التنسيق الوطنية للتعاون الدولي في مجال السكان والتنمية، والنوع الاجتماعي، والصحة الإنجابية) وضمان أن خطط التنمية الوطنية تعلم بشأن التمويل والتعاون الدولي المتاح في مجال السكان والتنمية ينبغي على الوكالات المانحة أن تشجع وتعطى أولوية عالية للتعاون بين بلدان الجنوب - الجنوب	الغاية 8 - ألف: المضي في إقامة نظام تجاري ومالي يتسم بالانفتاح والتقييد بالقواعد والقابلية للتتبُّؤ وعدم التمييز
•	الغاية 8 - باء: معالجة الاحتياجات الخاصة لأقل البلدان نموا
•	الغاية 8 - جيم: معالجة الاحتياجات الخاصة للبلدان النامية غير الساحلية والدول الجزرية الصغيرة النامية
•	الغاية 8 - دال: المعالجة الشاملة لمشاكل ديون البلدان النامية باتخاذ تدابير على الصعيدين الوطني والدولي لجعل تحمل ديونها ممكناً في المدى الطويل
•	الغاية 8 - هاء: التعاون مع شركات المستحضرات الصيدلانية لإتاحة العقاقير الأساسية بأسعار ميسورة في البلدان النامية
•	الغاية 8 - واو: التعاون مع القطاع الخاص لإتاحة فوائد التكنولوجيات الجديدة، وبخاصة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات



ثالثاً : السياق السياسي والاجتماعي والاقتصادي والديموغرافي

اعلان الدوحة، الذى مثل الحصيلة الرئيسية للمؤتمر العربى للسكان يعكس و التنمیة: الواقع والآفاق المنعقد في قطر 18 - 20 مايو 2009 دواع القلق إزاء موقف السكان والتنمیة في الإقليم. وإذ يدرك تنوّع الوضع السكاني والديموغرافي، ومستوى التزام البلدان بجدول أعمال المؤتمر الدولى للسكان والتنمیة، يحدد الإعلان طائفة واسعة من الخدمات التي تواجهها البلدان العربية. وتشمل منه التحدیات التغير السريع في الهيكل العمری، وتزايد عدد الشباب والأشخاص الأكبر سنا، والفجوات بين الجنسين، وضعف ادماج الأبعاد السكانية ضمن النتیجة المستدامة، والمفاصلات الواسعة داخل البلدان، وبين المناطق الريفية والحضرية، وزيادة اتجاهات الهجرة، ونقص البيانات الدقيقة التي يمكن الاعتماد عليها.

وقد ازدادت هذه التحدیات تقاوماً بسبب تأثيرات الصراعات والأزمات المالية والاقتصادية والتغيرات والتحولات الاجتماعية التي وقعت خلال العقود الماضية. ويبدو الوضع السكاني والإنسانى مروعاً بصفة خاصة. في البلدان العربية الأقل تقدماً (جزر القمر، وجيبوتي، وموريتانيا، والصومال، والسودان، واليمن). فهذه البلدان تشهد أعلى معدلات النمو السكاني، وأدنى نصيب للفرد من الدخل وأعلى معدل لانتشار الفقر والأمراض المعدية في الإقليم.

طويلة دون التوصل لسلام أو حلول دائمة، شهد العالم العربي حرباً في عدة بلدان العراق (2003)، دارفور (2003) ولبنان (2006) وقطاع غزة (2008 - 2009) وصراعاً في الصومال واليمن (2009). ولوقت طويل، يصبو العالم العربي للسلام والأمن والتنمية. إلا أن الصراعات التي تندلع بشكل متكرر قد أدت لنزوح الملايين من البشر في كل أنحاء المنطقة. وبالتالي، فقد غطت الحاجة لإدارة الأزمات وتوفير المساعدات الإنسانية على احتياجات التنمية في المنطقة.

وقد تأثر العالم العربي بشكل مباشر بالأزمة المالية والاقتصادية. وقد ضربت الأزمة، التي بدأت في قطاع الرهن العقاري والإسكان في الولايات المتحدة الأمريكية، سريعاً القطاع المالي وأدت لآثار سلبية على أسواق الأسهم في كل أنحاء العالم العربي. وبالتالي فقد توقفت مشروعات الإنشاء واسعة النطاق وتراجعت السياحة وفقد الناس وظائفهم وتزايدت البطالة وانخفضت التحويلات المالية وتراجع الاستثمار الأجنبي المباشر وواجهت بلدان المنطقة عجزاً كبيراً في الميزانية. وقد امتدت تداعيات الأزمة المالية إلى قطاع التنمية الاجتماعية لاسيما الصحة والتعليم. ومما لا شك فيه فإن لهذا الوضع آثار سلبية على قدرة وطاقة البلدان على تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وتحقيق تقدم في إنجاز الأهداف الإنمائية للألفية.

وقد تبانت الاستجابة للأزمة المالية بين بلدان المنطقة، فبينما نفذت بلدان مجلس التعاون الخليجي حزماً من إجراءات التحفيز، لم تتمكن بلدان أخرى من تبني سياسة إنقاذ شبيهة بسبب شح الموارد المالية والاحتياطيّات الأجنبية. وفي القمة الاقتصادية والإنسانية والاجتماعية العربية، التي عقدت في الكويت في كانون الثاني / يناير 2009، دعت البلدان العربية للقيام بالتنسيق والتعاون فيما بينها لمواجهة الأزمة المالية وتعزيز التنمية الاقتصادية والاجتماعية لاسيما فيما يتعلق بتمكين الشباب والمرأة.

وتعتبر بلدان مجلس التعاون الخليجي أقل الدول العربية من حيث عدد السكان وبها أعلى نسبة مئوية من السكان الوافدين في المنطقة. حيث يقدر العدد الإجمالي للسكان في بلدان مجلس التعاون الخليجي في عام 2010 بنحو 39.2 مليون نسمة منهم 15.1 مليون شخص (أو 38.5%) من الوافدين¹. وتتمثل بلدان مجلس التعاون الخليجي بأهمية استراتيجية في إنتاج وإمدادات الطاقة وفي توفير فرص العمل والتحويلات المالية الخاصة بماليين العمال وأسرهم (تقدير بنحو 25 مليار دولار سنوياً) في كل أنحاء العالم وفي دورها في تمويل الأنشطة الإنمائية، لاسيما في البلدان النامية وفي العالم الإسلامي بشكل خاص. كذلك، فإن لدى بلدان مجلس التعاون الخليجي أعلى معدل لدخل الفرد في العالم العربي ويأتي ترتيبها في العادة على قمة دول المنطقة في مؤشر التنمية البشرية². ويبلغ المتوسط الحقيقي لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي 18643 دولاراً في عام 2010.

من جانب آخر تعد بلدان المشرق والمغرب العربية غنية في كل من رأس المال البشري وال الطبيعي. فهي غنية بالموارد الطبيعية (بما في ذلك النفط والغاز) وتشهد تحولاً حضرياً سريعاً. وتعتبر هذه البلدان أكثر البلدان العربية كثافة في السكان ومصدراً مهماً للعمالة الدولية ومتلقية لتحويلات المهاجرين من الخارج. ويعتبر معدل دخل الفرد متوسطاً في هذه الدول وتحتل هذه الدول مرتبة متقدمة في مؤشر التنمية البشرية. كما وأن للصراع في فلسطين والحروب في لبنان والعراق تأثيراً سلبياً على أنشطة التنمية ورفاهية السكان في بلدان المشرق العربي.

آثار الصراعات والأزمة المالية والاقتصادية

شهد العالم العربي خلال العقود الماضية تحديات كبرى للتنمية وتغيرات اقتصادية واجتماعية عميقه وعمليات تحول. فجانب الصراع العربي الإسرائيلي، والذي لا يزال مستمراً منذ فترة

(1) هذه الأعداد مبنية على تقديرات ومستندات مبنية متوسطة أعدتها شعبة السكان لأسر التنمية 2008، آفاق سكان العالم مراجعة 2008.

(2) انظر برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2009، تقرير التنمية البشرية في الدول العربية 2009: تحديات الأمن الإنساني في البلدان العربية.

للألفية. وسيتم شرح هذه التأثيرات في الأقسام التالية من هذا التقرير.

الأسرة

حيث برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية جميع الحكومات لحماية ودعم الأسرة، والإسهام في تحقيق الاستقرار لها من خلال وضع وتنفيذ السياسات والقوانين. ودعا الحكومات إلى وضع تدابير الضمان الاجتماعي للتتصدى للعوامل الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية الكامنة وراء ارتفاع تكاليف تنشئة الأطفال، وتعزيز تكافؤ الفرص لأفراد الأسرة. كذلك حيث برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الحكومات على ضمان أن تكون سياسات التنمية الاجتماعية والاقتصادية مستجيبة لاحتياجات وحقوق الأسر وأعضاءها فرادى.

وتشهد الأسر في العالم العربي تغيرات كبيرة. فتقليدياً، كانت الأسرة تمثل مؤسسة مهمة في بنية المجتمع والعلاقات الاجتماعية في المنطقة. وهذا منصوص عليه في القوانين والدساتير، التي دعمت دور الأسرة بوصفها وحدة للانجذاب، والحياة، وكوحدة تقوم بأداء مهام اقتصادية واجتماعية، مثل توفير الرعاية للأطفال، والأشخاص المسنين، والمعوقين، والحماية الاجتماعية لأفراد الأسرة عندما يواجهون أزمة (بطالة، أو مرض، أو فقر، أو حرمان). ومع ذلك، تتعرض هذه الوظائف التقليدية لتحدي خطير من جانب التغيرات في مؤسسة الزواج، وتعدد الزوجات، والطلاق، والزيادة في متوسط العمر عند الزواج الأول، والتغيرات في العلاقات الزوجية، وترتيبات المعيشة.

في حالات الطلاق، على سبيل المثال، تزداد بسرعة ولا سيما في دول مجلس التعاون الخليجي، وبالتالي تؤثر على العلاقات الزوجية واستقرار الأسرة. ومما لا شك فيه أن الأزمة الغذائية وأزمة الطاقة والأزمة المالية التي شهدتها العالم مؤخراً كان لها تأثير خطير على رفاه الأسرة في العالم العربي. وهناك حاجة إلى

تميز المنطقة العربية بحركة عالية وتشهد تغيرات وتحولات داخلية. وتتجه المنطقة بسرعة نحو النمو الحضري والتحديث. وينتقل سكان الدول العربية، لاسيما الشباب، بشكل متزايد للحياة في المناطق الحضرية بحثاً عن الوظائف والأحوال المعيشية الأفضل. وفي الواقع توجد معظم فرص العمل مدفوعة الأجر في القطاعين العام والخاص في المناطق الحضرية وهذا بالإضافة إلى توافر الأنشطة غير الرسمية والخدمات الاجتماعية. ويمثل التحول الحضري السريع طائفة واسعة من التحديات والفرص لرفاهية السكان والتنمية في كل بلد. فبينما تزداد كثافة الطلب على الإسكان والغذاء والطاقة والخدمات الاجتماعية، يمثل التحول الحضري السريع فرصاً للاستثمار في التنمية وفي البنية الأساسية ورأس المال البشري، وفي خلق فرص العمل لاستيعاب طاقات الشباب. ومع ذلك فإن هذه الفرص، لاسيما طاقات الشباب، لم تستغل حتى الآن في تحقيق التنمية من خلال تبني سياسات تركز على الشباب في مجالات الصحة والتعليم وخلق الوظائف.

وينتشر التعليم بشكل سريع في كل أنحاء العالم العربي، مما يؤدي إلى تحسين المعرفة والمعلومات وإلى تكثيف الاتصال والتفاعل مع العالم الخارجي وإلى زيادة فرص الحصول على الخدمات وإلى تحقيق التغيرات السلوكية والثقافية العميقية. وتواجه القيم والأنماط التقليدية تحديات كبيرة من جانب الاتجاهات الثقافية الناشئة حديثاً فيما يتعلق بالزواج وتكون الأسرة والعلاقات بين الأجيال المختلفة. ففي كل أنحاء المنطقة يطالب الشباب المتعلّم بالحكم الرشيد والمشاركة الأكبر في وضع وتنفيذ السياسات والتنمية في بلدانهم، لاسيما فيما يتعلق بالسياسات والخطط والاستراتيجيات التي تؤثر بشكل مباشر على رفاهية الشباب وأحوالهم المعيشية. ومما لا شك فيه، فإن للتغيرات والتحولات الاجتماعية تأثيراً مباشراً على تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وتقدم البلدان نحو تحقيق الأهداف الإنمائية

البيانات والبحوث لدراسة تلك الآثار لتبني السياسات والإجراءات المناسبة.

الوضع الديموغرافي

لقد حدثت خلال العقود الماضية تغيرات ديمografية كبيرة وغير مسبوقة في العالم العربي. من أهم هذه التغيرات انخفاض المعدل السنوي للنمو السكاني في المنطقة كل من 2.4% في 1990 إلى 1.8% في 2010. ويعود ذلك في المقام الأول لانخفاض الخصوبة. وعلى الرغم من ذلك فقد ارتفع عدد السكان بشكل سريع من 232 مليون نسمة في 1990 إلى 359 مليون نسمة في 2010. أي بزيادة 127 مليون شخص في غضون عقود.¹ وسوف يتجاوز عدد سكان العالم العربي نصف المليار نسمة بحلول عام 2035 وسيصل إلى نحو 598 مليون في عام 2050 (انظر الشكل 1). وتعتبر مصر والسودان والمغرب والجزائر أكثر بلدان المنطقة كثافة في السكان، بينما تعد بلدان مجلس التعاون الخليجي أقلها كثافة (انظر الشكل 2). وتمر البلدان بمراحل مختلفة من التحول الديموغرافي. فبعض البلدان متطرفة ديمografيا (لبنان وتونس) بينما لا تزال بلدان أخرى (اليمن والسودان) متخلفة بشكل كبير فيما يتعلق بالتحولات في الخصوبة والوفيات. ويعكس هذا الوضع المتعدد الاختلافات بين الدول العربية في مستويات التحديث والتغير الثقافي كما يشير إلى التفاوت في الأوضاع الديموغرافية والسكانية في العالم العربي.

الانتقال الخصوب

يقدم تحليل الخصوبة البالغة الاجتماعية والثقافية الملائمة لهم معدلات المواليد وسياق التعامل مع قضايا الصحة الإنجابية في المجتمعات. ويمكن فهم ذلك من خلال دراسة خريطة الخصوبة في المنطقة العربية خلال الفترة 1985-2010 (انظر الجدول 2). لقد كانت الخصوبة مرتفعة في جميع أنحاء العالم العربي، حيث تجاوزت 7 أطفال لكل سيدة خلال الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين (لا تظهر في الجدول). وكان عدد البلدان التي يبلغ معدل الخصوبة الإجمالي فيها 5 أطفال أو أكثر لكل سيدة

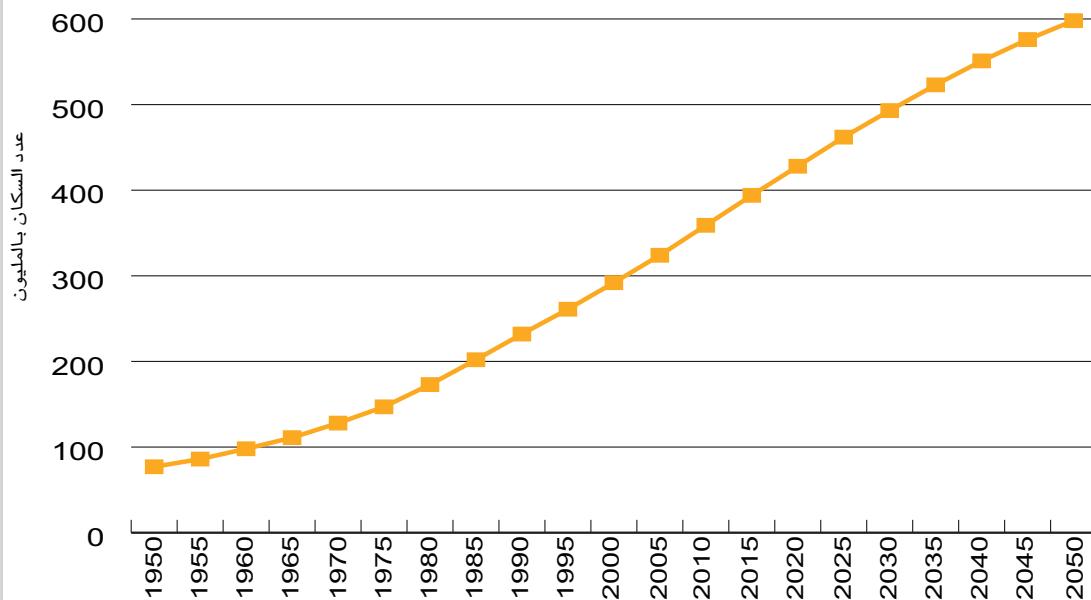
يتأثر وضع الأسرة في أقل البلدان نمواً من الدول العربية بمجموعة واسعة من العوامل بما في ذلك النزاع وعدم الاستقرار، وسوء الإدارة، وتدحرج حقوق الإنسان، مما يهدد استقرار ورفاه الأسرة. فقد أدت الحروب الأهلية والصراعات الداخلية إلى نزوح الأسر وأفرادها، وزيادة أعداد الأرامل، وحالات الحمل في سن المراهقة، والتشريد، وأطفال الشوارع، لا سيما في الأحياء الفقيرة حول المدن العواصم وداخلها في المنطقة. وقد أدت تلك الأوضاع إلى توثر العلاقات الأسرية، وإلى انتشار العنف والجرائم بين أفراد الأسرة.

وأدى الوضع المركزي الذي تحتله الأسرة والمخاوف بشأن التغيرات في وظائفها وأدوارها التقليدية إلى إطلاق مجموعة واسعة من الإجراءات، بما في ذلك إنشاء المؤسسات والتغيرات في قوانين الأسرة في المنطقة. وفي بلدان المغرب العربي، وضعت المغرب والجزائر إصلاحات قانونية ومؤسسية. ففي عام 2004 اعتمد المغرب قانوناً جديداً للأسرة رفع الحد الأدنى لسن الزواج من 15 إلى 18 عاماً، وأعطى الحق للرجال والنساء لتحديد بنود عقد الزواج الخاص بهما. وفي الجزائر سنت الحكومة، في عام 2008، قانوناً مدنياً وإدارياً جديداً يغطي شؤون الأسرة، وخاصة الزواج، والطلاق، ويكتفي حماية مصالح القاصر. وتتضمن التدابير الأخرى التي اُتُخذت مؤخراً: إنشاء المجلس الوطني للأسرة في عام 2007؛ ووضع الممسات الأخيرة في عام 2008 على خطة تفويذية للاستراتيجية الوطنية للأسرة؛ والاستراتيجية الوطنية لإدماج المرأة والنهوض بها (2008-2013)؛ وخطة العمل الوطنية للطفولة (2008-2015)، بدعم من منظمة الأمم المتحدة للطفولة.

(1) هذه الأعداد مبنية على تقديرات ومستندات متباينة متوسطة أعدتها شعبة السكان لأسر التنمية 2008. آفاق سكان العالم مراجعة 2008.

الشكل (1)

إجمالي سكان العالم العربي (2050 - 1950)



المصدر: UN Population Division. 2009. World Population Prospects, The 2008 Revision (Estimates and medium variant projection)

ويعد وجودها انخفاضاً استخدام وسائل منع الحمل الحديثة والانتشار الواسع للممارسات التقليدية الضارة مثل ختان الإناث، لاسيما في البلدان العربية الأقل نمواً.

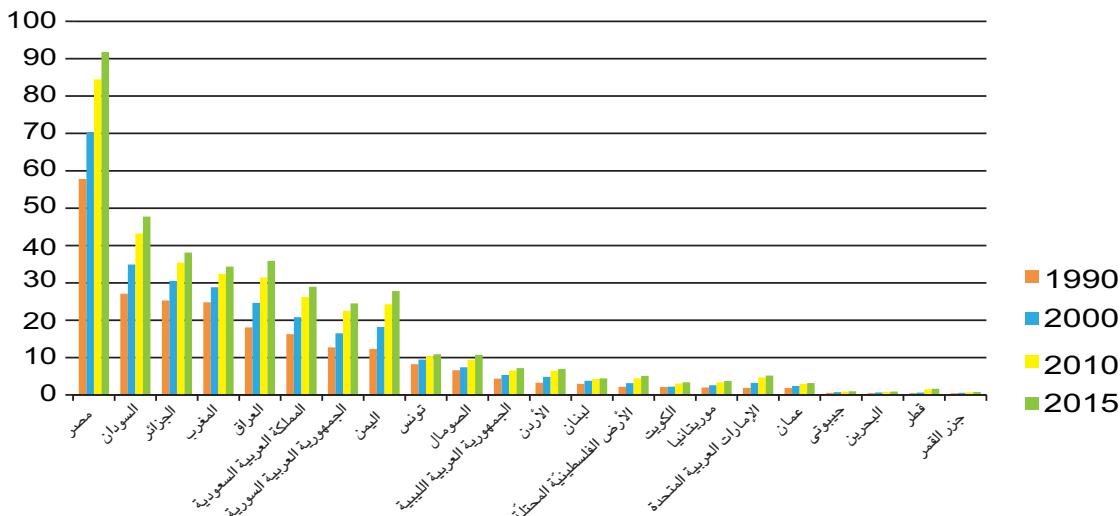
وتعكس خريطة الخصوبة انخفاضاً متواصلاً في تاريخ المنطقة الحديث (انظر الجدول 2). ففي الفترة من 2005 إلى 2010 انخفضت معدلات الخصوبة إلى مستوى الإحلال دون مستوى الإحلال في 3 بلدان عربية (لبنان وتونس)، وإلى 2.2-2.9 طفل لكل سيدة في 7 بلدان عربية (الكويت والبحرين والمغرب والجزائر وقطر والإمارات العربية المتحدة والجماهيرية العربية الليبية)، وإلى 3.0-3.9 في 5 بلدان عربية (مصر وعمان والأردن والملكة العربية السعودية وسوريا) (انظر الجدول 2). وقد تحقق انخفاض الخصوبة في هذه البلدان من خلال زيادة استخدام وسائل منع الحمل الحديثة وارتفاع السن عند الزواج الأول وتحسين تعليم المرأة. وقد انخفضت الخصوبة، ولكنها

انخفضت إلى 11 بلداً في الفترة 1990-1995-1990-1985-1990. والخصوصية العالية هي نمط سائد في المجتمعات التقليدية، حيث ينخفض السن عند الزواج الأول ويكون الحمل متكرراً ويكون تعليم ووضع المرأة منخفضاً. ومن الأمور التي تم توثيقها جيداً في أدبيات السكان أن الدور الرئيسي للمرأة في المجتمعات التقليدية هو الإنجاب. وكان ذلك الوضع السائد في البلدان العربية في الماضي.

تعكس معدلات الخصوبة العالية في الماضي الثقافة العربية التقليدية التي تعطي قيمة كبيرة لدور المرأة في إنجاب الأطفال في المجتمع. وقد هيأت البيئة الاجتماعية والثقافية للخصوصية المرتفعة مجموعة من العوامل منها الزواج في سن مبكرة والوضع المتدنى للمرأة والمستوى التعليمي المنخفض للنساء ونظام الأسرة المتدة. ورغم تأثيرها بشكل كبير بقوى التحديث، فإن بقایا هذه الثقافة التقليدية لا تزال موجودة لاسيما في المناطق الريفية.

الشكل (2)

إجمالي السكان (بالملايين) حسب البلدان في العالم العربي 1990-2015



المصدر : UN Population Division. 2009. World Population Prospects, The 2008 Revision (Estimates and medium variant projection)

والحاجة لتكثيف أنشطة الصحة الإنجابية بما في ذلك استخدام وسائل منع الحمل الحديثة لضبط الخصوبة وإدارة الديناميكيات السكانية. ويشكل النمو السكاني السريع التحدى الأكبر للتنمية ولتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في البلاد (التقرير القطري لليمن، 2009). وقد استمر المعدل السنوي للنمو السكاني في اليمن على مستوى 3% خلال الفترة 1994-2007 نسبة لارتفاع الخصوبة خلال نفس الفترة. ووفقا للتقرير القطري، يوجد الحل أساساً في تبني تنظيم الأسرة كخيار استراتيجي لضبط الخصوبة وتلبية الطلب المرتفع على وسائل منع الحمل الحديثة¹. ومع ذلك، سيتطلب الأمر التصدي للعديد من العقبات لا سيما نقص

¹ وفقاً للتقرير القطري، كانت الاحتياجات التي لا يتم تلبيتها من تنظيم الأسرة تبلغ 36% في عام 1997 زادت إلى 51% في عام 2004. وفي السودان، تحتاج 38% من النساء في سن الإنجاب لخدمات تنظيم الأسرة (التقرير القطري للسودان لعام 2009). وفي العراق فإن الاحتياجات التي لا يتم تلبيتها للنساء في سن الإنجاب لوسائل تنظيم الأسرة كانت تبلغ 11% عام 2006 (12% في المناطق الريفية و10% في المناطق الحضرية) (التقرير القطري للعراق لعام 2009).

لا تزال مرتفعة في بقية البلدان العربية (جزر القمر والعراق والسودان وموريتانيا واليمن وجيبوتي). وفي هذه البلدان ترتفع نسبة الأمية وتتلاشى سن عند الزواج الأول والسن عند الإنجاب الأول وتترافق خصوبة المراهقين وتحدث حالات الحمل بشكل أكثر تكراراً وينخفض معدل انتشار وسائل منع الحمل واستخدام وسائل منع الحمل الحديثة. فعلى سبيل المثال فإن معدل استخدام وسائل منع الحمل يبلغ 7.6% في السودان و23% في اليمن. ويبلغ معدل استخدام وسائل منع الحمل الحديثة 4.3% و13% في البلدين على التوالي (التقرير القطري للسودان، 2009، والتقرير القطري لليمن، 2009). وفي العراق تستخدم نصف النساء في سن الإنجاب إحدى الوسائل، منهم 30% يستخدمن وسائل حديثة لمنع الحمل و7.5% يستخدمن الوسائل التقليدية. وتجسد تجربة اليمن دور الخصوبة المرتفعة في نمو السكان،

**الجدول (2)
خريطة الخصوبة في العالم العربي 1985 - 2010**

معدل الخصوبة الإجمالي	1990-1985	95-1990	2000-1995	2005-2000	2010-2005
2.1 ≥	-	-	-	2 بلدان تونس، لبنان، الإمارات العربية المتحدة	2 بلدان تونس، لبنان
2.9-2.2	-	-	7 بلدان الكويت، البحرين، المغرب، الجزائر، قطر، الجماهيرية العربية الليبية	6 بلدان الكويت، الإمارات العربية المتحدة، البحرين، المغرب، الجزائر، قطر	7 بلدان تونس، الكويت، لبنان، البحرين، الجزائر، الإمارات العربية المتحدة، المغرب
3.9-3	2 بلدان لبنان، الكويت	7 بلدان لبنان، تونس، الكويت، البحرين، المغرب، الإمارات العربية المتحدة، مصر	3 بلدان قطر، ليبيا، مصر	6 بلدان ليبيا، مصر، الأردن، الجمهورية العربية السورية، عُمان، المملكة العربية السعودية	5 بلدان مصر، عُمان، الأردن، المملكة العربية السعودية، الجمهورية العربية السورية
4.9-4	5 بلدان البحرين، تونس، المغرب، قطر، الإمارات العربية المتحدة	4 بلدان ليبيا، قطر، الجزائر، الجمهورية العربية السورية	4 بلدان الأردن، جزر القمر، المملكة العربية السعودية	5 بلدان جزر القمر، جمهوريّة العراق، السودان، موريتانيا، جيبوتي	5 بلدان جزر القمر، جمهوريّة العراق، السودان، موريتانيا، جيبوتي
5 هاكر	11 بلدان جزر القمر، الأردن، المملكة العربية الليبية، الأردن، جزء من المملكة العربية السعودية، موريتانيا، العراق، السودان، جيبوتي، عُمان، الصومال، اليمن	8 بلدان عمان، جيبوتي، موريتانيا، العراق، السودان، الأراضي الفلسطينية المحتلة، اليمن، الصومال	3 بلدان الأراضي الفلسطينية المحتلة، اليمن، الصومال	3 بلدان الأراضي الفلسطينية المحتلة، اليمن، الصومال	3 بلدان الأراضي الفلسطينية المحتلة، اليمن، الصومال

مصدر البيانات: (UN Population Division. 2009. World Population Prospects: The 2008 Revision (estimates and medium variant projections)

ولبنان، على سبيل المثال، انخفض معدل الخصوبة الإجمالي بمتوسط يبلغ 0.6 و 0.4 طفل، على التوالي، في كل عقد خلال نفس الفترة. وفي مصر كانت وتيرة انخفاض الخصوبة مرتفعة حيث بلغت 1.7 طفل لكل سيدة خلال الفترة 1980 – 1995، ثم انخفضت بمعدل 0.5 طفل خلال الفترة 1995-2005. ومع ذلك، فقد توقف هذا الاتجاه مؤخرًا وزاد الاهتمام بشأن التباطوء في انخفاض معدلات الخصوبة. وتشارك كل من الأردن وسوريا في

الموارد والعجز في إمدادات وسائل منع الحمل والفرص المحدودة للحصول على الخدمات، لاسيما في المناطق الريفية، والعجز في العاملين ذوى المهارة في المجال الصحى ونقص التنسيق والمواعقات المؤسسية والثقافية (التقرير القطري لليمن، 2009).

وتيرة وحجم الانخفاض في الخصوبة

هذا الإهتمام حيث تباينت الخصوبة في البلدين. وكان الانخفاض كبيراً في بعض البلدان التي كانت تسجل معدلات مرتفعة للخصوبة

تفعل خريطة الخصوبة الموضحة أعلاه اختلافات كبيرة بين البلدان في وتيرة وحجم الانخفاض في الخصوبة. ففي تونس

18 عاماً. وفي اليمن ترتفع خصوبة المراهقين بسبب الزواج في سن مبكر وندرة استخدام وسائل تنظيم الأسرة لتأجيل أو تأخير الحمل الأول (التقرير القطري لليمن 2009). وقد وثق مسح المشروع العربي الشامل لصحة الأسرة عن اليمن عدداً كبيراً من زيجات الأطفال ويعزى تقرير العراق ارتفاع الخصوبة إلى ارتفاع حالات الحمل والولادة في سن مبكرة. وتمثل الفتيات الحوامل حالياً في الفئات العمرية 14-12 و 19-15 و 21% و 22% على التوالي في عام 2006. ونجد نحو 19% من الفتيات في عمر 15-19 عاماً متزوجات.

التفاوتات في معدلات الخصوبة

توجد تفاوتات كبيرة في معدلات الخصوبة حسب مكان الإقامة (الريف- الحضر) والوحدات الإدارية (المراكز، المحافظات، إلخ). وبشكل عام ترتفع معدلات الخصوبة في المناطق الريفية عن المناطق الحضرية داخل كل بلد وداخل كل وحدة إدارية. ففي مصر على سبيل المثال، تختلف معدلات الخصوبة بشكل كبير بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية، وبين محافظات الصعيد ومحافظات الدلتا. حيث كان معدل الخصوبة الإجمالي في يتراوح بين 3 أطفال في المحافظات عالية التحضر (القاهرة، الإسكندرية وبورسعيد) والسويس (3.2 طفل) وتراوح من 3.1 إلى 3.9 في المحافظات الحضرية. ويرتفع معدل الخصوبة في محافظات جنوب البلاد في أسيوط (5 أطفال) والمنيا (4.9 طفل) وسوهاج (4.8 طفل) والفيوم (4.6 طفل) وبني سويف (4.6 طفل)، حيث تغلب فيها المناطق ريفية (التقرير القطري لمصر 2009). وفي العراق يبلغ معدل الخصوبة الإجمالي نحو 5.1 في المناطق الريفية و4.0 في المناطق الحضرية؛ بفارق قدره طفل لكل امرأة. وتبلغ معدلات الخصوبة أقصى ارتفاع في محافظة ميسان ونينوى (5.4 طفل) بينما تبلغ أدنى معدلاتها في محافظة السليمانية (2.9 طفل) وكركوك (3.3 طفل) (التقرير القطري للعراق 2009). وتشير هذه التفاوتات إلى وجود اختلافات داخل البلاد في توفر خدمات الصحة الإنجابية وفي البيئة التي يتم فيها

فى الماضي. فعلى سبيل المثال، انخفض معدل الخصوبة الإجمالي في اليمن وعمان والمملكة العربية السعودية بما يربو على 3 أطفال لكل سيدة خلال الفترة من 1985-2005؛ بما يمثل انخفاضاً بمقدار 1.5 طفل في كل عقد لكل سيدة. وانخفضت الخصوبة في سلطنة عمان من 6 أطفال لكل سيدة في عام 1995 إلى 3.1 طفل في عام 2007 (التقرير القطري لسلطنة عمان 2009). كما شهدت قطر والكويت والبحرين والإمارات العربية المتحدة انخفاضاً كبيراً في معدل الخصوبة. وفي البلدان الأخرى التي كانت تسجل في الماضي معدلات مرتفعة للخصوبة، كانت وتيرة الانخفاض أقل كثيراً. ففي السودان وجزر القمر وموريتانيا، انخفضت معدلات الخصوبة بمتوسط قدره 0.5 طفل في كل عقد خلال الفترة 1985-2005. وتعكس هذه الاختلافات في وتيرة وحجم الانخفاض في معدلات الخصوبة تنوّع تجارب التغيير الثقافي والتحديث في العالم العربي.

خصوصية المراهقين

ذلك تشير الخريطة إلى وجود اختلافات بين البلدان العربية فيما يتعلق بالانخفاض في خصوبة المراهقين. فقد انخفضت خصوبة المراهقين، والتي تقاس بمتوسط عدد الأطفال المولودين أحياءً لكل 1000 فتاة في الفئة العمرية 15-19 عاماً، في لبنان من 30 في عام 1996 إلى 18 في عام 2004. وانخفضت في مصر من 78 في عام 1980 إلى 48 في عام 2005. كذلك انخفضت خصوبة المراهقين في تونس لدرجة أن نسبة الفتيات في سن 15-19 عاماً واللاتي أنجبن أطفالاً بلغت 1.5% في عام 2006 مقارنة بنسبة 16% في عام 1988 (التقرير القطري لتونس 2009). ومع ذلك سجلت خصوبة المراهقين في سوريا تجاهها مختلفاً. فقد سجل التقرير القطري انخفاضاً من 61 طفلاً في عام 1993 إلى 37 طفلاً في عام 1999، وارتفاعاً إلى 75 طفلاً في عام 2004. وتعود المعدلات المرتفعة لخصوصية المراهقين في سوريا إلى انخفاض العمر عند الزواج والحمل. وفقاً للتقرير القطري لسوريا، تتزوج 17.7% من النساء قبل بلوغ سن

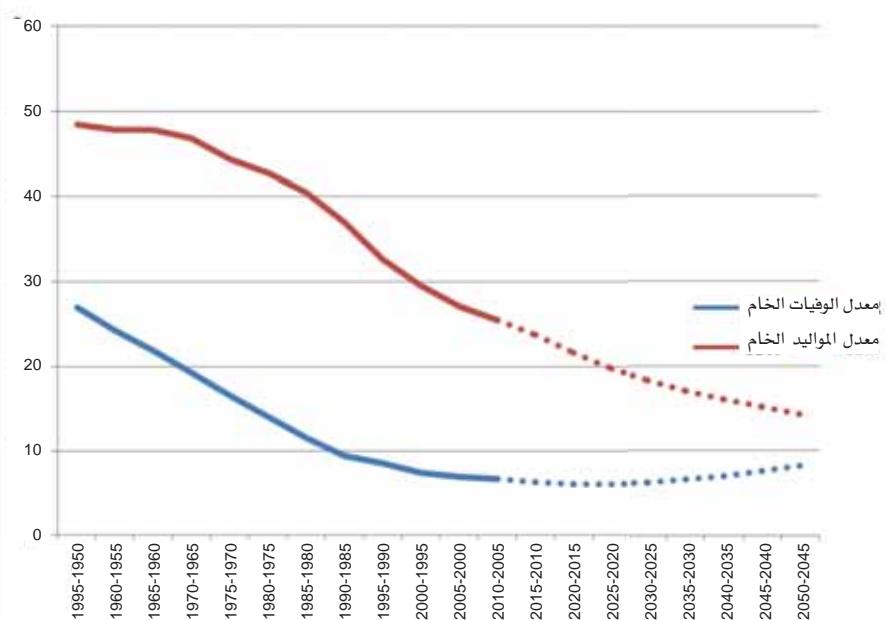
عمر 15 و 27% منهن قبل عمر 18 (التقرير القطري للسودان 2009).

تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولى للسكان والتنمية وفي التقدم باتجاه تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

وشهدت تونس انخفاضاً في معدلات الخصوبة في جميع أنحاء البلاد. وتعتبر الاختلافات في معدلات الخصوبة حسب مكان الإقامة والمقاطعات في تونس محدودة للغاية. حيث بلغ معدل الخصوبة الإجمالي ، 1.6 و 1.9 طفل في عام 2006 في تونس العاصمة ومقاطعات الشمال الشرقي على التوالي. بينما تم تسجيل أعلى معدل للخصوبة الإجمالي في مناطق وسط غرب البلاد (2.4 طفل). وارتفاع متوسط السن عند الزواج الأول من 21.8 في عام 1966 إلى 29 في عام 2001 بالنسبة للنساء في المناطق الحضرية، ومن 20.2 إلى 29.5 على التوالي، بالنسبة للنساء في المناطق الريفية. وبطبيعة الحال في الزواج في المناطق الحضرية والريفية على السواء، ويساهم ذلك في خفض معدلات

وتشير المعدلات العالية للخصوبة في المناطق الريفية إلى أن تراجع الخصوبة داخل كل بلد لم يحدث بشكل شامل. ففي لبنان، على سبيل المثال، تُسجل أعلى معدلات الخصوبة في الشمال (3.4 طفل) بينما تبلغ أدنى مستوياتها في بيروت (1.7 طفل) وجبل لبنان (2 طفل). وفي سوريا تُسجل أعلى معدلات الخصوبة في محافظات دير الزور (6.2 طفل) وأدلب (5.1 طفل) والرقة (5.5 طفل)، بينما تبلغ أدنى مستوياتها في محافظات السويداء (2.1 طفل) وطرطوس (2.1 طفل) واللاذقية (2.1 طفل) ودمشق (2.5 طفل) (التقرير القطري لسوريا 2009). ونجد معدلات الخصوبة في السودان أعلى في المناطق الريفية منها في المناطق الحضرية. حيث تتزوج 12% من الفتيات في الريف قبل

الشكل (3)
اتجاهات معدل الوفيات الخام ومعدل المواليد الخام (1950 - 2050) في البلدان العربية
UN Population Division. 2009. World Population Prospects: The 2008 Revision
(estimates and medium variant projections)



للم منطقة بأسرها، والذى يقىس عدد الوفيات لكل 1000 من السكان، بشكل سريع من 24 فى الفترة 1950-1955 إلى 6 فى الفترة 2005-2010 (انظر الشكل 3). وخلال نفس الفترة ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 43 إلى 69 عاما. وتعكس هذه الاتجاهات التحسينات الكبيرة فى صحة السكان، وذلك أساساً بسبب التحسينات فى الخدمات الطبية، والزيادات فى الدخل والتغذية، والتغيرات فى نمط المعيشة، والتطورات فى مجال النظافة الشخصية وخدمات الصرف الصحى وزيادة قرص الخدمات العامة.

الخصوصية فى جميع أنحاء البلاد، وكذلك فى انخفاض التقاوٍت فى معدلات الخصوبة بين المناطق الريفية والحضرية. وفي المغرب انخفض معدل الخصوبة الإجمالي من 4 أطفال فى عام 1990 إلى 2.5 طفل فى عام 2004، بانخفاض قدره 2.1 طفل فى المناطق الحضرية مقارنة بـ 3 أطفال فى المناطق الريفية. وخلال نفس الفترة ارتفع استخدام وسائل منع الحمل من 42% إلى 63%؛ حيث ارتفعت من 55% إلى 66% فى المناطق الحضرية ومن 32% إلى 60% فى المناطق الريفية.

التحول في معدلات الوفيات

وعلى نحو خاص، لعبت استراتيجيات تحسين صحة الطفل وبقائه على قيد الحياة، ومن أجل تقديم خدمات الصحة الإنجابية دوراً رئيسياً في الحد من الوفيات بين الرُّضع، والأطفال، والنساء.

شهدت الدول العربية انتقال في مستويات الوفيات بنسب مختلفة، وقد انعكس ذلك في انخفاض معدلات الوفيات وزيادة متوسط العمر المتوقع عند المولد. فقد انخفض معدل الوفيات الخام

الجدول رقم 3
العمر المتوقع عند المولد ووفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم العربي

وفيات الأطفال دون سن الخامسة (لكل ألف مولود)		العمر المتوقع عند المولد إناث		
2010-2005	1995-1990	2010-2005	1995-1990	
10	15	79.86	77.30	الكويت
11	18	78.75	76.40	الامارات العربية المتحدة
13	20	77.47	74.80	البحرين
10	20	76.87	72.99	قطر
14	28	77.46	72.90	عمان
22	39	75.25	70.80	المملكة العربية السعودية
22	40	76.04	72.10	تونس
20	35	76.87	71.70	الجماهيرية العربية الليبية
33	61	73.71	69.10	الجزائر
36	77	73.44	67.50	المغرب
26	38	74.18	71.60	لبنان
20	32	74.97	71.41	الأراضي الفلسطينية المحتلة
18	38	76.07	71.20	الجمهورية العربية السورية
22	38	74.47	69.88	الأردن
41	79	71.82	65.60	مصر
41	63	71.69	73.07	العراق
63	113	67.40	59.94	جزر القمر
120	127	58.53	57.75	موريتانيا
79	131	64.35	56.46	اليمن
111	153	59.53	55.06	السودان
125	167	56.66	53.18	جيبوتي
180	236	51.03	44.90	الصومال

مصدر البيانات: UN Population Division. 2009. World Population Prospects: The 2008 Revision (estimates and medium variant projections)

وسيستمر عبء الأمراض غير المعدية مثل السرطان والسكري وأمراض القلب والأوعية الدموية، وغيرها من المشاكل الصحية المرتبطة بنمط الحياة على الارجح في الزيادة في المستقبل. وفي تونس خلق التحول الديموغرافي بالفعل احتياجات صحية جديدة، واحتياجات في مجال رعاية للمسنين، مع ارتفاع عددهم بشكل كبير (التقرير القطري لتونس، 2009).

التغير في الهيكل العمرى

يعتبر التغير في الهيكل العمرى للسكان عملية ديناميكية لها انعكاسات مهمة على السياسة فيما يتعلق بتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولى للسكان والتنمية وتحقيق الأهداف الإنمائى للألفية بحلول عام 2015. حيث يتغير عدد السكان بشكل كبير مع تقدم السكان في العمر. وتحدى هذه التغيرات نتيجة الانخفاض في معدلات الخصوبة والتحسين في معدل الوفيات، وبدرجة أقل في الارتفاع العمرى للهجرة. وبمرور الوقت سوف يزداد عدد السكان في جميع المجموعات العمرية، وهو ما يعكس في العادة على توسيع الهرم العمرى. وأخيراً وعندما يكتمل التحول الديموغرافي، لاسيما التحول في مجال معدلات الخصوبة، سيقلص عدد الأطفال وتظهر كتلة الشباب. وسوف يزداد عدد الأشخاص كبار السن كرقم مطلق وكنتيجة مئوية من إجمالي السكان.

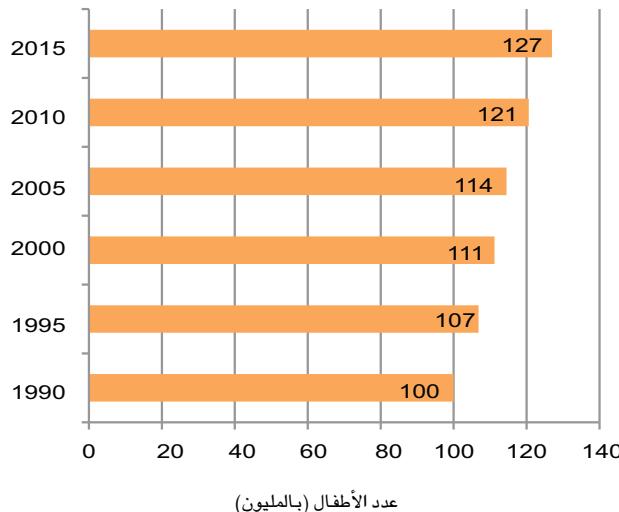
ويشير التحرير السابق لمعدلات الخصوبة إلى أن الدول العربية تمر بمراحل مختلفة من الانتقال الديموغرافي. وبالتالي، يتباين الهيكل العمرى للسكان في الوقت الراهن في العالم العربي. فالهيكل العمرى للسكان في المنطقة، والذي كان يتميز بالشباب طوال عقود، تعرض للتغيرات عميقية خلال الفترة منذ عام 1990 كنتيجة للتطورات الديموغرافية التي سبق الإشارة إليها. لاسيما، تأثير معدلات الخصوبة المرتفعة في السابق وتراجعها راهنا، والتحسن الذي شهدته معدلات الوفيات وتتوفر الخدمات الصحية، وهي أمور كان لها تأثير واضح على التغيرات في المجموعات العمرية الفاعلة التي تظهر في الأشكال 4 حتى 7.

وانعكس ذلك في تراجع معدلات وفيات الرُّضع والأطفال، وانخفاض معدلات وفيات الأمهات، والتي تم تحليلها بمزيد من التفاصيل في القسم الرابع. وتعكس نتائج التحسينات في صحة الأم والطفل في تحسن في متوسط العمر المتوقع عند المولد للإناث ووفيات الأطفال دون سن الخامسة (انظر الجدول 3). ووفقاً لأحدث التقديرات التي تم الحصول عليها من قسم السكان بالأمم المتحدة، وصل العمر المتوقع عند المولد للإناث للفترة 2005-2010 إلى مستوى عال حيث بلغ أكثر من 75 عاماً في دول مجلس التعاون الخليجي وتونس ولبنان وسوريا، مقارنة بـ 51 عاماً للصومال، و 56.6 عاماً في جيبوتي، و 59.5 عاماً في السودان. وتعيش النساء في دول مجلس التعاون الخليجي لفترات أطول من النساء في البلدان الأقل نمواً من الدول العربية. وأحد التفسيرات الرئيسية لهذا الاختلاف هو توافر وسهولة الوصول إلى خدمات صحة الأمهات والصحة الإنجابية، والتي هي أعلى بكثير في الدول الأولى عن الأخيرة. وعلاوة على ذلك، فإن الأمراض المعدية، مثل الملاريا والدرن الرئوي، هي من الأسباب الرئيسية للمرض والوفاة في أقل البلدان نمواً من الدول العربية.

ويترافق التحول في معدل الوفيات في دول مجلس التعاون الخليجي، ولبنان، ومصر، والأردن، وسوريا، وتونس، مع التحول الوبائي - انخفاض في الأمراض المعدية، وزيادة الأمراض المزمنة وأمراض التآكل كأسباب رئيسية للوفاة. فقد أصبحت الأمراض غير المعدية هي السائدة في هذه البلدان. فأمراض القلب والأوعية الدموية، على سبيل المثال، تسبب خسارة فادحة على صحة الناس في عُمان - وتأتي في المرتبة الأولى من بين الأسباب الرئيسية للوفاة. وهناك عامل خطير رئيس لأمراض القلب والشرايين، وهو ارتفاع ضغط الدم (أى ارتفاع ضغط الدم الانقباضى أو ارتفاع ضغط الدم الانبساطى)، وُجد أنه يصيب 35.2% من البالغين (33% من الرجال و 30.9% من النساء) الذين تتراوح أعمارهم بين 20 عاماً فما فوق، في حين أن ارتفاع مستويات الكوليسترول تصيب ما يقرب من 40.6% من السكان البالغين في عُمان. وتنيد التقارير أيضاً أن السرطان يُعد ثانى سبب رئيسي للوفاة بين البالغين.

الشكل (4)

الأطفال دون سن 15 عاماً في العالم العربي (1990 - 2015)



المصدر : UN Population Division. 2009. World Population Prospects, The 2008 Revision (Estimates and medium variant projection)

الأطفال والشباب

وبلغ عدد الشباب في الفئة العمرية 15-24 عاماً في المنطقة نحو 45 مليون في عام 1990 وارتفع إلى 71 مليوناً في عام 2010، أي بزيادة 26 مليون شاب خلال عقدين (أو 1.3 مليون شاب كل عام). ومما لا شك فيه أن هذه الزيادة السريعة في عدد الشباب ترجع إلى معدلات الخصوبة المرتفعة في الماضي، حيث ولد معظمهم قبل عام 1990. وتشهد معظم البلدان العربية زيادة سريعة في عدد الشباب ففيالجزائر والمغرب والكويت وتونس، حيث انخفضت معدلات الخصوبة إلى ما دون 2.9 طفل لكل سيدة، فإن عدد الشباب في الفئة العمرية 15-24 يزيد على عدد الأطفال دون عمر 15. ونتيجة لذلك ظهرت كتلة الشباب. وستشهد المزيد من البلدان في المنطقة ظهور كتلة الشباب عند نقاط زمنية مختلفة في المستقبل مع استمرار تراجع معدلات الخصوبة باتجاه مستوى الإحلال.

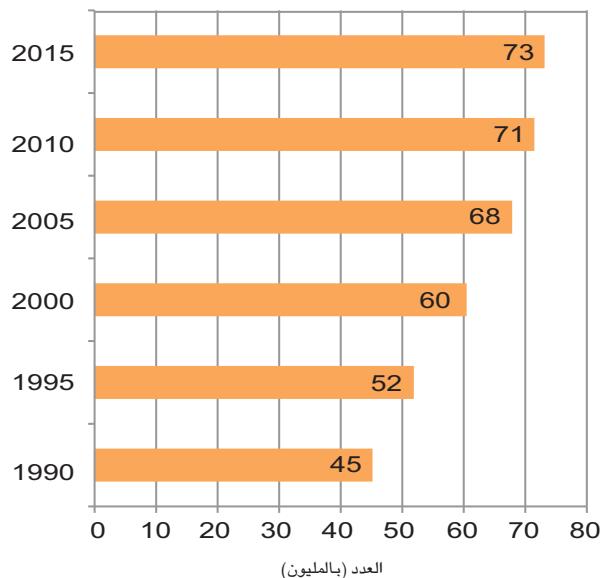
السكان في سن العمل

يؤدي التغير في الهيكل العمري للسكان إلى زيادة سريعة في عدد السكان في سن العمل من 124 مليون في عام 1990 إلى 224

أضافت المنطقة ككل ما يزيد قليلاً على المليون طفل سنوياً بين عامي 1990 و2010. وارتفع عدد الأطفال دون عمر 15 عاماً من نحو 100 مليون في عام 1990 إلى 121 مليوناً في عام 2010. وبافتراض أن معدلات الخصوبة ظلت مرتفعة كمستواها في عام 1990، كان العالم العربي سيضيف بين 1.5 مليون و2 مليون طفل كل عام. ورغم أن الانخفاض في معدلات الخصوبة أدى إلى إبطاء الزيادة في عدد المواليد، إلا أنها لم تبلغ حتى الآن مستوى الإحلال في معظم البلدان العربية. وبالتالي سوف يتواصل ارتفاع عدد الأطفال في المستقبل وسيصل إلى نحو 127 طفلاً في عام 2015، أي عند نهاية فترة التقييم للأهداف الإنمائية للألفية. وفي تونس انخفض عدد الأطفال دون عمر 15 من نحو 3.1 مليون طفل في عام 1990 إلى 2.4 مليون طفل في عام 2010. ووفقاً للتقرير القطري، فإن هذا التراجع يدق ناقوس الخطر ويدعو لتطبيق سياسات وإجراءات تتماشى مع التحول في معدلات الخصوبة في البلاد.

الشكل (5)

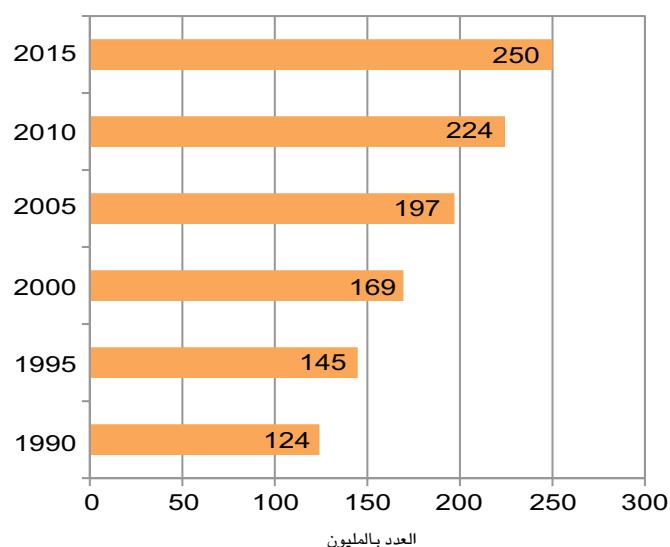
الشباب في سن 15-24 عاماً في العالم العربي 1990-2015



المصدر : UN Population Division. 2009. World Population Prospects, The 2008 Revision (Estimates and medium variant projection)

الشكل (6)

السكان في سن العمل 15-64 عاماً في العالم العربي 1990-2015



المصدر : UN Population Division. 2009. World Population Prospects, The 2008 Revision (Estimates and medium variant projection)

تشهد البلدان العربية تنمية في نفس الوقت الذي تشهد فيه تقدماً في عمر السكان. ونتيجة لارتفاع معدل الأعمار وتحسين الظروف الصحية، يشهد العالم العربي زيادة سريعة في عدد كبار السن الذين يبلغون 60 عاماً أو أزيد. فقد وصل عددهم إلى 22 مليون شخص في عام 2010 ومن المتوقع أن يزداد العدد إلى 27 مليون في عام 2015 مقارنة بـ 12 مليون في عام 1990. وسوف يصل العدد إلى 103 ملايين شخص في عام 2050 (انظر الشكل 7). وكنسبة مئوية من إجمالي السكان في عام 2010 ترتفع نسبة كبار السن في لبنان (10.5%) وتونس (9.7%) والمغرب (8.1%) ومصر (7.5%) والجزائر (6.9%) عن البلدان الأخرى في المنطقة. إن هذه الزيادة في العدد النسبي والمطلق لكبار السن تقضي الوفاء بالاحتياجات الخاصة والرعاية الصحية والضمان الاجتماعي التي ينبغي من أجل تحسين رفاهية ووضع كبار السن في المجتمع.

ولا يوجد اقتطاع كافٍ لدى واضعى خطط التنمية بإمكانية مساهمة كبار السن في التنمية والنمو الاقتصادي. ويوضح ذلك في عدم تعطية كبار السن بشكل ملائم في خطط واستراتيجيات التنمية الوطنية، مثل دراسات واستراتيجيات الحد من الفقر والأهداف الإنمائية للألفية. ويرجع ذلك غالباً إلى افتراض أن الأسرة ستتوفر الحماية والدعم اللازمين لكبار السن. وفي حقيقة الأمر نجد أن كبار السن يتحولون بشكل متزايد إلى مجموعة مستضعفة في المجتمع ويعرضون بشكل واضح لمخاطر الإهمال والتخلّي وإساءة المعاملة والمرض والفقر. كذلك نجدهم يعانون من التهميش في ترتيبات الحياة والإسكان، لاسيما في المناطق الحضرية. إن التقدم في العمر لا يعني العجز عن العمل. فكبار السن يمكنهم العمل والإنتاج، ويمكنهم المساهمة في الناتج المحلي الإجمالي. وبالتالي، فإنه من المهم ضمان رفاهية كبار السن واستغلال المهارات والخبرات التي اكتسبوها طوال حياتهم بشكل كامل لصالح تقدم المجتمع بأسره.

مليوناً في عام 2010. ويشكل ذلك زيادة قدرها 100 مليون شخص خلال عقدين، بمتوسط قدره 5 ملايين شخص سنوياً. ويشكل الشباب نسبة كبيرة من السكان في سن العمل (قارن الشكل 5 بالشكل 6) وتعكس الآثار الإنمائية لتغير الهيكل العمري عادة في زيادة مستوى الطلب على الغذاء والإسكان والمياه إلخ. ويتضاعف هذا الطلب عندما يقترن تغير الهيكل العمري بالتحول الحضري السريع، كما هو الحال في العالم العربي.

وغالباً ما ترتبط الزيادة السريعة في عدد السكان في سن العمل بزيادة الطاقة الإنتاجية التي يمكن أن تدفع الناتج المحلي الإجمالي والنمو الاقتصادي بافتراض وضع وتنفيذ السياسات الصحيحة في مجال التنمية الاجتماعية. وهناك حاجة لوضع السياسات الملائمة والاستثمار في العمالة وخلق الوظائف والتعليم والتدريب والمهارات والصحة حتى يتم تحويل التغيرات في الهيكل العمري إلى مكاسب إنسانية واقتصادية حقيقية. إن الإخفاق في وضع وتنفيذ مثل هذه السياسات سيؤدي دون شك إلى خسارة رأس المال البشري وإلى سوء الأوضاع مثل ارتفاع معدلات البطالة وانعدام الاستقرار في العلاقات الاجتماعية والاقتصادية.

كبار السن



© Marie Dorigny

توزيع السكان والتتحول الحضري

التنمية الإقليمية وتطور البنية الأساسية وتوزيع الدخل والسلع والخدمات وتوفير فرص الوصول إلى الموارد الإنتاجية والحكم والإدارة الرشيدة. وعند وضع وتنفيذ مثل هذه السياسات، يدعو برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الحكومات للعمل على ضمان تواافقها مع الأهداف الإنمائية وحقوق الإنسان الأساسية مع حماية البيئة، وكذلك مع الصكوك والقواعد الدولية ذات الصلة. ومن المهم للحكومات وشركاء التنمية العمل على بناء القدرات المحلية للاستجابة بشكل ملائم للضغوط الناتجة من توزيع السكان عندما وحيثما تظهر في المناطق الحضرية وفي الأحياء العشوائية وفي المناطق الريفية وفي مستوطنات النازحين واللاجئين. وتشمل هذه القدرات التدريب وتنافسية وقدرات الإدارة والنظم الإدارية وقدرات تقييم الحلول الإنسانية وتقديم الخدمات وتوفير الأمن والحماية للسكان. كذلك من المهم للحكومات بناء القدرات لحوار وطني ولتعاون إنساني شائي ومتعدد الأطراف.

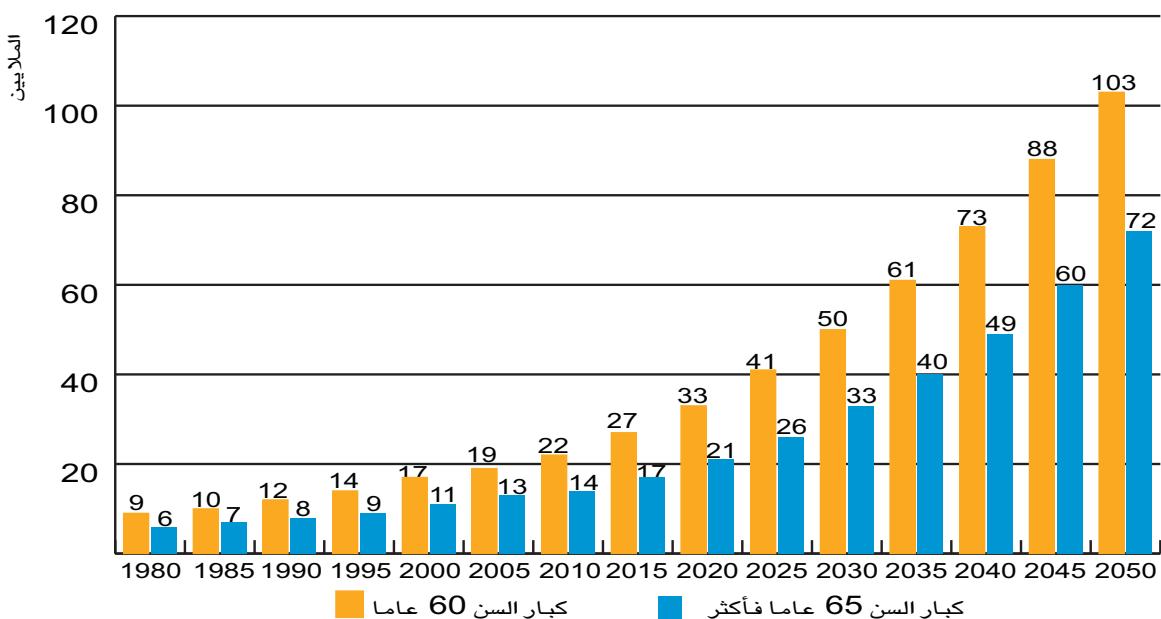


©Sven Torfin/Panos/UNFPA

يوجد ارتباط جوهري بين توزيع السكان مع التنمية الاجتماعية والاقتصادية، ومع تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. ويشمل هذا الارتباط السياسات التي تؤثر، بشكل مباشر أو غير مباشر، على توزيع السكان وتوزيع الأصول الإنتاجية والاستثمار وفرص العمل واستراتيجيات

الشكل (7)

كبار السن في العالم العربي (2050 - 1980)



المصدر : UN Population Division. 2009. World Population Prospects, The 2008 Revision (Estimates and medium variant projection)

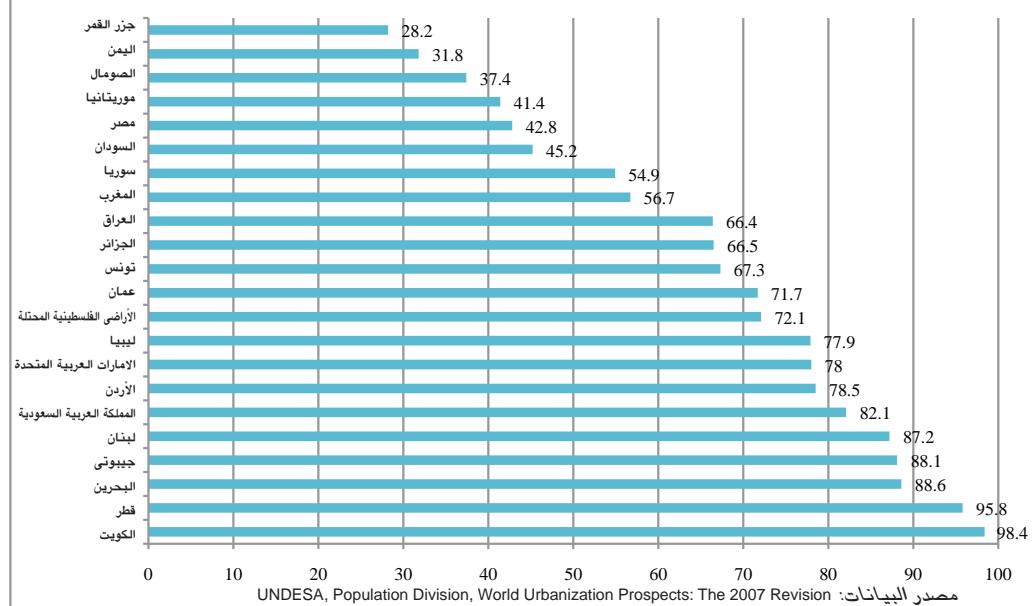
تسوّع معظم النمو السكاني في العالم العربي وبشكل أساسى من خلال الهجرة (الداخلية والدولية).

ويتجه الناس في المنطقة إلى العيش في الأماكن الأفضل من الناحية البيئية، عادة بالقرب من المصادر الرئيسية للمياه وعلى طول المناطق الساحلية. وبالتالي فإن توفر وتوزيع المياه تعتبر من أهم العوامل في توزيع السكان في العالم العربي. ونجد اندلاع الصراعات من العوامل التي تؤثر بشكل مباشر على توزيع السكان، خاصة في فلسطين والعراق ولبنان والسودان والصومال واليمن. ففي هذه البلدان يضطر الناس للفرار من مناطق القتال والإقامة في مخيمات مؤقتة كلاجئين أو نازحين داخليا.

وتوجد تفاوتات حضرية داخل العالم العربي وكذلك داخل كل بلد. فعلى المستوى الإقليمي هناك 11 بلداً تزيد فيه النسبة المئوية لسكان الحضر عن 70% من إجمالي السكان. وتلك البلدان هي دول الخليج ولبنان والأردن ولبيبا وجيبوتي والأراضي الفلسطينية المحتلة (انظر الشكل 8). يلي ذلك 5 بلدان، هي

وكما هو الحال في المناطق الأخرى، يعيش السكان في العالم العربي في المناطق التي تتركز فيها الأنشطة الإنتاجية والاقتصادية حيث تتوافر الخدمات الاجتماعية، لاسيما الصحة والتعليم. ويعود النمو السريع على نحو خاص في المدن والمراكز الحضرية في الدول العربية إلى تركيز الخدمات والأنشطة الاقتصادية في القطاعين العام والخاص في هذه المناطق. وبالتالي تتفوق المناطق الحضرية تدريجياً على المناطق الريفية في الزيادة السكانية. ووفقاً لتقرير آفاق التحول الحضري في العالم: طبعة عام 2007، فإن النسبة المئوية لسكان الحضر من مجموع السكان ارتفعت من 49.4% في عام 1990 إلى 55.7% في عام 2010. ومن المتوقع أن ترتفع إلى 57.4% في عام 2015 وإلى 59.3% في عام 2020. وكان نحو 114 مليون نسمة يعيشون في المناطق الحضرية في عام 1990، ارتفع عددهم إلى 197 مليون نسمة في عام 2010 ومن المتوقع أن يصل عدد سكان الحضر إلى 222 مليون نسمة بحلول عام 2015. وكان المعدل العام للنمو السنوي للسكان 2.7% في المناطق الحضرية خلال الفترة 1990-2010، مقارنة بـ 1.5% في المناطق الريفية. ويشير هذا الاختلاف إلى أن المناطق الحضرية

الشكل (8) النسبة المئوية لسكان الحضر من إجمالي السكان في 2010



المنافع لأقصى قدر للجميع – البلدان المرسلة، وبلدان العبور، والبلدان المستقبلة. وتلعب الهجرة الدولية دوراً رئيسياً في توفير الموارد البشرية لأغراض التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي، وتتوفر التحويلات المالية من أجل تحقيق التنمية في بلدان المغرب والمشرق. كما تساهم في التصدّي للفقر في أقل البلدان نمواً من الدول العربية، وللتحول باتجاه انخفاض الخصوبة في بلدان المغرب العربي.

والهجرة الدولية هي سمة بارزة مشهد السكان والتنمية في العالم العربي. فهي ضخمة سواءً من حيث أعداد المهاجرين والتحويلات المالية. ولدى دول مجلس التعاون الخليجي أعلى نسبة من المهاجرين الدوليين في العالم العربي. وقد شهدت المنطقة ككل، موجات من العمال المهاجرين. فقبل حظر النفط في عام 1973، عندما كانت تلك الدول تمر بعملية بناء الدولة، كانت تيارات الهجرة صغيرة في حجمها، وكان معظم المهاجرين الدوليين من داخل العالم العربي. إلا أنه منذ عام 1973 عندما وقع حظر النفط، أصبحت تيارات الهجرة الدولية أكبر وجذب العمالة من مناطق وبلدان أخرى، ولا سيما من آسيا.

(تونس والجزائر والعراق والمغرب وسوريا)، تتراوح فيها النسبة المئوية لسكان الحضر بين 54% و68%. ونجد السودان ومصر وموريتانيا والصومال واليمن وجزر القمر أقل البلدان العربية من حيث النسبة المئوية لسكان الحضر، ولديها أعلى احتمالات للتحول الحضري السريع في المستقبل. وفي داخل كل بلد، تهيمن التجمعات الحضرية والمدن والعواصم على النظم الحضرية. وهذا الأمر ينطبق على كل أنحاء المنطقة، لاسيما في بلدان الخليج والتي هي في غالبيتها مدن. ففي الكويت على سبيل المثال، يعيش 74% من سكان الحضر في مدينة الكويت وفي مصر يعيش نحو نصف سكان الحضر في القاهرة والإسكندرية. ويعيش نحو 52% من سكان الحضر في لبنان في بيروت. وتتأوي الرياض وجدة ومكة المكرمة والمدينة المنورة نحو نصف سكان الحضر في المملكة العربية السعودية. والأمر نفسه ينطبق على سوريا حيث يعيش نحو 58% من سكان الحضر في حلب ودمشق وحمص.

الهجرة الدولية

يُقر برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأهمية الهجرة الدولية للسكان والتنمية، ويدعو إلى اتخاذ إجراءات لتعظيم

المهاجرون الدوليون في بلدان مجلس التعاون الخليجي (الرقم المطلق والنسبة المئوية من مجموع السكان)			الجدول رقم 4
2010	2000	1990	
315403	239366	173200	البحرين %
39	37	35	الكويت %
2097527	1500442	1585280	عمان %
69	67	74	قطر %
826074	623608	423572	المملكة العربية السعودية %
28	26	23	الإمارات العربية المتحدة %
1305428	470731	369816	إجمالي المهاجرون الدوليون
87	76	79	
7288900	5136402	4742997	
28	25	29	
3293264	2286174	1330324	
70	71	71	
15126596	10256723	8625189	

UN Population Division. 2009. World Population Prospects: The 2008 Revision (estimates and medium variant projections)
مصدر البيانات.

الدول العربية عموماً من البلدان المرسلة للعمال المهاجرين إلى دول مجلس التعاون الخليجي ودول منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. وتظهر أحدث التقديرات أن نحو 5 ملايين من المهاجرين من العالم العربي يعيشون في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. وتأتي الغالبية العظمى منهم من المغرب، والجزائر، وتونس، ولبنان، ومصر. ونسبة كبيرة من المهاجرين العرب إلى منظمة التعاون والتنمية هم من الشباب، مع زيادة في عدد الإناث في تيارات الهجرة منذ حوالي عام 2000. ويشكل العمال المهارون حوالي 25% من مجموع المهاجرين العرب إلى بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. وتعتبر مصر، ولبنان، والمغرب هي أكبر المستفيدين من تحويلات المهاجرين في العالم العربي، تليها السودان والجزائر.

وتُعد مشكلتنا المهاجرون الذين لا يحملون وثائق والاتجار بالبشر من الظواهر المهمة المرتبطة بالهجرة الدولية في المنطقة. حيث يتركز معظم المهاجرين الذين لا يحملون وثائق في المنطقة في دول مجلس التعاون الخليجي والدول العربية في شمال أفريقيا، التي ما زالت تستقبل المهاجرين غير الشرعيين من أفريقيا جنوب الصحراء في طريقهم إلى أوروبا. وفي السنوات الأخيرة تزايد المهاجرون الذين لا يحملون وثائق في كل أنحاء شمال أفريقيا واليمن. ويعُد الاتجار بالبشر، من ناحية أخرى، من الشواغل الرئيسية في جميع أنحاء المنطقة. وهو يفرض تحديات كبيرة على جميع البلدان في المنطقة، لا سيما دول مجلس التعاون الخليجي وشمال أفريقيا.

ويُقدر قسم السكان بالأمم المتحدة مجموع عدد المهاجرين الدوليين في دول مجلس التعاون الخليجي بنحو 15.1 مليون شخص في عام 2010، وهو تقريباً ضعف عددهم (8.6 مليون) في عام 1990 (انظر الجدول 4). وتنبيش الغالبية العظمى من العمال المهاجرين في المملكة العربية السعودية (7.3 مليون شخص)، فالكويت (2.1 مليون شخص) والإمارات العربية المتحدة (3.3 مليون شخص)، فالكويت (2.1 مليون شخص). ومن الناحية النسبية، يهيمن العمال المهاجرون في قطر حيث يشكلون 87% من إجمالي عدد السكان، تليها الإمارات العربية المتحدة (70%) فالكويت (69%). وتشير هذه النسب إلى أن مواطني دول الخليج قد أصبحوا يشكلون أقلية في بلدانهم.

ولا شك في أن المهاجرين الأجانب يساهمون إسهاماً كبيراً في اقتصادات دول مجلس التعاون الخليجي. كما أنهم يساهمون أيضاً في اقتصادات بلدانهم الأصلية. فقد أظهرت دراسة حول تحويلات العمالة الأجنبية أجريت في عام 2003 من قبل مجلس التعاون الخليجي أن التحويلات المالية قد زادت من متوسط سنوى قدره 2 مليار دولار في عام 1975 لتصل إلى 24 مليار دولار في عام 2003. وتتراوح التحويلات الرسمية السنوية للعامل الأجنبي في دول مجلس التعاون الخليجي بين 1755 دولاراً في الكويت إلى 4858 دولاراً في قطر. وبالإضافة إلى التحويلات المالية، تلعب دول مجلس التعاون الخليجي دوراً رئيسياً في تمويل أنشطة التنمية، لا سيما في البلدان النامية وفي العالم الإسلامي عموماً.

وتُعد بلدان المشرق، والمغرب العربي البلدان الأقل نمواً بين



رابعاً: التقدم باتجاه تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

التحليلات الواردة في هذا الفصل يتسع تفاصيل برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في سياق أهمية الإجراءات الرامية لتحقيق تقدم في إنجاز الأهداف الإنمائية للألفية في العالم العربي. ومن المهم عند هذا المنعطف توضيح النقاط

توضيح

الثلاث التالية:

- (أ) أصبح الوضع السكاني غير متجانس ديموغرافيا فيما يتعلق بالخصوصية وتغير الهيكل العمري للسكان، مع وجود تفاوتات كبيرة بين المناطق الريفية والحضرية.
- (ب) شهد العالم العربي تغيرات وتحولات اجتماعية نتيجة انتشار التعليم وتسارع التحضر، من بين عوامل أخرى. وقد أثرت التغيرات على تفاصيل برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وعلى التقدم الذي أحرزته البلدان في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.
- (ج) استنفدت الحروب والصراعات المسلحة التي وقعت في عدة أجزاء من الأقاليم العربية من الموارد المالية والبشرية التي كان يمكن الاستفادة منها في التنمية وفي تحسين الأحوال المعيشية للسكان في الدول العربية. وبالإضافة إلى ذلك، فقد أدت هذه الصراعات والحروب إلى نزوح السكان، وتحويل الموارد إلى المساعدات الإنسانية الأولوية على حساب التنمية.

الجدول (5) مؤشرات الفقر في العالم العربي 1990 - 2008						
البلد	إلى التعريف الوطني الأدنى لخط الفقر	معدل انتشار الفقر بالنسبة المئوية (السنة) استناداً	النسبة المئوية للأطفال ناقصي الوزن (السنة)	النسبة المئوية من السكان أسلف الحد الأدنى لاستهلاك السعرات الحرارية (السنة)	غير متاح	غير متاح
عمان			(1995) 12.8	(2007) 1.6	غير متاح	غير متاح
لبنان	(1997) 10.1 (1995) *33.7	(2004) 8.0 (2004) *20.6	(1996) 3.0	(2004) 3.9	(1995) 2.5	(2004) 1.1
سوريا	(1997) 14.3 (1997) *33.2	(2004) 11.4 (2004) *30.1	(1993) 12.0	(2006) 9.7	غير متاح	غير متاح
الأردن الحضر الريف	(2002) 14.2 (2002) 12.9 (2002) 18.7	(2006) 14.7 (2006) 13.1 (2006) 22.8			غير متاح	غير متاح
العراق	(1990) 27.5	(2007) 23.0	(2000) 20.0	(2004) 8.0	غير متاح	غير متاح
الأراضي الفلسطينية المحتلة	(1996) 25.0	(2007) 35.0			غير متاح	غير متاح
تونس الحضر الريف	(1995) 8.1	(2005) 3.8 (2005) 1.9 (2005) 7.1	(1994) 3.9 (1994) 3.7 (1994) 4.1	(2006) 3.0 (2006) 2.1 (2006) 4.7	غير متاح	غير متاح
الجزائر	(1995) 14.1	(2000) 12.1	(1995) 10.0	(2006) 3.7	(1995) 5.7	(2005) 2.7
المغرب الحضر الريف	(1990) 30.4 (1990) 13.3 (1990) 54.5	(2007) 8.2 (2007) 3.6 (2007) 14.3	(1992) 9.0 (1992) 3.3 (1992) 12.0	(2003) 10.2 (2003) 6.5 (2003) 14.0	(1985) 1.8 (1985) 0.3 (1985) 3.7	(2007) 0.9 (2007) 0.1 (2007) 2.0
مصر	(1999) 16.7	(2005) 19.6	(2005) 6.2	(2008) 7		
اليمن الحضر الريف	(1998) 41.8 (1998) 32.3 (1998) 42.5	(2006) 34.8 (2006) 20.7 (2006) 40.1	(1997) 45.6	(2003) 45.6	(1999) 36.0	(2003) 21.7
جيبوتي	غير متاح	(2002) 42.0 (2002) *52.6	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح
السودان	غير متاح	غير متاح	غير متاح	(1999) 33.0	(2006) 29.6	(2006) 18.0

مصدر البيانات: التقارير القطرية لعام 2009.

* أعلى خط الفقر الوطني.

والحقوق الإنجابية للجميع، والاستثمار في رأس المال البشري، بما في ذلك الصحة.

السكان والقضاء على الفقر والجوع

سوف يساعد حصول النساء على خدمات الصحة الإنجابية والحق في الحصول على وسائل تنظيم الأسرة وللحصول على الخدمات الصحية للأمهات خلال فترة الحمل والولادة وللتقييم بالولادة تحت إشراف أشخاص مدربين من العاملين في القطاع الصحي بشكل كبير في الحد من الفقر، لاسيما بين الأسر

انتقل الفقر إلى مركز الصدارة في أولويات التنمية الوطنية والدولية. والنمو الاقتصادي ضروري ولكن له لن يكون كافياً للقضاء على الفقر. وينبغي أن تتسع استراتيجيات القضاء على الفقر لتجاوز الدخل حتى تشمل تحسين القدرات البشرية، لاسيما الصحة والتعليم. وفي هذا السياق الواسع والوجيه، فإن الفقر المدقع لا يمكن الحصول على الخدمات الصحية الإنجابية

وفي الأراضي الفلسطينية المحتلة، حيث يعيش ما يقرب من نصف السكان تحت خط الفقر الوطني ويعاني نصف الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات من سوء التغذية (انظر الجدول 5). وتزرو هذه البلدان معدلات الفقر المرتفعة إلى انخفاض الدخل وكذلك إلى ضعف الخدمات الصحية الأساسية وخدمات الصحة الإنجابية وارتفاع معدل النمو السكاني. وقد أعربت اليمن والسودان، على سبيل المثال، عن قلقهما بشأن ضعف فرص وصول خدمات الصحة الإنجابية لمواطنيها وذلك بسبب ضعف الاستثمار والعدد الكبير من النساء في سن الإنجاب وارتفاع معدلات الخصوبة. كما أدت الحروب والصراعات والعقوبات الاقتصادية إلى الإضرار بجهود هذه البلدان في التصدي للفقر وسوء التغذية لدى الأطفال.

والوضع ينبع على نحو خاص في الأراضي الفلسطينية المحتلة حيث أدت العقوبات وال الحرب على غزة إلى زيادة عدد الفقراء والأطفال الذين يعانون من سوء التغذية. بالإضافة إلى الإغلاق الاقتصادي والاجتماعي لتلك الأراضي، فقد جعلت الزيادة الحادة في أسعار المدخلات الرئيسية للإنتاج وأمدادات السلع الأساسية الاستراتيجيات الوطنية الراهنة للحد من الفقر غير كافية وغير ملائمة لمواجهة الأزمة الحالية. وقد أفاد لبنان بحدث زيادة في عدد الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية إلى 3.9% في عام 2004، وفي عدد الفقراء إلى 8.4% عقب حرب عام 2006. وترتبط الحروب الأهلية في اليمن والصومال والسودان بارتفاع عدد الفقراء وزيادة سوء التغذية لدى الأطفال، وكذلك ترتبط بارتفاع النسبة المئوية من السكان الذين يحصلون على أقل من الحد الأدنى لاستهلاك السعرات الحرارية. وبلا شك، هناك حاجة للاستقرار في المنطقة لخلق بيئة ملائمة للحد من الفقر والجوع.

إن تفاوت الفقر حسب مكان الإقامة كبير بشكل ملموس في داخل البلدان (انظر الجدول 5). ففي جميع البلدان نجد أن نسبة الفقراء وانتشار سوء التغذية بين الأطفال أعلى بكثيراً في المناطق الريفية عنها في المناطق الحضرية. كذلك يوجد تفاوت كبير في توفر خدمات الصحة الإنجابية بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية. ففي تونس، حيث تحسنت الصحة الإنجابية والمساواة بين النوع الاجتماعي، ترتفع معدلات الفقر في الريف (7.1%) عنها

الفقيرة. كذلك، فإن التحسينات في الصحة الإنجابية يمكن أن تساعد في الحد من الفقر من خلال الحث على إدارة الخصوبة وخفض معدلات نمو السكان. وتتجدر عند هذا المنعطف ملاحظة أن عدم اتخاذ إجراءات أو الفشل في تلبية الاحتياجات في مجال الصحة الإنجابية للأسر الفقيرة قد يؤدي إلى تقويض الجهد الوطني والدولي للقضاء على الفقر.

ويؤكد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أهمية معالجة الاحتياجات في مجال الرفاهية والصحة الإنجابية للمجموعات السكانية المستضعفة والمهمشة، لاسيما الفتيات والأطفال والأشخاص المعاقين وكبار السن والسكان الأصليين والأشخاص النازحين داخلياً. كذلك فإنها تسلط الضوء على الدعم الاجتماعي والاقتصادي الذي ينبغي توفيره للأسرة لتلبية احتياجاتها في مجال الصحة الإنجابية، خاصة المساعدة الإنسانية خلال فترات الأزمات، مع الأخذ في الحسبان تنوّع هيكل وتكوين الأسر وعلاقتها بالأجيال ببعضها البعض. ويبحث برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الحكومات على القضاء على الفقر من خلال الإجراءات الرامية لاستدامة النمو الاقتصادي، والاستثمار في تنمية الموارد البشرية لاسيما في مجال التعليم وتنمية مهارات النساء والقضاء على أوجه عدم المساواة والحواجز أمام المشاركة في قوى العمل وتوفير فرص الحصول على موارد الصحة الإنجابية، وخلق فرص العمل المنتجة في جميع القطاعات، واتخاذ تدابير لتعزيز الأمان الغذائي وتحسين حالة التغذية، ودفع الإنتاج الزراعي. وقد تم تركيز هذه الإجراءات في الغايات الثلاث للهدف رقم 1 من الأهداف الإنمائية للألفية التي ترمي إلى:

- (أ) خفض نسبة السكان الذين يقل دخلهم عن دولار واحد يومياً إلى النصف، بين عامي 1990 و2015.
- (ب) تحقيق العمالة الكاملة والمنتجة وتوفير العمل الكريم للجميع، بمن في ذلك النساء والشباب،
- (ج) خفض نسبة السكان الذين يعانون من الجوع إلى النصف، بين عامي 1990 و2015.

ترتفع معدلات الفقر بشكل واضح في البلدان العربية الأقل نمواً

الإطار (1) :

الصناديق الصحية للمجتمع المحلي في جيبوتي

في أكتوبر 2008 تم إنشاء صناديق صحة المجتمع المحلي في ستة مواقع تجريبية في المجتمعات الريفية البعيدة عن الخدمات الصحية في جيبوتي. وت تكون الصناديق من مبلغ رمزي قدره 35400 فرنك جيبوتي (200 دولار) تقوم بإدارتها لجنة من النساء في كل موقع. والهدف من كل صندوق هو تسهيل وزيادة فرص المرأة في الوصول إلى معلومات وخدمات الصحة الإنجابية في البلاد. وبالإضافة إلى النقل الطبي في حالات الطوارئ ، يهدف الصندوق إلى تسهيل زيارات المتابعة قبل الولادة وبعدها والتحصين. خلال المرحلة التجريبية قامت وزارة الصحة وصندوق الأمم المتحدة للسكان بتنظيم دورات تدريبية وحملات توعية لتشجيع الناس على التبرع لصندوق صحة المجتمع وذلك لضمان استمرار عمله لخدمة الأئمة والأطفال. وقام فريقين بتنفيذ المرحلة التجريبية للمشروع وأوصى التقييم بتوسيع نطاق عمل الصندوق إلى مناطق أخرى من البلاد. ونتيجة لذلك، اتسع نطاق عمل الصندوق في آب/أغسطس 2009 إلى 14 موقعًا إضافياً في البلاد. وبالإضافة إلى ذلك، قررت وزارة الصحة وصندوق الأمم المتحدة للسكان المساهمة بمبلغ 53100 فرنك جيبوتي (300 دولار) لكل واحد من صناديق صحة المجتمع. ومن المنتظر أن يؤدي نجاح هذه الصناديق إلى اتخاذ المزيد من الإجراءات، مثل مكافحة ختان الإناث والحد من تسرب الفتيات من المدارس والحد من عبء العمل الذي تقوم به المرأة. وسيؤدي هذا إلى تمكن وتحسين ظروف معيشة المرأة.

المصدر: المكتب القطري لصندوق الأمم المتحدة للسكان بجيبوتي 2009.

تنظيم الأسرة. وفي الغالب يصاب الأطفال المولودون للنساء فقيرات بسوء التغذية.

وتشير التفاوتات المذكورة أعلاه إلى الحاجة إلى تكثيف التدخلات في مجال الصحة الإنجابية في المناطق الريفية من أجل تسريع وتيرة تقديم البلدان في تحقيق الهدف رقم 1 من الأهداف الإنمائية للألفية. فعلى سبيل المثال، قامت جيبوتي بإنشاء صناديق الصحة بغرض تحسين فرص حصول النساء على خدمات الصحة الإنجابية في المناطق الريفية والنائية من البلاد (انظر الإطار 1).

ووفقاً للتقارير القطرية، لا تلعب المعاشات ونظم الحماية الاجتماعية دوراً رئيسياً في دعم دخل الأسر الفقيرة، وذلك لأن معظم العاملين في هذه الأسر لا ينخرطون في العمل مدفوع الأجر. كذلك، فإن حصة العدد المحدود من الفقراء في نظم الحماية الاجتماعية منخفضة للغاية. لذلك، تتجه الأسر المقيرة

في الحضر (1.9%)، وتصل معدلات سوء التغذية لدى الأطفال في المناطق الريفية إلى ضعف مستواها في المناطق الحضرية (انظر الجدول 3). وفي مصر، وهي أكبر البلدان العربية كثافة في السكان، تبلغ النسبة المئوية للفقراء من مجموع السكان أعلى مستوياتها في محافظة أسيوط (61%) ومحافظة بنى سويف (45%)، بينما تصل لأدنى مستوياتها في المحافظات الحضرية (5.7%) (التقرير القطري لمصر 2009). وفي المغرب، والتي من المرجح أن تتمكن من تحقيق الهدف بحلول عام 2015، يرتفع معدل الفقر بنحو أربعة أمثاله في المناطق الريفية عنه في المناطق الحضرية. ويبلغ معدل انتشار سوء التغذية بين الأطفال في المناطق الريفية في المغرب ضعف مستواه في المناطق الحضرية. وفي اليمن، تبلغ معدلات الفقر في المناطق الريفية ضعف مستواها في المناطق الحضرية. وترتفع معدلات الفقر بين النساء في الأسر الفقيرة، اللاتي توفر لها أدنى فرص الحصول على خدمات الصحة الإنجابية وأعلى الاحتياجات التي لا تتم تلبيتها في مجال

ويجب أن تضمن الدول توافر فرص الوصول للتعليم الابتدائي على الجودة والرعاية الصحية الأولية للجميع، وينبغي أن تستثمر وتعطى أولوية كبيرة للتعليم، لاسيما تعليم النساء والفتيات لتعزيز قدراتهن الكامنة كأفراد لهم حق المشاركة بشكل كامل في التنمية. كذلك، ينبع على الدول الإقرار، بالإضافة إلى توسيع نطاق تعليم الفتيات، بأن سلوكيات وممارسات المدرسين، والمناهج الدراسية، والتسهيلات المدرسية ينبغي أن تغير لعكس الالتزام بالقضاء على التمييز بين النوع الاجتماعي، وتعزيز دور الآباء ومسئولييات الذكور في الحياة الأسرية. ويتم حتى البلدان التي حققت التعليم الابتدائي الشامل على تيسير فرص الوصول وإكمال التعليم إلى المرحلة الثانوية والمستويات الأعلى.

وقد حققت بلدان المنطقة تقدماً متقاوياً في تحقيق تعميم التعليم الابتدائي. فهناك ارتفاع سريع ومؤثر في نسب الالتحاق الصافية (أكثر من 90%) في بلدان المغرب العربي والمشرق العربي (باستثناء الأراضي الفلسطينية المحتلة والعراق)، ودول مجلس التعاون الخليجي (انظر الشكل 9). ويشير الارتفاع في نسب الالتحاق إلى تحسن في تنفيذ السياسات التعليمية في المنطقة. كذلك، فإنها تعكس التزام الحكومات بتطوير البنية الأساسية التعليمية وتوسيع نطاق التعليم الابتدائي والأساسي لجميع الأطفال². كما أن هذه الدول لديها أيضاً معدلات مرتفعة لإتمام الدراسة (انظر الشكل 10) ومعدلات تعليم عالية بالنسبة للشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15-24 عاماً (انظر الشكل 11).

وقد تحسنت معدلات معرفة القراءة والكتابة بالنسبة للشباب في المغرب، لكنها لا تزال دون المستوى الأمثل. ويعود السبب في المعدلات المرتفعة لإتمام الدراسة إلى التطورات في البنية الأساسية للمدارس، لاسيما في مجال توفير المياه والصرف الصحي والخدمات الصحية للأطفال خلال فترة الدراسة. وتشمل العوامل المهمة الأخرى قرب المدرسة من المدرسة إلى مكان إقامة التلاميذ، ومستوى دخل الأسرة. كذلك، تبنيت البلدان سياسات واستراتيجيات لتوسيع نطاق التعليم الأساسي، وعمدت إلى تحفيض عدد المترسبين من المدارس، لاسيما بين الفتيات. ومع ذلك، فإن معظم بلدان المغرب العربي والمشرق العربي يساورها

إلى استراتيجيات بديلة للدعم المالي. فعلى سبيل المثال، فإنهم يستكملون دخولهم المنخفضة بالتحويلات الواردة من الأقارب الذين يعملون بالخارج¹.

السكان وتحقيق التعليم الابتدائي للجميع

يركز برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على دور التعليم في تعزيز حقوق الإنسان، بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية، وتحسين رفاهية ونوعية الحياة لكافة الأفراد. ويشير البرنامج إلى التعليم كأحد العوامل الاستراتيجية التي ترتبط بالعديد من الإجراءات في مجال الصحة والحقوق والمساواة وصحة الأمومة والطفولة والنوع الاجتماعي وتمكين المرأة والتنمية البشرية وتوفير فرص العمل والزواج والأسرة ورفاهية المجتمعات السكانية المستضعفة (كبار السن والمعاقين والنازحين واللاجئين، إلخ). كما تسلط الضوء على دور التعليم في تشجيع المساواة، لاسيما المعاملة المتساوية للفتيان والفتيات، وتعزيز فرص الحصول على المعلومات والخدمات الاجتماعية. ويبحث برنامج العمل الحكومات على تحسين نوعية التعليم والقضاء على الأنماط الجامدة للمواد التعليمية التي تؤكد التقىوات الموجودة بين الذكور والإثاث وتحطط من تقدير الفتيات لأنفسهن.



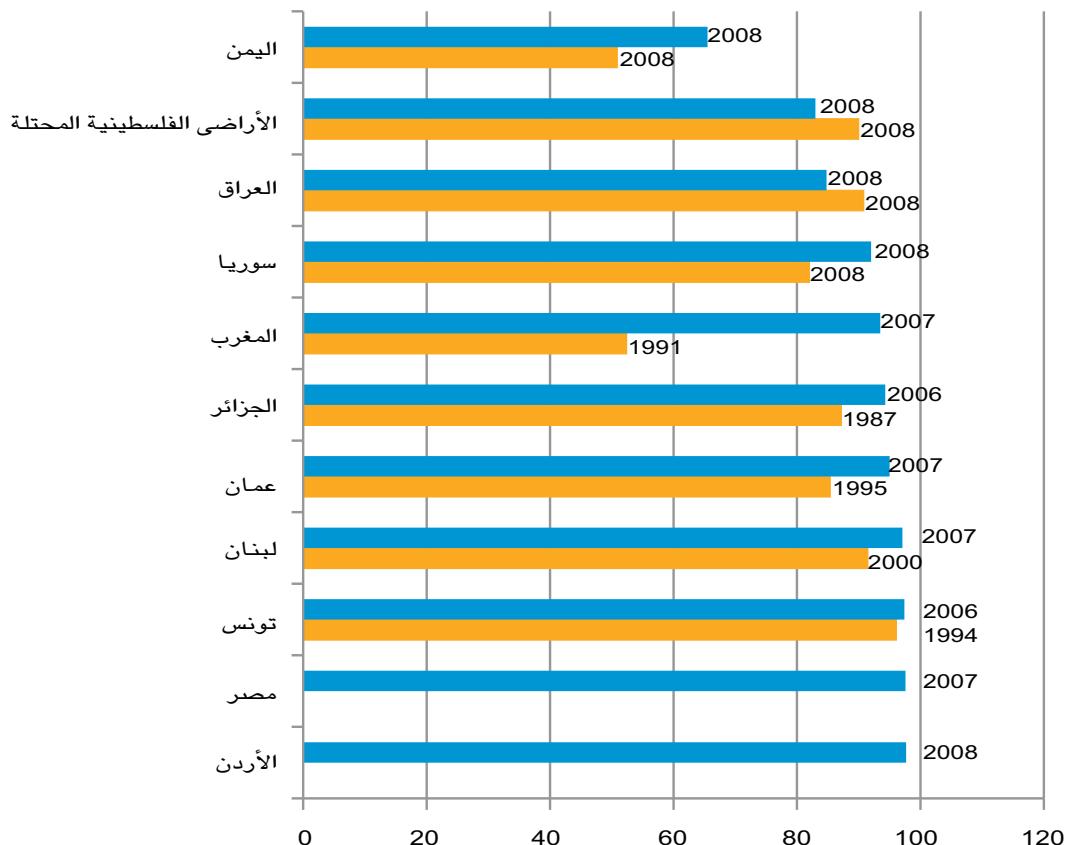
© Marie Dorigny

1) اعتمد لبنان، على سبيل المثال، خطة وطنية للتعليم للجميع (2005-2015). واستراتيجية وطنية للتعليم (2006). وتقوم سوريا بتوسيع نطاق خدمات التعليم في جميع أنحاء البلاد، وإنشاء مدارس متنقلة في البداية (حيث يعيش البدو الرجل) وفي المناطق النائية.

2) كنسبة مئوية من الدخل الإجمالي للأسر الفقيرة، تشكل التحويلات 39% في سوريا. وفي الأردن تشكل تلك التحويلات 22% من الناتج المحلي الإجمالي في الأردن، ولكن ذلك الرقم من المتوقع أن ينخفض مع عودة العاملين الأردنيين من دول الخليج (النقرير القطري للأردن لعام 2009).

الشكل (9)

صافي معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي (1990 - 2008)



مصدر البيانات: التقارير القطرية لعام 2009.

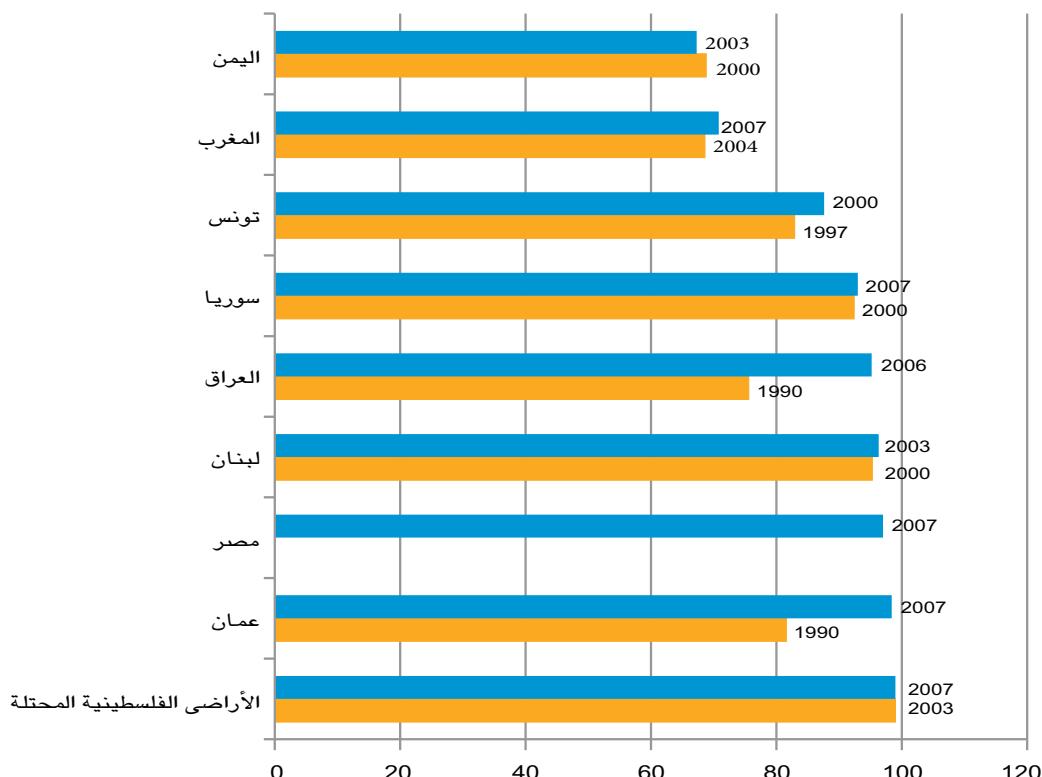
اتجاهها معاكساً، حيث ارتفعت تلك النسبة إلى 84.8%， ويعود ذلك في الأساس إلى زيادة عدد المدارس والتوزع في تدريب المدربين والمدرسين. ومنذ حزيران/ يونيو 2004، تم بناء 3000 مدرسة جديدة، وتم تدريب 860 من المدربين و31777 من المدرسين في جميع أنحاء العراق. وقد خلقت هذه التطورات بيئة مواتية من شأنها أن تساعد العراق على التقدم بشكل أسرع باتجاه تحقيق تعليم التعليم الابتدائي الشامل، وتحقيق المساواة بين النوع الاجتماعي، والحد من التفاوتات الإقليمية في التعليم الابتدائي، والتي تعتبر حالياً مرتفعة في هذا البلد (التقرير القطري للعراق لعام 2009). وقد تم تسجيل نسب مرتفعة لإتمام الدراسة في الأراضي الفلسطينية المحتلة كذلك تحسن تلك المعدلات في

القلق بشأن قدرتها على التعامل مع الطلب المتزايد على التعليم الابتدائي الذي ينشأ نتيجة النمو السريع في عدد الأطفال في سن المدرسة، ولاسيما في المناطق الريفية.

وقد أدت العقوبات الاقتصادية والحروب إلى تراجع نسب الالتحاق بالتعليم الابتدائي في العراق والأراضي الفلسطينية المحتلة (انظر الشكل 9). وهبط صافي نسبة الالتحاق بالتعليم الابتدائي بشكل مطرد إلى ما دون 85% في عام 2006 لكل من الفتيان والفتيات في قطاع غزة والضفة الغربية. وانخفضت هذه النسبة في العراق من 90.8% في عام 1990 إلى 80.3% في عام 2000 (وهذا غير موضح في الجدول). ومع ذلك، بدأ هذا الاتجاه السلبي يتخذ

الشكل (10)

نسبة التلاميذ الذين يبدؤون الصف الأول وينهون الصف الخامس



مصدر البيانات: التقارير القطرية لعام 2009.

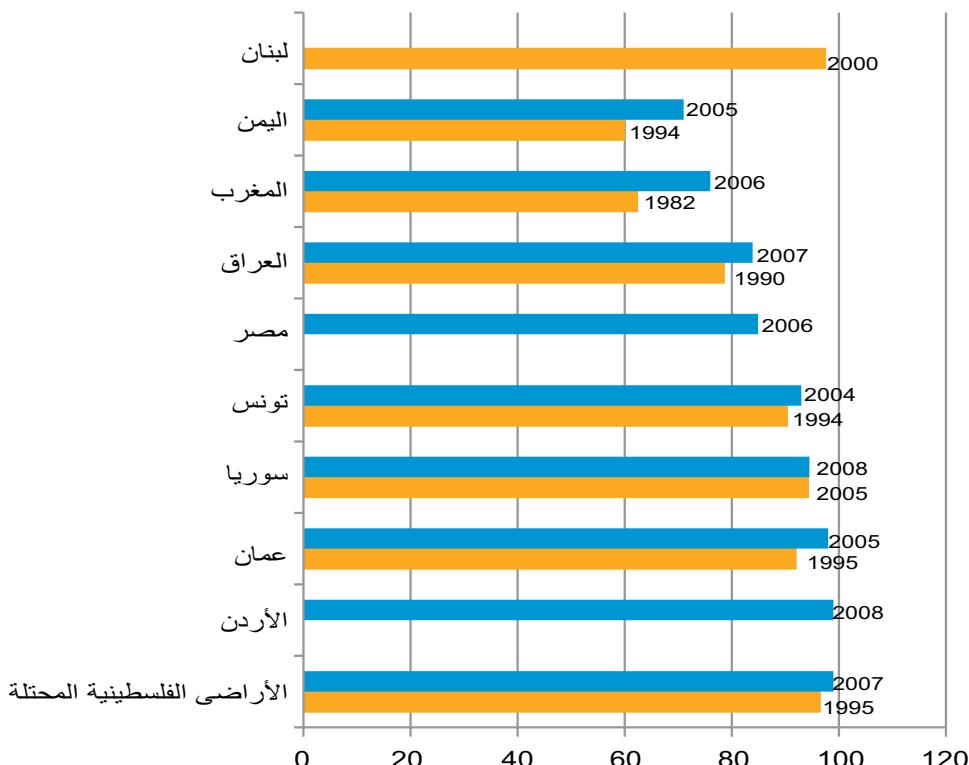
الاقل نموا إلى القدرات المحدودة لنظم التعليم على استيعاب جميع الأطفال في سن المدرسة الذين تتزايد أعدادهم بمعدل سريع. وتقتصر المدارس إلى البنية الأساسية الضرورية، مثل المياه والخدمات الصحية، للبقاء على الطلبة وتمكنهم من إتمام مرحلة التعليم الابتدائي (انظر الشكل 10). كما أن تدني مستوى الخدمات في المدارس، والمسافات الطويلة التي تفصل التلاميذ عنها، ونقص وسائل النقل هي أيضا من العوامل التي لا تشجع الأطفال، خاصة الفتيات، على مواصلة التعليم. ويعنى ارتفاع مستويات الفقر في هذه البلدان أن الأسر لا تستطيع تحمل التكاليف العالية لمواصلة تعليم أبنائهم. ولذلك، يتسرّب الأطفال من المدارس من أجل العمل وإعالة الأسرة. ويشجع هذا وجود سوق لعملية الأطفال. كذلك تنخفض معدلات معرفة القراءة والكتابة لعمال الأطفال. كذلك تنخفض معدلات معرفة القراءة والكتابة بين الشباب في البلدان العربية الأقل نمواً (انظر الشكل 11).

العراق (انظر الشكل 10). وترتفع معدلات معرفة الشباب للقراءة والكتابة في الأراضي الفلسطينية المحتلة، وتحسن هذه المعدلات في العراق (انظر الشكل 11).

وأظهرت البلدان العربية الأقل نمواً تقدماً بطيئاً ولكن ليس بالسرعة الكافية لتحقيق التغطية الشاملة بحلول عام 2015 (انظر الشكل 9). ففي اليمن تحسن صافي نسبة الالتحاق بالتعليم الابتدائي ببطء من 50.9% في عام 1991 إلى 65.5% في عام 2005. ومع العلم أن معدل الالتحاق بين الذكور (74.7%) أعلى من الإناث (55.3%), لا تزال هناك فجوة ضخمة بين الجنسين في التعليم الابتدائي. وفي السودان، لا يتحقق بالصف الأول سوى 29.5% من الأطفال في سن الدراسة الابتدائية بالصف الأول (معدل الاستيعاب). ويرجع التقدم البطيء في البلدان العربية

الشكل (11)

معدل الأمية للأشخاص في سن 15-24 عاماً



مصدر البيانات: التقارير القطرية لعام 2009.

استخدام وسائل منع الحمل الحديثة. هذا الأمر صحيح بالنسبة لجميع البلدان في المنطقة.

(3) أدى التقدم في تعليم المرأة إلى زيادة الوعي في ضرورة الوصول لخدمات الرعاية الصحية قبل الولادة وللمتابعة والولادة تحت إشراف كوادر صحية مدربة.

ومع ذلك، فإن نوعية التعليم والقوالب النمطية لا تزال تشكل عقبة رئيسية يتعين على جميع البلدان العربية معالجتها. فمن المهم للبلدان أن تحسن نوعية التعليم من خلال إدراج الصحة الإنجابية في المناهج المدرسية. ففي سلطنة عُمان، على سبيل المثال، يهدف برنامج الصحة المدرسية إلى تغيير المعتقدات والمواقف والممارسات لدى الأطفال في المدارس عن طريق تزويدهم بالمعرفة الملائمة

ويرتبط وضع التعليم في المنطقة بخدمات الصحة الإنجابية من خلال التدابير التالية:

1) إن الالتحاق بالمدارس، واستمرار الطلاب لمستويات عالية من التعليم قد زاد من متوسط السن عند الزواج الأول، ومتوسط السن عند الحمل الأول، ومتوسط السن عند أول الإنجاب في منطقة بلدان المغرب العربي والمشرق العربي ودول مجلس التعاون الخليجي. كذلك، انخفض معدل الخصوبة في سن المراهقة في هذه البلدان نتيجة للارتفاع في تعليم الفتيات.

2) إن المرأة المتعلمة هي أكثر ميلاً لاستخدام الوسائل الحديثة لمنع الحمل. وكلما ارتفع مستوى التعليم كلما ارتفع معدل

فما لا يقل عن واحدة من كل ثلاثة نساء قد تعرضت للضرب والإكراه على ممارسة الجنس أو تمت إساءة معاملتها بطريقة أخرى واسمحوا لنا جميعاً أن نتخذ موقفنا ونقول بصوت مرتفع وواضح «لا للعنف ضد المرأة».

— من رسالة السيدة ثريا أحمد عبيد، المديرة التنفيذية لصندوق الأمم المتحدة للسكان في الاحتفال بيوم الدولى الخامس والعشرين للقضاء على العنف ضد المرأة، 25 نوفمبر 2009

يُحث برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية البلدان على تحقيق المساواة والإنصاف الذي يقوم على الشراكة بين الرجل والمرأة؛ وتعزيز مساهمة المرأة في التنمية من خلال المشاركة الكاملة في صنع القرار على جميع المستويات؛ والتتأكد من أن جميع النساء، بالإضافة إلى الرجال، يحصلن على التعليم الضروري لهن لتلبية احتياجاتهن الإنسانية الأساسية وممارسة حقوق الإنسان الخاصة بهن. ويُولى برنامج العمل اهتماماً خاصاً باحتياجات الطفلة، وتعزيز المساواة بين الجنسين في جميع مجالات الحياة، بما في ذلك الحياة الأسرية وفي المجتمع المحلي. وقد أعاد إعلان ومنهاج عمل بكين مجدداً تأكيد هذه الأهداف، في حين أكد عليها مؤتمر قمة الألفية ومؤتمر القمة العالمي لعام 2005.

فقد أكد مؤتمر قمة الألفية على ضرورة توفير الحقوق والفرص المتساوية للرجال والنساء في التنمية دون تمييز على أساس العرق أو الجنس أو اللغة أو الدين. في وقت لاحق، أصبح تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة هو الهدف الثالث (الهدف رقم 3 من الأهداف الإنمائية للألفية) الذي يستهدف القضاء على التفاوت بين الجنسين في التعليم الابتدائي والثانوي، وكان من المفضل أن يكون ذلك بحلول عام 2005، وفي جميع مستويات التعليم في موعد لا يتجاوز عام 2015. والمؤشرات المقابلة لرصد التقدم المحرز هي:

1. نسبة البنات إلى البنين في التعليم الابتدائي والثانوي والعلمي؛
2. نسبة الملتحقين بالقراءة والكتابة بين النساء وبين الرجال في المرحلة العمرية 15-24 عاماً؛

عن العادات الصحية الجيدة. وقد يؤدي هذا إلى إحداث تغييرات مماثلة في أسرهم وفي المجتمع المحلي. وقد تم تحقيق ذلك من خلال برنامج شامل للتنقيف الصحي الموجه إلى جميع الطلاب. وتم إنجازه من خلال توزيع كتاب بعنوان «حقائق عن الحياة» الذي صدر في جزأين. الجزء الأول تم توزيعه على الطلاب في الصف التاسع، وهو يحتوى على فصول عن مرحلة المراهقة وقضايا الصحة العامة. والجزء الثاني يتم توزيعه على الصف الحادى عشر، حيث يحتوى على فصول عن الصحة الإنجابية والأمراض المرتبطة بأنماط الحياة. وقد تم توزيع نحو 50000 نسخة من كل جزء (التقرير القطري لسلطنة عمان لعام 2009).

وهناك مسألة أخرى تتعلق بالتعليم في المنطقة هي وجود تفاوتات كبيرة بين المناطق الريفية والحضرية فيما يتعلق بالروابط الثلاث المذكورة أعلاه. فتترا لتدنى مستوى التعليم لديهم، ما زالت المرأة في المناطق الريفية بعيدة عن الحصول على خدمات الصحة الإنجابية، بما في ذلك استخدام وسائل منع الحمل الحديثة والحصول على خدمات رعاية ما قبل الولادة.

السكان وتعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة



©Teun Voeten/Panos Pictures

فى كل يوم تتعرض النساء والفتيات للعنف المنزلى والاستغلال والعنف الجنسي والإتجار بهن وجرائم الشرف والممارسات التقليدية الضارة، مثل حرق العرائس، والزواج المبكر وغيرها من أشكال العنف ضد أجسادهن وعقولهن وكرامتهن الإنسانية.

والتقدم المحرز مؤخراً في تعزيز تعليم وصحة المرأة في العالم العربي هو أمر موثق بشكل جيد¹. ومع ذلك، فإن هذه التطورات لم يواكبها تقدم على نفس القدر في مجال المشاركة الاقتصادية والسياسية للمرأة. وتتعكس الفجوات بين الجنسين كذلك في انخفاض حصة المرأة من العمل مقابل أجر في القطاع غير الزراعي، والتمثيل المحدود للنساء في البرلمان الوطني. وبالإضافة إلى ذلك، فإن المرأة في العالم العربي تعاني من تمييز القوانين واللوائح ومن العنف وعدم كفاية فرص الحصول على الموارد الإنتاجية، مثل الأرض والتمويل، وإلى خدمات ومعلومات الصحة الإنجابية. وهذه هي الحقيقة رغم أن الدستور في جميع البلدان العربية ينص على المساواة الكاملة بين الرجل والمرأة في الحقوق والواجبات والفرص.

وازاء هذه الخلفية، سلط المؤتمر العربي للسكان والتنمية: حقائق آفاق المستقبل، والذي عقد في الدوحة في الفترة 20-18 مايو عام 2009، الضوء على «دور المهم لتحقيق الإنصاف، والمساواة وتمكين المرأة وسد الفجوة بين الجنسين في تحقيق الأهداف السكانية والأهداف الإنمائية للألفية»². وحدد المؤتمر على سبيل الأولوية تحقيق «هدف تمكين المرأة والقضاء على جميع أنواع التمييز والعنف القائم على النوع الاجتماعي من خلال دمج هذا الهدف في سياسات السكان والتنمية وصياغة التشريعات على أساس القرارات والاتفاقيات الدولية، وتعزيز المؤسسات ووضع آليات محددة لتحقيق هذا الهدف تتسم بالكافأة والفعالية».

النوع الاجتماعي والتعليم

أدى تنفيذ سياسات التعليم إلى زيادة كبيرة في نسب الالتحاق في جميع مستويات التعليم: الابتدائي والثانوي والعالي. وبالتالي، فقد تحسنت نسبة الفتيات إلى الفتيان في التعليم في جميع البلدان خلال الفترة 1990-2007. ومع ذلك، فلا تزال الفجوة بين

1) ESCWA, The Millennium Development Goals in the Arab Region, 2005, (E/ESCWA/SCU/20063//Rev.1). ESCWA, 2008, Gender in the Millennium Development Goals. Information Guide for Arab Millennium Development Goal Reports (E.ESCWA/SCU/2007/Technical Paper 1 07-0487). UNDP, The Arab Human Development Report 2005. Towards the rise of women in the Arab World.

(2) إعلان الدوحة، الدوحة 20-18 مايو/آيار 2009

3. حصة المرأة في العمل المدفوع الأجر في القطاع غير الزراعي:

4. نسبة المقاعد التي تشغله المرأة في البرلمان الوطني.

وتحقيق المساواة بين الجنسين في التعليم هو مقياس لتكافؤ الفرص والعدالة الاجتماعية والكافأة في نظام التعليم. فالتعليم مهم للتنمية البشرية. ولذلك فإن القضاء على التفاوت بين الجنسين في جميع مستويات التعليم سوف يعزز من تمكينة رأس المال البشري. فالوصول لمستوى التعليم الثانوي والمستويات العليا تؤدي لتحسين فرص الحصول على خدمات الصحة الإنجابية وللحد من الفقر ولزيادة المشاركة في القوى العاملة. وتعتبر حصة النساء في العمل المدفوع الأجر في القطاع غير الزراعي مقياساً لمدى افتتاح أسواق العمل الرسمية أمام النساء. كذلك سوف يؤدي حصول المرأة على فرص العمل إلى تحسين توزيع الدخل ورفاهية الأسرة وتعزيز الكفاءة الاقتصادية وتحفيز الإنتاج والنمو الاقتصادي. كما أن تمثيل النساء في البرلمان يعتبر مقياساً لتمكن السياسي للمرأة ولمشاركتها في صياغة وتنفيذ القرارات والسياسات العامة.

كيف تقدم العالم العربي في تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة؟ وما هي القضايا والشواغل الرئيسية المتعلقة بالجنسين في المنطقة كل؟

تشكل العلاقات بين الجنسين في العالم العربي إلى حد كبير من خلال العوامل الثقافية والدينية والسياسية والعرقية، من بين عوامل أخرى. وتحدد هذه العلاقات شكل حصول المرأة على الموارد وفرص العمل، وإطار دور المرأة في التنمية وفي العمل وفي الأسرة وفي الحياة العامة. كذلك، فإنها تحدد شكل مواقف ومسؤوليات الرجال، وتحدد العلاقات بين الأجيال. وتقدم أطر السياسة الدولية (برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الأهداف الإنمائية للألفية، وإعلان وبرنامج عمل بكين) التوجيه لصياغة السياسات ولتقييم التقدم المحرز في العالم العربي في معالجة قضايا الجنسين والتنمية.

و 77% على التوالى، فى عام 1990. كذلك، فإن نسبة الفتيات إلى الذكور الملتحقين بالقراءة والكتابة فى سن 15 إلى 24 عاماً ارتفعت من 86% فى عام 1990 إلى 98% فى عام 2007. كما شهد تعليم المرأة فى العراق تحسيناً ملحوظاً خلال الفترة 1990-2007. فخلال هذه الفترة ارتفعت نسبة الفتيات إلى الفتيان من 79.5% إلى 94.2% للتعليم الابتدائى، ومن 64.1% إلى 76.9% للتعليم الثانوى، ومن 50.9% إلى 86.6% للتعليم العالى. وزادت نسبة النساء اللاتى يعترفون القراءة والكتابة إلى الرجال بين 15 و 24 عاماً من 75.6% فى عام 1990 إلى 91.6% فى عام 2007. وعلى الرغم من هذه التحسينات فى مجال تعليم المرأة، إلا أن الأمية لا تزال أعلى بين النساء (26.4%) منها بين الرجال (11.6%).

وتم إحراز تقدم كبير فى تعليم المرأة فى الأراضى الفلسطينية المحتلة، ولكن المشاركة الاقتصادية والسياسية للمرأة لا تزال منخفضة. فقد ارتفعت نسبة الفتيات إلى الفتيان فى التعليم الأساسى من 94% فى عام 1994 إلى 98% فى عام 2007. إلا أنها ارتفعت من 80% إلى 110% للتعليم الثانوى، ومن 90% إلى 120% للتعليم العالى، لنفس السنوات على التوالى. وزادت معدلات معرفة القراءة والكتابة من 96.5% فى عام 1995 إلى 99% فى عام 2007، مع عدم وجود أي فجوة بين الجنسين. وفي الواقع فإن الفلسطينيين من بين أكثر السكان الذين يعترفون القراءة والكتابة فى العالم العربى.

ويتأثر تعليم المرأة فى الأراضى الفلسطينية المحتلة سلباً من جراء الاحتلال الإسرائيلي. فقد أدى الإغلاق المحكم للمناطق الفلسطينية إلى التأثير بشكل سلبي على فرص حصول الفتيات على خدمات التعليم، لاسيما فى المناطق الريفية. وعادة ما لا يسمح الآباء لبنائهم بالذهاب إلى المدرسة إذا كان عليهم السفر لمسافات طويلة، أو المرور عبر نقاط التفتيش. ولذلك هناك معدل مرتفع للتسرب من المدارس. كذلك، تتعرض المرأة الفلسطينية فى السجون الإسرائيلية للاعتداءات والانتهاكات الصارخة لحقوق الإنسان الخاصة بهن. ولا يُسمح للنساء فى السجون بأداء امتحانات الثانوية العامة. وفي مرحلة التعليم العالى، يُسمح لهن فقط بالالتحاق بالجامعة المفتوحة فى إسرائيل للدراسة باللغة

الجنسين فى التعليم كبيرة فى البلدان العربية الأقل نمواً وفي المناطق الريفية.

أدت سياسات التعليم فى لبنان وتونس إلى زيادة كبيرة فى معدلات الالتحاق بالمدارس فى جميع مستويات التعليم. ففى تونس ارتفع صافى نسبة الالتحاق بالمدارس فى التعليم الابتدائى من 94.5% فى عام 1994 إلى 97.3% فى عام 2006 بالنسبة للفتيات، ومن 87.4% فى عام 1994 إلى 97.4% فى عام 2006 بالنسبة للبنين. وتجاوزت نسبة الفتيات إلى البنين معدل التساوى فى مستوى التعليم الثانوى (1.13) وفى مستوى التعليم العالى (1.44). وفي لبنان اعتمدت الحكومة قانون التعليم الابتدائى الإلزامى والمجانى (القانون رقم 686 بتاريخ 16/3/1998)، الأمر الذى أدى إلى تحقيق إنجازات ملموسة فى مجال التعليم. حيث ارتفع صافى نسبة الالتحاق بالتعليم الابتدائى من 91.5% فى عام 2000 إلى 97.1% فى عام 2007؛ مع نسبة تبلغ 99.2% للبنين و95% للبنات (التقرير القطرى للبنان لعام 2009). ومن الواضح أن فى كلا البلدين حققت الفتيات الكثير من التقدم فى مجال التعليم مقارنة بالفتيات.

وتُظهر المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية تحسيناً ملحوظاً فى أوضاع المرأة فى الجزائر ومصر. ففى الجزائر، تحسن تعليم المرأة بشكل كبير فى جميع مستويات التعليم، على المستوى الوطنى وعلى مستوى المناطق الحضرية والريفية. فعلى مستوى التعليم الابتدائى بلغت نسبة الالتحاق الصافى 96.3% للبنات و96.9% للبنين. وبالتالي انخفضت معدلات الأمية بشكل كبير وإن كانت لا تزال أعلى نسبياً بين النساء عن الرجال. حيث تقدر نسبة الأمية بين النساء فى عمر 10 سنوات أو أكثر بنحو 28.9% فى عام 2008، بالمقارنة مع 15.5% للرجال. وفي مصر تجاوزت نسبة الفتيات نسبة الفتى فى بعض مستويات التعليم، ولكن الفجوات بين الجنسين فى مجال معرفة القراءة والكتابة وفي العمل فى المجتمعات الصناعية والزراعية لا تزال موجودة (التقرير القطرى لمصر لعام 2009).

وتحسن تعليم المرأة فى سوريا حيث ارتفعت نسبة الفتيات إلى البنين فى جميع مستويات التعليم. ففى عام 2007 بلغت 91.8% للبنين الابتدائى و109% بالنسبة للتعليم الثانوى، ارتفاعاً من

العربية فقط، وهي المرحلة الوحيدة المتاحة لهن ، مما يُشكل عائقاً بالنسبة للنساء اللاتي لا يعرفن هذه اللغة.

الإطار (2) :

الإصلاحات المؤسسية لدعم تمكين المرأة في مصر والجزائر

في مصر تم إنشاء المجلس القومي للمرأة في عام 2000. ويقدم المجلس تقاريره إلى رئيس الجمهورية مباشرة، كما يقوم بإدارته مجلس مكون من 30 من الشخصيات البارزة. وقد نجح المجلس في تعيئة كل من السلطتين التنفيذية والتشريعية للدولة للتأثير بشكل كبير في إحداث إصلاحات قانونية لصالح المرأة. ومن خلال عمله المنسق، أصبحت بعض الحقوق والآليات القانونية التي كانت مرفوضة في السابق متاحة للنساء. فالمادة 20 في قانون الأحوال الشخصية رقم 1 لعام 2000 تعطى المرأة الحق في الحصول على الطلاق من خلال «الخلع» في مقابل التنازل عن حقوقها في المهر ونفقة ثلاثة أشهر بعد الطلاق بين الزوجين (مدة العدة). والمادة 17 من القانون نفسه تعطى النساء اللواتي أبرمن عقود زواج غير مسجلة الحق في طلب الحصول على الطلاق وبالتالي الاعتراف بحقوق المرأة في هذه الزيجات غير القانونية للمرة الأولى في مصر. وفي عام 2004 تم إقرار القانون رقم 10 للأحوال الشخصية، والذي أدخل محاكم الأسرة الجديدة. وقام القانون رقم 11 في نفس العام بإنشاء الصندوق الحكومي للأسرة، مما يسمح للنساء بالحصول على النفقه من الصندوق، وجعل الحكومة مسؤولة عن جمع ودفع النفقه من الرجال. وفي عام 2005، مدد القانون حضانة المرأة للأطفال حتى عمر 15 بالنسبة للأطفال الذكور والإإناث على حد سواء. كما حصلت المرأة على حق نقل جنسيتها إلى أطفالها بموجب

وعلى الرغم من التقدم في مجال التعليم، فلا تزال الفجوة بين الجنسين واسعة في البلدان العربية الأقل نمواً. ففي اليمن تحسنت نسبة الفتيات إلى الفتيان في التعليم الابتدائي من 45% عام 1990 إلى 68% عام 2006. وبينما الشكل تحسنت النسبة في التعليم الثانوي من 14% في عام 1990 إلى 49% في عام 2006، وفي التعليم العالي من 21% في عام 1999 إلى 36% في عام 2005 (التقرير القطري في اليمن 2009). وارتفعت نسبة النساء اللاتي يعرفن القراءة والكتابة إلى الرجال في المرحلة العمرية بين 15 و24 عاماً من 34% في عام 1999 إلى 61% في عام 2006. وتشير هذه المعدلات إلى أن المرأة في اليمن لا تزال في وضع تعليمي غير ملائم. وبالإضافة إلى ذلك، يرتفع معدل الأمية لدى النساء في اليمن إلى نحو 62% على الصعيد الوطني و72% في المناطق الريفية.

لقد أحرز السودان تقدماً ملحوظاً في مجال تعليم المرأة. ويدعم ذلك الأدلة الخاصة بمعدلات معرفة القراءة والكتابة التي ارتفعت من 20% في عام 1990 إلى 62% في عام 2007 بالنسبة للنساء في شمال السودان. وبلغت نسبة الفتيات إلى الفتيان في المدارس الابتدائية 93% في عام 2007. ومع ذلك، فإن هذا المؤشر يتراوح من 106% في ولاية البحر الأحمر إلى 43% في ولاية شمال بحر الغزال، مما يدل على التفاوت الجغرافي الواسع بين الولايات في السودان. وقد خرج جنوب السودان في الآونة الأخيرة من الحرب الأهلية التي طال أمدها. وهو يفتقر إلى البنية الأساسية للتعليم. وعليه فإن معظم النساء في جنوب السودان أبمات. وتعكس هذه التحليلات التباين الحاد بين الولايات التي سببتها الحرب الأهلية والنقص في المدارس والعوامل الثقافية المتعلقة بتعليم البنات (التقرير القطري للسودان لعام 2009).

النوع الاجتماعي والعمل في القطاع غير الزراعي

وعلى الرغم من التحسن الذي حدث في مجال تعليم المرأة، فإن حصة النساء في العمل مقابل أجر في القطاع غير الزراعي ظلت منخفضة في جميع البلدان. وقد تم إحراز بعض التقدم في بلدان المغرب العربي والمشرق العربي ودول مجلس التعاون الخليجي،

ولكنها لا تزال أقل بكثير من الطاقة الإنتاجية الكاملة للمرأة. فقد ارتفعت حصة المرأة في العمل مقابل أجر في تونس من 17.9% في عام 1984 إلى 25.3% في عام 2007 (التقرير القطري لتونس 2009). وفي المقابل انخفضت حصة الرجال من 78.6% في عام 1984 إلى 68.8% في عام 2007. وعلى الرغم من التقدم المحرز في مجال التعليم، فلا تزال المرأة التونسية في وضع غير مواتٍ فيما يتعلق بالعمل مقابل أجر. وفي لبنان، ارتفعت حصة المرأة في العمل مقابل أجر (نسبة مؤدية من عمال النساء) من 72.5% في عام 1997 إلى 83.3% في عام 2005. وتبلغ نسبة السيدات من أصحاب الأعمال والعاملات لحسابهن 11.2% من إجمالي عدد النساء في قوى العمل. كما زادت مشاركة المرأة اللبنانية في النقابات المهنية لتبلغ نسبة 57% لنقابة الصيادلة، و25% لنقابة المحامين، و18.9% في نقابة الأطباء. وتدل هذه المؤشرات على زيادة مشاركة المرأة في سوق العمل الرسمي في لبنان.

وفي الجزائر، زادت عدالة المرأة في جميع قطاعات الاقتصاد. إلا أن الأزمات المالية أسفرت عن انخفاض من دخل الأسر العيشية، وزيادة في انخراط المرأة في القطاع غير النظامي. وفي عمان مثلت المرأة حوالي 34.4% من موظفي القطاع العام في 2008. وزداد نصيبها في العمل بأجر في القطاع غير الزراعي من 7.8% في 1993 إلى 17.9% في 2003. وكان حوالي 50% من المستفيدن من السند الوطني لتنمية المشروعات الصغيرة والمتوسطة من النساء. وفي سوريا، انخفضت معدل مشاركة المرأة في قوة العمل من 17.3% حتى 2004 إلى 16% من 2007، وانخفض معدل مشاركتها في الزراعة من 54% حتى 2000 إلى 26.3% حتى 2007. ويعزى هذا الانخفاض إلى انتقال المرأة للعمل في قطاع الخدمات. ورغم زيادة مشاركة المرأة السودانية في قوة العمل منذ 1980، إلا أنها ظلت في موضع متدني على مستوى سوق العمل. حيث قلت فرصتها في النفاد إلى فرص العمل الرسمي.

وفي البلدان العربية الأقل نمواً، لا تزال مشاركة المرأة في قوى العمل متدينة. كذلك، فإن معدل البطالة أعلى بين النساء منه بين الرجال. ففي السودان، على سبيل المثال، يبلغ معدل البطالة بالنسبة للنساء (24%) تقريباً وهو ضعف المعدل للرجال

مرسوم رئاسي في عام 2004. وقبل ذلك، تم إلغاء عدد من القيود المفروضة على تولي المرأة بعض المناصب... فقد حصلت المرأة المصرية على الحق في أن تتولى وظائف القضاة والادعاء العام. وكان هذا من الحاجز العنيفة بالنسبة للمرأة المهنية الذي كان يواجه بمقاومة كبيرة بسبب التفسير الخاطئ السائد للنصوص الدينية (القرآنية والنبوية). إلا أن تعين 30 قاضية في عام 2007، فتح الباب أمام الآخريات لأن يخذلوا نفس الطريق.

مصدر: التقرير القطري لمصر 2009.

تقديم الجزائر تجربة متميزة في تعزيز الآليات المؤسسية لضمان المساواة بين الجنسين والتنمية. حيث اعتمد مجلس الوزراء استراتيجية وطنية لمكافحة العنف ضد المرأة في عام 2007 ووضع استراتيجية لإدماج المرأة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية في عام 2008. وبالإضافة إلى ذلك، تم إنشاء إدارة مسؤولة عن أوضاع الأسر والنساء. وشملت التطورات المؤسسية تعديلات للقوانين واللوائح. فعلى سبيل المثال، تم تعديل قانون الأسرة الذي ينص على العلاقات بين الأزواج لضمان المساواة بين الجنسين، لا سيما فيما يتعلق بالزواج والطلاق. كذلك تم تعديل قانون الجنسية للسماح لأطفال النساء المتزوجات من أجانب بالحصول على جنسية أمهاتهم. وكانت هناك تعديلات أخرى تشمل إدخال تغييرات دستورية لتعزيز حقوق المرأة السياسية من خلال زيادة نسبة تمثيلها في المجالس المنتخبة.

المصدر: التقرير القطري للجزائر لعام 2009.

في الهيئات التشريعية وفي كلا مجلسي البرلمان. إلا أن مجلس الشعب قد أقر زيادة عدد المقاعد المخصصة للمرأة إلى 64 مقعدا اعتبارا من انتخابات 2011. وفي الأردن، تم زيادة مقاعد المرأة إلى 12 مقعدا بموجب قانون مؤقت للانتخابات، إضافة إلى من يفزن في الانتخابات التناصية.

العنف القائم على التمييز بين الجنسين

العنف القائم على التمييز بين الجنسين هو أمر شائع في المنطقة، وذلك أساسا بسبب الطابع الاجتماعي. كما أن ذلك العنف مرتفع بشكل خاص في البلدان العربية الأقل نمواً وفي البلدان التي تشهد صراعات. ففي الأراضي الفلسطينية المحتلة، على سبيل المثال، نجد أن المرأة تقع ضحية لأشكال مختلفة من العنف بما ذلك العنف المنزلي والإتجار والاعتداءات الجنسية (انظر الإطار 3).

وتجعل التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية والتقاليد الثقافية والصراع وطبيعة المجتمع المرأة في السودان معرضة بشدة للعنف. فمعدل ختان الإناث مرتفع للغاية حيث يبلغ 670% بالنسبة للبلد كل و80% في ولاية نهر النيل. وقد تم اتخاذ بعض التدابير العملية لتعزيز فرص وصول المرأة إلى العدالة ومكافحة العنف ضد المرأة. وتشمل هذه التدابير إنشاء وحدة «العنف ضد المرأة» في وزارة العدل وتعيين مستشارة لقضايا الجنسين في كل ولاية في البلاد. وبذلت جهود لرفع مستوى الوعي حول العنف القائم على التمييز بين الجنسين وتدريب الشرطة والعاملين في مجال الرعاية الصحية وتم وضع مبادئ توجيهية لإدارة التعامل مع ضحايا الاغتصاب في المستشفيات.

ويعد ختان الإناث ممارسة شائعة في السودان وجيبيوتي والصومال ومصر واليمن وسلطنة عمان، وتقوم بها غالبا القابلات التقليديات. ففي سلطنة عمان يُحظر ختان الإناث في المستشفيات. ومع ذلك، فإن 85% من النساء يقبلن ختان الإناث. وقد كشف فحص طبي فعلى أن 53% من النساء تعرضن للختان، ووصفت عمليات 45.5% منها بـ«خفيفة». وأظهر مسح صحة المراهقين في عام 2001 أن 80% من الطلاب الذكور والإناث في المدارس الثانوية يعتقدون أن الختان ضروري. ومع ذلك، تتحفظ هذه النسبة بين الطلاب من آباء متعلمين، حيث

(13%). وهذه الفجوة واضحة في كل من المناطق الحضرية والريفية. ومع أن النساء يشغلن 44% من وظائف القطاع العام، فإن معظمهن يشغلن وظائف كتابية وعدد قليل منها (أقل من 5%) يشغلن مناصب الإدارة العليا وموقع صنع القرار. ومع انخفاض مستوى التعليم، فإن مشاركة المرأة في قوى العمل متداينة حيث بلغت نحو 23% في عام 2006. وحصة النساء من الأجور تقف عند مستوى منخفض جداً حيث تبلغ نحو 7%. وتعمل معظم النساء في الأسرة بدون أجر وهي التوظيف الذاتي.

التمكين والمشاركة السياسية في الحياة العامة

رغم تحسن تمثيل المرأة في البرلمان، فما زال ذلك التمثيل منخفضا جداً في العالم العربي ككل. حيث كان يتراوح بين 1% في اليمن و27% في العراق في عام 2007. وعلى الرغم من التطور الهائل في مجال تعليم المرأة في تونس ولبنان، فلا يزال تمثيل النساء في البرلمان وموقع صنع القرار في كلا البلدين غير ملائم. ففي تونس ارتفع تمثيل المرأة في البرلمان إلى 22.7% في عام 2007، من نسبة 7% في عام 1994. وفي لبنان ازدادت هذه النسبة من 2.3% في عام 2000 إلى 3.9% في العام 2005. وتعود هذه النسب المنخفضة إلى التقاليد والقواعد والقيم الثقافية السائدة التي تميز ضد المرأة. وعلى الرغم من الجهد الذي بذلت من أجل دمج النوع الاجتماعي في المسار الرئيسي للمجتمع، فإن المناهج المدرسية لا تزال متحيزة للرجل. لذا فتحة حاجة إلى توازن الإرادة السياسية والالتزام من أجل القضاء على التحيز بين الجنسين والحد من أوجه التفاوت، لاسيما بين تعليم المرأة وفرص حصولها على العمل مقابل أجر والمشاركة في البرلمان وموقع صنع القرار.

وقد سارت الجزائر ومصر في طريق تنفيذ الإصلاحات المؤسسية الإنمائية لتمكين المرأة (انظر الإطار 2). ومع ذلك، فإن مشاركة المرأة في البرلمان والحياة العامة لا تزال منخفضة. وعلى الرغم من ارتفاع تمثيل المرأة في الجمعية الوطنية في الجزائر من 2.9% في عام 1997 إلى 7.8% في عام 2007، فإن ذلك لا يزال رقماً منخفضاً. ولا تشغله المرأة الجزائرية سوى 13.6% من المناصب التنفيذية العليا في البلاد في عام 2009، مقابل 4.4% في عام 1999. وفي مصر تم تعيين المرأة وليس انتخابها

للوفاة الناجمة عن أمراض يمكن الوقاية منها مثل الإسهال وشلل الأطفال والحمى والسعال. وتقلل الولادات المتقاربة احتمالاتبقاء الأطفال على قيد الحياة. لذا، فإن معدل وفيات الرُّضع والأطفال يكون له في كثير من الأحيان رباط إيجابي مع معدلات الخصوبة. ففي البلدان التي تكون فيها معدلات الخصوبة عالية، من المرجح جداً أن تكون وفيات الرُّضع والأطفال عالية كذلك. وهذا يفسر جزئياً بسبب الرغبة في زيادة الخصوبة وإحلال الطفل الذي توفي: إنجاب طفل آخر لإحلال الطفل الذي توفي. وعادة يتوجه الآباء في مثل هذه الحالات لرفع مستوى الخصوبة سياسة للتأمين ضد فقدان بعض الأطفال في المستقبل. والحمل

أعرب 46% من الطالبات لأمهات معلمات عن رفضهن لختان الإناث مقارنة بـ 17% من الطالبات من أمهات أميات. ويدل ذلك إلى أن تعليم المرأة يؤدي إلى محاربة العادات الضارة.

وفيات الرُّضع والأطفال

يمثل الأطفال أهم موارد المستقبل. والاستثمار في الرعاية الصحية والاجتماعية للرُّضع والأطفال أمر ضروري لتحسين صحة الأمهات والصحة الإنجابية، وتحقيق النمو الاقتصادي المطرد والتنمية. وعادة ما يكون الرُّضع والأطفال عرضة لأمراض ومخاطر عالية

الإطار (3) :

العنف القائم على النوع الاجتماعي في الأراضي الفلسطينية المحتلة

كثيراً ما يستهدف المستوطنين اليهود بالعنف الفلسطينيين الذين يعملون في حقولهم. والنساء الفلسطينيات، واللاتي يشكلن نسبة كبيرة من القوة العاملة في الزراعة، هن ضحايا لعنف المستوطنين اليهود بشكل مباشر. وإضافة إلى المعاناة وسوء المعاملة، لا تتمتع السجينات الفلسطينيات بحق الزيارات العائلية أو حتى الاتصال بهن، بما في ذلك أطفالهن. ويؤثر ذلك تأثيراً ضاراً على وضع المرأة، خصوصاً بالنسبة لصاحبات المحكوميات الطويلة.

تتعرض النساء والفتيات لمخاطر الإتجار لأغراض الاستغلال الجنسي... ومعظمهن من الطلاب الجامعيين في العشرينيات من عمرهن، وبعضهن في عمر 12 و14 سنة وكن متزوجات «عرفياً» وبعض الآخر في الثلاثينيات والأربعينيات من العمر يمارسن البغاء باعتباره الوسيلة الوحيدة المتاحة لكسب العيش والهروب من العنف المنزلي.

ويتميز المجتمع الفلسطيني بطابع السلطة الأبوية، حيث يُعد التمييز بين الرجل والمرأة العنصر الأساسي للعنف ضد النساء. ويجعل عنف الاحتلال ضد الفلسطينيين الرجال يصبون جام غضبهم على النساء. وفي عام 2007 أفادت 33% من النساء في الأراضي الفلسطينية المحتلة بأنهن تعرضن للإيذاء البدني، وتعرضت 27% للاعتداء الجنسي من قبل شخص حميم، وتعرضت 52% للإيذاء النفسي. وبناء على مسح قام به صندوق الأمم المتحدة للسكان في عام 2007، فإن العنف المنزلي قد ازداد مع تصاعد حدة العنف السياسي في عام 2007، مع لجوء الرجال إلى استخدام النساء كمخرج لغضبهم وشعورهم بالإحباط والعجز. وكانت النساء ذوات التعليم الثانوي والعالي، والنساء العاملات أقل عرضة للأذى الجسدي والجنسي.

(12)، ثم انخفضت في عام 2006، مما يعكس الآثار السلبية للعقوبات الاقتصادية والآثار الإيجابية اللاحقة من التحسينات في مجال الرعاية والخدمات الصحية للأطفال وزيادة تغطية التحصين. وقد حققت المغرب واليمن بعض التقدم في الحد من وفيات الرُّضع والأطفال، ولكن ليس بالسرعة الكافية لتحقيق هذا الهدف المنشود بحلول عام 2015. وتحسن وفيات الرُّضع والأطفال تحسناً طفيفاً في الأراضي الفلسطينية المحتلة، بينما زادت في السودان (انظر الشكلين 12 و13).



©UNFPA

وتحدث غالبية وفيات الرُّضع في المنطقة خلال الأسابيع الأربع الأولى بعد الولادة. وتقع هذه الوفيات نتيجة لعوامل متعددة منها مضاعفات الولادة في سن مبكرة وتشوهات الجنين وغياب المتابعة أثناء الحمل.

وبدعم من انخفاض معدلات الخصوبة، فإن التقدم في مجال صحة الطفل والانخفاض في وفيات الرُّضع والأطفال المذكورة أعلاه هي نتيجة التوسيع في تغطية تحصين الأطفال وتحسين الغذاء والتدخلات الناجحة في معالجة أمراض الطفولة، مثل الحصبة والإسهال والسعال الديكي، وشلل الأطفال والزيادة في تعليم المرأة وإنخفاض حالات الحمل بين المراهقات وزيادة متوسط العمر عند الزواج الأول.

المتكرر والولادة المتقاربة يؤثران سلباً على صحة الأمومة والحقوق الإنجابية للنساء. وهناك حلقة مفرغة تشمل الرُّضع ضعاف البنية وضعف صحة الطفل والأم في الأسر الفقيرة والكبيرة العدد حيث يتم التنافس على الغذاء وترتفع معدلات سوء التغذية. ولذلك فإن الانخفاض في معدل وفيات الرُّضع والأطفال سوف يؤدي إلى فوائد متعددة في مجال التنمية الاجتماعية لتحسين صحة الطفل والأم، وللحذر من الخصوبة والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، وفي تحسين مستوى التغذية في الأسرة وفي الحد من الفقر.

وقد حثّ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وأهداف الألفية الإنمائية الحكومات العمل على التخفيف بدرجة كبيرة من وفيات الرُّضع والأطفال دون الخامسة بين 1990 و2015. وأوصى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الحكومات بالقضاء على التفاوتات داخل أقطارها بين الأقاليم الجغرافية والإدارية وبين الجماعات العرقية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية وحدد طائفة واسعة من الإجراءات التي يمكن للحكومات اتخاذها وبالتعاون مع شركاء التنمية، مثل الخدمات المتكاملة للرعاية الصحية الإنجابية والطفولة لجميع قطاعات السكان وفي إطار الرعاية الصحية الأولية. ويجب أن تشمل هذه الخدمات مساعدات كافية في الرُّضع، ورعاية حيّث الولادة بما في ذلك الرضاعة الطبيعية وممارسات الفطام، وتحسين تغذية الأمهات، والتواصل بين حالات الحمل. وعلى الحكومات أن تعطي الأولوية للتخفيف من أمراض الرُّضع والأطفال، والقضاء على سوء التغذية بين الرُّضع والأطفال، خاصة البنات. وعليها أيضاً تقييم الأسباب الثانية وراء وفيات الرُّضع والأطفال، وأن تدعم البحوث من أجل تحسين رضاعهم وصحتهم.

وقد حققت البلدان العربية تحسينات كبيرة ولكن متباعدة في مجال صحة الطفل وبقائه. وتعكس هذه التحسينات في خفض معدل وفيات الرُّضع والأطفال إلى نحو 20 حالة وفاة أو أقل لكل 1000 مولود حتى بين عامي 1990 و2008 في عُمان وسوريا ولبنان وتونس والأردن (انظر الشكلين 12 و13). كذلك حققت مصر والجزائر تقدماً ملحوظاً ويمكنهما تحقيق المزيد من التقدم إلى مستويات أحسن من الحالية والتي تبلغ من 25 إلى 30 حالة وفاة لكل 1000 مولود حتى. وقد زادت وفيات الرُّضع والأطفال في العراق بين عامي 1990-1999 (وهو غير مبين في الشكل

والولادة قبل الأوان وأمراض فقر الدم والأمراض المعدية. ويرجع هذا الوضع إلى الاحتلال وتصعيد العمليات العسكرية وال الحرب على غزة، وإلى الفرص المحدودة للحصول على الخدمات الصحية والاجتماعية والفقر وإرتفاع معدلات البطالة.

وفي المغرب زادت تغطية تحسين الأطفال من 75.7% في عام 1992 إلى 89.1% في عام 2004. إلا أن التحسن في صحة الرُّضيع والأطفال كان بطيناً وذلك أساساً بسبب عدم كفاية خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك إمكانية الحصول على الرعاية الصحية ونوعية الخدمات. كما يمكن أن يُعزى ذلك إلى إنخفاض الرضاعة الطبيعية الشاملة خلال الشهور الستة الأولى من الولادة من 51% في عام 1992 إلى 32% في عام 2004. ومن أجل تحسين صحة الطفل، اعتمد المغرب خطة عمل وطنية للطفولة للفترة 2006-2015. وتهدف هذه الخطة إلى تحسين صحة الأطفال، خاصة في المناطق الريفية، حيث كانت الوفيات دون سن الخامسة تقدر بنحو 69 ومعدل وفيات الرُّضيع بنحو 55 في عام 2004.

وقد تحسنت نسبة تغطية التحسين في اليمن والسودان، ولكن ذلك لم يصل بعد إلى مستوى التغطية الشاملة. حيث ارتفعت نسبة الأطفال في عمر سنة والحاصلين على التحسين في اليمن من 52% في عام 1992 إلى 66% في عام 2003. وفي السودان لم يتلق سوى 41% من الرُّضيع الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهراً تحسين 3 - DPT1 - 3، OPV1، والسل والحمبة (التقرير القطري للسودان 2009). وبالإضافة إلى ذلك، يعود انخفاض معدلات التحسين وفيات الرُّضيع وإرتفاع معدل وفيات الأطفال في كلا البلدين إلى ارتفاع معدل الخصوبة والحمل المتقارب وعدم كفاية خدمات الرعاية الصحية للطفل وإنخفاض الوزن عند الولادة والولادة المبكرة وفقر الدم والأمراض المعدية والفرص المحدودة للحصول على الخدمات الصحية والاجتماعية والفقر وإرتفاع معدلات البطالة والصراع والحروب الأهلية.

وهناك ندرة في البيانات وافتقار للبحوث حول وفيات الرُّضيع والأطفال في السودان. فالمعلومات المتاحة حول صحة الطفل تبين أن إرتفاع معدل وفيات الأطفال ينبع عن الإسهال والالتهاب

وقد تحسنت تغطية التحسين ومستوى تغذية الأطفال بشكل ملحوظ في تونس ولبنان والجزائر والأردن وعمان ومصر وسوريا. ففي سوريا، على سبيل المثال، تم اعتماد استراتيجية متكاملة لصحة الأم والطفل في جميع أنحاء البلاد. ونتيجة لذلك، زادت نسبة تغطية التحسين من 87.8% في عام 1993 إلى 92.4% في عام 2006. وأظهرت نتائج المسح على الصعيد الوطني تم أجراؤه في عام 2007 أن زيادة بنسبة 10% في تغطية التحسين سوف تؤدي إلى خفض وفيات الرُّضيع بنسبة 8% في الألف. وفي سلطنة عمان تم تقديم خدمات المباعدة بين الولادات في عام 1994 كجزء لا يتجزأ من برنامج الرعاية الصحية للأم والطفل. والهدف الرئيسي من هذه الخدمة هو تقديم خيارات وسائل من الحمل المتاحة للأزواج الذين يرغبون في المباعدة بين الولادات وتنظيم الخصوبه وتشيئه الأطفال وأسر أصحابه. وتُظهر السجلات أن ما مجموعه 16371 من الحالات قد تم تسجيلها في عيادات المباعدة بين الولادات في عام 2007، منها 99% للمواطنين العُمانيين. وقد انخفض عدد الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية بالبروتين والطاقة في سلطنة عمان من 128 في عام 1995 إلى 16 في عام 2007، لكل 1000 طفل دون عمر 5 سنوات. ويعود ذلك إلى الزيادة في تعليم المرأة وزيادة فرص الحصول على الغذاء الصحي والفنى بالمغذيات. ومع ذلك، تشير الإحصاءات الرسمية إلى أن نحو 88% من الرُّضيع هم الذين يحصلون على الرضاعة الطبيعية الشاملة خلال الأسبوعين الستة الأولى. وتحخفض هذه النسبة إلى 38.8% في سن خمسة أشهر¹.

وعلى الرغم من الوصول إلى التغطية الكاملة للتحسين، فإن معدل وفيات الأطفال لم يتحسن كثيراً في الأراضي الفلسطينية المحتلة. ففي السنوات الخمس عشرة (1990-2005) انخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بشكل طفيف بمقدار 5 نقاط مئوية فقط. كذلك، انخفض معدل وفيات الرُّضيع بصورة طفيفة خلال الفترة نفسها (انظر الشكلين 12 و13). وأهم الأسباب المباشرة لوفيات الرُّضيع والأطفال هي إنخفاض الوزن عند الولادة.

(1) أوصى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقيام بإجراءات لتمكن النساء من إرضاع أطفالهن حصرياً لمدة أربعة إلى ستة أشهر دون طعام أو مواد غذائية سائلة تكميلية، ومواصلة الرضاعة الطبيعية للرضع مع المواد الغذائية تكميلية مناسبة وكافية حتى سن ستين وما بعدها.

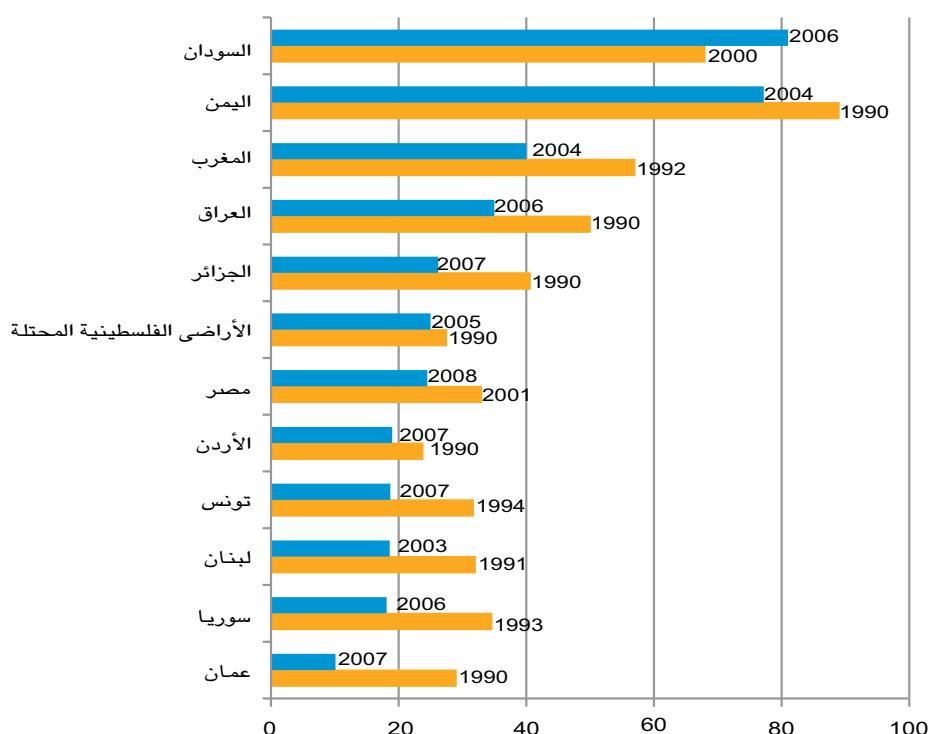
التفاوت في معدل وفيات الرُّضع والأطفال

تعكس الصور الوطنية في الشكلين 3 والشكل 4 التفاوت في وفيات الرُّضع والأطفال. فقد أفادت البلدان بوجود تفاوت كبير بين المناطق الريفية والحضارية والإدارية والتقييمات الجغرافية والفئات الاجتماعية والاقتصادية (الجنس والدخل والفقر والتعليم إلخ). ففي جميع البلدان تُسجل معدلات وفيات أعلى في المناطق الريفية عنها في المناطق الحضرية، ومعدلات أعلى لدى الفقراء مقارنة بالأسر الغنية. ففي سوريا تُسجل معدلات أعلى لوفيات الرُّضع بين الذكور (21) عن الإناث (14)، وأعلى في المناطق الريفية (20) عن المناطق الحضرية (16) وأعلى في مناطق أقصى الجنوب (22) عن مناطق البلاد الأخرى. ونفس هذا التفاوت ينطبق على وفيات الأطفال دون الخامسة. فهي أعلى

الرئوي والملاриا والجفاف وسوء التغذية وفقر الدم. ووفقاً لمسح صحة الأسرة في السودان (2006)، يعني 31% من الأطفال دون عمر الخامسة نقصاً متوسطاً في الوزن كما يعني 9% منهم من نقص حاد في الوزن. وتعدّ أسباب انتشار سوء التغذية بين الأطفال إلى ارتفاع معدلات الأمية والجهل الغذائي وبالمحظوظات التي تضر بالصحة وانعدام الأمن الغذائي والفقير وانعدام التوعية الصحية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن معدلات الرضاعة الطبيعية ليست كافية. حيث يحصل واحد من كل ثلاثة رُضع على الرضاعة الطبيعية الشاملة لمدة ستة أشهر. وعلى الرغم من بدء برنامج الإدراة المتكاملة لأمراض الطفولة في عام 1996، فقد واجه البرنامج العديد من التحديات بما في ذلك عدم كفاية أداء العاملين والمهارات المحدودة والرقابة غير الكافية وعدم وجود دعم من النظام الصحي.

الشكل (12)

معدل وفيات الرُّضع 2008 - 1990



مصدر البيانات: التقارير القطرية لعام 2009

صحة الأمومة

«اليوم، في يوم حقوق الإنسان، دعونا نتذكر أن جميع البشر يولدون أحرازاً ومتساوين في الكرامة والحقوق. اليوم وكل يوم، دعونا نعمل معاً لوضع حد لجميع أشكال التمييز. لقد تحقق الكثير من التقدم في السنوات العشر الماضية لتعزيز حقوق الصحة الجنسية والإنجابية. وصندوق الأمم المتحدة للسكان متزامن بالعمل مع الشركاء لتعزيز تمكين المرأة وتحقيق المساواة بين الجنسين وضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية».

ثريا عبيد، المديرة التنفيذية لصندوق الأمم المتحدة للسكان، في يوم حقوق الإنسان لعام 2009.



©UNFPA

إن خدمات الصحة الإنجابية ضرورية لتحسين صحة المرأة من خلال التحكم الأفضل في حالات الحمل والخصوبة، وعن طريق خفض وفيات الأمهات. كذلك تعزز الصحة الإنجابية صحة الرُّضع والأطفال. وعندما تتمتع المرأة بصحة إنجابية جيدة، فإن الأطفال حديثي الولادة سيكون لديهم فرصة أفضل للبقاء على قيد الحياة ويكون من المرجح أن تعيش أسرهم حياة أفضل كثيراً. وتمتد فوائد الصحة الإنجابية وصحة الأمومة إلى خفض تكاليف الرعاية الصحية وتحسين الإنتاجية وتحقيق العدالة الاجتماعية والاستقرار. وقد تم لفت انتباه العالم باكمته لتلك الفوائد المتعددة في عام 1994 أثناء انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، والذي حث جميع الحكومات على الاستثمار في خدمات الصحة الإنجابية وإتاحتها وتوفير فرص الوصول إليها من خلال نظم الرعاية الصحية الأولية لجميع النساء والجماعات السكانية.

بين الذكور (26) عن الإناث (17)، وأعلى في المناطق الريفية (24) عن المناطق الحضرية (19)، وترتفع في المنطقة الجنوبية (27) عن مناطق البلاد الأخرى. ويمكن فهم هذا التفاوت بشكل أوضح في اختلافات متوسط العمر عند الزواج الأول ومستوى الدخل وتواجد الغذاء وتعليم المرأة. فانخفاض في نسبة الفقر يواحد في المائة سوف يؤدي إلى انخفاض بنسبة 1.6 في الألف في معدل وفيات الرُّضع. ويبلغ معدل وفيات الأطفال لكل 1000 مولود حتى 28.5 للنساء اللاتي تقل أعمارهن عن 20 سنة مقارنة بـ 18.5 للنساء في العمر من 29 إلى 39 عاماً. وتحدث 77% من وفيات الرُّضع في سوريا لأمهات أميات، وكلما ارتفع مستوى تعليم الأم انخفض معدل وفيات الأطفال الرُّضع.

وتدعم حالتا لبنان وتونس، وجود تفاوتات في وفيات الرُّضع ومعدل وفيات الأطفال في العالم العربي. ففي تونس، انخفضت وفيات الرُّضع في جميع المناطق الجغرافية، ولكنها أعلى في المناطق الوسطى الغربية والجنوبية عنها في المناطق الأخرى من البلاد. وفي لبنان لا تزال وفيات الرُّضع والأطفال مرتفعة في الشمال والبقاع، مقارنة مع المستويات المنخفضة في بيروت وجبل لبنان. وعلى الرغم من الزيادة في نسبة التطعيم بالتحصين إلى 82.9% في عام 2000، لا تزال الحصبة من الأمراض الأكثر شيوعاً بين الأطفال الرُّضع، وخاصة في الشمال. وتعكس هذه التفاوتات وجود تباين في توافر الرعاية الصحية في البلاد. فمعظم الخدمات الصحية تتركز في بيروت وجبل لبنان.

ويدل التفاوت داخل البلدان على أن التحسن في صحة الرُّضع والأطفال لا يحدث في جميع المناطق والمجموعات الاقتصادية والاجتماعية داخل كل بلد. ففي حين تحظى المناطق الحضرية والأسر الغنية بوضع مميز، يعاني سكان الريف والأسر الفقيرة والمناطق النائية من تخلف الخدمات الصحية وخدمات رعاية الطفولة. ويعود هذا التفاوت إلى الفروق في الدخل وهي توفر فرص الحصول على خدمات صحة الأم والطفل وتواجد الغذاء وتعليم المرأة.

وشركاء التنمية الدوليين. كذلك يتجلّى في انخفاض معدلات وفيات الأمهات وفي زيادة زيارات المتابعة أثناء الحمل وفي زيادة الاتجاه للولادة تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي وفي زيادة استخدام وسائل منع الحمل الحديثة (انظر الجداول 15 حتى 18). وتعكس هذه الإنجازات من خلال إدماج التغيرات الاجتماعية والثقافية في بعض المؤشرات، مثل زيادة متوسط العمر عند الزواج الأول وزيادة مستويات تعليم المرأة. وإلى جانب تحسين صحة الأم، تعكس هذه العوامل عمق واسع التغيرات الاجتماعية والثقافية في المنطقة خلال الفترة 1990-2008.

وتتفاوت أوضاع صحة الأمومة والصحة الإنجدابية تقائماً كيّراً بين بلدان المنطقة، وداخل كل بلد بين المناطق الجغرافية والإدارية المختلفة، وبين المجموعات الاجتماعية والاقتصادية (المقاطعات، والمحافظات، والمناطق الريفية، والمناطق الحضرية، إلخ). وتبعاً للظروف السياسية والاجتماعية الداخلية، ومرحلة الانتقال الديمغرافي في كل قطر، يقدم كل بلد في المنطقة خبراته وممارساته الفريدة والغنية في مجال الصحة الإنجدابية وتحسين صحة الأمومة، وتختلف البلدان اختلافاً كبيراً فيما يتعلق بها كلها المؤسسية من حيث السياسات والقوانين، والاستراتيجيات، وفيما يتعلق بما لديها من موارد وقدرات على التنفيذ، وعلى التقدم نحو تحقيق الهدف رقم 5 من الأهداف الإنجدابية للألفية بحلول عام 2015. كذلك، فإنها تختلف فيما يتعلق بمستوى الاستثمار والاحتياجات المطلوبة من الموارد لتحسين صحة الأمومة في المستقبل.

وفي هذه المرحلة من مهم ملاحظة أن تحسين صحة الأمومة قد تتأثر بالأزمة المالية والصراع وعدم الاستقرار في أنحاء مختلفة من الدول العربية. وفيما يتعلق بالأزمة المالية، تواجه بلدان المنطقة تخفيض في الميزانية العامة، والتخلّي التدريجي لشركاء التنمية، وانخفاض في مخصصات القطاعين العام والخاص لقطاع الخدمات الصحية والأدوية الأساسية، وزيادة تكاليف الرعاية الصحية خاصة على الأسر الفقيرة. ومن ناحية أخرى، يؤثّر الصراع على صحة الأمهات والصحة الإنجدابية في السودان والصومال والعراق وفلسطين واليمن، حيث تواجه المرأة في هذه

وقد اكتسبت الصحة الإنجدابية في الآونة الأخيرة زخماً كبيراً في 2005 لدى المجتمع الدولي وشمل ذلك وضع هدف تحقيق وصول جميع الأفراد إلى خدمات الصحة الإنجدابية كهدف فرعى ثان من الهدف رقم 5 من الأهداف الإنجدابية للألفية المهمة التي ينبغي تحقيقها من قبل الحكومات بحلول عام 2015. وكان الهدف الفرعى الأول هو تحقيق خفض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين عامي 1990 و 2015. وهذا الهدف مرتبطة ويعزز كل منهما الآخر.

الطلب على الصحة الإنجدابية

شهد العالم العربي خلال فترة تقييم تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وتحقيق الأهداف الإنجدابية للألفية زيادة هائلة في النساء في عمر الإنجاب 15-49. ففي عقدين من الزمن (1990 حتى عام 2010) ارتفع عدد هولاء النساء من نحو 52 مليون إلى 93 مليون سيدة (انظر الشكل 14). ومن المتوقع أن يتجاوز العدد 103 ملايين سيدة في عام 2015. ويرجع هذا النمو السريع في عدد النساء في سن الإنجاب إلى ارتفاع معدلات الخصوبة في الماضي. ومما لا شك فيه أن هذه الأرقام تعكس مستوى تزايد الطلب ونطاقه على خدمات ومعلومات الصحة الإنجدابية في المنطقة. ويشكل هذا الطلب المتزايد تحدياً للحكومات. وبين التحليلات الواردة أدناه كيف يمكن أن تثير الحكومات، بل وجميع النساء في سن الإنجاب، في المنطقة هذا الطلب من خلال متابعة حالات الحمل والولادة تحت أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي، وتوفير وسائل منع الحمل الحديثة والحد من وفيات الأمهات. وتقدم التحليلات معلومات عن النظم الصحية، والتطورات المؤسسية التي تمت منذ عام 1990، كما تقدم التحديات والمواقف التي تواجهها البلدان والقدم الذي تم إحرازه واحتمالات تحقيق الهدف رقم 5 من الأهداف الإنجدابية للألفية بحلول عام 2015.

تلزم جميع الدول العربية بتحسين صحة الأمومة والصحة الإنجدابية، وبمعالجة قضايا صحة الأم. ويتجلى هذا الالتزام في التطوير في خدمات صحة الأمومة والتي تعهدت بها الحكومات، ومن خلال الشراكات مع المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص

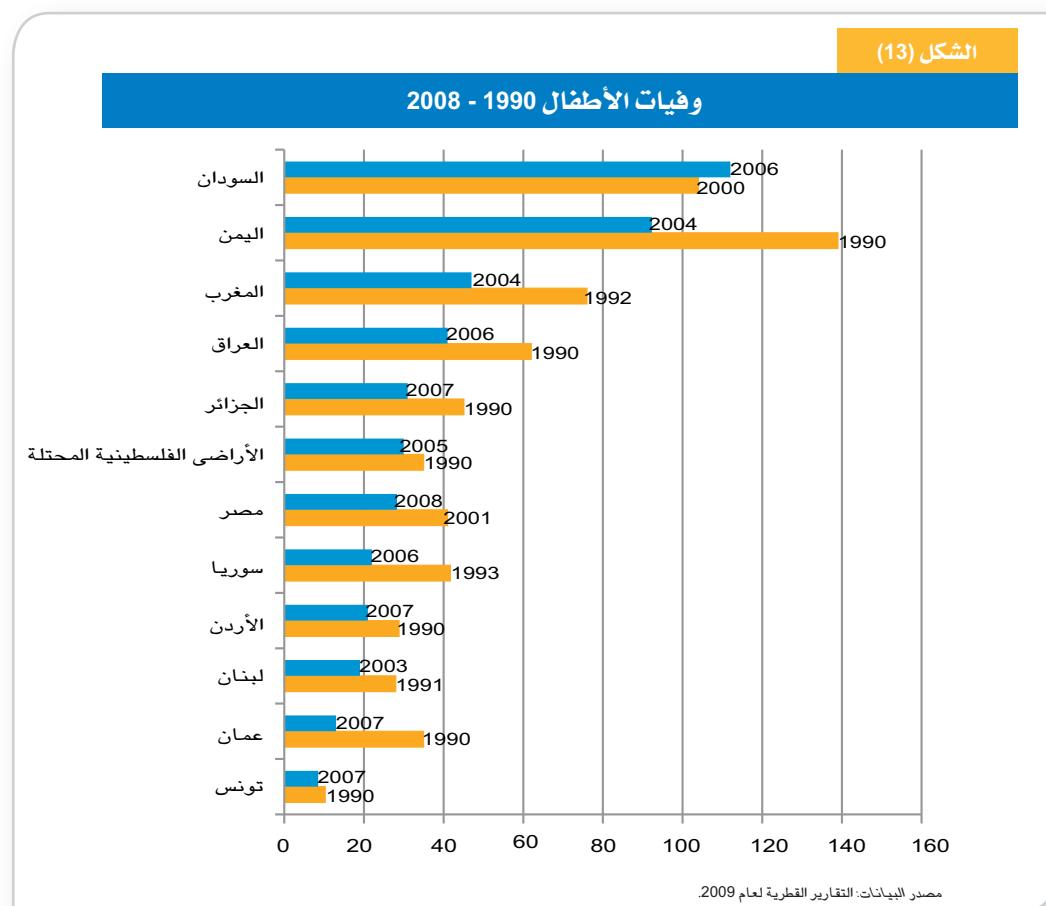
متناول يد المرأة ويمكن الحصول عليها بتكلفة منخفضة. وارتبط التقدم في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأمومة في سلطنة عمان بانخفاض الخصوبة من 6.9 عام 1993 إلى 3.13 في عام 2007¹. ويدعم ذلك موقف الحكومة الرسمي في تشجع النساء على استخدام أساليب تنظيم الأسرة والاستفادة من تحرير الموارد الطبية والصحية مثل توفير المشورة بشأن الصحة الإنجابية ووسائل منع الحمل مجاناً. ولا يشترط القانون على المرأة أن تحصل على موافقة موقعة من زوجها للاستفادة من الخدمات الصحية، بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية.

وتبنت الحكومة العمانية سياسة سكانية وطنية تهدف إلى تنفيذ تدابير للتمكين وتدابير إدارية لتعزيز خدمات ومعلومات الصحة

¹ لا يمكن أن يكون لهذه العوامل نفس الوزن المرجع، وبالتالي، هناك حاجة لتحليل الانحدار لقياس المساهمة النسبية لكل عامل في وفيات الرضيع والأطفال.

البلدان صعوبات جمة في الحصول على خدمات الصحة الإنجابية. وتعاني النساء اللاتي تشردن بسبب الصراعات والحروب على نحو خاص من الأزمات في مجال الصحة الإنجابية بما في ذلك الوفاة أثناء الحمل والولادة والعنف الجنسي والاغتصاب وانعدام فرص الحصول على الخدمات الصحية.

ويُظهر الشكل 15 تبايناً واسعاً ومتنوّعاً في الحد من معدل وفيات الأمهات أثناء الحمل وعن الولادة في البلدان العربية. فقد تحسّن معدل وفيات الأمهات تحسّناً طفيفاً في دول مجلس التعاون الخليجي، وهو الأدنى في المنطقة، ممثّلة هنا في سلطنة عُمان، حيث انخفضت معدلات وفيات الأمهات من 22 في عام 1996 إلى 13.2 في عام 2006. لقد استمرت هذه البلدان الغنية كثيراً في خدمات صحة الأم وفي التنمية الاجتماعية خلال العقود الماضيين. كذلك، فإنّها على درجة عالية من التحوّل الحضري، وهذا يعني أن خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات في



وأساليب الحياة الإنجابية. وترتدى الصحة الإنجابية تقصد فى كتاب بعنوان «حقائق للحياة» للتلاميذ فى الصف الحادى عشر. كما لاتتوجد خدمات برامج نوعية للرعاية الصحية تلبى احتياجات المرأة فى العمر اللاحق للحمل. وتشكل هؤلاء النساء حوالى 8% من جميع النساء فى السلطنة. ومن الأهمية بممكان فى هذا السياق توفير تدابير مثل اختبارات الطاقة المنتظمة (المسحة على شريحة مجهرية)، والكشف عن هشاشة العظام، ونظم فحص المشكلات الصحية المرتبطة عموماً بهذه الفئة العمرية.

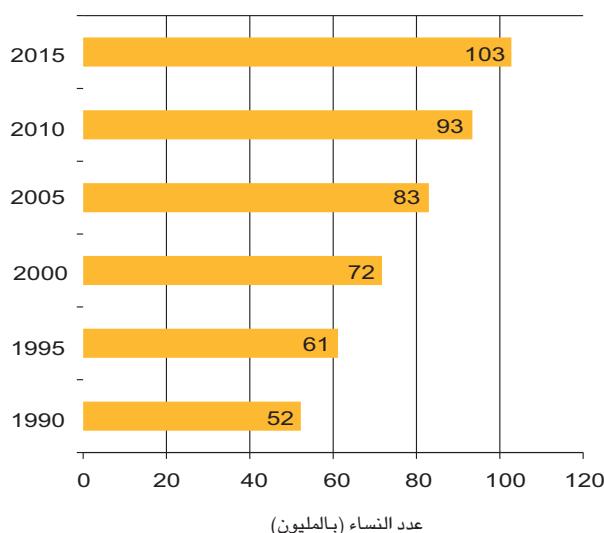
يعد معدل وفيات الأمهات أثناء الحمل وعند الولادة منخفضاً في بلدان المشرق العربي وقد تراجع خلال الفترة 1990-2008. حيث انخفض بشكل ملحوظ في مصر خلال تلك الفترة من 174 في عام 1993 إلى 45 في عام 2008. وفي الأردن من 61 في عام 1990 إلى 19 في عام 2009. وهذا الانخفاض مشابه ويعود إلى الزيادة في نسبة الولادات تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي، وإلى زيادة نسبة النساء الحوامل اللائي يقمن بزيارات لا تقل عن 4 لمتابعة خلال فترة الحمل، وإلى زيادة استخدام وسائل منع الحمل الحديثة (انظر

الإنجابية، لاسيما تلك التي تتعلق بتنظيم الأسرة. وتقدم في مرافق الرعاية الصحية الأولية جميع خدمات التوعية والمشورة بشأن تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية مجاناً. ارتفعت نتيجة لذلك تغطية الرعاية قبل الولادة لتصل إلى أكثر من 99% وبلغ حجز خدمات رعاية ما قبل الولادة خلال الأشهر الثلاثة الأولى نحو 65% في عام 2007. وحصلت نحو 86.3% من الأمهات اللاتي وضعن أطفالاً في عام 2007 على 4 زيارات أو أكثر للمتابعة خلال فترة الحمل. وزاد متوسط عدد الزيارات خلال فترة الحمل إلى 7.1 في عام 2007. وأقل من 1% من الأمهات لم يسبق لهن القيام بزيارات لمتابعة الحمل خلال فترة الحمل. كذلك، زاد معدل زيارات ما بعد الولادة لمرة واحدة على الأقل إلى 100% في عام 2007، مقارنة بـ 80% في عام 1991. وارتفعت حالات الولادة التي يشرف عليها أفراد مدربون من العاملين في القطاع الصحي باطراد من 95% في عام 1995 إلى 99% في عام 2007.

ورغم أن المراهقين يمثلون 30% من السكان في عمان - إلا أنه لا يوجد هناك برامج متخصصة للرعاية الصحية موجهة للصحة

الشكل (14)

النساء في سن الإنجاب 15-49 عاماً في العالم العربي 1990 - 2015



المصدر: UN Population Division. 2009. World Population Prospects, The 2008 Revision (Estimates and medium variant projection)

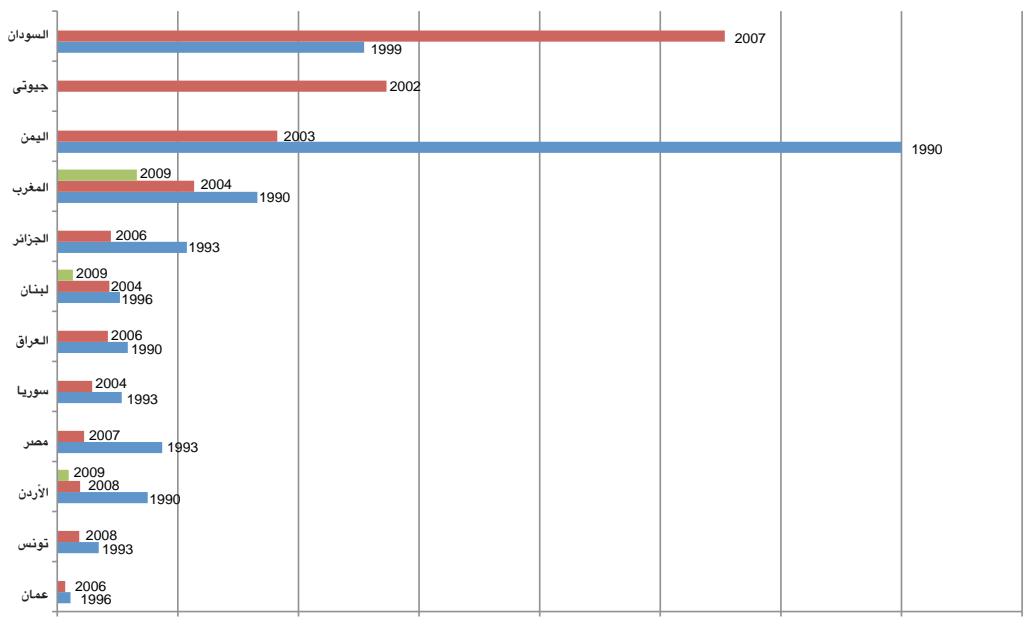
البلدين. ومع ذلك، ثبت معدل الخصوبة في الأردن عند 3.6 حتى عام 2007. وتفسير هذا ربما يرجع إلى الزيادة الكبيرة في عدد النساء المتزوجات في سن الإنجاب. كذلك، فإنه يعود إلى زيادة الخصوبة لدى النساء في الفئة العمرية 25 إلى 29.

كذلك حققت كل من لبنان وسوريا تقدماً طيباً في مجال تحسين صحة الأمومة. ففي لبنان، ارتفعت نسبة الحوامل اللاتي حصلن على رعاية ما قبل الولادة من 34.2% في عام 1996 إلى 70.5% في عام 2004. كذلك ارتفعت نسبة السيدات اللاتي يلدن تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي من 89% إلى 98.2% لنفس السنوات على التوالي. وفي سوريا تحققت زيادة كبيرة من 50.8% في عام 1993 إلى 76.8% في عام 2006 في الرعاية الصحية قبل الولادة، ومن 84% في عام 1993 إلى 93% في عام 2006 في حالات الولادة تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي. وانخفضت معدل وفيات الأمهات من 104 حالة وفاة لكل 100 ألف مولود

الأشكال 16 حتى 18). وتختلف البلدان عن بعضها البعض في هذه المؤشرات الثلاثة. فالرعاية السابقة للولادة، والولادة تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي في الأردن أعلى مما هي عليه في مصر. ومع ذلك، فإن استخدام الوسائل الحديثة لمنع الحمل أعلى بشكل كبير في مصر مما هو عليه في الأردن. وقد نجح الأردن في خفض الاحتياجات التي لا يتم تلبيتها في مجال تنظيم الأسرة من 22.4% في عام 1990 إلى 11.9% في عام 2007. ويمكن لمصر أن تزيد من تحسين صحة الأمهات من خلال توسيع نطاق الرعاية قبل الولادة والولادات تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي.¹ كذلك، فإن التحسينات التي طرأت في مجال صحة الأمهات والصحة الإنجابية في الأردن ومصر يمكن أن تُعزى جزئياً إلى انخفاض معدلات الخصوبة، لاسيما في صفوف المراهقين، في كلا البلدين. أيضاً، ارتفع متوسط العمر عند الزواج الأول في كلا

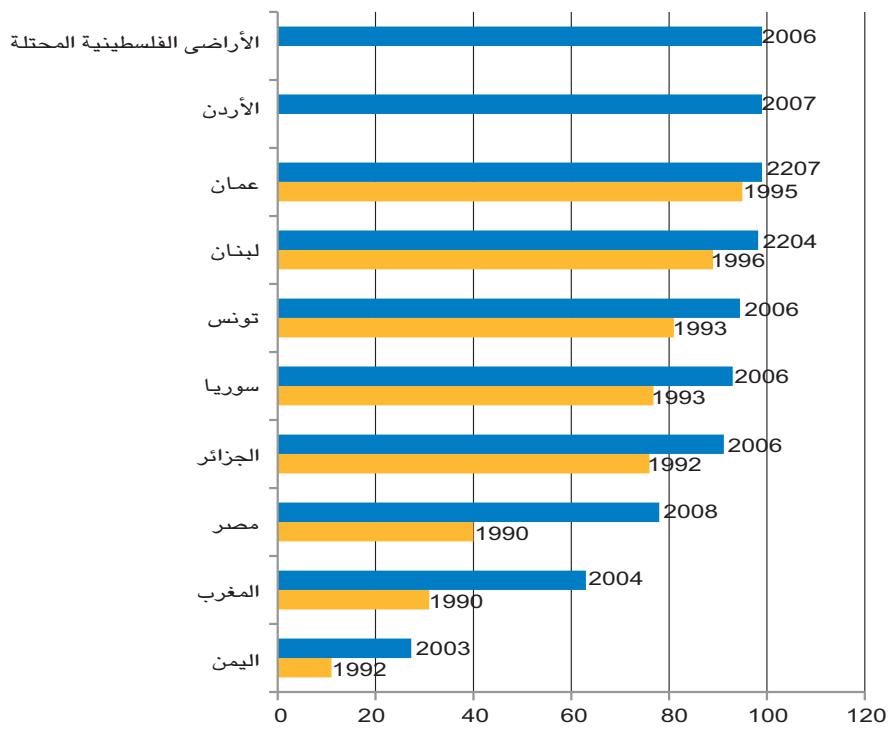
(1) يرجع انخفاض الخصوبة في عمان إلى زيادة في استخدام وسائل منع الحمل وزيادة متوسط العمر عند الزواج الأول من 20.7 سنة إلى 23.3 سنة للإناث، ومن 24.7 سنة إلى 26.2 سنة للذكور، خلال الفترة بين عامي 1993-2003.

الشكل (15) معدل وفيات الأمهات (لكل 100 مولود حي) 1990 - 2008



(الشكل (16)

النسبة المئوية لحالات الولادة تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي



مصدر البيانات: التقارير القطرية لعام 2009

وفي سوريا ترتفع وفيات الأمهات في المناطق الشرقية حيث الخصوبة عالية، ومستوى التعليم متدني، وتجرى معظم الولادات في المنازل وتحت إشراف القابلات التقليديات. وبلغت نسبة تنظيم الرعاية السابقة للولادة في عام 2006 في سوريا 90% في المناطق الحضرية و77.9% في المناطق الريفية. وهذا يعكس الفرق في الوعي بين المرأة الحضرية والمرأة الريفية حول أهمية الرعاية ما قبل الولادة لصحتهن. وسجل التقرير القطري لهذا البلد وجود تفاوت في مجال الصحة الإنجابية بين الأغنياء والفقراe في عام 2006، وأثار ذلك على التصدى للفقر. فنحو 27.4% من النساء في الخمس الأكثـر فقراً من السكان لم يتلقـن الرعاية السابقة للولادة أثناء فترة الحمل، مقارنة بـ5.4% فقط في الخمس الأغنى من السكان. والمتوسط بالنسبة للبلد كـل هو 14.7%， وبعبارة أخرى، فإن نسبة النساء الأغنىـل للمقيـرات

حيـلـيـاـ في عام 1996 إلى 86.3% في عام 2004 في لبنان، ومن 107% في عام 1993 إلى 58% في عام 2004 في سوريا. ويختلط لبنان لتحقيق المزيد من الخفض إلى 26%، حينـاـنـاـ سوريا تهدف إلى خفض نسبة وفيات الأمهات إلى 32% بحلول عام 2015.

وتشير هذه النسب إلى تطوير وزيادة الاستقدادة من خدمات الصحة الإنجابية للأم خلال العقددين الماضيين في كلا البلدين سوريا ولبنان (انظر الإطار 4). ومع ذلك فهناك تفاوتات كبيرة جداً داخل البلدين. ففي لبنان، مازالت مناطق الشمال والمناطق المحرومة تعاني من تدنـيـاـ الخدمات. وسيساعد توسيع نطاق توفير خدمات الصحة الإنجابية وخاصة إلى المناطق المحرومة في تحقيق الهدف الوطني للحد من وفيات الأمهات إلى 26% في كل 100 ألف مولود حـيـلـيـاـ بحلول عام 2015.

الإطار (4) :

خدمات الصحة الإنجابية في سوريا ولبنان

خلال الفترة 1996-2004 شهد لبنان زيادة في توفير خدمات ومعلومات الصحة الإنجابية من خلال نظام الرعاية الصحية الأولية في البلد. وهذه الخدمات تقدم من خلال 430 مركزاً متطوراً للخدمات الصحية منتشرة في جميع أنحاء البلاد. حقاً، تزداد حالات الولادة في المستشفيات بينما ينخفض الاعتماد على القابلات التقليديات وخاصة في المناطق المحرومة. وعلى سبيل المثال، فإن حالات الولادة تحت إشراف قابلات تقليديات في عكار، وهي المنطقة الأكثر حرماناً في لبنان، قد انخفضت من 24% في عام 1990 إلى 18% في عام 1995 ثم إلى 9% في عام 2000.

المصدر: التقرير القطري للبنان 2009

فى سوريا يتم توفير معلومات وخدمات الصحة الإنجابية كجزء من نظام الرعاية الصحية الأولية من خلال 1750 من المراكز الصحية والمستشفيات ومراكز الخدمات الصحية فى القطاع الخاص. والرعاية الصحية الأولية هي جزء من الاستراتيجية الشاملة لوزارة الصحة للفترة 2001-2020. وتركز استراتيجية الصحة على توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية المتكاملة بتكلفة منخفضة وبالقرب من مكان الإقامة من خلال توفير مركز صحي لكل 10آلاف شخص فى المناطق الريفية ولكل 20 ألف شخص فى المناطق الحضرية. وتستهدف خدمات ومعلومات الصحة الإنجابية فى البلد جميع الرجال والنساء فى عمر الإنجاب، وكذلك المراهقين والشباب والنساء اللاتى تجاوزوا عمر الإنجاب. وتشمل هذه الخدمات الرعاية أثناء الحمل وعملية الولادة، والرعاية بعد الولادة وتنظيم الأسرة وتقديم المشورة والتشاور وعلاج العقم والكشف المبكر عن سرطان الثدى والأمراض المنقوله عن طريق الجنس بما فى ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/إيدز. ويتجلى التزام الحكومة بتنظيم الأسرة فى تحصيص 1.6 مليون دولار لشراء وسائل منع الحمل الحديثة للفترة 2005-2007.

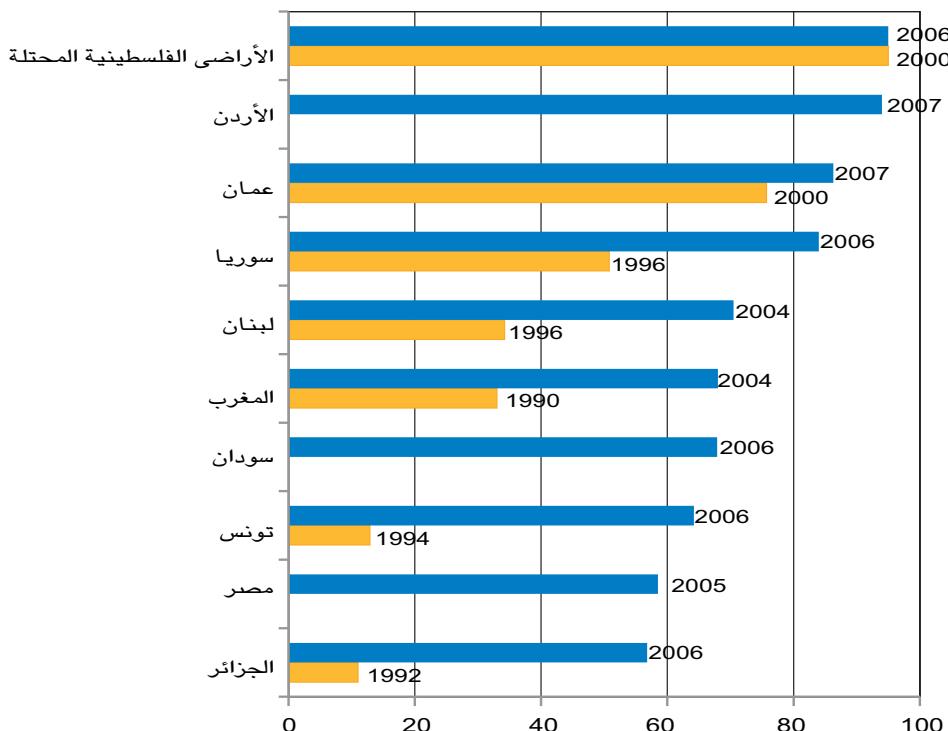
المصدر: التقرير القطري لسوريا 2009

اللاتي لم يتلقين الرعاية السابقة للولادة أثناء فترة الحمل هو ما يقرب من 1 إلى 5. ويشير هذا إلى أن إمكانية الحصول على خدمات الصحة الإنجابية ينماوت حسب مستوى الثروة ودخل الفرد. وبالمثل، فإن الاحتياجات التي لا يتم تلبيتها لتنظيم الأسرة هي الأعلى (14%) لدى أفراد مُنْسِنَ والأدنى (8.3%) لدى أغنياء مُنْسِنَ من السكان في البلد. والمتوسط بالنسبة للبلد كل هو 11%. وتحقيق خفضاً قدره واحد في المائة في نسبة الفقر سوف يؤدي إلى خفض وفيات الأمهات بمعدل 4 نساء لكل 100 ألف مولود حي. كذلك، فإن انخفاضاً قدره 1% في معدل

ويتبادر استخدام وسائل منع الحمل في سوريا حسب مكان الإقامة وحسب تعليم المرأة. فتجده أعلى في المناطق الحضرية (63.5%) عن المناطق الريفية (51.8%)، ويصل لأعلى نسبة في محافظة السويداء (74.5%)، ولدى النساء اللاتي استكملن التعليم

الشكل (17)

النسبة المئوية من النساء الحوامل اللاتي حصلن من 4 زيارات على الأقل



مصدر البيانات: التقارير القطرية لعام 2009.

يتلقين رعاية صحية أثناء الحمل مرة واحدة على الأقل إلى 99%، وأربع مرات على الأقل إلى 95% في عام 2006. إلا أن معدل وفيات الأمهات لا يتم الإبلاغ عنه بشكل كامل في فلسطين. فمعدل وفيات الأمهات الذي تم الإبلاغ عنه في الضفة الغربية وقطاع غزة هو 6.2 حالة وفاة لكل 100 ألف مولود حي. وتُظهر دراسة عن 431 سيدة توفين تترواح أعمارهن بين 15 و49 سنة في الضفة الغربية في عامي 2000 و2001، معدل وفيات للأمهات يبلغ 29.2 على التوالي لكل 100 مولود حي. وكانت أمراض القلب والأوعية الدموية والتزيف هما السببان الأكثر شيوعاً لوفيات الأمهات. وتصنف نحو 69% من وفيات الأمهات على أنها يمكن تقاديمها.

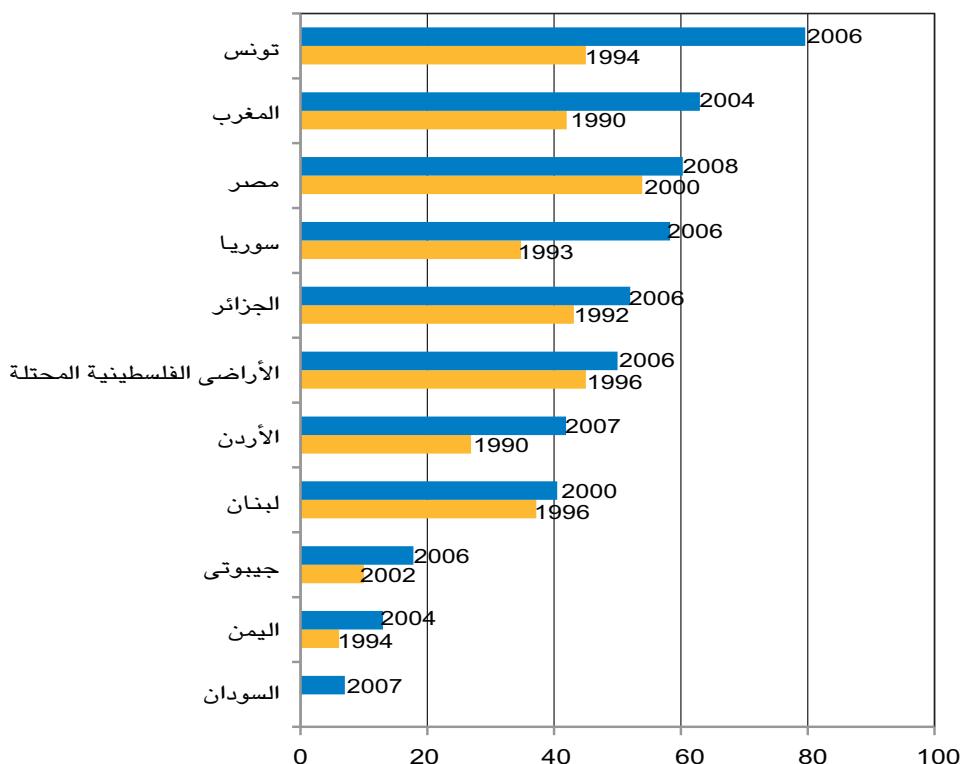
وعلى الرغم من التراجع في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة،

الجامعي أو مستوى أعلى من التعليم (70%) ويصل لأدنى مستوياته في محافظة الرقة (33.7%)، ولدى النساء الأميات (45.2%). وتبلغ الاحتياجات التي لا يتم تلبيتها لتنظيم الأسرة 13.4% بالنسبة للبلد ككل و9.2% في المناطق الريفية و11% في المناطق الحضرية.

وتعد الأراضي الفلسطينية المحتلة وال العراق نموذجاً فريداً فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وصحة الأمهات. فقد زادت نسبة الولادات تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي، والتي تقيس قدرة النظام الصحي على تقديم خدمات الرعاية الصحية للنساء الحوامل، زيادة كبيرة لتصل إلى 99% في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة. وفي كل مناطق الأرض الفلسطينية المحتلة، زادت النسبة المئوية للنساء الحوامل اللاتي

الشكل (18)

النسبة المئوية من يستخدمون وسائل منع الحمل الحديثة



مصدر البيانات: التقارير القطرية لعام 2009.

وتتضارف عوامل ديمografية واقتصادية واجتماعية وسياسية معقدة في التأثير على الوضع الصحي للأمهات في الأراضي الفلسطينية المحتلة. فبالإضافة إلى ارتفاع معدلات الخصوبة، لا سيما في صفوف المراهقين، تشمل هذه العوامل الدخل المنخفض والفقر والبطالة والإغلاق والاحتلال والقيود التي تفرضها السلطات الإسرائيلية على حركة الأشخاص. وتواجه المرأة الفلسطينية في سن الإنجاب صعوبات الوصول إلى مراقب الرعاية الصحية. وفي كل عام تواجه نحو 2500 من النساء الحوامل صعوبات جمة في الوصول إلى مراقب الولادة. وأحياناً تلد النساء عند نقاط التفتيش، مما يهدد حياة الأم وطفلها. ومنذ انلاع الانفلاحة في أيلول/سبتمبر 2000، وضفت ما لا يقل عن 70

إإن معدل الولادة بين المراهقين مرتفع حيث يبلغ 60 طفلاً لكل ألف امرأة في عام 2005. وهو أعلى في المخيمات والمناطق الحضرية منها في المناطق الريفية. ومن أجل تعزيز صحة المراهقين الإنجلالية، تم إدماج الصحة الجنسية والإنجليزية في مناهج الصف الحادى عشر في المدارس وفي برامج تدريب المدرسين وتوعية الكبار وفي المناهج التعليمية لمدارس التمريض والتوليد، وكذلك في أنشطة نوادي الشباب ومخيّمات الشباب. وكان نجاح هذه التدخلات نتيجة للشراكة والتعاون الوثيق بين الوزارات والمنظمات الحكومية والمنظمات غير الحكومية، وشركاء التنمية والمنظمات الدولية مثل صندوق الأمم المتحدة للسكان.

وتباين الأوضاع الصحية للأمهات وحالة الصحة الإنجابية في بلدان المغرب العربي. فقد انخفض معدل وفيات الأمهات انخفاضاً كبيراً من 68.9 في عام 1994 إلى 36.5 في عام 2008 في تونس، هي حين تراجع ذلك المعدل من 215 في عام 1992 إلى 88.9 في عام 2007 في الجزائر، ومن 332 في عام 1990 إلى 227 في عام 2004 في المغرب. وربما يعود انخفاض معدل وفيات الأمهات في تونس، مقارنة مع المغرب والجزائر، إلى الإنخفاض في الخصوبة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن حالات الولادة تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي في تونس أعلى منه في المغرب والجزائر (انظر الشكل 15 والجدول 4). وقد حدث معظم التقدم في تونس في المناطق الريفية بزيادة 23 نقطة مؤدية بالمقارنة إلى 4 نقاط فقط في المناطق الحضرية. وعلى النقيض من ذلك، تعاني المناطق الريفية في المغرب من الحرمان حيث نجد معدل وفيات الأمهات أعلى كثيراً عن المناطق الحضرية (انظر الجدول 6).

وشهدت البلدان الثلاثة تحسناً هائلاً في تغطية خدمات رعاية ما قبل الولادة (انظر الشكل 17). ويعكس هذا نجاح وثمار الجهد التي بذلت في إطار البرامج الوطنية للأمومة الآمنة في تعزيز الرعاية السابقة للولادة وضمان جودة الخدمات أثناء الحمل والولادة. إلا أن هذه البرامج تتحيز إلى المناطق الحضرية. يتجل ذلك في نسبة النساء الحوامل اللاتي حصلن على ما لا يقل عن 4 زيارات خلال الحمل التي تبلغ رقماً أعلى كثيراً في المناطق الحضرية عنه في المناطق الريفية. وهناك حاجة لبذل جهود إضافية لسد الفجوات بين المناطق الريفية والحضرية في خدمات الرعاية ما قبل الولادة. كذلك، يجب أن تركز التدخلات الصحية على المناطق والفئات الاجتماعية التي تعاني من نقص الخدمات وتشتد الحاجة إليها.

وقد ارتفع معدل استخدام وسائل منع الحمل الحديثة في الدول الثلاث تونس والمغرب والجزائر. ومع ذلك، فإن استخدام هذه الأساليب في تونس هو أعلى مما عليه الحال في المغرب والجزائر (انظر الشكل 18). ففي تونس يزداد استخدام حبوب منع الحمل بمقدار أربعة أمثال، ويتضاعف استخدام اللولب تقريراً خلال الفترة من 1994 إلى 2006. ويكشف ذلك عن تفضيل

امرأة عند نقاط التفتيش، وتوفى ما لا يقل عن 34 من الرضع 4 من الأمهات بسبب مضاعفات الولادة بتلك الطريقة. ولذلك، تعاني النساء الحوامل من تقييد فرص الحصول على الرعاية قبل الولادة وبعدها. لقد ارتفعت حالات الولادة بالمنزل بنسبة 8.2% منذ عام 2000 وذلك بسبب ما تفرضه نقاط التفتيش وإغلاق الطرق من عقبات. وأحد العوامل الأخرى التي تؤثر تأثيراً سلبياً لتقييد الحركة هو الزيادة في العمليات القيسارية بنسبة 26% في أريحا.

من ناحية أخرى، عانى العراق كثيراً من الزيادة في معدلات وفيات الأمهات خلال التسعينيات من القرن العشرين، والتي انخفضت في السنوات الأخيرة. ووفقاً للتقرير القطري ، بلغ معدل وفيات الأمهات 117 لكل مائة ألف مولود حتى عام 1990. وارتفع العدد إلى 291 حالة وفاة في عام 1999 قبل أن ينخفض إلى 193 في عام 2004، ثم إلى 84 في عام 2006. ونتج هذه التحسينات بسبب الزيادة في فرص حصول المرأة على الرعاية السابقة على الولادة، وزيادة حالات الولادة تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي. حيث تلقى نحو 84% من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 الرعاية السابقة للولادة أثناء فترة الحمل. وأشارت النساء اللاتي لم يتلقين الرعاية قبل الولادة أثناء الحمل إلى عدم الحاجة والصعوبات في الحصول على خدمات الرعاية السابقة على الولادة كأسباب رئيسية لذلك.

ويتبين توفر الرعاية السابقة للولادة في العراق بشكل كبير بين المناطق الحضرية والريفية وبين المحافظات. فالحصول على الرعاية قبل الولادة يبلغ أعلى معدلاته في الأنبار (93%) وبغداد (91%) وأدنى معدلاته في محافظات واسط والقادسية ونينوى وأربيل (تتراوح بين 76% إلى 78%). وقد أبرز التقرير القطري العلاقة الإيجابية بين تعليم المرأة والحصول على الرعاية السابقة للولادة. فالمرأة المتعلمة هي أكثر احتمالاً للحصول على خدمات الرعاية قبل الولادة ومتابعة الحمل. كذلك، يوثق التقرير الزيادة في حالات سرطان الثدي وسرطان الدم والإسقاط وغيرها من الحالات الصعبة من 4259 حالة في عام 1998 إلى 6995 حالة في عام 2004. خاصة ازداد معدل انتشار سرطان الدم حتى بلغ 29% في عام 2004.

الجدول (5)

مؤشرات صحة الأمهات حسب مكان الإقامة في تونس والمغرب

البلد	معدل وفيات الأمهات	حالات الولادة تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي	النساء الحوامل اللائي حصلن على زيارات متتابعة على الأقل	استخدام وسائل منع الحمل الحديثة
تونس	(1993) 69	(1993) 81	(2006) 64	(2006) 13
الحضر	غير متاح	(1993) 94	(2006) 73	*(1994) 67
الريف	غير متاح	(1993) 66	(2006) 52	*(1994) 33
المغرب	(1990) 332	(1990) 31	(2004) 68	(1990) 42
الحضر	(1990) 284	(2004) 187	(2004) 61	(1990) 55
الريف	(1990) 362	(2004) 267	(2004) 48	(1990) 32

مصدر البيانات: التقارير القطرية لعام 2009.

* معدل انتشار استخدام وسائل منع الحمل

مرتفع حيث يقدر بنحو 1400 حالة وفاة في عام 1990 (المسح الصحي الديمغرافي لعام 1990) و365 حالة وفاة في عام 2003 PAPFAM (2003). وعلى الرغم من الإنخفاض الذي تشير إليه هذه الأرقام يعتبر معدل وفيات الأمهات مرتفعا، ويرتبط ذلك بالتعطية المنخفضة لخدمات الرعاية قبل الولادة وبعدها وإنخفاض حالات الولادة في المستشفيات تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي. ووفقا للتقرير القطري، فإن ما يربو على نحو 61.7% من النساء الحوامل في المناطق الريفية لا يحصلن على خدمات الرعاية قبل الولادة، مقارنة بـ 30.6% في المناطق الحضرية. ومعظم حالات الولادة تتم في المنزل (70%). بينما تم 27% فقط من الولادات على أيدي أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي، و16% فقط منها تتم في المستشفيات. ولا يزال هناك الكثير مما يتطلب القيام به لتحسين صحة الأمهات في اليمن.

وعلى الرغم من أن بعض التقدم قد تحقق منذ عام 2000، إلا أن أوضاع صحة الأمهات لا تزال تشكل تحدياً رئيسياً في جيبوتي، وذلك أساساً بسبب ارتفاع معدلات الخصوبة وتدنى نوعية الخدمات الصحية في البلاد. ووفقا للتقرير القطري، بلغت وفيات الأمهات نحو 546 في عام 2002. وتحدد الغالبية العظمى من

المرأة للأساليب الموثوقة بها والذى يرتبط بتحسين مستوى التعليم. وخلال الفترة ذاتها زاد معدل انتشار استخدام وسائل منع الحمل فى المناطق الريفية زيادة سريعة من 32.7% في عام 1994 إلى 57.8% في عام 2006، بينما انخفض استخدامها فى المناطق الحضرية من 67.3% إلى 61.4% على التوالى. وكان الانخفاض أكثر وضوحاً فى المناطق الحضرية فى تونس الكبرى مما كانت عليه فى مناطق أخرى، ويرجع ذلك إلى التغيرات فى التوزيع العمرى، والتتأخر فى متوسط العمر عند الزواج الأول، وارتفاع عدد حالات حمل النساء غير المتزوجات (التقرير القطري لتونس لعام 2009).

ويشكل ارتفاع معدلات وفيات الأمهات مصدر قلق كبير لحكومات البلدان العربية الأقل نمواً. ففى اليمن تُعد صحة الأمهات أحد بواعث القلق لدى الحكومة التي تحرص على معالجة قضايا الصحة الإنجابية. وينجم هذا القلق عن ارتفاع معدلات الخصوبة وارتباطه بسلوكيات الإنجاب الخطرة: الإنجاب المبكر جداً والكثير جداً وقصر الفترة بين حالات الحمل، وحالات الحمل فى سن متاخر.

ويعني ارتفاع معدل الخصوبة أن المرأة معرضة لمخاطر عالية للوفاة الناجمة عن مضاعفات الحمل. ومعدل وفيات الأمهات

المعرفة والموارد الأساسية. ويتزايد تعقيد هذا الوضع مع الانتشار واسع النطاق لختان الإناث، الذي بلغ 90% في عام 1999 وانخفض إلى 69.4% في عام 2006. كذلك، فإن استخدام وسائل منع الحمل الحديثة منخفض للغاية. ومن الواضح أن السودان لن يتمكن من التقدم باتجاه تحقيق هذا الهدف من الأهداف الإنمائية للألفية الخاص بخفض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع. وهناك حاجة إلى إجراء تقييم لوضع الصحة الإنجابية في البلاد، مع الأخذ في الاعتبار الآثار السلبية للصراعات الداخلية على الصحة الإنجابية وصحة الأمهات.

فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والمalaria وغيرها من الأمراض

يؤدي عبء المرض إلى خفض الإنتاجية وتدنى نوعية الحياة، كما يؤدي إلى تحويل الاستثمار وموارد الإنتاج بعيداً عن مشروعات التنمية والخدمات الاجتماعية. وقد أدى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على وجه الخصوص، وزيادة تقشى الملاريا والسل، والظهور المتكرر لمخاطر صحية مثل السارس وفيروس أنفلونزا الطيور (H1N1) لاستفاد الكثير من الموارد المالية والبشرية في العالم. ولذلك، حظيت صحة السكان باهتمام كبير في مؤتمرات القمة والمؤتمرات التي عقدت خلال العقود الماضيين، وسوف تستمر في جذب اهتمام المجتمع الدولي في المستقبل. وقد تجسدت نتائج هذه المؤتمرات في الهدف رقم 6 من الأهداف الإنمائية للألفية - مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا وغيرها من الأمراض.

ويشير برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى الصحة باعتبارها عاملاً مهماً في تحديد نوعية الحياة ورفاهية الإنسان. ويعتبر البشر أكبر المورد أهمية وقيمة لأية أمة، ومن حقهم العيش في حياة صحية ومنتجة. ولديهم الحق في التنمية والحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية. لذا، يتبع على الحكومات اتخاذ جميع التدابير والإجراءات المناسبة لضمان حصول الجميع وعلى قدم المساواة على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة والصحة الجنسية. ويبحث برنامج العمل الحكومات على مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وزيادة جهودها لمنع وكشف

تلك الوفيات أثناء عملية الولادة. ومع العلم أن معظم الولادات تحدث في المراكز الطبية، فهناك الكثير مما يتطلب القيام به لتحسين نوعية خدمات الرعاية قبل الولادة. ومعدل انتشار موانع الحمل منخفض، حيث بلغ 10% في عام 2002، وارتفع إلى 17.8% في عام 2006. وقد بذلت جهود بالتعاون مع شركاء التنمية لتحسين خدمات الصحة الإنجابية والأمومة والخدمات الصحية المتكاملة في البلد، لاسيما في المناطق الريفية التي لا يغطيها النظام الصحي بشكل كاف.



©UN#164589 / UNFPA

إن معدل وفيات الأمهات في السودان مرتفع ويتزايد. فقد ارتفع من 509 في 1999 إلى 1107 في 2006؛ أي زيادة أكثر من الضعف في 7 سنوات. ويبلغ المعدل أعلى مستوى في ولاية غرب الاستوائية (2327) وجنوب دارفور (1581) وكスلا (1414). ويعود ارتفاع معدل وفيات الأمهات للنقص في خدمات صحة الأمومة وخدمات الصحة الإنجابية، ولارتفاع معدل الأمية بين النساء وللانتشار الواسع للمارسات التقليدية والضارة مثل ختان الإناث. وتُعد القابلات في القرى على مستوى المجتمع المحلي هن الشكل السائد لمقدمي خدمات صحة الأمهات في البلاد. ومع ذلك فإن تغطيتهن لا تزال منخفضة للغاية 49.1% في عام 2006. وتعتبر خدمات ما قبل الولادة غير كافية. فبالنسبة للبلد ككل تلقت 67.9% من النساء في الفئة العمرية 15 – 49 خدمات الرعاية قبل الولادة من أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي. وتعتمد غالبية النساء في الولايات الفقيرة على القابلات التقليديات اللاتي يفتقرن إلى

الإيدز بشكل سريع في صفوف النساء والمهنيين والسجناء الذكور (التقرير القطري للمغرب 2009). وقد ارتفع عدد الحالات المسجلة للمصابين بالفيروس من 6 في 1990 إلى 2493 في عام 2008 في اليمن ومن 1533 حالة في عام 2000 إلى 3747 حالة في عام 2007 في الجزائر. ومن المرجح أن عمليات التسجيل تقلل من أرقام انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في هذه البلدان.

وقد أدت زيادة معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ومعدلات انتشاره إلى توجيه الانتباه والاهتمام من جانب الحكومات وشركاء التنمية إلى أهمية اتخاذ إجراءات على الصعيدين القطري والإقليمي. وقامت البلدان العربية الأقل نمواً وببلدان المغرب العربي بتنفيذ برامج لتوفير الخدمات ولسيطرة على انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ففي اليمن تم إنشاء برنامج وطني لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وتعيين نقاط اتصال وتسييق في 21 محافظة، ووضعت استراتيجية وطنية للوقاية والمكافحة. وفي جيبوتي تم وضع إطار استراتيжи متعدد القطاعات لتوجيه وتنسيق إجراءات مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وحققت المغرب والجزائر تقدماً كبيراً في علاج مرض الإيدز، من خلال توفير العقاقير المضادة مجاناً، وإجراء الدراسات الاستقصائية السنوية، وإنشاء مراكز للمشورة دون الكشف عن الهوية والمتابعة الحرة. ووضعت تونس برنامجاً شاملاً لتقديم الخدمات في مجال الوقاية وتقديم المشورة والاختبار وتوزيع الواقع الذكري. وبدأ السودان في عام 2005 مشروعًا وطنياً لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في البلاد، وشكلت حكومة جنوب السودان مجلس السودان الجديد الوطني للإيدز من أجل تعبئة الموارد وتنسيق الإجراءات لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

وcame دول مجلس التعاون الخليجي ودول المشرق، حيث معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ومعدلات الانتشار منخفضة، أيضاً بتنفيذ إجراءات لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ففي سلطنة عُمان يتم العمل من خلال التعاون فيما بين قطاعات الاقتصاد والمجتمع، وإنشاء لجنة فنية وطنية لمكافحة الإيدز ولجنة تثقيف صحي وطنية لمكافحة الإيدز. وأنشأت الأردن ومصر خدمة الخط الساخن دون كشف الهوية، وبرنامج

وعلاج الأمراض المنقوله عن طريق الاتصال الجنسي وغيرها من التهابات الجهاز التناسلي. وعلى الحكومات دمج هذه الخدمات في الرعاية الصحية الأولية. كما ينبغي على الحكومات إصلاح القطاع الصحي والسياسات الصحية، ودراسة سبل تحقيق أقصى قدر من الفعالية من حيث التكلفة للبرامج الصحية للحد من معدلات المرض والوفاة، وضمان حصول جميع الأفراد على الخدمات الصحية الأساسية وخدمات الرعاية الصحية.

فيروس نقص المناعة البشرية /الإيدز

يعتبر العالم العربي منطقة منخفضة المخاطر بالنسبة لهذا الوباء. وقد تم اكتشاف أولى حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في المنطقة في الثمانينيات من القرن العشرين. إلا أن المعلومات المتاحة تشير إلى أن عدد الأشخاص الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية، وانتشار ذلك الفيروس، ومعدلات الإصابة آخذة في الازدياد. حيث تشير تقديرات حديثة لبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز إلى تزايد عدد الأشخاص الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية من 107 ألف في عام 1990 إلى 419 ألف حالة في عام 2007، والغالبية العظمى منهم في السودان والصومال والمغرب والجزائر وجيبوتي (انظر الشكل 18). وتتركز أعلى معدلات الانتشار في المنطقة في عام 2007 بين البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 سنة في جيبوتي (3.1) والسودان (1.6). وتنتقل العدوى عن طريق ممارسة الجنس بين الرجال والنساء وتعدد الشركاء في ممارسة الجنس دون حماية ومن خلال تبادل الحقن.

وهناك ندرة في المعلومات عن انتقال العدوى من الأم إلى الطفل، وفي انتشار المرض بين النساء الحوامل في الفئة العمرية 15-49، وفي فئات الإيدز وأيتام الإيدز في المنطقة. وقد أظهرت تجربة الرصد الإنذاري التي أجريت في عام 2004 في السودان، أن معدلات الانتشار تبلغ 0.9% بين النساء الحوامل، و1.9% بين المرضى بالأمراض المنقوله عن طريق الاتصال الجنسي، و2.3% بين مرضى السل. وأفادت جيبوتي بأن معدل الانتشار لديها يبلغ 1.8% في عام 2007 عند الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15-24 سنة. وفي المغرب تزايد حالات الإصابة بالأمراض المنقوله بالاتصال الجنسي، ويرتفع عدد مرضى

والسل. ونتيجة لذلك انخفض معدل انتشار الملاريا لكل 100 ألف شخص من 1263 في عام 1990 إلى 263 في عام 2006. وكانت هناك 162270 حالة مسجلة من الملاريا في عام 2006 و155692 حالة مسجلة في عام 2007. وانخفض معدل انتشار السل لكل 100 ألف شخص من 188.6 في عام 1997 إلى 40 في عام 2004، ثم إلى 13 في عام 2006. وكانت نسبة حالات السل المكتشفة والتي تعالج في إطار DOT¹ (دوره قصيرة) 39% في عام 2000 و55% في عام 1996 و39% في عام 2004 (التقرير القطري لليمن، 2009).

ويتعرض ما يقرب من 80% من السكان في شمال السودان لخطر انتقال الملاريا. ووفقاً لمسح مؤشرات الملاريا في السودان الذي تم أجراه في عام 2005، ينتشر هذا المرض بشكل واسع بين الأطفال

(1) DOTS هو العلاج بالللاحظة المباشرة - دورة قصيرة، وهي استراتيجية موصى بها دولياً لمكافحة السل.

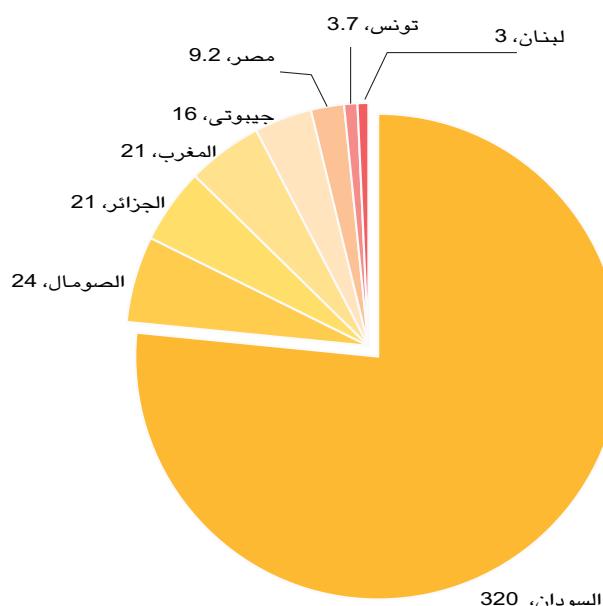
وطني لمكافحة الإيدز ولجنة وطنية لتنسيق مكافحة الإيدز. وقامت سوريا بإنشاء برنامج للتوعية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز قائم على المجتمع المحلي للتوعية الشباب خارج المدارس. وقام لبنان بإعداد خطة وطنية لمكافحة الإيدز خلال الفترة 2009-2004.

الملاريا والسل وغيرها من الأمراض

تنتشر الملاريا، والسل، وغيرها من الأمراض المعدية في البلدان العربية الأقل نمواً وفي الجزائر والمغرب. وتشمل هذه الأمراض الملاريا والدرن الرئوي. ففي اليمن والسودان والصومال تمثل الملاريا مشكلة صحية عامة ورئيسية. ومن خلال الشراكة مع الصندوق العالمي اتخذت اليمن إجراءات لمكافحة انتشار الملاريا

الشكل (19)

العدد المقدر (بالآلاف) للأشخاص المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في 2007



المصدر: 2008 Report on the Global AIDS Epidemic, (UNAIDS/WHO 2008)

ج) تحقيق تحسن كبير في حياة 100 مليون من سكان الأحياء العشوائية بحلول عام 2020.

السكان وتغير المناخ

أكّدت الأبحاث الحديثة على دور النمو السكاني وتوزيع السكان في تغيير المناخ، والذي ينجم عن انبعاثات غاز ثاني أكسيد الكربون وغازات الدفيئة في الغلاف الجوي. وتؤدي هذه الغازات إلى اختلالات في النظام المناخي، والتي تؤدي بدورها إلى تهديدات حقيقة للبيئة ورفاهية الإنسان. وتشير اتفاقية الأمم المتحدة بشأن تغير المناخ إلى التهديدات الرئيسية لتغير المناخ بما في ذلك العجز المائي وارتفاع مستويات البحر والجفاف وتدور الأرضي وإنجراف التربة الناجمة عن الأمطار الغزيرة وتراجع الإنتاج الزراعي والغذائي وتهجير السكان من المناطق الساحلية والمنخفضة وانتشار الأمراض.

ويحدث تغير المناخ نتيجة الضغوط البشرية على النظم الإيكولوجية. وتأتي هذه الضغوط من كثافة أنشطة التنمية البشرية على الأرض. لذلك، فإن البشر هم السبب في تغير المناخ، وهو أيضاً يتأثرؤن بآثاره السلبية. ويعيش من يساهمون بأكبر قدر في تغير المناخ في البلدان المتقدمة النمو، حيث تكثر الأنشطة البشرية والصناعية وينخفض النمو السكاني وترتفع نوعية الحياة. والناس الأكثر تضرراً من تغير المناخ هم من يساهمون بدرجة أقل في حدوثه لأنهم لا يستطيعون تحمل نفقات معالجة آثاره على الأشخاص والبيئة. ويتوافق جدول أعمال صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية في مجال السكان وتغير المناخ مع برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والاتفاقية الإطارية للأمم المتحدة بشأن تغير المناخ. حيث إنها تدعو لتعزيز الصحة الإنجابية من أجل إبطاء النمو السكاني، والذي من المتوقع أن يحد من الضغوط على الموارد الطبيعية ومن ضعف المناطق الحضرية. والمدن على نحو خاص معرضة بشدة للمخاطر البيئية، مثل ارتفاع مستويات سطح البحر والزلزال والانهيارات الطينية. كذلك، عادة ما تكون الفئات الضعيفة من السكان والأشخاص الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة هم الأكثر تضرراً من جراء التغيرات البيئية العالمية. لذا، فإنه من المهم الحد من تعرّض السكان لمخاطر التغيرات المناخية.

والنساء الحوامل. وفيما يتعلق بالسل، تم تسجيل 36740 إصابة جديدة في عام 2005، وبلغ خطر الإصابة السنوي نحو 180 حالة لكل 100 ألف شخص. وبلغ معدل اكتشاف حالات السل 35%， وهو أقل بكثير من نسبة 70% المستهدفة. وعلى الرغم من الجهود المبذولة لمكافحة الأمراض المعدية (انظر الإطار 6) لا تزال أمراض السل والملاريا تشكل مخاطر صحية رئيسية في السودان.

ويُعد السل المشكلة الصحية الرئيسية في المغرب، حيث تم اكتشاف 26099 حالة جديدة في عام 2006. وترتفع معدلات الإصابة بين الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و45 في المناطق الحضرية. ومعدلات انتشار مرض السل مرتفعة. وقد زادت حالات الوفاة بسبب مرض السل من 2 لكل 100 ألف في عام 2000 إلى 12.4 في عام 2006. وبلغت حالات السل المكتشفة والتي تعالج في إطار DOT 90% في عام 2005 و86% في عام 2006.

ضمان الاستدامة البيئية

ترتبط الديناميكيات السكانية مع البيئة. فالتغيرات في حجم السكان وتوزيعهم، وتحركات السكان للعمل والعيش في المناطق التي تتركز فيها الخدمات وأنشطة التنمية، وتحركات السكان جراء الصراع والحروب، ترتبط كلها بالبيئة وبرفاهية الأجيال الحالية والمستقبلية. وبالتوافق مع «جدول أعمال القرن 21»، يبحث برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الحكومات على اتخاذ إجراءات لدمج العوامل الديموغرافية في تقييم الأثر البيئي، واستخدام البيانات الديموغرافية لتعزيز الإدارة المستدامة للموارد الطبيعية ووضع وتنفيذ سياسات وبرامج سكانية تراعي الاعتبارات البيئية وتنفيذ سياسات لمعالجة الآثار البيئية والمناخية للتغير السكاني وتوزيع السكان. والأهداف الإنمائية للألفية الفرعية ذات الصلة بهذه الإجراءات هي:

- (أ) إدماج مبادئ التنمية المستدامة في السياسات والبرامج القطرية والحد من فقدان الموارد البيئية.
- (ب) خفض نسبة الأشخاص الذين لا توافر لهم فرص الحصول على مياه الشرب المأمونة ومرافق الصرف الصحي الأساسية إلى النصف بحلول عام 2015.

الإطار (5) :

نمط الأمراض في سلطنة عمان

بدأت الأمراض ذات الصلة بنمط الحياة (الأمراض غير المعدية) والتغير في الهيكل العمري للسكان في الكشف عن أنماط مرضية مماثلة لتلك الموجودة في البلدان المتقدمة. حيث تشكل أمراض القلب والأوعية الدموية، على سبيل المثال، عبئاً كبيراً على صحة العمانيين - وتحتل المرتبة الأولى من بين الأسباب الرئيسية للوفاة. وتشير نتائج المسح الوطني للصحة (2000) إلى أن أمراض القلب والأوعية الدموية أدت إلى ما يقرب من واحد من كل ثلاثة (33%) من وفيات البالغين في المستشفى. وهناك عامل خطر رئيسي للأصابة بأمراض القلب، وهو ارتفاع ضغط الدم (أى ارتفاع ضغط الدم الانقباضي أو ضغط الدم الانبساطي)، والذي وجد لدى 33% من البالغين (35.2% للرجال و 30.9% للنساء) في عمر 20 عاماً فأكثر، في حين أن مستويات الكوليسترول ترتفع لدى 40.6% من السكان البالغين. وارتفاع معدل انتشار مرض السكري بين البالغين في عمر 20 عاماً فأكثر من 11% في عام 2000 إلى 16% في 2004. وتقييد الأرقام أن السرطان مسؤول عن 9.4% من مجموع وفيات البالغين في سلطنة عُمان، وهو السبب الرئيسي الثاني للوفاة والسبب الثالث لفقدان سنوات العمر المصححة باحتساب الإعاقة (سنوات العمر). ومن المتوقع أن عبء الأمراض غير المعدية مثل السرطان والسكري وأمراض القلب والأوعية الدموية الأخرى والمشكلات الصحية الأخرى المرتبطة بنمط الحياة سوف يستمر في الزيادة في المستقبل.

المصدر : التقرير القطري لعمان لعام 2009.

ذات الصلة بالتغييرات المناخية، بما في ذلك العجز المائي وترابع الإنتاج الزراعي والغذائي وزيادة عدد اللاجئين جراء عوامل بيئية (الجدول 7). لذا تحتاج الدول العربية إلى إدخال تدابير التخفيف والتكييف لمعالجة الآثار السلبية لتغير المناخ. ويتعين أن تدمج هذه التدابير ديناميكيات السكان في العمليات التي تتفاعل فيها التنمية والبيئة في المنطقة. ويجبربط الآثار المناخية والبيئية بالتغييرات في الهيكل العمري وفي تكوين الأسرة وهيكلها، والتغيرات في أنماط الحياة والاستهلاك والإنتاج. كذلك ينبغي تعزيز الصحة الإيجابية لإبطاء النمو السكاني، والذي من المتوقع أن يحد من الضغوط على الموارد الطبيعية، كذلك يجب تلبية الاحتياجات التي لا يتم الوفاء بها في مجال تنظيم الأسرة.

وقد أفادت جميع البلدان بحدوث تقدم في توفير فرص حصول السكان على مياه الشرب المأمونة وعلى مراافق الصرف الصحي،

ويتميز العالم العربي بموارده الطبيعية الهاشة، وزيادة الضغط السكاني على البيئة. وبعد تغير المناخ وندرة المياه والتصحر (بما في ذلك نقص الأراضي الخصبة) والتلوث (تلوث المياه وتلوث الهواء وتلوث المناطق الساحلية) هي التحديات البيئية التي تؤثر على التنمية ورفاهية السكان في المنطقة.

إن مساهمة العالم العربي في تغير المناخ محدودة للغاية. فوفقاً لتقرير التنمية البشرية العربية لعام 2009، يساهم العالم العربي بنحو 4.7% من انبعاثات ثاني أكسيد الكربون، وهو ثاني أدنى معدل في العالم. كذلك فإن مساهمته في انبعاثات غاز الميثان وأكسيد النيتروجين هي الأدنى في العالم بسبب المستوى المنخفض نسبياً للتنمية الصناعية. ومع ذلك، فإن البلدان العربية تعتبر من بين أكثر مناطق العالم تضرراً من التغيرات المناخية. وتواجه بلدان العالم العربي مجموعة واسعة من الآثار

السياسات تعديل تعريفة استهلاك المياه لاسترداد تكاليف التشغيل والصيانة.

وقد أدت الصراعات في المنطقة، خاصة الحروب الأخيرة في قطاع غزة وفي لبنان، إلى تدمير البنية الأساسية للمياه والصرف الصحي. وفي السودان واليمن والصومال تسبب الصراع في عرقلة التنمية المؤسسية لحماية البيئة، وإدماج الاهتمامات البيئية في خطط التنمية والاستراتيجيات الوطنية.

شراكة عالمية من أجل السكان والتنمية

يعترف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والأهداف الإنمائية للألفية على حد سواء بالدور الحاسم للشراكة من أجل التنمية على الصعيد العالمي والإقليمي والقطري. وهناك حاجة للشراكة بين الحكومات والمنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية والمنظمات المانحة لخلق الحوار والتشاور وبناء توافق الآراء بشأن أولويات التنمية الوطنية، وتسهيل دور ومساهمة مختلف أصحاب المصلحة في صياغة وتنفيذ أنشطة التنمية. وإلى جانب ضمان توافر الموارد المالية والبشرية الكافية للشراكة، يساعد ذلك في تقاسم المسؤوليات وفي ربط مدخلات البرنامج والمشاريع بتحقيق النتائج النهائية. وتتضمن الشروط المهمة لخلق شراكة فعالة وجود مؤسسات وهياكل الحكم والشرعية لتوفير إطار عمل لتنفيذ الأنشطة، وتطوير البنية الأساسية الالزامية لتسهيل الاتصال وتبادل المعلومات والمعرفة بين شركاء التنمية.

وتباين أوضاع الشراكة من أجل السكان والتنمية في العالم العربي بشكل كبير، حيث إن البلدان في مستويات مختلفة للدخل والرفاهية. وتقاولت البلدان تقاؤتاً كبيراً في قدراتها المؤسسية وأولويات التنمية والاحتياجات الوطنية. فدول مجلس التعاون الخليجي، هي بلدان ذات دخل مرتفع وغنية بموارد الطاقة ولديها أنظمة معلومات واتصالات متقدمة. وقد قامت ببناء وتطوير الشراكات ومعظمها يتعلق بمجال إدارة الطاقة والثروة،

ولكن التقدم لا يتم بالسرعة المطلوبة لبلوغ الهدف بحلول عام 2015. حيث يعوقها قضايا نقص وإدارة المياه والافتقار إلى الموارد المالية. كذلك فإن التقدم المحرز في تحقيق الأهداف يتباطأ بسبب الزيادة السريعة في عدد سكان الأحياء العشوائية. ويقدر عدد سكان الأحياء العشوائية في مصر بنحو 9.7 مليون في عام 2004 و12.6 مليون في عام 2006. وفي سوريا يعيش 23% من سكان الحضر في أحياء فقيرة حول المدن (التقرير القطري لسوريا 2009). وتخلق الأحياء العشوائية ضغوطاً مالية على البلدات لتوفير الماء والسكن والغذاء، وإدارة النفايات ومكافحة انتشار الأمراض. وأفادت البلدان بوجود روابط مباشرة بين النمو السريع لهذه الأحياء وزيادة الفقر في المناطق الحضرية وارتفاع معدلات البطالة بين الشباب في تلك المناطق وزيادة الأنشطة الاقتصادية غير الرسمية. كما أبلغت البلدان بالازدحام في السكن. فعلى سبيل المثال يسكن 18.6% من المنازل في العراق في عام 2007 أكثر من عائلة واحدة. وبلغت هذه النسبة 31.6% في البصرة.

وأفادت جميع البلدان بوجود تفاوت كبير بين المناطق الحضرية والريفية وبين المناطق والمقاطعات داخل كل بلد. ففى سوريا، على سبيل المثال، يحصل 80.4% من سكان الريف على مياه الشرب المأمونة و44.5% فقط على خدمات الصرف الصحي، مقابل 93.5% و95.5% على التوالي بالنسبة لسكان في المناطق الحضرية. ويعكس هذا التفاوت لصالح المناطق الحضرية التحيز وعدم المساواة في توفير الخدمات الاجتماعية بين المناطق.

وخلال الفترة منذ عام 1990 وضعت الدول العربية خططاً واستراتيجيات للعمل البيئي، وأصدرت القوانين واللوائح من أجل تحسين إدارة مواردها الطبيعية وحماية البيئة. وتم إنشاء الوزارات والإدارات والوكالات وال المجالس خصيصاً للتعامل مع قضايا البيئة. حيث قامت سوريا، على سبيل المثال، بدمج الاهتمامات البيئية ضمن خطتها الوطنية الخمسية العاشرة، وأدخلت سياسات جديدة لتحسين استخدام المياه وإدارتها وتوزيعها. وتشمل هذه

الجدول 7
نظرة واسعة لبعض التأثيرات المحتملة للتغير المناخ في العالم العربي

القطاع	التهديدات الحالية	التأثيرات المحتملة للتغير المناخ	بعض خيارات التكيف
المدن البيئية والتنمية	<p>(1) تزايد ضغوط السكان والنظم غير الملائمة لاستخدام الأراضي</p> <p>(2) فقدان التنوع الأحيائي</p> <p>(3) تدهور غطاء الأرضي</p> <p>(4) استنزاف الموارد المائية</p>	<p>(1) المناطق القاحلة وشبه القاحلة تتعرض في الوقت الحاضر لتهديد تدهور الأراضي والتصحر</p> <p>(2) زيادة معدلات خسارة التنوع الأحيائي</p> <p>(3) سوق تتضرر صناعة السياحة</p>	<p>(1) خفض معدلات إزالة الغابات</p> <p>(2) تحسين إدارة الأراضي وخفض معدلات تدهور الأراضي</p> <p>(3) توسيع المناطق محمية</p> <p>(4) تشجيع الإدارة المستدامة للغابات</p>
المياه والبيئة	<p>(1) معظم موارد المياه السطحية في المنطقة تتبع من بلدان الجوار</p> <p>(2) ينجم انعدام الأمان المائي نتيجة شح موارد المياه وزيادة الطلب عليها</p> <p>(3) زيادة ملوحة مياه البحر في منطقة الخليج</p> <p>(4) ارتفاع مستويات التلوث وترسب الطمي في أحواض الأنهر</p>	<p>(1) تدني معدل سقوط الأمطار وزيادة تقلب هطول الأمطار سوف يقلل معدلات تغذية الخزانات الجوفية والسدود</p> <p>(2) الانخفاض الناتج عن ذلك في توافر المياه وجودتها سوف يتسبب في زيادة تكلفة الإمداد بالمياه وسيكون له تأثير على الصحة العامة، وتوليد الطاقة الكهرومائية، وإنتاج المحاصيل الغذائية المعتمدة على الرى</p>	<p>(1) تطبيق إدارة الطلب على المياه وغيرها من الأساليب ستكتفى بزيادة كفاءة استخدام المياه</p> <p>(2) تحسين إدارة الموارد المائية على أساس إقليمي، لا سيما فيما يتعلق بالموارد المائية المشتركة</p>
المدن الاسكانية	<p>(1) تتعرض المناطق الساحلية للتهديد نتيجة ضغط السكان المتزايد، والاستخدامات المتعارضة للأراضي وتلوث المناطق القريبة من الشاطئ (من التفريقات المنزلية، والصناعية، والزراعية السائلة)</p>	<p>(1) ارتفاع مستوى سطح البحر وزيادة معدلات التعرية والغرق المترتبة بتغير المناخ يهدد العديد من المناطق الساحلية</p> <p>(2) ارتفاع مستوى سطح البحر وتغيرات المناخ من المتوقع أن تؤدي إلى تدمير الشعاب المرجانية مما يزيد من احتمال تآكل، وغرق السواحل، والنزوح البشري</p>	<p>(1) تدابير التكيف سوف تكون مكافحة.</p> <p>وسوف يشمل نقل المستوطنات البشرية المعرضة للخطر</p>

الجدول 7 نظرة واسعة لبعض التأثيرات المحتملة لتغير المناخ في العالم العربي

بعض خيارات التكيف	التأثيرات المحتملة لتغير المناخ	التهديدات الحالية	القطاع
<p>1) مكافحة تدهور الأراضي والتصرّف من خلال ممارسات الإدارة المستدامة المراعي</p> <p>2) تقديم حواجز للمزارعين لتنوع المحاصيل الزراعية</p> <p>3) تحسين قدرات الرصد والاتصال من أجل تعزيز استجابة المزارعين للأزمات الغذائية</p>	<p>1) انعدام الأمان الغذائي، وانعدام الاستقرار الاجتماعي، وزيادة معدلات التحول الحضري</p> <p>2) التغيرات في الغطاء النباتي سوف تؤدي إلى زيادة معدلات تأكل التربة</p> <p>3) زيادة التعرض لخطر ضعف المحصول وخفض الإنتاجية من الثروة الحيوانية نظرًا لزيادة الآفات والأمراض، وارتفاع درجات الحرارة، وتقلب معدلات هطول الأمطار</p>	<p>1) تعتمد البلدان على الزراعة في الناتج المحلي الإجمالي، والعمال، وإنتاج المواد الغذائية</p> <p>2) يعتمد الإنتاج الزراعي بقوة على نوعية موسم الأمطار</p> <p>3) يقلل تدهور الأراضي من القدرة الإنتاجية للأراضي الزراعية</p> <p>4) الاعتماد بشكل كبير على الأمطار السنوية المتغيرة لإنتاج المحاصيل</p>	ازمة والأمن الغذائي
<p>1) ضمان أن يستمر العمل على تحسين نوعية الحياة للمجتمعات الريفية والمناطق الحضرية المهمشة</p> <p>2) تحسين الإستعداد للكوارث</p>	<p>1) تهديد الأمان الغذائي سيؤثر على متوسط العمر المتوقع ونوعية الحياة، وخاصة بين الفقراء</p> <p>2) من المتوقع أن ترتفع الوفيات الناجمة عن موجات الحرارة</p> <p>3) تغير أنماط درجات الحرارة وهطول الأمطار سوف يغير أنماط توزيع الأمراض المعدية - وخاصة تلك التي تنقلها الحشرات.</p> <p>4) من المتوقع أن تنتشر الملاريا (وغيرها من الأمراض التي تنقلها الحشرات) في مناطق جديدة</p>	<p>1) انتشار الأمراض المنقولة بالمياه مثل البلهارسيا</p> <p>2) الملاريا</p> <p>3) السل والالتهاب الكبدي الوبائي</p>	صحة البشرية

والدولية والبرلمانيين والنقابات العمالية ومؤسسات الامتياز وشبكات المهنيين والجماعات الدينية والقطاع الخاص، بالإضافة إلى جهات أخرى. وقد وضعت البلدان استراتيجيات وسياسات وقامت بإنشاء هيئات مؤسسية لتنسيق الأنشطة ووضعت برامج المنظمات غير الحكومية وعززت الجهد المبذول. فعلى سبيل المثال، تدعوا استراتيجية الصحة العامة في مصر لتشجيع الشراكة مع القطاع الخاص ومشاركة المحافظات ومنظمات المجتمع المدني لمعالجة القضايا الصحية المختلفة.

وخلال الفترة منذ عام 1994، غطت شراكات التنمية في بلدان المغرب العربي والمشرق العربي والبلدان العربية الأقل نمواً طائفة واسعة من البرامج والمشروعات في مجال السكان والتنمية، ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والدرن الرئوي والمalaria والصحة الإنجابية والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والعنف القائم على النوع الاجتماعي والمساعدة الإنسانية ومحاربة الممارسات التقليدية الضارة مثل ختان الإناث. وقادت البلدان بإدماج الشراكات من أجل التنمية في المسار الرئيسي لاستراتيجيات وخطط التنمية الوطنية لديها. وتشمل تلك الأنشطة تقديم الخدمات والمساعدات الاجتماعية والدعم المالي وتطوير المجتمع المحلي والحماية والرعاية وتلبية الاحتياجات الخاصة.

وباحتياجاتها من الموارد البشرية والخبرات. وتعاون دول مجلس التعاون الخليجي مع بعضها البعض في أنشطة السكان والتنمية، والسياسات السكانية، والقوانين واللواحة المتعلقة بالعملة المهاجرة. وقد قامت معاً بإجراء مسح للأسر بدول مجلس التعاون الخليجي في عام 2008، والذي من المنتظر أن يوفر قاعدة لشراكة إقليمية في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة. كما أنها طورت شراكات من أجل تعزيز وتقديم المساعدة الإنسانية الطارئة إلى البلدان العربية الأقل نمواً والدول العربية الأخرى.

وقامت بلدان المغرب والمشرق العربي والبلدان العربية الأقل نمواً بوضع إطار الشراكة من أجل التعاون مع الجهات المانحة والمنظمات غير الحكومية الدولية. وكان الغرض الرئيسي من هذه الشراكة هو التنسيق بين أصحاب المصلحة والمساهمة في الأنشطة المختلفة، واستخدام الموارد الدولية، بما في ذلك المساعدات الفنية والمالية، والتصدى للتحديات الإنمائية المعقدة (انظر الإطار 7: الشراكة من أجل التنمية في مصر). ولذلك، فإن الشراكة من أجل التنمية في هذه البلدان هي مصفوفة معقدة تتخطى العديد من أصحاب المصلحة والشركاء على جميع المستويات ذوى العلاقة بالبرامج والأنشطة المعقدة في مجال السكان والتنمية. ويشمل ذلك منظمات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية الوطنية



الإطار (6) :

أنشطة لكافحة الأمراض المعدية في السودان

حققت وزارة الصحة الاتحادية بالشراكة مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والصندوق العالمي لكافحة الإيدز والسل والمalaria الانجازات التالية:

- النجاح في علاج مرض السل بمعدل 81% في عام 2005، وهو ما يقارب نسبة الـ 85% المستهدفة التي حدتها منظمة الصحة العالمية.
- في عام 2008 تلقى 5.4 مليون شخص التشخيص الصحيح والعلاج للمalaria دون مضاعفات مصاحبة.
- تم توزيع 480 ألف ناموسية مشبعة طولية الأمد في عام 2008 في شمال السودان (72 ألف ناموسية في جنوب وغرب دارفور).
- تم تدريب 1400 من مقدمي الخدمات على إدارة حالات malaria.
- تم تعزيز 2900 نقطة لتقديم خدمات التشخيص والعلاج.

المصدر: التقرير القطري للسودان 2009.

الوظيفي. وتفتقر المنظمات غير الحكومية الوطنية إلى الموارد غالباً ما يكونون شركاء ضعاف للحكومة. ولذلك، فإن الأنشطة السكانية وبرامج التنمية تعتمد بدرجة كبيرة على التمويل من خلال الصندوق. وتركز الشراكة من أجل التنمية في مناطق الصراع على إدارة الأزمات والمساعدات الطارئة والإنسانية. ففي مناطق مثل دارفور يعطي صندوق الأمم المتحدة لأنشطة السكانية الأولوية للصحة الإنجابية والعنف بين الجنسين.

وتتضمن الشراكات بشأن هذه الأنشطة المجتمعات المحلية والفصائل المستضعفة من السكان على المستويين الوطني والمحلي، والمناطق التي يصعب الوصول إليها.

وتفاوت قوة الشراكة حسب مجالات عمل البرنامج، غالباً ما تكون قصيرة الأجل ومرتبطة بقصر مدة المشروع. والشراكة من أجل التنمية في البلدان العربية الأقل نمواً مقيدة بسبب الموارد المالية والقدرات المؤسسية والبشرية وارتفاع معدل الدوران



خامساً : الإنجازات والتحديات

من التحليلات السابقة أن بلدان الأقليم العربي ملتزمة بتنفيذ برنامج يتبين عملى المؤتمر الدولى للسكان والتنمية ونتائج التقدم نحو تحقيق أهداف الألفية الإنمائية. وينعكس ذلك فى التطورات المؤسسية التى شملت صياغة السياسات، وإنشاء مجالس ولجان وطنية، وإشراك البرلمانيين، والمنظمات الدينية وغير الحكومية. إلا أن هذه الجهود تتعرض لتحديات كبيرة تمثل فى طائفة واسعة من العوامل مثل تغير التركيب والعلاقات الأسرية، وتعتبر الهيكل العمرى، وتسارع الحضرة والهجرة الدولية.

وحيث أن معظم البلدان العربية ذات دخل متوسط، فإن ذلك يعني ضرورة بذل جهود إضافية من أجل حشد الموارد المحلية وتسخير المشاركات والمعونات الفنية لدعم تنفيذ برنامج عملى المؤتمر الدولى للسكان والتنمية والقيود التى تعرّض عملية التنفيذ على النحو الذى نبينه فى القسم资料.

أ) العالم العربي

الإنجازات

- 4) تراجع تنفيذ السياسات والالتزامات المتعلقة بالسكان والتنمية والصحة الإنجابية والمساواة بين الجنسين
- 5) الزخم السكاني المرتفع نظراً لارتفاع معدلات الخصوبة في الماضي والهيكل العمري صغير السن
- 6) ضعف التنسيق بين الأنشطة والبرامج السكانية وضعف التكامل بين الديناميكيات والقضايا السكانية في خطط واستراتيجيات التنمية الوطنية
- 7) انخفاض مشاركة المجتمع المحلي في تنفيذ البرامج والأنشطة السكانية
- 8) تقاؤت في مستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعية وفي توفير خدمات التعليم والصحة وفي البنية الأساسية وتكنولوجيا الاتصالات

ب) الفقر

الإنجازات

- 1) ارتفاع نصيب الفرد من الدخل وإنفاق الغذاء
- 2) الزيادة في العمالة ومعدلات المشاركة في القوى العاملة
- 3) توسيع الاقتصادات والتحسينات في رأس المال البشري

التحديات

- 1) زيادة التفاوت في الدخل والتشوه في توزيع الدخل لصالح الأغنياء
- 2) انعدام الأمان الغذائي بشكل كبير بسبب العجز المائي
- 3) الارتفاع والزيادة السريعة في معدلات البطالة، لاسيما في صفوف النساء والشباب
- 4) انخفاض دور معاشات التقاعد ونظم الضمان الاجتماعي في دعم الأسر الفقيرة
- 5) تدني الأجور والدخل وتراجع التحويلات المالية

ج) التعليم

الإنجازات

- 1) التقدم السريع نحو تحقيق هدف توفير التعليم الابتدائي للجميع بسبب التحسن الذي طرأ على تنفيذ سياسات التعليم

الإنجازات

- 1) الالتزام المستمر بتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ورصد التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية
- 2) التطورات المؤسسية بما في ذلك وضع السياسات وإنشاء المجالس واللجان الوطنية وإشراك البرلمانيين والمنظمات الدينية والمنظمات غير الحكومية
- 3) الانتقال الديموغرافي الذي يظهر في انخفاض معدلات الخصوبة وتحسن معدلات الوفيات. وتعكس التحولات الديموغرافية الحداثة والتغيير الثقافي والتحسين العام في صحة السكان
- 4) انخفاض معدل النمو السكاني من 2.4% في عام 1990 إلى 1.8% في عام 2010

- 5) التغير في الهيكل العمري مما يؤدي إلى زيادة سريعة في عدد السكان في سن العمل والشباب وكبار السن

التحديات

- 1) عدم الاستقرار والسلبيات المترتبة عن الصراعات والвойن وأثارها على التنمية ورفاهية البشر (حرب الخليج عام 1990 والحروب في اليمن عام 1994 وعام 2009 وفي العراق عام 2003 وفي لبنان عام 2006 وفي قطاع غزة عام 2008 وفي دارفور عام 2003 واستمرار الصراع في الصومال وفلسطين).
- 2) الآثار المباشرة للهيمنة الأجنبية والاحتلال والعوامل الجيوسياسية والموقع الاستراتيجي للوطن العربي في العالم على أولويات التنمية في المنطقة. وتحويل وجهة الموارد المالية والبشرية من أنشطة التنمية إلى إدارة الصراع والمساعدات الإنسانية
- 3) الآثار المترتبة عن الأزمة المالية بما في ذلك العجز في الموازنات وإنخفاض العائدات والتحويلات المالية وتراجع السياحة وزيادة البطالة. والتأثيرات السلبية للأزمات المالية على صحة السكان والرعاية الاجتماعية، وعلى مدى توافر الأموال اللازمة لتنفيذ البرامج والأنشطة

التحديات

- 1) انخفاض نسبة النساء العاملات مقابل أجر في القطاع غير الزراعي. لا تزال مشاركة المرأة في العمل مقابل أجر أقل من إمكاناتها الإنتاجية الكامنة ولا تناسب مع تحصيلها العلمي
- 2) انخفاض فرص وصول المرأة إلى الموارد الإنتاجية، بما في ذلك الأراضي والتمويل
- 3) اتساع الفجوة بين الجنسين في مجال التعليم في البلدان العربية الأقل نمواً
- 4) العنف القائم على النوع الاجتماعي
- 5) ختان الإناث

هـ) وفيات الأطفال

الإنجازات

- 1) الانخفاض الكبير في معدل وفيات الرُّضع والأطفال
- 2) التوسيع في النقطة تحسين الأطفال
- 3) التدخلات الناجحة في معالجة أمراض الطفولة، مثل الحصبة والإسهال والسعال الديكي
- 4) انخفاض حالات الحمل بين المراهقات
- 5) ارتفاع عدد النساء في التعليم وإرتفاع متوسط العمر عند الزواج

التحديات

- 1) ارتفاع معدل إنتشار سوء التغذية لدى الأطفال في الأسر الفقيرة
- 2) انخفاض تحسين الأطفال في البلدان العربية الأقل نمواً وفي المناطق الريفية
- 3) انخفاض معدل الإنجاب الحصري
- 4) ارتفاع معدل وفيات الرُّضع والأطفال في البلدان العربية الأقل نمواً في المناطق الريفية
- 5) ارتفاع معدلات الخصوبة، لاسيما في المناطق الريفية وفي البلدان العربية الأقل نمواً

2) الزيادة السريعة في تعليم الفتيات وزيادة التحاق الفتيات بالمدارس الابتدائية وفي المستويين الثانوي والعلمي من التعليم

3) انخفاض الفاقد التربوي بسبب التوسيع في نظام التعليم وتحسين البنية الأساسية في المدارس والمؤسسات التعليمية

التحديات

1) التقدم البطيء في التعليم الابتدائي والثانوي والجامعي في البلدان العربية الأقل نمواً، حيث لا تزال قدرة النظم التعليمية في هذه البلدان أدنى من النمو السريع لعدد السكان في سن المدرسة

2) استدامة الاستثمار في التعليم للحفاظ على المنجزات التي تم تحقيقها. وتراجع الاستثمارات وتدنى نوعية التعليم خاصة في البلدان العربية الأقل نمواً

3) إمكانية الوصول إلى المدارس مقيدة بسبب المسافات الطويلة التي تفصلها عن منازل الطلاب، والافتقار إلى خدمات النقل المدرسي

4) تحسين البنية الأساسية للمدارس، وخاصة الغرف الدراسية والمياه والصرف الصحي والخدمات الصحية، وذلك لتحسين الأداء وتطور الأطفال إلى مستويات أعلى من التعليم، والحد من التسرب من المدارس

5) ارتفاع تكاليف تعليم الأطفال بالنسبة للأسر الفقيرة

دـ) المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

الإنجازات

1) التطورات المؤسسية المتحصلة بالمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة. ويشمل ذلك تعديل القوانين التي تميز ضد المرأة وتولي النساء مناصب رفيعة المستوى وإنشاء المجالس والمؤسسات الوطنية ذات الصلة

2) المكاتب الكبيرة التي حققتها المرأة في قوى العمل، والتصويت في الانتخابات والمشاركة السياسية وفي مجال الأعمال التجارية، والمشاركة في المحافل العامة والخاصة

3) زيادة نسبة البنات إلى البنين في جميع مستويات التعليم، والتي تعكس التقدم نحو تحقيق التكافؤ بين الجنسين في التعليم

و) صحة الإنجابية

الإنجازات

- 1) الالتزام الكبير بتحسين صحة الأمهات والصحة والحقوق الإنجابية
 - 2) التدخلات الناجحة لتعزيز الأمومة الآمنة ولضمان سلامة الحمل والولادة
 - 3) التوسيع في خدمات الرعاية الصحية الأولية
 - 4) الانخفاض في معدلات وفيات الأمهات
 - 5) ارتفاع حالات الولادة التي تتم تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي
 - 6) زيادة استخدام وسائل منع الحمل الحديثة في بلدان المشرق والمغرب العربي ودول مجلس التعاون الخليجي
-
- ### التحديات
- 1) زيادة انتشار الإيدز. فمعدلات انتشار الفيروس المنخفضة في الوقت الراهن قد تزداد في المستقبل، وقد تواجه المنطقة جائحة وبائية ما لم تُتخذ تدابير التدخل مع التركيز على السلوكيات عالية المخاطر
 - 2) عدم كفاية التدخلات في مجال فيروس نقص المناعة البشرية. وتشوه المعرفة والوعي حول فيروس نقص المناعة البشرية بالعديد من المفاهيم الخاطئة
 - 3) انخفاض استخدام الواقي الذكري، والذي يُنظر إليه عموماً على أنه وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة بدلاً من أن يكون أداة للوقاية من الفيروس
 - 4) الوصمة الاجتماعية للأشخاص الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وذلك بسبب الثقة المحافظة
 - 5) الميل إلى التقليل من انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، مما أدى إلى عدم الافتقار إلى أدلة والمراقبة غير الفعالة والنادرة في المنطقة
 - 6) زيادة معدلات عبء الأمراض المرتبطة بانتشار الأمراض المعدية والساريرية مثل الملاريا والسل والتهاب الكبد، وخاصة في البلدان العربية الأقل نمواً
 - 7) زيادة الإصابة بالأمراض المرتبطة بالتغييرات في أنماط الحياة والسمينة والتحول الوبائي والأمراض غير المعدية مثل السكري والسرطان وأمراض القلب والأوعية الدموية خاصة في دول مجلس التعاون الخليجي
 - 8) الاحتياجات الصحية الناشئة المرتبطة بالشيخوخة

ح) الاستدامة البيئية

الإنجازات

- 1) صياغة خطط العمل والاستراتيجيات البيئية، وإنشاء الهياكل المؤسسية للإدارة الأفضل للبيئة
- 2) زيادة عدد السكان الذين يحصلون على مياه الصالحة للشرب
- 3) زيادة عدد السكان الذين يحصلون على الخدمات الصحية
- 4) التحسن في بناء المساكن وملكيتها

ز) فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والملاريا والسل

وغيرها من الأمراض

الإنجازات

- 1) تطوير الخدمات الصحية لعلاج الأمراض المعدية والساريرية
- 2) تطوير الهياكل المؤسسية وتنفيذ برامج لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل والملاريا
- 3) زيادة المعرفة والوعي حول فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

الإنجازات

- 1) تغير المناخ وآثاره على الإنتاج الغذائي والزراعي، وعلى الديناميكيات السكانية وتوزيع السكان
- 2) الجفاف وارتفاع منسوب مياه البحار المرتبط بتغير المناخ
- 3) التوسيع العمراني السريع المرتبط بزيادة الاستهلاك وإنتاج النفايات، وزيادة الطلب على المساكن والنمو السريع للأحياء العشوائية
- 4) انعدام الأمان المائي نتيجة للاعتماد على موارد المياه من خارج المنطقة، وإلى زيادة الطلب على المياه العذبة الصالحة للشرب والزراعة
- 5) تلوث الهواء وتأثيراته على صحة السكان والبيئة في المدن

ط) الشراكة من أجل التنمية

الإنجازات

- 1) وجود مؤسسات وهياكل الحكم لتوفير الشرعية وإطار عمل لتنفيذ الأنشطة

2) وجود السياسات ذات الصلة والأطر الإنمائية

3) نظم المعلومات والاتصالات السلكية واللاسلكية المتقدمة

التحديات

1) الاعتماد على مصادر التمويل الخارجية

2) النقص في الموارد المالية للمنظمات غير الحكومية

3) القدرات المالية وال المؤسسية والبشرية المحدودة، وارتفاع معدل الدوران الوظيفي

4) الافتقار إلى وجود بيانات وندرة البحوث لوضع السياسات ودعم صنع القرار. نقص الدراسات الاستقصائية الأساسية والمؤشرات بشأن المجالات المهمة مثل وفيات الأمهات والفقر والتحول الحضري

5) نقص الموارد ولاسيما الموارد البشرية، لإنتاج البيانات والتحليلات



سادساً : الاستنتاجات الرئيسية وأولويات المستقبل

ال فترة منـذ عام 1990 شـهد العـالم العـربـي تـغـيرـات وـتـحـولـات بـارـزة كـانـت خـلال لـهـا طـائـفة وـاسـعـة مـن تـدـاعـيـات السـيـاسـات عـلـى تـنـفـيـذ بـرـنـامـج عـمـل المـؤـتمـر الدـولـى لـلـسـكـان وـالـتـنـمـيـة وـتـحـقـيق أـهـدـاف الـأـلـفـيـة الـإـنـمـائـية . فـإـلى جـانـب الـصـرـاع العـربـي الإـسـرـائـيلـي ، الذـى لـازـال مـسـتـمـراً مـنـذ فـتـرـة طـوـيـلة دونـ التـوـصـل إـلـى سـلام وـحلـ دـائـمـ ، شـهـد الـأـقـلـيمـ العـربـيـ حـرـوبـا فـىـ العـرـاقـ (2003) ، وـصـرـاعـاتـ وـعدـمـ اـسـتـقـرـارـ فـىـ لـبـنـانـ (2006) ، وـقـطـاعـ غـزـةـ (2008) وـصـرـاعـاـ فـىـ دـارـفـورـ وـحـرـوبـاـ أـهـلـيـةـ فـىـ الصـومـالـ مـنـذـ التـسـعـيـنـيـاتـ مـنـ القـرـنـ الـعـشـرـينـ ، وـفـىـ الـيـمـنـ (1994) وـ(2009)ـ . وـقـدـ أـسـفـرـ اـنـدـلاـعـ الـصـرـاعـاتـ الـمـتـكـرـرـةـ عـنـ نـزـوحـ مـلـاـيـنـ مـنـ النـاسـ فـىـ جـمـيعـ أـنـحـاءـ الـأـقـلـيمـ ، الـأـمـرـ الذـىـ عـرـضـ لـلـخـطـرـ جـهـودـ السـلـامـ وـالـأـمـنـ وـالـتـنـمـيـةـ . كـماـ أـنـ إـدـارـةـ الـأـزمـاتـ وـالـمـسـاعـدـاتـ الـإـنـسـانـيـةـ طـفتـ عـلـىـ الـاحـتـيـاجـاتـ الـإـنـمـائـيـةـ فـىـ الـأـقـلـيمـ . وـقـدـ أـدـتـ الـأـزمـةـ الـمـالـيـةـ وـالـاقـتصـادـيـةـ إـلـىـ زـيـادـةـ تـفـاقـمـ الـمـوقـفـ ، الـأـمـرـ الذـىـ أـثـرـ عـلـىـ الـموـارـدـ الـمـالـيـةـ وـعـلـىـ تـنـفـيـذـ الـمـشـرـوعـاتـ الـإـنـمـائـيـةـ فـىـ الـأـقـلـيمـ .

١) يتطلب التقدم نحو القضاء على الفقر المدقع والجوع تنفيذ السياسات الاستراتيجية والمنسقة بشكل جيد والتدخلات لتنطلي احتياجات الصحة الإنجابية للفقراء، لاسيما في المناطق الريفية والأحياء الفقيرة في المدن. وينبغي أن ترتكز الاستراتيجيات والإجراءات على توفير خدمات ومعلومات الصحة الإنجابية، بما في ذلك وسائل تنظيم الأسرة للأسر الفقيرة. ويجب أن تشمل هذه الإجراءات التدابير اللازمة لحماية الفقراء من الآثار السلبية للأزمة المالية على الغذاء والمأوى، والصحة، ومدى تأثيرها على توفير خدمات ومعلومات الصحة الإنجابية. وعلى المستوى الكلي، يجب على البلدان زيادة الإنتاج الغذائي وتشجيع خلق فرص العمل وتحسين توزيع الدخل، فضلاً عن توزيع السلع والخدمات. وهذه الإجراءات يجب أن تكون مصحوبة بالتوسيع في برامج الضمان الاجتماعي والحماية الاجتماعية لتشمل المناطق الريفية وفقراء العاملين والفئات الضعيفة من السكان (كبار السن والنساء الفقيرات والأيتام والمعوقين، إلخ). ومن أجل أن تكون هذه الإجراءات فعالة يجب أن تستند إلى معلومات وبحوث دقيقة وتحليل للسياسات المتعلقة بالصحة الإنجابية والفقير. وينبغي في مثل هذه البحوث دمج الديناميكيات السكانية والتوزيع السكاني لاتخاذ إجراءات من أجل القضاء على الفقر المدقع والجوع في العالم العربي.

٢) حق العالم العربي تقدماً كبيراً في مجال التعليم. ويعود التقدم السريع في التعليم الابتدائي إلى جهود رائعة لبلدان المغرب والشرق العربي ودول مجلس التعاون الخليجي. وتواجه هذه البلدان تحدياً يتمثل في مواصلة الاستثمار في التعليم للحفاظ على المنجزات التي تحققت وتحسين نوعية التعليم وإزالة الصور النمطية وإثراء مناهج التعليم بمعلومات عن الصحة الجنسية والإنجابية والمساواة بين الجنسين. وفيما يتعلق بالاستدامة، يساور البلدان القلق بشأن التأقلم مع الارتفاع السريع في الطلب على التعليم الابتدائي الناتج عن النمو السريع في عدد الأطفال في سن المدرسة، ولاسيما في المناطق الريفية. ولذلك فإن البلدان تحتاج إلى النظر في

لقد شهد العالم العربي تغيرات وتحولات عميقة خلال العقود الماضية. وشمل ذلك تغيرات في تكوين الأسرة وهيكلها والزواج والثقافة والتحول الحضري والبنية العمرانية والعلاقات بين الأجيال. وكان لهذه التغيرات طائفة واسعة من الآثار على السياسات من أجل تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وتتوفر هذه التغيرات فرصاً يجب استثمارها وفي نفس الوقت تخلق تحديات جديدة ينبغي التصدي لها. فقد أصبح الناس في هذه المنطقة يعيشون حياة أطول من أي وقت مضى، ولكن ذلك ترافق مع تغيرات الشيوخوخة والأوبيئة التي تتطلب وضع سياسات جديدة وتوفير القدرات الصحية. فالعالم العربي بشكل كبير يتكون من مناطق حضرية وتقديم الرعاية المفيدة لتيسير وصول الناس إلى الخدمات الصحية وتقديم الرعاية الصحية. ومع ذلك فإن التحول الحضري السريع يشكل تحدياً يتمثل في ارتفاع الطلب على الغذاء والمياه العذبة والإسكان وال الحاجة إلى تحسين إدارة ما ينتج من كميات ضخمة من النفايات.

وقد تراجع النمو السكاني من 2.4% في عام 1990 إلى 1.8% في عام 2010. ويعود هذا الانخفاض إلى تراجع معدلات الخصوبة بشكل لم يسبق له مثيل في المنطقة. ومع ذلك، زاد عدد سكان البلدان العربية من 232 مليون في عام 1990 إلى 359 مليون عام 2010، وسوف يتجاوز عددهم 500 مليون في عام 2035. واقتربت تزايد هذه الأعداد مع التغيرات في الهيكل العمري. فأعداد الشباب (15-24)، والنساء في سن الإنجاب (15-49)، والسكان في سن العمل (15-64) وكبار السن (60 سنة فأكثر) زادت بمقابل 1.3 مليون و 2.05 مليون و 5 ملايين نسمة و 0.5 مليون سنوياً، على التوالي خلال الفترة 1990-2010. وتترجم هذه الأرقام في ارتفاع الطلب على التعليم وفرص العمل وخدمات الصحة الإنجابية والغذاء، من بين أمور أخرى. ولذلك تحتاج البلدان التي تتعرض للديناميكيات السكانية إلى وضع خطط واستراتيجيات للتنمية. كذلك، فإنها تحتاج إلى تحسين إدارة السكان من خلال زيادة الجهود والأنشطة لتحقيق هدف تعليم خدمات الصحة الإنجابية والمعلومات في المجالات التالية:

في حاجة إلى معالجة التفاوت حسب مكان الإقامة، خاصة بين المناطق الريفية والحضرية.

(4) ومن المرجح أن يستمر التحسن الملحوظ في صحة الرُّضع والأطفال في المستقبل لأن الخصوبية في العالم العربي سوف تستمر في الانخفاض. إلا أن وفاة الرُّضع خلال الأسابيع الأربع الأولى بعد الولادة لا تزال مرتفعة. ولذلك، فإن هناك إمكانات كبيرة لزيادة خفض وفيات الرُّضع والأطفال في العالم العربي من خلال تقديم خدمات الصحة الإنجذابية في المناطق الريفية وتحسين خدمات صحة الأم والطفل والقضاء على أمراض الطفولة وتحسين الوضع الغذائي والتغذية لكل من الأمهات وأطفالهن الرُّضع، والحفاظ على التغطية الشاملة بالتحصين. وهناك حاجة إلىبذل جهود إضافية في البلدان العربية الأقل نموا حيث لا تزال معدلات وفيات الأطفال مرتفعة. وتشدد البلدان على أهمية تشجيع الرضاعة الطبيعية والمباعدة بين الولادات والحد من حالات الحمل عالية المخاطر، لاسيما بين المراهقين، والتخفيض من حدة الفقر.

(5) مواصلة الاستثمار في خدمات الأمومة والصحة الإنجذابية وهناك حاجة إلى تحقيق المزيد من الخفض في وفيات الأمهات في العالم العربي. وتدعى الحاجة لخفض حالات الحمل بين المراهقات وتحسين خدمات الرعاية السابقة للولادة وتشجيع متابعة الحمل والولادة تحت إشراف أفراد مدربين من العاملين في القطاع الصحي. كذلك، فإن البلدان بحاجة إلى تقليص الفوارق في مجال صحة الأم والصحة الإنجذابية من خلال تقديم الخدمات والمعلومات للمناطق الريفية والأسر الفقيرة. وتحتاج البلدان العربية الأقل نموا إلى اعتماد أساليب مبتكرة لتقديم الخدمات للسكان الذين يعيشون في المناطق النائية وإلى الأشخاص النازحين داخليا. كذلك يجب على الحكومات في العالم العربي أن تركز على، وتعطى الأولوية، وتكثف التدخلات في مجال صحة الأم والطفل في المناطق المحرومة، وبين من يعانون من تدني وضعهم الاقتصادي-الاجتماعي، والفئات المستضعفة من

دور الصحة الإنجذابية في التخفيف من حدة الضغوط على المدارس، ودمج الديناميكيات السكانية في هيكلها الداخلي وفى الخطط الوطنية والمحلية وفى نظم التعليم. كذلك، فإن هذه البلدان تواجه التحدي المتمثل في القضاء على التفاوت بين المناطق الحضرية والريفية، وبين المحافظات والمناطق والمناطق الجغرافية. ويجب على البلدان العربية الأقل نموا زيادة الإنفاق العام والخاص والاستثمار في التعليم إلى فوق المستوى المنخفض حاليا: أقل من 1% من الناتج المحلي الإجمالي. وعليها أن تستثمر في إنشاء مدارس جديدة وتدريب المعلمين وتطوير البنية الأساسية للمدارس لتوفير التعليم للجميع. كذلك، من المهم النظر إلى التعليم باعتباره ركيزة في أنشطة إعادة الإعمار وبناء السلام في المناطق التي مزقتها الحرب.

(3) حقق العالم العربي تقدماً كبيراً في مجال تعليم المرأة. ومع ذلك، فإن القيمة المضافة للتقدم المحرز في مجال تعليم المرأة تظهر في الأساس في قدرتها على زيادة الإنتاج وتحقيق تحول في العلاقات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في المجتمعات. لذلك، فإن التقدم في مجال تعليم المرأة في المنطقة يحتاج أن يواكب توسيع فرص العمل. كذلك، هناك حاجة لزيادة فرص وصول المرأة إلى الموارد الإنتاجية مثل الأرض والتمويل وإلى خدمات ومعلومات الصحة الإنجذابية. وتشكل المساواة بين الجنسين تحدياً رئيسياً في المنطقة وسيكون التركيز عليه من أجل تحقيق أهداف السياسة السكانية أكثر فائدة من تجاهله. وفي هذا السياق يتغير النظر إلى الخصوبية واستخدام وسائل منع الحمل الحديثة باعتبارها عناصر مهمة لصحة والحقوق الإنجذابية. ومن أجل تحقيق المساواة والعدالة الاجتماعية سوف تحتاج البلدان إلى تحسين فرص وصول المرأة إلى العمل مقابل أجر وإلى المناصب العليا لصنع القرار وإلى التمثيل السياسي في البرلمان والحكومة. وتحتاج البلدان العربية الأقل نموا إلى زيادة الاستثمار في تعليم الفتيات وتحسين مواصلة الفتيات للتعليم في المستويين الثانوي والجامعة. وجميع البلدان

8) أصبحت الشراكة من أجل التنمية في العالم العربي واسعة ومتنوعة. ولذلك، فإن تعظيم فوائدها لأغراض التنمية هي مسألة استراتيجية ملحة يتعين على البلدان التصدي لها، لاسيما في ضوء الآثار السلبية للأزمة المالية. وهناك حاجة لتحسين التنسيق وإدماج الشراكات في المسار الرئيسي لأولويات التنمية والخطط والاستراتيجيات الوطنية. كذلك، فإن البلدان بحاجة إلى تطوير مناهج واستراتيجيات شراكة مبتكرة، بما في ذلك إقامة الشبكات والمشاركة في التخطيط وصنع القرار وتقاسم التكاليف والعمل الموحد والتنسيق المشترك للبرامج والأنشطة وتقديم الخدمات، وتنسيق وتوحيد الإجراءات والقواعد واللوائح وتقاسم المعلومات والدورات المستفادة من التجارب وأفضل الممارسات. كذلك، فإن البلدان بحاجة إلى تطوير قدراتها المؤسسية والتنظيمية وإزالة العقبات البيروقراطية والازدواجية في الجهود وتعزيز تمكّن قدرات منظمات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية. وأخيراً سوف تحتاج البلدان إلى إنشاء بنوك للبيانات والعلومات وإجراء البحوث عن جمع الخصائص والمسوحات للشراكة من أجل التنمية.

الأولويات للمستقبل

تمت المناقشة الأولويات للمستقبل بشكل متعمق واعتمادها خلال المؤتمر العربي للسكان والتنمية: الحقائق والأفاق الذي عقد في الدوحة في مايو 2009. وقد صدر عن المؤتمر إعلان الدوحة، الذي أكد على الالتزام الكامل ببرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وإطار الأهداف الإنمائية للألفية وبناء على ما سبق، يدعى المشاركون في المؤتمر العربي للسكان والتنمية إلى الأخذ بالبنود التالية كأولويات للعمل في المرحلة القادمة:

- تحسين وتوسيع نطاق الفرص والخيارات أمام المواطنين مما يؤدي إلى الارتقاء بمستويات المعيشة ونوعية الحياة وتخفيف نسب الفقر؛

السكان. وسيؤدي هذا إلى الحد من أوجه التفاوت بين المناطق الجغرافية والإدارية، وبين المجموعات العرقية والثقافية والফئات الاجتماعية والاقتصادية. كذلك، فإنه سيؤدي إلى تحقيق المزيد من الخفض في وفيات الرُّضع والأطفال.

6) على الرغم من الثناء، فإن الإجراءات المتخذة لا تزال قاصرة عن احتواء الانتشار المتزايد لفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في المنطقة. ويطلب الأمر بذل جهود على المستويات القطرية والإقليمية للسيطرة على انتشار ذلك الفيروس. وتحتاج البلدان إلى تعزيز الصحة الجنسية والإنجابية وتنفيذ التدخلات الفعالة من حيث التكلفة، مثل الترويج لاستخدام الواقي الذكري، حيث يستخدم على نطاق متبدلي جداً في المنطقة حالياً. كذلك، هناك حاجة إلى تكثيف جهودها لكشف وتسجيل حالات فيروس نقص المناعة البشرية وإلى رصد ومتابعة العلاج والتدخلات. وتحتاج البلدان إلى معالجة ندرة البيانات والبحوث بشأن انتشار المرض والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض السل، وإلى تحسين معرفة الناس بطرق العدوى ووسائل الوقاية والحماية.

7) تحتاج البلدان لإنفاذ قوانينها ولوائحها البيئية وتنفيذ الاستراتيجيات والخطط البيئية التي تم اعتمادها. وهناك حاجة للربط بين أوضاع النوع الاجتماعي والصحة الإنجابية ودور المرأة في تعزيز الاستدامة البيئية. ويطلب هذا تمية القدرات البشرية في إدارة الموارد الطبيعية وتقدير الأثر البيئي، لاسيما تقييم تأثير التغيرات المناخية والبيئية على رفاهية ونوعية حياة الناس. كذلك، فإن البلدان بحاجة إلى تطوير خدمات الإسكان والمياه وخدمات الصرف الصحي في كل من المناطق الريفية والحضرية، وتشجيع السكان على الحصول على هذه الخدمات. وهناك حاجة لمعالجة النقص في المعرفة وندرة البحوث بشأن توزيع السكان والنمو السكاني وتغيير المناخ، من خلال جمع بيانات السلسل الزمنية والدراسات الاستقصائية الوطنية وبحوث السياسات العامة.

- **إيلاء اهتمام نوعي خاص بالأوضاع السكانية والتنموية في بعض الدول العربية والناجمة عن الاحتلال والنزاعات والحروب، ولا سيما فيما يتعلق بالمرأة والوفيات وأوضاع الطفولة والمرأة والهجرة القسرية والفقر؛**
- **التطوير المؤسسي، ولا سيما المجالس واللجان الوطنية والمؤسسات المشابهة، والحرص على تطوير أساليب عملها وتنمية قدرات العاملين بها؛**
- **تعزيز التشبيك والتنسيق والشراكة بين المؤسسات الحكومية ومنظمات المجتمع المدني والآليات المعنية بقضايا السكان والتنمية وطنياً وعربياً ومع المؤسسات الدولية ذات العلاقة، مع مواصلة جامعة الدول العربية لدورها في التنسيق والتشبيك ودعم العمل السكاني العربي المشترك؛**
- **تطوير ودعم التشريعات ذات العلاقة بقضايا السكان والتنمية خاصة التي تتعلق بمختلف حقوق الفئات السكانية والاجتماعية وتيسير أدوار اللجان البرلمانية المعنية بقضايا السكان والتنمية؛**
- **إيلاء اهتمام خاص بشرىحة المسنين على مستوى الخدمات التي تقدم لهم، وتطوير البدائل الرعائية، وتنفيذ البحوث العلمية الازمة لدراسة أحوالهم واستكشاف مشكلاتهم ومعرفة احتياجاتهم؛**
- **تطوير نظم المعلومات وجمع وتحليل البيانات ونشرها وإنجاز الدراسات المقارنة والمعمقة مع تعزيز قدرات العاملين في المجال السكاني في هذا الشأن؛**
- **ضمان تمويل المشروعات والبرامج السكانية والبحث عن طرق وآليات لضمان استمرارية التمويل والسعى لإنشاء صندوق عربي لكفالة هذا التمويل وتنظيمه وتحفيز القطاع الخاص العربي على المساهمة الفاعلة فيه.**
- **التوظيف التنموي للنافذة الديموغرافية بمتkin الشباب، باعتباره فاعلاً رئيسياً في السياسات السكانية والتنموية حاضراً ومستقبلاً؛ وضمان تكريس حقوقه في الصحة والتعليم الراقي النوعية والتدريب والتأهيل والتشغيل والمشاركة بمختلف أنواعها و مجالاتها وحمايتها من كافة الأخطار التي يتعرض لها؛**
- **الإسراع بتحقيق هدف خفض معدلات وفيات الأمهات والوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية الشاملة لجميع السكان للارتقاء بصحة الأم، وبإدماج هذا الهدف في السياسات السكانية والصحية ورفع كفاءة النظم الصحية وتوفير الموارد المالية والبشرية الازمة؛**
- **تحقيق هدف النوع الاجتماعي وتمكين المرأة ومواجهة جميع أشكال التمييز نحوها والتصدي لكافة أشكال العنف القائم على النوع الاجتماعي، وذلك بإدماج هذا الهدف في السياسات السكانية والتنموية، وإصدار التشريعات الملائمة أو تطويرها بما يتلاءم مع المعايير والمعايير الدولية، وتطوير المؤسسات والآليات الخاصة لتحقيق هذا الهدف بكفاءة عالية وفاعلية؛**
- **الحفاظ على استدامة البيئة وتجددها وتوفير خدمات البنية الأساسية من مياه نقية وصرف صحي في كل المناطق؛**
- **التوظيف التنموي للهجرة، ولا سيما الكفاءات العربية المهاجرة، والعمل على مد جسور الترابط والتواصل بينهم وبين مجتمعاتهم، وبلورة السياسات لإحكام وتنظيم الهجرة بما يضمن حسن استثمار خبرات المهاجرين وتحويلاتهم وخاصة فيما يتعلق بتطوير البحث العلمي وتوطين المعرفة مع العمل على توفير البيئة الداعمة لتحفيزهم على العودة الاختيارية؛**

يدعم صندوق الأمم المتحدة للسكان، وهو وكالة إنسانية دولية، حق كل امرأة ورجل وطفل في التمتع بحياة تسم بالصحة وبتكافؤ الفرص.

ويقوم الصندوق أيضاً بدعم البلدان في استخدامها للبيانات السكانية الالازمة لسياسات برامج مكافحة الفقر وللبرامج التي تمكن من أن يكون كل حمل مرغوباً وكل ولادة مأمونة وكل شاب وشابة خالياً من فيروس نقص المناعة البشرية/ الايدز وكل فتاة وامرأة تعامل بكرامة واحترام.

صندوق الأمم المتحدة للسكان - لأن كل شخص مهم



