

Distr.
GENERAL

E/ESCWA/POP/1999/4
29 October 1999
ORIGINAL: ARABIC

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

UN ECONOMIC AND SOCIAL COMMISSION
FOR THE MIDDLE EAST

2000
LIBRARY & DOCUMENT SECTION

خمس سنوات بعد مؤتمر القاهرة: السياسات السكانية في الدول العربية

إعداد
محمد فاعور

الأمم المتحدة
نيويورك، ١٩٩٩

ملاحظة: طبعت هذه الوثيقة بالشكل الذي قدمت به ودون تحرير رسمي. والآراء الواردة فيها هي آراء المؤلف وليست، بالضرورة، آراء الإسكوا.

المحتويات

الصفحة

١	مقدمة.....
---	------------

الفصل

٣	أولاً- تاريخ السياسات السكانية في الدول العربية.....
٣	ألف- الواقع السكاني في الدول العربية قبل عام ١٩٩٤ وبعده.....
٨	باء- السياسات والاستراتيجيات الإنمائية والسكانية.....
٣٤	ثانياً- الدروس المستفادة.....
٣٤	ألف- السياسات السكانية بصورة عامة.....

قائمة الجداول

٤	١- توزيع الدول العربية حسب معدل نمو السكان السنوي قبل وبعد ١٩٩٤.....
٤	٢- توزيع الدول العربية حسب معدل الخصوبة الكلية قبل وبعد ١٩٩٤.....
٥	٣- توزيع النساء المتزوجات في الدول العربية حسب معدل استخدام وسائل منع الحمل قبل وبعد ١٩٩٤.....
٦	٤- توزيع الدول العربية حسب الأجل المتوقع عند الميلاد قبل وبعد ١٩٩٤.....
٦	٥- توزيع الدول العربية حسب معدل وفيات الرضع قبل وبعد ١٩٩٤.....
٧	٦- الدول العربية التي يتجاوز فيها معدل وفيات الأمومة ٢٠٠ وفاة لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية قبل وبعد ١٩٩٤.....
٧	٧- توزيع الدول العربية حسب نسبة الأمية لدى الإناث قبل وبعد ١٩٩٤.....
٩	٨- الأولويات السكانية في السياسات السكانية العربية، ١٩٩٨.....
١١	٩- رؤية الحكومات العربية فيما يتعلق بمعدل النمو السكاني حسب هذا المعدل، ١٩٩٦.....
١١	١٠- سياسات الدول العربية تجاه النمو السكاني في عامي ١٩٨٦ و ١٩٩٦.....
١٢	١١- رؤية الحكومات العربية لمستوى الوفيات لديها حسب الأجل المتوقع عند الميلاد، ١٩٩٦.....
١٢	١٢- السياسات الإنجابية للدول العربية في عامي ١٩٨٦ و ١٩٩٦.....
١٣	١٣- السياسات الإنجابية للدول العربية حسب معدل الخصوبة الكلية، ١٩٩٦.....
١٣	١٤- توزيع الدول العربية حسب معدل استخدام وسائل منع الحمل ومدى دعم الحكومات لخدمات تنظيم الأسرة، ١٩٩٦.....

المحتويات (تابع)

الصفحة

٢٩	١٥- عدد الدول العربية التي تشارك فيها المنظمات غير الحكومية ومؤسسات للمجتمع المدني في اتخاذ القرارات المتعلقة ببرامج تنظيم الأسرة.....
٣٠	١٦- عدد الدول العربية التي تشارك فيها المنظمات غير الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني في اتخاذ القرارات بخصوص أبحاث فيروس نقص المناعة والبرامج المتعلقة بها.....
٣٠	١٧- عدد الدول العربية التي تشارك فيها المنظمات غير الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني في اتخاذ القرارات بخصوص البرامج التي تتناول عناصر أخرى من الصحة الإنجابية.....
٤٥	الجدول أ- مؤشرات ديموغرافية وإنجابية مختارة حسب الدولة، ١٩٩٢-١٩٩٤.....
٤٦	الجدول ب- مؤشرات اجتماعية وصحية مختارة حسب الدولة، ١٩٩٢-١٩٩٤.....
٤٧	الجدول ج- مؤشرات ديموغرافية وإنجابية مختارة حسب الدولة، ١٩٩٦-١٩٩٧.....
٤٨	الجدول د- مؤشرات اجتماعية وصحية مختارة حسب الدولة، ١٩٩٦-١٩٩٧.....
٣٧	المراجع العربية والأجنبية.....

قائمة الأشكال

٣٩	١- توزيع الدول العربية حسب معدل النمو السكاني قبل وبعد ١٩٩٤.....
٣٩	٢- توزيع الدول العربية حسب معدل الخصوبة الكلية قبل وبعد ١٩٩٤.....
٤٠	٣- توزيع النساء المتزوجات في الدول العربية حسب معدل استخدام وسائل منع الحمل قبل وبعد ١٩٩٤.....
٤٠	٤- توزيع الدول العربية حسب الأجل المتوقع للميلاد قبل وبعد ١٩٩٤.....
٤١	٥- توزيع الدول العربية حسب معدل وفيات الرضع قبل وبعد ١٩٩٤.....
٤١	٦- توزيع الدول العربية حسب نسبة الأمية لدى الإناث قبل وبعد ١٩٩٤.....
٤٢	٧- عدد الدول العربية حسب عناصر الصحة الإنجابية التي تنفذها.....
٤٣	٨- عدد الدول العربية التي تبنت إجراءات مستجدة في المجال السكاني خلال السنوات ١٩٩٥-١٩٩٨ حسب المتغير السكاني.....
٤٤	٩- عدد الدول العربية التي حافظت على أو رفعت مستوى إنفاقها على النشاطات السكانية حسب نوع النشاط.....

مقدمة

شكل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي انعقد في القاهرة عام ١٩٩٤ منعطفًا هامًا في تاريخ اهتمام دول العالم بالسياسات السكانية، وذلك بعد عشرين عاما على انعقاد المؤتمر الدولي الأول للسكان في بوخارست وعشر سنوات على مؤتمر مكسيكو. كان مؤتمر القاهرة أضخم تظاهرة لدول العالم (١٨٣ دولة) رعتها الأمم المتحدة في القرن العشرين بعد تحضير دام ثلاث سنوات، حيث شارك في عملية التحضير عدد كبير من الخبراء وممثلي الدول والهيئات غير الحكومية الذين قاموا بوضع المسائل السكانية العالمية في إطار عام شامل وصاغوا بيانه مستخدمين تعبيرات مرنة توخيا للوصول إلى إجماع حول مقررات المؤتمر. حضر هذا المؤتمر كافة الدول الأعضاء في جامعة الدول العربية باستثناء لبنان والسودان والمملكة العربية السعودية. وقد أطلق على مقررات المؤتمر، بخلاف توصيات المؤتمرات السابقة، تسمية "برنامج عمل". أي أن نتائج أعمال المؤتمر ليست قرارات نظرية أو توصيات وإنما هي برنامج محدد يطلب من حكومات العالم تنفيذ خطوات واضحة ومحددة في فترة زمنية معينة.

تميز برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بتفصيل للمواضيع المطروحة التي اتسمت أيضا بشموليتها واتساع ألقها. فقد تناول مسائل متنوعة في مجالات السكان والتنمية من نمو السكان والخصوبة إلى الفقر والبيئة، كما غطى مختلف الشرائح السكانية من الأطفال إلى الشباب والمسنين، غير متجاهل للفئات المهمشة مثل المعوقين والمشردين واللاجئين، ومصرًا على التزام الحكومات بمشاركة المجتمع المدني في تطبيق برنامج العمل. أما الهدف الرئيسي لمؤتمر القاهرة فهو تحسين نوعية الحياة للسكان وضمان رفاهية الإنسان وتعزيز التنمية البشرية، وذلك "عن طريق الأخذ بسياسات وبرامج سكانية وإنمائية مناسبة ترمي إلى اجتثاث الفقر وتحقيق النمو الاقتصادي المطرد في سياق التنمية المستدامة والأنماط المستدامة للاستهلاك والإنتاج وتنمية الموارد البشرية وضمان جميع حقوق الإنسان..." (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ١٩٩٤، فقرة ٣-١٦).

في بوخارست عام ١٩٧٤ بلغ عدد الدول التي كانت لديها سياسات سكانية معلنة ٢٧ منها دولتان عربيتان هما تونس ومصر. أما في القاهرة عام ١٩٩٤، فقد تجاوز عدد هذه الدول المائة (٩١٤: ١٩٩٤، Sadik)، منها خمس دول عربية هي مصر وتونس والمغرب والسودان واليمن (الإسكوا، ١٩٩٨؛ المغرب، "التقرير الوطني"، ١٩٩٨). وهذا الازدياد الكبير في عدد الدول التي تبنت سياسة سكانية معلنة يعكس اهتماما متعاظما بقضايا السكان والتنمية، حيث أثبتت تجارب العديد من بلدان العالم، فضلا عن نتائج الأبحاث العلمية، وثوق الترابط العالمي بين السكان والجهود الإنمائية الهادفة لتحقيق نمو اقتصادي مطرد في إطار تنمية مستدامة. وقد أصبح لزاما على واضعي خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية، لا سيما في الدول النامية، تضمين هذه الخطط سياسات سكانية محددة.

وجاء برنامج عمل مؤتمر القاهرة حاسما في هذا الشأن حيث طالب الحكومات بـ "إدماج قضايا السكان على الأصعدة الدولية والاقليمية والوطنية والمحلية في رسم وتنفيذ ورصد وتقييم جميع السياسات والبرامج المتصلة بالتنمية المستدامة. ومن الواجب أن تعكس الاستراتيجيات الإنمائية، بشكل واقعي، الآثار القصيرة الأجل والمتوسطة الأجل والطويلة الأجل لديناميات السكان ونتائجها فضلا عن أنماط الإنتاج والاستهلاك" (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ١٩٩٤، فقرة ٣-٥). كما دعا البرنامج حكومات العالم إلى إنشاء "الآليات المؤسسية الداخلية المطلوبة" وتوفير "البيئة المواتية، على جميع مستويات المجتمع، لضمان معالجة العوامل السكانية على الوجه المناسب في إطار عمليات اتخاذ القرارات والعمليات الإدارية في جميع الوكالات الحكومية ذات الصلة المسؤولة عن السياسات والبرامج الاقتصادية والبيئية والاجتماعية" (المصدر السابق، فقرة ٣-٧). وقد جاء تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤ منسجما مع إعلان عمان الثاني عام ١٩٩٣ الذي صدر عن لقاء عربي تحضيرا لمؤتمر القاهرة، وفيه دعوة الحكومات العربية إلى

"وضع سياسة سكانية، في إطار استراتيجية شاملة للتنمية، ومراعاة التأثيرات المتبادلة بينهما" (إعلان عمان الثاني، ١٩٩٣، فقرة ٢٤).

ونظرا للطابع الإجرائي لبرنامج عمل مؤتمر القاهرة، ورغبة منها في متابعة حديثة لما نفذته ١٧٩ دولة من أعضائها من هذا البرنامج بعد مرور خمس سنوات على انعقاده، قررت بعض منظمات الأمم المتحدة، لا سيما صندوق السكان، دعوة الجمعية العامة للأمم المتحدة إلى اجتماع خاص في هذا الشأن في حزيران ١٩٩٩. وقد تم التمهيد لهذا الاجتماع بلقاءات إقليمية جرت خلال عام ١٩٩٨ تم فيها استعراض المنجزات التي حققتها الدول في إطار تنفيذ برنامج عمل مؤتمر القاهرة، تبعتها لقاء دولي جرى في لاهاي في شباط ١٩٩٩.

وفي إطار التحضير للمؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، أرسلت اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا التابعة للأمم المتحدة (الإسكوا) استبانة خاصة إلى الدول العربية المدعوة إلى المؤتمر بغرض الاطلاع على ما تم إنجازه في كل دولة منذ انعقاد مؤتمر القاهرة عام ١٩٩٤. وقد تم استلام ١٨ إجابة استندت إليها هذه الدراسة، بالإضافة إلى التقارير الوطنية التي أعدتها الحكومات وبعض الأبحاث التي قدمت في المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي رعته كل من الإسكوا وجامعة الدول العربية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والذي عقد في بيروت في الفترة ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨. كما تستند هذه الدراسة إلى بيانات نشرتها شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة في نيويورك. والجدير بالذكر أن إجابات الحكومات العربية على استمارة الإسكوا قد تم تحليلها بصورة أولية في الورقة التي أعدها الكاتب للإسكوا بعنوان "الواقع السكاني في ضوء الإنجازات المحققة بتنفيذ برنامج عمل مؤتمر القاهرة: تحليل للاستثمارات القطرية"، والتي قدمت في المؤتمر العربي عام ١٩٩٨.

تهدف هذه الدراسة إلى: (١) استعراض الإنجازات العربية المحققة بتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في مجال السياسات السكانية التالية: النمو السكاني، الوفيات، سياسات الخصوبة والصحة الإنجابية، النوع الاجتماعي، إشراك المجتمع المدني، والدعوة والإعلام. (٢) تحديد العوائق والصعوبات أمام تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في الدول العربية فيما يتعلق بالسياسات السكانية واستعراض الموارد العربية المتاحة لتخطيط وتنفيذ السياسات والبرامج السكانية. (٣) استخلاص الدروس المستفادة من تجارب الدول العربية والرؤية المستقبلية حول استكمال تنفيذ برنامج العمل المذكور. وقبل معالجة هذه الموضوعات، من المفيد عرض تاريخ السياسات السكانية في الدول العربية ثم الواقع السكاني العربي قبل عام ١٩٩٤ ومقارنته بالوضع الراهن.

أولاً- تاريخ السياسات السكانية في الدول العربية

أظهرت الدول العربية أول اهتمام علني لها بالسياسات السكانية في المؤتمر الأول للسياسات السكانية الذي عقد في الأردن عام ١٩٧٢، غير أن الحضور اقتصر على الدول العربية الآسيوية. ثم توسع الاهتمام العربي بهذا الموضوع في الثمانينات فعقد في عمان عام ١٩٨٤ مؤتمر عربي للسكان تحضيرا للمؤتمر العالمي في مكسيكو في العام ذاته. صدر عن هذا المؤتمر إعلان عمان الأول. ثم استمر الاهتمام الرسمي العربي بقضايا السكان وتوج بإعلان عمان الثاني عام ١٩٩٣ الذي جاء في إطار التحضير للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام ١٩٩٤.

يقصد بالسياسة السكانية سياسة أو توجه حكومة ما تجاه أحد المسائل السكانية التالية: حجم السكان، تركيبهم العمري والنوعي، نموهم، المرض والوفاة، التوزيع الجغرافي والهجرة الداخلية والتحضر، الخصوبة والإنجاب، الأسرة، والهجرة الدولية. وفي العقد الأخير، أضيفت مسألة النوع الاجتماعي (الجنس) إلى المسائل السكانية الواردة في السياسات السكانية. وتستند السياسة السكانية لدولة ما إلى وعي عميق لملامحها السكانية ومعرفة دقيقة بالإجراءات المناسبة التي تستطيع هذه الدولة تنفيذها بغية التأثير في هذه الملامح، علما أن سياسة عدم التدخل في القضايا السكانية هي أيضا سياسة لها أثرها على الواقع السكاني. ولا تصاغ السياسة السكانية بمعزل عن السياسة أو الخطة الإنمائية الشاملة بل هي تشكل جزءا أصيلا وهاما منها وإن كان لها موقع واضح ومحدد في تلك السياسة الإنمائية (فاعور، ١٩٩٩).

ألف- الواقع السكاني في الدول العربية قبل عام ١٩٩٤ وبعده

تميز الواقع السكاني العربي عشية انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤ بتنوع شديد في كافة الخصائص الديموغرافية. فحجم السكان تفاوت تفاوتاً شديداً بين الدول بحيث يمكن تصنيف الدول العربية إلى عدد من الأحجام: كبير جداً (٥٠ مليون فأكثر)، كبير (٢٠ - ٣٠ مليون) متوسط (١٠ إلى ٢٠ مليون)، صغير (٣ إلى ١٠ ملايين)، وصغير جداً (دون ٣ ملايين). الدولة الوحيدة ذات الحجم الكبير جداً سكانيا هي مصر التي تجاوز عدد سكانها عندئذ ٦٠ مليوناً. وهناك ثلاث دول كبيرة الحجم (الجزائر، المغرب، السودان)، وخمس متوسطية الحجم (العراق، السعودية، سوريا، تونس، اليمن)، وأربع صغيرة الحجم (الأردن، لبنان، ليبيا، الصومال) وثمان صغيرة الحجم جداً (البحرين، جيبوتي، الكويت، موريتانيا، عمان، الضفة الغربية وغزة، قطر، الإمارات العربية المتحدة).

وتفاوت المعدل السنوي للنمو السكاني بين الدول العربية متراوحاً بين ١,٧% كحد أدنى في تونس ولبنان و أكثر من ٧% كحد أعلى في الضفة الغربية وغزة (الجدول أ في الملحق). ولو صنفنا الدول العربية حسب معدل نمو سكانها إلى أربع مجموعات (نمو بطيء - من ١-٢%، نمو متوسط السرعة - ١,٢-٣%، نمو سريع - ٣,١-٤%، ونمو سريع جداً - أكثر من ٤%)، لوجدنا أن عدد الدول بطيئة النمو هي ثلاثة فقط، يوازيها أربع سريعة النمو جداً، ست متوسطية السرعة، و ثمان دول سريعة النمو. أي أن الغالبية الساحقة من الدول كانت تنمو سكانياً بسرعة (الجدول ١، الشكل ١). وتراوح معدل المواليد الأولي في الفترة ١٩٩٢-١٩٩٤ بين حد أدنى بلغ ١٧ مولوداً لكل ١٠٠٠ من السكان في جيبوتي إلى أكثر من ٤٠ مولوداً لكل ١٠٠٠ من السكان في عمان والإمارات العربية المتحدة (الجدول أ في الملحق). كذلك تفاوت معدل الخصوبة الكلية بين مرتفع (أكثر من ٤ مواليد أحياء للمرأة)، متوسط المستوى (٣,١-٤ مواليد) ومنخفض (٢-٣ مواليد) حيث كانت تونس الدولة الوحيدة ذات الخصوبة المنخفضة (١,٧ مولود) في حين بلغ عدد الدول مرتفعة الخصوبة ١٤ دولة (الجدول ٢، الشكل ٢).

الجدول ١- توزيع الدول العربية حسب معدل نمو السكان السنوي قبل وبعد ١٩٩٤

أكثر من ٤% ٩٧-١٩٩٦ ٩٤-١٩٩٢		٣,١-٤% ٩٧-١٩٩٦ ٩٤-١٩٩٢		٢,١-٣% ٩٧-١٩٩٦ ٩٤-١٩٩٢		١-٢% ٩٧-١٩٩٦ ٩٤-١٩٩٢	
فلسطين	جيبوتي	العراق	البحرين	البحرين	الجزائر	الجزائر	لبنان
قطر	فلسطين	الأردن	الأردن	جيبوتي	مصر	مصر	المغرب
اليمن	قطر	الكويت	الكويت	موريتانيا	العراق	لبنان	تونس
	الإمارات	ليبيا	ليبيا	عمان	موريتانيا	المغرب	
		سوريا	عمان	السعودية	الصومال	الصومال	
			السعودية	السودان	السودان	تونس	
			سوريا	الإمارات			
			اليمن				

المصادر: - الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

- United Nations. 1998. National Population Policies

الجدول ٢- توزيع الدول العربية حسب معدل الخصوبة الكلية قبل وبعد ١٩٩٤

أكثر من ٤ ٩٧-١٩٩٦ ٩٤-١٩٩٢		٣,١-٤ ٩٧-١٩٩٦ ٩٤-١٩٩٢		٢-٣ ٩٧-١٩٩٦ ٩٤-١٩٩٢	
جيبوتي	الجزائر	الجزائر	البحرين	البحرين	تونس
العراق	جيبوتي	مصر	مصر	لبنان	
الكويت	العراق	الأردن	لبنان	المغرب	
ليبيا	الأردن	الإمارات	المغرب	قطر	
موريتانيا	الكويت		قطر	تونس	
عمان	ليبيا		السودان		
فلسطين	موريتانيا				
السعودية	عمان				
الصومال	فلسطين				
السودان	السعودية				
سوريا	الصومال				
اليمن	سوريا				
	الإمارات				
	اليمن				

المصادر: - الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

- United Nations. 1998. National Population Policies

والمعروف أن مستوى الخصوبة يتأثر بعاملين أساسيين: نمط الزواج (أي معدل سن الزواج الأول لدى الإناث ونسبة المتزوجات بين النساء)، ونمط استخدام وسائل منع الحمل (أي نسبة الاستخدام ومدى فعالية الوسائل المستخدمة). تشير البيانات إلى أن معظم النساء المتزوجات في الغالبية الساحقة من الدول العربية (١٤ دولة من أصل ١٧) لم يكن مستخدمات لأي وسيلة لمنع حمل في الفترة ١٩٩٢-١٩٩٤ (الجدول ٣، الشكل ٣). في ثلاث دول فقط زادت نسبة استخدام موانع الحمل عن ٥٠% من النساء.

الجدول ٣- توزيع النساء المتزوجات في الدول العربية حسب معدل استخدام وسائل منع الحمل قبل وبعد ١٩٩٤

٢٠% أو أقل		٢١-٤٩%		٥٠% +	
١٩٩٢-٩٤	١٩٩٦-٩٧	١٩٩٢-٩٤	١٩٩٦-٩٧	١٩٩٢-٩٤	١٩٩٦-٩٧
العراق	العراق	ليبيا	الجزائر	البحرين	الجزائر
موريتانيا	موريتانيا	عمان	جيبوتي	لبنان	البحرين
عمان	السودان	فلسطين	مصر	تونس	مصر
السودان	اليمن	سوريا	الأردن		الأردن
اليمن			الكويت		لبنان
			ليبيا		المغرب
			المغرب		تونس
			قطر		
			سوريا		

المصادر: - الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

- United Nations. 1998. National Population Policies

بالنسبة للأجل المتوقع عند الميلاد، وهو مؤشر جيد للمستوى الاقتصادي والاجتماعي والصحي في بلد ما، فقد تفاوت أيضا من بلد إلى آخر متراوحا بين ٤٧،٥ عاما في جيبوتي كحد أدنى و ٧٤ عاما في الكويت كحد أعلى (جدول أ في الملحق). ويمكن تقسيم الدول العربية حسب الأجل المتوقع عند الميلاد إلى ثلاث مجموعات: الأولى ذات معدلات منخفضة (٤٧-٦٠ سنة)، والثانية ذات معدلات متوسطة المستوى (٦١-٦٩ سنة)، والثالثة ذات معدلات مرتفعة (٧٠ سنة فأكثر). في عام ١٩٩٢-١٩٩٤، كانت معظم الدول العربية (١١ دولة من أصل ٢٠) ضمن المجموعة الثانية في حين بلغ عدد الدول ذات المعدلات المرتفعة أربع (الجدول ٤، الشكل ٤). وهذا يدل على أن المستوى الاقتصادي والاجتماعي والصحي يميل إلى الانخفاض في الدول العربية بشكل عام. وقد تجلّى ذلك في معدلات وفيات الرضع التي تجاوزت ٣٠ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في معظم الدول العربية (١٣ دولة من أصل ١٩) عام ١٩٩٢-١٩٩٤. فقط ست دول تنتمي فيها معدل وفيات الرضع عن ٣٠ بالآلاف (الجدول ٥، الشكل ٥). كما ظهر دنو المستوى الاقتصادي والاجتماعي والصحي في المعدلات المرتفعة لوفاة الأمومة التي تجاوزت ٢٠٠ وفاة لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية في ٧ دول في تلك الفترة (الجدول ٦).

أما بعد مؤتمر القاهرة، وفي الفترة ١٩٩٦-١٩٩٧ تحديدا، فقد استمر التباين في المعطيات الديموغرافية بين الدول العربية، لكن مستويات الخصوبة ومن ثم نمو السكان قد انخفضت بصورة ملفتة في معظمها (قارن الجدول أ بالجدول ج في الملحق). مثلا انخفض معدل الخصوبة الكلية في الأردن من ٤،٦ (٢،٨). ولو قارنا توزيع الدول العربية حسب معدل الخصوبة الكلية في الفترة ١٩٩٢-١٩٩٤ بالفترة ١٩٩٦-١٩٩٧ (الشكل ٢) لوجدنا أن عدد الدول العربية ذات الخصوبة المنخفضة (٢-٣ مواليد للمرأة) قد ارتفع بشكل لافت من دولة واحدة (تونس) إلى خمس دول وأن عدد الدول ذات الخصوبة المرتفعة (أكثر من ٤ مواليد للمرأة) قد انخفض من ١٤ إلى ١٢ مع انخفاض في معدل الخصوبة الكلية لدى كل من هذه الدول الاثنتي عشرة.

الجدول ٤ - توزيع الدول العربية حسب الأجل المتوقع عند الميلاد قبل وبعد ١٩٩٤

٧٠ سنة +		٦١-٦٩ سنة		٤٧-٦٠ سنة	
٩٧-١٩٩٦	٩٤-١٩٩٢	٩٧-١٩٩٦	٩٤-١٩٩٢	٩٧-١٩٩٦	٩٤-١٩٩٢
الجزائر	البحرين	مصر	الجزائر	جيبوتي	جيبوتي
البحرين	الكويت	الأردن	مصر	العراق	موريتانيا
الكويت	قطر	المغرب	العراق	موريتانيا	الصومال
لبنان	الإمارات	سوريا	الأردن	الصومال	السودان
عمان			لبنان	السودان	اليمن
فلسطين			ليبيا	اليمن	
قطر			المغرب		
السعودية			عمان		
تونس			السعودية		
الإمارات			سوريا		
			تونس		

المصادر: - الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

United Nations. 1998. National Population Policies -

الجدول ٥ - توزيع الدول العربية حسب معدل وفيات الرضع قبل وبعد ١٩٩٤

أكثر من ١٠٠ بالآلف		٣٠-١٠٠ بالآلف		دون ٣٠ بالآلف	
٩٧-١٩٩٦	٩٤-١٩٩٢	٩٧-١٩٩٦	٩٤-١٩٩٢	٩٧-١٩٩٦	٩٤-١٩٩٢
جيبوتي	جيبوتي	الجزائر	الجزائر	البحرين	البحرين
العراق	العراق	مصر	مصر	الأردن	الكويت
موريتانيا	موريتانيا	ليبيا	الأردن	الكويت	عمان
	السودان	المغرب	لبنان	لبنان	فلسطين
		السودان	ليبيا	عمان	قطر
		سوريا	المغرب	قطر	الإمارات
		اليمن	سوريا	تونس	
			تونس	الإمارات	
			اليمن		

المصادر: - الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

United Nations. 1998. National Population Policies -

كما ارتفع أيضا الأجل المتوقع عند الميلاد بشكل ملحوظ في كل الدول العربية التي زودتنا بالأرقام المناسبة باستثناء العراق الذي تدهور الوضع الصحي فيه فتدنى الأجل المتوقع من ٦٢,٥ عاما إلى ٥٥,٤ عاما. بالمقابل وصل الأجل المتوقع عند الميلاد في بعض دول الخليج إلى مستويات تقارب مثيلاتها في الدول الصناعية المتقدمة: ٧٤,٦ عاما في الكويت و ٧٤ عاما في الإمارات وقطر (الجدول ج في الملحق). والصورة العامة للتغير في هذا المؤشر تبين أن عدد الدول التي تجاوز الأجل المتوقع عند الميلاد فيها ٦٩ عاما قد زادت مرتين ونصف المرة خلال الفترة الزمنية المدروسة، وذلك من أربع دول إلى عشرة (الشكل ٤). ومن ثم تغير توزيع الدول العربية حسب المعدل السنوي للنمو السكاني بين ١٩٩٢-١٩٩٤ و ١٩٩٦-١٩٩٧ بحيث تضاعف عدد الدول بطيئة النمو (معدل نمو ١-٢%) من ثلاث إلى ست، وانخفض عدد الدول سريعة النمو التي تجاوز معدل النمو فيها ٣% من ١٢ إلى ٨ (الشكل ١).

الجدول ٦ - الدول العربية التي يتجاوز فيها معدل وفيات الأمومة ٢٠٠ وفاة لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية قبل وبعد ١٩٩٤

١٩٩٧-١٩٩٦	١٩٩٤-١٩٩٢
جيبوتي	جيبوتي
الجزائر	لبنان
المغرب	المغرب
السودان	السودان
موريتانيا	ليبيا
اليمن	موريتانيا
	اليمن

المصادر: - الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

- United Nations. 1998. National Population Policies

ولقد تميزت أيضا بالتباين الشديد الأوضاع الصحية والاجتماعية التي كانت سائدة في العالم العربي قبل عام ١٩٩٤. لقد تراوح مثلا معدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين ٤٥ في المائة في المغرب واليمن و ٨٩ في المائة في الكويت (الجدول ب في الملحق)، وتفاوتت نسبة السكان الحاصلين على مياه صالحة للشرب بين ٢٤ في المائة في السودان و ١٠٠ في المائة في الكويت والبحرين وقطر. كذلك اختلفت من بلد إلى آخر نسبة الإناث اللواتي يتعرضن لعملية بتر أجزاء من أعضائهن التناسلية (الجدول ب). ويلاحظ ارتفاع حالات الإصابة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي بما في ذلك فيروس نقص المناعة المكتسب (AIDS) في جيبوتي. لكن هذه الأوضاع الصحية والاجتماعية قد تحسنت في كل الدول العربية بعد عام ١٩٩٤ باستثناء العراق (الجدول د) دون أن يزول التباين القائم فيما بينها. ولو قارنا مثلا نسبة الأمية لدى الإناث في الفترة ١٩٩٢-١٩٩٤ مع مثيلتها عام ١٩٩٦-١٩٩٧ لوجدنا أن عدد الدول التي تلم فيها أكثر من نصف الإناث بالقراءة والكتابة قد ارتفع من ست إلى تسع (الشكل ٦)، وأن في أربع من هذه الدول الثماني، تلم أكثر من ثلاثة أرباع الإناث بالقراءة والكتابة (الجدول ٧).

الجدول ٧ - توزيع الدول العربية حسب نسبة الأمية لدى الإناث قبل وبعد ١٩٩٤

تحت ٢٥%		٢٥-٣٤%		٣٥-٤٩%		٥٠% +	
١٩٩٢-٩٤	١٩٩٦-٩٧	١٩٩٢-٩٤	١٩٩٦-٩٧	١٩٩٢-٩٤	١٩٩٦-٩٧	١٩٩٢-٩٤	١٩٩٦-٩٧
لبنان	البحرين	البحرين		ليبيا	الجزائر	الجزائر	
	الأردن	الأردن		السعودية	جيبوتي	جيبوتي	
	الكويت	الكويت		سوريا	مصر	مصر	
	لبنان			تونس	موريتانيا	موريتانيا	
					المغرب	المغرب	
					السعودية	السودان	
					سوريا		
					تونس		

المصادر: - الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

- United Nations. 1998. National Population Policies

باء- السياسات والاستراتيجيات الإنمائية والسكانية

صرحت كل الدول العربية التي أجابت على استمارة الإسكوا ، باستثناء قطر، بوجود خطة إنمائية لديها تعود لسنوات مختلفة تتراوح بين ١٩٩٨ و ٢٠٠٧، كما أن هذه الخطط كلها باستثناء خطة العراق تتضمن إشارة لبرنامج أو أهداف سكانية وإن كانت خطة موريتانيا الإنمائية لا تتضمن متغيرات سكانية بشكل واضح. والمتغيرات التي تضمنتها غالبية الخطط الإنمائية هي: حجم السكان، معدل نموهم، توزيعهم الجغرافي وحسب العمر والجنس، مستوى الوفيات والخصوبة ومعدل استخدام موانع الحمل، التحضر والهجرة الداخلية والخارجية. من هنا يمكن القول بأن معظم الدول العربية قد خطت خطوات هامة باتجاه صياغة سياسة سكانية نظرا لما تضمنته خططها الإنمائية من توجهات ومنطلقات وإجراءات تشمل مسائل سكانية متنوعة أبرزها تقديم الخدمات الصحية المتنوعة للمرأة لا سيما تلك المتعلقة بالإنجاب وتنظيم الأسرة، السعي لخفض معدل وفيات الأطفال والأمومة، إلزامية التعليم الأساسي للجنسين، والتوسع في إيجاد فرص عمل للمرأة. غير أن ما يقارب نصف الدول العربية لم يضع حتى الآن سياسة سكانية محددة ومعلنة. فقط ١١ دولة عربية لديها سياسة سكانية واضحة ومعلنة هي الجزائر وجيبوتي ومصر والعراق والأردن والكويت وموريتانيا والمغرب والسودان وتونس واليمن، منها أربع أقرت سياساتها السكانية قبل عام ١٩٩٤ وأربع أقرتها في عام ١٩٩٤، تاريخ انعقاد مؤتمر القاهرة، أو بعده، وثلاث دول لم تحدد تاريخ الإقرار.

تضمنت السياسات السكانية/القطاعية بعض الأهداف الكمية في المجال السكاني والاجتماعي أهمها معدل وفيات الرضع الذي ورد في معظم السياسات (١٢ دولة)، معدل وفيات الأمومة (١٠ دول)، معدل استخدام وسائل منع الحمل (٩ دول)، نسبة الالتحاق المدرسي (٩ دول)، ومعدل الإلمام بالقراءة والكتابة (٩ دول). وقد أعدت معظم الدول العربية استراتيجية محددة ومعلنة بعد إعلان عمان ١٩٩٣ والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية ١٩٩٤ في المجالات التالية: السكان والنمو الاقتصادي والتنمية المستدامة (١٤ دولة)، تنظيم الأسرة/المباعدة بين المواليد (١٥ دولة)، الصحة ومعدلات الاعتلال والوفيات ونقص المناعة المكتسب-الإيدز (١٥ دولة)، المساواة بين الجنسين والإنصاف وتمكين المرأة (١٦ دولة)، الأسرة وأدوارها وحقوقها وتكوينها (١٥ دولة)، الصحة الإنجابية (١٤ دولة)، توزيع السكان (١٢ دولة)، التحضر (١٢ دولة)، الهجرة الداخلية (١٢ دولة)، الهجرة الدولية (١١ دولة)، الأطفال والشباب (١٦ دولة)، نظم البيانات والمعلومات (١٧ دولة)، قواعد البيانات (١٦ دولة)، التدريب والبحوث (١٦ دولة)، الإعلام والتثقيف والاتصال (١٧ دولة)، المشاركة مع المنظمات غير الحكومية والتنسيق بينها وبين العمل الرسمي بصورة شاملة (١٧ دولة)، والمشاركة مع القطاع الخاص (١٦ دولة).

تختلف الأولويات السكانية الواردة في السياسات السكانية للدول العربية من دولة إلى أخرى، فمن بين ١٧ متغيرا سكانية معطى، اعتبرت بعض الدول واحدا منها في المرتبة الأولى من الأهمية في حين اعتبرت دول أخرى متغيرا آخر (الجدول ٨). وهذا اختلاف متوقع لأسباب متعددة من أهمها تباين الأوضاع السكانية بين البلدان. بعض الدول مثلا وضعت الحجم السكاني بين المسائل السبعة الأولى في الأهمية، إما لاعتبار عدد سكانها صغيرا جدا بالنسبة لإمكانياتها الاقتصادية (مثلا الكويت، قطر، عمان) أو كبيرا جدا (مصر، المغرب)، في حين اعتبرت دول أخرى (مثلا لبنان، المغرب، تونس) أن اختلال التوزيع الجغرافي للسكان أو عدم التوازن الجهوي/الإداري هو من الأولويات السبعة في توجهاتها السكانية. وقد تراوحت المرتبة الوسطية (median score) للمتغيرات السكانية المذكورة بين ٢,٠ و ١٧,٠ وحل في المرتبة الأولى بينها عامل خفض الوفيات وفي المرتبة الثانية معالجة زيادة النمو السكاني في مقابل قلة فرص العمل المتاحة. أما معالجة مشكلة معدل الوفيات لا سيما بين الأطفال الرضع والأمهات فاعتبرته ١١ دولة عربية ضمن أولوياتها السكانية السبعة، منها خمس دول وضعته في المرتبة الأولى. وأما معالجة زيادة النمو السكاني فاعتبرته ١١ دولة عربية ضمن أولوياتها السكانية السبعة، منها دولتان وضعته في المرتبة الأولى.

تعكس أولوية خفض الوفيات مشكلة ارتفاع معدل الوفيات للرضع والأمهات في عدد من الدول العربية الأقل نمواً لا سيما العراق والسودان وجيبوتي حيث تجاوز معدل وفيات الرضع في كل منها ١٠٠ وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي. كما تعكس رغبة في متابعة خفض معدل الوفيات لدى الدول التي وصل معدل وفيات الرضع والأمومة فيها إلى مستويات متوسطة بالمقارنة مع الدول المتقدمة صناعياً. كذلك يشير الاهتمام بزيادة النمو السكاني إلى وعي دول عربية عديدة لأثره السلبي على النمو الاقتصادي وتوفير فرص العمل للشباب وغير ذلك من الآثار.

حل ثالثاً في سلم الأولويات مستوى معدلات الخصوبة (زيادة/ تخفيض) ورابعاً قلة نسبة السكان العاملين اقتصادياً. إن المستوى المرتفع جداً للخصوبة في عدد من الدول العربية (حيث يتجاوز معدل الخصوبة الكلية ٥ مواليد للمرأة الواحدة) والانخفاض البطيء في البعض الآخر جعل الغالبية الساحقة من الدول العربية (باستثناء البحرين وتونس وقطر) تحافظ على معدل للخصوبة الكلية لا يقل عن ٣ مواليد للمرأة الواحدة، مما يستدعي متابعة السعي لخفض معدلات الخصوبة في معظم الدول العربية. أما مسألة قلة نسبة السكان العاملين اقتصادياً فعائدة لسببين رئيسيين: (١) التركيب العمري الفتى للسكان الذي يصاحب معدلات الخصوبة المرتفعة ويتغير ببطء بعد هبوطها لمستويات دنيا. (٢) المعدل المتدني لمشاركة المرأة العربية في النشاط الاقتصادي لأسباب مختلفة أهمها يتعلق بسيطرة القيم الاجتماعية التقليدية غير المشجعة لعمل المرأة خارج المنزل. ويدل وضع العديد من الدول العربية هذه القضية في المراتب السبعة الأولى من سلم الأولويات على حرصها على متابعة معالجتها التي تستغرق زمناً ليس بالقصير.

في المرتبة الأخيرة (مرتبة ١٧) وضعنا القضايا الأخرى غير المحددة، وفي المرتبة ما قبل الأخيرة حلت قضية شيخوخة السكان سبقها في المرتبة ١٥ تفضيل الأبناء الذكور (الجدول ٨). معلوم أن شيخوخة السكان لم تصبح بعد من السمات الديموغرافية لأي مجتمع عربي ومن ثم لا يتوقع أن تشكل أولوية سكانية. أما تفضيل الأبناء الذكور فهو بالرغم من ممارسته المنتشرة في أرجاء العالم العربي لا تعتبره الدول قضية ملحة تؤثر في خططها الإنمائية وبالتالي لا ترى ضرورة لمعالجتها.

وفي إطار مفهومها للعلاقة بين السكان والتنمية، ترى معظم الدول العربية أن الخصوبة المرتفعة والنمو السكاني السريع يؤثران سلباً على التنمية (١٢ دول)، وأن الخصوبة المرتفعة تشكل خطراً على حياة الأم والطفل (١٤ دولة)، وأن الهجرة والتوزيع السكاني عاملان أساسيان في التنمية (١٢ دولة). لكن غالبية الدول لا ترى أن انخفاض الخصوبة ونقص العمالة يؤثران على التنمية (الإسكوا، ١٩٩٨).

الجدول ٨ - الأولويات السكانية في السياسات السكانية العربية^(٩)، ١٩٩٨

الأولويات السكانية	عدد الدول التي اعتبرتها في المرتبة الأولى	عدد الدول التي اعتبرتها في المرتبة السابعة وما دون	المرتبة الوسطية (median)	ترتيب الأولويات حسب رتبة الوسيط (median)
قضايا المراهقين	٠	٣	١٠,٠	١٢
شيخوخة السكان	٠	١	١٤,٥	١٦
اختلال التوزيع الجغرافي	١	٦	٩,٥	١١
الهجرة الداخلية	٠	٥	٨,٥	٨
الهجرة الخارجية	١	٥	١٠,٠	١٢
الأسرة	٢	٨	٧,٠	٦

الجدول ٨ (تابع)

الأولويات السكانية	عدد الدول التي اعتبرتها في المرتبة الأولى	عدد الدول التي اعتبرتها في المرتبة السابعة وما دون	المرتبة الوسطية (median)	ترتيب الأولويات حسب رتبة الوسيط (median)
الوفيات	٥	١١	٢,٠	١
اختلال التركيب العمري والنوعي	٠	٨	٦,٥	٥
اختلال التركيب السكاني (حسب الأصل والجنسية)	١	٤	١٣,٠	١٤
اختلال التركيب المهني والقطاعي	٠	٦	٩,٠	١٠
تفضيل الأبناء الذكور	٠	٠	١٣,٥	١٥
مستوى معدلات الخصوبة	٢	١٢	٥,٠	٣
قلة مساهمة الإناث في الإنتاج	٠	٨	٧,٠	٦
قلة نسبة السكان العاملين اقتصاديا	٠	٩	٥,٥	٤
زيادة النمو السكاني في مقابل قلة فرص العمل المتاحة	٢	١١	٣,٥	٢
الحجم السكاني	١	٦	٨,٥	٨
قضية أخرى	٠	٢	١٧,٠	١٧

المصدر: الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

(*) عدد الدول = ١٥.

١- سياسات نمو السكان

تختلف رؤى الحكومات العربية لمؤشراتها الديموغرافية تبعا لسياساتها التنموية وأهدافها السياسية وليس هناك مثلا من رابط قوي بين مستوى معدل النمو السكاني وتقدير الحكومات لهذا المستوى إن كان منخفضا، مرتفعا، أم مقبولا. ففي عام ١٩٩٦، كان معدل النمو السنوي في ست دول عربية من ١-٢%، وهو أدنى المعدلات في العالم العربي. لكن ثلاث دول من أصل ستة اعتبرت هذا المعدل مرتفعا جدا (ربما لرغبتها في الإسراع بالوصول إلى وقف النمو) في حين اعتبرته ثلاث أخرى مقبولا (الجدول ٩). من جهة ثانية، يتفاوت معدل النمو السكاني لدى الدول الأربع التي تعتبر معدل نموها منخفضا جدا بين ما يقارب ٣% و ٦%، وهي معدلات جد مرتفعة، وذلك لأن هذه الدول راغبة في زيادة سريعة لعدد سكانها إما لأن نموها الاقتصادي سريع ويحتاج لعمالة ضخمة الحجم مثل نصف دول مجلس التعاون الخليجي أو لاعتقادها بأن زيادة عدد السكان يزيد قوة الدولة السياسية والعسكرية ويحافظ على استقرار النظام فيها.

وانسجاما مع هذه الرؤى تجاه معدل النمو السكاني، وضعت الدول العربية سياسات معينة تهدف إلى رفع معدل النمو، المحافظة عليه، خفضه، أو عدم التدخل للتأثير فيه. وقد تغيرت هذه السياسات بين عامي ١٩٨٦ و ١٩٩٦ حيث اعتمدت دولتان (موريتانيا والإمارات العربية المتحدة) سياسة عدم التدخل بدلا من السعي لرفع معدل نموها، وتسعى دولتان أخريان (الأردن والسودان) لخفض معدل نموها بدلا من عدم التدخل (الجدول ١٠).

الجدول ٩ - رؤية الحكومات العربية فيما يتعلق بمعدل النمو السكاني حسب هذا المعدل، ١٩٩٦

معدل النمو السنوي	منخفض جدا	مقبول	مرتفع جدا
١-٢%		لبنان، الصومال، تونس	الجزائر، مصر، المغرب
١-٢،٣%	عمان، السعودية	البحرين، جيبوتي، موريتانيا	السودان، الإمارات
١-٣،٤%	العراق	الكويت، ليبيا، سوريا	الأردن
٤%+	قطر		اليمن

المصادر: - الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

- United Nations. 1998. National Population Policies

الجدول ١٠ - سياسات الدول العربية تجاه النمو السكاني في عامي ١٩٨٦ و ١٩٩٦

السياسة عام ١٩٩٦				السياسة عام ١٩٨٦
رفع معدل النمو	المحافظة على المعدل	خفض المعدل	عدم التدخل	
العراق، عمان، قطر، السعودية	الكويت	الجزائر، مصر، المغرب، تونس	موريتانيا، الإمارات	رفع معدل النمو
		الأردن، السودان	البحرين، جيبوتي، لبنان، ليبيا، الصومال، سوريا	المحافظة على المعدل
		اليمن		خفض المعدل
				عدم التدخل
				لا معلومات

المصادر: - الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

- United Nations. 1998. National Population Policies

٢- السياسات المتعلقة بالوفيات

في عام ١٩٩٦، اعتبرت معظم الدول العربية التي أجابت على استمارة قسم السكان في الأمم المتحدة (١١ دولة من أصل ١٩) أن مستوى الوفيات لديها غير مقبول، ومعظم هذه الدول يعاني من معدلات مرتفعة لوفيات الرضع والأطفال يتمثل بأجل متوقعة عند الميلاد تتراوح بين ٤٧ و ٦٠ سنة (الجدول ١١). لكن هذه المجموعة تضم أيضا أربع دول تتمتع بمستوى وفيات غير متدن فالأجل المتوقع عند الميلاد في كل منها لا يقل عن ٧٠ سنة. ويمكن تفسير موقف هذه الدول بأنه يعكس رغبة في الاستمرار في خفض معدل الوفيات لديها حتى يصل لأدنى مستوى ممكن في إطار أحدث المعارف الطبية في العالم. من جهة ثانية، ثمة دول عربية (٣ دول) راضية عن مستوى الوفيات لديها بالرغم من أن الأجل المتوقع عند الميلاد في كل منها لم يبلغ بعد ٧٠ سنة.

الجدول ١١ - رؤية الحكومات العربية لمستوى الوفيات لديها حسب الأجل المتوقع عند الميلاد، ١٩٩٦

الأجل المتوقع عند الميلاد	مقبول	غير مقبول
٤٧-٦٠ سنة	الأردن، مصر، سوريا	العراق، موريتانيا، السودان، جيبوتي، اليمن، الصومال
٦١-٦٩ سنة	البحرين، الكويت، قطر، تونس، الإمارات	المغرب
٧٠ سنة +		الجزائر، لبنان، عمان، السعودية

المصادر: - الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

- United Nations. 1998. National Population Policies

٣ - السياسات الإنجابية

تقوم السياسة الإنجابية على التأثير في مستوى الخصوبة باعتماد الإجراءات المناسبة للوصول إلى أحد الأهداف الأربعة التالية: رفع مستوى الخصوبة (أي رفع معدل الخصوبة الكلية)، خفض مستوى الخصوبة، المحافظة على مستوى الخصوبة، أو عدم التدخل باتخاذ أية إجراءات وترك العوامل المجتمعية الأخرى تؤثر وحدها على مستوى الخصوبة. في عام ١٩٨٦، كانت السياسة الإنجابية في ثلاث دول عربية هي رفع مستوى الخصوبة، لكن هذه المجموعة تقلصت عددياً في عام ١٩٩٦ إلى دولة واحدة هي العراق (الجدول ١٢)، علماً أن تنفيذ هذه السياسة لم يعد واقعياً بسبب الظروف الاقتصادية للعراق. لقد تضاعف عدد الدول العربية الساعية إلى خفض مستوى الخصوبة من أربع إلى ثمان بين عامي ١٩٨٦ و ١٩٩٦، وزاد عدد الدول التي تعتمد سياسة عدم التدخل من ست إلى سبع، وتلك العاملة على المحافظة على مستوى الخصوبة من ثلاث إلى أربع. وتجدر الإشارة إلى أن معدل الخصوبة الكلية في دول تنتمي لمجموعات مختلفة (مثلاً البحرين وتونس وقطر) قد انخفض إلى ما دون ٣ مواليد للمرأة الواحدة، وهو مستوى منخفض نسبياً بالمقياس العالمي.

الجدول ١٢ - السياسات الإنجابية للدول العربية في عامي ١٩٨٦ و ١٩٩٦

السياسة الإنجابية عام ١٩٩٦				السياسة الإنجابية عام ١٩٨٦
رفع مستوى الخصوبة	المحافظة على مستوى الخصوبة	خفض مستوى الخصوبة	عدم التدخل	
العراق	الكويت عمان، قطر، السعودية	الجزائر، مصر، المغرب، تونس، البحرين، الأردن، السودان اليمن	الإمارات	رفع مستوى الخصوبة المحافظة على مستوى الخصوبة خفض مستوى الخصوبة عدم التدخل لا معلومات

المصادر: - الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

- United Nations. 1998. National Population Policies

ويبين الجدول ١٣ أن سياسات الإنجاب في بعض الدول العربية تتأثر بمستوى الخصوبة أي بمعدل الخصوبة الكلية (مثلا الجزائر، مصر، اليمن، السودان). لكن عوامل أخرى، سياسية وأمنية، تبدو أكثر أهمية في تحديد السياسات الإنجابية لدول أخرى (مثلا الكويت، السعودية، عمان، العراق، ليبيا). كما أن الدول الأكثر فقرا والأقل نموا في العالم العربي (مثل الصومال وجيبوتي) عاجزة عن التدخل المؤثر بسبب إمكانياتها المحدودة مما قد يفسر اعتمادها سياسة عدم التدخل.

الجدول ١٣ - السياسات الإنجابية للدول العربية حسب معدل الخصوبة الكلية، ١٩٩٦

معدل الخصوبة الكلية (مواليد أحياء لكل امرأة)	سياسات الخصوبة		
	خفض المستوى	رفع المستوى	المحافظة على المستوى
٣-٢	البحرين، المغرب، تونس	قطر	لبنان
٤-٣,١	الجزائر، مصر، الأردن		الإمارات
أكثر من ٤	السودان، اليمن	العراق	الكويت، عمان، السعودية جيبوتي، ليبيا، موريتانيا، الصومال، سوريا

المصادر: - الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

- United Nations. 1998. National Population Policies.

يتفاوت معدل استخدام وسائل منع الحمل لدى النساء من دولة عربية إلى أخرى بحيث تنقسم هذه الدول إلى ثلاث مجموعات: الأولى يتدنى فيها استخدام الموانع (٢٠% من النساء المتزوجات أو أقل)، الثانية ترتفع فيها نسبة الاستخدام شاملة نصف النساء على الأقل، والثالثة تتوسط فيها نسبة الاستخدام بين ٢١% و ٤٩%. لكن ما يقارب نصف الدول العربية (٩ دول) لا يملك بيانات إحصائية حول نسب الاستخدام. وبصرف النظر عن معدل استخدام النساء العربيات لوسائل منع الحمل، فإن الغالبية الساحقة من الدول التي زودت الإسكوا بالبيانات (١١ من أصل ١٢) تدعم بصورة مباشرة استخدام هذه الوسائل (الجدول ١٤).

الجدول ١٤ - توزيع الدول العربية حسب معدل استخدام وسائل منع الحمل
ومدى دعم الحكومات لخدمات تنظيم الأسرة، ١٩٩٦

مستوى الدعم الحكومي	معدل استخدام وسائل منع الحمل		
	٢٠% أو أقل	٢١-٤٩%	أكثر من ٥٠%
دعم مباشر	موريتانيا، السودان، اليمن	سوريا	الجزائر، البحرين، مصر، الأردن، لبنان، المغرب، تونس
دعم غير مباشر		عمان	
لا دعم			

المصادر: - الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

- United Nations. 1998. National Population Policies.

يسود دول العالم منذ سنوات، وخاصة إثر انعقاد مؤتمر القاهرة عام ١٩٩٤، اتجاه قسوي لتجاوز المفهوم التقليدي لتنظيم الأسرة وتجنب تحديد معدلات للخصوبة تسعى الدول لتحقيقها خلال فترة زمنية معينة. هذا الاتجاه يقوم على التركيز على برامج الصحة الإنجابية والجنسية كجزء أساسي من برامج الرعاية الصحية الأولية، وهو التوجه الغالب في معظم الدول العربية اليوم. لكن خمس دول عربية هي الجزائر ومصر والأردن وتونس واليمن قد تابعت النهج السابق في سياساتها السكانية فحددت معدلات للخصوبة الكلية تسعى لتحقيقها في تاريخ مستقبلي معين. ومفهوم الصحة الإنجابية السائد في مختلف الدول ومنها العربية هو المفهوم الوارد في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤، والذي يعرف الصحة الإنجابية بأنها "حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة." أما الرعاية الصحية الإنجابية فتشمل "مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية. وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية." (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ١٩٩٤، فقرة ٧-٢).

(١) برامج الصحة الإنجابية

لم يكن مفهوم الصحة الإنجابية الذي تناوله برنامج عمل مؤتمر القاهرة عام ١٩٩٤ بعيدا عن دعوة إعلان عمان الثاني في عام ١٩٩٣ الدول العربية إلى "إدماج خدمات تنظيم الأسرة في الخدمات الصحية الأخرى للأسرة بما في ذلك توسيع وتبسيط إيصال خدمات صحة الأم والطفل وتنظيم الأسرة وكذلك برامج الثقافة الصحية في إطار الرعاية الصحية الأولية" (إعلان عمان الثاني، ١٩٩٣، فقرة ٦٣-ب). وقد استجابت الغالبية الساحقة من الدول العربية لهذا النداء فقامت بتضمين برامج الصحة الإنجابية لديها العناصر التالية من الصحة الإنجابية كجزء من الرعاية الصحية الأولية (الشكل ٧): تنظيم الأسرة (١٧ دولة)، الوقاية من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي (STDs)/فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/نقص المناعة المكتسب (AIDS) (١٨ دولة)، والأمومة الآمنة (١٨ دولة). كما يقوم عدد أقل من الحكومات بتنفيذ العناصر التالية من الصحة الإنجابية: الوقاية من العقم (١٤ دولة)، المعلومات والخدمات المتعلقة بصحة المراهق الإنجابية (١٠ دول)، الوقاية من الإجهاض ومعالجة عواقبه (١٠ دول)، والدعوة وتوفير المعلومات التي توضح الأضرار والمساوئ المرتبطة بعملية بتر أجزاء من الأعضاء التناسلية للإناث (٦ دول). وهذا العنصر الأخير ليس موضع اهتمام من غالبية الدول العربية لأن ختان الإناث لا يمارس فيها. وقد اتخذت ١٧ دولة إجراءات لدمج عناصر الصحة الإنجابية (الإسكوا، ١٩٩٨).

ويلاحظ أن خدمات الصحة الإنجابية ليست متماثلة في الدول العربية فهي تتباين تبعا لحاجات وقدرات هذه الدولة ولرؤيتها حول مدى انسجام هذه الخدمات مع القيم الاجتماعية السائدة في مجتمعاتها. مثلا في الدول التي ترتفع فيها معدلات الإنجاب ويتسارع النمو السكاني وينخفض نصيب الفرد من الدخل القومي، تغيب عن برامج الصحة الإنجابية الخدمات المرتبطة بالوقاية من العقم (مثلا جيبوتي، فلسطين، واليمن).

وتوفر غالبية الحكومات العربية لمواطنيها الراشدين وسائل منع الحمل بأقل كلفة أو مجانا دون وجود موانع قانونية. كما تؤدي الجمعيات الأهلية لتنظيم الأسرة دورا بارزا في هذا المجال وكان العديد منها قد بدأ في توفير الموانع للنساء المتزوجات الراغبات قبل أن تقرر الحكومات تقديم هذا النوع من الخدمات. أما الإجهاض فهو محرم حسب قوانين الدول العربية كلها، ما عدا تونس، باستثناء حالات خاصة يسمح بها. من جهة ثانية وضعت كل الدول تقريبا خططا وطنية للحمل والولادة الآمنة والرضاعة الطبيعية وللمحد من انتشار الأمراض التناسلية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي بما في ذلك فيروس نقص المناعة.

ويتضمن مفهوم الدول العربية للعلاقة بين تحسين خدمات الصحة الإنجابية من جهة والاستقرار السكاني والنهوض بالموارد البشرية من جهة ثانية، المواقف التالية:

- ♦ يؤدي توفير خدمات الصحة الإنجابية إلى تحسين صحة الأم والطفل ويخفض وفيات الأمومة والأطفال (١٨ دولة).
- ♦ يؤدي توفير خدمات الصحة الإنجابية إلى تخفيض مستوى الخصوبة وبالتالي إلى الاستقرار السكاني (١٤ دولة).
- ♦ التركيز على الصحة الإنجابية يخفف من الجهود المبذولة في مجال تنظيم الأسرة (١٣ دولة).
- ♦ إن دمج تنظيم الأسرة بخدمات الصحة الإنجابية يحقق أهداف السياسة السكانية في الاستقرار السكاني (١٦ دولة).

(١) برامج المراهقين والشباب

يشكل المراهقون (٩١-٠١) في الدول العربية حوالي ربع السكان فيما يشكل الشباب (٥١-٤٢) خمسهم. وقد قرر برنامج عمل مؤتمر القاهرة أنه: "يجب على البلدان أن تكفل في برامج ومواقف مقدمي الرعاية الصحية ألا تحد من حصول المراهقين على ما يحتاجونه من خدمات ومعلومات مناسبة، بما في ذلك المعلومات عن الأمراض التي تنتقل جنسياً، وعن الإعتداءات الجنسية" و "أن تحافظ على حقوق المراهقين في الخصوصية والسرية والاحترام والرضا الواعي، مع احترام القيم الثقافية والمعتقدات الدينية ... وينبغي للبلدان عند الاقتضاء أن تزيل العوائق القانونية والتنظيمية والاجتماعية التي تعترض سبيل توفير المعلومات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين" (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ١٩٩٤، فقرة ٧-٤٥).

تشمل برامج المراهقين والشباب الجوانب الهامة التالية: المعلومات، التدريب، والخدمات. في إطار توفير المعلومات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، قام عدد من المؤسسات والمؤلفين بتحضير ونشر كتب ومواد تعليمية مرجعية. من هذه المراجع الكتاب المرجعي في التربية السكانية الذي أعده البرنامج الإقليمي للتربية السكانية في الدول العربية متتالاً في أربعة من أجزائه الستة مواضيع التناسل وتنظيم الأسرة والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً، كما أعد البرنامج كتاباً حول الوقاية من الإيدز. وهناك مرجع ثان حول هذا الموضوع هو النسخة العربية من "دليل التدريب للوقاية من الإيدز من أجل الشباب" الذي وضعته هيئات إسعافية وكشفية دولية وعربته المنظمة الكشفية العربية التي تضم كافة الجمعيات الكشفية والإرشادية في الدول العربية. يهدف هذا الدليل إلى توجيه قادة الشباب حول كيفية نقل المعلومات المتعلقة بالإيدز، لا سيما طرق العدوى ووقف الانتشار، إلى جمهور الشباب ويعلمهم منهجية تصميم وتقويم البرامج الصحية الهادفة إلى توعية الشباب حول هذا المرض، كما يتضمن معلومات عن مشروعات مجتمعية للوقاية منه. علاوة على ذلك، أعدت المنظمة الكشفية العربية دليلاً آخر حول التوعية الصحية لقادة الشباب هدفه مساعدة هؤلاء القادة في تدريب أقرانهم الشباب وذلك عن طريق تزويدهم بالمعلومات الملائمة وتنمية مهاراتهم في مجال التدقيق الصحي كي يصبحوا قادرين على التخطيط لحملات تثقيفية للشباب حول مشاكلهم الصحية (الجوخدار والقصير، ١٩٩٨، ص ١١).

ويمكن أيضاً للشباب في الدول العربية مطالعة بعض الكتب الجدية في مجال الصحة الجنسية مثل كتاب الإسلام والتربية الصحية للدكتورة عائدة عبد العظيم البنا الذي يستعرض التعاليم الصحية الواردة في

القرآن الكريم والأحاديث النبوية وسيرة حياة النبي، ويتضمن فصلا حول التربية الجنسية. كذلك يعتبر كتاب أحكام الشريعة الإسلامية في مسائل طبية عن الأمراض النسائية الصادر عن المركز الإسلامي للدراسات والبحوث السكانية بجامعة الأزهر للعلامة الإسلامي شيخ الأزهر السابق جاد الحق علي جاد الحق مفيدا في توعية المسلمات بمسائل الصحة الإنجابية بما ينسجم مع أحكام الدين الإسلامي. وقد أعد أساتذة في جامعة الأزهر وجامعات أخرى في مصر عام ١٩٩٧ كتاب التربية السكانية الذي يحتوي على موضوعات سكانية تهتم العالم الإسلامي مثل خدمات صحة الأسرة والشباب والجوانب الدينية للمسائل السكانية مثل العقم وتنظيم الأسرة (المصدر السابق، ص ٧).

وفي إطار توفير المعلومات المناسبة حول الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب، نفذ عدد من مشاريع التربية السكانية في التعليم النظامي التي تضمنت محورا حول الصحة والسكان شتمت على موضوع التكاثر البشري، الإنجاب وتنظيم الأسرة، والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، وذلك من منظور بيولوجي وتشريحي. كما أعدت شبكات تسلسل مفاهيم التربية السكانية في التعليم النظامي في كل من المغرب وتونس ومصر والسودان واليمن وسورية والأردن (المصدر السابق، ص ٨).

أما في مجال النشاطات التدريبية على مستوى إقليم العالم العربي، فينفذ مكتب المنظمة الكشفية العربية مشروعا لتعزيز الكفاءات الوطنية وتبادل الخبرات في مجال الصحة الإنجابية للشباب من خلال برامج الكشفية والمرشدات، وذلك في سبع دول عربية هي المغرب وتونس والسودان وفلسطين والأردن والبحرين والامارات العربية المتحدة. وتوضيحا لماهية ونشاطات برامج الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين في الدول العربية، نستعرض فيما يلي أبرز منجزات هذه البرامج في عدد مختار من الدول.

في سوريا تقوم منظمة إتحاد شببية الثورة بتنفيذ مشروع يهدف إلى توعية الشباب بالأمور المتعلقة بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة والوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها الإيدز. وقد لجأت المنظمة إلى اتباع أساليب متعددة منها عقد لقاءات شبابية خلال أيام إطلاعية معينة. مثلا أعد هذه النشاطات غطى طلاب الصف العاشر (الاول ثانوي) والمشاركين في المعسكرات الصيفية (ما يزيد على ١٠٠ ألف شاب وشابة في كافة المحافظات). كما قامت المنظمة بعرض برامج وثائقية تلفزيونية موجهة للشباب من خلال البرنامج الرائج "من الألف إلى الياء"، وإعداد مطويات إرشادية توضيحية توزع في المؤسسات التربوية ومؤسسات إتحاد شببية الثورة، والتغطية الإذاعية لنشاطات شببية الثورة المتعلقة بالصحة الإنجابية. وتلكيدا للالتزام السياسي للدولة والمنظمة بالمسائل السكانية تم تخصيص جائزة خاصة للنشاطات السكانية باسم ياسر الأسد الابن الراحل للرئيس حافظ الأسد، مقرونة بإقامة معرض خاص للأعمال الفائزة بهذه الجائزة (مثل الملصقات والمقالات) على مستوى القطر والفروع. كما أدرجت منظمة شببية الثورة في منهاجها الدائم مفاهيم الصحة الإنجابية وتمكين المرأة باعتبارها مفاهيم أساسية ذات أهمية استراتيجية. وتضع المنظمة موضوع المسألة السكانية والصحة الإنجابية باستمرار على جدول أعمال اجتماعاتها الاتحادية الأسبوعية، والتي تضم مليون و ٢٠٠ ألف شاب وشابة بكل المناطق في سوريا (نجاتي، ١٩٩٨، ص ١٠-١١).

وفي الأردن أقامت الجمعية الأردنية لحماية وتنظيم الأسرة ورشة تدريب للمراهقين والشباب حول موضوع المشورة بشأن الصحة الإنجابية. كما وضعت مفوضية الكشفية والمرشدات استراتيجية للصحة الإنجابية للشباب تهدف إلى تدريب قيادات وأفراد الحركة الكشفية والإرشادية على أسلوب تنقيف الأقران. ونفذت مؤسسة نور الحسين مشروع البرامج السكانية للقواعد الشعبية الهادف لتوعية الشابات الريفيات بقضايا الصحة الإنجابية. وكذلك قام صندوق الملكة علياء للعمل التطوعي بعقد عدة ندوات تثقيفية للشباب ولطلاب المدارس وللقيادات المحلية والدينية. وتسعى وزارة الشباب والرياضة الى ادماج مفاهيم الصحة الإنجابية في الأنشطة الثقافية لأندية الشباب وفي برامج معسكراتهم الصيفية (الجوخدار والقصير، ١٩٩٨، ص ١٢-١٣).

في الإمارات العربية المتحدة قامت جمعية المرشديات وجمعية الكشافة في مطلع عام ١٩٩٨ بتشكيل لجنة لإعداد خطة تتضمن أنشطة في مجال الصحة الانجابية والجنسية تستهدف أعضائها والفئات الشابة الأخرى. وفي البحرين، أقامت مفوضية المرشديات لأعضائها عام ١٩٩٨ ورشة عمل حول المشاكل الصحية والسلوكية لدى المراهقين تضمنت شرحاً لجوانب التربية الجنسية المرتبطة بالمشاكل العاطفية (المصدر السابق، ص ١٤).

في تونس تتعاون جمعية الكشافة التونسية مع الديوان القومي للأسرة والعمران البشري ومؤسسة عربية في تنفيذ أنشطة تثقيفية في مجال الصحة الانجابية والجنسية تستهدف ١٦ ألف شاب خارج المدرسة ومن العاطلين عن العمل. وقد شاركت الجمعية التونسية لتنظيم الأسرة في تجربة نوادي الصحة في المدارس الثانوية بتزويد معلومات في مجال الصحة الجنسية. أما بالنسبة لدور الهيئات الحكومية، فإن كلا من وزارة الصحة والسكان ووزارة الزراعة ووزارة الشباب والرياضة تقوم بتنفيذ أنشطة تثقيفية وإعلامية واتصالية للشباب في مجال الصحة الانجابية والجنسية. وتقوم وزارة الصحة والسكان بتدريب مدراء مراكز الشباب للإعلام والتثقيط والمرشدين الزراعيين حول مسائل الصحة الجنسية (المصدر السابق، ص ١٥). كما وضعت الحكومة عدداً من البرامج لإدماج التربية السكانية في مقررات التكوين في عدد من المعاهد كالمعهد الوطني للشغل والعلوم الاجتماعية، وضمن مقررات السنوات الأربع الأولى من التعليم الأساسي (قدانة، ١٩٩٨، ص ١٤-١٥).

في الجزائر كانت الجمعية الجزائرية لتنظيم الأسرة من أول الجمعيات التي اهتمت بالشباب والصحة الجنسية حيث نفذت مشروع الكاميكا "من الشباب إلى الشباب"، كما عقدت دورة تدريبية حول تقديم المشورة في هذا الميدان (الجوخدار والقصور، ١٩٩٨، ص ١٦). وفي لبنان قامت جمعية تنظيم الأسرة بتنظيم ندوات ومحاضرات تثقيفية حول الصحة الانجابية لعدد كبير من طلاب كليات الاعلام والتوثيق في الجامعة اللبنانية ومسؤولي الاعلام والبرامج في عدد من الجمعيات الاهلية، كما خصصت خطاً هاتفياً منذ عام ١٩٩٦ لتلقي مكالمات الشباب والطلاب الراغبين في الاستعلام أو تلقي المشورة في مجال الصحة الانجابية والجنسية والأمراض المنقولة جنسياً لاسيما الإيدز (عسيران، ١٩٩٨، ص ٣٢-٣٤).

في مصر، وفي إطار تطبيق منهجية الشباب للشباب التي تعتمد على تثقيف الأقران، قامت جمعية تنظيم الأسرة بتدريب قيادات شبابية في خمس محافظات على مهارات الاتصال وتزويدهم بالمعلومات الملزمة في مجال الصحة الانجابية والجنسية، وذلك كي يقوموا بدورهم بتوعية أقرانهم بتلك القضايا. كما أقامت الجمعية المصرية للوقاية من الممارسات الضارة بصحة المرأة والطفل، والتي انبثقت عام ١٩٩٣ عن جمعية تنظيم الأسرة بمحافظة القاهرة، عدداً من الأنشطة الاعلامية والتثقيفية والتدريبية لمكافحة ختان الانثى. وفي المدارس المصرية تم تنفيذ برامج تدريبية لموجهي الطلبة واتحادات الطلبة وموجهي المدارس بهدف زيادة الوعي السكاني لدى الطلبة عن طريق استخدام الندوات والمسابقات. وقد تم إجراء العديد من مسابقات الرسم بين التلاميذ من أعمار مختلفة وإشراك الفائزين في مسابقات عالمية. علاوة على ذلك، ثمة مسابقة سنوية للرسم وكتابة المقال ومجلات الحائط مخصصة لموضوعات السكان والصحة الإنجابية. وتشارك جمعية رسامي الكاريكاتير في نشر الوعي السكاني عن طريق الرسوم الكاريكاتيرية (الجوخدار والقصور، ١٩٩٨، ص ١٩-٢٠؛ الشافعي، ١٩٩٨، ص ١٩).

في المغرب، وضعت الجمعية المغربية لتنظيم الأسرة استراتيجية لإعداد الشباب على تحمل المسؤولية الوالدية والأسرية وتوعيتهم بالصحة الجنسية والانجابية متبعةً بمنهجية "الشباب للشباب"، وشكلت أندية للصحة الانجابية داخل المدارس ودور الشباب والمنظمات الاهلية كما قامت بتنظيم مهرجانات ابداعية للشباب حول الصحة الانجابية والمساواة بين الذكور والاناث (الجوخدار والقصور، ١٩٩٨، ص ٢٠-٢١). وفي اليمن قامت مفوضية الكشافة ومفوضية المرشديات بتدريب مجموعة من القادة والقائدات عهدت لهم بعد

ذلك بمسؤولية تدريب القادة الطبيعيين في الفرق الكشفية لتتقيد اقرانهم بالصحة الانجابية والوقاية من الامراض المنقولة جنسيا (المصدر السابق، ص ٢١).

لكن الإنجازات المحققة من قبل الحكومات في مجال الصحة الجنسية للمراهقين مقتصرة في أغلب الحالات على نواحي الدعوة والاتصال والإعلام والمعلومات حول الوقاية من الأمراض ذات العلاقة بالصحة الجنسية. وهذه النواحي، بالرغم من أهميتها، غير كافية لتحقيق أهداف برنامج عمل مؤتمر القاهرة المتعلقة بمسألة الصحة الإنجابية للمراهقين فهذه الأهداف تشمل أيضا تقديم الخدمات مثل الفحص البدني الهادف للاكتشاف المبكر للأمراض أو معالجة الأمراض المنقولة جنسيا أو تقديم وسائل منع الحمل.

لقد حث مؤتمر القاهرة الحكومات على تلبية "الحاجات الخاصة للمراهقين" وإنشاء البرامج الملئمة التي تتضمن "آليات دعم لتتقيد المراهقين وإسداء المشورة لهم في مجال العلاقات بين الجنسين... والسلوك الجنسي المسؤول، وتنظيم الأسرة... والصحة الإنجابية والجنسية..." (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ١٩٩٤، فقرة ٧-٤٧). لكن تجاوب الحكومات العربية مع هذا النداء لم يكن كافيا أو شاملا، فالبرامج والقوانين التي تدعم وتنظم الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين غير متوفرة سوى في ٨ دول هي البحرين ومصر وعمان وفلسطين والسودان واليمن والمغرب وتونس (الإسكوا، ١٩٩٨)، وذلك لأن هذه البرامج تصطدم بعدد من المعوقات أهمها:

♦ سوء فهم موضوع وأهداف التربية الجنسية للمراهقين من قبل معلمي المدارس وأصحاب القرار السياسي والوالدين واعتبار توفير المعلومات حول هذا الموضوع، ناهيك عن خدمات الصحة الجنسية، يؤديان إلى فساد الأخلاق، وذلك بتشجيع الشباب على ممارسة الجنس خارج إطار الزواج ومخالفة التعاليم الدينية مما يؤدي بالمجتمع إلى التفكك والانحلال. كان من نتائج هذا الفهم الخاطيء رفض معظم القائمين على البرامج التربوية استخدام مصطلح التربية الجنسية بحجة أن مسؤولية تلك التربية تقع على عاتق الوالدين والأسرة، في حين تبين نتائج الدراسات الميدانية وجود نقص كبير لدى المراهقين العرب في معرفة الامور الجنسية التي لا يطلعون عليها من ذويهم بسبب حرج المواضيع، وإنما من الاصدقاء والمجلات ووسائل إعلامية أخرى ومصادر غيرها مشكوك في دقة معلوماتها (الجوخدار والقصير، ١٩٩٨، ص ١٠ و ٢٢).

♦ عدم توفر الاهتمام اللازم بمسألة الصحة الانجابية والجنسية لدى الشباب في وسائل الاعلام المطبوعة والمسموعة والمرئية.

♦ ندرة المراجع والكتب الجيدة باللغة العربية وكذلك الوسائل السمعية والبصرية التي تتناول بموضوعية وجدية موضوع الصحة الجنسية للشباب (الجوخدار والقصير، ١٩٩٨، ص ٢٣).

(ب) توفر الخدمات

يعتبر توفر الخدمات أحد عاملين أساسيين (العامل الثاني هو نوعية الخدمة) في تحديد فعالية برامج الصحة لإنجابية ومدى استخدام خدماتها. في الدول العربية، يتفاوت توفر خدمات الصحة الإنجابية، التي تشكل في الغالب جزءا من خدمات الرعاية الصحية الأولية، من بلد إلى آخر. ففي ريف السودان مثلا تتم أكثر من خمس الولادات خارج المرافق الصحية بسبب غياب المراكز الصحية، وترتفع هذه النسبة إلى ٣٣% من الولادات في ريف الجزائر في حين تقلص هذه النسب في المناطق الحضرية لهذين البلدين (مواجدة وآخرون، ١٩٩٨، الجدول ١) كما في معظم المدن العربية بصورة عامة. لكن عدد وحدات الرعاية الصحية

في الدول العربية قد زاد في التسعينات حيث بلغ في عمان مثلاً عام ١٩٩٦ وحدة واحدة لكل ١٠٠٠٠ نسمة بعد أن كان ٠,٦ وحدة عام ١٩٨٩. وتتراوح نسب الوحدات الصحية لكل ١٠٠٠٠ نسمة في كل من عمان والسودان وسوريا وتونس واليمن ومصر والأردن ولبنان والمغرب بين حد أدنى بلغ ٠,٦ في مصر في الفترة ١٩٩٥-١٩٩٦، وحد أعلى بلغ ٢,٣ في لبنان في الفترة عينها (مواجدة وآخرون، ١٩٩٨، الجدول ١٦).

لقد تبنى عدد من الدول العربية بعد مؤتمر القاهرة عام ١٩٩٤ استراتيجيات جديدة للسكان تتضمن تيسير الحصول على خدمات الصحة الإنجابية بحيث تكون الخدمة في متناول أيدي جميع المواطنين، الميسورين منهم والفقراء، في الريف كما في الحضر. في مصر مثلاً، تسعى الحكومة في إطار تنفيذ استراتيجيتها الجديدة للسكان إلى تقديم خدمات الصحة الإنجابية في الريف والحضر من خلال ٤٢٠٠ وحدة صحية تابعة لوزارة الصحة والسكان وتشمل وحدات رعاية ومراكز صحية ومستشفيات تستهدف الفئات الاجتماعية الفقيرة. وتشارك في هذا العمل ٤٥٠ عيادة تابعة للجمعيات الأهلية التي تلبي بعض احتياجات الفئة الاجتماعية المتوسطة، إلى جانب ٣٠٠ عيادة تابعة لدور العبادة من كنائس ومساجد. أما القطاع الخاص الممثل بالصيدليات والعيادات الخاصة فيساهم بسد احتياجات ما يزيد على نصف السكان (الشافعي، ١٩٩٨، ص ٥).

كما أنجز في مصر بناء ٤٣٠ مركزاً لصحة المرأة بالمناطق المحرومة وتجديد ١٣٠٠ وحدة صحية ريفية ومركز صحي حضري. يقدم كل مركز خدمات صحية واجتماعية متكاملة، ففيه غرفة للولادة الطبيعية وعيادة للصحة الإنجابية وعيادات لباقي خدمات الرعاية الصحية الأساسية وناد للمرأة. وفي المناطق النائية في المحافظات تم توفير ٣٢٠ عيادة متنقلة في كل منها طبية وممرضة لديهما التجهيزات اللازمة لتقديم خدمات الصحة الإنجابية. وقد تم تجهيز وإعداد العشرات من دور الولادة في المناطق التي ترتفع فيها معدلات وفيات الأمهات فضلاً عن تأمين العشرات من عربات الإسعاف والعناية المركزة (المصدر السابق، ص ٧).

وفي المغرب تتوفر خدمات متعددة في مجال الصحة الإنجابية والجنسية وهي تشمل: التخطيط العائلي، الاستشارة والعلاج أثناء الحمل، الاستشارة والعلاج بعد الولادة، مراقبة الولادة والإشراف على الوضع، محاربة الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها الإيدز، أنشطة التربية والإعلام والاتصال، وتشخيص الحالات المرضية المتصلة بالصحة الإنجابية. ويتوفر في كل إقليم من الـ ٦٢ إقليماً طبياً مركزاً صحي بوحدة مكلفة بصحة الأم والطفل ومستشفى للتوجيه (بقسم الولادة وجناح للعمليات). وتضم المراكز الصحية في الريف دوراً للولادة (أسرة بدون جناح للعمليات). وتتوفر خدمات الصحة الإنجابية في ٢٠٠٠ مركز صحي عمومي و ١٥٠٠ عيادة خاصة، كما تقدم هذه الخدمات القابلات و ٧٢ جمعية نسائية أهلية. لكن التنسيق بين مختلف العاملين في مجال الصحة الإنجابية شبه غائب. وما زال القطاع الخاص في مجال التخطيط العائلي مبتعداً عن الصحة الإنجابية (بلوالي وكديرة، ١٩٩٨، ص ٣٥-٣٦).

ونظراً لأن ما يناهز أربعين بالمئة من السكان في المغرب يقطنون بعيداً عن مراكز الرعاية الصحية الأولية، فقد عمدت السلطات المختصة إلى تنمية استراتيجيات التغطية المتنقلة التي تشمل ممرضين متجولين (حوالي ١٥٠٠ ممرض على درجات نارية) وفرقاً متنقلة (بالسيارات) تجوب مناطق صعبة الاستهداف. لقد حقق المغرب منجزات عديدة في مجال توفر خدمات الصحة الإنجابية أبرزها: بناء المراكز الصحية، تجهيز الوحدات المتعلقة بصحة الأم والطفل، وبناء وتجديد أقسام الولادة ودور الولادة. وقد شملت المجالات المغطاة في برامج الصحة الإنجابية قبل مؤتمر القاهرة الاستشارة أثناء الحمل وبعد الولادة وتم بعد مؤتمر القاهرة توسيع مجال التخطيط العائلي مع إدماج طرق جديدة (المغروسات، الحقن)، إنعاش الوسائل الطويلة المدى والرفع من استعمالاتها، الولادة وتوسيع العلاجات المستعجلة المتعلقة بالتوليد وأمراض النساء، التغذية،

محاربة فقر الدم ونقص مادة اليود، علاوة على تطوير دور المرأة. وقد تم ذلك من خلال آليات متنوعة أهمها برنامج التسويق الاجتماعي للأقراص والغشاء الوقائي، تكوين أطباء القطاع الخاص، تتميط كلفة التخطيط العائلي وكلفة الخدمات، تطوير أساليب الإعلام والتربية والاتصال، وإنشاء برنامج التغذية النسائية (المصدر السابق، ص ٣٧).

وفي إطار توفير خدمات الصحة الإنجابية في المغرب، ثمة برنامج وطني لمحاربة السيدا (الإيدز) يتضمن مراقبة وتحليل دم المتبرعين بالدم لضمان خلوه من فيروس الإيدز ووضع نقاط الترصد للمراقبة الوبائية للإيدز لدى الفئات المستهدفة (وصل عدد النقاط إلى ١٥ عام ١٩٩٥). وتجري جميع المختبرات تحليلات مجانية للدم للكشف عن الإصابة بالسيدا (المصدر السابق، ص ٢٠).

في تونس، وفي إطار إيصال الخدمات المجانية إلى المواطنين حيثما كانوا لا سيما في الريف النائي، تم تدعيم الوحدات والمراكز الصحية وآليات التدخل، فارتفع عدد "مراكز الصحة الإنجابية" من ٣٥ إلى ٥٠ مركزا بين عامي ١٩٨٦ و ١٩٩٧، وارتفع خلال هذه الفترة عدد الوحدات الصحية المتنقلة العاملة في الريف والمناطق النائية من ٦٢ إلى ١٠٥، منها ٢٠ "مصلحة متنقلة" تقدم خدمات تغطي مختلف عناصر الصحة الإنجابية بصورة مدمجة (قدانة، ١٩٩٨، ص ١٨). كذلك زاد عدد مراكز الصحة الأساسية حيث يحصل المواطنون على بعض خدمات الصحة الإنجابية. وقد تم توسيع الخدمات المتوفرة لتشمل، إلى جانب تنظيم الأسرة، الفحص الطبي قبل الزواج، عيادة الأزواج، خدمات الأمومة بما فيها مراقبة الحمل وما بعد الولادة والولادة الآمنة، الوقاية من سرطاني عنق الرحم والثدي واستكشافهما المبكر وعلاجهما، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا وعلاجها، استكشاف العقم ومعالجته مع العمل على الوقاية منه، عيادات ما بعد الإنجاب وعيادات طب النساء عامة، وعيادات المراهقين والشباب. وتتوفر الخدمات على ثلاثة مستويات: محلي وتتوفر فيه خدمات الأمومة وتنظيم الأسرة، جهوي وتتوفر فيه إلى جانب خدمات الأمومة وتنظيم الأسرة عيادات العقم والتشخيص الأولي للأمراض المنقولة جنسيا وأمراض عنق الرحم والثدي، والمستوى الثالث وهو مستوى المراكز الموجودة بالمدن الجامعية والتي تتوفر فيها كل الخدمات المذكورة معا (المصدر السابق، ص ١٧).

يرتبط توفر الخدمات بسهولة الوصول إليها، بحيث يتأثر مستوى الاستخدام بطبيعة وسيلة النقل المتوفرة، طول الرحلة إلى المركز الصحي أو مكان تقديم الخدمة، وفترة الانتظار للحصول على الخدمة بعد الوصول إلى مكان تقديمها. أيضا تتفاوت سهولة الوصول إلى الخدمة بين الدول العربية. ففي السودان والجزائر مثلا تمشي ٤٠% من النساء إلى مكان الخدمة مقابل ٥% في قطر. وتستخدم ٨٩% من القطريات الحوامل سيارة خاصة للوصول إلى مكان الخدمة مقابل ١٥% من مثيلتهن في سوريا (مواجدة وآخرون، ١٩٩٨، الجدول ٥). كذلك تتباين مدة الرحلة بين الحضر والريف في الدول العربية بحيث تستغرق مدة أطول في الريف منها في المدينة. في مصر مثلا تستغرق الرحلة أقل من نصف ساعة لحوالي ثلثي الحوامل في المناطق الحضرية مقابل ٤٥% من الحوامل في الريف المصري (مواجدة وآخرون، ١٩٩٨، الجدول ٦).

(ج) نوعية الخدمات

تتأثر نسبة استخدام خدمات الصحة الإنجابية بجودة هذه الخدمات والتي يمكن قياسها بعدد من المؤشرات أبرزها: تعدد وسائل منع الحمل المتاحة، كفاءة الكادر الصحي، أسلوب التعامل والتواصل بين مقدم الخدمة ومتلقيها، والقدرة على التأثير في متلقي الخدمة بغية الاستمرار في متابعة الحصول عليها. وقد تبنى عدد من الدول العربية استراتيجية معينة تجاه نوعية الرعاية تضم العناصر الضرورية التالية: توفير وسائل متنوعة لمنع الحمل، رفع الكفاءة الفنية لمقدمي الخدمات، دراسة ماهية المعلومات المعطاة للزائرين أو

المتدردين، الاهتمام بطبيعة العلاقات الشخصية بين مقدم الخدمة ومتلقيها، استخدام آليات تشجيع الاستمرار في استعمال موانع الحمل، وملاءمة الخدمات المتنوعة.

وقام عدد من الدول العربية بإتخاذ إجراءات معينة لتحسين نوعية الرعاية الصحية الإنجابية. في مصر مثلاً تم العمل على ثلاثة محاور: (١) رفع كفاءة مقدمي الخدمات عن طريق: تطوير الكفاءة العلمية لفنبي المختبر الطبي كي يتمكنوا من إجراء الفحوص المعملية اللازمة لحالات الصحة الإنجابية، تدريب الأطباء المتخصصين في أمراض النساء والتوليد لاستلام الحالات المحالة إليهم، وتدريب الممرضات على كيفية إدارة الخدمات والعمل في مجموعات متناسقة وعلى مهارات التسجيل وإسداء المشورة والمتابعة الميدانية لحالات الحمل وما بعد الولادة. وقد تم إنشاء مركز تدريب لكل محافظة مزود بالوسائل السمعية والبصرية والمعينات التدريبية. (٢) تجديد مراكز الخدمة القائمة وزيادة عددها عن طريق تجهيز الوحدات القائمة ومدها بالأدوية وتوسيع الخدمات التي تقدمها بالإضافة إلى إنشاء مراكز جديدة في المناطق المحرومة والريفية. وقد تم تجديد أقسام النساء والتوليد في ٣٤ مستشفى أبرزها معهد ناصر الذي أصبح أول مركز متميز للتشخيص والعلاج للمستوى الثالث من الخدمة المحولة من الوحدات والمستشفيات حيث تستخدم أحدث الأجهزة للكشف الدوري عن كثافة العظام والكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم والثدي. كما تقوم الجامعات لا سيما جامعة الأزهر ممثلة بالمركز الإسلامي الدولي للسكان بتقديم الخدمات المتقدمة والتدريب وإجراء البحوث في مجال الصحة الإنجابية. (٣) توفير وسائل متنوعة لمنع الحمل في منافذ الخدمات الحكومية، علاوة على الأدوية الأساسية للصحة الإنجابية واللقاحات (الشافعي، ١٩٩٨، ص ٦-٨).

في تونس يعتمدون التدريب المتواصل للكادر الطبي المعنية بالصحة الإنجابية. وقد كلف مركز التدريب الدولي في ميدان السكان والصحة الإنجابية مهمة تأهيل مقدمي الخدمات بمختلف اختصاصاتهم بغية تطوير نوعية الخدمة وضمان نجاعتها ورضا المستفيدين منها. كما تمت مراجعة وحدات التدريب والمناهج التعليمية واستحدثت وحدات ومدومات، وأبرمت عقود تعاون فني مع الهيئات الدولية المعنية بهذا الشأن مثلى صندوق الأمم المتحدة للسكان والاتحاد الأوروبي (قدانة، ١٩٩٨، ص ١٩-٢٠).

في الأردن تم إنشاء أربع مراكز تدريبية تابعة لوزارة الصحة لتدريب الكوادر الصحية على مفهوم الصحة الإنجابية، كما تم تجهيز مراكز الأمومة والطفولة في تلك الوزارة بوحدات لتنظيم الأسرة وبرامج تثقيفية في مجال الصحة الإنجابية (الأردن، "التقرير الوطني"، ١٩٩٨). ولتحسين نوعية الخدمات في لبنان تم تطوير شبكة شاملة للرعاية الصحية تربط كافة المراكز الصحية في المناطق (لبنان، "التقرير الوطني"، ١٩٩٨). وفي الجزائر أنشأت وزارة الصحة والسكان عام ١٩٩٥ لجنة وطنية للصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، وهي لجنة استشارية حول مكونات برنامج الصحة الإنجابية طلب منها تقديم اقتراحات إجرائية حول تطوير البرنامج وتقييم نشاطاته وتنمية موارده. وفي إطار هذا البرنامج تم توسيع الخدمات وتحسين كفاءات الشبكة القاعدية الصحية وتحسين القدرات التقنية للعاملين وتطوير نظام الإعلام والتقييم. كما تم تحسين نوعية الخدمات عن طريق زيادة وتحديث التجهيزات، تطوير أسلوب وظروف استقبال متلقي الخدمة، توفير أنواع مختلفة من وسائل منع الحمل، والتوسع في الإعلام حول الصحة الإنجابية ليشمل الجهاز التعليمي في المدارس والمراكز الشبابية والمساجد (الجزائر، "التقرير الوطني"، ١٩٩٨).

يشكل التكوين المستمر عنصراً هاماً من عناصر خدمات الصحة الإنجابية في المغرب، ومفهوم التكوين يتمثل في الدروس القصيرة الأجل، إسداء المشورة مع مساعدة النساء لاختيار وسيلة منع الحمل الملائمة، وإعادة التأهيل بالتدريب حول تقنيات خدمات التخطيط العائلي، بالإضافة إلى عقد الندوات واللقاءات. وقد تم تكوين ٢٠٠٠ طبيب وصيدلي من القطاع الخاص الذين تمكنوا من توفير خدمات التخطيط العائلي لـ ٣٧ في المئة من المستفيدين من الخدمات. ويتزايد إشراك الجمعيات النسائية في الدورات التكوينية واللقاءات. وفي إطار الندوات واللقاءات، خصصت الجمعية المغربية للعلوم الطبية لقاءين (١٩٩٦)

و١٩٩٨) للصحة الإنجابية، الأول يتعلق بوفيات الأمومة والثاني بالتخطيط العائلي (بلوالي وكديوة، ١٩٩٨، ص ٤١-٤٢).

لكن، وبالرغم من اتساع نطاق خدمات الصحة الإنجابية المتاحة في الدول العربية، فإن معظم برامج الصحة الإنجابية في هذه الدول مقتصرة على تقديم خدمات الأمومة أثناء الحمل وبعد الوضع (مواجهة وآخرون، ١٩٩٨) وعلى العناية بالأطفال الرضع. من جهة ثانية، تواجه الدول العربية مصاعب وعوائق متعددة في تطبيق برامج الصحة الإنجابية منها النقص في الكادر الفني والقصور في فهم احتياجات الزائرين خاصة في إيضاح الخيارات المتاحة أمامهم. كما أنها لم تطور بعد المؤشرات الإحصائية المناسبة لمتابعة وتقويم نوعية الرعاية في برامج الصحة الإنجابية، فالمؤشرات المستخدمة اليوم لا تقيس مخرجات البرنامج بمفهومه الشامل ولا تقيس نوعية الخدمات المقدمة (مواجهة وآخرون، ١٩٩٨).

(د) الحقوق الإنجابية

الحقوق الإنجابية تعني حرية الناس "في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره". وهذا يتضمن "حق المرأة والرجل في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة" (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ١٩٩٤، فقرة ٧-٢). وتشمل الحقوق الإنجابية بعض حقوق الإنسان المعترف بها دولياً وتستند إلى "الاعتراف بالحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم وفترة التباعد فيما بينهم وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، ... كما تشمل حقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان" (المصدر السابق، فقرة ٧-٣).

لكن التطبيق السليم والدائم للحقوق الإنجابية يستدعي إنشاء قاعدة تشريعية مرنة وأن يغطي مختلف الفئات الاجتماعية والمناطق الجغرافية والإدارية في الدول. كما أن ذلك يتطلب إعداد برامج للرعاية الصحية الإنجابية تتوفر فيها خدمات متعددة منها "المشورة والمعلومات والتثقيف والاتصال والخدمات فيما يتعلق بتنظيم الأسرة، ... والرعاية قبل الولادة والولادة الآمنة والرعاية بعد الولادة ... والرعاية الصحية للرضع والأمهات، والوقاية والعلاج من العقم، والإجهاض ... وعلاج أخماج المسالك التناسلية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي..." (المصدر السابق، فقرة ٧-٦). وينبغي أن تكون هذه البرامج "مصممة لتلبية احتياجات النساء ... كما يتعين إشراك المرأة في قيادة الخدمات وتخطيطها وصنع القرار فيها وإدارتها وتنفيذها وتنظيمها وتقييمها" (المصدر السابق، فقرة ٧-٧). من جهة ثانية، لا ينبغي النظر إلى الحقوق الإنجابية كمسألة ترتبط بالصحة فحسب، وإنما كمسألة تشكل جزءاً من التنمية الشاملة التي تعتبر الإنسان هدفها. تتخذ معظم الدول العربية (١٥ دولة) تدابير لتوعية الرجال والنساء بحقوقهم الإنجابية وممارسة هذه الحقوق. لكن الحماية والحقوق الأساسية للأشخاص الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV positive) بالنسبة للعمالة والزواج والسفر لا تتوفر سوى في ٦ دول (الإسكوا، ١٩٩٨). وقد تبنت الحكومات العربية بعد عام ١٩٩٤ عدداً من الترتيبات التي تتعلق بالتشريعات أو التنفيذ في النواحي التالية من الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية (الشكل ٨): تنظيم الأسرة/ المبادعة بين المواليد (١٣ دولة)، تحسين نوعية خدمات الصحة الإنجابية الأخرى (١٦ دولة)، وفاة الأمهات (١٥ دولة)، وفاة الرضع (١٦ دولة)، الوقاية من العقم ومعالجته (١٥ دولة)، ودور الرجل في الصحة الإنجابية (١٢ دولة).

إن وضع الحقوق الإنجابية يختلف من دولة عربية إلى أخرى من حيث تقبل مختلف جوانبه ومن حيث تنفيذ نصوص برنامج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. في المغرب مثلا، ومنذ الستينيات، وضع المشرع نصوصا قانونية لحماية صحة المرأة بما فيها تلك المتعلقة باستعمال وسائل تنظيم الأسرة. وتمنع نصوص في القانون الجنائي الإجهاض إلا عندما يشكل الحمل خطرا على صحة أو حياة الأم أو الطفل أو كلاهما معا. وينص القانون المدني في عدد من الدول العربية على حماية المرأة العاملة وذلك بمنع تشغيلها في بعض الاعمال المضرة بالصحة (كالعمل بالمناجم) أو تشغيلها ليلا إلا في حالات محددة. كما أن للمرأة العاملة الحق في إجازة للامومة قبل وبعد الوضع لمدة تتفاوت من بلد إلى آخر. ويمنع القانون في المغرب العنف الجسدي والاعتداءات الجنسية التي تتعرض لها المرأة ويعاقب عليها، غير أنه من الصعب تطبيق القانون في حالات الاعتداء أو التحرش الجنسي نظرا للظروف الاجتماعية المحيطة بهذه المسألة. لذا طورت بعض الجمعيات غير الحكومية سياسة تهدف إلى تبني قضايا ضحايا العنف الجنسي من النساء ومتابعتها على المستوى القضائي والاجتماعي والصحي (بلوالي وكديرة، ١٩٩٨، ص ٣١).

وتعتبر تونس أن التطبيق السليم للحقوق الإنجابية وتوفير خدماتها يستدعي تبني عدد من الثوابت أبرزها:

- ♦ ممارسة حقوق أساسية أخرى مثل الحق في الصحة وفي حياة كريمة تتوفر فيها الحاجات الأساسية للإنسان.
- ♦ حق المواطن في الحصول على المعلومات الصحيحة المبسطة من خلال القنوات المناسبة وفي الوقت الملائم، كذلك الوصول إلى الخدمة ذات الجودة العالية بشكل ميسر وكلفة معقولة.
- ♦ توفر الدعم الرسمي والموارد البشرية والمادية الضرورييتين والأطر القانونية والمؤسسية الملائمة.
- ♦ الإدارة الجيدة للبرامج وإشراك أوسع فئات المجتمع (قدانة، ١٩٩٨، ص ٩-١٠).

وانطلاقا من هذه المبادئ وضعت استراتيجية تضمنت العناصر المتكاملة التالية: تدعيم الإطار التشريعي والمؤسسي، الإعلام والتثقيف والإتصال، الخدمات، التدريب، البحوث، والشراكة الوطنية والدولية.

في إطار تدعيم الوضع التشريعي والمؤسسي في تونس، خصصت ثلاثة مجالس وزارية ترأسها رئيس الجمهورية لموضوع السكان والصحة العائلية والإنجابية، وصدر عنها قرارات هامة. وعرف التشريع الخاص بالمرأة والأسرة جملة من التغييرات أهمها إجراءات ٥ أبريل (نيسان) ١٩٩٦ الداعية إلى ضمان استقرار الأسرة وتوازنها، ووضع خطة العمل الوطنية لفائدة الأسرة القائمة على ٤ محاور أساسية هي: العلاقات الزوجية، وتنشئة الأطفال، والصحة الجسدية والنفسية والإنجابية للأسرة، والإقتصاد العائلي. وينفذ في تونس برنامج النهوض بمناطق الظل والجهات النائية القائم على توفير البنية الأساسية والخدمات التعليمية والصحية بما في ذلك عدد من خدمات الصحة الإنجابية. كما تم أيضا تدعيم مركز البحوث في مجال الصحة الإنجابية وإحداث مركز التوثيق والإعلام حول السكان والصحة الإنجابية ومركز لإنتاج المدعمات السمعية البصرية الضرورية لعمل مختلف الجهات الفنية المعنية بالموضوع. ومن الأدلة البارزة على الدعم السياسي لبرنامج الصحة الإنجابية في تونس "جائزة رئيس الجمهورية للصحة الإنجابية" التي تمنح سنويا لمن تميز في إنجاز أعمال من شأنها النهوض بهذا القطاع (المصدر السابق، ص ١٠-١١).

٤- سياسات النوع الاجتماعي (الجندر)

وجه إعلان عمان الثاني عام ٣٩٩١ نداء إلى الدول العربية كافة من أجل العمل على "تحسين مكانة المرأة كهدف من أهداف الخطط الإنمائية الوطنية" (إعلان عمان الثاني، ١٩٩٣، فقرة ٥٦)، ودعا تلك التي لم تصادق حتى ذلك التاريخ على اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة "إلى الموافقة على هذه الاتفاقية وتطبيقها بما يتلاءم والتشريعات الوطنية، والسعي لتطوير التشريعات التي تهدف إلى تحسين أوضاع المرأة..." (المصدر السابق، فقرة ٥٧). لكن الاستجابة لهذا النداء ما زالت غير شاملة، فقد صرحت ١١ دول فقط (هي الأردن، الجزائر، العراق، الكويت، المغرب، تونس، لبنان، ليبيا، مصر، سوريا، واليمن) بأنها صدقت على هذه الاتفاقية التي تعد بمثابة إعلان عالمي لحقوق المرأة الإنسانية. أكثر من نصف هذه الدول قام بالتصديق بعد عام ١٩٩٤، منها ٩ دول قامت بتنفيذها، في حين صرحت خمس أنها لم تصدق عليها وامتنعت أربع عن الإجابة على هذا السؤال.

تتمثل أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالنسبة لمسألة المساواة بين الجنسين بما يلي:

- ♦ "تحقيق المساواة والإنصاف بناء على المشاركة المتوافقة بين الرجل والمرأة وتمكين المرأة من تحقيق كامل إمكاناتها".
- ♦ "كفالة تعزيز مساهمات المرأة في التنمية المستدامة عن طريق مشاركتها الكاملة في عمليات تقرير السياسات وصنع القرارات في جميع المراحل والاشتراك في جميع جوانب الإنتاج والعمالة والأنشطة المدرة للدخل والتعليم والصحة والعلم والتكنولوجيا والألعاب الرياضية والثقافة والأنشطة المتصلة بالسكان ومجالات أخرى بصفتها شريكا نشطا في صنع القرار ومشاركة ومستفيدة".
- ♦ "كفالة توفير ما يلزم من التعليم لجميع النساء فضلا عن الرجال لتلبية حاجاتهم الإنسانية الأساسية وممارسة حقوق الإنسان الخاصة بهم". (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ١٩٩٤، فقرة ٤-٣).
- ♦ كذلك دعا مؤتمر القاهرة الحكومات إلى "تمكين المرأة واستقلالها وتحسين مركزها السياسي والاجتماعي والاقتصادي والصحي" معتبرا هذا الأمر هدفا "بالغ الأهمية بحد ذاته وهو فضلا عن ذلك أمر أساسي لتحقيق التنمية المستدامة"، مؤكدا على وجوب "المشاركة الكاملة" بين الزوجين "على صعيدي الإنتاج والإنجاب، بما في ذلك تقاسم المسؤوليات المتعلقة برعاية الطفل وتربيته والحفاظ على الأسرة المعيشية (المصدر السابق، فقرة ٤-١). ومفهوم التمكين لا يعني إزالة الاختلافات البيولوجية بين الجنسين وإنما تحسين قدرات المرأة من أجل القضاء على كافة أشكال التمييز ضدها، الاجتماعي والسياسي والاقتصادي والقيمي. وتطبيق سياسة التمكين تستدعي بالإضافة إلى توعية النساء والرجال، تنظيم النساء في هيئات تعمل على تنفيذ ما ورد في البنود الواردة أعلاه من برنامج عمل مؤتمر القاهرة (بدري، ١٩٩٨، ص ٢).

أما مصطلح النوع الاجتماعي أو الجندر فيتضمن مفاهيم العدل والإنصاف تجاه المرأة والمساواة بينها وبين الرجل وتمكينها. ولدراسة سياسة النوع الاجتماعي في بلد أو مجتمع ما يتم تحديد مدى التمييز أو اللامساواة فيه وذلك باستخدام مؤشرات خاصة Gender Sensitive Indicators وبذلك يمكن قياس التغيرات المرتبطة بالنوع الاجتماعي في مجتمع ما خلال فترة زمنية محددة كما يمكن إجراء مقارنات بين المجتمعات.

ومن دراسة وضع المرأة العربية من منظور النوع الاجتماعي (الجندر)، يتبين أن المرأة تتخلف عن الرجل في الميادين التالية: الصحة، التعليم، والعمل، وأن القوانين عموماً لا تساويها بالرجل.

بالنسبة للمجال الصحي، يرتفع معدل الإنجاب لدى المرأة في معظم الدول العربية في ظل رعاية صحية غير كافية أثناء الحمل مما يؤدي إلى معدلات مرتفعة لوفيات الأمومة بلغت في المتوسط ٢٧٨،٤ لكل مائة ألف ولادة، كما تعاني كثير من الأمهات بعد الولادة من نقص في التغذية وفقر الدم. ويتبنى استخدام النساء العربيات لخدمات الرعاية الصحية إلى نسبة ٣٣،٨% عام ١٩٩٠، وهي نسبة دون متوسط الدول النامية (٥٣%) والدول الصناعية (٦٠%). أما الولادة تحت إشراف طبي فإنها تتراوح حسب مستوى دخل الدولة بين حد أعلى هو ١٠٠% في قطر وحد أدنى هو ٨% في الصومال. ويمارس في بعض الدول العربية في إفريقيا ختان البنات الذي يعرض حياة كثير من الطفلات إلى الخطر (بدري، ١٩٩٨، ص ٥-٦).

في مجال النشاط الاقتصادي، تتباين مساهمة المرأة بين الدول العربية ولكنها عموماً متدنية بالمقياس العالمي حيث تبلغ في المتوسط ١٦% من القوة العاملة. ويتمركز عمل المرأة خارج المنزل في القطاع الزراعي وقطاع الخدمات والتجارة، الحكومي والخاص، الذي أضحي الأكثر استخداماً للنساء في العديد من الدول العربية بمتوسط بلغ ٥٥،٧%. لكن المرأة العربية العاملة تعاني من بعض أشكال التمييز في العمل مثل حرمان المتزوجة الحق في تسجيل زوجها وأولادها في الضمان الاجتماعي في عدد من الدول، وعدم السماح لها في الانخراط ببعض المهن كالقضاء والشرطة والجيش أو الترقى فيها (المصدر السابق، ص ٦-٧). والجدير بالملاحظة أن الدول العربية التي وافقت على اتفاقية إلغاء كافة أشكال التمييز ضد المرأة تحفظت على المادة (١٦) الخاصة بالتساوي بالحقوق والواجبات داخل الأسرة بالرغم من عدم تناقض هذه المادة مع الإسلام (المصدر السابق، ص ١٣). كما أن معظم الدول التي صادقت على الاتفاقية لم تضع الآليات الفاعلة لتطبيق بنودها.

في المجال القانوني، وبالرغم من وجود مواد في دساتير العديد من الدول العربية تنص على المساواة بين الرجل والمرأة في الحقوق والواجبات، فإن هناك تمييزاً واضحاً ضد المرأة في عدد من القوانين والتشريعات المعمول بها أبرزها القوانين الجنائية وقوانين الأحوال الشخصية والجنسية والضمان الاجتماعي والتقاعد. كما تواجه النساء الراغبات في تبوء مواقع مسؤولية في السلطة السياسية مصاعب خاصة لكونهن نساء (نفاع، ١٩٩٨). بالنسبة للقوانين الجنائية يبرز الموقف من جرائم الشرف حيث تخفف العقوبة على الرجل الذي يقتل امرأة تربطه بها علاقة قرى عندما يكون الدافع للقتل الشرف عائله الذي لطخته المرأة بممارستها الجنس خارج إطار القيم العائلية المتوارثة، في حين لا تخفف العقوبة عن المرأة إذا ما قتلت زوجها أو أباه حين يقيم علاقة جنسية مع غير زوجته.

وقوانين الأحوال الشخصية، خاصة للمسلمين، لم تتطور لتمثل كل الأخلاقيات الإسلامية الواردة في القرآن والسنة. فمثلاً في عدد من الدول العربية أعطي حق الطلاق للرجل فقط دون مساواة في حين أن القرآن أكد على ضرورة الإصلاح بين الزوجين. ولقد سعت دول قليلة مثل تونس والسودان والأردن ولبنان إلى إعداد قانون جامع للأحوال الشخصية يعتمد تفسيرات ومذاهب متعددة ويستند إلى واقع المشاكل في كل منها (بدري، ١٩٩٨، ص ١٤).

أما قوانين الجنسية المعمول بها في كل الدول العربية باستثناء تونس، فتحصر حق منح الجنسية للأطفال بالأب بصرف النظر عن جنسية الأم. ونتيجة لذلك تعاني آلاف الأمهات الحاملات لجنسية إحدى الدول العربية من مشكلات اجتماعية واقتصادية حادة مثل فقدانهن الحق في تعليم أطفالهن مجاناً أو توفير الرعاية الصحية أو العمل لهم أسوة بأمهن. وتقرض بعض الدول العربية قيوداً على حق المرأة في السفر

مثل اشتراط موافقة الزوج أو ولي الأمر لاستخراج جواز السفر وذلك بصرف النظر عن عمر المرأة (المصدر السابق، ص ١٣).

ثمة معوقات أساسية أمام تحقيق العدل والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة في الدول العربية أبرزها ما يلي:

- ♦ الفجوة القائمة بين نصوص القوانين والتشريعات والإجراءات حول حقوق للمرأة وبين تطبيقها وذلك بسبب عدم التزام الجهات الرسمية والأهلية المعنية بتعزيز تلك الحقوق وحمايتها عن طريق توفير الآليات الملائمة.
- ♦ معاناة المرأة من التأثير السلبي لمجموعة من المفاهيم والقيم والأعراف السائدة التي لا تقر بالمساواة بين الجنسين، والتي تربت كثير من النساء على الاعتقاد بصوابيتها. والمعروف أن تغيير العادات والقيم السائدة حول النوع الاجتماعي أمر بالغ الصعوبة ولا يتحقق خلال سنوات قليلة.
- ♦ جهل المرأة العربية بحقوقها المنصوص عليها في قوانين دولتها وفي المواثيق الدولية ونقص الوعي والمعرفة بحقوق المرأة بين افراد المجتمع.
- ♦ ضعف و/أو عدم استقلالية مؤسسات المجتمع المدني في المجتمعات العربية عن السلطة السياسية مما جعل هذه المؤسسات عاجزة عن القيام بالإجراءات التي تعزز حقوق المرأة وتدافع عنها (نفاع، ١٩٩٨، ص ١٦-١٧).

بالرغم من المعوقات أمام تمكين المرأة العربية وتحقيق العدل والمساواة بينها وبين الرجل، غير أن هناك الكثير من الانجازات التي حققتها المرأة على طريق التنمية المستدامة وفي ميادين متعددة كالصحة والتعليم والعمل وإلغاء النصوص التشريعية التي تميز ضدها. فهناك التزام واضح من معظم الدول العربية بتعزيز المساواة بين الجنسين. على المستوى القانوني والإجرائي قامت معظم الدول بجهود ملموسة في هذا الاتجاه. وقد اتخذت كل الحكومات تقريبا إجراءات لتعزيز إشراك المرأة في القوى العاملة والإنتاج وفي صنع القرار المتعلق بالشؤون العامة، على قدم المساواة مع الرجل. وقد ساعد في تحقيق هذه الإنجازات تضافر الجهود والتعاون بين الحكومات والهيئات الدولية والمنظمات النسائية العربية غير الحكومية على المستويين الوطني والإقليمي.

في مصر أدخلت الحكومة مفهوم النوع الاجتماعي في سياساتها حيث قام المعهد الوطني للتخطيط بتدريب الكوادر الادارية العليا في الدولة وعلى المستوى الوطني والمحلي حول التعريف بالنوع الاجتماعي. كذلك يعد دليل وطني للتدريب وهناك اتجاه لإنشاء مركز معلومات احصائي عن المرأة. وقد تبنت الحكومة ترتيبات متنوعة لدعم وضع المرأة وتمكينها مثل إنشاء نواد للمرأة وإعطائها قروضا صغيرة (المصدر السابق، ص ١٩-٢٠).

في سوريا، أدخلت الحكومة زيادة على رواتب التقاعد للنساء، وهناك تفكير بإجراء تعديلات على قانون الارث وتوفير الضمان الصحي للعاملات الزراعيات وربات البيوت، وتقديم القروض للنساء العاملات في مشاريع صناعية، وتوفير التسهيلات لتعليم المرأة (المصدر السابق، ص ٢٢-٢٣). وفي اليمن، اقترت جملة قوانين وتشريعات خلال السنوات ١٩٩١-١٩٩٥ منها قانون الخدمة المدنية رقم ١٩ لسنة ١٩٩١ حول التكافؤ في الفرص والحقوق المتساوية بين النساء والرجال، وقانون العمل رقم ٥ لسنة ١٩٩٥ حول "المساواة العادلة دون تمييز في كافة ظروف العمل" وكذلك في عضوية مجلس النواب والسلطة القضائية. وقد تأسست في اليمن اللجنة الوطنية للمرأة التي أصدرت استراتيجية للنهوض بالمرأة عام ١٩٩٧، وهي تهدف تحديدا

إلى تحسين وضع المرأة اليمنية في مجالات الصحة، الاقتصاد، المشاركة واتخاذ القرار (اليمن، "النقير الوطني"، ١٩٩٨).

في تونس وضعت الحكومة بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية خطة عمل وطنية حددت فيها الأولويات للعمل ورصدت الاموال لها. كما حددت برنامجاً زمنياً لمتابعة التنفيذ وكلفت وزارة المرأة والأسرة بالمتابعة. وقد أدخلت وزارات التربية والزراعة والعدل مسألة النوع الاجتماعي (الجندر) في سياساتها. كما تأسست هيئة وطنية للتنفيذ من المنظمات الرسمية ومنظمات نسائية واللجنة الوطنية للمرأة ومعهد المرأة ومكتب المساواة على أساس الجنس ولجنة لشؤون المرأة من عدد من الوزارات المعنية. تشمل صلاحيات هذه الهيئة إزالة التمييز على أساس الجنس، مساعدة النساء في الحصول على القروض البنكية، وتمكين النساء من زيادة مساهمتهن في اتخاذ القرار (نفاع، ١٩٩٨، ص ٢٣-٢٤).

ولقد حققت المرأة في تونس مكاسب حقوقية كثيرة أبرزها: إنشاء مجلس وطني للمرأة والأسرة ترأسه وزيرة المرأة والأسرة، تشكيل لجنة وطنية استشارية حول المرأة والتنمية قامت بإعداد استراتيجية خاصة بالمرأة في إطار المخطط التاسع، إنشاء مركز الدراسات والتوثيق والإعلام حول المرأة (الكريديف) من مهامه إعداد وتطوير الدراسات والبحوث حول أوضاع المرأة والذي تضمن إحداث "مرصد حول وضعية المرأة التونسية" في صلب الكريديف، إحداث خلية لتقييم انعكاس المشاريع التنموية على وضعية المرأة في صلب وزارة شؤون المرأة والأسرة، وإقرار مبدأ حسن التعاون والاحترام المتبادل بين الزوجين وإزالة طاعة الزوجة لزوجها (بدري، ١٩٩٨، ص ١٤-١٧).

في المغرب قامت جميع الوزارات بتضمين النوع الاجتماعي (الجندر) في سياساتها. ومن المقترح تشكيل مجلس وطني يناط به قضايا المرأة ويضم ممثلين عن الوزارات المعنية والمنظمات غير الحكومية والنقابات، مهمته رفع مقترحات للحكومة حول النهوض بالمرأة (نفاع، ١٩٩٨، ص ٢٥). وفي لبنان تأسست عام ١٩٩٦ اللجنة الوطنية العليا لمتابعة شؤون المرأة التي شكلتها ورعتها الحكومة فقامت بوضع خطة للنهوض بالمرأة بالتعاون مع اللجنة الأهلية لمتابعة قضايا المرأة. كما نشأت لجان وهيئات أخرى أهلية نفذت عدداً من الدراسات والمشاريع الهادفة لتعزيز وضع المرأة اللبنانية وحماية حقوقها.

في الأردن شكلت اللجنة الوطنية الأردنية لشؤون المرأة في عام ٢٩٩١ من ممثلي القطاعين الرسمي والأهلي برئاسة سمو الاميرة بسمة وبقرار من رئيس الوزراء. وقد وضعت اللجنة استراتيجية مبنية على تحسين وتعزيز مكانة المرأة اجتماعياً واقتصادياً وقانونياً وتحقيق اوسع مشاركة ممكنة للمرأة في الحياة السياسية. واتخذت هذه اللجنة قراراً هاماً عام ١٩٩٧ حول ضرورة تضمين الخطة الخمسية الاقتصادية والاجتماعية النوع الاجتماعي (الجندر)، وتم تسمية حوالي اربعين امرأة من القطاعين العام والخاص والأهلي للعمل مع اللجنة القطاعية التي تغطي ٢٠ قطاعاً. وتم اعتماد اهداف واجراءات الاستراتيجية الوطنية للمرأة ومنهاج عمل مؤتمر بيجين والاستراتيجية الوطنية للسكان كأساس لمختلف قطاعات الخطة وبالتالي دمج السياسات والبرامج التي تهدف إلى النهوض بالمرأة ضمن جميع قطاعات الخطة (نفاع، ١٩٩٨، ص ٢٦-٢٩).

كذلك حققت المرأة الأردنية مكتسبات هامة من تعديل تعليمات قانون الأحوال المدنية رقم (٣٤) لسنة ١٩٧٣ وتعليمات قانون جوازات السفر رقم (٢) لسنة ١٩٦٩ والذي أصبح ينص على صرف دفتر عائلة مستقل للمرأة المطلقة بناء على طلبها وذلك بهدف إعطائها استقلاليتها وحقوقها المدنية، كما ينص على صرف دفتر عائلة لكل أرملة مع أولادها، وذلك باعتبارها ربا للأسرة. وفي حال تعدد الزوجات يصرف دفتر عائلة لكل زوجة تزلت مع أولادها (بدري، ١٩٩٨، ص ١٨).

وقد نفذت بعض الدول العربية عددا من الإجراءات الهادفة إلى تحسين مكانة المرأة في عدد من المجالات منها تعديل قانون العمل ونظام الخدمة المدنية^(١) وإنشاء وحدة^(٢) أو دائرة خاصة إما مستقلة عن الوزارات أو تابعة لإحداها^(٣)، مهمتها تعزيز وضع المرأة وتمكينها. كما اتخذت ١٧ حكومة عربية إجراءات تتعلق بالمساواة في الحقوق والعمل وفرص التعليم خاصة التعليم الأساسي للإناث والقضاء على الأمية بينهم، وأقرت ١٥ حكومة إجراءات لتعزيز المساواة والحماية القانونية للطفلة وعبرت ١٣ دولة عن دعمها البحوث المتعلقة بمختلف جوانب المساواة بين الجنسين مثل قضايا العمل والدخل، واتخذت ١٦ دولة ترتيبات أخرى تدعم وضع المرأة وتتضمن تغييرات إجرائية من أجل تمكينها (الإسكوا، ١٩٩٨).

بالرغم من كل هذه الإجراءات الحكومية والأهلية والإنجازات التي حققتها المرأة في الدول العربية، تبقى مشاركة المرأة العربية العاملة في الهيئات والمراكز الإدارية العليا محدودة. فنسبة النساء في الهيئات التشريعية العليا تتراوح بين صفر (دولتان) و ٢٣%، منها ثلاث دول فقط بلغت النسبة فيها ١٠% أو أكثر هي تونس، السودان، والعراق، مع امتناع أربع دول عن الإجابة. في الهيئات التشريعية الدنيا، تراوحت نسبة النساء بين صفر (٧ دول) و ٥%، مع امتناع خمس دول عن الإجابة. وفي المحاكم الابتدائية من السلك القضائي تتفاوت نسبة النساء بين الدول العربية من صفر (٣ دول) إلى ٥٠% (جيبوتي). أما في المحاكم العليا فلا تشارك النساء إلا في أربع دول هي جيبوتي (٥٠%)، فلسطين، تونس، السودان، واليمن. كما أن وجود النساء كوزيرات في الحكومات العربية ما زال ضعيفا، حيث يبلغ عددهن، حيث هناك مشاركة نسائية، واحدة أو اثنتين. وفي المراكز الإدارية العليا لا تتجاوز نسبة النساء ١٣% إلا في ثلاث دول: السودان (٢٠%)، البحرين ومصر (٣٠%). كما أن ٩ دول لم تصرح بوجود نساء في المراكز الفنية العليا (المصدر السابق).

٥- مشاركة المجتمع المدني

أكد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أهمية دور المجتمع المدني الذي يتكون من المنظمات غير الحكومية المحلية والوطنية والدولية والقطاع الخاص "في وضع وتنفيذ ورصد الأهداف المتعلقة بالسكان والتنمية" (تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ١٩٩٤، فقرة ١٥-١). واعتبر أن "المنظمات غير الحكومية ناطق هام باسم الشعب" وهي "تشارك ... بنشاط في تقديم برامج ومشاريع في كل مجال تقريبا من مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية" (المصدر السابق، فقرة ١٥-٤). من ثم ينبغي على الحكومات "أن تشركها في صنع القرار ... من أجل إيجاد الحلول للشواغل السكانية والإنمائية، ولا سيما لضمان تنفيذ برنامج العمل هذا" (المصدر السابق، فقرة ١٥-٨).

يتفاوت من دولة إلى أخرى مدى مشاركة المجتمع المدني مع الحكومات في صنع القرارات المتعلقة بالسكان والصحة، كما تختلف طبيعة وفعالية مؤسسات المجتمع المدني بين الدول. أكثر المنظمات غير الحكومية ومؤسسات المجتمع الأهلي مشاركة مع القطاع العام في اتخاذ القرارات حول برامج تنظيم الأسرة هي الجماعات النسائية المحلية وجماعات الشباب (الجدول ١٥) حيث يساهمون في بحوث تنظيم الأسرة، تصميم البرامج، تنفيذها، رصدها وتقييمها. لكن الجهات الحكومية تنسق مع مؤسسات المجتمع المدني في تنفيذ البرامج أكثر مما تفعله في الجوانب الأخرى من هذه البرامج. ففي ١٥ دولة عربية، تشترك الجماعات النسائية المحلية مع الأجهزة الحكومية في التنفيذ لكن ثلاثا من هذه الحكومات لا تشرك الجمعيات في تقييم

(١) كما فعل، على سبيل المثال، الأردن واليمن والمغرب.

(٢) كتابة الدولة للرعاية الاجتماعية والأسرة والطفولة في المغرب، اللجنة الوطنية للمرأة والتنمية في تونس.

(٣) مثلا وحدة لتنمية المرأة في المجلس القومي للسكان في السودان، الإدارة العامة للمرأة العاملة في وزارة العمل في اليمن.

البرامج. كما أن ١٢ دولة تشرك جماعات الشباب في التنفيذ مقابل ١٠ دول تشركها في تقييم البرامج (الجدول ١٥).

في مصر مثلاً كانت الجمعيات الأهلية سباقة في توفير الخدمات حتى قبل تطبيق البرنامج القومي. وكان لدعم أئمة الأزهر الدائم للبرنامج القومي وإصدار الفتاوى الدينية لدعم مواقف السلطة السياسية الأثر الكبير في نشر مبادئ تنظيم الأسرة وخدماتها، فقد صدرت أول فتوى أن تنظيم الأسرة لا يتعارض مع الدين الإسلامي عام ١٩٥٦ من إمام الأزهر الأكبر الشيخ المرموق محمد شلتوت. تلت هذه الفتوى فتاوى عديدة لأئمة عظام. وقد أعطى البرنامج دفعا قويا لإنشاء أول مركز للتدريب في كلية الطب-جامعة الأزهر، وهو المركز الإسلامي الدولي لتنظيم الأسرة، حيث تدرت الدفعات الأولى من الأطباء وكذلك أئمة المساجد ومديري الأوقاف في مناطق مختلفة من مصر. كما أجري في هذا المركز العديد من البحوث الديموغرافية والبيو-طبية. كذلك ساهمت الكنيسة في دعم البرنامج القومي على مستوى القرى مثل قرى محافظات الصعيد حيث أشرفت الكنيسة القبطية والكنيسة الأرثوذكسية على النشاطات المتعلقة بالصحة الإنجابية. وتشارك الكنائس بالتوجيه في المجتمع المحلي وتقدم خدمات تنظيم الأسرة والصحة الأولية. وقد تم تنفيذ برنامج خدمات تنظيم الأسرة تحت إشراف إسقفية الخدمات التابعة للباباوية (الشافعي، ١٩٩٨، ص ١٧-١٨).

الجدول ١٥ - عدد الدول العربية(*) التي تشارك فيها المنظمات غير الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني في اتخاذ القرارات المتعلقة ببرامج تنظيم الأسرة

المنظمات		عدد الدول التي يشارك فيها المجتمع المدني في صنع القرار بخصوص			
بحوث تنظيم الأسرة	تصميم برامج تنظيم الأسرة	تنفيذ برامج تنظيم الأسرة	رصد برامج تنظيم الأسرة	تقييم برامج تنظيم الأسرة	
١٣	١٣	١٥	١٤	١٢	جماعات نسائية محلية
١٢	١١	١٢	١١	١٠	جماعات الشباب
٩	٧	٨	٧	٦	قيادات/جماعات دينية
٦	٥	٥	٥	٥	نقابات
٦	٦	٨	٦	٦	تعاونيات
٦	٦	٦	٦	٦	جمعيات تنظيم الأسرة

المصدر: الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

(*) عدد الدول = ١٨.

وشارك أيضا في برنامج الصحة الإنجابية في مصر العديد من مؤسسات المجتمع المدني الأخرى مثل منظمات القوى العاملة التي ترعى مصالح العاملين بالشركات والمصانع والنقابات العمالية. وبدأت أول عيادة لتنظيم الأسرة العمل في مستشفى المحلة بمحافظة الغربية حيث تقدم الخدمات الطبية لأكثر من ربع مليون عامل نسيج بخلاف أسرهم. وتعتبر خدمات هذه العيادة نموذجا في الجودة حيث بلغت نسبة الممارسة بين العاملات ٨٥%. وقد دفع نجاح هذه التجربة الهيئة العامة للتأمين الصحي على توسيع خدمات تنظيم الأسرة من عيادات عامة ومتخصصة ومستشفيات لتشمل ثلاثة ملايين من عمال المصانع (الشافعي، ١٩٩٨، ص ١٨).

وفي لبنان شكلت الحكومة عام ١٩٩٤ لجنة وطنية للسكان بقرار من مجلس الوزراء مهمتها متابعة المسائل السكانية في لبنان وإبداء رأيها فيها للهيئات الحكومية المختصة، ثم كرست ديمومتها لاحقاً بتسميتها "اللجنة الوطنية الدائمة للسكان". وثمة عدد كبير من الجمعيات والهيئات الأهلية الناشطة في مختلف مجالات التنمية، وفي مجال السكان تحركت بعض هيئات تنسيق الجمعيات الأهلية كالمجلس النسائي اللبناني وملئقى الهيئات الإنسانية وتجمع الهيئات الأهلية غير الحكومية، باتجاه بلورة والمطالبة بتنفيذ مضمون برنامج عمل مؤتمر القاهرة. وقد تعاقبت وزارة الصحة مع حوالي ٢٩ جمعية أهلية من أجل توفير أو تعميق خدمات الرعاية الصحية الأولية في مراكزها (عسيران، ١٩٩٨، ص ١٠-١١). وتبرز في مجال الصحة الإنجابية والجنسية جمعية تنظيم الأسرة في لبنان التي تحول تركيز نشاطاتها بعد مؤتمر القاهرة من خدمات تنظيم الأسرة إلى الصحة الإنجابية وتحسين نوعية الخدمة في العيادات واستمرت في تقديم الخدمات المجتمعية من خلال عاملاتها الميدانيات، كما طورت برامج خاصة للمرأة، للتأكيد على منظور الجندر، وللشباب، وتابعت العمل على إدخال موضوع التربية السكانية في المناهج والكتب المدرسية (المصدر السابق).

وتتضاءل مساهمة المجتمع المدني مع الحكومات في اتخاذ القرارات بخصوص أبحاث فيروس نقص المناعة والبرامج المتعلقة بها، حيث تشارك جمعيات أهلية محلية في ٩ دول في تنفيذ برامج للحد من انتشار فيروس نقص المناعة (HIV-AIDS). وتشارك جماعات الشباب في ٧ دول في تنفيذ هذه البرامج (الجدول ١٦)، وفي عدد أقل من الدول تشارك المؤسسات الأهلية بالبحوث وتصميم وتقييم البرامج المتعلقة بالحد من هذا المرض. أما فيما يتعلق بالبرامج التي تتناول عناصر أخرى من الصحة الإنجابية، فمساهمة المجتمع الأهلي والقطاع الخاص فيها أكبر. يبين الجدول ١٧ أن جمعيات أهلية وشبابية في ١٠ دول تشترك مع الهيئات الحكومية في بحوث، تصميم، وتنفيذ البرامج التي تعالج عناصر أخرى من الصحة الإنجابية (الإسكوا، ١٩٩٨).

الجدول ١٦ - عدد الدول العربية(*) التي تشارك فيها المنظمات غير الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني في اتخاذ القرارات بخصوص أبحاث فيروس نقص المناعة والبرامج المتعلقة بها

عدد الدول التي يشارك فيها المجتمع المدني في صنع القرار بخصوص			المنظمات		
تقييم برامج HIV/AIDS	رصد برامج HIV/AIDS	تنفيذ برامج HIV/AIDS	تصميم برامج HIV/AIDS	بحوث في HIV/AIDS	
٦	٧	٩	٨	٨	جماعات أهلية
٦	٧	٨	٧	٧	جماعات الشباب

المصدر: الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

(*) عدد الدول = ١٨.

الجدول ١٧ - عدد الدول العربية(*) التي تشارك فيها المنظمات غير الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني في اتخاذ القرارات بخصوص البرامج التي تتناول عناصر أخرى من الصحة الإنجابية

عدد الدول التي يشارك فيها المجتمع المدني في صنع القرار بخصوص			المنظمات		
تقييم برامج	رصد برامج	تنفيذ برامج	تصميم برامج	بحوث	
٩	١٠	١٠	١٠	١٠	جماعات أهلية
٩	١٠	١١	١١	١١	جماعات الشباب

المصدر: الإسكوا، قسم السكان، ١٩٩٨.

(*) عدد الدول = ١٨.

ومن الملاحظ أنه لا توجد في معظم الدول العربية (١٠ دول) أية هيئة غير حكومية تضطلع بتنسيق نشاطات المنظمات غير الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني التي تتعاطى قضايا السكان والتنمية. لكن أغلب الدول (١١ دول) قد أقرت حديثاً ترتيبات تتضمن دعم هذه المنظمات والمؤسسات، كما وفرت لها تمويلاً مباشراً (١٣ دولة). علاوة على ذلك، اتخذت ١١ دولة إجراءات لإشراك القطاع الخاص في تنفيذ السياسات والبرامج السكانية^(٤).

٦- سياسات الدعوة واستراتيجيات الإعلام

قامت كل الدول العربية بإجراءات متنوعة لإطلاع متخذي القرار والاختصاصيين والمواطنين على قضايا السكان والتنمية، منها:

- ♦ إصدار تقارير ونشرها وتوزيعها على وسائل الإعلام.
- ♦ تقديم عرض خاص للبرلمانيين عن السياسات السكانية.
- ♦ نشر المعلومات ذات العلاقة بين المسؤولين عن رسم السياسات، المواطنين، مقدمي الخدمات الصحية والتعليمية، المنظمات غير الحكومية، جماعات الشباب والنساء، المؤسسات الدينية والثقافية، والأكاديميين.

وقد أعدت كل الدول العربية استراتيجيات سكانية وطنية في مجال الإعلام والتثقيف والاتصال والحث والدعوة، وتتفاوت بصورة محدودة البرامج القطاعية التي غطتها هذه الاستراتيجيات، ففي حين تناولت كلها جوانب الحفاظ على البيئة، قضايا المراهقين والشباب، وتمكين المرأة، تناول ١٥ دولة منها مسألة السكان والتنمية، ١٥ دولة مسائل مشاركة السكان في العمل والإنتاج، المساواة بين الجنسين والإنصاف، تنظيم الأسرة، وعناصر الصحة الإنجابية الأخرى، وتناولت ١٣ دولة تخفيف حدة الفقر. وقد ساهم في صوغ وتنفيذ استراتيجيات الإعلام والتثقيف والاتصال مؤسسات حكومية متعددة أبرزها وزارات الإعلام والتعليم والصحة، ومنظمات غير حكومية تتعاطى بقضايا التنمية والمرأة والشباب، بالإضافة إلى قادة الرأي العام. كما يوجد في كل الدول تقريباً آليات لتسيق أعمال الإعلام والتثقيف والاتصال بشأن المسائل السكانية. وتشمل الخطط الإعلامية نشر المعلومات بصورة منتظمة، تطوير قواعد للبيانات، وعقد حلقات وورش عمل للتدريب.

في المغرب ينشط برنامج التربية والإعلام والاتصال على ثلاثة مستويات: الأول يتعلق بالبنى الصحية والثاني بالتعبئة الاجتماعية والثالث بوسائل الإعلام. تتضمن الاستراتيجية المتعلقة بالبنى الصحية خطة التواصل، استعمال الوسائل السمعية البصرية، والتكوين في مجال الاتصال. وتشرك الاستراتيجية المتعلقة بالتعبئة الاجتماعية قطاعات التعليم والشباب والمنظمات غير الحكومية. وتغطي الاستراتيجية المتعلقة بوسائل الإعلام التلفزة والإذاعة التي تستعمل حالياً للترويج لحبوب منع الحمل والحقن. كما تم إنتاج أفلام خاصة بالأمومة الآمنة (بلوالي وكديرة، ١٩٩٨، ص ٢١).

في مصر تغطي الحملة الإعلامية الجماهيرية التسويق للخدمات بالجهات المختلفة. وتحث الحملة الإعلامية لمشروع مبادرة القطاع الخاص المسماة "أسأل-استشر" الجمهور على تلقي المشورة والخدمات من

(٤) على سبيل المثال، تدعم الحكومة المصرية شركات الأدوية التي تنتج وسائل تنظيم الأسرة. في الأردن تدرب الحكومة الكوادر الطبية في القطاع الخاص على تقديم خدمات تنظيم الأسرة. وفي اليمن اشترك القطاع الخاص في إعداد البرنامج الوطني لصحة الأم وتنظيم الأسرة.

القطاع الخاص سواء الصيدليات أو العيادات الخاصة للأطباء. وتتولى بعض الجمعيات الأهلية الإعلام عن الخدمات التي تقدمها وإبراز جودتها مثل المراكز التخصصية التابعة للجمعية المصرية لتنظيم الأسرة. أما حملة الإعلام المواجهي فتقوم بها ٧٠٠٠ رائدة ومثقفة سكانية تم التعاقد معهن للعمل بالقرى والمدن بعد تدريبهن على مهارات الاتصال وتزويدهن بالمعلومات اللازمة للقيام بدورهن في التثقيف الصحي محليا بالمحافظات تحت إشراف مشروع تنمية النظم التابع لقطاع السكان. وأهداف هذه الحملة متعددة أبرزها:

- ♦ إقناع الأمهات بضرورة تلقي خدمات الصحة الإنجابية وإرشادهن إلى منافذ هذه الخدمات.
- ♦ إرشاد الأمهات عن مواعيد التطعيم للأطفال والحوامل عن مواعيد متابعة الحمل ومرافقتهن للوحدات الصحية في المواعيد المحددة لذلك.
- ♦ متابعة علاج الأمهات من الأمراض أو متابعة استخدامهن لوسائل منع الحمل.
- ♦ توفير فرص العمل لكثير من النساء بعد تدريبهن على مهارات الاتصال والمشورة في مجالات الصحة الإنجابية والتغذية (الشافعي، ١٩٩٨، ص ١١-١٢).

وفي مصر أيضا تستخدم الحملات الإعلامية الإذاعة بتخصيص ما يقارب من ٩٦ ساعة شهريا لمسائل السكان والصحة الإنجابية، وتستعين بالتلفزيون من خلال البرامج الحوارية مع المتخصصين لنشر الوعي بين الجماهير حول الحقوق الإنجابية وخدمات الصحة الإنجابية المتوفرة، كما يستفاد من البرامج التلفزيونية الأخرى مثل الدراما حيث أنتج برنامج خاص "ما زال النيل يجري" للتوعية بمشاكل الصحة الإنجابية علاوة على تنويهات بعض المشاهير من الممثلات والممثلين مثل كريمة مختار ووداد حمدي (المصدر السابق، ص ٩).

في تونس تتضمن برامج التوعية الموجهة للرجل لقاءات فردية وجماعية وبرامج إذاعية وتلفزيونية، فالإذاعات التونسية الناطقة بالعربية تتناول أسبوعيا محاور مختارة عن الصحة الإنجابية وتبث القنوات التلفزيونية برامج وثائقية ومضات يعدها الديوان الوطني للأسرة، كما يتم تخصيص فضاءات (غرف مخصصة) للرجال في مراكز الصحة الإنجابية. وللدلالة على حجم النشاط الإعلامي في مجال الصحة الإنجابية والجنسية في تونس، شهدت سنة ١٩٩٧ وحدها إنتاج ١٠ آلاف معلقة و ٢٢٠ ألف مطوية وملصقة وما شابهها، كلها تتعلق بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة والسكان. ولقد أسهم مركز الإنتاج السمعي البصري في ميدان السكان والصحة الإنجابية في توفير الآليات اللازمة والمعدات الضرورية للعمل الإعلامي والتثقيفي والتربوي للمؤسسات العامة المعنية بهذه القضايا أو للمنظمات والجمعيات المتعاونة (قدانة، ١٩٩٨، ص ١٣-١٤). وفي المغرب تستخدم فرق متنقلة بهدف التثقيف والتوعية، كما تم اعتماد برامج للتربية السكانية والإنجابية في المدارس في عدد آخر من الدول العربية.

٧- الموارد المتاحة وتنفيذ برنامج عمل مؤتمر القاهرة

في إجاباتها على استمارة الإسكوا، اعتبرت ٩ دول عربية أن مواردها المخصصة للتعليم والصحة وتنظيم الأسرة غير كافية. وقد زادت ١٠ دول وأنقصت دولة واحدة (العراق) الموارد المخصصة للتعليم والصحة وتنظيم الأسرة. ولم تجب معظم الدول على الأسئلة المتعلقة بنسبة هذه الموارد من الناتج المحلي والموازنة السنوية. فقط ٨ دول صرحت بذلك حيث تراوحت نسبة الموارد المخصصة للتعليم بين ٢% و ٨% من الناتج المحلي الإجمالي، وبين ٨% و ١٩% من الموازنة السنوية الأخيرة للدولة. وتراوحت نسبة الموارد المخصصة للصحة في ١١ دولة بين ١% و ١٠% من الناتج المحلي الإجمالي، وبين ٤% و ١٤% من الموازنة السنوية الأخيرة للدولة. ولم تجب الدول العربية (باستثناء واحدة) على النسب المخصصة لتنظيم الأسرة وذلك لأن عددا منها يعتبر الموارد المخصصة لتنظيم الأسرة جزءا من تلك المخصصة للصحة.

من جهة ثانية، أعلنت ٩ دول وجود عوائق تحول دون تعبئة الموارد للتعليم والصحة وتنظيم الأسرة بسبب تدني الناتج القومي وتراجع الوضع الاقتصادي، فيما عزت ٤ دول هذه العوائق إلى التحول نحو خصخصة هذه الخدمات و ٤ دول إلى انتقال رأس المال المتوفر إلى القطاعات الإنتاجية. يتضح من الأرقام المتاحة لموازنة الصحة في بعض الدول العربية أنها غير كافية لتحقيق هدف "الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠" لا سيما إذا ما قورنت بالموازنات المخصصة للشؤون غير الاجتماعية والاقتصادية.

وحددت كل الدول تقريباً (١٧ دولة) جهة معينة للاضطلاع بمسؤولية التنسيق وطنياً في تنفيذ السياسات السكانية وبرامجها^(٥)، وأجرت تقييماً للتقدم المحرز نحو بلوغ أهداف هذه السياسات والبرامج مستخدمة نظام البيانات والمعلومات الذي تملكه (١٥ دولة تملك ذلك)، والذي يتوفر في ٧ دول على كل المستويات: الوطني، الجهوي (التقسيمات الإدارية)، والقطاعي.

ووضعت معظم الدول (١٤ دولة) سياسة وطنية من أجل تعبئة الموارد لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. لكن أغلب هذه الدول لم تصرح عن الموارد المالية الجديدة أو الإضافية (بالمقارنة مع مستوى الإنفاق لسنة ١٩٩٤) التي وفرتها أو حصلت عليها من مصادر دولية لدعم الإستراتيجيات والبرامج و المشاريع المصاغة لتنفيذ برنامج العمل. فقط ٥ دول حددت حجم الموارد المحلية والتي تراوحت بين ١٩٤ ألف دولار و ٣٨ مليون دولار. أما المبالغ التي منحتها مصادر التمويل الدولية فصرحت ٧ دول أنها تتراوح بين ٧٠٠ ألف دولار و ٣٣,٦ مليون دولار للسنة الحالية^(٦).

لقد زادت معظم الدول العربية حجم إنفاقها على تعزيز النشاطات السكانية مقارنة بسنة ١٩٩٤، غير أن هذه الزيادة تختلف من مجال سكاني إلى آخر حيث يتبين مثلاً من الشكل ٩ أن ١٣ دولة رفعت مستوى إنفاقها على خدمات الصحة الإنجابية و تنظم الأسرة في حين أن ٧ دول فقط رفعت الإنفاق على حاجات المراهق في الصحة الإنجابية.

بالرغم من الجهود المبذولة من قبل البلدان العربية لتسريع عملية تنفيذ توصيات إعلان عمان وخطة عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ما زالت بعض البلدان تعاني من مصاعب وعوائق هامة، بعضها ذو طابع اجتماعي-ثقافي، والبعض الآخر اقتصادي، تقني، تشريعي، أو إداري. وتشكل التقاليد والعادات المحلية أبرز العوائق الاجتماعية-الثقافية في ٨ دول. أما أبرز المصاعب الاقتصادية فهي الأزمة الاقتصادية التي أعلنت معاناتها منها ٩ دول عربية والتي زادت من أثرها السلبي على تنفيذ برنامج العمل: الصعوبة في تعبئة الموارد المحلية من أجل السياسات السكانية (٦ دول)، عدم كفاية الموارد المالية الخارجية من أجل هذه السياسات (٨ دول)، عدم ملائمة التمويل لبرامج السكان وعدم كفايته (٦ دول)، وعدم تعيين بند خاص للأنشطة السكانية في الموازنة الوطنية (٧ دول).

علاوة على ذلك، ثمة معوقات تقنية ومؤسسية أهمها الافتقار للقدرات التقنية الوطنية لإقامة علاقة متبادلة بين السكان والتنمية (في ٦ دول)، كذلك عدم الاتساق في صياغة وبلورة برامج الوزارات القطاعية والمنظمات غير الحكومية والشركاء الممولين لغياب التعاون بين الوزارات القطاعية المناسبة من منظور تجميع السياسات القطاعية المختلفة (٦ دول).

(٥) تختلف طبيعة هذه الجهة ودرجة نفوذها من دولة إلى أخرى. في عدد من الدول العربية مثل مصر والسودان واليمن وتونس، هذه الجهة هي المجلس القومي أو الوطني أو الأعلى للسكان. في دول أخرى مثل المغرب ولبنان تسمى هذه الجهة اللجنة العليا أو الوطنية للسكان. بعضها تابع لوزارة ما والبعض الآخر مستقل عن الوزارات القائمة.

(٦) تم حساب هذه المبالغ من أرقام أوردتها الحكومات لعدد من السنوات (مثلاً ٥ سنوات ابتداء من ١٩٩٦). أما الجهات الدولية الممولة فأبرزها صندوق الأمم المتحدة للسكان، البنك الدولي، الوكالة اليابانية للتعاون الدولي، والاتحاد الأوروبي.

ثانياً - الدروس المستفادة

في ضوء تحليلنا للواقع السكاني العربي الراهن والإنجازات المحققة والإخفاقات التي واجهتها الحكومات خلال تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، واستناداً إلى مقررات المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد ببيروت عام ١٩٩٨، واقتناعاً بالتزام الحكومات العربية باستكمال تنفيذ هذا البرنامج^(٧)، نستخلص مجموعة من الدروس في كل من المجالات التالية: السياسات السكانية بصورة عامة، برامج الصحة الإنجابية بما فيها تلك الموجهة للمراهقين والشباب، سياسات النوع الاجتماعي، مشاركة المجتمع المدني، وتعزيز القدرات الوطنية وتنمية الموارد المخصصة للبرامج السكانية.

ألف - السياسات السكانية بصورة عامة

لقد برهنت التجارب العربية الناجحة في مجال المؤسسات والسياسات المتعلقة بالسكان والتنمية أهمية الالتزام السياسي على كافة المستويات مما يخلق مناخاً يضمن التنفيذ الجيد للسياسات السكانية ("التقرير الختامي"، فقرة ٣-٥).

بما أن التعاون في مجال تنفيذ السياسات السكانية بين الدول وبين سائر الهيئات المعنية في كل دولة يساهم في تبادل الخبرات ويعزز الإنجازات ويقلل من الإخفاقات، من الأهمية بمكان قيام تعاون على المستوى الإقليمي ومع مؤسسات المجتمع المدني والهيئات الدولية من أجل العمل على تصميم وتنفيذ ومتابعة السياسات السكانية (المصدر السابق، فقرة ٣-٥).

١ - الصحة الإنجابية

ينبغي على الحكومات العربية تطبيق مفهوم "الصحة الإنجابية" كما ورد في برنامج عمل مؤتمر القاهرة، والذي يشمل "كافة الأساليب والخدمات التي تسهم في الوقاية والعلاج معاً من المشاكل المتعلقة بالصحة الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة، والوقاية من الأمراض المتنتقلة عن طريق الاتصال الجنسي وغيرها من أمراض الجهاز الإنجابي، والحد من الممارسات الصحية الضارة" (المصدر السابق، فقرة ٣-٤).

من الضروري تبني "مدخل شامل للصحة الإنجابية يتضمن تأمين معلومات عن تنظيم الأسرة، وتقديم خدمات الإرشاد وخدمات العناية قبل الحمل وأثناء الحمل والوضع وما بعده، ومعالجة الآثار السلبية المترتبة على الاجهاض غير المأمون، والوقاية من أمراض الجهاز التناسلي والأمراض المنقولة جنسياً وعلاجها، بما فيها أمراض نقص المناعة وغيرها من عناصر الرعاية الصحية الإنجابية" (المصدر السابق، فقرة ٣-٢٦).

نظراً لأن مستويات وفيات الرضع والأمومة ما تزال مرتفعة في بعض الدول العربية، ثمة حاجة ملحة لتنفيذ سياسة تهدف إلى خفض هذه المستويات وذلك بدمج عناصر الأمومة الآمنة، بما فيها الرعاية قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة، مع رعاية المواليد الجدد وغيرها من مكونات الرعاية الصحية الإنجابية، إذ أن

(٧) في المؤتمر العربي عام ١٩٩٨، أكد المجتمعون التزامهم بتنفيذ توصيات إعلان عمان الثاني الصادر عام ١٩٩٣ وبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الصادر في عام ١٩٩٤، مع التسليم بأن لكل بلد الحق السيادي في أن ينفذ التوصيات الواردة في برنامج العمل بما يتماشى مع القوانين الوطنية وأولويات التنمية ومع الاحترام الكامل لمختلف القيم الدينية والأخلاقية والخلفيات الثقافية لشعبه ووفقاً لحقوق الإنسان المعترف بها دولياً ("التقرير الختامي"، فقرة ٣-١).

توفير خدمات الصحة الإنجابية وتحسينها بخفض معدل وفيات الرضع والأمهات (المصدر السابق، فقرة ٣-٥).

من الضروري توسيع وتحسين الرعاية الصحية الإنجابية بغية خفض مستوى الخصوبة ومن ثم النمو السكاني في عدد من الدول. وهذا يشمل دمج العناصر المتنوعة للصحة الإنجابية وتحسين نوعية الخدمات، تكييف برامج التدريب القائمة حالياً بهدف تحسين التدريب على نوعية الرعاية مع التشديد على أهمية مهارات الإتصال بين الأشخاص وضرورة الحصول على رضا الزائرين.

بمواجهة قضية إيصال المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية إلى المراهقين والشباب، ونظراً للحساسيات المرتبطة بهذا الأمر لاعتبارات دينية وثقافية واجتماعية، ينبغي على الحكومات بالمشاركة مع المجتمع المدني، وضع آلية مناسبة لتقديم هذه المعلومات والخدمات في جو من التفاهم والود. ينبغي أن تتوجه حملات الدعوة والحث والتوعية إلى قيادات الرأي العام، بمن فيهم الأبوين، معلمي المدارس، القيادات الدينية، القيادات التقليدية، المسؤولين الحكوميين، وأعضاء المجالس التشريعية من أجل خلق تفهم أكبر لقضايا المراهقين والشباب.

هناك حاجة ملحة لزيادة إشراك الذكور في برامج الصحة الإنجابية وتعزيز مسؤولية الصحة الأسرية لديهم. وتشجيع السلوك المسؤول لدى الرجل وتنشئته منذ الطفولة، بدلاً من الانتظار إلى حين يبلغ سن الإنجاب.

٢- النوع الاجتماعي (الجندر)

ينبغي على الحكومات "توجيه الاهتمام لمسألة النوع الاجتماعي (الجندر) بما يتناسب مع قوانينها، عن طريق رفع مستوى الوعي بالقضايا المتعلقة بها بين المسؤولين في مختلف القطاعات الحكومية، وزيادة تمثيل المرأة في مواقع اتخاذ القرار (المصدر السابق، فقرة ٣-١٣).

من الضروري تصميم ودعم برامج الحث والدعوة في مجال المساواة بين الجنسين والعدالة والإنصاف وتمكين المرأة. وينبغي على الحكومات أن تبادر إلى تنمية علاقة شراكة استراتيجية مع المنظمات النسائية غير الحكومية لتحديد نواحي التمييز ضد المرأة، وأن تشارك، تشجع، وتدعم هذه المنظمات بغية الحصول على مساعدتها في حملات الدعوة والإعلام المتعلقة بالنوع الاجتماعي لا سيما على صعيد المجتمع المحلي.

نظراً لتدني المشاركة النسائية في الهيئات والمراكز الإدارية العليا، من المهم أن تقوم الحكومات العربية بصوغ، تطبيق، ورصد تشريعات جديدة للتعامل مع مسألة المساواة بين الجنسين والعدالة والإنصاف وتمكين المرأة وذلك على أساس إطار شمولي وواقعي.

٣- مشاركة المجتمع المدني

هناك حاجة ملحة لإتاحة الفرص لهيئات المجتمع المدني للمشاركة النشطة في كافة مراحل صوغ السياسات الإنمائية والسكانية، تنفيذ البرامج، تعبئة الموارد، ورصد وتقييم النشاطات. ونظراً لندرة التنسيق بين مقدمي الخدمات الصحية والإنجابية في معظم الدول العربية، من الضروري أن تضمن الحكومات قيام تنسيق بين جميع مقدمي هذه الخدمات بمن فيهم الحكومة، المنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص.

"ينبغي للمنظمات غير الحكومية إنشاء مظلة أو هيئة تنسيق وطنية من أجل رفع فاعليتها إلى الحد الأقصى، وينبغي للحكومات تشجيع وتيسير هذه الإجراءات" (المصدر السابق، فقرة ٣-٤٦).

٤- تعزيز القدرات الوطنية وتنمية الموارد

من المهم أن تعزز الحكومات الأبحاث الهادفة لدعم السياسات والبرامج المتعلقة بالصحة الإنجابية والتي تشمل الصحة الإنجابية للمراهقين/الشباب، العلاقات بين الذكور والإناث، مشاكل الصحة الإنجابية (كالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي (STDs)، سرطان الثدي، وسرطان الجهاز التناسلي)، والعنف ضد النساء والأطفال. هناك حاجة للأبحاث الهادفة لتحسين أساليب صوغ المشاريع وتنفيذها وتقييمها، وحاجة للأبحاث ذات التوجه النوعي (qualitative) ودراسات تقدير الاحتياجات من أجل تحديد ما يحدث من تغيرات في أوساط المراهقين/الشباب لجهة المعرفة، الاتجاهات، القيم، المعتقدات، والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية.

توخيا لتطوير أساليب القياس والرصد للبرامج المتعلقة بالسكان والصحة الإنجابية على كافة المستويات، لا بد من: (١) تقوية الأنظمة الإحصائية وأنظمة المعلوماتية الإدارية لدى الحكومات العربية وتكييفها مع متطلباتها الخاصة، (٢) تطوير المهارات في الرصد والتقييم والتحليل. إن هذه الإجراءات ضرورية لفاعلية الإدارة واتخاذ القرارات على كل مستويات البرامج المتعلقة بالسكان والرعاية الصحية الإنجابية.

"التأكيد على دور التدريب الأساسي والمستمر في مجال الرعاية الصحية الإنجابية، بحيث يجري بصورة متكاملة، بغية تيسير دمج العناصر المختلفة للصحة الإنجابية، توخيا لدعم وتوفير القدرات الوطنية، على كافة المستويات، في وضع وتقييم وتنفيذ ومتابعة الخدمات الصحية الإنجابية الأساسية، مع مراعاة التزام مقدمي الخدمات بالضوابط الأخلاقية الطبية والشرعية في ممارساتهم اليومية مع المستفيدين، وذلك من خلال التدريب والتتبع والإشراف" (المصدر السابق، فقرة ٣-٤٩).

هناك حاجة ملحة لزيادة الموارد المخصصة لقضايا السكان والتنمية لا سيما موازنة وزارات التعليم والصحة والسكان وزيادة الحصة المخصصة في هذه الموازنات لبرامج الصحة الإنجابية بما فيها تنظيم الأسرة. كذلك التفكير في استخدام طرق جديدة لتعبئة الموارد مثل المشاركة في الكلفة (المصدر السابق، فقرة ٣-٦١).

من الضروري زيادة تعبئة وتطوير استخدام الموارد المحلية باعتبارها إحدى الأولويات بغية ضمان تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وتوصيات إعلان عمان الثاني. ويستحسن أن تضم هذه الجهود: (١) الدعوة والحث لزيادة الالتزام السياسي، (٢) استخدام طريقة بحث العمليات لتحديد أنجع الوسائل لتقديم الخدمات، (٣) تشجيع المجتمع المحلي على زيادة مشاركته في البرامج.

المراجع العربية والأجنبية

الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا)، قسم السكان. "الواقع السكاني في ضوء الإنجازات المحققة بتنفيذ برنامج عمل مؤتمر القاهرة: تحليل للاستثمارات القطرية." ورقة مقدمة إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨ (ESCWA/POP/1998/WG.1/2).

_____. بيانات غير منشورة، ١٩٩٨.

_____. جامعة الدول العربية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان. "التقرير الختامي." المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨ (E/ESCWA/POP/1998/1).

بدري، بلقيس. "المساواة بين الجنسين والإنصاف وتمكين المرأة: التغيرات المفاهيمية والقانونية." ورقة مقدمة إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨ (ESCWA/POP/1998/WG.1/15).

بلوالي، رضوان، ونجيب كديرة. "قضايا تتعلق بدمج عناصر الصحة الإنجابية: حالة المغرب." ورقة مقدمة إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨ (ESCWA/POP/1998/WG.1/7).

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. "التقرير الوطني ن د س ت +٥." تقرير مقدم إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨.

الجمهورية اللبنانية. "التقرير الوطني." تقرير مقدم إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨.

الجمهورية العربية اليمنية. "التقرير الوطني." تقرير مقدم إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨.

الجوخدار، عبد الحليم، ونعيمة القصير. "الصحة الإنجابية للمراهقين ومسألة إشراك الذكور." ورقة مقدمة إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨ (ESCWA/POP/1998/WG.1/10).

السلطة الوطنية الفلسطينية. "التقرير الوطني." تقرير مقدم إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨.

الشافعي، مشيرة. "توفر خدمات الصحة الإنجابية ونوعيتها: حالة مصر." ورقة مقدمة إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨ (ESCWA/POP/1998/WG.1/9).

عسيران، توفيق. "دور المجتمع المدني: حالة لبنان." ورقة مقدمة إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨ (ESCWA/POP/1998/WG.1/13).

فاعور، محمد. "السياسات السكانية في الدول العربية، برامج الصحة الإنجابية ومصادر التمويل". ورقة مقدمة إلى ندوة الإعلاميين العرب حول السكان والتنمية، دمشق، حزيران ١٩٩٩.

قدانة، نبيهة. "الحقوق الإنجابية: حالة تونس". ورقة مقدمة إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨ (ESCWA/POP/1998/WG.1/17).

المؤتمر العربي للسكان، عمان ٤-٨ نيسان/أبريل ١٩٩٣. إعلان عمان الثاني بشأن السكان والتنمية في العالم العربي. عمان: جامعة الدول العربية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا.

المملكة الأردنية الهاشمية. "التقرير الوطني". تقرير مقدم إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨.

المملكة المغربية. "التقرير الوطني". تقرير مقدم إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨.

مواجدة، صلاح، القطب، رائدة، وعلي القزاع. "توفر خدمات الصحة الإنجابية ونوعيتها". ورقة مقدمة إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨ (ESCWA/POP/1998/WG.1/8).

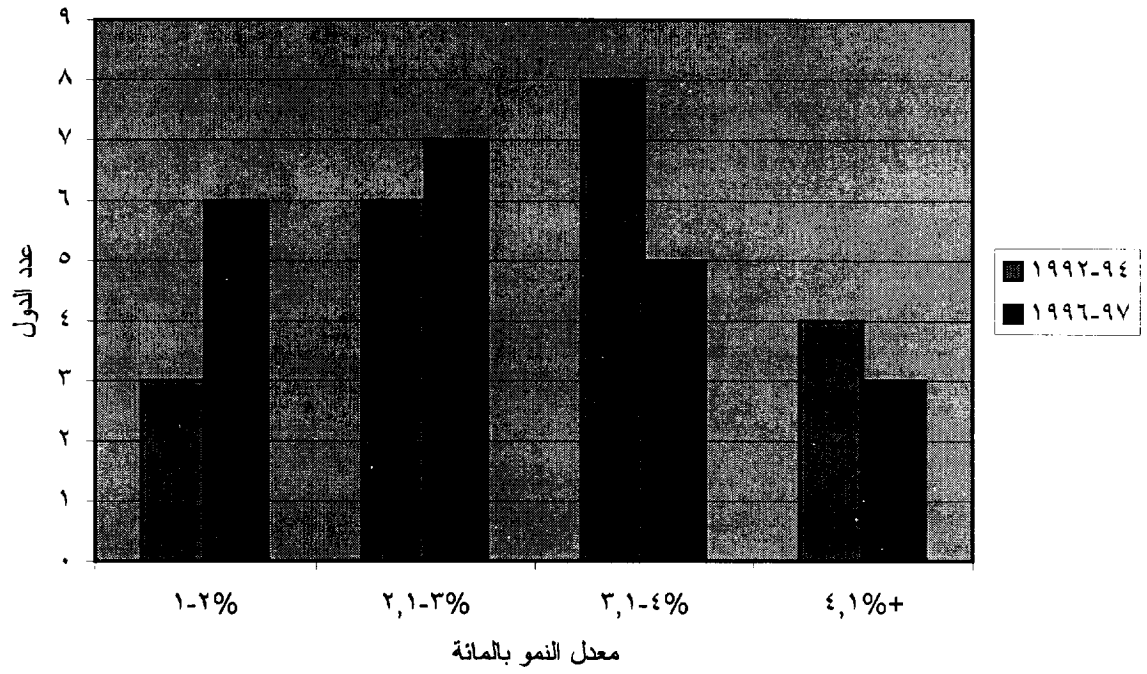
نجاتي، خالد. "الصحة الإنجابية للمراهقين ومسألة إشراك الذكور: حالة الجمهورية العربية السورية". ورقة مقدمة إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨ (ESCWA/POP/1998/WG.1/11).

نفاع، املي. "المساواة بين الجنسين والإنصاف وتمكين المرأة: التغيرات الإجرائية وتطبيق المفاهيم المستجدة". ورقة مقدمة إلى المؤتمر العربي حول تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بيروت، ٢٢-٢٥ أيلول ١٩٩٨ (ESCWA/POP/1998/WG.1/16).

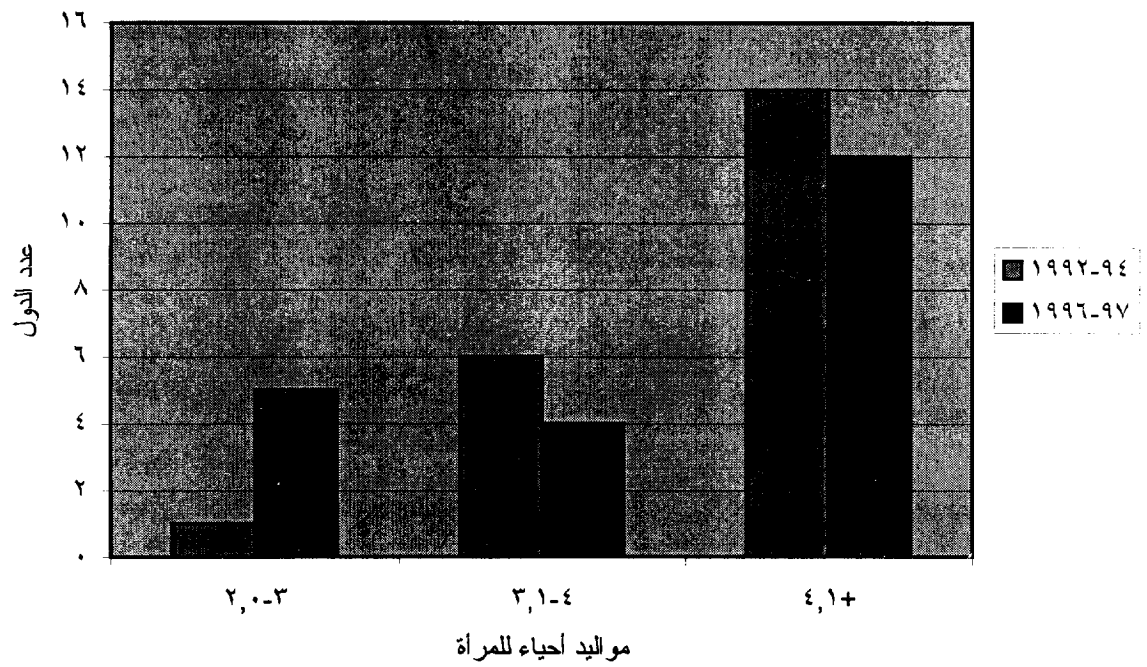
Sadik, Nafis. "Nafis Sadik on the International Conference on Population and Development. "Population and Development Review, Vol. 20. No. 4, Dec. 1994: 913-918.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 1998. National Population Policies. New York: United Nations.

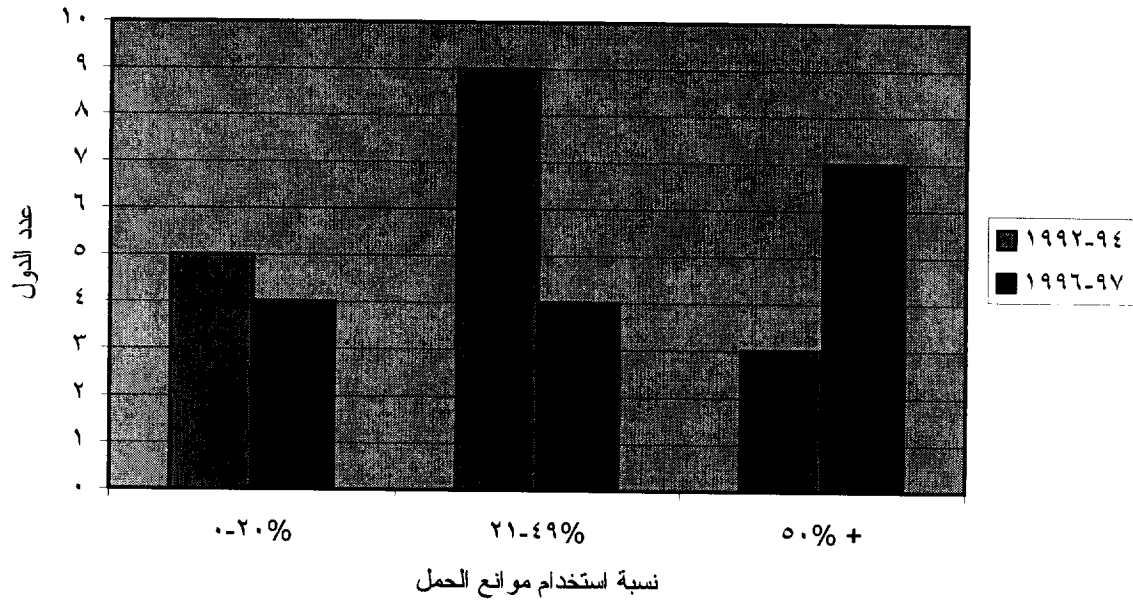
الشكل ١- توزيع الدول العربية حسب معدل النمو السكاني قبل وبعد ١٩٩٤



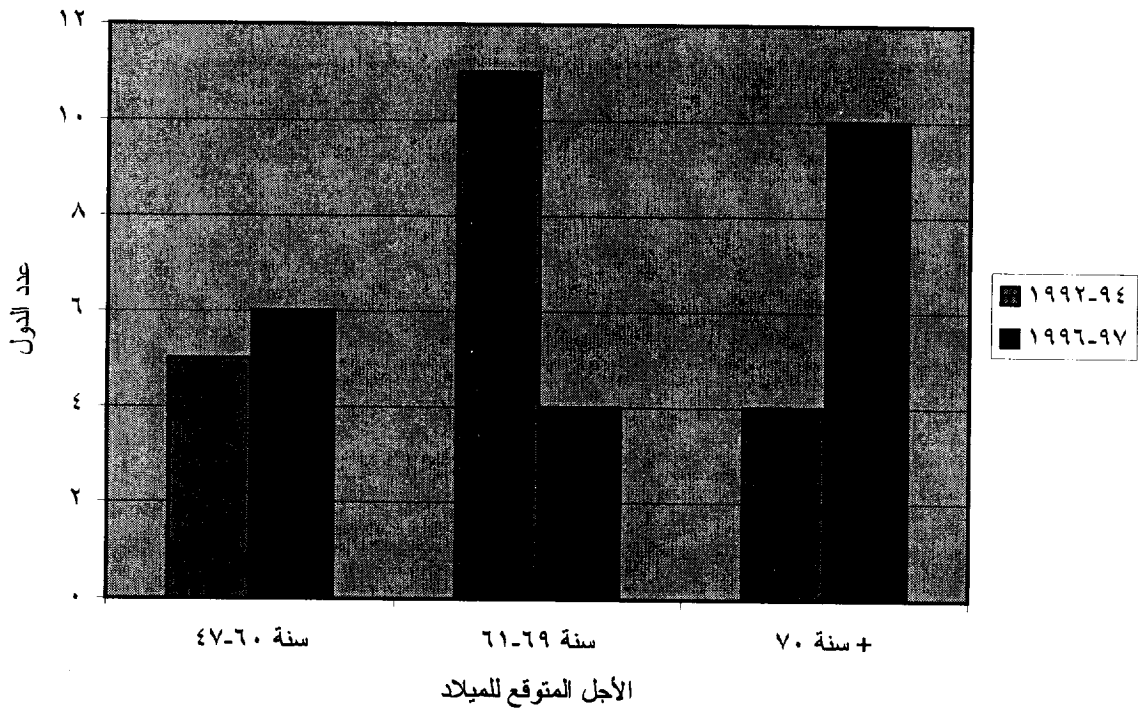
الشكل ٢- توزيع الدول العربية حسب معدل الخصوبة الكلية قبل وبعد ١٩٩٤



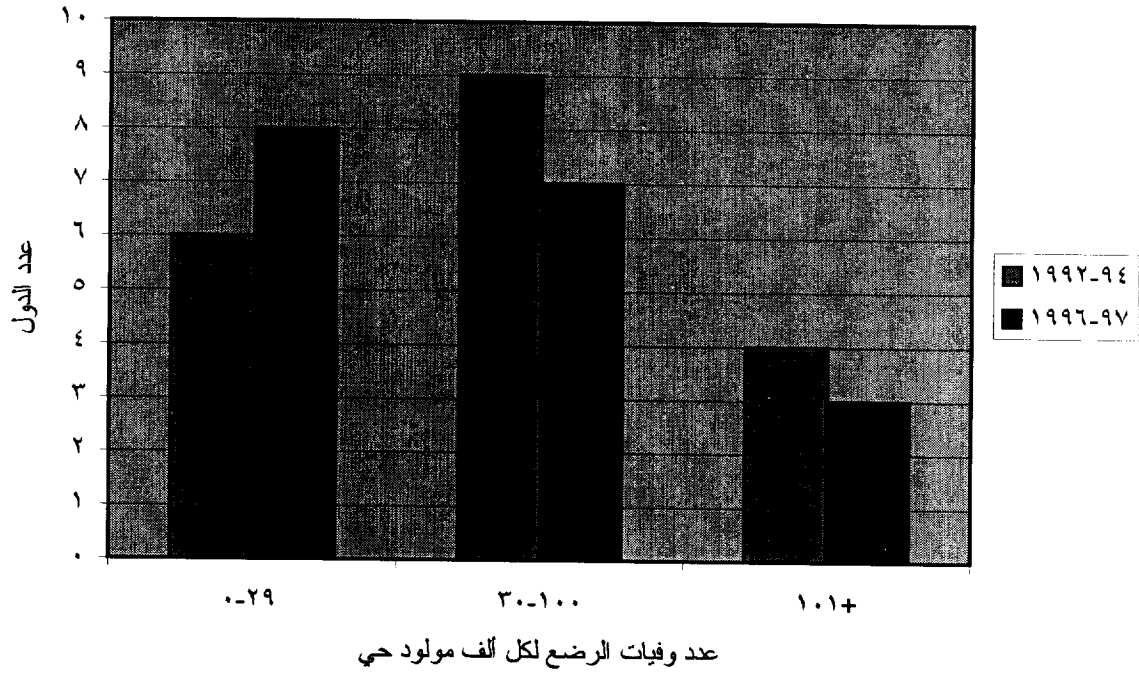
الشكل ٣- توزيع النساء المتزوجات في الدول العربية حسب معدل استخدام وسائل منع الحمل قبل وبعد ١٩٩٤



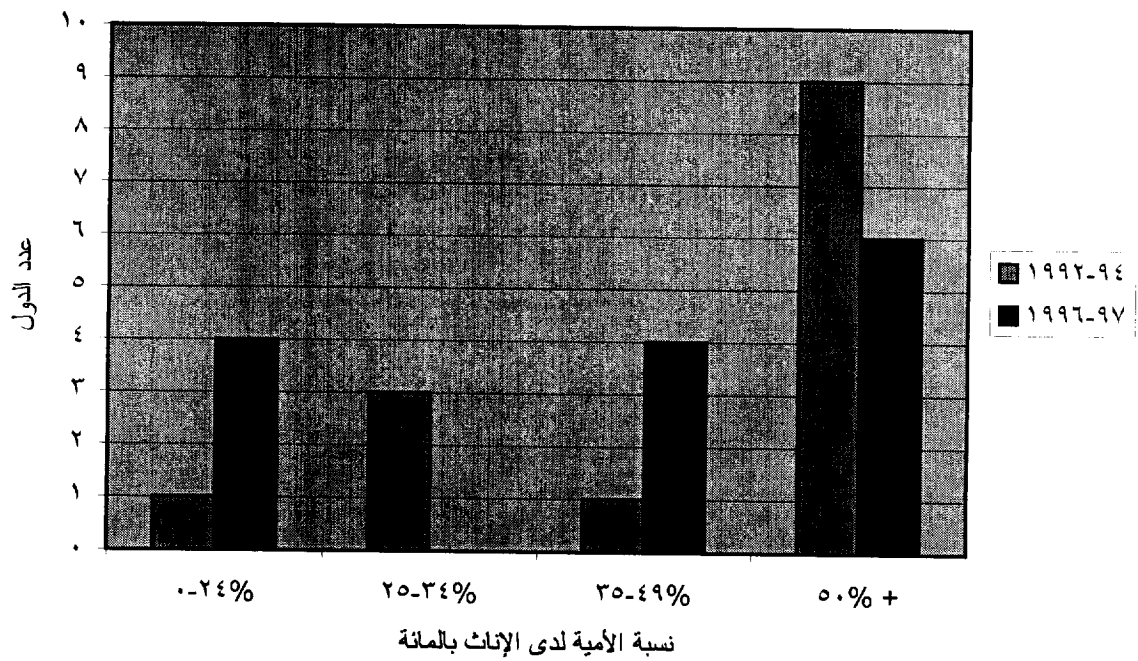
الشكل ٤- توزيع الدول العربية حسب الأجل المتوقع للميلاد قبل وبعد ١٩٩٤



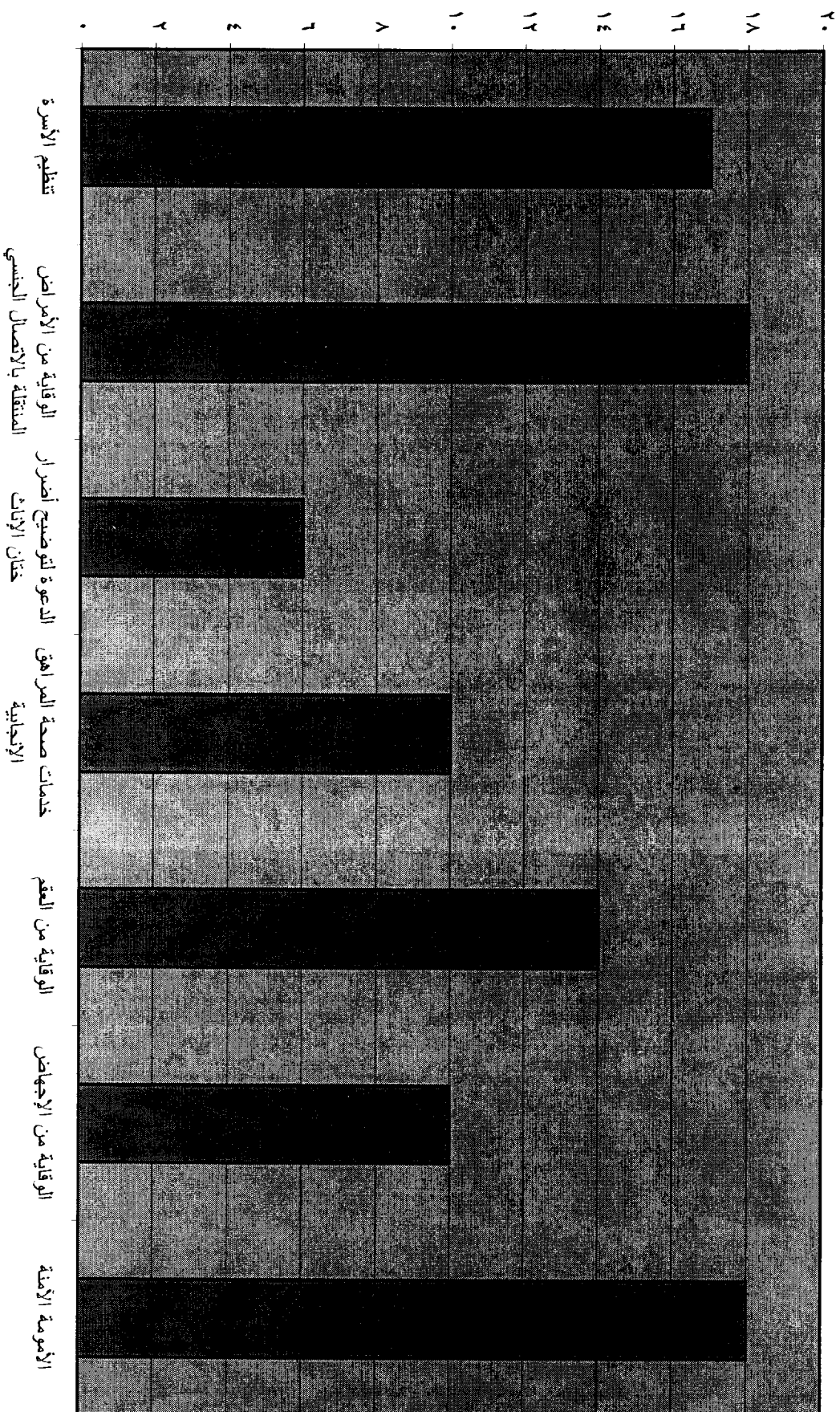
الشكل ٥- توزيع الدول العربية حسب معدل وفيات الرضع قبل وبعد ١٩٩٤



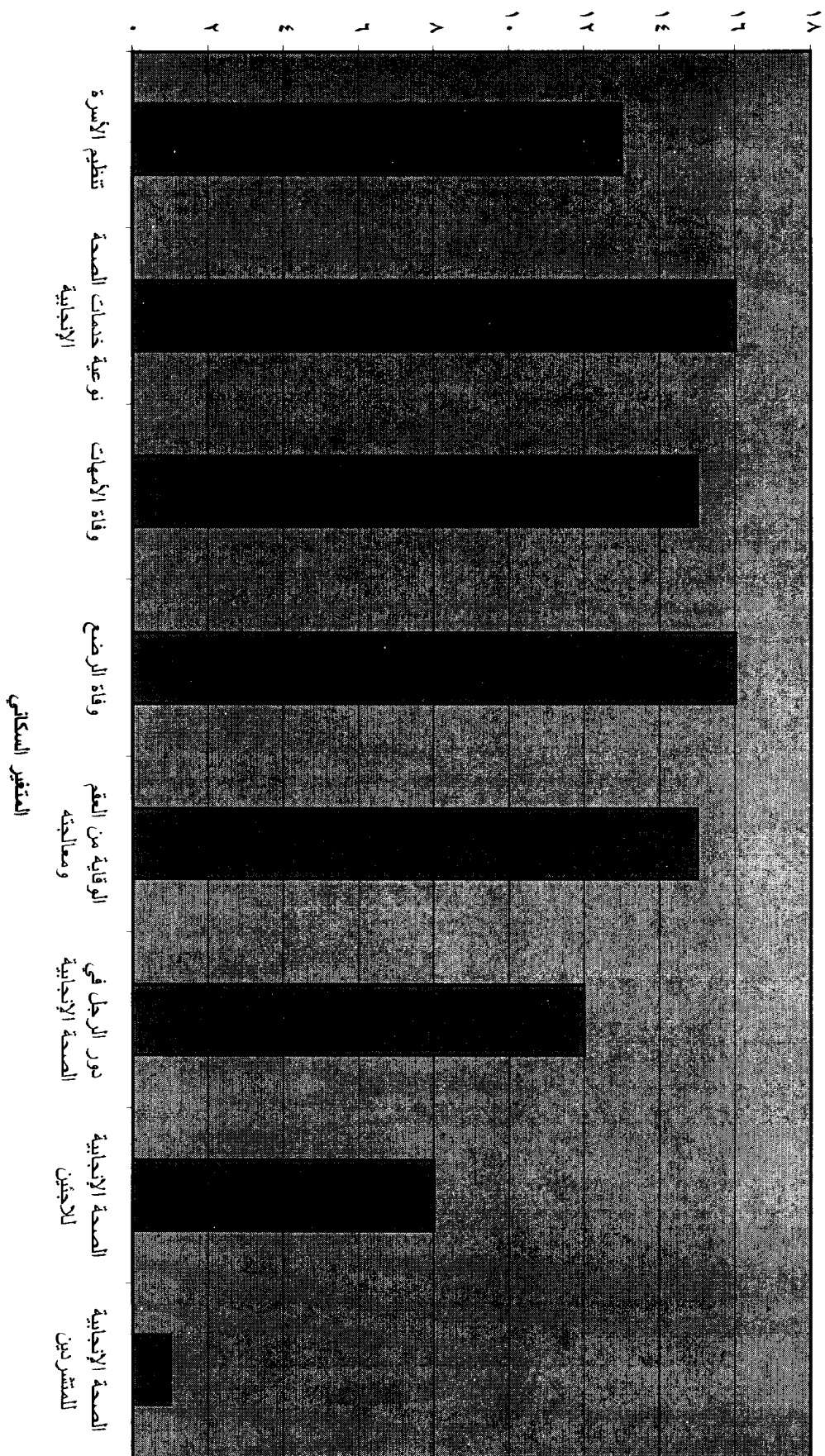
الشكل ٦- توزيع الدول العربية حسب نسبة الأمية لدى الإناث قبل وبعد ١٩٩٤



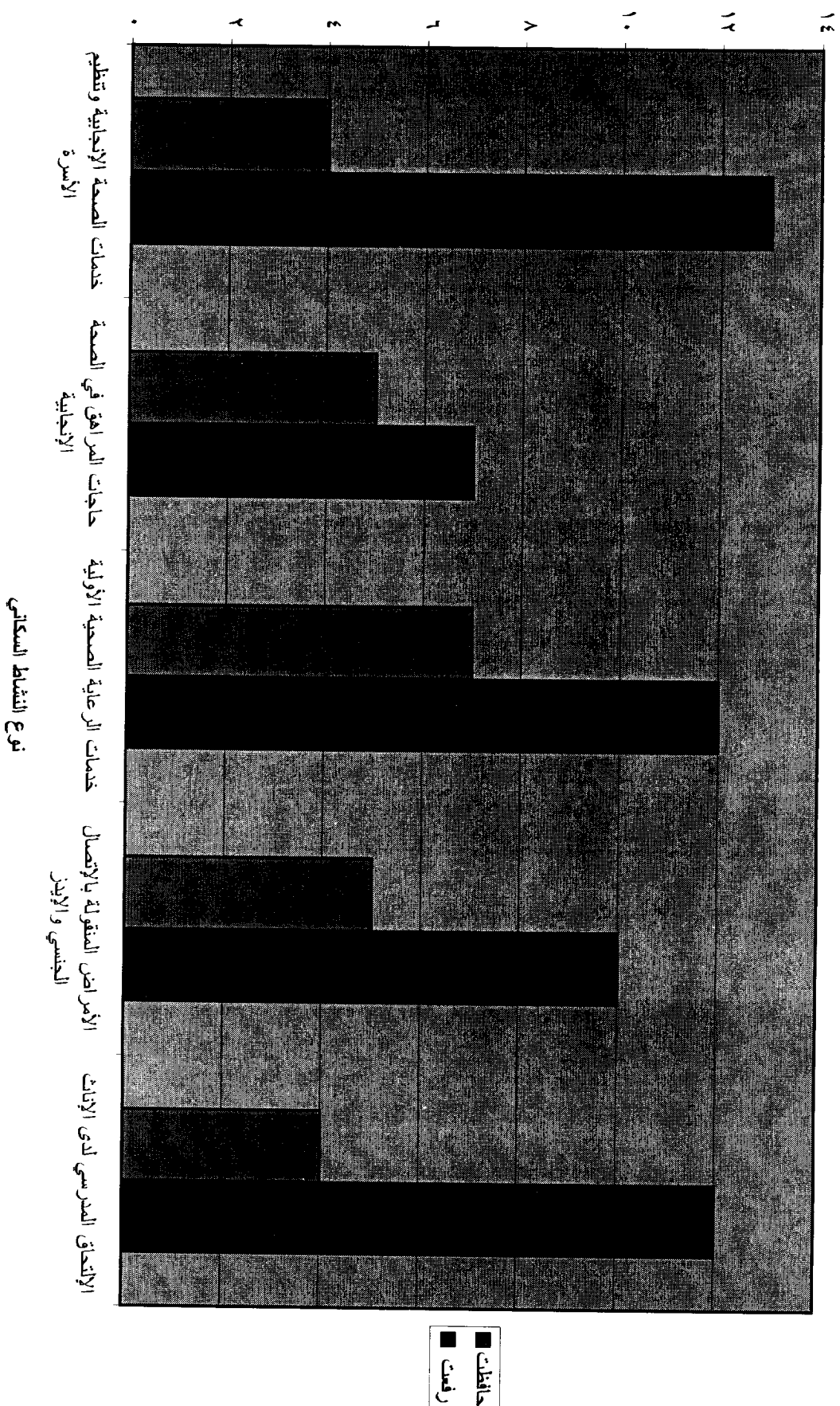
الشكل ٧: عدد الدول العربية حسب عناصر الصحة الإنجابية التي تنفذها



الشكل ٨ : عدد الدول العربية التي تبنت إجراءات مستجدة في المجال السكاني خلال السنوات ١٩٩٥-١٩٩٨ حسب المتغير السكاني



الشكل ٩ : عدد الدول العربية التي حافظت على أو رفعت مستوى إنفاقها على النشاطات السكانية حسب نوع النشاط



الجدول أ- مؤشرات ديموغرافية وإنجابية مختارة حسب الدولة، ١٩٩٢-١٩٩٤

الدولة	معدل نمو السكان (%)	معدل المواليد الأولي (لكل ١٠٠٠ من السكان)	معدل الوفيات الأولي (لكل ١٠٠٠ من السكان)	معدل الخصوبة الكلية (مواليد حية لكل امرأة)	معدل استخدام وسائل منع الحمل (%)	الأجل المتوقع عند الميلاد (بالسنوات)	معدل وفيات الرضع (لكل ١٠٠٠ مولود حي)	معدل وفيات الأطفال (دون الخامسة (لكل ١٠٠٠ طفل)	معدل وفيات الأمومة (لكل ١٠٠٠٠٠)
الجزائر	٣,٦	٢٩,٨	-	٣,٦	-	-	١٩,٤	٤,٥	١٠٠,٠
البحرين	٦,٠	١٧,٠	١٣,٠	٥,٨	٢٦,٠	٤٧,٥	١١٤,٠	١٥٦,٠	٧٤٠,٠
جيبوتي	٢,٢	٢٨,٦	٦,٨	٣,٩	٤٧,١	٦٣,٦	٤٠,٠	-	١٧٤,٠
مصر	٢,٨	٣٨,١	١١,٣	٤,٧	-	٦٢,٥	١١١,٧	٣٠,٠	-
العراق	٣,٦	٣٢,٠	٦,٠	٤,٦	٢٥,٠	٦٦,٠	٣٤,٠	٣٩,٠	٦٠,٠
الأردن	٣,٧	٣٧,٩	٢,٩	٥,٣	-	٧٤,٠	١٢,١	٣,١	٤,٠
الكويت	١,٧	-	-	٣,٥	-	-	٢٥,٠	-	٢٠٠,٠
لبنان	-	-	-	-	٤,١	-	-	-	-
موريتانيا	١,٨	٢٤,٢	٦,٧	٣,٣	٤١,٥	٦٧,٩	٦١,٦	٨٠,٤	٣٣٢,٠
المغرب	٣,٧	٤٠,٣	٧,٣	٧,٠	٨,٠	٦٧,١	٢٣,٠	٢٩,٠	٧٧,٠
عمان	٧,٢	٤٥,٤	٦,٧	٦,١	-	-	٢٧,٣	٣٣,٢	-
عزرة والضفة	-	١٩,٦	١,٨	٣,٤	-	-	١١,٨	١٣,٠	٩,٥
قطر	٢,٨	٣٢,٠	١٦,٢	٣,٢	١٠,٠	٥٥,١	١٠٨,٠	١٣٥,٠	٥٥٦,٠
السودان	-	-	-	-	-	-	-	-	-
سوريا	١,٧	٢٢,٧	٥,٨	٢,٩	٥٩,٧	٦٨,٠	٣٤,٩	٤٣,١	-
تونس	٥,٦	٤٠,٨	٣,١	٤,٢	-	-	٩,٥	٠,٥	٠
الإمارات	٣,١	-	١١,٤	٧,٤	٧,٤	٥٧,٠	٨١,٠	١٢٢,٠	١٠٠٠,٠
اليمن									

(-) أرقام غير متوفرة.

الجدول ب- مؤشرات اجتماعية وصحية مختارة حسب الدولة، ١٩٩٢-١٩٩٤

الدولة	نسبة الالتحاق المدرسي	معدل الإلمام بالقراءة والكتابة	النسبة المئوية للسكان الحاصلين على مياه صالحة	النسبة المئوية للسكان الحاصلين على الخدمات الصحية	النسبة المئوية للإناث اللواتي يتعرضن لعضاء بتر أجزاء من الأعضاء التناسلية	نسبة السكان المصابين بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي بما في ذلك فيروس نقص المناعة (لكل ١٠٠,٠٠٠)
الجزائر	-	-	١٠٠,٠	١٠٠,٠	-	-
البحرين	٦٧,٥	٥٧,٤	-	-	٧٥,٠	٩٨٤,٠
جيبوتي	٩٦,١	٥٦,١	٦٤,٠	-	٩٧,٠	-
مصر	٦٩,٦	-	٧٧,٠	٩٣,٠	٠	*
العراق	٨٤,٠	٨٦,٠	٩٨,٠	٩٧,٠	٠	-
الأردن	-	٨٩,٣	١٠٠,٠	١٠٠,٠	-	-
الكويت	-	-	-	-	٠	-
لبنان	-	-	-	٣٠,٠	-	-
موريتانيا	٦٢,٢	٤٥,٠	-	-	٠	١,٠
المغرب	٦٥,٤	٥٩,٠	-	-	-	-
عمان	٣٨	٨٤,٣	٨١	-	-	-
غزة والضفة	٧٣,٠	٧٨,٢	١٠٠,٠	١٠٠,٠	٠	-
قطر	٥٢,٣	٥٤,٣	٢٤,٠	٥٤,٠	٩٥,٥	٢,٠
السودان	-	-	-	-	٠	-
سوريا	٨٨,٧	-	٨٤,٩	-	-	١,٠
تونس	-	٨٣,٠	٩٦,٠	٨٤,٠	-	-
الإمارات	٥٥,٠	٤٤,٦	٣٦,٠	٤٠,٠	-	-
اليمن	-	-	-	-	-	-

(٠) لا تقاس.

(*) لا إصابات.

(-) أرقام غير متوفرة.

الجدول ج - مؤشرات ديموغرافية وإيجابية مختارة حسب الدولة، ١٩٩٦-١٩٩٧

الدولة	معدل نمو السكان (%)	معدل المواليد الأولي (لكل ١٠٠٠ من السكان)	معدل الوفيات الأولي (لكل ١٠٠٠ من السكان)	معدل الخصوبة الكلية (مواليد حية لكل امرأة)	معدل استخدام وسائل منع الحمل (%)	الأجل المتوقع عند الميلاد (بالسنوات)	معدل وفيات الرضيع (لكل ١٠٠٠ حي)	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (لكل ١٠٠٠ طفل)	معدل وفيات الأمومة (لكل الأمومة (١٠٠٠٠٠))
الجزائر	١,٩	٢٥,٣	٦,٤	٤,٠	٥٦,٩	٦٩,٩	٥٤,٨	٢,٣	٢١٥,٠
البحرين	٢,٩	٢٠,٨	٢,٩	(*)٢,٨	٦٢,١	٧١,٤	٩,٥	٢,٠	٣١,٠
جيبوتي	-	-	-	-	٥٤,٥	٦٧,٠	-	-	-
مصر	٢,٠	٣١,٧	-	-	١٨,٠	٥٥,٤	٣٨,٠	٨٤,٠	١٦٠,٠
العراق	٢,١	٣٢,٠	-	-	٥٣,٠	٦٨,٠	-	٩٧,٢	١٢٠,٠
الأردن	٣,٥	٣٥,٣	٦,٠	٣,٩	٥٣,٠	٧٤,٦	٢٩,٠	٣٤,٠	٤٤,٠
الكويت	٣,٦	٢٥,٤	٢,٩	٥,٠	-	٧١,٣	٢٨,٠	٢,٨	٣,٠
لبنان	١,٦	٢٥,٤	٧,٤	٢,٠	(**)٣٧,٠	٥٢,٣	٢٨,٠	٣٢,٠	١٢٨,٠
موريتانيا	٢,٩	٤٣,٩	١٢,٢	٦,٣	-	٥٢,٣	١٠٧,٠	١٥٥,٠	٩٣٠,٠
المغرب	١,٧	٢٣,٢	٦,٣	٣,٠	٥٨,٨	٦٨,٨	٣٦,٦	٤٥,٨	٢٢٨,٠
عمان	٢,٥	٢٩,٠	٣,٨	٤,٨	٣١,٠	٧٢,٠	١٨,٠	٢٧,٥	٢١,٠
عزرة والضفة	٥,٥	٤٣,١	٥,٦	٥,٣	٤٥	٧١,٨	-	-	٧٥
قطر	٧,٩	١٤,٩	١,٥	(*)٢,٨	-	٧٤,٢	١٢,٠	١٤,٦	٩,٧
السودان	-	-	-	-	-	-	-	-	-
سوريا	٣,٣	٣٩	٦,٠	٤,٨	٤٠	٦٨	٣٤	٤١	١٠٥
تونس	١,٥	٢٠,٨	٥,٨	٢,٨	٦١,٢	٧٢,٢	٢٢,٣	٣٠,٠	٦٨,٩
الإمارات	-	-	-	-	-	٧٤,٠	٨,٧	-	-
اليمن	٣,٧	-	-	٦,٧	-	-	-	-	-

(*) للمواطنين وغير المواطنين.

(**) وسائل حديثة فقط.

(-) أرقام غير متوفرة.

الجدول د - مؤشرات اجتماعية وصحية مختارة حسب الدولة، ١٩٩٦-١٩٩٧

الدولة	نسبة الالتحاق المدرسي	معدل الإلمام بالقراءة والكتابة	النسبة المئوية للسكان الحاصلين على مياه صالحة	النسبة المئوية للسكان الحاصلين على الخدمات الصحية	النسبة المئوية للإناث اللواتي يتعرضن لعملية بتر أجزاء من الأعضاء التناسلية	نسبة السكان المصابين بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي بما في ذلك فيروس نقص المناعة (لكل ١٠٠,٠٠٠)
الجزائر	٨٧,٧	٦٩,٠	٧٦,٨	٩٨,٠	-	-
البحرين	٩٧,٦	٨٣,٨	١٠٠,٠	١٠٠,٠	-	-
جيبوتي	-	٦١,٤	٨٢,٣	٩٥,٠	-	-
مصر	-	-	-	-	٠	٤,٠
العراق	٧٩,٧	-	٩٨,٠	٩٧,٠	٠	-
الأردن	٨٦,٦	٨٨,٠	١٠٠,٠	١٠٠,٠	-	١٢,٥
الكويت	-	٩٢,٠	٨١,٠	-	٠	-
لبنان	٩٤,٠	٨٦,٤	٣٨,٠	-	-	٢,٠
موريتانيا	٨٧,٠	٦١,١	-	-	٠	-
المغرب	٦٩,١	٤٦,٠	-	-	-	-
عمان	٦٧,٤	٦٧,٩	-	٥٣	٠	-
عزة والصفحة	٤١	٨٦	٨٤	١٠٠,٠	٠	١٤
قطر	-	-	١٠٠,٠	-	-	-
السودان	-	-	-	-	٠	-
سوريا	٩٩	٨١	٨٥	١٠٠	٠	-
تونس	٩٢,٣	٦٩,٣	٨٩,٠	٩٠,٠	٠	٠,٩
الإمارات	١٠٠,٠	١٠٠,٠	-	-	-	-
اليمن	-	-	-	-	-	-

(-) أرقام غير متوفرة.
(٠) لا تتطرس.