



التوزيع: محدود  
E/ESCWA/STAT/90/11  
١٩ حزيران/يونيو ١٩٩٠  
ARABIC  
الأصل: بالعربية

UN ECONOMIC AND SOCIAL COMMISSION  
FOR WESTERN ASIA

AUG 24 1992

LIBRARY + DOCUMENT SECTION



الأمم المتحدة

المجلس الاقتصادي والاجتماعي

## اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي اسيا

شعبة الاحصاء

إعداد مؤشرات اجتماعية متكاملة لمراقبة أهداف  
واستراتيجيات التسعينات المتعلقة بالأمم والطفل

ورقة مقدمة الى

ندوة البيانات والمؤشرات اللازمة

لمراقبة أهداف واستراتيجيات

التسعينات المتعلقة بالأمم والطفل

بغداد ٢٢-٢٥ حزيران/يونيو ١٩٩٠

## مقدمة

اتسم عقد الامم المتحدة الانمائي الثالث بالركود في الكثير من البلدان النامية، لاسيما في افريقيا وامريكا اللاتينية حيث انخفض فيها متوسط دخل الفرد بنسبة تصل الى ٢٠ في المائة، وذلك نتيجة للانكماش الاقتصادي والهبوط المستمر في اسعار السلع وتزايد عبء الديون والجفاف والابوة والحروب والمجاعة. ولقد ادت سياسة خفض الانفاق على الخدمات الصحية في الكثير من البلدان النامية الى توقف او تباطؤ هبوط معدلات وفيات الرضع وازدياد انتشار سوء التغذية، ودفع الاطفال ثمن ذلك من نموهم العقلي والجسدي.

ان التدهور الحاد في اقتصاديات كثير من البلدان النامية ادى الى اجراء تعديلات اقتصادية تركت المجتمعات الفقيرة في وضع لا تحسد عليه، وبالطبع فان نسبة كبيرة من هذه المجتمعات هي من الاطفال والامهات والتي تآثرت بشكل مباشر بنتائج هذا الوضع حيث اشارت تقارير اليونيسيف الى ان ٤٥ في المائة من الاطفال دون سن الخامسة في البلدان النامية يعيشون في حالة فقر تام. ويموت حوالي ١٤ مليون طفل دون الخامسة كل سنة في البلدان النامية وكذلك حوالي نصف مليون امرأة كل سنة. ويعاني ما يقرب من ٤٠ في المائة من الاطفال دون الخامسة من سوء التغذية المتصل بالطاقة التي تولدها البروتينات، ونصفهم يعاني من فقر الدم<sup>(١)</sup>.

## التطورات الانمائية في منطقة الاسكوا

إن أداء القطاعات الاجتماعية في بلدان اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا) في عقد الامم المتحدة الانمائي الثالث لم يكن بافضل حال من أداء القطاعات الاجتماعية في البلدان النامية بشكل عام. فلقد سجل الناتج المحلي الاجمالي للفرد الواحد تراجعاً سنوياً قدر بحوالي ٤,٦ في المائة خلال الثمانينات، وتزامن هذا الانخفاض في متوسط دخل الفرد مع ارتفاع معدلات الزيادة السنوية للسكان، ولاسيما في المدن بصورة خاصة. وقد قدر معدل الزيادة السنوية للسكان في منطقة الاسكوا بحوالي ٣ في المائة سنوياً. اضافة الى ذلك ان معدلات الخصوبة الكلية لازالت تعتبر من اعلى المعدلات في العالم حيث بلغت ٥,٦ مولوداً للمرأة الواحدة خلال الفترة ١٩٨٥-١٩٩٠. وقد نتج عن ذلك ارتفاع في معدلات الطلب على الخدمات الصحية والتعليمية والسكن. اما فيما يتعلق بمعدل وفيات الرضع فان انخفاضه كان بطيئاً جداً.

(١) انظر: اليونيسيف، الاستراتيجيات المتعلقة بالطفل في التسعينات (نيويورك، ١٩٨٩).

ونحن على ابواب العقد الانمائي الرابع، لازالت معدلات وفيات الرضع في ست من دول اللجنة تزيد عن خمسين طفلاً لكل الف مولود حي (الجدول ف).

الجدول (ف) معدلات وفيات الرضع وتوقع الحياة عند الولادة في بلدان الاسكوا لعام ١٩٨٨

الدولة	معدل وفيات الرضع (IMR)	توقع الحياة عند الولادة <sup>٤</sup>	اناث
دولة البحرين	٣٣،٠٨	٧٠،١٨	٧٢،٠٤
جمهورية اليمن الديمقراطية الشعبية	١٢٧،٢٣	٤٥،٥٢	٤٨،١٦
الجمهورية العربية اليمنية	١٢١،٦٠	٤٧،٥٢	٤٩،١٨
جمهورية مصر العربية	٧٩،٩٧	٦٢،٢٤	٦٤،٣٥
الجمهورية العراقية	٦٢،٤٩	٦٣،٦٩	٦٦،٦٦
المملكة الاردنية الهاشمية	٤١،٩٢	٦٧،٣٢	٧٠،٤٦
دولة الكويت	١٣،٥٦	٧٣،٠٧	٧٧،٥٣
الجمهورية اللبنانية	٣٢،٥٠	٧٠،٨٦	٧٦،٣٩
سلطنة عمان	٦٥،٥٩	٦٠،١٦	٦٢،٥٤
دولة قطر	٢٤،٣٦	٦٧،٦٠	٧٢،٠٠
المملكة العربية السعودية	٦٥،٣٢	٦٥،١٤	٦٨،٢١
الجمهورية العربية السورية	٥١،٧٥	٦٤،١٩	٦٦،١٦
الامارات العربية المتحدة	٢٧،٨٢	٧١،٧٠	٧٣،٧٨
دولة فلسطين (١)	٤٠،٦١	٦٧،٣٢	٧٠،٤٦

المصدر: Economic and Social Commission for Western Asia, Demographic and Related Socio-Economic Data Sheets (Baghdad, 1989) (E/ESCWA/POP/89/8/Rev.1).

(١) الضفة الغربية وقطاع غزة والقدس.

وشهد العقد الانمائي الثالث في منطقة الاسكوا تزايداً في معدلات النمو الحضري حيث فاقت هذه المعدلات معدلات النمو السكاني. فقد ارتفعت نسبة السكان الحضر من ٢٨ في المائة عام ١٩٦٠ الى ٥٦ في المائة عام ١٩٨٥. وزادت معدلات النمو السنوية للقوى العاملة بمقدار ٠,٤ في المائة عن المعدل المحدد الاستراتيجية الانمائية الدولية، وبسبب الهجرة العائدة تشير التقديرات الى ان معدلات البطالة ارتفعت في بعض الدول المصدرة للقوى العاملة الى ١٥ في المائة من اجمالي القوى العاملة.

اضف الى ذلك ان الحرب العراقية الايرانية والحرب الاهلية في لبنان وانتفاضة الشعب العربي الفلسطيني في الاراضي المحتلة ادت الى وجود نسبة عالية من المعوقين تفوق المعدلات العالمية مما يستدعي وجود برامج فعالة لرعاية وتأهيل هذا العدد الكبير<sup>(١)</sup>.

### التنمية الانسانية

لقد تبين وبدون شك ان الاحتياجات الاساسية للطفل والام لم تتم تلبيتها بعد ولم يتم قبول مبدأ «الاطفال اولاً» على نطاق واسع. وعليه فان تنمية القدرات البشرية وتلبية الاحتياجات الاساسية ينبغي ان تكون الهدف الرئيسي لعقد الامم المتحدة الانمائي الرابع. وقد اشارت دراسة اعدتها اليونيسيف الى أن:

«تلبية الاحتياجات البشرية الاساسية لا ينجم بالضرورة عن النمو الاقتصادي. وبناء على ذلك خلص عدد متزايد من مخططي التنمية الى القول بأنه يجب ان تصبح تلبية الاحتياجات البشرية الاساسية - وتزويد الشعوب بالمعارف اللازمة للقيام بذلك الهدف الرئيسي للتنمية... وقد يعني هذا النهج ان نجاح او فشل خطة انمائية سيقاس بمدى تخفيض مستوى الجوع وسوء التغذية وتمديد العمر المتوقع وتخفيض معدلات الوفيات بين الاطفال والمراهقين والحصول على الخدمات الصحية وتوفير المأوى المناسب والبيئة المعيشية الصحية؛ وتوفير التعليم الاساسي وامكانية التعبير الديني والثقافي والمشاركة السياسية»<sup>(٢)</sup>.

وقد رسمت منظمة اليونيسيف الصورة المستقبلية للعالم النامي عندما اشارت الى ان اطفال العالم نقطة الانطلاق لاستراتيجية انمائية دولية تؤكد على التنمية الانسانية وتؤكد على ان تطور الاطفال الفردي ومساهماتهم الاجتماعية سيؤديان الى تشكيل مستقبل العالم، كما اشارت أيضاً الى المبدأ الاخلاقي العالمي الاخذ في الظهور والفائل بان الموت قبل الاوان والعوق وانعدام فرص التنمية، في وقت تتوفر فيه اجراءات وقائية هي امور لا يقبلها الضمير شأنها في ذلك شأن الرق والاستعمار والعنصرية. وقد اكدت اليونيسيف على ان صحة الام وتغذيتها هما العاملان المحددان لصحة الطفل ونموه.

(١) اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، التطورات الانمائية في منطقة الاسكوا خلال عقد الثمانينات (بغداد ١٩٩٠) (E/ESCWA/DPD/90/WG.1/3).

(٢) اليونيسيف، الاستراتيجيات المتعلقة بالطفل في التسعينات، مرجع سابق، ص. ٢٢.

## الاهداف الرئيسية لبقاء الطفل ونمائه وحمايته بحلول عام ٢٠٠٠

ومن منطلق التنمية الانسانية التي تؤكد على ان الاستثمار في صحة الاطفال وتغذيتهم وتعليمهم هو حجر الاساس للتنمية الوطنية، حددت اليونيسيف الاهداف الرئيسية التالية لبقاء الطفل وتنميته وحمايته خلال التسعينات.

١ - تخفيض نسب وفيات الاطفال دون الخامسة في جميع بلدان العالم بمقدار ٥٠ في المائة او الى ٥٠ او ٧٠ لكل ١٠٠٠ مولود حي.

٢ - تخفيض نسب وفيات الامهات بمقدار ٥٠ في المائة بين عام ١٩٨٠ وعام ٢٠٠٠.

٣ - خفض سوء التغذية الحاد الى اقل من ١ في المائة.

٤ - توفير مياه الشرب النقية ومرافق صحة البيئة الملائمة في كل انحاء العالم.

٥ - توفير التعليم الاساسي للاطفال وتسريع برامج محو الامية للكبار وخاصة النساء.

هذا بالاضافة الى عدد كبير من الاهداف المساندة والتي تساهم مساهمة مباشرة في تحقيق الاهداف الرئيسية.

### عملية المراقبة والتقييم

من البديهي ان تكون عملية المراقبة والتقييم جزءاً اساسياً من استراتيجية عقد الامم المتحدة الانمائي الرابع بحيث تتضمن هذه العملية تقديراً لفاعلية التدابير والاجراءات المتخذة وقياس الاداء ومراقبة التقدم والكفاءة التي تتم بها عملية تنفيذ التدابير. وقد ابدى المجتمع الدولي تحفظات شديدة بشأن استخدام الناتج القومي الاجمالي بوصفه المقياس الرئيسي لمستوى التنمية وسرعتها. لذلك فان صياغة مجموعة من المؤشرات الاجتماعية تستجيب بكفاءة عالية لمتطلبات التقييم السريع للتقدم وبلوغ الاهداف امر ملح للغاية، وان تحديد المؤشرات سيساعد الحكومات ومتخذي القرار في اتخاذ القرارات المناسبة في الوقت المحدد.

### ما هي المؤشرات؟

لا يعتبر وضع الام والطفل كياناً منفصلاً عن الواقع الاجتماعي لاي مجتمع من المجتمعات، لذلك فان المؤشرات المطلوبة يجب ان تمتلك القدرة على رصد التغير في الواقع الاجتماعي وارتباطاته الاقتصادية الاجتماعية. والمؤشرات كما يوجي بذلك اسمها هي دلالة على وضع معين، وهي عبارة عن

متغيرات تقيس التغيرات. ولقد جاء الاهتمام بتطوير المؤشرات الاجتماعية كنتيجة للمحاولات الرامية الى مراقبة مختلف السياسات والبرامج المتعلقة بالطفل والام وخاصة برامج التنمية الانسانية وقياس ومراقبة اداء الخدمات الاجتماعية. وادت هذه الاهتمامات الى تزايد الطلب على الاحصاءات الاجتماعية والسكانية من جهة، والى تزايد الطلب على مؤشرات سهلة الفهم يمكن اعدادها من واقع البيانات المتوفرة وفي ضوء الامكانات المادية المتاحة<sup>(1)</sup>.

وينبغي ان تتوافر في المؤشرات المواصفات الآتية:

١- ان تكون موضوعية بمعنى ان النتائج التي تعطيها هذه المؤشرات يجب ان تكون واحدة في حال استخدامها لقياس نفس الظاهرة تحت ظروف محيطية مماثلة.

٢- ان تكون عالية الحساسية للتغيرات التي قد تطرأ. بمعنى ان تكون سريعة التغير مع تغير الظواهر.

٣- ان تكون محددة بالموضوع المعنى.

٤- ان تكون قابلة للمقارنة بحيث تستطيع الدول مقارنة ما انجزته من تقدم مع غيرها من دول لاسيما الدول ذات المستوى المماثل في التطور الاقتصادي الاجتماعي. وكذلك يمكن لهذه الدول ان تكتسب منظوراً عالمياً عن الموقف الصحي والاجتماعي فيها.

وتستخدم المؤشرات كمعالم في طريق التقدم نحو بلوغ الاهداف العامة والاهداف المباشرة التي حددتها الدول، والتي لا تشكل في حد ذاتها اهدافاً مباشرة رقمية. ويمكن ان تبين المؤشرات الى اي مدى تم تحقيق الاهداف المحددة، كما انها تحفز الناس على العمل اي انها تستطيع ان تساعد في تحديد الاولويات وفي الحث على العمل حيثما يستلزم الامر ذلك.

#### البيانات اللازمة ومصادرها

يتطلب اعداد المؤشرات المطلوبة وتحليلها وقياس درجة تغيرها توفر مجموعة من البيانات مختلفة المصادر. وقد تكون هذه البيانات متوفرة من خلال الانظمة الاحصائية المختلفة او قد يقتضي توفيرها. ويمكن استخدام المصادر الآتية للحصول علي البيانات:

---

(١) انظر: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا والمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، اعداد المؤشرات الاجتماعية الخاصة بوضع المرأة (بغداد، ١٩٨٩) (E/ESCWA/SD/89/WG.4/10).

## ١- سجلات الاحصاءات الحيوية

تعرف الامم المتحدة نظام تسجيل الـواقعات الحيوية بأنه يشمل التسجيل القانوني والاحصائي للواقعات الحيوية (المواليد احياء، الوفيات، المواليد اموات، الزواج والطلاق). وقد يكون هذا التسجيل مكتملاً أو غير مكتمل وقد يقتصر الاكتمال في التسجيل احياناً على المدن، وطبقاً لمعايير الامم المتحدة فان تسجيل المواليد والوفيات يعتبر مكتملاً أو شبه مكتمل اذا كانت نسبة تغطية الـواقعات المذكورة حوالي ٩٠ في المائة أو أكثر. وعندما لا يكون التسجيل مكتملاً قد تلجأ الدول الى اجراء تسجيل بالعيينة بهدف معرفة بعض المتغيرات الديموغرافية كمعدل وفيات الرضع او الخصوبة الكلية على سبيل المثال. وفي منطقة اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا) فان تسجيل الـواقعات الحيوية في معظم دول اللجنة غير مكتمل (١).

## ٢- تعدادات السكان والمساكن

يعتبر التعداد العام للسكان المصدر الرئيسي للبيانات الديموغرافية الاساسية التي يمكن منها حساب معظم المؤشرات الديموغرافية باستخدام الاساليب المباشرة وغير المباشرة، كما وقد تتضمن التعدادات بيانات عن العوق هذا بالاضافة الى بيانات عن خصائص الوحدات السكنية المتعلقة بتوفير مياه الشرب وتسهيلات المرافق الصحية وصرف المياه، والاتارة وغيرها. ومن العيوب الرئيسية للتعداد كمصدر للبيانات اللازمة لاعداد المؤشرات تباعد فترات تنفيذه، فدورية التعدادات هي كل عشر سنوات في معظم الدول. اضع الى ذلك ان تجهيز البيانات قد يحتاج الى وقت طويل.

## ٣- مسح الاسرة بالعيينة

تعتبر مسح الاسرة اكثر آليات جمع البيانات مرونة وتكمن فائدتها الكبيرة في قدرتها على توفير البيانات في حالة عدم وجود مصادر اخرى. ولا يوجد شكل نموذجي لمسوح الاسرة التي تكون في الغالب سلسلة متصلة من البحوث تهدف الى توفير قاعدة بيانات سليمة وسلاسل زمنية موثوق بها. ويعتبر برنامج تعزيز القدرات الوطنية لمسوح الاسر (National Household Survey Capability Programme) من البرامج المتكاملة والتي نفذت في العديد من بلدان العالم. وقد ناقشت لجنة عمل هذا البرنامج في اجتماعها الاخير الذي انعقد في لندن من ٢٣ الى ٢٧ نيسان/ابريل، موضوعات ذات علاقة بصحة الام والطفل (٢). كما ويعتبر مسح صحة الطفل الذي نفذ في بلدان الخليج العربي من المسوحات الجيدة التي وفرت مجموعة من البيانات المفيدة.

(١) انظر: United Nations, Principles and Recommendations for a Vital Statistics System, (E.73.XV11.9).

(٢) انظر: United Nations, Operational Guidelines for Measuring Health and Mortality through Household Survey (draft) 1990. Department of Technical Cooperation for Development and Statistical Office, Assessing the Nutritional Status of Young Children (New york, 1990).

وحديثاً تبنت اليونيسيف في منطقة الشرق الاوسط وشمال افريقيا مشروعاً لتنفيذ سلسلة من مسوح الاسر البسيطة والسريعة تهدف الى قياس معدلات وفيات الاطفال وذلك للوقوف على حقيقة اوضاع الطفل والام في المنطقة المعنية<sup>(١)</sup>.

#### ٤- سجلات الخدمات الصحية

تغطي سجلات الخدمات الصحية كمّاً هائلاً من البيانات اللازمة في اعداد العديد من المؤشرات ذات الصلة بالام والطفل مثل وفيات الامومة والوفيات عامة واسبابها او معلومات تتعلق بوزن الطفل عند الميلاد والوزن والطول عند الاطفال في فترات مختلفة. وقد تختلف طريقة الوصول الى تلك البيانات. الا ان استنباط نظم احصائية بسيطة في المراكز الصحية والمستشفيات ستكون ذات فائدة كبيرة نظراً لاستخدامها في عملية المراقبة.

#### ٥- سجلات الامراض المعدية

تحتفظ الكثير من الدول بسجلات مركزية خاصة بالامراض المعدية تزود باستمرار ببيانات وارادة من الاقاليم والمحافظات، ويعتقد ان هذه السجلات ستكون ذات فائدة كبيرة لو احسن استخدام بياناتها في عملية المراقبة خاصة اذا كان نظام التبليغ عن الامراض المعدية مكتملاً وشاملاً لكافة اراضي الدولة. ومن خلال هذه السجلات يمكن معرفة معدلات الاصابة بهذه الامراض والوفيات بسبب الامراض المعدية.

#### مؤشرات مختارة لمراقبة اهداف استراتيجيات التسعينات

هناك العديد من المؤشرات الاجتماعية التي يمكن استخدامها في قياس اداء عقد الامم المتحدة الانمائي الرابع ورصد الانجازات المحققة فيما يتعلق بوضع الام والطفل. وفيما يلي عرض لاهم هذه المؤشرات:

#### ١- معدل وفيات الرضع والاطفال دون سن الخامسة

معدل وفيات الرضع (Infant mortality rate) هو عبارة عن عدد وفيات الرضع خلال السنة الاولى من العمر لكل ١٠٠٠ مولود حي في سنة معينة. ويعكس هذا المؤشر الوضع الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع. ويعتبر معدل وفيات الرضع مؤشراً حساساً لقياس اداء الخدمات الصحية، لاسيما رعاية ما حول الولادة. ويتباين هذا المعدل باختلاف المنطقة الجغرافية (ريف وحضر) وباختلاف المجموعات السكانية. ويحسب على الشكل الآتي:

---

(١) انظر: H. David Patricia and Others, Measuring Childhood Mortality (Amman, UNICEF, 1990).



$$\text{معدل وفيات الرضع (IMR)} = \frac{\text{عدد الوفيات دون السنة من العمر خلال فترة معينة}}{\text{عدد المواليد احياء خلال نفس الفترة}} \times 1000$$

ويتراوح هذا المعدل بين ٢٠٠ بالالف في البلدان الاقل نمواً و١٥ بالالف في البلدان الصناعية. ويمكن اشتقاق هذا المعدل من الاحصاءات الحيوية اذا كانت نسبة تغطية الواقيات الحيوية تزيد عن ٩٠ في المائة. كما ويمكن حساب هذا المعدل من بيانات التعداد العام للسكان اذا تضمن اسئلة استرجاعية عن عدد المواليد الاحياء للام و عدد الباقين منهم على قيد الحياة، وعدد المواليد الاحياء في العام السابق ليوم التعداد والباقيين منهم على قيد الحياة طيلة حياتها الزوجية.

ومن بيانات مسح الاسرة وباستخدام الاساليب غير المباشرة (Brass Technique) يمكن التوصل الى معدلات وفيات الرضع والاطفال باستخدام برامج الميكروكمبيوتر (Mortpak) المعدة من قبل الامم المتحدة. ومؤخراً قام السيد براس وتلاميذه في (London School of Hygiene and Tropical Medicine) باعداد طريقة جديدة تسمى طريقة الولادة السابقة (The Preceding-Birth Technique) وتهدف الى تقدير وفيات الرضع والاطفال. وحالياً تستخدم اليونيسيف هذه الطريقة في المسوح السريعة التي تنفذها في العديد من البلدان. ومن المسوح الجيدة التي يمكن من خلالها التوصل الى تقدير وفيات الرضع هي مسح متابعة حالات الحمل المسجلة<sup>(١)</sup> (Follow-up of recorded pregnancies) ويعتبر هذا النوع من المسوح ذا كلفة عالية.

ان التغير في معدل وفيات الرضع لا يعكس الاسباب المباشرة لوفاة الرضع فحسب، مثل الاسهال وعدوى الجهاز التنفسي وسوء التغذية والامراض المعدية وحالات ما حول الولادة؛ بل يعكس كذلك مستوى صحة الامهات ومستوى الرعاية اثناء الحمل وما بعد الولادة للامهات والرضع ولقد وجد ان معدل وفيات الرضع له دلالة واضحة على التغيرات في الاحوال الصحية وان الهبوط المطرد في هذا المعدل يتزامن مع تحسن مستويات المعيشة والاوزاع الصحية والسكنية وغيرها.

#### معدل وفيات الاطفال (Child mortality rate)

هو عبارة عن عدد الوفيات في الفئة العمرية ١-٤ سنوات في سنة محددة لكل ١٠٠٠ من الاطفال في نفس الفئة العمرية عند منتصف العام من نفس السنة. وتعكس وفيات الاطفال العوامل البيئية الرئيسية التي تؤثر في صحة الطفل مثل التغذية والامراض السارية والحوادث التي تقع داخل المنزل وخارجه. كما

---

(١) انظر: World Health Organization, Guidelines for Measurement of Foetal, maternal and Infant mortality by follow-up recorded pregnancies (Geneva, 1981) (WHO/HS/NAT.Com/82.380).

تعكس وفيات الاطفال مستوى ومقدار الفقر. لذلك يعتبر هذا المعدل مؤشراً حساساً للتطور الاجتماعي الاقتصادي في المجتمع. وقد يصل هذا المعدل في البلدان الاقل نمواً الى ١٠٠ لكل ١٠٠٠ في حين يبلغ هذا المعدل حوالي ٤،٠ لكل ١٠٠٠ في البلدان المتقدمة. ويدل ذلك على ان امكانية خفض معدلات وفيات الاطفال ممكنة، حيث ان معظم حالات الوفاة في هذه الفئة العمرية يمكن تفاديها عن طريق تحسين الاحوال الاجتماعية الاقتصادية، ويحسب معدل وفيات الاطفال (١-٤) سنوات على الشكل الآتي:

$$\text{معدل وفيات الاطفال (CMR)} = \frac{\text{عدد وفيات الاطفال (١-٤) سنوات خلال عام معين}}{\text{مجموع الاطفال في نفس الفئة العمرية في منتصف نفس العام}} \times 1000$$

ويمكن الحصول على البيانات اللازمة لحساب هذا المعدل من الاحصاءات الحيوية المكتملة، او بيانات التعداد العام للسكان ومسوح الاسر.

#### معدل وفيات ما دون سن الخامسة (Under-five mortality rate)

يمكن استخدام معدل وفيات ما دون سن الخامسة ليعكس كلاً من معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الاطفال. ومزية ذلك ان معدل وفيات ما دون الخامسة يعكس وفيات سوء التغذية التي لا يعكسها معدل وفيات الرضع. ويحسب هذا المعدل على الشكل الآتي:

$$\text{معدل وفيات ما دون سن الخامسة (USMR)} = \frac{\text{عدد الوفيات دون سن الخامسة في سنة معينة}}{\text{مجموع عدد الاطفال دون سن الخامسة في منتصف العام}} \times 1000$$

كما ويمكن التعبير عن معدل وفيات ما دون سن الخامسة كنسبة مئوية من اجمالي الوفيات في باقي الفئات العمرية. وتشكل نسبة وفيات هذه الفئة العمرية نسبة كبيرة من اجمالي الوفيات في البلدان الاقل نمواً في حين نجد هذه النسبة صغيرة في البلدان الاكثر تقدماً.

#### معدل وفيات الامومة (Maternal mortality rate) -٢

تعرف وفاة الامومة بانها وفاة المرأة اثناء الحمل او خلال ٤٢ يوماً من انتهائه، بغض النظر عن مدة الحمل، ومن اي سبب يتعلق به، ولا تحسب الوفاة حالة وفاة امومة اذا كانت ناتجة عن حادث عارض. ويعكس هذا المعدل ما تتعرض له الامهات من خطورة اثناء الحمل والوضع، ويتأثر هذا المعدل بالاضاع الاجتماعية والاقتصادية وبالتغذية وبرعاية صحة الام ويمكن تحديدها بما يأتي:

- ١- الاحوال الاجتماعية والاقتصادية العامة.
- ٢- الاحوال الصحية غير الملائمة التي تسبق الحمل.
- ٣- حدوث مختلف انواع مضاعفات الحمل والولادة.
- ٤- مدى اتاحة واستعمال تسهيلات الرعاية الصحية بما في ذلك الرعاية اثناء الحمل والولادة.

ويعبر عن معدل وفيات الامومة بعدد وفيات الامهات لكل ١٠٠٠ مولود حي، وتتراوح المعدلات من ٣٠ لكل ١٠٠٠ في البلدان الاقل نمواً الى ما يقل عن ٠،١ لكل ١٠٠٠ مولود حي في البلدان المتقدمة.

ويمكن حساب معدل وفيات الامومة من الاحصاءات الحيوية، وفي حال عدم وجود نظام مكتمل لتسجيل الواجهات الحيوية يمكن الاعتماد على نتائج التعدادات السكانية ومسوح الاسرة. ويفضل ملاحظة ما لا يقل عن ٥٠ حالة وفيات امومة لكي يمكن استخدام ذلك المعدل كمؤشر في عملية المراقبة.

ومن المفضل حساب المعدلات العمرية لوفيات الامومة حيث انها تنخفض في الفئة العمرية ٢٠-٢٤ وترتفع عند سن ال ٤٠ سنة فما فوق. ويمكن تقسيم المعدل الى مجموعتين وفقاً لما يأتي:

(١) الوفيات المرتبطة مباشرة بالتوليد، اي تلك الناجمة عن مضاعفات الحمل (الحمل والمخاض والنفاس).

(ب) الوفيات المرتبطة ارتباطاً غير مباشر بالتوليد اي تلك الناجمة عن مرض سابق او مرض ظهر اثناء الحمل. وبالرغم من اهمية هذا المؤشر الا ان البيانات المتوفرة لاعداده قليلة جداً في منطقة الاسكوا<sup>(١)</sup>.

### ٣- العمر المتوقع عند سن معينة (Life expectancy at a given age)

ان متوسط العمر المتوقع عند سن معينة هو متوسط عدد السنوات التي يتوقع ان يعيشها شخص في هذا السن حسب نمط الوفيات السائد في المجتمع. وغالباً ما يستخدم توقع الحياة عند الميلاد (Life expectancy at birth) كمؤشر للدلالة على الوضع الاجتماعي الاقتصادي والعمرى للمجتمع. ويتراوح متوسط العمر المتوقع عند الميلاد من اقل من ٤٠ سنة في بعض البلدان الاقل نمواً الى ما يزيد عن ٧٠ سنة في البلدان المتقدمة. وعادة يحسب هذا المؤشر للذكور والاناث على حد سواء. لذلك يتطلب الامر الحصول على معدلات الوفيات العمرية لكلا الجنسين. واذا لم يتيسر الحصول على معدلات دقيقة للوفاة حسب العمر والجنس فانه يمكن استعمال جداول الحياة النموذجية للحصول على تقدير تقريبي لمتوسط العمر المتوقع. وقد وضعت سلسلة من جداول الحياة النموذجية لتمثل مدى واسعاً من انماط الوفيات التي تحدث في بلدان بمستويات مختلفة من التطور الاجتماعي والاقتصادي، ومن بينها جداول كول ودمني وجداول الامم المتحدة. ومتوسط العمر المتوقع هو مؤشر يبين طول البقاء ويمكن اعتباره مؤشراً لمراقبة البرامج الصحية، ويتأثر هذا المؤشر بمعدلات وفيات الرضع تأثيراً كبيراً فكلما ارتفع معدل وفيات الرضع انخفض توقع الحياة عند الميلاد.

(١) انظر: World Health Organization, Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health for All by Year 2000, (Geneva, 1981).

٤ - نقص الوزن عند الميلاد (Low birth weight)

يعتبر المولود حديثاً ناقص الوزن اذا ولد ووزنه اقل من ٢٥٠٠ غرام. ويفضل ان تتم عملية الوزن خلال الساعات الاولى من حياة الطفل قبل ان يحدث فقد كبير في الوزن. وتحسب النسبة المئوية من الوزن الناقص عند الميلاد كالآتي:

$$LBW = \frac{\text{عدد المواليد احياء بوزن يقل عن ٢٥٠٠ غرام}}{\text{مجموع عدد المواليد احياء}} \times 100$$

وقد تصل النسبة المئوية لناقصي الوزن من المواليد الى ما يقرب من ٥٠ في المائة في الدول الاقل نمواً، في حين تصل نفس النسبة الى ٤ في المائة في العالم المتقدم.

وتتم عملية جمع البيانات لهذا المؤشر في المستشفيات اذا تمت الولادة داخل المستشفى. وفي بعض الدول يسجل الوزن لكل مولود جديد في اشعار الولادة حيث يعتبر هذا البيان من بيانات الاحصاءات الحيوية لذلك يمكن حساب هذا المؤشر بكل سهولة. وفي المجتمعات التي لا يوجد فيها نظام للتسجيل الحيوي، فغالباً ما يجري اغفال الاطفال الذين يموتون بعد مولدهم بفترة قصيرة من اي تسجيل. لذلك يحصل نقص في تسجيل الاطفال ناقصي الوزن لكونهم معرضين للوفاة اكثر من غيرهم.

ويعتبر الوزن الناقص عند الميلاد من اكثر المؤشرات اهمية حيث يشير الى تعرض حياة الاطفال للخطر وتهديد نموهم وتطورهم الصحي. ويعكس الوزن الناقص عند الميلاد النقص في التغذية واعتلال صحة الامهات. لذا فان ارتفاع النسبة المئوية للوزن الناقص عند الميلاد يشير الى الحالة الصحية السيئة للنساء الحوامل. وقد يكون الوزن الناقص عند الميلاد في بعض البلدان تعبيراً عن توطن بعض الامراض. ومن المفيد تحليل الوزن الناقص عند الميلاد حسب العمر ومتوسط الانجابية للام وعلى اساس مدة الحمل اذا امكن<sup>(١)</sup>.

٥ - العجز طويل الاجل (Long-term disability)

يعرف العجز بانه اي قيد او نقص في القدرة على اداء نشاط في المجالات التي تعد طبيعية للانسان. وقد يأخذ العجز شكل اختلالات في السلوك المعتاد او في الرعاية الشخصية مثل التحكم في اخراج

(١) World Health Organization, Manual of the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of death, 1975 revision, vol. 1 (Geneva, 1977).

J. C. Waterlow and others, The Presentation and Use of Height and Weight Data for Comparing the Nutritional Status of Groups of Children and the Age of 10 years, Bulletin of the World Health Organization, No. 55, pp. 489- 498 (1977).

الفضلات والقدرة على غسل الوجه او تناول الطعام او في اداء أنشطة اخرى من أنشطة الحياة اليومية او في الأنشطة الحركية كالمشي. ولا يوجد هناك تعريف دولي بصدد المدة التي تعتبر طويلة الاجل لذا يمكن للدول وضع تعريف يناسب اوضاع المجتمع. ويعبر عن العجز بنسبة مئوية من اجمالي السكان وتحسب هذه النسبة على الشكل الآتي.

$$\text{نسبة العجز طويل الاجل} = \frac{\text{عدد الاشخاص المصابون بعجز طويل الاجل}}{\text{مجموع عدد الاشخاص الذين تم فحصهم}} \times 100$$

ويمكن ان يحسب هذا المؤشر لكل عجز على حده كفقدان البصر او الاصابة بالشلل او العجز اللغوي وغيره.

واكثر الطرق استعمالاً لجمع البيانات عن العجز هي مسح الاسر. وغالباً ما تدرج اسئلة عن العجز في التعدادات السكانية ايضاً. وتعتمد كلا المسوح والتعدادات في تصنيفها لحالات العجز على تصنيف منظمة الصحة العالمية التجريبي لحالات الاعتلال والاعاقة<sup>(١)</sup>.

#### ٦- معدل التعليم بين البالغين (Adult literacy rate)

ان المنجزات التي تحرز في قطاع الصحة لا شك انها تتأثر بمعدلات التعليم. ويعرف معدل التعليم بانه النسبة المئوية من السكان البالغ عمرهم ١٥ سنة فأكثر والذين يستطيعون القراءة والكتابة في اية لغة، ويمكن الحصول على هذه البيانات من التعدادات السكانية ومسوح الاسر.

كما ويمكن الاستعانة بمؤشر آخر هو معدل الالتحاق او الانتظام بالدراسة. وهو عبارة عن عدد التلاميذ المسجلين في المؤسسات التعليمية كنسبة من العدد المقرر من السكان في كل فئة عمرية من ٥ الى ١٩ سنة. وعادة يتم التركيز على معدلات الالتحاق بالدراسة في المرحلة الابتدائية. ان حساب النسبة المئوية للتغير في معدل التعليم ومعدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية يعطينا فكرة عن التقدم الحاصل في مجال الخدمات التعليمية والتي سيكون لها انعكاس مباشر على الاوضاع الصحية.

#### ٧- توفر الاغذية والحالة الغذائية (Food availability and nutritional status)

ان توفر الغذاء والتغذية له تأثير هام على حالة المجتمع الصحية، لاسيما بالنسبة للمجموعات ذات الدخل المنخفض. ولا يوجد في الوقت الحاضر مؤشر يعكس حالة التغذية في المجتمع بشكل دقيق. اما مقدار ما يتاح للفرد من الطاقة «السعرات الحرارية» الذي يحسب من بيانات الاغذية التي تؤخذ من الانتاج

(١) انظر: World Health Organization, International classification of impairments, disabilities and handicaps (Geneva, 1980).

المحلي من الموارد الغذائية، والواردات والصادرات، فانه يعتبر افضل المؤشرات المتاحة عن مجموع ما يتوفر من الاغذية. الا انه يجب التعامل بحذر مع هذا المؤشر لانه لا يأخذ في الحسبان الفوارق بين الفئات الاجتماعية او انماط توزيع الاغذية داخل الاسر. ويمكن الحصول على البيانات اللازمة لاعداد هذا المؤشر من مسوح الاسرة المخصصة لاستهلاك الاغذية ونفقات المعيشة. واوسع المؤشرات استعمالاً للحالات الغذائية في المجتمع هي القياسات الجسمية الهادفة الى تقييم النمو والتطور، لاسيما نمو صغار الاطفال. والقياسات المذكورة هي عبارة عن الوزن بالنسبة للسن والوزن بالنسبة للطول والطول بالنسبة للسن عند صغار الاطفال. وجميع هذه الطرق لها مزاياها وعيوبها. ومن الاهمية بمكان ان نلاحظ التغيرات في هذا المؤشر على فترات قصيرة من الزمن. وغالباً ما تستخدم هذه القياسات لاجراء المقارنات او تفسيرها وفقاً لمعايير دولية. وقد استعمل في السنوات الاخيرة على نطاق واسع محيط منتصف العضد The mid upper arm لتقييم الحالة الغذائية. ولهذا القياس فائدة خاصة بالنسبة للطول.

#### ٨- الناتج القومي الاجمالي او الناتج المحلي الاجمالي

(Gross national product or gross domestic product)

رغم التحفظات الشديدة بشأن استخدام الناتج القومي الاجمالي او الناتج المحلي الاجمالي كمقياس رئيسي لمستوى التنمية وسرعتها الا انه كمؤشر يخدم عدداً من الاغراض، اولها انه يعمل مقياساً للتغيرات في مجموع الانتاج الوطني الذي يستمد منه نصيب الانفاق على الخدمات الصحية، كما انه يعمل أيضاً مقياساً للرفاه الاجتماعي بشكل عام رغم مواطن الضعف والغموض فيه.

### خلاصة

ان الوقوف على مسار عملية التنمية الانسانية ورصد انجازاتها لا بد ان يعتمد على منظومة متكاملة من المؤشرات الاجتماعية لها القدرة على رصد التغيرات الحاصلة سواء كانت هذه التغيرات فسي تقدم الى الامام او تخلف الى الوراء، وبالرغم من ان معدل وفيات الاطفال دون الخامسة من العمر مع معدل انخفاضه السنوي اعتبر «عداد السرعة» فيما يتعلق بالتقدم نحو الاهداف، الا ان مجموعة المؤشرات الاخرى المعروضة في هذا التقرير ذات اهمية بالغة في مراقبة ما يتم انجازه من الاهداف والاستراتيجيات المتعلقة بالام والطفل.

ويتضح من هذا التقرير ان عملية اعداد المؤشرات ينبغي ان تعتمد على مصادر موثوقة من البيانات كما وان بعضها يعتمد على مناهج واساليب حديثة يجب الالمام بها. حيث ان مستوى المؤشرات ومدى الوثوق بها يعتمد على مستوى المدخلات من البيانات اللازمة. لذلك. فان مناقشة المؤشرات المستخلصة مع العديد من المتخصصين يعتبر امراً حيويّاً لان الخطوة التي تلي اعداد المؤشرات هي اتخاذ القرار. والاعتماد على مؤشرات خاطئة سيكلف الدول خسارة كبيرة هي في أمس الحاجة لها.

### المراجع العربية

- اليونيسيف. الاستراتيجيات المتعلقة بالطفل في التسعينات. اليونيسيف، نيويورك، ١٩٨٩.
- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا. التطورات الانمائية في منطقة الاسكوا خلال عقد الثمانينات. بغداد، ١٩٩٠. (E/ESCWA/DPD/90/WG.1/3)
- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا والمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. اعداد المؤشرات الاجتماعية الخاصة بوضع المرأة، بغداد، ١٩٨٩. (E/ESCWA/SD/89/WG.4/10)

### المراجع الاجنبية

- Brass, W. Methods for estimating fertility and mortality from limited and defective data, laboratories for population statistics. Chapel Hill, North Carolina 1975.
- Economic and Social Commission for Western Asia. Demographic and related Socio-Economic Data Sheets (Baghdad, 1989). (E/ESCWA/POP/89/8/Rev.1)
- J.C. Waterlow. The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children and the age of 10 years. Bulletin of the World Health Organization. No.55, pp. 489-498.
- Patricia H. David and others. Measuring childhood mortality: A guide for simple surveys. Amman, UNICEF, 1990.
- United Nations. Handbook on Social Indicators. New York, 1989.
- United Nations Children's Fund. The State of the world's children. London, Oxford University Press, 1990.
- United Nations. Statistical Office Operational guidelines for measuring health and mortality through household surveys. Working group on household surveys. London, April 1990. (draft)
- United Nations Department of Technical co-operation for Development and Statistical Office. Assessing the nutritional status of young children. New York, 1990
- United Nations, Principles and Recommendations for a Vital Statistics System. (E. 73. XV11.9).
- World Health Organization. Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year 2000. Geneva, 1981.



World health Organization. Guidelines for Measurement of Foetal maternal and Infant mortality by follow- up recorded pregnancies. Geneva, 1981.

World Health Organization, International classification of impairments, disabilities and handicaps (Geneva, 1980).

World Health Organization. Manual of the international classification of diseases, injuries and causes of death, 1975 revision, vol. 1 (Geneva, 1977).

---