



المجتمع العربي الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية

إصدار رقم 15



ازدهار البلدان كرامة الإنسان





ازدهارُ البلدان كرامةُ الإنسان



الأمم المتحدة

الاسكوا
ESCWA

رؤيتنا

طاقاتٌ وابتكار، ومنطقتنا استقرارٌ وعدلٌ وازدهار

رسالتنا

بشَقْفٍ وعَزْمٍ وعَمَلٍ: نبتكر، ننتج المعرفة، نقدّم المشورة،
نبني التوافق، نواكب المنطقة العربية على مسار خطة عام 2030.
يداً بيد، نبني غداً مشرقاً لكلّ إنسان.

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

المجتمع العربي:
الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية
إصدار رقم 15

الأمم المتحدة

Distr.
GENERAL

E/ESCWA/CL4.SIT/2020/1
17 November 2020
ARABIC
ORIGINAL: ENGLISH

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

المجتمع العربي:
الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية
إصدار رقم 15



الأمم المتحدة
بيروت

منشورات الأمم المتحدة
E/ESCWA/CL4.SIT/2020/1
ISBN: 978-92-1-128412-6
e-ISBN: 978-92-1-005629-8
ISSN. 1012-7801
Sales No. E.21.II.L.1
20-00446

يتوجه المؤلفون بالشكر إلى أجهزة الإحصاء الوطنية في الدول الأعضاء لتزويدها اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) بالبيانات اللازمة. ولا ترد في هذه الدراسة المؤشرات المتوفرة جميعها، وللإطلاع على مجموعة الجداول كاملة يرجى زيارة الموقع الإلكتروني للإسكوا. وقد ضمنا الوثيقة أكبر قدر ممكن من البيانات التي تلقيناها من الدول الأعضاء، إلا أنه جرى استبعاد البيانات غير المتسقة أو غير الموثوقة.

شارك في إعداد هذا العدد مروان خواجه، وإسماعيل لبد، وناثان ريس، وزينة سنو، ودينا قرانوح، وكارين نصار.

المحتويات

الصفحة

iii	شكر وتقدير
ix	الرموز والمختصرات.....
1	مقدمة
5	1- السكان.....
18	2- الأسر المعيشية والعائلات.....
26	3- ظروف الإسكان.....
33	4- الصحة.....
48	5- مرض فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19).....
54	6- التعليم.....
61	7- العمل.....
70	8- الفقر واللامساواة.....
75	9- الثقافة.....
80	المراجع.....

قائمة الأشكال

5	الشكل 1-1 معدل النمو السكاني السنوي، النسبة المئوية للفترة 2000-2019.....
6	الشكل 2-1 أعداد السكان بالملايين للفترة 2000-2019.....
7	الشكل 3-1 المواطنون وغير المواطنين حسب نوع الجنس في بلدان مجلس التعاون الخليجي، وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة.....
8	الشكل 4-1 الهرم السكاني لمصر، النسبة المئوية، تقديرات عام 2018.....
8	الشكل 5-1 الهرم السكاني للمملكة العربية السعودية، النسبة المئوية، تقديرات عام 2018.....
9	الشكل 6-1 النسب بين الذكور والإناث للفترة 2000-2019 (ذكور لكل 100 إناث).....
10	الشكل 7-1 النسبة المئوية للسكان حسب الفئة العمرية ونوع الجنس وأحدث البيانات المتوفرة ...
11	الشكل 8-1 معدلات الخصوبة الإجمالية (الولادات لكل 1,000 امرأة) في الفئة العمرية 15-49 سنة للفترة 2000-2018.....
13	الشكل 9-1 العمر المتوقع عند الولادة لإجمالي السكان، حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019.....
14	الشكل 10-1 معدلات وفيات الرضع (لكل 1,000 ولادة حية) للفترة 2000-2020.....
15	الشكل 11-1 أعداد المهاجرين الدوليين، بالملايين، 2019.....
16	الشكل 12-1 أعداد المهاجرين الدوليين في منتصف السنة (النسبة المئوية لسنة الأساس 2000) للفترة 2000-2019.....

المحتويات (تابع)

الصفحة

17	الشكل 1-13 اللاجئين حسب البلد/منطقة اللجوء بالملايين للفترة 2000-2019.....
18	الشكل 2-1 متوسط حجم الأسرة المعيشية للفترة 2000-2020.....
19	الشكل 2-2 الأسر المعيشية التي ترأسها إناث، النسبة المئوية للفترة 2000-2020.....
20	الشكل 2-3 النسبة المئوية للزيجات المسجلة، في عام 2000 وفي الفترة 2000-2020.....
21	الشكل 2-4 النسبة المئوية لحالات الطلاق المسجلة، في عام 2000 وفي الفترة 2000-2020.....
22	الشكل 2-5 الوضع العائلي للنساء حسب الفئة العمرية، أحدث البيانات المتوفرة.....
23	الشكل 2-6 النسبة المئوية لمن سبق لهن الزواج وتتراوح أعمارهن بين 15 و19 عاماً، وفق أحدث التقديرات المتوفرة.....
24	الشكل 2-7 النسبة المئوية لمن تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاماً ومتزوجات من أزواج لديهن زوجة ثانية أو أكثر، وفقاً لأحدث التقديرات المتوفرة.....
25	الشكل 2-8 النسبة المئوية لمن لم ينجبن قط، حسب الفئة العمرية، وفق أحدث التقديرات المتوفرة.....
27	الشكل 3-1 النسبة المئوية للوحدات السكنية المشغولة حسب حيازة الوحدة السكنية، وفق أحدث البيانات المتوفرة.....
27	الشكل 3-2 النسبة المئوية للوحدات السكنية المشغولة حسب النوع والجنسية، وفق أحدث البيانات المتوفرة.....
28	الشكل 3-3 النسبة المئوية للوحدات السكنية المشغولة حسب النوع والمساحة، وفق أحدث البيانات المتوفرة.....
29	الشكل 3-4 النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تستخدم مصدراً محسناً لمياه الشرب، حسب المنطقة، وفق أحدث البيانات المتوفرة.....
30	الشكل 3-5 النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تستخدم مرافق صرف صحي محسنة، حسب المنطقة، وفق أحدث البيانات المتوفرة.....
31	الشكل 3-6 النسبة المئوية للأسر المعيشية المزودة بالكهرباء، حسب المنطقة، وفق أحدث البيانات المتوفرة.....
32	الشكل 3-7 نسبة سكان المدن الذين يعيشون في أحياء فقيرة أو مستوطنات غير رسمية أو مساكن غير ملائمة للفترة 2000-2016.....
33	الشكل 4-1 النسبة المئوية لانتشار وسائل منع الحمل، للفترة 2000-2019.....
34	الشكل 4-2 النسبة المئوية للرعاية قبل الولادة (أربع زيارات على الأقل)، 2000-2018.....
35	الشكل 4-3 النسبة المئوية للولادات بإشراف أخصائي صحي ماهر للفترة 2000-2019.....

المحتويات (تابع)

الصفحة

36	الشكل 4-4 الوفيات النفاسية (عدد الوفيات لكل 100 ألف ولادة حية) للفترة 2000-2020.....
38	الشكل 5-4 النسبة المئوية لتغطية التحصين للفترة 2000-2020.....
39	الشكل 6-4 التقرُّم حسب نوع الجنس، أحدث البيانات المتوفرة.....
40	الشكل 7-4 الهزال حسب الجنس، أحدث البيانات المتوفرة.....
40	الشكل 8-4 نقص الوزن حسب نوع الجنس، أحدث البيانات المتوفرة.....
41	الشكل 9-4 انتشار الإعاقة، النسبة المئوية، حسب نوع الجنس، أحدث البيانات المتوفرة.....
42	الشكل 10-4 النسبة المئوية للبدانة بين (18 سنة فما فوق)، حسب نوع الجنس، 2000-2016.....
43	الشكل 11-4 الإنفاق على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، 2000-2017.....
44	الشكل 12-4 نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة (بالدولار حسب تعادل القوة الشرائية)، 2000-2020.....
45	الشكل 13-4 كثافة العاملين في الرعاية الصحية لكل 10 آلاف شخص، 2000-2020.....
47	الشكل 14-4 عدد المستشفيات، 2000-2020.....
48	الشكل 1-5 عدد الحالات المؤكدة التراكمية لكل 100 ألف نسمة، من شباط/فبراير إلى تشرين الثاني/نوفمبر 2020.....
49	الشكل 2-5 عدد الوفيات المؤكدة التراكمية الناجمة عن كوفيد-19 لكل 100 ألف من السكان، من شباط/فبراير إلى تشرين الثاني/نوفمبر 2020.....
50	الشكل 3-5 عدد الفحوص التراكمية لكوفيد-19 لكل 100 ألف من السكان من شباط/فبراير إلى تشرين الثاني/نوفمبر 2020.....
51	الشكل 4-5 المتوسط اليومي الممهد لسبعة أيام لعدد الحالات المؤكدة الجديدة لكوفيد-19 لكل 100 ألف من السكان، من شباط/فبراير إلى تشرين الثاني/نوفمبر 2020.....
52	الشكل 5-5 المتوسط اليومي الممهد لسبعة أيام للوفيات الجديدة المؤكدة بسبب كوفيد-19 لكل مليون من السكان، من شباط/فبراير إلى تشرين الثاني/نوفمبر 2020.....
54	الشكل 1-6 النسبة المئوية للإلمام بالقراءة والكتابة بين الكبار، في سن 15 سنة وما فوق، حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019.....
55	الشكل 2-6 النسبة المئوية للإلمام الشباب بالقراءة والكتابة في سن 15-24، حسب نوع الجنس، للفترة 2000-2019.....
56	الشكل 3-6 نسبة الالتحاق بالتعليم الابتدائي، حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019.....

المحتويات (تابع)

الصفحة

57	الشكل 4-6 نسبة الالتحاق بالمدارس الثانوية، حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019.....
58	الشكل 5-6 نسبة التلاميذ إلى المعلمين في التعليم الابتدائي للفترة 2000-2019.....
59	الشكل 6-6 نسبة التلاميذ إلى المعلمين في التعليم الثانوي، 2000-2019.....
60	الشكل 7-6 الإنفاق على التعليم كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي للفترة 2000-2018....
61	الشكل 1-7 معدل المشاركة في القوة العاملة للفترة 2000-2019.....
62	الشكل 2-7 معدل المشاركة في القوة العاملة، حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019.....
63	الشكل 3-7 معدل مشاركة الشباب في القوة العاملة (15-24 سنة)، حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019.....
64	الشكل 4-7 معدل البطالة للفترة 2000-2019.....
65	الشكل 5-7 معدل البطالة حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019.....
67	الشكل 6-7 معدل بطالة الشباب (15-24 سنة)، حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019.....
68	الشكل 7-7 النسبة المئوية للعمالة في القطاع العام حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019.....
69	الشكل 8-7 النسبة المئوية للعمالة في الزراعة حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019.....
70	الشكل 1-8 نسبة عدد الفقراء للفترة 2000-2017.....
71	الشكل 2-8 فجوات الفقر للفترة 2000-2017.....
72	الشكل 3-8 مؤشر جيني للفترة 2000-2018.....
73	الشكل 4-8 حصة الدخل (الإنفاق) لدى أغنى خمس وأفقر خمس من السكان للفترة 2000-2017.....
74	الشكل 5-8 توزيع الإنفاق الاستهلاكي، أحدث البيانات المتوفرة.....
75	الشكل 1-9 النسبة المئوية للتدوين حسب نوع الجنس، أحدث البيانات المتوفرة.....
76	الشكل 2-9 النسبة المئوية للمجيبين الذين يعتقدون أن معظم الناس يمكن الوثوق بهم، حسب نوع الجنس، أحدث البيانات المتوفرة.....
77	الشكل 3-9 عدد زيارات السينما للفرد الواحد، والشاشات لكل 100 ألف نسمة للفترة 2000-2017.....
78	الشكل 4-9 النسبة المئوية من السكان الذين يستخدمون الإنترنت للفترة 2000-2018.....
79	الشكل 5-9 اشتراكات الهاتف الخليوي النقال لكل 100 نسمة للفترة 2000-2018.....

الرموز والمختصرات

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

هذا الإصدار هو الأحدث من سلسلة تصدر كل سنتين عن شعبة الإحصاء في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا). وفي السابق، كان عنوان الإصدار "المجتمع العربي: مجموعة الإحصاءات والمؤشرات الديمغرافية والاجتماعية"، ولكن مع تجدد التركيز على عرض البيانات مفصلة حسب الفترات الزمنية، غُيّر العنوان إلى "المجتمع العربي: الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية". وبتركيزه على الديناميات السكانية، وتركيبية الأسرة المعيشية، وظروف الإسكان، والصحة، والتعليم، والعمل، والفقير، وانعدام المساواة، والثقافة، والمشاركة الاجتماعية، يقدم التقرير عرضاً موسعاً للمجتمع العربي وطرق تغييره.

استُمدت البيانات أساساً من أجهزة الإحصاء الوطنية في البلدان الأعضاء في الإسكوا، واستُكملت ببيانات متاحة للعموم صادرة عن هيئات دولية، مثل مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة العمل الدولية، والبنك الدولي، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو).

يبين التقرير أن المنطقة العربية تنمو سكانياً بسرعة وتزداد تنوعاً. ويتفاوت النمو السكاني تفاوتاً كبيراً من بلد إلى آخر، فيتراوح من أقل من 1 في المائة إلى أكثر من 4 في المائة في السنة، ويبلغ متوسطه 1.9 في المائة في السنة. واستناداً إلى معدل النمو الحالي، يتوقع أن يتضاعف عدد سكان المنطقة في غضون 35 عاماً.

وتغلب على السكان عموماً فئة الشباب، غير أن الفوارق بين البلدان من حيث العمر ونوع الجنس شاسعة بسبب التحولات الديمغرافية المختلفة وحجم السكان العمال المهاجرين وتدفق اللاجئين إلى بعض البلدان. فمثلاً، يشكل الأطفال ممن تقل أعمارهم عن 15 سنة أقل من 15 في المائة من السكان في قطر ولكن أكثر من 40 في المائة في السودان. ونسبة الذكور إلى الإناث مرتفعة في جميع بلدان مجلس التعاون الخليجي، إذ تكاد تصل إلى 3 رجال لكل امرأة في قطر.

وتتراوح الخصوبة الإجمالية من دون مستوى الإحلال أو ما يقرب منه (2.1 طفل لكل امرأة) في الإمارات العربية المتحدة والبحرين وتونس ولبنان والمغرب، إلى أكثر من 4 أطفال لكل امرأة في السودان ودولة فلسطين وموريتانيا. وعلى مدى العقود القليلة الماضية، سجلت المنطقة العربية ككل تراجعاً في معدلات الخصوبة الإجمالية. غير أن وتيرة هذا التراجع تختلف فيما بين البلدان، إذ سجل بعضها تراجعاً ضئيلاً، بينما لم تسجل أخرى أي تراجع في العقد الماضي، بل إن بعضها، كموريتانيا، سجل في السنوات الأخيرة ارتفاعاً طفيفاً.

والتحسينات في الصحة والبقاء على قيد الحياة جلية رغم أن البيانات تبين تفاوتات واضحة بين البلدان. فمتوسط العمر المتوقع عند الولادة يتراوح حالياً بين 61 سنة للرجال و64 سنة للنساء في السودان و81 سنة للرجال و83 سنة للنساء في الكويت. والفوارق بين الجنسين في متوسط العمر المتوقع عند الولادة صغيرة عموماً، فهي أقل من سنتين في بلدان مثل الأردن والبحرين واليمن. وتوحي هذه الأرقام بوجود تمييز ضد الإناث، إذ ينبغي على أسس بيولوجية محضة أن تكون الفروق لصالحهن أكبر.

وفي الفترة بين عامي 2000 و2019، تزايد باطراد في بلدان المنطقة العربية الـ 18 جميعها عدد المهاجرين الدوليين (United Nations, 2019). ولدى بلدان مجلس التعاون الخليجي أعداد كبيرة نسبياً من المهاجرين، ومعظمهم عمال من جنوب آسيا وجنوب شرق آسيا. وفي عام 2019، كانت المنطقة تضم أيضاً أكبر عدد من اللاجئين والنازحين في العالم، إذ يستضيف كل من بلدان أربعة، هي الأردن ودولة فلسطين والسودان ولبنان، أكثر من مليون لاجئ (UNHCR, 2020؛ UNRWA, 2020).

وقد ابتعدت بلدان المنطقة بمعظمها عن الأسر المعيشية التقليدية الممتدة باتجاه الأسرة النووية. ووفقاً للبيانات الأحدث، يتراوح متوسط حجم الأسرة المعيشية بين أسر كبيرة تتكون من 7 أشخاص تقريباً في عُمان واليمن إلى أسر تتكون من حوالي 4 أشخاص في تونس ولبنان ومصر. أما عدد الأسر المعيشية التي ترأسها امرأة فمتدن عموماً في المنطقة، باستثناء موريتانيا، حيث ترأس النساء أكثر من ثلث الأسر المعيشية.

وقد ارتفعت أعداد حالات الزواج والطلاق المسجلة في السنوات الأخيرة في جميع أنحاء المنطقة، باستثناء الجمهورية العربية السورية، التي تراجعت حالات الزواج المسجلة فيها تراجعاً حاداً منذ عام 2009 بسبب النزاع المديد هناك. وفي السودان وموريتانيا، تتجاوز نسبة الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة وسبق لهن الزواج 20 في المائة. ولم يعد تعدد الزوجات شائعاً في المنطقة، باستثناء السودان، حيث 20 في المائة من النساء متزوجات من رجال لديهم زوجة ثانية أو أكثر. وفي المتوسط، معظم النساء يحملن بعد فترة قصيرة من الزواج، وقلة قليلة ممن تبلغ أعمارهن بين 45 و49 سنة لم ينجبن.

وتبين أحدث البيانات المتوفرة أن أكثر من 60 في المائة من الأسر المعيشية جميعها في معظم بلدان المنطقة تمتلك المنازل التي تعيش فيها، باستثناء بلدان مجلس التعاون الخليجي، ويعزى تدني مستويات ملكية المساكن في هذه البلدان إلى الأعداد الكبيرة من غير المواطنين الذين يعيشون هناك. وفي البلدان التي تكثر فيها المدن، كالأردن ودولة فلسطين وقطر والكويت ومصر، الشقق السكنية هي الأكثر شيوعاً في المدن وضواحيها، بينما تنتشر المنازل المنفردة والفيلات في المناطق الريفية.

ويتفاوت توفر مصادر مياه الشرب المحسنة بين بلد وآخر، وهي عموماً أكثر في المدن منها في الريف. وفي معظم البلدان، لدى أكثر من 90 في المائة من الأسر المعيشية مرافق صرف صحي محسنة وكهرباء، باستثناء السودان وموريتانيا واليمن، حيث مرافق الصرف الصحي المحسنة والكهرباء نادرة في المناطق الريفية.

وقد تحسنت الصحة الإنجابية وصحة الأمهات في المنطقة تحسناً كبيراً، ولكن ما تزال هناك تفاوتات. ويتراوح استخدام وسائل منع الحمل من 70 في المائة في المغرب إلى أقل من 20 في المائة في السودان وموريتانيا. ووفقاً لأحدث البيانات، معظم الحوامل في المنطقة يتلقين 4 زيارات على الأقل قبل الولادة، ويتم معظم الولادات بحضور أخصائي صحي متمرس. غير أن المعدلات متفاوتة؛ ففي اليمن في عام 2013، بلغت نسبة الولادات بحضور أخصائي صحي متمرس أقل من 50 في المائة ولم يتلق إلا ربع الحوامل 4 زيارات أو أكثر قبل الولادة.

ومعدلات تحصين الأطفال مرتفعة في معظم البلدان. ففي السنوات الأخيرة، تلقى جميع الأطفال تقريباً في الأردن والبحرين وتونس وعُمان ودولة فلسطين وقطر والكويت ومصر والمملكة العربية السعودية لقاحات ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي والحصبة والسل وشلل الأطفال. ومع أن معدلات تحصين الأطفال في السودان وموريتانيا واليمن أخذة بالتزايد، إلا أنها الأدنى في المنطقة. كما أن الوضع التغذوي للأطفال سيئ على نحو خاص في هذه البلدان الثلاثة، إذ يعاني التقزم أكثر من 25 في المائة من الفتيان والفتيات.

والبدانة شائعة بين البالغين، لا سيما بين النساء. وقد وصلت أعلى معدلاتها في الأردن وقطر والكويت ومصر والمملكة العربية السعودية، حيث يعاني البدانة أكثر من 40 في المائة من النساء. ومعدلات البدانة بين البالغين في السودان هي الأدنى، حيث يعانيتها 11 في المائة من النساء و3 في المائة من الرجال.

وفي معظم بلدان المنطقة، يبلغ عدد الممرضين ضعف عدد الأطباء تقريباً، كما أن عدد الصيادلة أقل من عدد الممرضين والأطباء. وقد أبلغت بلدان مجلس التعاون الخليجي عن أعلى كثافة من العاملين في الرعاية الصحية

في المنطقة؛ ففي كل من قطر والكويت، كان هناك، في آخر سنة توفرت عنها بيانات، 70 ممرضاً لكل 10 آلاف شخص، كما أن عدد الأطباء لكل 10 آلاف شخص هو الأعلى في قطر، إذ بلغ 33 في عام 2018. وفي أحدث البيانات المتوفرة، عدد الصيادلة في دولة فلسطين هو الأعلى، إذ بلغ 16 لكل 10 آلاف شخص في عام 2018.

وأكدت أول حالة من حالات كوفيد-19 في المنطقة العربية في الإمارات العربية المتحدة في 29 كانون الثاني/يناير 2020، وانتشرت الحالات منذ ذلك الحين إلى بقية المنطقة، مع قيام جميع الدول الأعضاء الـ 18 في الإسكوا بالإبلاغ عن حالة واحدة على الأقل بحلول 10 نيسان/أبريل 2020، عندما أبلغ اليمن عن أول حالة (Gardner, 2020 and Dong, Du). وقد أدت الجائحة إلى تفاقم التحديات القائمة المتعلقة بالوقائع الاجتماعية والديمقراطية، مثل العنف والنزاعات وأوجه اللامساواة والبطالة والفقر وعدم كفاية شبكات الأمان الاجتماعي والشواغل المرتبطة بحقوق الإنسان ومؤسسات ونظم الحوكمة التي لا تتجاوب بقدر كاف (UNESCWA, 2020).

ومنذ اندلاع الجائحة، سجلت بلدان مجلس التعاون الخليجي، البحرين وعمان وقطر والكويت، أعلى عدد من الحالات بالنسبة لعدد السكان في المنطقة، يليها لبنان والإمارات العربية المتحدة والعراق. وسجل كل من البحرين والسودان والعراق وعمان ودولة فلسطين وقطر ومصر والمملكة العربية السعودية وموريتانيا واليمن في موسم الصيف ارتفاعاً في عدد الوفيات اليومية الناجمة عن الجائحة، وشهدت بلدان أخرى ارتفاعات في هذه الأعداد بعد ذلك.

وقد شهدت المنطقة توسعاً هائلاً في التعليم في العقود الأخيرة. فقرابة 99 في المائة من الشباب في عمان ودولة فلسطين والكويت والمملكة العربية السعودية ملمون بالقراءة والكتابة. وتوجد أدنى نسبة إلمام بالقراءة والكتابة بين الشباب في موريتانيا، وتبلغ 70 في المائة تقريباً. ومعدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي مرتفع عموماً، وقد أخذ يتزايد في بلدان الدخل المنخفض، أي في السودان وموريتانيا واليمن. وفي السنوات الأخيرة، ضاقت بشكل ملحوظ الفجوة بين الجنسين في معدل الالتحاق الصافي في بعض البلدان (في العراق والمغرب، مثلاً). ومعدل الالتحاق بالتعليم الثانوي أدنى من معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي، ورغم أن الفجوة بين الجنسين في صافي الالتحاق بالتعليم الثانوي ضاقت مع مرور الوقت في العراق، إلا أنها ازدادت في دولة فلسطين.

والمشاركة في القوى العاملة منخفضة في المنطقة، ويعود ذلك أساساً إلى تدني معدلات مشاركة النساء. وتبين في معظم البلدان التي تتوفر بيانات حديثة عنها أن معدلات مشاركة النساء في القوى العاملة أقل من نصف معدلات مشاركة الرجال. والإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر والكويت وليبيا هي البلدان الوحيدة التي تزيد فيها معدلات مشاركة المرأة في القوى العاملة عن 35 في المائة. ونتجت زيادة المشاركة في القوى العاملة في هذه البلدان عن زيادة مشاركة المرأة؛ وعدا عن ذلك، كانت المكاسب التي لوحظت في المشاركة في القوى العاملة في المنطقة ضئيلة.

وتبين البيانات الحديثة العهد أن نسبة البطالة في معظم البلدان غير الخليجية تتجاوز 10 في المائة. وقد استمرت دولة فلسطين في تسجيل أعلى معدلات البطالة في المنطقة، إذ تجاوزت 20 في المائة منذ عام 2001. والبطالة بين النساء أعلى دائماً منها بين الرجال. كما أنها مرتفعة بين الشباب، إذ تتجاوز 20 في المائة في معظم بلدان المنطقة. والعمالة في الزراعة متدنية جداً في بلدان مجلس التعاون الخليجي، وقد تراجعت في دولة فلسطين بسبب انخفاض عدد العمالات في الزراعة منذ عام 2007.

والنفقات كبير بين جميع بلدان المنطقة في نسب السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر الوطني، إذ تتراوح بين أقل من 10 في المائة في المغرب إلى ما يقرب من 50 في المائة في اليمن. ومنذ عام 2000، استمرت معدلات

الفقر في الانخفاض في موريتانيا بحوالي 20 نقطة مئوية وفي تونس بحوالي 10 نقاط مئوية. ولدى معظم البلدان مستويات من اللامساواة متدنية إلى متوسطة نسبياً.

ويستأثر كل من التعليم والصحة بأصغر حصة من الإنفاق الاستهلاكي في المنطقة. وتستأثر الأغذية والمشروبات غير الكحولية في الأردن ودولة فلسطين ومصر بأكبر حصة من إجمالي الإنفاق الاستهلاكي؛ أما في الكويت ولبنان فيستأثر بالحصة الأكبر الإسكان والمياه والكهرباء والغاز وأنواع الوقود الأخرى.

الغالبية العظمى من البالغين في المنطقة متدينون. وكانت أدنى نسبة تدين بين البلدان التي تتوفر عنها بيانات حديثة في تونس، وبلغت 70 في المائة تقريباً. والنساء في المنطقة أكثر تديناً من الرجال إجمالاً؛ وفي تونس يبلغ الفارق بين الجنسين في مستوى التدين 30 نقطة مئوية. ونسبة من يثقون بالآخرين في المنطقة متدنية. وأعلى نسبة من البالغين الذين يعتقدون أن معظم الأشخاص أهل للثقة هي في اليمن، وتبلغ 38 في المائة تقريباً.

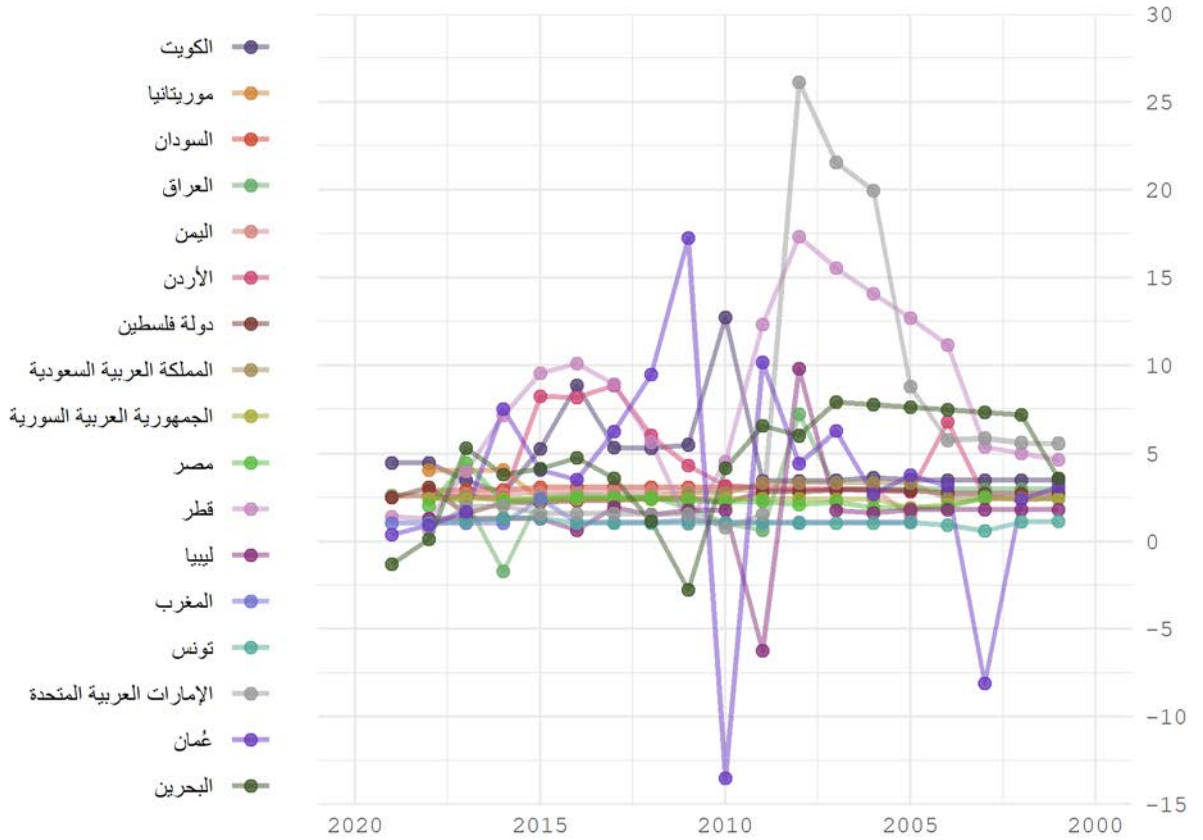
الدول الأعضاء في الإسكوا

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

للمنطقة العربية ملامح ديمغرافية غير متجانسة، إذ تمر البلدان المختلفة بمراحل من التحول الديمغرافي مختلفة. ويعود ذلك إلى مجموعة واسعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية الخاصة بكل بلد (Tabutin and Schoumaker, 2012)، كما إلى تحركات السكان بين بلدان المنطقة وإلى خارجها. وتتفاوت بلدان المنطقة في الوقت الراهن تفاوتاً ملحوظاً من حيث أحجام السكان ومعدلات النمو السكاني والتركيبات السكانية، بما في ذلك حسب العمر ونوع الجنس؛ وتتحدد سرعة التغير الديمغرافي بثلاثة مكونات رئيسية، هي الخصوبة والوفيات والهجرة الدولية (هجرة اليد العاملة ونزوح السكان بسبب النزاعات).

والبيانات الموثوقة عن حجم السكان وتركيباتهم وأيضاً عن مكونات التغير الديمغرافي ضرورية لفهم الاتجاهات الاجتماعية والاقتصادية ولتنوير القرارات السياساتية الوطنية، كما أنها هامة لقياس الأداء مقابل أهداف التنمية المستدامة المتفق عليها دولياً. ويقدم هذا القسم، باستخدام البيانات المتوفرة من أجهزة الإحصاء الوطنية، سرداً وصفيّاً للاتجاهات الديمغرافية في البلدان العربية المختلفة التي تتوفر عنها بيانات رسمية، ويصف التغيرات في حجم السكان وتركيباتهم، والعوامل الثلاثة الدافعة للتغير الديمغرافي (الخصوبة والوفيات والهجرة).

الشكل 1-1 معدل النمو السكاني السنوي، النسبة المئوية للفترة 2000-2019

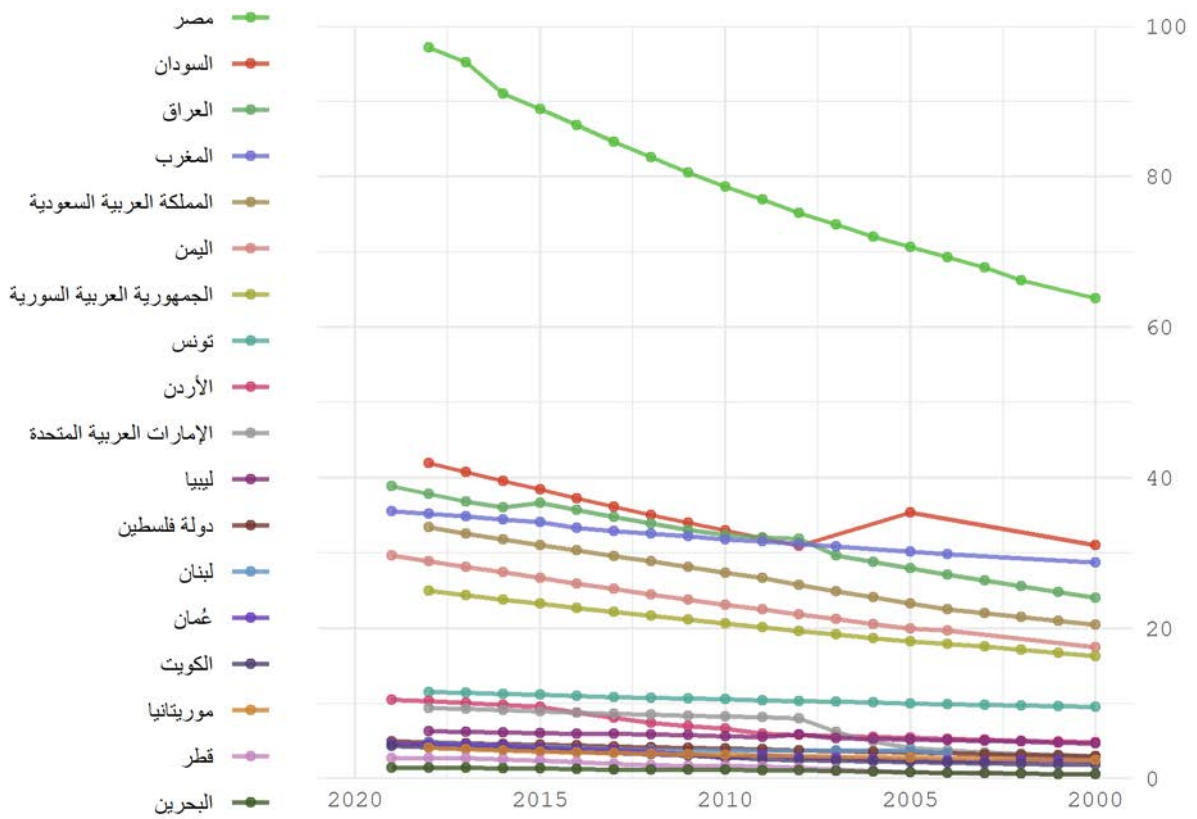


المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

عدد السكان يتزايد

من المنظور السياسي، فهم التغير الديمغرافي أمر بالغ الأهمية، لأن هذا التغير يؤثر على كافة جوانب الحياة تقريباً وله آثار هامة على سوق العمل والنمو الاقتصادي واحتياجات الإسكان والطلب على التعليم والصحة والخدمات الاجتماعية. وقد اتبعت التحولات الديمغرافية في المنطقة العربية النمط الاعتيادي، نمط انخفاض سريع في معدل الوفيات، يعقبه انخفاض متأخر في الخصوبة. وقد بدأ انخفاض معدل الوفيات في ستينات القرن الماضي، وبعد عقدين تقريباً، بدأت الخصوبة في الانخفاض في عدة بلدان (Rashad, 2000). وقد أدت التفاوتات في سرعة التحول الديمغرافي عبر البلدان، إلى جانب أنماط الهجرة الفريدة، بما في ذلك هجرة اليد العاملة بأعداد كبيرة والنزوح القسري للسكان، إلى بروز ملامح ديمغرافية مُستقطبة إلى حد ما وإلى تفاوتات كبيرة في معدلات النمو السكاني عبر البلدان. والواقع أن المنطقة تضم أحد أدنى وأحد أعلى معدلات النمو السكاني الوطني في العالم.

الشكل 1-2 أعداد السكان بالملايين للفترة 2000-2019



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

وفقاً لتقديرات الأمم المتحدة، تسجل المنطقة العربية معدل نمو سكاني يبلغ حوالي 1.6 في المائة سنوياً، وذلك معدل يزيد كثيراً على المتوسط العالمي (United Nations, 2019). وإذا ما استمر معدل النمو هذا، يتوقع أن يتضاعف عدد سكان المنطقة في غضون 35 عاماً تقريباً. لكن تقديرات عدد السكان الحالية للفترة 2000-2019، التي جُمعت من 18 من أجهزة الإحصاء في المنطقة، تكشف فروقاً كبيرة في معدلات النمو السكاني عبر البلدان (الشكل 1-1). فمثلاً، تبين بيانات الفترة 2015-2019 أن معدلات النمو تتراوح بين 1.3 في المائة في تونس و9.5 في المائة في قطر (2015). وتشير تقديرات السنوات الثلاث الماضية إلى انخفاض معدلات النمو السكاني في بلدان الخليج، كما تشير أحدث التقديرات الكاملة لعام 2018 أن لدى الكويت وموريتانيا، حيث بلغ معدل النمو

السكاني 4.4 في المائة و4 في المائة على التوالي، المعدل الأعلى. ويمكن عموماً تقسيم بلدان المنطقة إلى ثلاث مجموعات ديمغرافية مختلفة، تضم الأولى منها بلداناً لديها معدلات نمو سكاني مرتفعة إلى حد ما، حوالي 3 في المائة أو أكثر سنوياً، وتشمل موريتانيا وعدداً قليلاً من بلدان مجلس التعاون الخليجي، أما المجموعة الثانية فتضم بلداناً تشهد تحولات ديمغرافية مستمرة ولديها معدلات نمو سكاني تتراوح بين 2.5 إلى 2.9 في المائة سنوياً، وتشمل الأردن والسودان ومصر. والمجموعة الثالثة هي مجموعة البلدان التي في مرحلة تحول متقدمة ولديها معدلات نمو متدنية إلى حد ما، وتشمل تونس ولبنان والمغرب.

وتتسم اتجاهات معدلات النمو السكاني في بلدان مجلس التعاون الخليجي بتقلبات واسعة مع الوقت بسبب التغيرات في صافي الهجرة الدولية. وباستثناء حالات قليلة، لم تلاحظ اتجاهات متسقة نحو الهبوط في النمو السكاني عبر البلدان خلال هذه الفترة. وفي الواقع، رغم أن معدلات النمو السكاني أخذت في الانخفاض في المنطقة ككل، إلا أن عدد السكان سيستمر في النمو خلال العقود القليلة المقبلة.

سكان شباب، عموماً

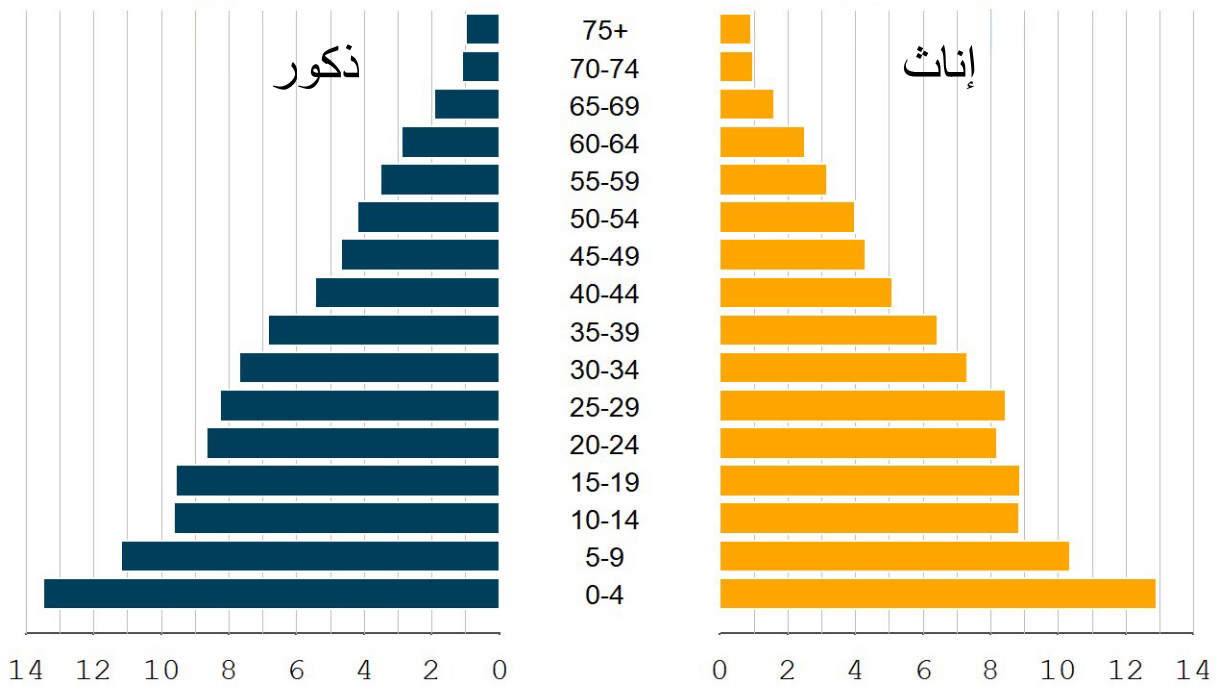
تشير التقديرات السكانية الراهنة لـ 18 بلداً خلال الفترة 2000-2019 إلى تفاوت كبير في حجم السكان بين البلدان، إذ تتراوح في عام 2018 بين 97 مليون نسمة في مصر وحوالي 1.5 مليون نسمة في البحرين (الشكل 1-2). ونظراً لنزوح السكان على نطاق واسع بسبب النزاعات المستمرة، لم يعد حجم السكان وتركيبهم بالنسبة لبعض البلدان (مثل الجمهورية العربية السورية والعراق وليبيا واليمن) يعكس الوضع الراهن. فمثلاً، حسب تعداد السكان في الأردن عام 2015 يبلغ مجموع عدد السكان 9.5 مليون نسمة، أي أكثر بنحو مليوني نسمة من التقديرات السكانية السابقة، وهذا يعود أساساً إلى تدفق اللاجئين السوريين إلى الأردن. كما تتأثر التقديرات السكانية المبلّغ عنها، لا سيما في بلدان مجلس التعاون الخليجي، بوجود أعداد كبيرة نسبياً من السكان المهاجرين (من غير المواطنين).

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



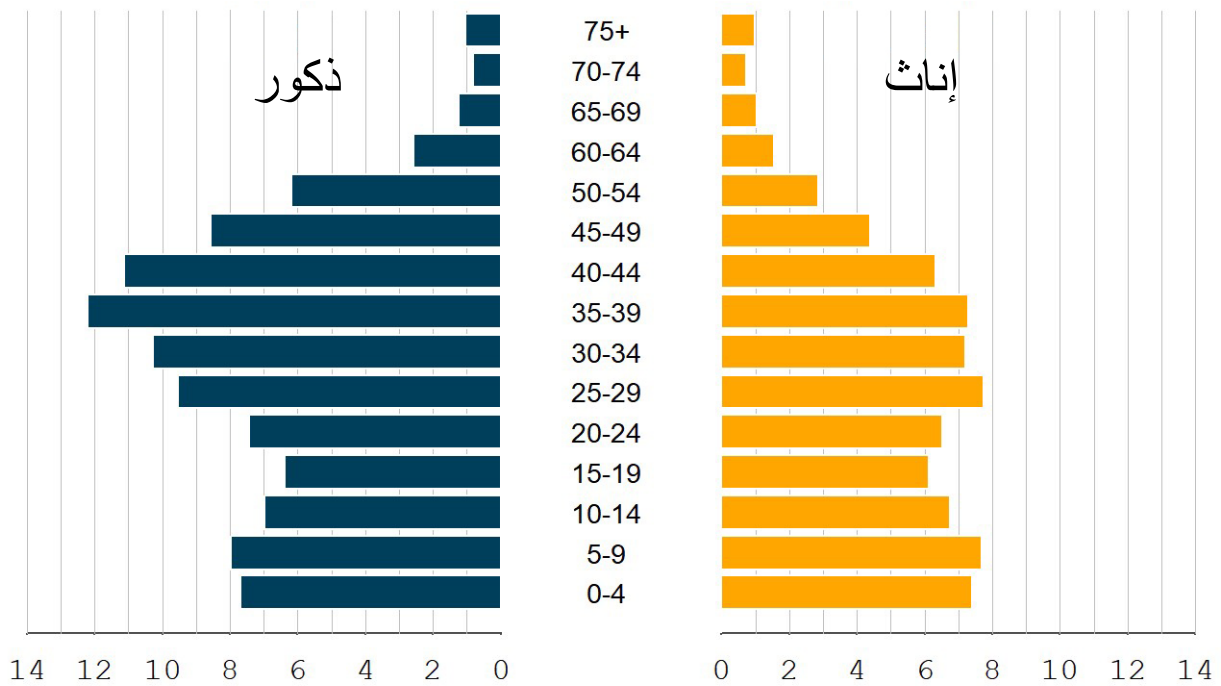
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

الشكل 1-4 الهرم السكاني لمصر، النسبة المئوية، تقديرات عام 2018



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

الشكل 1-5 الهرم السكاني للمملكة العربية السعودية، النسبة المئوية، تقديرات عام 2018

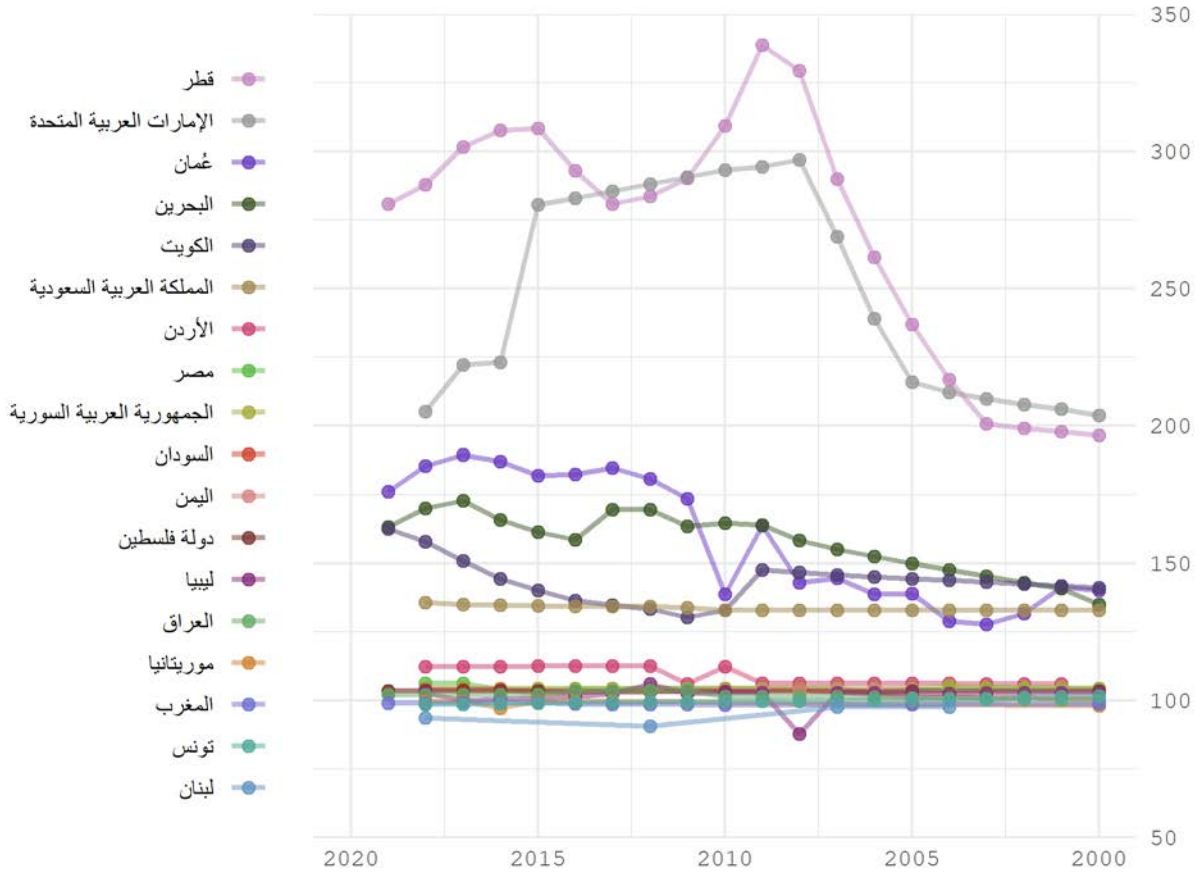


المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

وتشير بيانات من خمسة بلدان في مجلس التعاون الخليجي إلى أنها جميعها تضم عدداً كبيراً من المهاجرين، وفي ثلاثة منها (الإمارات العربية المتحدة وقطر والكويت) أعداد غير المواطنين من السكان أكبر بكثير من أعداد المواطنين. ويبيّن الشكل 1-3 توزيع السكان حسب نوع الجنس في البلدان الخمسة. ومن الواضح أن هناك عدد غير متناسب من الذكور مقارنة بالإناث؛ وفي الواقع حوالي 70 في المائة أو أكثر من غير المواطنين هم من الذكور. ومن المفاجئ أيضاً أن يتبين في الأردن أيضاً خلل في توزيع السكان حسب نوع الجنس، ففي عام 2018، كان هناك 113 من الذكور لكل 100 من الإناث.

هكذا، يؤثر وجود غير المواطنين تأثيراً كبيراً على تركيبة السكان من حيث العمر ونوع الجنس في كل بلد من بلدان مجلس التعاون الخليجي، وفي الأردن أيضاً. وهذا الخلل أوضح في الهرم العمري. ويوضح الشكل 1-4 والشكل 1-5 لعام 2018، الهرم العمري لسكان مصر، وهي بلد عدد العمال المهاجرين فيه صغير نسبياً، بالمقارنة مع المملكة العربية السعودية التي فيها عدد كبير من العمال المهاجرين.

الشكل 1-6 النسب بين الذكور والإناث للفترة 2000-2019 (ذكور لكل 100 إناث)



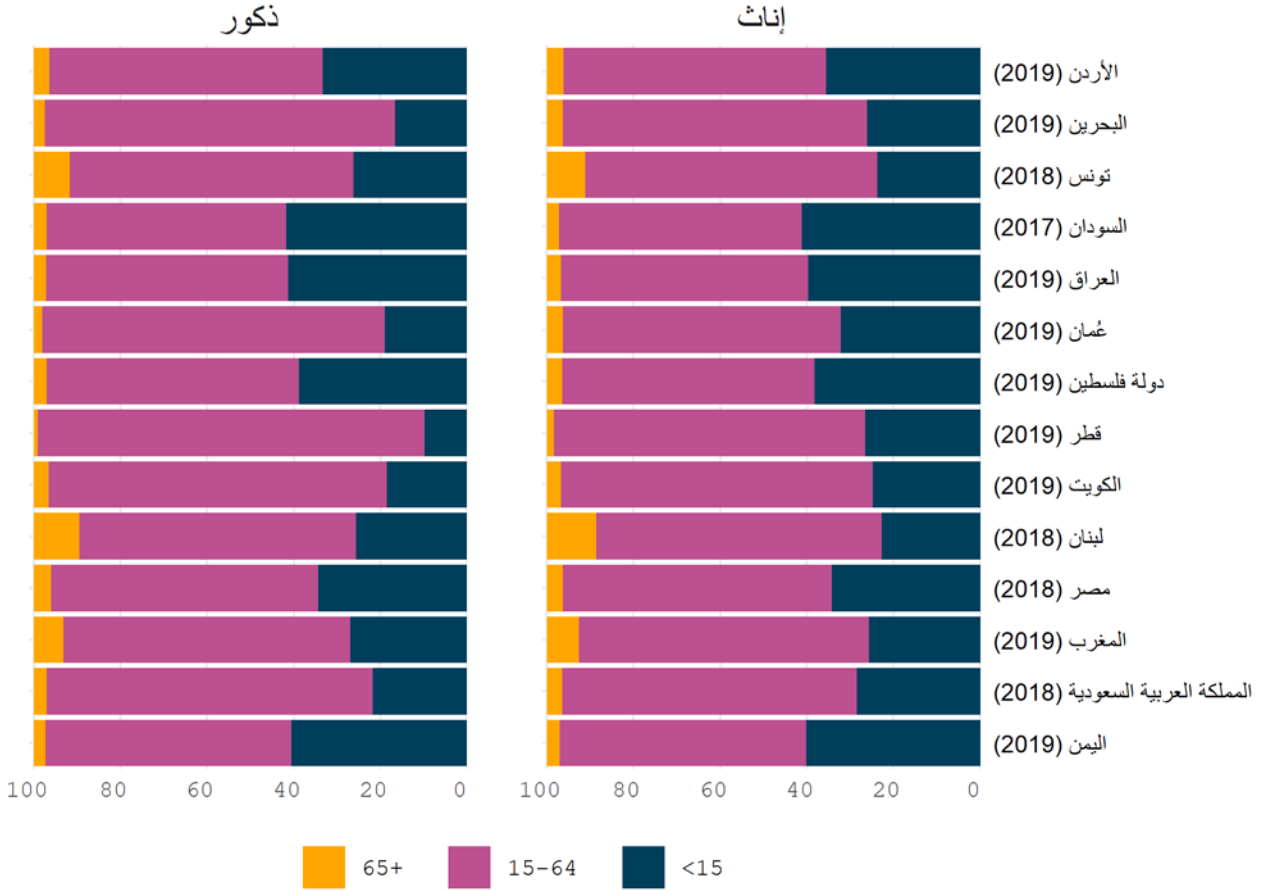
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

ونتيجة لهجرة اليد العاملة، نسب الجنسين من عدد السكان (ذكور لكل 100 من الإناث) كبيرة لجميع بلدان مجلس التعاون الخليجي (الشكل 1-6). ومن عام 2000 إلى عام 2009، ازدادت هذه بشكل كبير في قطر من 197 إلى 339؛ وفي الإمارات العربية المتحدة من 204 إلى 294. وفي البلدين كليهما انخفضت النسبة منذ ذلك

الحين إلى 281 في قطر (2019) و205 في الإمارات العربية المتحدة (2018). وخارج بلدان مجلس التعاون الخليجي، نجد أعلى نسب الجنسين في الأردن، حيث تبلغ 113 (2018) وفي مصر (2018) حيث تبلغ 106.

وفقاً لتقديرات الأمم المتحدة، سكان المنطقة بشكل عام صغار السن نسبياً، إذ يبلغ متوسط العمر 22 عاماً فقط، مقارنة بمتوسط عالمي يبلغ 28.5 عاماً (United Nations, 2019). ولكن، كما هو مبين في الشكل 1-7، هناك تفاوت كبير بين بلدان المنطقة في التوزيع العمري، وذلك بسبب التحولات الديمغرافية المختلفة وحجم السكان العمال المهاجرين. ووفقاً لأحدث البيانات المتوفرة، تتراوح نسب الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 عاماً من نسبة منخفضة تبلغ 14 في المائة في قطر (2019) إلى نسبة مرتفعة تبلغ 41 في المائة في السودان (2017)، ويليهما العراق (2019) واليمن (2019) حيث تبلغ النسبة 40 في المائة. وفي المقابل، نسبة حجم السكان في سن العمل في قطر 85 في المائة (2019)، مقارنة بـ 56 في المائة في السودان والعراق و57 في المائة في اليمن. وتكشف البيانات المتوفرة أن نسبة المسنين (65 سنة وما فوق) إلى مجموع السكان لا تزال صغيرة؛ أقل من 4 في المائة في معظم البلدان، باستثناء المغرب حيث تبلغ 7 في المائة (2019)، وتونس حيث تبلغ 9 في المائة (2018)، ولبنان حيث تبلغ 11 في المائة (2018).

الشكل 1-7 النسبة المئوية للسكان حسب الفئة العمرية ونوع الجنس وأحدث البيانات المتوفرة



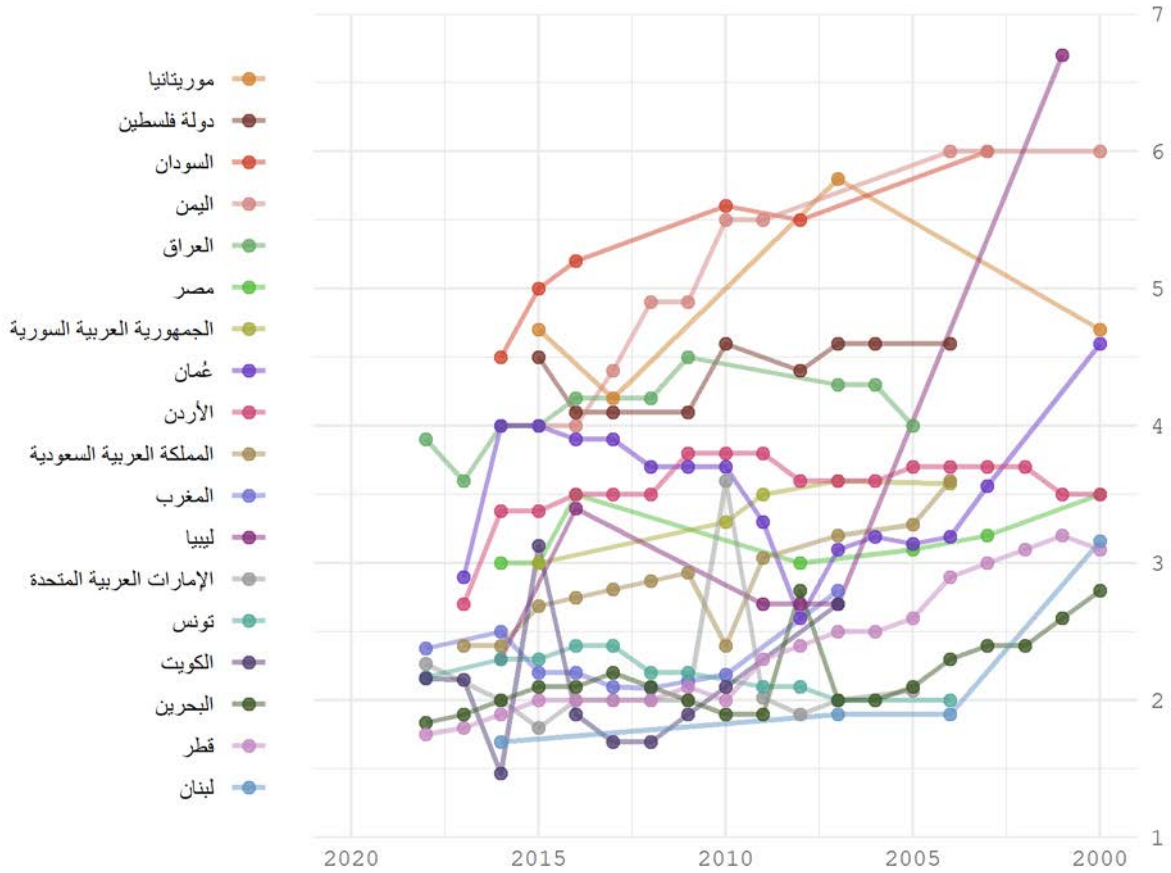
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

وأخيراً، تشير البيانات بوضوح إلى "خلل" في توزيع السكان حسب نوع الجنس في بلدان مجلس التعاون الخليجي، ويُعزى إلى هجرة الذكور المرتبطة بالعمل الكبيرة بلا تناسب بالمقارنة مع الإناث بين من هم في سن العمل، أي من تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عاماً. وهذا "الخلل" بارز أكثر في قطر، حيث تبلغ نسبة السكان في سن العمل 89 في المائة للذكور و72 في المائة للإناث وفي عُمان (2019) حيث النسبتان 79 في المائة للذكور و64 في المائة للإناث.

انخفاض سريع عموماً في معدلات الخصوبة ولكن ثبات وارتفاع حديثاً في عدد قليل من البلدان

على مدى العقود القليلة الماضية، سجّلت عدة بلدان في المنطقة انخفاضاً سريعاً في معدلات الخصوبة، وإن كان ذلك متأخراً. وتفاوتت سرعة هذا الانخفاض تفاوتاً كبيراً بين بلد وآخر، إذ سجّلت بلدان انخفاضاً طفيفاً أو لم تسجّل أي انخفاض على الإطلاق على مدى العقد الماضي، بل إن بعضها سجّل زيادة طفيفة في الأونة الأخيرة (تونس والعراق ومصر وموريتانيا). ونتيجة لذلك، تكشف التقديرات الحالية لإجمالي الخصوبة في أنحاء المنطقة عن تنوع ملحوظ. فمنذ عام 2000، تفاوتت هذه تفاوتاً كبيراً من مستوى الإحلال الأدنى ما يقرب منه في الإمارات العربية المتحدة والبحرين وتونس وقطر ولبنان والمغرب إلى أكثر من 4 أطفال لكل امرأة في موريتانيا والسودان ودولة فلسطين. وتشير الأرقام المُبلّغ عنها لبلدان مجلس التعاون الخليجي إلى إجمالي السكان، بمن فيهم غير المواطنين، ولذا فإنها تنحو إلى الانخفاض نسبياً. غير أن تقديرات معدلات الخصوبة الأخيرة في مجموعة البلدان هذه، باستثناء البحرين، تشير إلى 3 أطفال لكل امرأة بين المواطنين.

الشكل 1-8 معدلات الخصوبة الإجمالية (الولادات لكل 1,000 امرأة) في الفئة العمرية 15-49 سنة للفترة 2000-2018



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

وتنحو معدلات الخصوبة إلى الانخفاض مع مرور الوقت في كل مكان تقريباً في العالم. وتبدي الاتجاهات وفقاً للتقديرات الأخيرة لإجمالي الخصوبة (عدد الأطفال لكل امرأة) في 18 بلداً عربياً (الشكل 1-8) صورة مختلطة، فهناك انخفاض سريع في بعض البلدان، وانخفاض بطيء أو ثبات في أخرى، وزيادة طفيفة في عدد قليل. فقد سجلت سبعة بلدان انخفاضاً سريعاً بحوالي 2 في المائة سنوياً، وسجلت أربعة أخرى، هي السودان وعمان ودولة فلسطين والكويت، انخفاضاً بطيئاً بلغ في المتوسط نحو 1 في المائة أو أقل سنوياً. ومن المفاجئ أن معدلات الخصوبة في بعض البلدان كانت مؤخراً ثابتة أو حتى ازدادت زيادة طفيفة، كما في تونس والعراق ومصر وموريتانيا. أما في الأردن، فبعد أن ظلت مستقرة نسبياً لعدة سنوات (2000-2012)، بدأت تنخفض انخفاضاً طفيفاً من 3.7 طفل لكل امرأة في عام 2002 إلى 3.5 في عام 2012 و3.4 في عام 2016، كما تشير بيانات المسح السكاني والصحي لعام 2017 إلى انخفاض حاد من 3.5 في الفترة 2010-2015 إلى 2.7 في الفترة 2013-2017 للأردنيين. وتشير التقديرات الأخيرة من مصر أيضاً إلى ارتفاع في الأونة الأخيرة بعد ثبات امتد فترة طويلة من 3 أطفال لكل امرأة في عام 2008 إلى 3.5 في عام 2014، أي عودة إلى المستوى نفسه الذي كان في عام 2000.

وتجدر الإشارة إلى أن اتجاهات الخصوبة في بلدان مجلس التعاون الخليجي تعكس إلى حد كبير الهجرة وليس التغيير الفعلي في معدل الخصوبة. فالخصوبة أعلى بكثير بين النساء المواطنات مقارنة بغير المواطنات، كما أن اتجاهات الخصوبة للسكان المواطنين لا تشير إلى حدوث تغيير يذكر منذ عام 2000.

وتظهر التغييرات في الخصوبة حسب العمر في المنطقة ارتفاعاً ملحوظاً في جميع الفئات العمرية تقريباً؛ وحاداً خصوصاً لمن تتراوح أعمارهن بين 20 و24 سنة، وتزامن هذه الزيادة مع النزاعات الأخيرة، وربما يعود ذلك إلى ارتفاع معدلات الزواج وزيادة الطلب على الأطفال، أو لكليهما.

ميزة بسيطة لدى الإناث في متوسط العمر المتوقع عند الولادة

شهدت المنطقة العربية خلال العقود القليلة الماضية تحسناً ملحوظاً في صحة السكان. فوفقاً لتقديرات الأمم المتحدة، ازداد العمر المتوقع عند الولادة منذ الستينات بنحو 20 عاماً (United Nations, 2019). مع ذلك، ليست التحسينات موزعة بالتساوي على بلدان المنطقة، فلا تزال البلدان الفقيرة تسجل ارتفاعاً نسبياً في معدلات الوفيات أو تدنياً في متوسط العمر المتوقع عند الولادة، كما لا تزال هناك فوارق بين الجنسين في الحالة الصحية في العديد من البلدان.

تتوفر بيانات عن اتجاهات متوسط العمر المتوقع عند الولادة في 18 بلداً في المنطقة. وكما هو مبين في الشكل 1-9، ازدادت تقديرات العمر المتوقع عند الولادة عموماً بمرور الوقت. وكما هو متوقع، متوسط العمر المتوقع في البلدان الغنية أعلى منه في البلدان الفقيرة، وأعلى التقديرات هي في بلدان مجلس التعاون الخليجي، مثل الإمارات العربية المتحدة وقطر للذكور والإناث على حد سواء. ومن المثير للاهتمام أن لدى بعض البلدان المتوسطة الدخل، مثل المغرب وتونس، مستويات مشابهة لمستويات بعض البلدان الغنية في بلدان مجلس التعاون الخليجي. وتتراوح تقديرات العمر المتوقع عند الولادة بين 62 عاماً للذكور و65 للإناث في موريتانيا في عام 2016 إلى 79 عاماً للذكور و82 عاماً للإناث في قطر في الفترة 2016-2018. والفوارق بين الجنسين صغيرة عموماً، بفارق يقل عن عامين في ثلاثة بلدان (الأردن والبحرين واليمن). وقد يشير هذا الفارق الصغير بين الجنسين إلى نقص في فرص بقاء الإناث على قيد الحياة نتيجة المعاملة التفضيلية للذكور، ربما في الحصول على الرعاية الصحية والتغذية (Coale, 1991)، فباستخدام جداول حياة نموذجية، قدر Coale (1991) تفاوتاً ضيقاً في نسب العمر المتوقع عند الولادة بين الجنسين، تتراوح من 0.924 إلى 0.946. وقد تشير القيم التي تتجاوز 0.94 إلى وجود تمييز. وتشير الأدلة العلمية أنه عندما يكون العمر المتوقع للإناث أقل من متوسط العمر المتوقع

للذكور، فإن السبب ربما يكون معاملة أسوأ للفتيات؛ فمثلاً، يحصل الصبيان في أحيان كثيرة على تغذية أو رعاية صحية أكثر من الفتيات. وباستثناء قطر، تبدي البلدان التي لديها بيانات عن متوسط العمر المتوقع حسب نوع الجنس جميعها قيماً أعلى من 0.94، ما يشير إلى فوارق ملحوظة بين الجنسين في طول العمر. غير أن البيانات عن الاتجاهات من عدد قليل من البلدان تكشف أن التحسينات خلال العقد الماضي أفضل عموماً للإناث منها للذكور.

الشكل 1-9 العمر المتوقع عند الولادة لإجمالي السكان، حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019

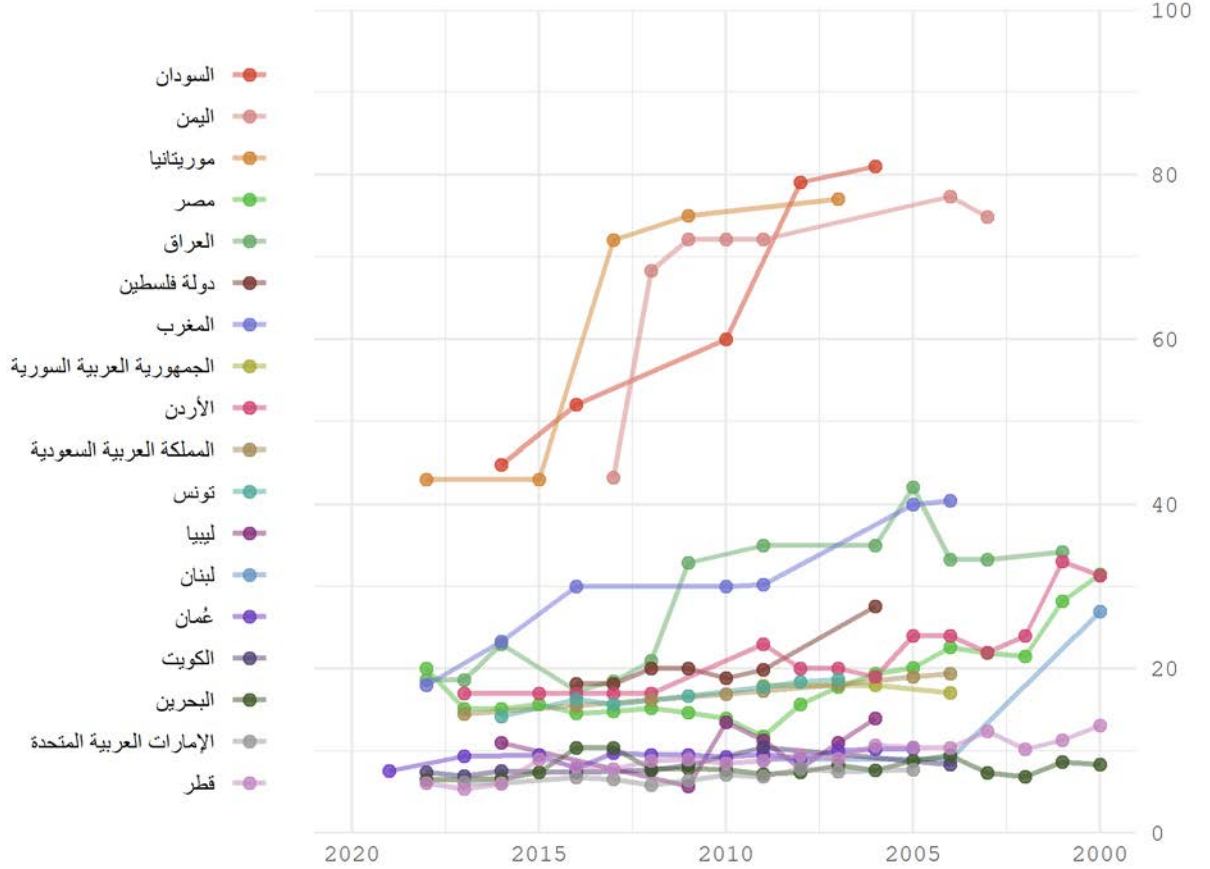


المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

ويتبين التحسن المستمر في الوضع الصحي أيضاً في انخفاض معدلات وفيات الرضع والأطفال (عدد الوفيات لكل 1,000 ولادة حية) مع مرور الوقت في جميع بلدان المنطقة (الشكل 1-10). ولكن يبدو أن هذه الانخفاضات قد توقفت، ليس فقط في البلدان التي ترتفع فيها نسبياً معدلات وفيات الرضع والأطفال (مثل مصر والعراق)، بل أيضاً في البلدان التي تنخفض فيها هذه المعدلات (أي بلدان مجلس التعاون الخليجي). ورغم أن البيانات الراهنة غير متوفرة، ربما أيضاً أن وفيات الرضع في البلدان التي تمر بنزاعات (مثل الجمهورية العربية السورية واليمن) قد بقيت على حالها أو ارتفعت خلال السنوات القليلة الماضية. وتشير التقديرات الأخيرة في عدد الوفيات

لكل 1,000 ولادة حية للأردن (17 في عام 2017) ودولة فلسطين (18 في عام 2014) إلى انخفاض كبير في السنوات الأخيرة. وتتراوح معدلات وفيات الرضع لكل 1,000 ولادة حية بين 79 في السودان في عام 2008 إلى معدلات منخفضة للغاية تبلغ 10 أو أقل في بلدان مجلس التعاون الخليجي. ويبين الشكل بوضوح أن لدى البلدان الأفقر، السودان وموريتانيا واليمن، معدلات مرتفعة متشابهة تبلغ حوالي 40 خلال الفترة 2000-2019، رغم أن هذه المعدلات انخفضت بحدّة على مدى السنوات.

الشكل 10-1 معدلات وفيات الرضع (لكل 1,000 ولادة حية) للفترة 2000-2020



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

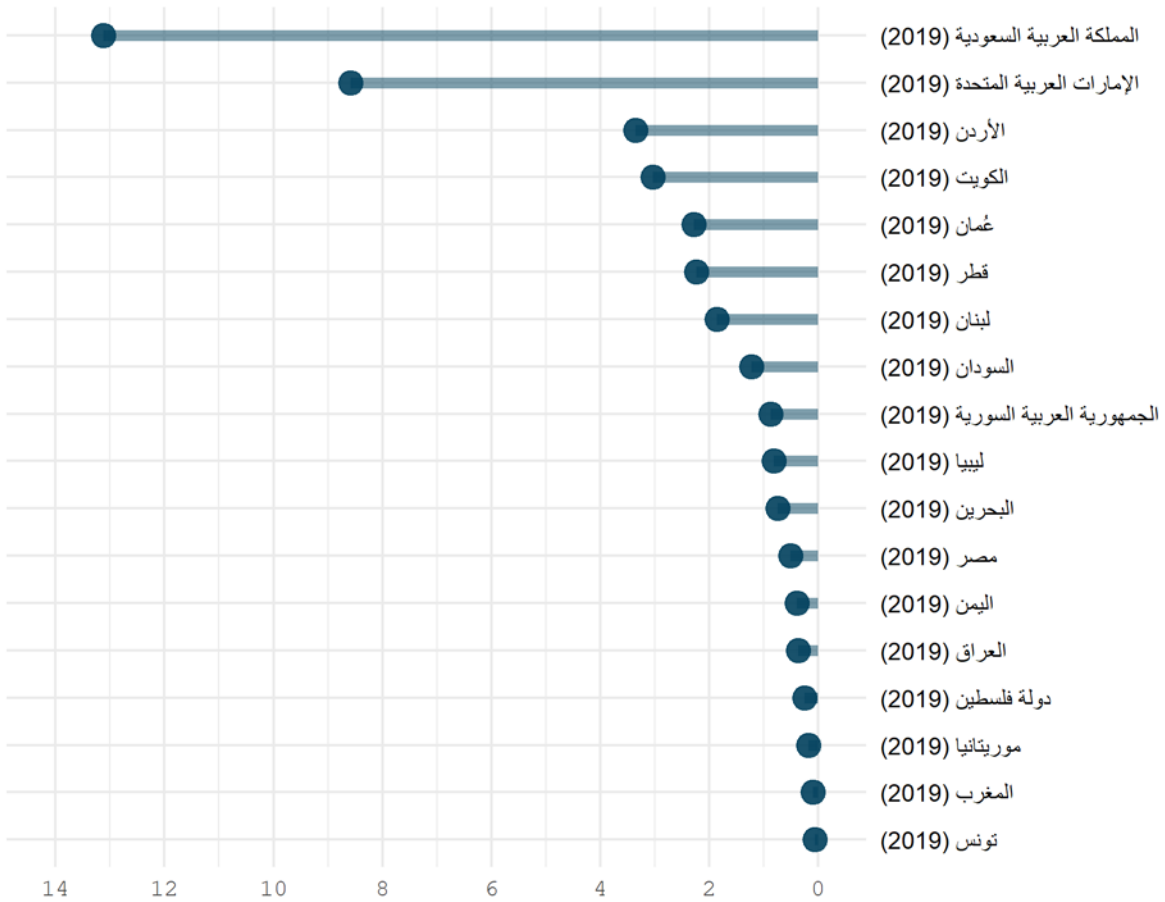
وفي حين أن الفروق بين الجنسين في معدل الوفيات هي عموماً أصغر من أن تحمل دلالة إحصائية، إلا أنها، وكما هو متوقع، تنحو في معظم بلدان العالم لصالح الإناث (Coale, 1991). أما في مصر فتشير التقديرات الأخيرة أن الكفة تميل نحو الذكور. وفي البلدان التي تسود فيها المساواة بين الجنسين، مثل السويد، تبلغ نسبة معدلات وفيات الرضع بين الجنسين حوالي 1.20 لكل 1,000 ولادة حية. وفي 6 بلدان فقط من أصل 18 بلداً في المنطقة تتوفر عنها بيانات حول معدل وفيات الرضع حسب الجنس كانت النسب تفوق 1.20. وقد يشير عدم وجود فوارق بين الجنسين في معدلات وفيات الرضع في 10 بلدان من أصل 18 بلداً إلى تمييز ضد الفتيات، مثل محدودية إمكانية الحصول على الخدمات الصحية أو التغذية (Coale, 1991).

تضاعفت الهجرة الدولية تقريباً خلال 20 عاماً

قد تُحدث الهجرة الدولية أثراً عميقاً على حجم سكان أي بلد وعلى تركيبته حسب العمر ونوع الجنس والظروف الاقتصادية والاجتماعية والصحية. وعلى الرغم من أهمية الهجرة الدولية في المنطقة العربية تبقى البيانات أو الأدبيات المتوفرة عنها قليلة جداً. وفي هذا التقرير، تُستخدم البيانات المحدودة المتوفرة من مصادر دولية لإلقاء الضوء على حجم السكان المهاجرين والنازحين وكذلك على صافي حركات الهجرة.

أعداد المهاجرين كبيرة نسبياً في معظم بلدان المنطقة. وتكشف بيانات عام 2019 أن لدى الإمارات العربية المتحدة والمملكة العربية السعودية أكبر عدد من المهاجرين الدوليين، ويليهما الأردن (الشكل 1-11). وتُصنّف 8 بلدان من أصل 18 بلداً في المنطقة كمهاجرين دوليين ما لا يقل عن 25 في المائة من سكانها، وهم يشكلون أكثر من 80 في المائة من السكان في الإمارات العربية المتحدة وأكثر من 40 في المائة في البحرين وعمان وقطر والكويت، كما أن أعداد المهاجرين كبيرة نسبياً في الأردن ولبنان والمملكة العربية السعودية. ومع ذلك، وخلافاً لبلدان مجلس التعاون الخليجي، فإن المهاجرين في الأردن يفدون إلى حد كبير من البلدان العربية المجاورة، أساساً من الجمهورية العربية السورية والعراق ودولة فلسطين ومصر.

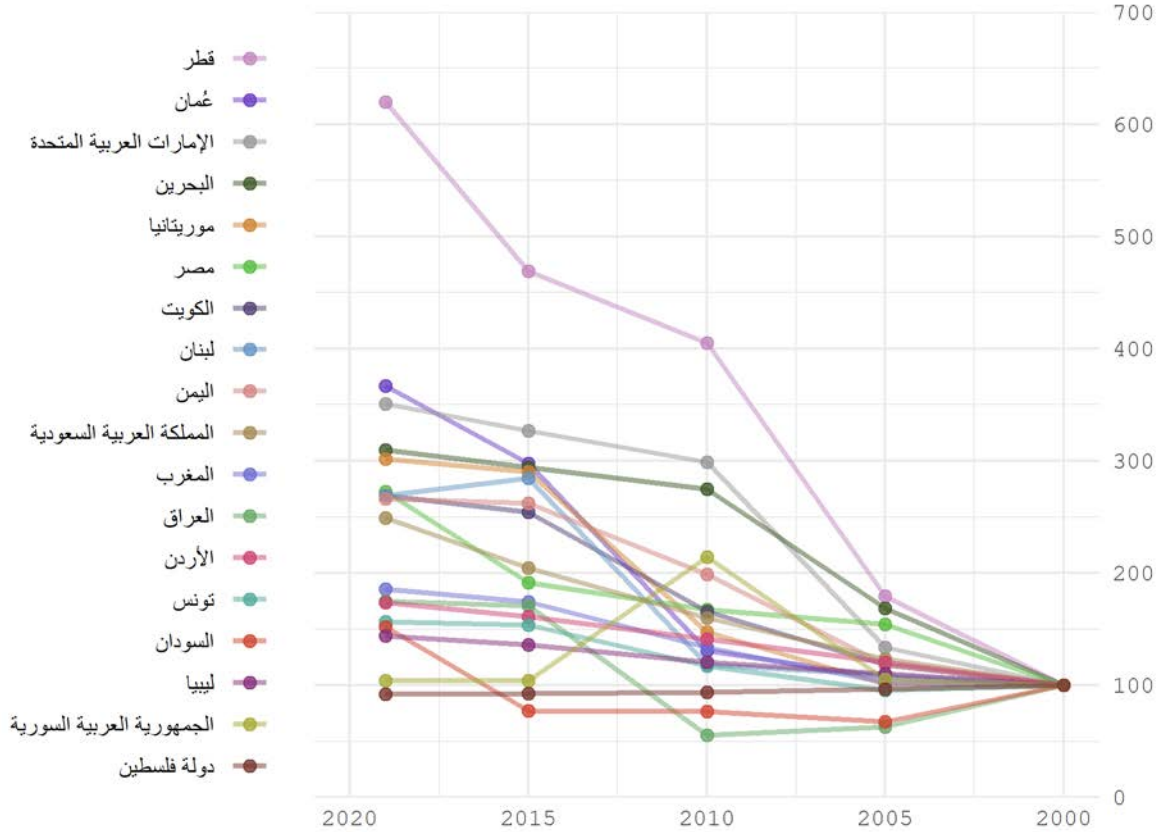
الشكل 1-11 أعداد المهاجرين الدوليين، بالملايين، 2019



المصدر: الأمم المتحدة، 2020.

وتشير تقديرات اتجاهات الهجرة الدولية للفترة من عام 2000 إلى عام 2019 في 18 بلداً عربياً إلى زيادة كبيرة في عدد المهاجرين الدوليين. فقد ازدادت الأعداد خلال هذه الفترة بأكثر من الضعف في 11 بلداً وأكثر من ثلاثة أضعاف في خمسة بلدان؛ وهي الإمارات العربية المتحدة والبحرين و عُمان وقطر وموريتانيا (الشكل 1-12). وفيما يتعلق بالبلدان الـ 18 ككل، ازداد عدد المهاجرين الدوليين بحوالي 250 في المائة تقريباً منذ عام 2000.

الشكل 1-12 أعداد المهاجرين الدوليين في منتصف السنة (النسبة المئوية لسنة الأساس 2000) للفترة 2019-2000

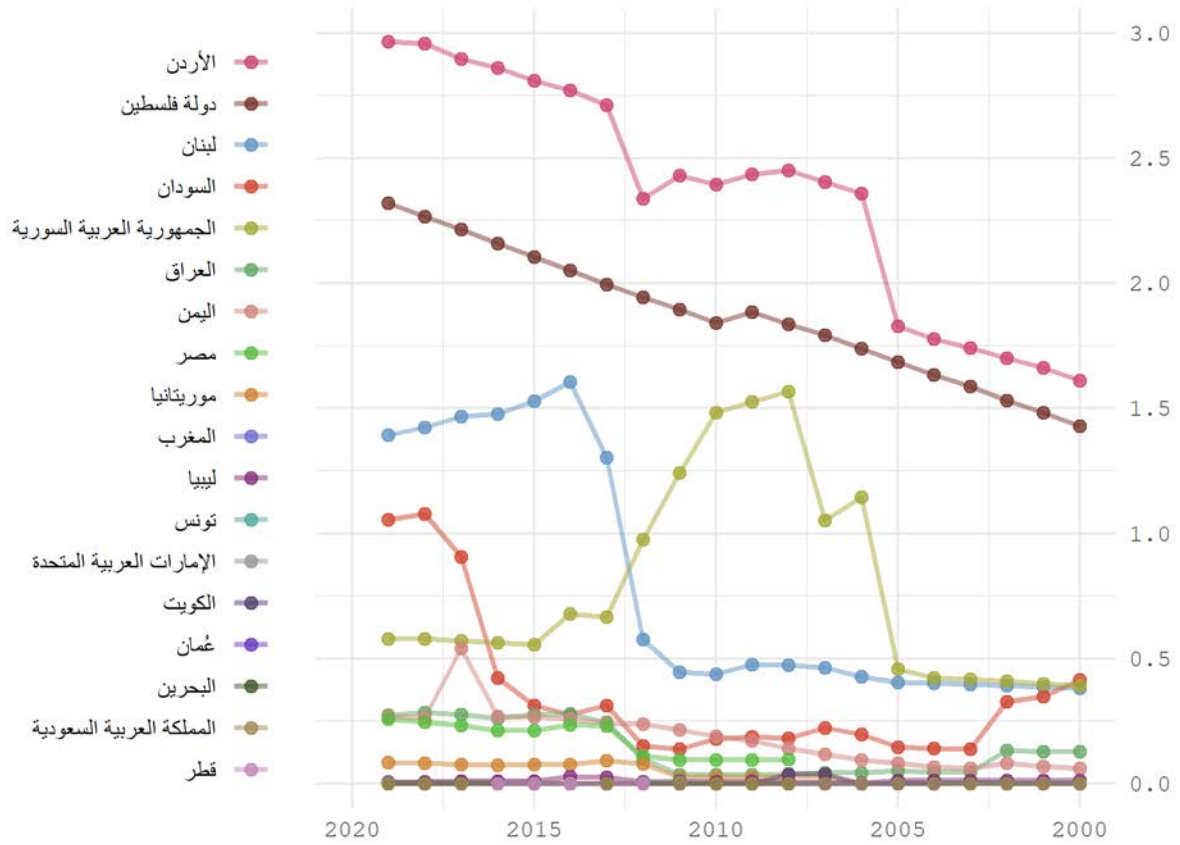


المصدر: الأمم المتحدة، 2020.

كانت معدلات الهجرة الصافية المقدرة لكل 1,000 نسمة خلال الفترة 2015-2020 إيجابية لـ 9 من البلدان الـ 18. وكان لدى البحرين و عُمان أعلى المعدلات الإيجابية، 31 و 23 على التوالي، وعلى العكس من ذلك، كان المعدل السلبي الأكبر في الجمهورية العربية السورية الذي بلغ -24. ورغم التقلبات التي طرأت على هذه المعادلات بين عامي 2015 و 2020، إلا أن الاتجاه استمر في الانخفاض في جميع بلدان مجلس التعاون الخليجي.

ومن المعروف على نطاق واسع أن المنطقة العربية تضم أكبر عدد من اللاجئين والنازحين في العالم. واللاجئون الفلسطينيون هم أكبر وأقدم مجموعة (مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2017؛ ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى، 2017). وكما يبين الشكل 1-13، هناك أكثر من مليون لاجئ في كل من الأردن والسودان ودولة فلسطين ولبنان، ولأعداد اللاجئين الكبيرة في الأردن ولبنان مقارنةً بسكانهما المواطنين آثار هامة على أسواق العمل فيهما وعلى قدرتهما على توفير خدمات صحية وتعليمية واجتماعية كافية.

الشكل 1-13 اللاجئين حسب البلد/منطقة اللجوء بالملايين للفترة 2000-2019



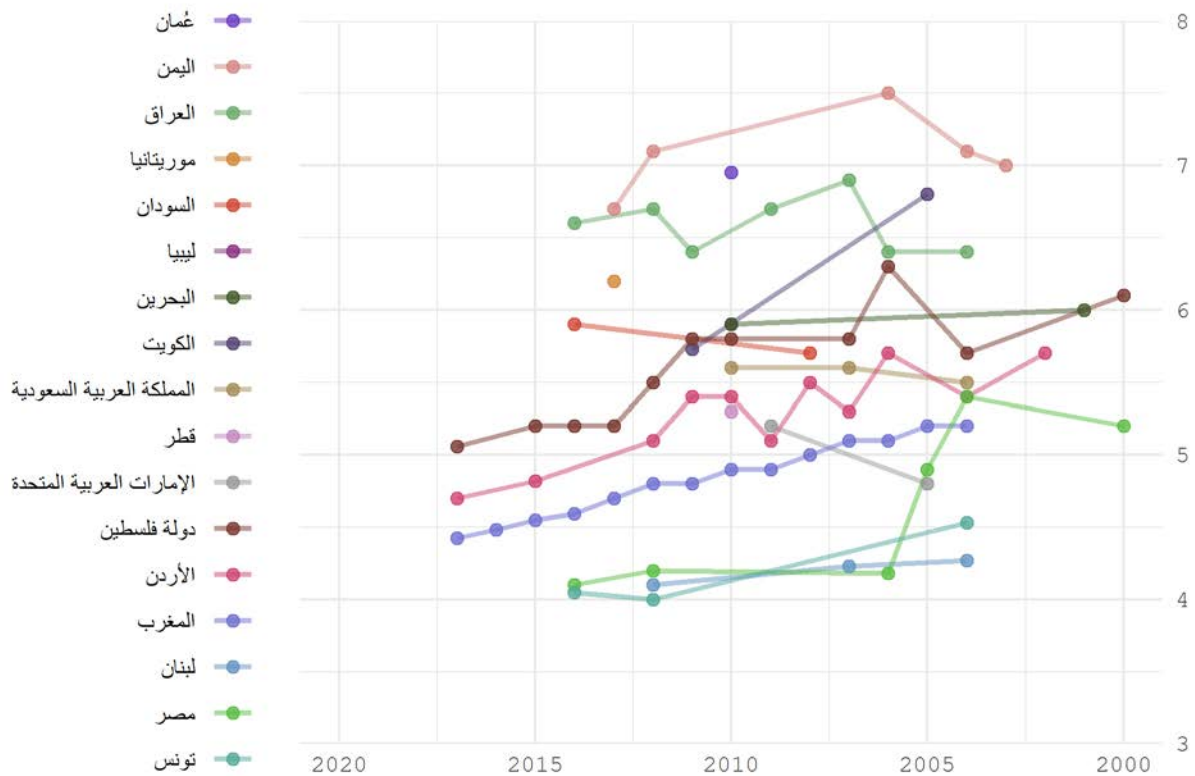
المصادر: مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2020، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى الأونروا، 2020.

تشكل تركيبة الأسرة المعيشية نمط عيش أفرادها وتوفر بعض المؤشرات العريضة على رفاهها الاجتماعي والاقتصادي (Deaton, Ruiz-Castillo, and Thomas, 1989). وفي جميع أنحاء المنطقة العربية، يُنظر إلى العائلة على نطاق واسع على أنها مؤسسة اجتماعية أساسية (Salehi-Isfahani, 2013). وقد ركزت الدراسات المبكرة حول ديناميات الأسرة المعيشية في المنطقة على التحول من تقليد الأسرة المعيشية الممتدة باتجاه الأسرة النووية (Barakat, 1985). وأكد Khadr and El-Zeini (2003) أن الأسرة النووية أصبحت في الآونة الأخيرة الأكثر شيوعاً.

ويمكن وصف أنماط الزواج المتعارف عليها في المنطقة عموماً بأنها الزواج المبكر وشموله الجميع تقريباً ووجود تعدد الزوجات. ولكن كانت للتغيرات الاقتصادية والاجتماعية في العقود الأخيرة آثار هامة على توقيت وطبيعة الزواج. وعلى وجه الخصوص، ارتبط تزايد العمل في الصناعة ونمط حياة المدن لدى السكان وارتفاع التحصيل التعليمي في العديد من البلدان العربية بالتحول نحو الزواج المتأخر والزواج الأحادي وارتفاع معدلات العزوبية (Rashad, Osman and Roudi-Fahimi, 2005).

في هذا القسم، نقدم نظرة عامة وصفية عن تركيبة الأسرة المعيشية وتكوين العائلة. ويستند تحليلنا إلى الإحصاءات الرسمية من أجهزة الإحصاء الوطنية، كما إلى البيانات المتوفرة من المسوح الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات التي أجريت مؤخراً.

الشكل 1-2 متوسط حجم الأسرة المعيشية للفترة 2000-2020



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية والمسوح الديمغرافية والصحية، والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات، تجميع الإسكوا.

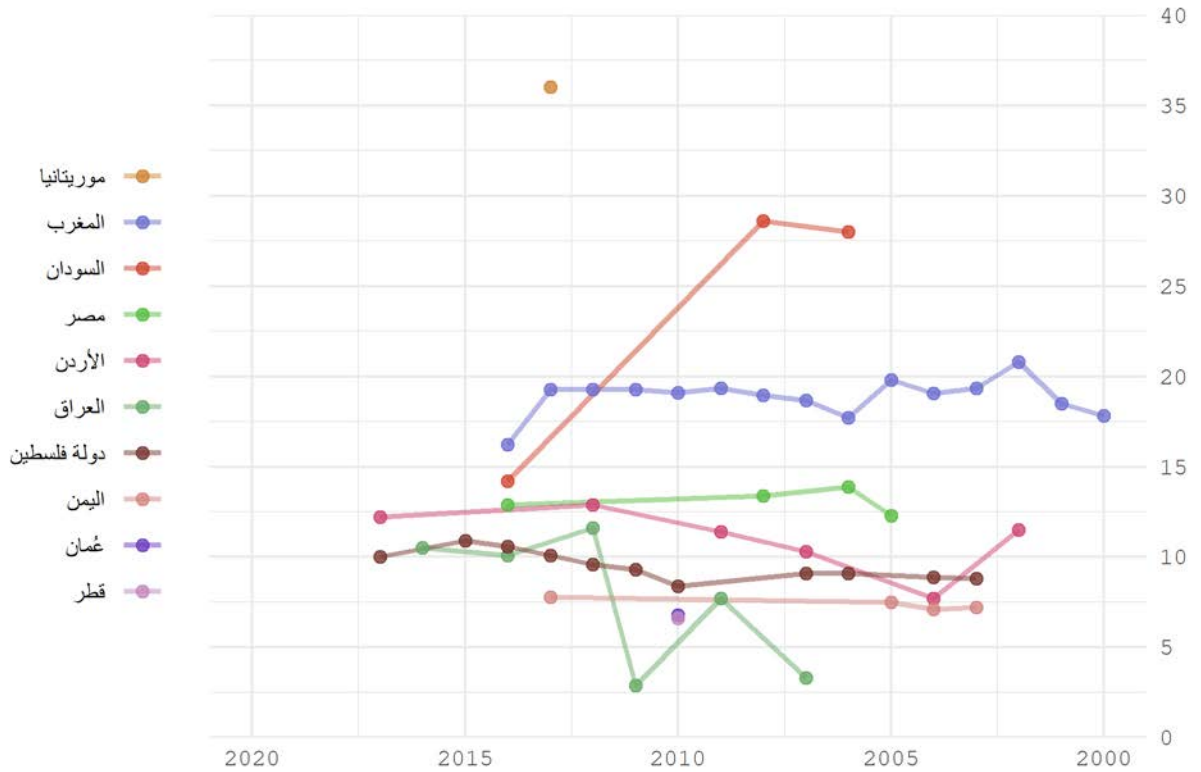
الأسرة المعيشية الأكبر حجماً هي في العراق وُعمان واليمن؛ والأصغر هي في تونس ولبنان والمغرب

يبين الشكل 2-1 متوسط حجم الأسرة المعيشية في أنحاء المنطقة العربية استناداً إلى البيانات المتوفرة عن السنوات الأخيرة. ويتراوح حجم الأسرة المعيشية بين مرتفع يبلغ حوالي 7 أشخاص في العراق وُعمان واليمن وحوالي 4 أشخاص في تونس ولبنان والمغرب. ورغم أن حجم الأسرة المعيشية يرتبط بمعدل الخصوبة إلا أن العلاقة بينهما ليست متسقة في جميع البلدان. وهناك عوامل أخرى تسهم في تحديد حجم الأسرة المعيشية لأي مجموعة سكانية معينة مثل وجود المهاجرين أو اللاجئين، وحالة أسواق الإسكان، وتفضيلات ترتيبات العيش في أسر ممتدة. فمعدل الخصوبة في البحرين مثلاً منخفض نسبياً، إلا أن متوسط حجم الأسرة المعيشية فيها كبير يبلغ حوالي ستة أشخاص، أي أنه يناظر حجمها في السودان.

انخفاض معدلات الأسر المعيشية التي ترأسها إناث، باستثناء موريتانيا

يبين الشكل 2-2 معدلات الأسر المعيشية التي ترأسها إناث. وتشير أحدث البيانات الرسمية من موريتانيا أن 36 في المائة من الأسر المعيشية ترأسها إناث (2013)، في حين تمثل الأسر المعيشية التي ترأسها إناث في عُمان وقطر أقل من 7 في المائة (2010). ومن بين البلدان الـ 10 التي تتوفر عنها بيانات، تبدي 8 منها نسبة منخفضة تقل عن 15 في المائة.

الشكل 2-2 الأسر المعيشية التي ترأسها إناث، النسبة المئوية للفترة 2000-2020



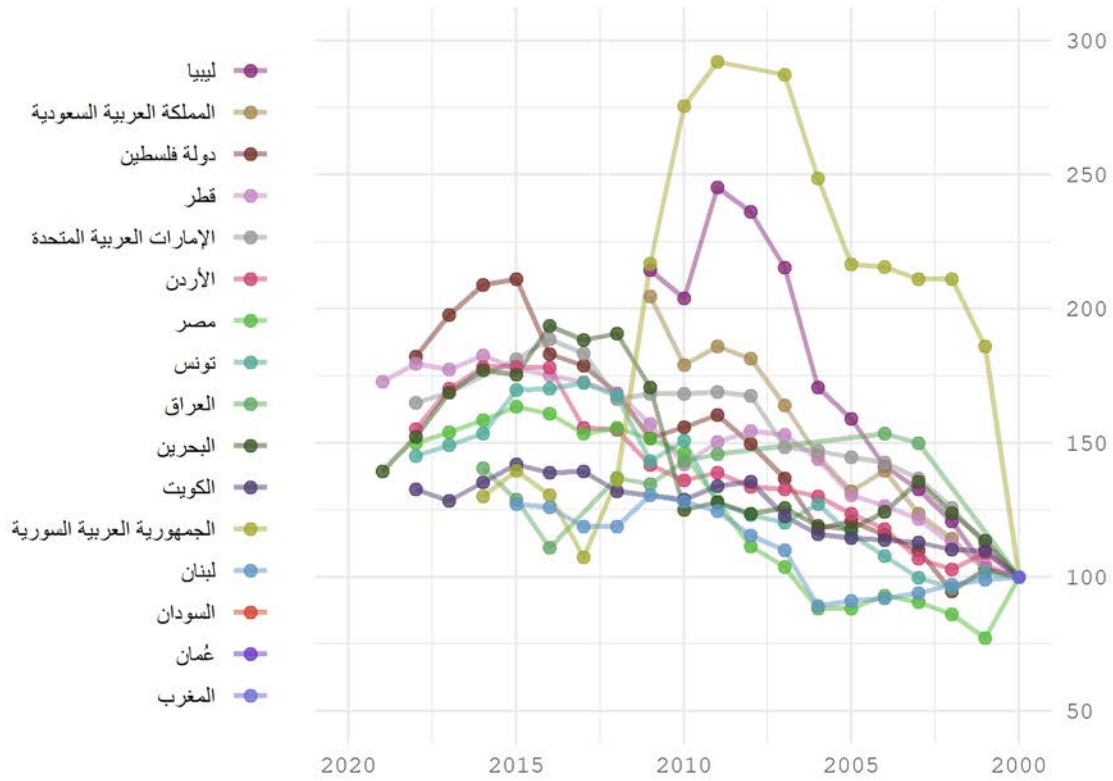
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

ارتفاع مستمر في عدد حالات الزواج والطلاق المسجلة

يورد الشكل 2-3 رقماً قياسياً بسيطاً يبين التغيرات السنوية في عدد الزيجات المسجلة مقارنة بسنة الأساس 2000. وقد ازداد هذا العدد باستمرار منذ عام 2000 في معظم البلدان التي تتوفر عنها بيانات، وتضاعف في دولة فلسطين بين عامي 2000 و2015، قبل أن ينخفض سنوياً من عام 2016 إلى عام 2018. وعلى العكس من ذلك، انخفضت الزيجات المسجلة في الجمهورية العربية السورية من مستوى مرتفع بلغ حوالي 240 ألفاً إلى 108 آلاف فقط في عام 2016.

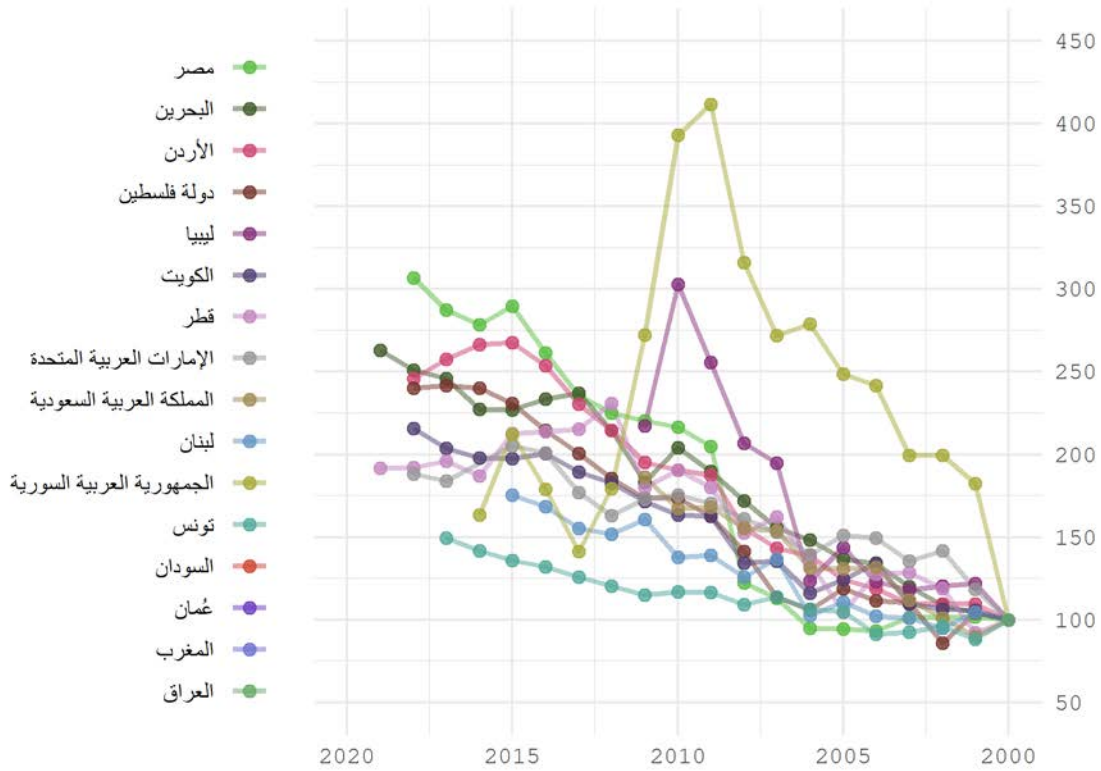
ويبين الرقم القياسي في الشكل 2-4 أن عدد حالات الطلاق المسجلة ازداد حتى بأكثر من ازدياد عدد الزيجات المسجلة. وفي جميع البلدان العربية التي تتوفر عنها بيانات حديثة، تضاعف على الأقل عدد حالات الطلاق المسجلة، باستثناء تونس ولبنان حيث ازداد العدد 49 في المائة (2000-2017) و75 في المائة (2000-2015) على التوالي. وفي الجمهورية العربية السورية، انخفضت حالات الطلاق المسجلة بحدة منذ عام 2009 وإلى حد أكبر من حالات الزواج المسجلة؛ وتضاعفت أربع مرات في عام 2000 إلى عام 2009، قبل أن تنخفض في عام 2016 إلى 125 في المائة فقط من سنة الأساس 2000.

الشكل 2-3 النسبة المئوية للزيجات المسجلة، في عام 2000 وفي الفترة 2000-2020



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

الشكل 2-4 النسبة المئوية لحالات الطلاق المسجلة، في عام 2000 وفي الفترة 2000-2020



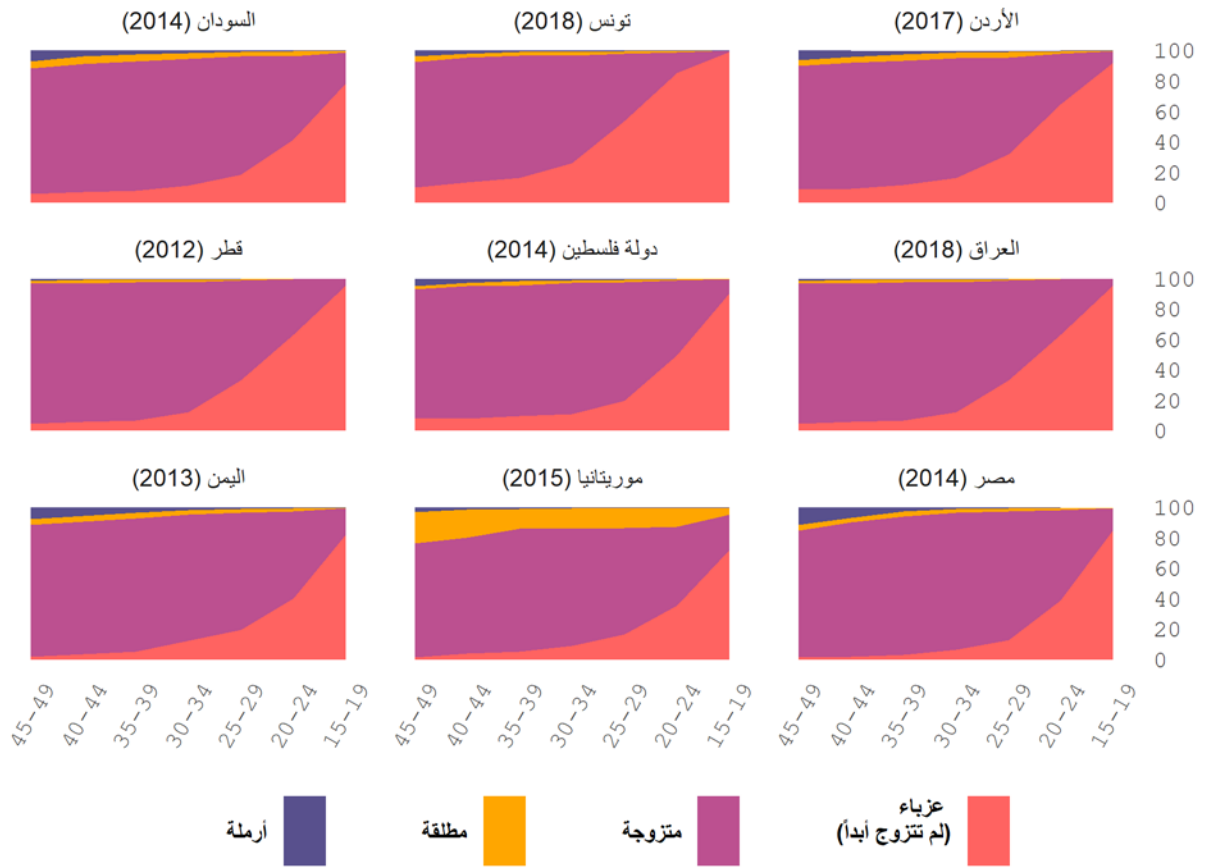
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

معظم النساء يتزوجن في سن 20-24 في السودان وموريتانيا واليمن

يبين الشكل 2-5 الوضع العائلي للنساء حسب الفئة العمرية. وفقاً للبيانات من أحدث المسوح الديمغرافية الصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات، تبلغ نسبة النساء المتزوجات في السودان وموريتانيا واليمن ما بين 50 و60 في المائة، لكنها أقل بكثير في الأردن وتونس، إذ تبلغ 33 و14 في المائة على التوالي.

كما يبين الشكل 2-5 أن الزواج يكاد يكون شاملاً بين من تتراوح أعمارهن بين 45 و49 عاماً في مصر واليمن وموريتانيا. لكن الوضع ليس كذلك في الأردن وتونس والسودان والعراق ودولة فلسطين وقطر، حيث يتراوح معدل النساء في سن 45 و49 عاماً ولم يتزوجن أبداً بين 6 و13 في المائة. وتزداد حالات الطلاق مع تقدم العمر، ولكنها تظل أقل من 5 في المائة في جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات، باستثناء موريتانيا حيث 16 في المائة ممن تتراوح أعمارهن بين 45 و49 عاماً إما مطلقات أو منفصلات. وتوجد أعلى نسبة من النساء الأرمال في مصر واليمن، حيث فقد قرابة 11 و8 في المائة على التوالي ممن تتراوح أعمارهن بين 45 و49 عاماً أزواجهن.

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

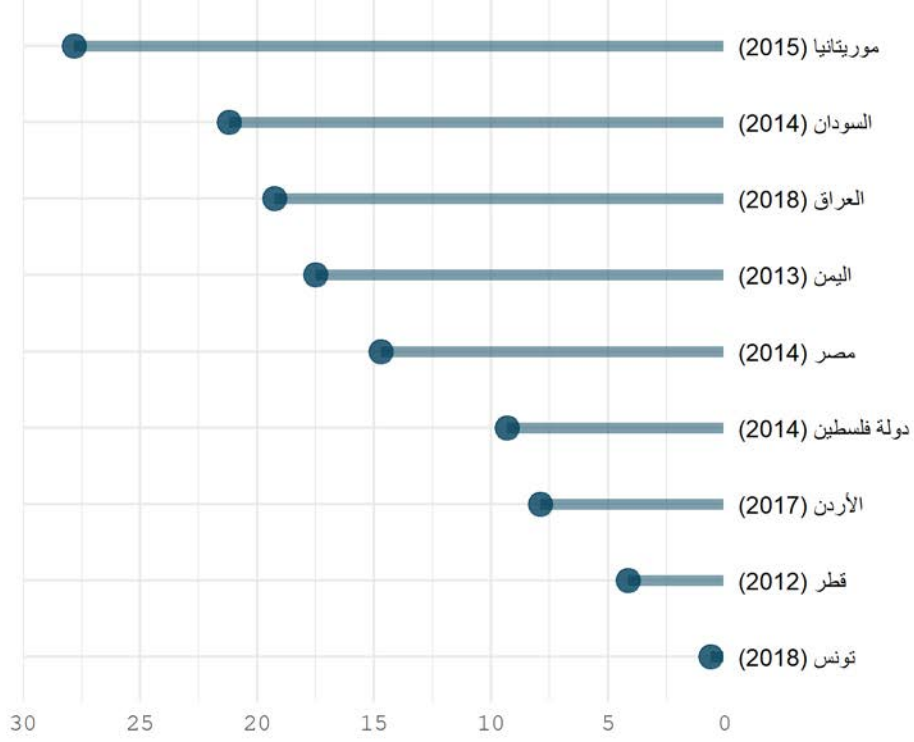


تفاوت كبير في زواج الأطفال

ازداد في أنحاء المنطقة العربية متوسط العمر عند الزواج الأول لكل من النساء والرجال. ولكن، بسبب مزيج معقد من المعايير الثقافية والفقر والقيود المفروضة على التنقل الجغرافي، لا يزال شائعاً بين الفتيات في بعض البلدان العربية زواج الأطفال، الذي يُعرّف على أنه الزواج الرسمي قبل سن 18 عاماً (Roudi-Fahimi and Ibrahim, 2013). وكثيراً ما يؤدي زواج الأطفال إلى بدء الإنجاب في سن مبكرة وإلى ارتفاع الخصوبة وانخفاض فرص التعليم والفرص في سوق العمل (Bunting, 2005).

يبين الشكل 2-6 التباين في النسبة المئوية المقدرة لمن سبق لهم الزواج وتتراوح أعمارهن بين 15 و19 عاماً في بلدان المنطقة التي أجرت مؤخراً مسحاً ديمغرافياً وصحياً أو مسحاً عنقودياً متعدد المؤشرات. ففي موريتانيا، في عام 2015 كانت النسبة 28 في المائة، بالمقارنة مع 21 في المائة في السودان في عام 2014، و19 في المائة في العراق في عام 2018، و18 في المائة في اليمن في عام 2013، و15 في المائة في مصر في عام 2014، و9 في المائة في دولة فلسطين في عام 2014، و8 في المائة في الأردن في عام 2017، و4 في المائة في قطر في عام 2012، و1 في المائة في تونس في عام 2018.

الشكل 2-6 النسبة المئوية لمن سبق لهم الزواج وتتراوح أعمارهن بين 15 و19 عاماً، وفق أحدث التقديرات المتوفرة

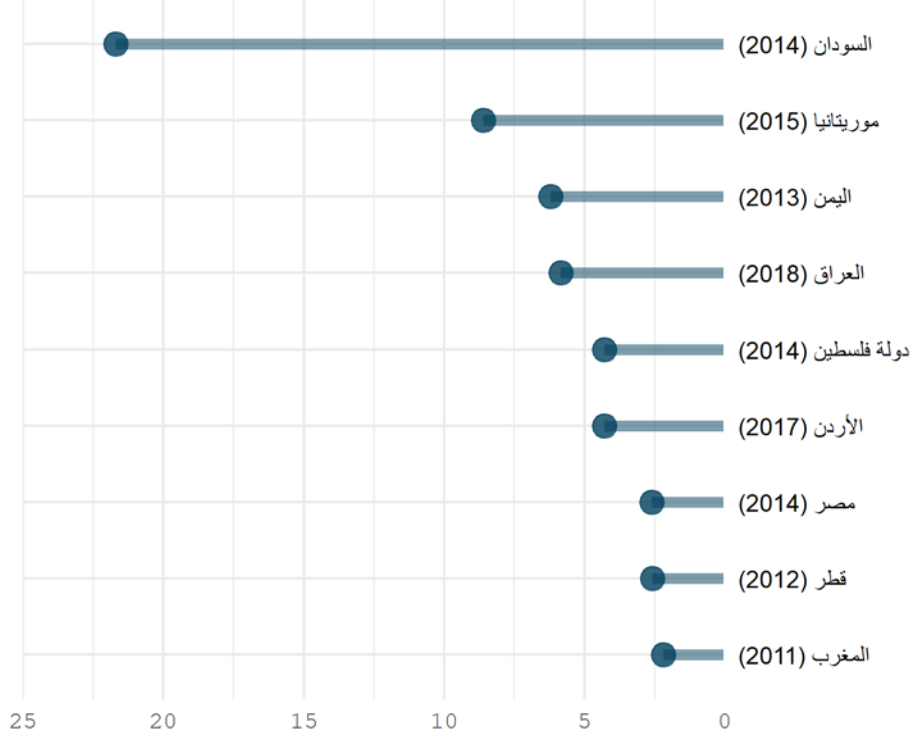


المصدر: بيانات من المسوح الديمغرافية الصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات.

تدني معدلات تعدد الزوجات باستثناء السودان

لم يعد تعدد الزوجات سائداً في معظم البلدان العربية. فوفقاً للبيانات من أحدث المسوح الديمغرافية الصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات، حوالي 3 في المائة فقط من النساء بين سن 15 و49 في مصر متزوجات من أزواج لديهن زوجة ثانية أو أكثر، بالمقارنة مع 4 في المائة في دولة فلسطين، و4 في المائة في الأردن، و6 في المائة في كل من العراق واليمن، و9 في المائة في موريتانيا. وتوجد أعلى نسبة لتعدد الزوجات في السودان، إذ تبلغ نسبة المتزوجات من أزواج لديهن زوجة ثانية أو أكثر 22 في المائة.

الشكل 2-7 النسبة المئوية لمن تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاماً ومتزوجات من أزواج لديهن زوجة ثانية أو أكثر، وفقاً لأحدث التقديرات المتوفرة



المصدر: بيانات من المسوح الديمغرافية الصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات والمشروع العربي لصحة الأسرة.

النساء يملن إلى بدء الإنجاب بعد الزواج بفترة قصيرة

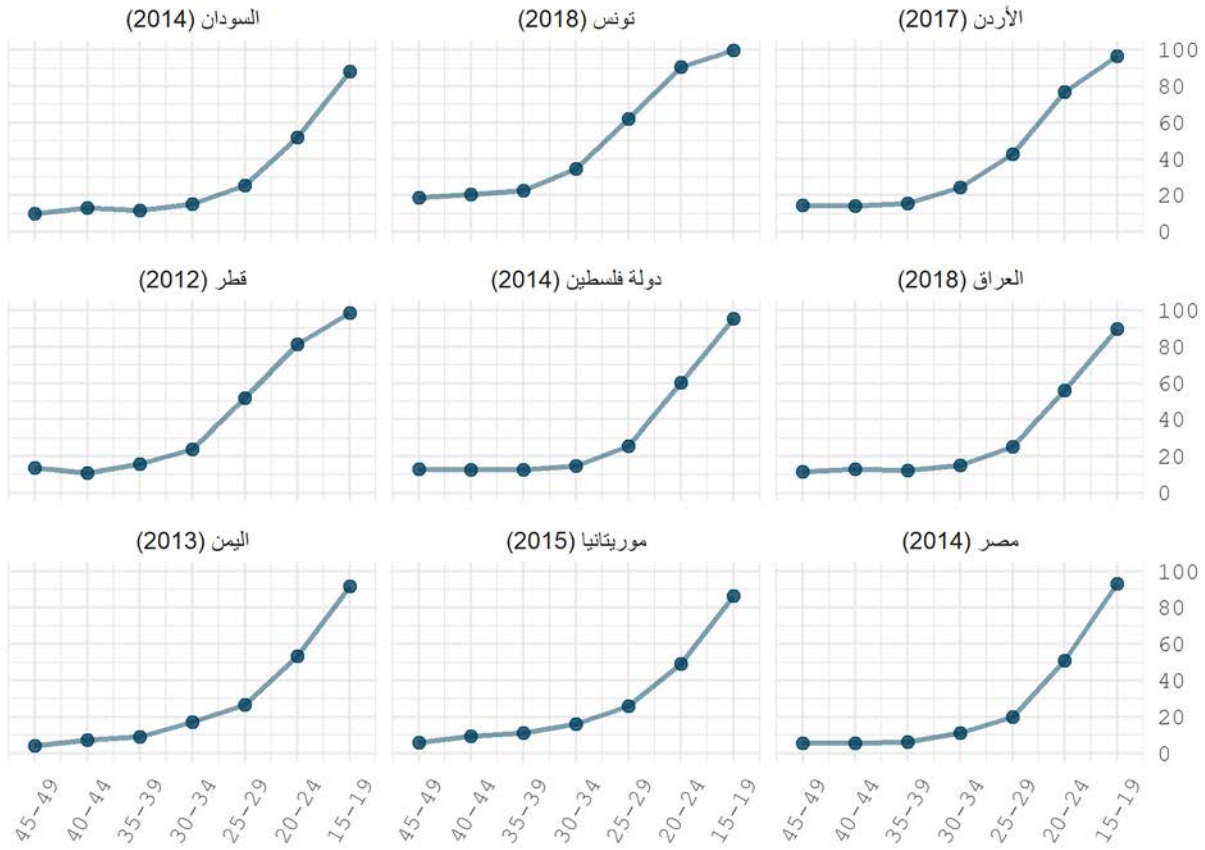
يبين الشكل 2-8 النسبة المئوية المقدرة لمن ليس لديهن أطفال (أي لم ينجبن أبداً) حسب الفئة العمرية. في المنطقة العربية، تميل النساء إلى بدء الإنجاب بعد الزواج مباشرة. ومع ازدياد متوسط العمر عند الزواج في العقود القليلة الماضية، ازداد أيضاً متوسط العمر عند الولادة الأولى.

غير أنه وفقاً للبيانات من أحدث المسوح الديمغرافية الصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات، بدأ الإنجاب بالفعل 13 في المائة ممن تتراوح أعمارهن بين 15 و19 عاماً في موريتانيا، بالمقارنة مع 12 في المائة في السودان، و10 في المائة في العراق، و8 في المائة في اليمن، و7 في المائة في مصر، و5 في المائة في دولة فلسطين، و3 في المائة في الأردن. ويشكل الإنجاب المبكر قبل بداية سن البلوغ مخاطر جسيمة متعددة لكل من الأم والطفل. فلأُم، يرتبط الحمل المبكر بنتائج سلبية على الصحة والتعليم والاقتصاد، أما للطفل فتزداد كثيراً مخاطر الوفاة في الفترة المحيطة بالولادة كما تزداد مخاطر وفاة الرضع (UNFPA, 2013).

وفي السودان والعراق ومصر وموريتانيا، بدأت الإنجاب لدى بلوغ سن 20-24 عاماً امرأة من بين كل اثنتين تقريباً. مقابل ذلك، تبلغ نسبة من تتراوح أعمارهن بين 20 و24 عاماً ولم يلدن قط 90 في المائة في تونس و81 في المائة في قطر و77 في المائة في الأردن.

وتبلغ نسبة عدم الإنجاب بين من تتراوح أعمارهن بين 45 و 49 عاماً ما بين 10 و 20 في المائة في كل من الأردن وتونس ودولة فلسطين والعراق والسودان وقطر، لكنها أقل بشكل ملحوظ في موريتانيا ومصر واليمن، إذ تبلغ 6 في المائة و6 في المائة و4 في المائة على التوالي.

الشكل 2-8 النسبة المئوية لمن لم ينجبن قط، حسب الفئة العمرية، وفق أحدث التقديرات المتوفرة



المصدر: بيانات من المسوح الديمغرافية الصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات.

السكن من أهم جوانب حياة الناس، والسكن اللائق مسلّم به كحق أساسي من حقوق الإنسان، فتوفر مأوى يقي من العوامل المناخية ويمنح الشعور بالأمان والخصوصية والحيز الشخصي حاجة أساسية. والسكن اللائق أيضاً أساسي لصحة الناس ويؤثر على النمو في مرحلة الطفولة (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011). وتحتل مسائل الإسكان مكانة بارزة في هدف التنمية المستدامة 11 من خطة التنمية المستدامة لعام 2030 "جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وأمنة وقادرة على الصمود ومستدامة"، كما يرمي مؤشر مقصد هدف التنمية المستدامة 11-1 إلى قياس "نسبة سكان الحضر الذين يعيشون في أحياء فقيرة أو مستوطنات غير رسمية".

يعرض هذا الفصل أحدث البيانات المتوفرة عن ظروف الإسكان في البلدان العربية، ويتطرق إلى أنواع الوحدات السكنية، وحياسة الوحدات السكنية، واستخدام مصادر مياه الشرب المحسنة، واستخدام مرافق الصرف الصحي المحسنة، وتوفر الكهرباء، ونسبة سكان المدن الذين يعيشون في أحياء فقيرة. وبما أن الإحصاءات حول ظروف الإسكان تُحسب من التعدادات التي تجري كل 10 سنوات ومن مسح الإسكان الدورية، فإن بيانات السلاسل الزمنية للمؤشرات ذات الصلة في المنطقة العربية قليلة.

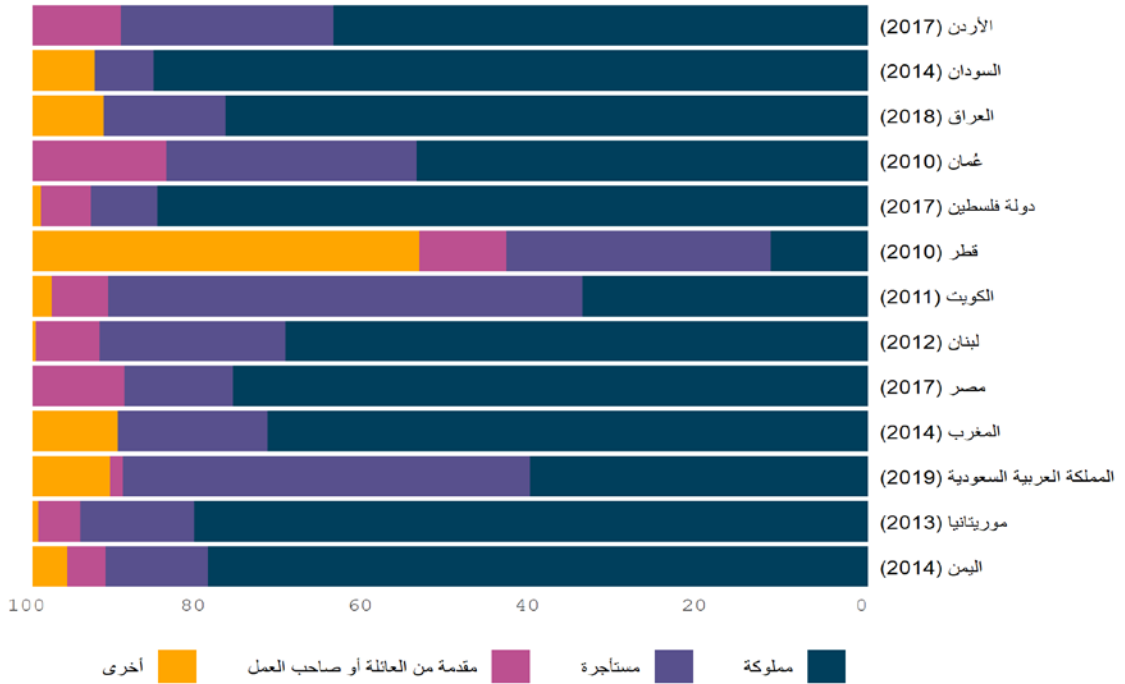
غالبية الأسر المعيشية تملك الوحدة السكنية التي تعيش فيها، باستثناء بلدان مجلس التعاون الخليجي

وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة، تتجاوز ملكية المساكن في المنطقة العربية 60 في المائة، باستثناء بلدان مجلس التعاون الخليجي (الشكل 3-1)، ويمكن أن يُعزى انخفاض هذه النسبة في هذه البلدان إلى ارتفاع أعداد المقيمين فيها من غير المواطنين (الشكل 3-2).

كانت النسبة الأدنى لملكية المنازل من مجموع السكان (المواطنين وغير المواطنين) في قطر (2010)، إذ بلغت 12 في المائة، بينما بلغت نسبة الوحدات السكنية المستأجرة 32 في المائة. وعلى نحو مشابه، في الكويت (2011) بلغت نسبة الوحدات السكنية التي تملكها الأسر المعيشية التي تعيش فيها 34 في المائة فقط بينما بلغت تلك المستأجرة 57 في المائة. أما أعلى نسبة فكانت في دولة فلسطين (2017)، إذ بلغت 85 في المائة.

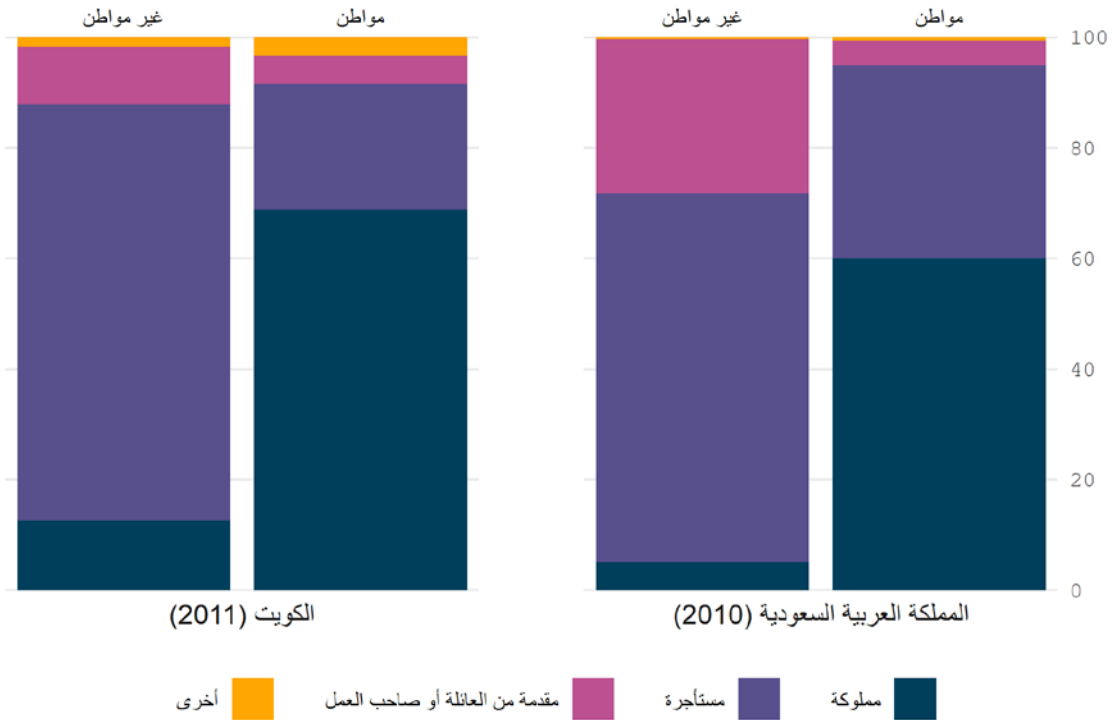
في بلدان مجلس التعاون الخليجي، تتفاوت تفاوتاً كبيراً نسبة ملكية المنازل بين الأسر المعيشية من المواطنين والأسر المعيشية من غير المواطنين (الشكل 3-2)، فالنسبة الأكبر من الأسر المعيشية من المواطنين تملك وحداتها السكنية، بينما يُحتمل أكثر أن يستأجر غير المواطنين مساكنهم. وفي عام 2010، في المملكة العربية السعودية، بلغت نسبة الأسر المعيشية من المواطنين التي كانت تعيش في وحدات سكنية تملكها حوالي 60 في المائة، بالمقارنة مع 5 في المائة فقط من الأسر المعيشية من غير المواطنين. وفي الكويت، في عام 2011، بلغت هاتان النسبتان 69 في المائة وحوالي 13 في المائة على التوالي. وفي كل من الكويت والمملكة العربية السعودية، نسبة من يشغلون وحدات سكنية يوفرها أصحاب العمل أو الأسرة أكبر لدى غير المواطنين منها لدى المواطنين. ففي عام 2010، كانت هاتان النسبتان في المملكة العربية السعودية نحو 28 في المائة ونحو 5 في المائة على التوالي. وفي الكويت، بلغت النسبة لغير المواطنين حوالي 10 في المائة، أي ضعف النسبة للمواطنين تقريباً.

الشكل 3-1 النسبة المئوية للوحدات السكنية المشغولة حسب حيازة الوحدة السكنية، وفق أحدث البيانات المتوفرة



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية. تجميع الإسكوا.

الشكل 3-2 النسبة المئوية للوحدات السكنية المشغولة حسب النوع والجنسية، وفق أحدث البيانات المتوفرة



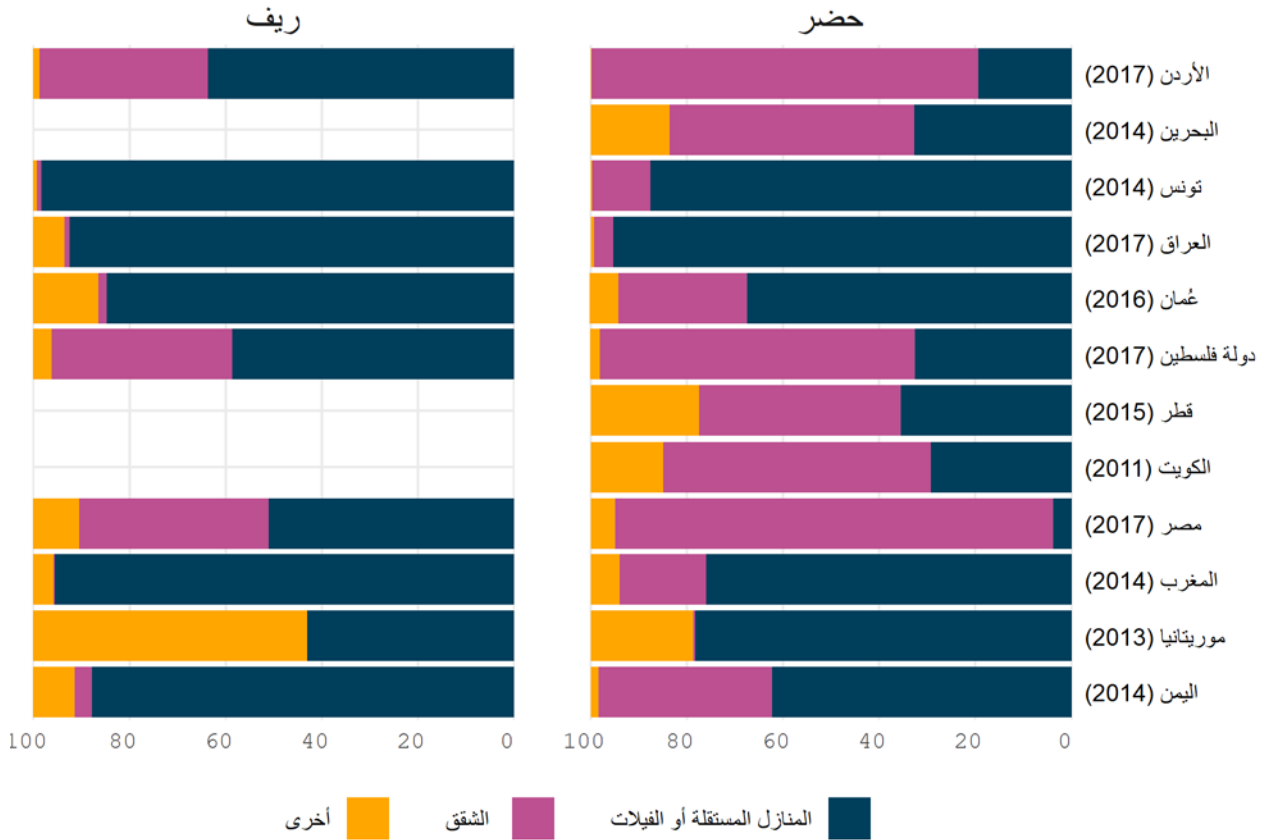
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية. تجميع الإسكوا.

نسب مئوية من الشقق أعلى في المدن

تنتشر الشقق السكنية في المدن أكثر مما في الأرياف في المنطقة العربية (الشكل 3-3). وتشير تقديرات حديثة من مصر والأردن ودولة فلسطين (2017) أن انتشار الشقق السكنية في المدن أكثر من ضعف انتشار المنازل أو الفيلات القائمة بذاتها. وفي مصر، ما يزيد عن 90 في المائة من الوحدات السكنية في المدن شقق سكنية. وفي الكويت وقطر، وهما بلدان لا يضمنان غير المدن تشكل الشقق 56 و42 في المائة من الوحدات السكنية على التوالي. والمنازل والفيلات القائمة بذاتها، أو المستقلة، أكثر شيوعاً في المدن في العراق وموريتانيا والمغرب، إذ تمثل على التوالي 95 و78 و76 في المائة من الوحدات السكنية.

وقد أبلغت بضعة بلدان في المنطقة عن نسبة ملحوظة من الوحدات السكنية لا تعرف على أنها شقق أو منازل مستقلة أو فيلات قائمة بذاتها. ويمكن أن تشمل هذه الفئة الغرف المنفصلة والإسكانات المؤسسية والمسكن العشوائية، وتشمل هذه الأخيرة الأكواخ والخيام والمنازل المتنقلة. وفي ريف موريتانيا، 56 في المائة من الوحدات السكنية أكواخ أو خيام، وهي أكبر نسبة في المنطقة وبفارق كبير.

الشكل 3-3 النسبة المئوية للوحدات السكنية المشغولة حسب النوع والمساحة، وفق أحدث البيانات المتوفرة



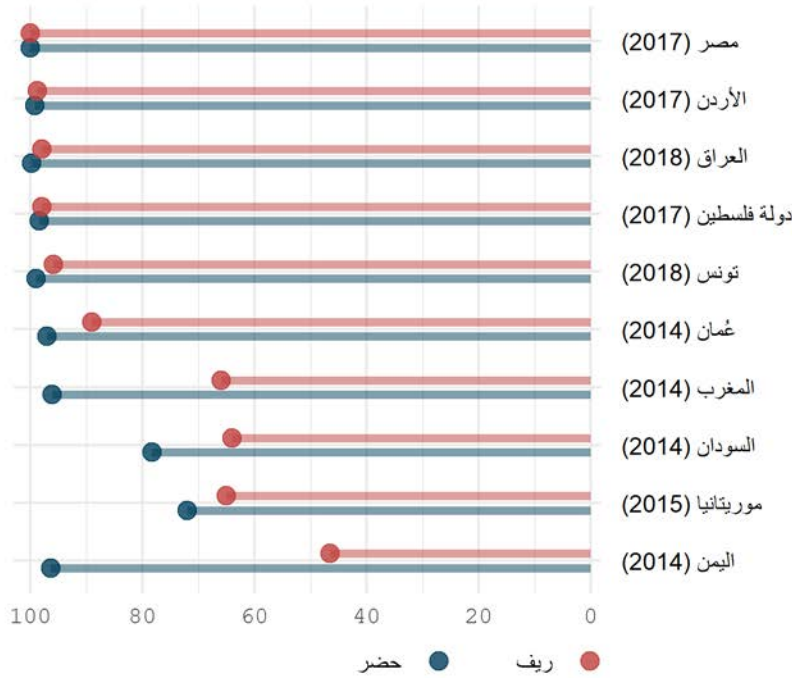
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية. تجميع الإسكوا.

تباين كبير في توفر مصادر مياه الشرب المحسنة

يبين الشكل 3-4 تقديرات النسبة للأسر المعيشية التي تستخدم مصدراً محسناً لمياه الشرب في 10 بلدان. وتعرف هذه المصادر على أنها مصادر يُحتمل أن توفر مياه شرب آمنة وتشمل المياه المنقولة بأنابيب داخل المسكن والصنابير العمومية والآبار المحفورة والآبار أو الينابيع المحمية ومياه الأمطار والمياه المعبأة في زجاجات. وهذه عموماً متوفرة بقدر من السهولة أكبر في المدن والمناطق المحيطة بها، لكن الوضع في دولة فلسطين يختلف، فاحتمال استخدام الأسر المعيشية في المدن لمصدر مياه شرب محسن أقل مما في الأرياف. وفي الواقع، في قطاع غزة، وهو منطقة مدنيّة إلى حد كبير، تستخدم على نطاق واسع المياه من الصحاريح المنقولة بالشاحنات، وهذه لا تعتبر مصدراً للمياه محسناً.

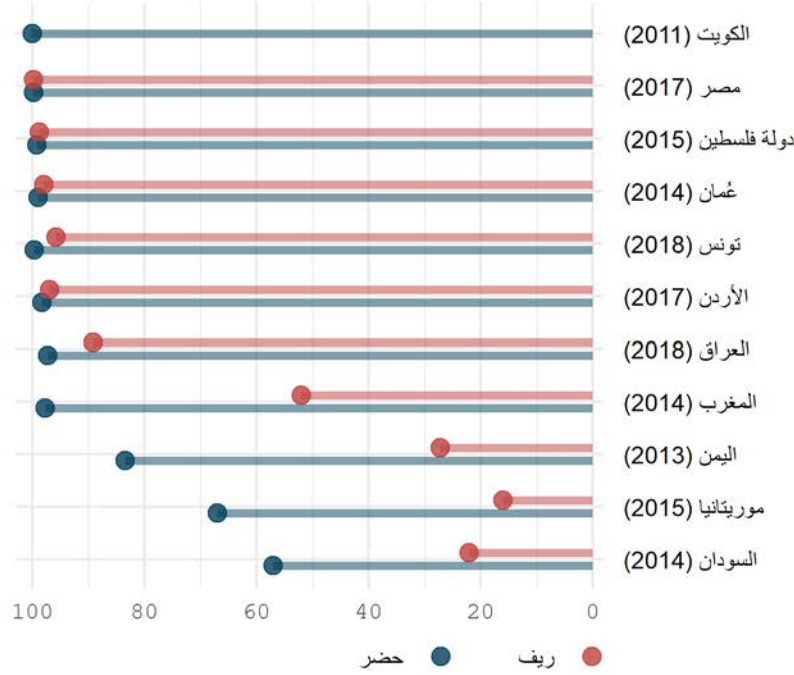
وفقاً لأحدث التقديرات، لدى أكثر من 95 في المائة من الأسر المعيشية في المدن إمكانية الحصول على مصدر محسن لمياه الشرب في 6 من 11 بلداً (الشكل 3-4). وقد سجل كل من مصر والأردن (2017) نسباً عالية بشكل ملحوظ في كل من المدن والأرياف؛ 99 و98 على التوالي في مصر و99 و97 على التوالي في الأردن. ورغم أن لدى دولة فلسطين أدنى النسب المئوية في المنطقة للأسر المعيشية في المدن، إلا أنها سجلت ثالث أعلى نسبة مئوية للأسر المعيشية في المناطق الريفية، وتبلغ في المائة. وتنخفض في كل من المغرب والسودان واليمن وموريتانيا النسبة المئوية للأسر المعيشية الريفية، وتبلغ 66 و64 و50 و43 في المائة على التوالي.

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



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية. تجميع الإسكوا.

الشكل 3-5 النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تستخدم مرافق صرف صحي محسنة، حسب المنطقة، وفق أحدث البيانات المتوفرة



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية. تجميع الإسكوا.

قلة توفر مرافق الصرف الصحي المحسنة في السودان وموريتانيا واليمن

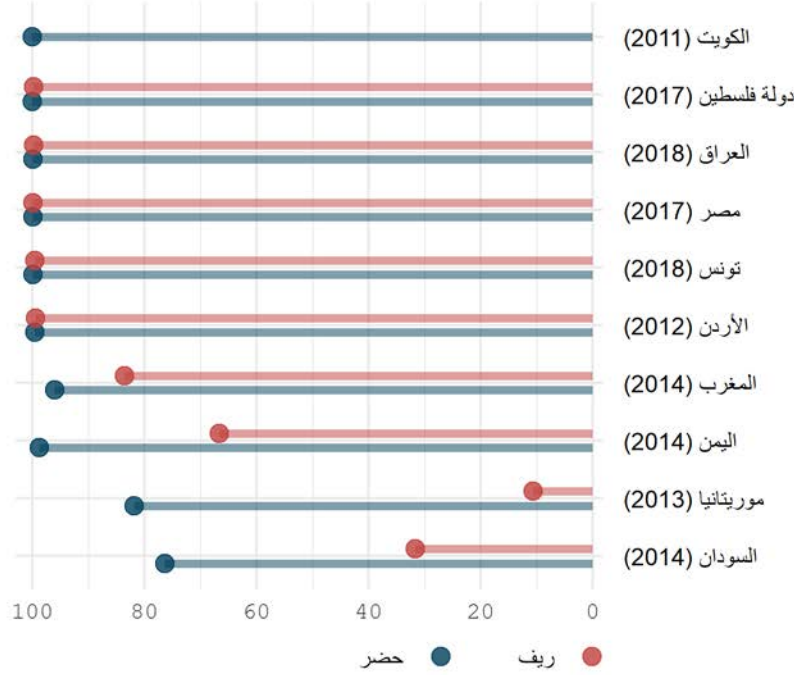
يبين الشكل 3-5 نسبة الأسر المعيشية التي تتوفر لها مرافق صحية محسنة، مرحاض دفق حديث أو تقليدي يُفرغ في مجاري عامة أو حفرة تسريب أو في مجاري صرف صحي. وفي 8 من 11 بلداً، يستخدم أكثر من 90 في المائة من الأسر المعيشية في المدن مرافق صرف صحي محسنة. وتوجد النسبة الأعلى في الكويت، وتبلغ 100 في المائة، والنسبة الأدنى في السودان، وتبلغ 57 في المائة.

وتتجاوز نسبة الأسر المعيشية التي تستخدم مرافق صرف صحي محسنة في المناطق الريفية 80 في المائة في 6 بلدان (إذ لا توجد في الكويت مناطق ريفية)، لكنها متدنية جداً في السودان وموريتانيا واليمن، إذ تبلغ 22 و16 و27 في المائة على التوالي. والفرق بين المدن والأرياف شاسع في هذه البلدان الثلاثة؛ إذ يبلغ 56 نقطة مئوية في اليمن، مقابل 51 في موريتانيا و35 في السودان.

ارتفاع إمكانية الحصول على الكهرباء باستثناء السودان وموريتانيا واليمن

كما هو مبين في الشكل 3-6، في 6 من 9 بلدان، تزيد نسبة الأسر المعيشية المزودة بالكهرباء على 95 في المائة في كل من المدن والأرياف. وفي اليمن (2013)، 99 في المائة من الأسر المعيشية في المدن مزودة بالكهرباء، بالمقارنة مع 65 في المائة فقط في الأرياف، كما أن إمكانية التزوّد بالكهرباء متدنية، وخاصة في الأرياف، في كل من موريتانيا والسودان. ففي موريتانيا، 82 في المائة من الأسر المعيشية في المدن مزودة بالكهرباء، مقابل 11 في المائة فقط من الأسر المعيشية الريفية، بينما تبلغ النسبة في السودان 76 و32 في المائة على التوالي.

الشكل 3-6 النسبة المئوية للأسر المعيشية المزودة بالكهرباء، حسب المنطقة، وفق أحدث البيانات المتوفرة¹



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية. تجميع الإسكوا.

نسبة عالية من السكان يعيشون في أحياء فقيرة في السودان وموريتانيا واليمن

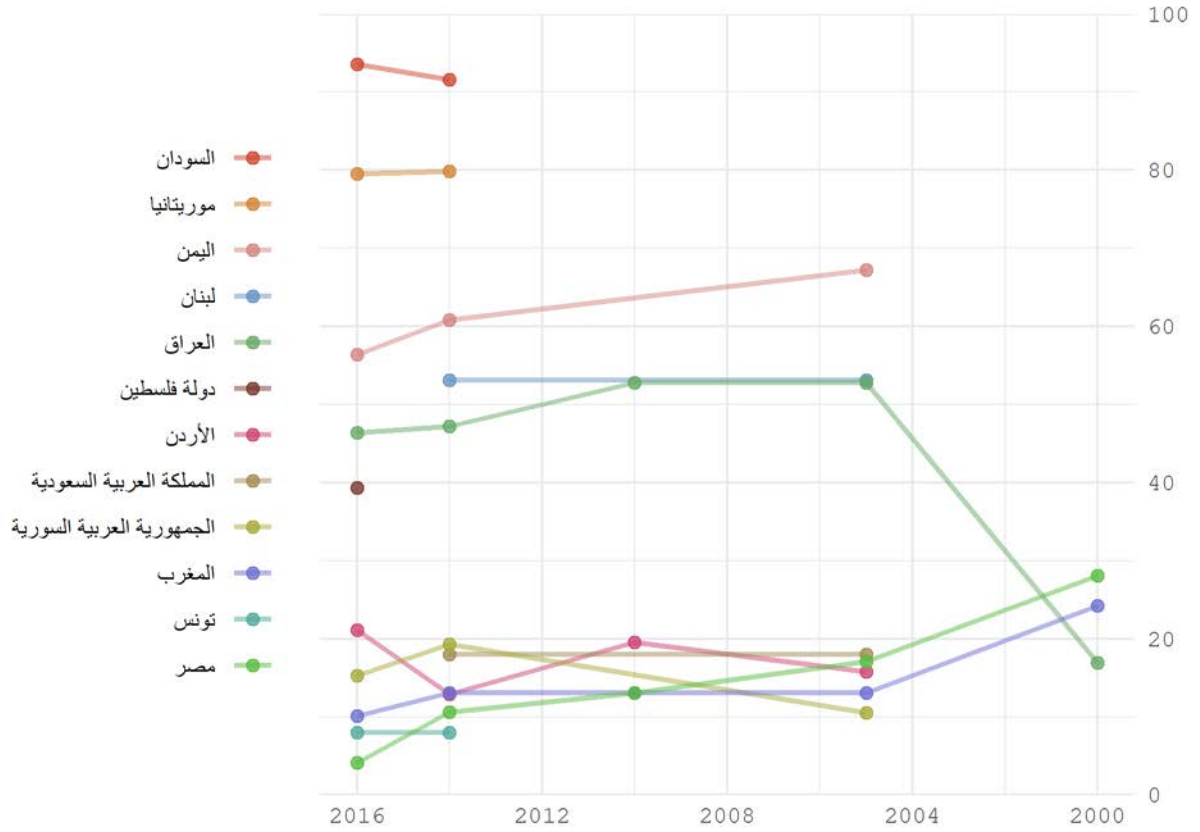
يشير الشكل 3-7 أدناه إلى مؤشر هدف التنمية المستدامة 11-1-1: "نسبة سكان الحضر الذين يعيشون في أحياء فقيرة أو مستوطنات غير رسمية أو مساكن غير ملائمة". والأحياء الفقيرة هي أسر معيشية تعاني من واحد أو أكثر من حالات الحرمان التالية: الافتقار إلى إمكانية التزود بمصادر مياه محسنة، والافتقار إلى إمكانية توفر مرافق الصرف الصحي المحسنة، والافتقار إلى مساحة كافية للمعيشة. ويعيش ربع سكان مدن العالم في أحياء فقيرة (UN-Habitat, 2015b; UN-Habitat, 2016). وفي عدة مدن، تكافح الأسر الفقيرة للحصول على سكن لائق. وكثيراً ما يؤدي العيش في مواقع مركزية إلى ظروف معيشية غير ملائمة، بينما يؤدي العيش في الأطراف، حيث قد يكون السكن أيسر كلفة، إلى حرمان من الخدمات الأساسية والمرافق الصحية وتوفر سبل العيش.

يقدم الشكل 3-7 معلومات لـ 12 بلداً عربياً قَدِّمت بيانات عن نسبة سكان المدن الذين يعيشون في أحياء فقيرة، ومنها يتبين أن أكثر من نصف سكان المدن في ثلث هذه البلدان الـ 12 يعيشون في أحياء فقيرة. وأعلى نسبة هي في السودان وتبلغ 94 في المائة، بينما كانت أدنى النسب لمصر وتونس؛ 4 و8 في المائة على التوالي.

1 التزود بالكهرباء في السودان والعراق ودولة فلسطين، لا يعني أن تيار الكهرباء متوفر باستمرار.

وقد لوحظت في الفترة الأخيرة زيادات في الأردن والسودان، فمن عام 2014 إلى عام 2016، ازدادت نسبة سكان المدن الذين يعيشون في أحياء فقيرة في السودان بمقدار نقطتين مئويتين، وفي الأردن بمقدار 8 نقاط مئوية. وفي الفترة من عام 2005 إلى 2016، انخفضت هذه النسبة باطراد في كل من العراق والمغرب واليمن.

الشكل 3-7 نسبة سكان المدن الذين يعيشون في أحياء فقيرة أو مستوطنات غير رسمية أو مساكن غير ملائمة للفترة 2000-2016



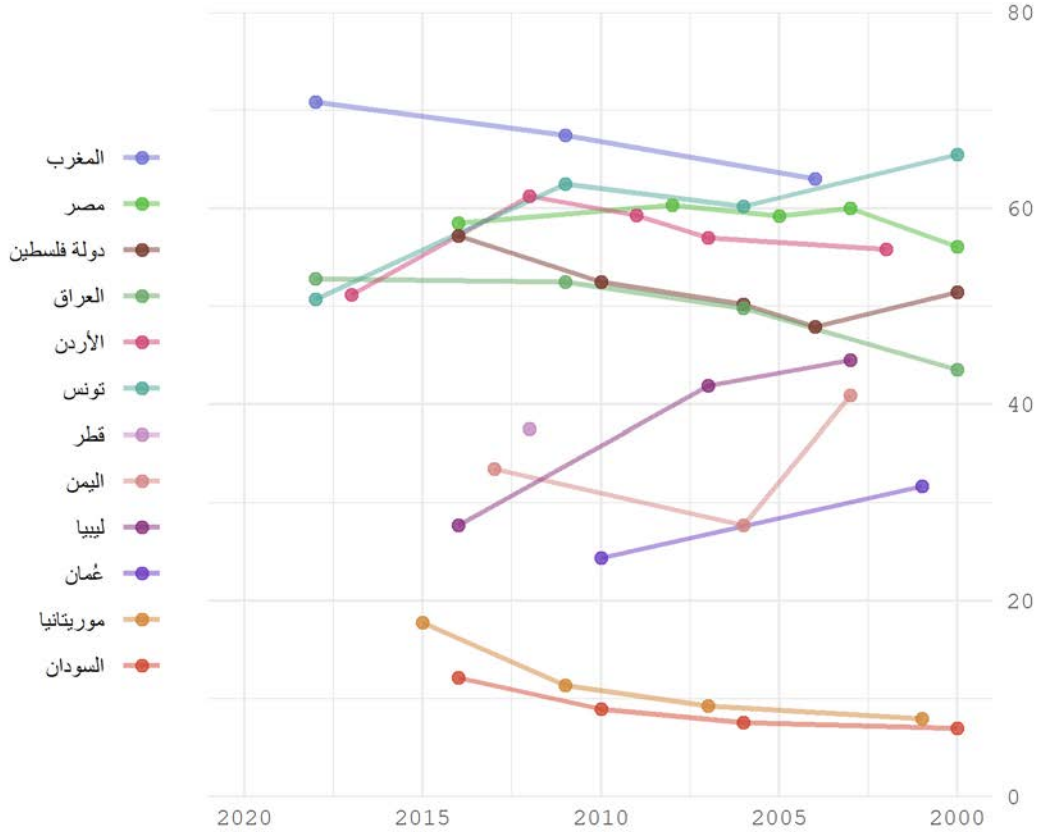
المصدر: بيانات من مؤنل الأمم المتحدة.

يتوقف الوضع الصحي للسكان في أي بلد على الظروف الصحية والبيئية السائدة، كما على جودة الخدمات الصحية وإمكانية الحصول عليها، وقدرة الأفراد على اتخاذ خيارات صحية في حياتهم. يقدم هذا القسم سرداً وصفيّاً لاتجاهات الوضع الصحي والحصول على الرعاية الصحية والنظم الصحية في المنطقة العربية، باستخدام بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية ومنظمة الصحة العالمية. والقسم منظم على النحو التالي: أولاً، انتشار وسائل منع الحمل والرعاية قبل الولادة والرعاية أثناء الوضع ووفيات الأمهات، في أنحاء المنطقة. ثانياً، نظرة عامة موجزة عن تغطية تحصين الأطفال ووضعهم التغذوي. ثالثاً، استعراض المؤشرات الرئيسية لصحة البالغين، مثل مؤشر كتلة الجسم (BMI)، وانتشار التدخين والأمراض غير المعدية وحالات الإعاقة والأسباب الرئيسية للوفاة. وأخيراً، يُختتم القسم بملخص لأنماط الإنفاق الصحي ونصيب الفرد من العاملين الصحيين في بلدان المنطقة.

زيادة استخدام وسائل منع الحمل

يشير معدل انتشار وسائل منع الحمل إلى النسبة المئوية للمتزوجات ممن تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاماً ويستخدمن أو يستخدم شركاؤهن حالياً وسيلة واحدة على الأقل من وسائل منع الحمل، بغض النظر عن الوسيلة المستخدمة. وتشمل وسائل منع الحمل الحديثة تعقيم الإناث والذكور والحبوب الهرمونية الفموية والأجهزة الرحمية والعوازل الذكورية والحقن والوسائل المزروعة والحواجز المهبلية والعوازل الأنتوية ومنع الحمل الاستدراكي. وتشمل الوسائل التقليدية الامتناع الدوري والانسحاب قبل القذف وانقطاع الطمث أثناء الرضاعة والطرق الشعبية (UNSD, 2015). وقد أبدت بلدان المنطقة التي تتوفر عنها بيانات تزايداً في استخدام وسائل منع الحمل خلال الفترة من عام 2000 إلى عام 2019 (الشكل 1-4).

الشكل 1-4 النسبة المئوية لانتشار وسائل منع الحمل، للفترة 2000-2019



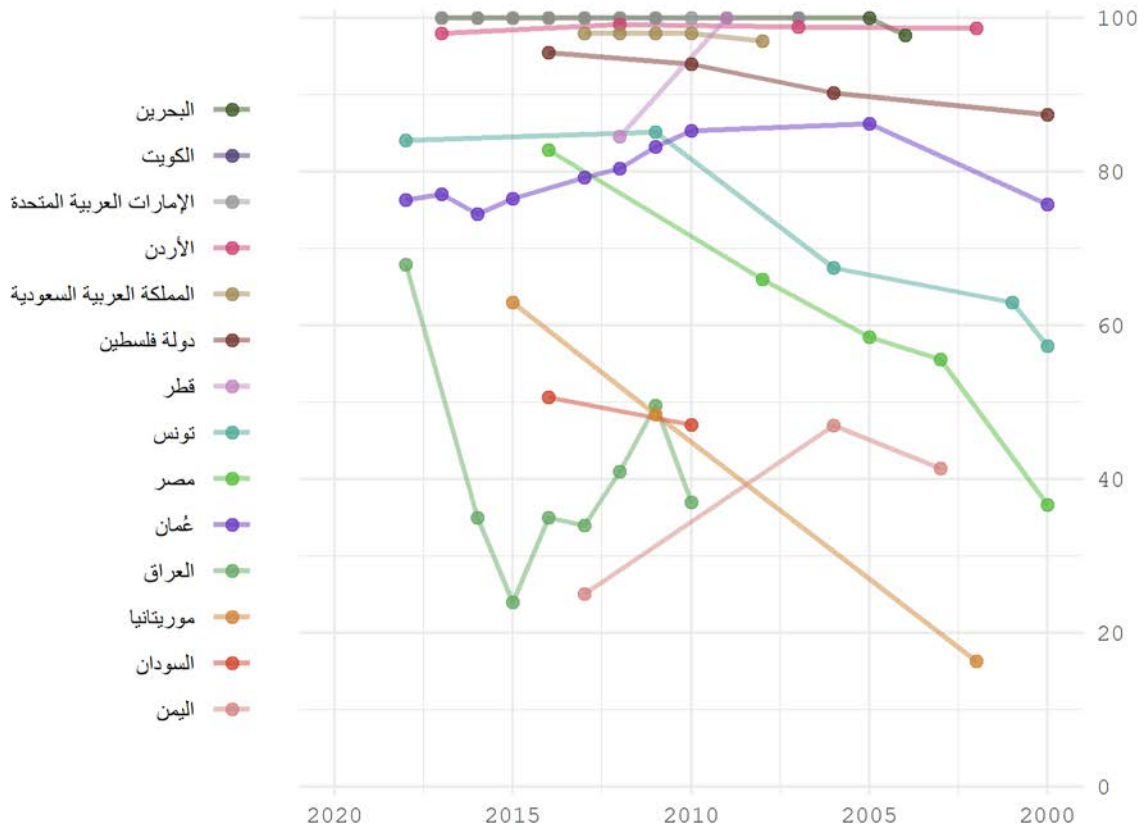
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية. تجميع الإسكوا.

أبانت البلدان ذات الدخل المنخفض، موريتانيا والسودان واليمن، زيادات كبيرة في معدلات انتشار وسائل منع الحمل منذ عام 2000؛ ففي موريتانيا، ازداد المعدل إلى أكثر من الضعف من عام 2000 إلى عام 2015، من 8 في المائة إلى 18 في المائة. وفي السودان، بلغ المعدل 7 في المائة في عام 2000، و9 في المائة في عام 2010، و12 في المائة في عام 2014 لدى أحدث تقدير. وشهد اليمن زيادة تبلغ 11 نقطة مئوية من عام 2003 إلى عام 2013، من 23 إلى 34 نقطة مئوية. كما ازدادت المعدلات في العراق من 44 في المائة في عام 2000 إلى 53 في المائة في عام 2011، وفي دولة فلسطين من 51 في المائة في عام 2000 إلى 57 في المائة في عام 2014. وعلى نحو مشابه، ازدادت النسبة في الأردن من 56 في المائة في عام 2002 إلى 61 في المائة في عام 2012، لكنها انخفضت منذ ذلك الحين إلى 52 في المائة في عام 2017؛ ويعزى هذا الانخفاض على الأرجح إلى تدفق اللاجئين السوريين في السنوات القليلة الماضية.

نسبة الحوامل اللاتي يتلقين أربع زيارات أو أكثر قبل الولادة في مصر في تزايد مطرد وفي تناقص في العراق

توصي منظمة الصحة العالمية بأن تتلقى الحوامل أربع زيارات على الأقل قبل الولادة من أخصائيين صحيين ماهرين. وينبغي أن تشمل هذه الزيارات قياسات لضغط الدم والوزن والطول وتحليل البول والدم (WHO, 2011a).

الشكل 4-2 النسبة المئوية للرعاية قبل الولادة (أربع زيارات على الأقل)، 2000-2018



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية. تجميع الإسكوا.

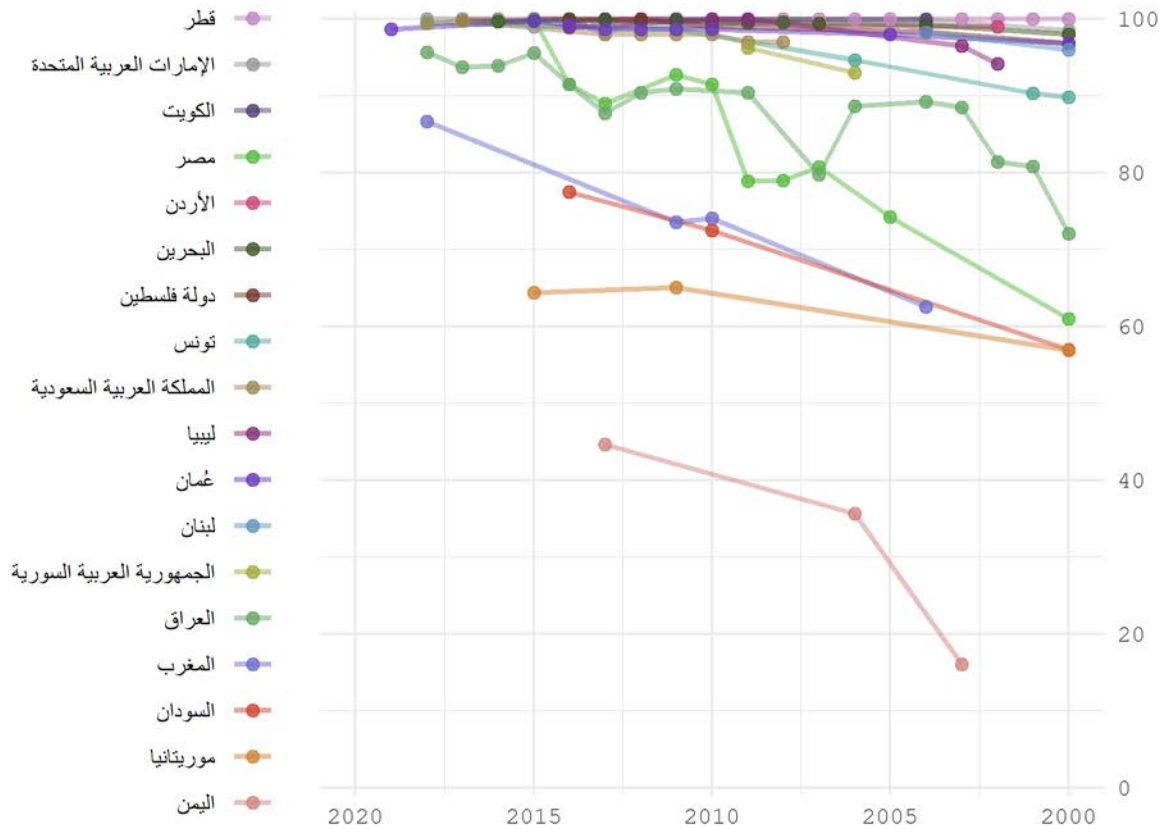
خلال الفترة من عام 2000 إلى عام 2018، أفاد كل من الأردن والإمارات العربية المتحدة والبحرين ودولة فلسطين والمملكة العربية السعودية باستمرار أن أكثر من 90 في المائة من الحوامل يتلقين أربع زيارات أو أكثر قبل الولادة.

وكانت أعلى الزيادات في موريتانيا ومصر، 47 و46 نقطة مئوية على التوالي. وفي موريتانيا في عام 2001، بلغ المعدل 16 في المائة، بالمقارنة مع 48 في المائة في عام 2011 و63 في المائة في عام 2015. وفي مصر، ارتفع المعدل أيضاً باطراد من 37 في المائة في عام 2000 إلى 66 في المائة عام 2007 و83 في المائة في عام 2014. وبعد أن انخفضت النسبة في العراق من 50 في المائة إلى نسبة متدنية بلغت 24 في المائة في عام 2015، ازدادت 44 نقطة مئوية فبلغت 68 في المائة في عام 2018.

معظم الولادات يجري بإشراف أخصائي صحي ماهر

المشرف الصحي الماهر على الولادة هو أخصائي معتمد، كالقابلة أو الطبيب/ة أو الممرض/ة، درّب على إتقان المهارات اللازمة لإدارة حالات الحمل الطبيعي (غير المعقد) والولادة وفترة ما بعد الولادة مباشرة، وعلى تحديد المضاعفات لدى النساء وحديثي الولادة ومعالجتها وإحالتها إلى طبيب مختص (WHO, 2011a).

الشكل 3-4 النسبة المئوية للولادات بإشراف أخصائي صحي ماهر للفترة 2000-2019



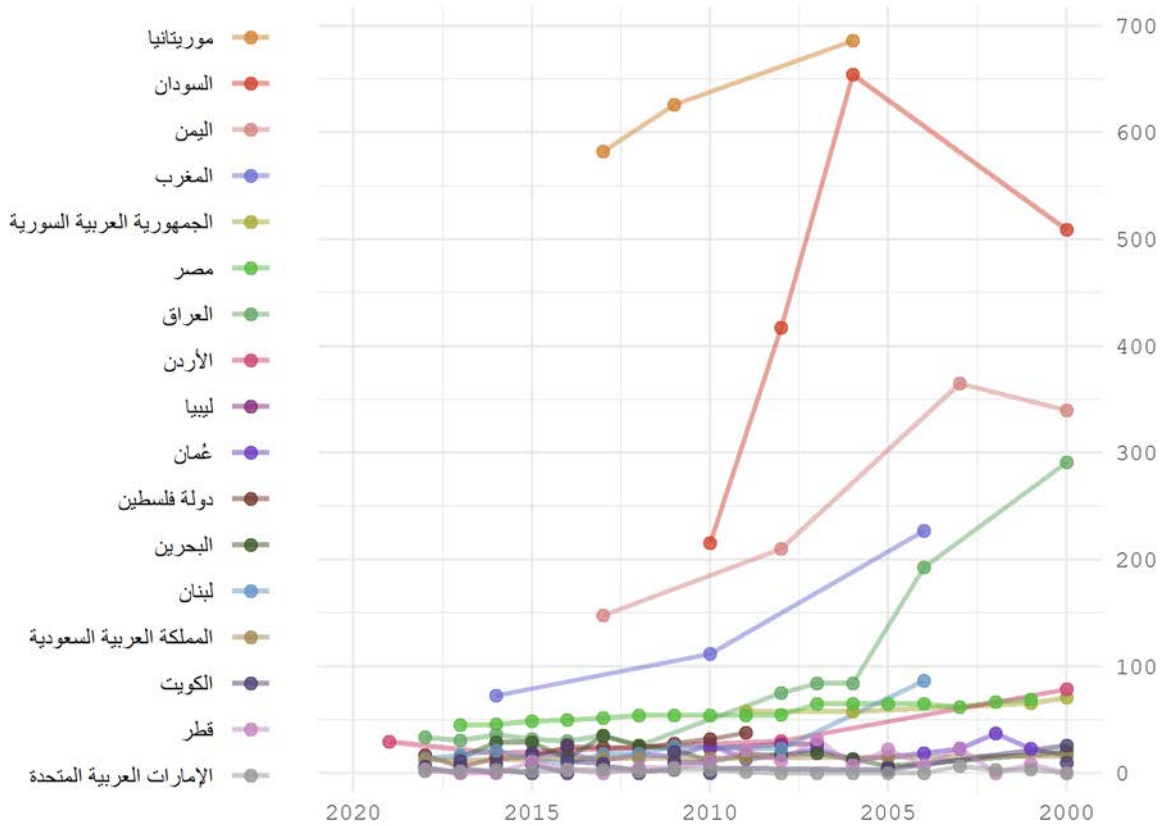
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية. تجميع الإسكوا.

عموماً، كانت نسب الولادات بإشراف أخصائي صحي ماهر مرتفعة في السنوات الأخيرة في جميع بلدان المنطقة، إذ بلغت 90 في المائة أو أكثر في 15 بلداً والحد الأقصى، 100 في المائة، في 8 بلدان. ولوحظت نسب منخفضة في اليمن وموريتانيا والسودان، بلغت 45 في المائة في عام 2013، و64 في المائة في عام 2015، و78 في المائة في عام 2014، على التوالي. وسجلت البلدان جميعها زيادات خلال الفترة، كما هو مبين أدناه في الشكل 4-3. وكانت أعلى زيادة في مصر وبلغت 39 نقطة مئوية، من 61 في المائة في عام 2000 إلى 100 في المائة في عام 2016. كما سجلت بلدان مجلس التعاون الخليجي نسباً عالية باستمرار، بلغت 97 في المائة أو أكثر لجميع السنوات من عام 2000 إلى عام 2018 في كل من الإمارات العربية المتحدة والبحرين وعمان وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية.

ارتفاع نسبة الوفيات النفاسية في السودان وموريتانيا واليمن

نسبة الوفيات النفاسية هو العدد السنوي لوفيات الإناث لأي سبب يتعلق بالحمل أو بتفاقمه أو بالإشراف عليه (باستثناء الأسباب العارضة أو العرضية) أثناء الحمل والولادة أو خلال 42 يوماً من إنهاء الحمل، بغض النظر عن مدة الحمل ومكانه، معيّراً عنها لكل 100 ألف ولادة حية، خلال فترة زمنية محددة².

الشكل 4-4 الوفيات النفاسية (عدد الوفيات لكل 100 ألف ولادة حية) للفترة 2000-2020



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية. تجميع الإسكوا.

2 يمكن الرجوع إلى مقاصد الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة، متاحة على

<https://unstats.un.org/sdgs/files/metadata-compilation/Metadata-Goal-3.pdf>

تشير التقديرات الأخيرة للوفيات النفاسية إلى أقل من 75 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة حية في 11 من 16 بلداً قدمت تقديرات منذ عام 2010 (الشكل 4-4): البحرين (20 حالة أو أقل، 15 حالة في عام 2017)، والكويت (5 حالات في عام 2018)، ولبنان (13 حالة في عام 2018) وعمان (18 حالة في عام 2015) ودولة فلسطين (17 حالة في عام 2018) وقطر (4 حالات في عام 2018) والمملكة العربية السعودية (12 حالة في عام 2018) والإمارات العربية المتحدة (حالتان في عام 2018).

وقد انخفضت الوفيات النفاسية في المنطقة العربية انخفاضاً كبيراً منذ عام 2000، لا سيما في البلدان التي سجلت أعلى التقديرات سابقاً. ففي موريتانيا في عام 2006، بلغت نسبة الوفيات النفاسية 686 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة حية، وبحلول عام 2013، انخفضت بمقدار 104 حالات إلى 582. وفي السودان انخفضت في عام 2010 (216) إلى ثلث ما كانت عليه في عام 2006 (654). أما في اليمن، فقد انخفضت باطراد من 365 في عام 2003 إلى 210 في عام 2008 وإلى 148 في عام 2013، أي قبل النزاع المستمر الأخير الذي بدأ في عام 2015.

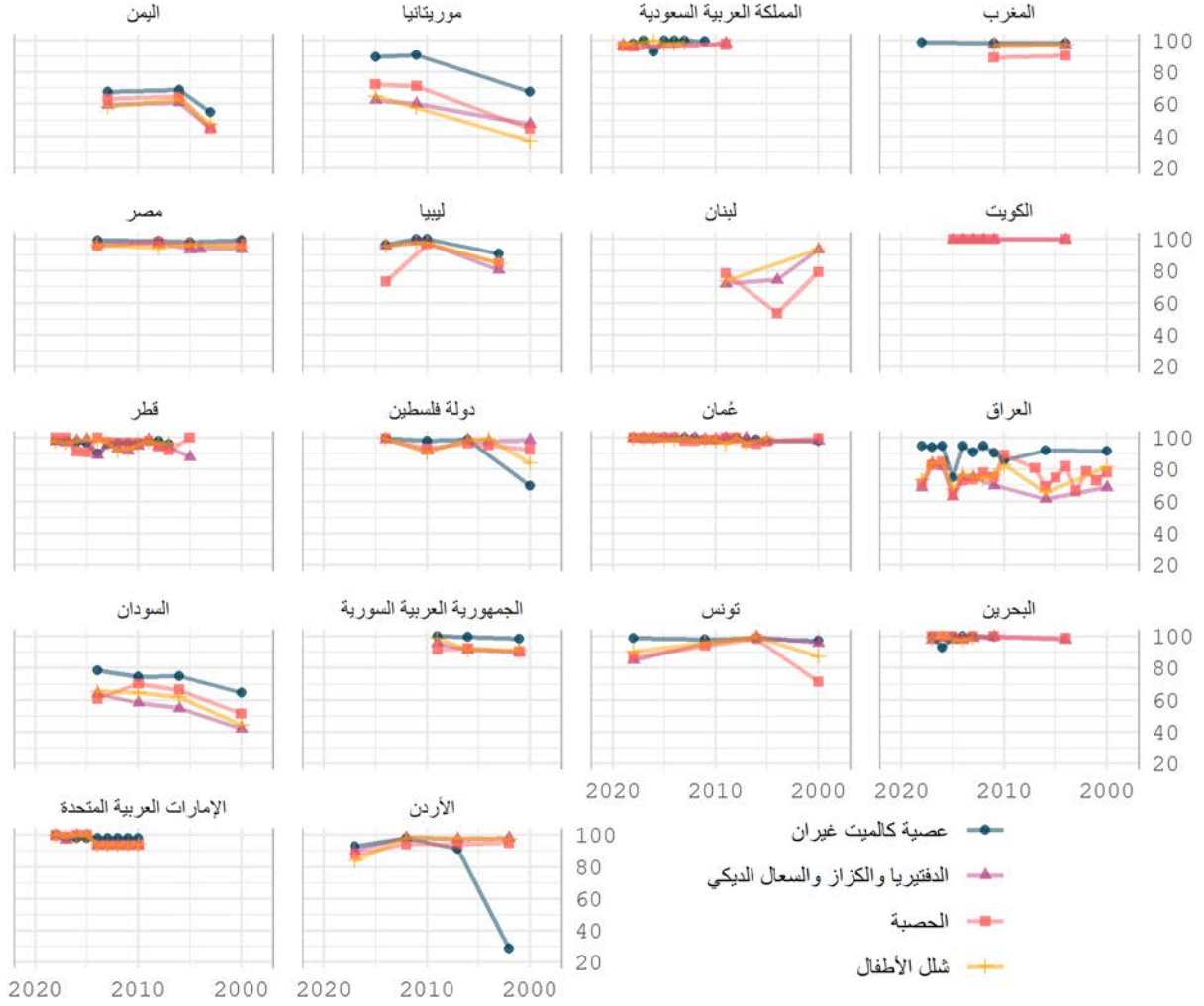
ارتفاع تغطية التحصين في مرحلة الطفولة في معظم البلدان

التحصين نهجٌ فعالٌ لخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة. وتُعرّف معدلات التحصين من السل (عصية كالميت، غيران) والدفتيريا والسعال الديكي والكزاز (اللقاح الثلاثي) والتهاب الكبد والحصبة على أنها النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و23 شهراً والذين تلقوا اللقاح إما في أي وقت قبل إجراء المسح أو قبل سن 12 شهراً. وتُحسب تغطية شلل الأطفال على أنها النسبة المئوية من الأطفال الذين تبلغ أعمارهم عاماً واحداً وتلقوا ثلاث جرعات من لقاح شلل الأطفال في سنة معينة (WHO, 2019).

على مدى العقدين الماضيين، سجّل معظم بلدان المنطقة العربية زيادة في معدلات تغطية التحصين للأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنتين (الشكل 4-5). ولوحظت زيادات كبيرة في الأردن فيما يتعلق بالسل (من 29 في المائة في عام 2002 إلى 93 في المائة في عام 2015)، وفي السودان فيما يتعلق بالدفتيريا والسعال الديكي والكزاز (من 42 في المائة في عام 2000 إلى 64 في المائة في عام 2014)، وفي موريتانيا فيما يتعلق بالحصبة (من 45 في المائة في عام 2000 إلى 72 في المائة في عام 2015) وشلل الأطفال (من 37 في المائة في عام 2000 إلى 65 في المائة في عام 2015). ولوحظت أقل الزيادات في بلدان مجلس التعاون الخليجي، حيث كانت معدلات التحصين مرتفعة في معظم الفترة المشمولة بالدراسة وهي الآن تجاوزت حسب التقديرات الأخيرة جميعها 97 في المائة للقاحات الأربعة كلها.

وإلى جانب بلدان مجلس التعاون الخليجي، ارتفعت معدلات التحصين للقاحات الأربعة جميعها أيضاً في مصر (2014) ودولة فلسطين (2014)، إذ تلقى أكثر من 94 في المائة من الأطفال اللقاحات ضد الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز و ضد السل والحصبة وشلل الأطفال. وتتفاوت معدلات التحصين في بعض البلدان حسب نوع التحصين؛ فمثلاً، في موريتانيا في عام 2015، تلقى حوالي 90 في المائة من الأطفال لقاح السل و63 في المائة لقاح الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز و72 في المائة لقاح الحصبة و65 في المائة لقاح شلل الأطفال. وفي العراق في عام 2018، تلقى 95 في المائة من الأطفال لقاح السل و69 في المائة لقاح الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز و71 في المائة لقاح الحصبة و74 في المائة لقاح شلل الأطفال.

الشكل 4-5 النسبة المئوية لتغطية التحصين للفترة 2000-2020



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية. تجميع الإسكوا.

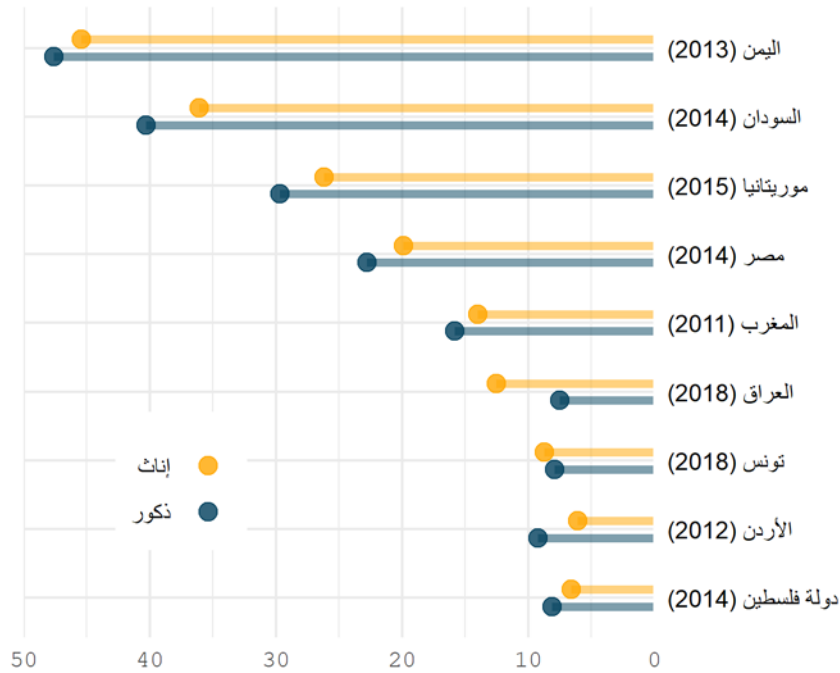
سوء التغذية لدى الأطفال في السودان وموريتانيا واليمن

التغذية عامل رئيسي بالغ التأثير في صحة الطفل ورفاهه. وتُقَيِّم مستويات التغذية عند الأطفال عموماً باستخدام ثلاثة مؤشرات قياسية للنمو الجسدي، هي التقرُّم (الطول غير مناسب للعمر)، والهزال (الوزن غير المناسب للطول)، ونقص الوزن (الوزن غير المناسب للعمر). وقد ينتج التقرُّم عن نقص التغذية مدة طويلة أو من أمراض متكررة أو مزمنة. وينتج الهزال عن نقص في التغذية أو قد يكون سببه إصابة حديثة بمرض أو نقص شديد في الغذاء. ويمكن أن ينتج نقص الوزن عند الأطفال عن التقرُّم أو الهزال أو كليهما. والبيانات المتعلقة باتجاهات تغذية الأطفال في المنطقة العربية قليلة. ويتناول هذا القسم أحدث البيانات عن التغذية الواردة من بلدان مختارة في المنطقة.

في عام 2014، عانى من التقرُّم طفل واحد من بين كل خمسة أطفال في مصر (الشكل 4-6). أما الوضع التغذوي للأطفال في السودان وموريتانيا واليمن فسيء بشكل خاص بالمقارنة مع بقية المنطقة؛ إذ عانى في اليمن 47 في المائة من الأطفال في عام 2013 من التقرُّم، وهي أعلى نسبة في المنطقة؛ تليها السودان، 38 في المائة في عام 2014؛ ثم موريتانيا، 28 في المائة في عام 2015. وفي دولة فلسطين كان يعاني من التقرُّم 7 في المائة من الأطفال في عام 2014، وهي أدنى نسبة في المنطقة، تليها النسبتان في الأردن (2012) وتونس (2018)، 8 في المائة. وكما هو مبين في الشكل، الفتيان عموماً أكثر عرضة للتقرُّم من الفتيات، لكن الفوارق حسب نوع الجنس ضئيلة إلى حد ما، ولوحظ أكبر الفوارق في السودان في عام 2014 وفي موريتانيا في عام 2015، إذ بلغ 4 في المائة.

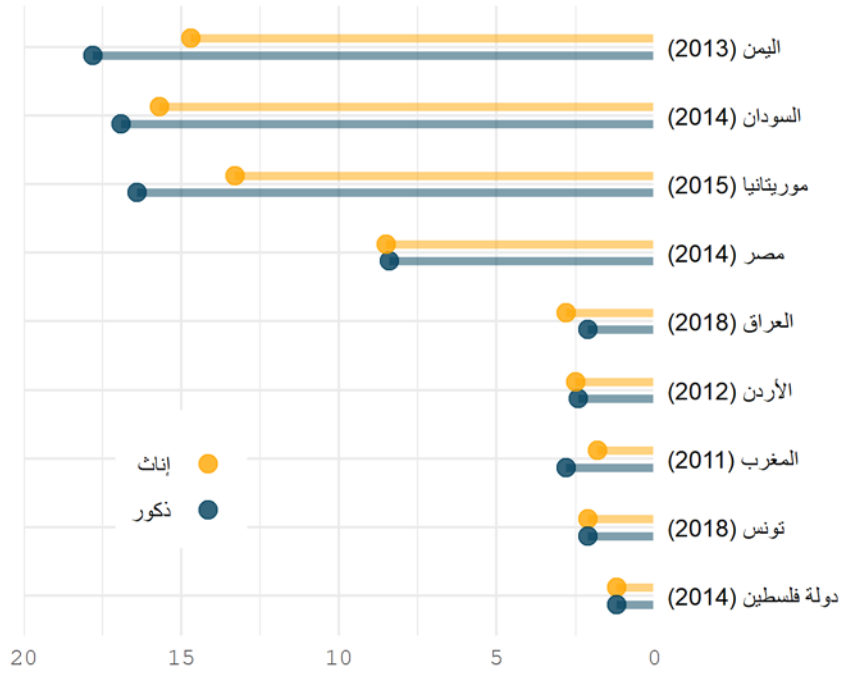
والهزال أقل شيوعاً من التقرُّم في جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات حديثة. وفي جميع البلدان، عدد الأطفال الذين يعانون من الهزال أقل من نصف عدد الأطفال الذين يعانون من التقرُّم (الشكل 4-7). وفي كل من اليمن (2013) والسودان (2014) عانى من الهزال 16 في المائة من الأطفال، وهي أعلى نسبة في المنطقة، تليها 15 في المائة في موريتانيا في عام 2015. أما أدنى نسبة فهي في دولة فلسطين، وبلغت 1 في المائة. ولوحظ أكبر تفاوت في الهزال بين الفتيان والفتيات في موريتانيا واليمن، إذ بلغ 3 نقاط مئوية.

الشكل 4-6 التقرُّم حسب نوع الجنس، أحدث البيانات المتوفرة



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية. تجميع الإسكوا.

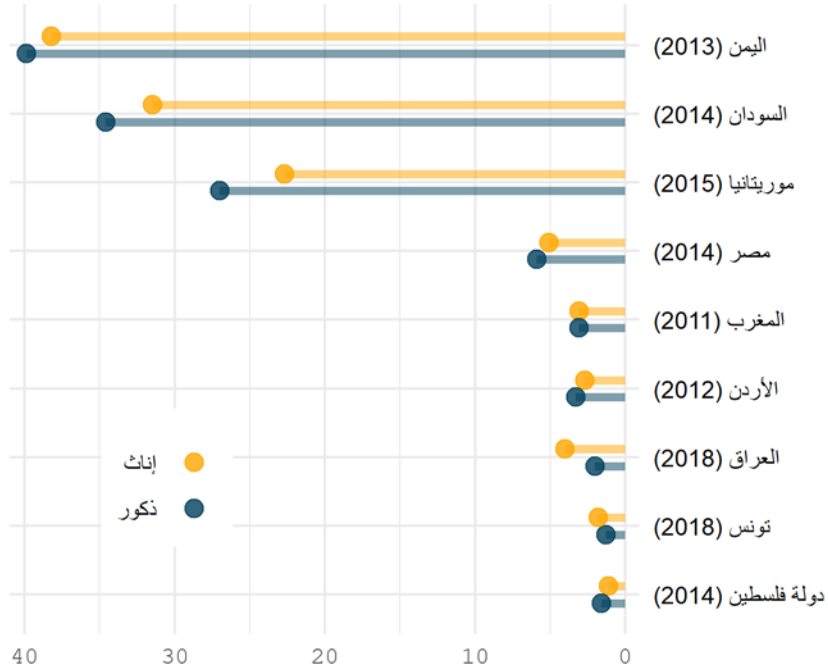
الشكل 4-7 الهزال حسب الجنس، أحدث البيانات المتوفرة



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية. تجميع الإسكوا.

وكانت نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن أقل من 10 في المائة في جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات حديثة، باستثناء السودان وموريتانيا واليمن (الشكل 4-8).

الشكل 4-8 نقص الوزن حسب نوع الجنس، أحدث البيانات المتوفرة



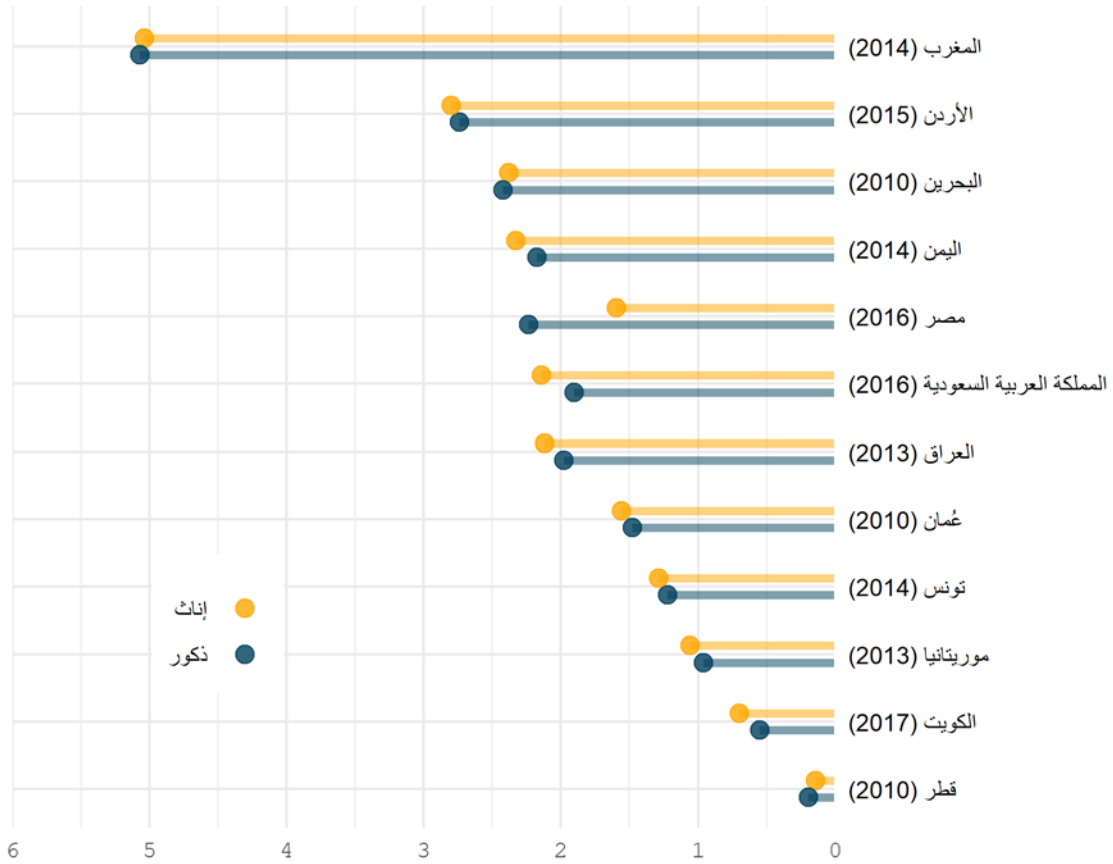
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

وأبلغ اليمن عن أعلى نسبة من الأطفال ناقصي الوزن، بلغت 39 في المائة في عام 2013، يليه السودان بنسبة 33 في المائة في عام 2014، وموريتانيا بنسبة 25 في المائة في عام 2015. وفي أنحاء المنطقة جميعها، الحالة التغذوية للفتيان أسوأ منها للفتيات، وإن كانت الاختلافات حسب نوع الجنس صغيرة.

الإعاقات أعظم انتشاراً في المغرب

يعرّف التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة الذي تعتمده منظمة الصحة العالمية الإعاقة كمصطلح شامل يغطي العاهات والمحددات المعيقة للنشاط والقيود المثبطة للمشاركة (WHO, 2011b). ويبين الشكل 4-9 أحدث البيانات المتوفرة عن معدلات انتشار الإعاقة لكل 100 ألف شخص. وقد تراوحت هذه بين صفر في المائة تقريباً من الذكور والإناث في قطر في عام 2010 إلى 5 في المائة من الذكور والإناث في المغرب في عام 2014. وكانت المعدلات مماثلة للرجال والإناث، إذ أبلغت البلدان جميعها عن فجوات بين الجنسين تقل عن نقطة مئوية واحدة.

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

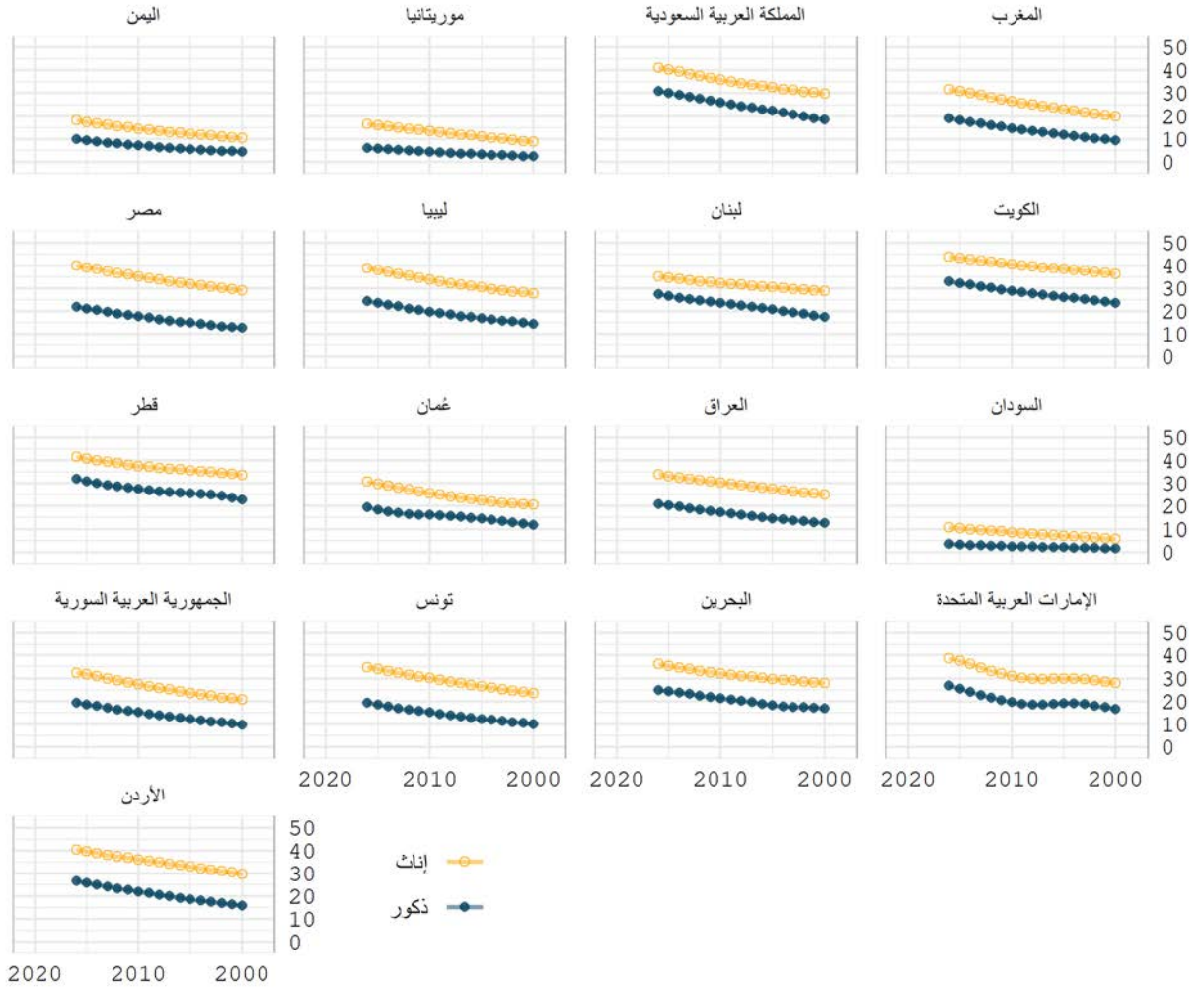


المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

البدانة تزداد في جميع أنحاء المنطقة العربية، وهي أكثر انتشاراً بين الإناث

يمكن أن تسهم زيادة الوزن في مجموعة من الحالات الصحية، كمثل أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم والسكري وعسر الهضم. ويمكن قياس البدانة باستخدام مؤشر كتلة الجسم (BMI)، الذي يعبر عن وزن الفرد بالنسبة للطول. وبشكل عام، يعتبر بديناً من يبلغ مؤشر كتلة الجسم لديه 30 أو أكثر ويعتبر ذا وزن زائد من يبلغ مؤشر كتلة الجسم لديه 25 أو أكثر³.

الشكل 10-4 النسبة المئوية للبدانة بين (18 سنة فما فوق)، حسب نوع الجنس، 2000-2016



المصدر: بيانات من منظمة الصحة العالمية.

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تتزايد البدانة في جميع أنحاء المنطقة العربية، والنساء أكثر عرضة للبدانة من الذكور. وانتشار البدانة مرتفع بخاصة في بلدان مجلس التعاون الخليجي؛ ففي عام 2016، كان يعاني من البدانة المفرطة 44 في المائة من الإناث و33 في المائة من الذكور في الكويت، وتلك أعلى نسبة في المنطقة، يليها 42 في المائة من الإناث و32 في المائة من الذكور في قطر. وخارج بلدان مجلس التعاون الخليجي، أبلغ

3 يمكن الاطلاع على تعريف منظمة الصحة العالمية في <https://www.who.int/topics/obesity/en/>

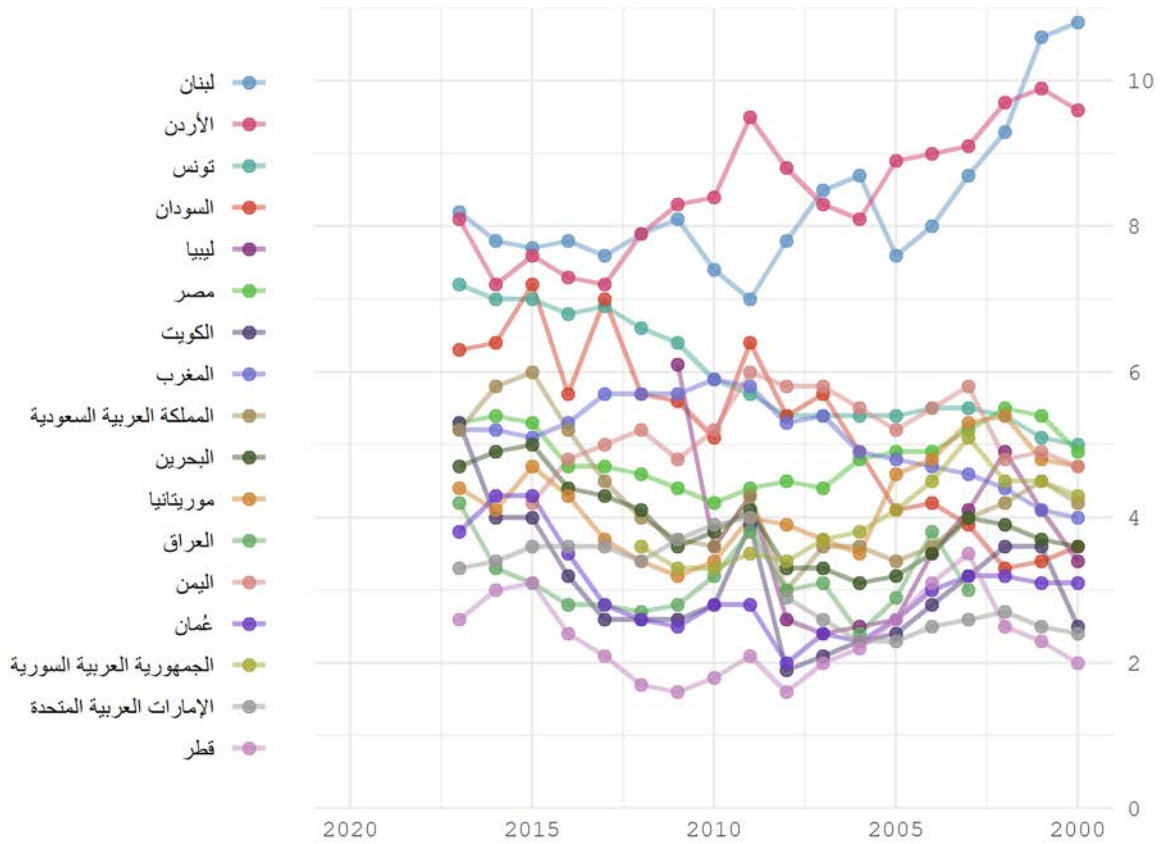
الأردن ومصر عن أعلى نسبة بدانة بين الإناث، بلغت 40 في المائة في عام 2016، بينما أبلغ لبنان عن أعلى نسبة بدانة بين الذكور، بلغت 27 في المائة في عام 2016. وأبلغت مصر عن أكبر تفاوت بين الجنسين في انتشار البدانة، إذ كانت النسبة بين الإناث ضعفها تقريباً بين الذكور، 40 في المائة و22 في المائة على التوالي في عام 2016. ومن عام 2000 إلى عام 2016، زادت نسبة البدانة بين الإناث في مصر بـ 11 نقطة مئوية، بينما زادت بين الذكور بـ 9 نقاط مئوية.

ومنذ عام 2000، كانت أسرع زيادة للبدانة بين الإناث في المغرب وتونس، بلغت 12 نقطة مئوية. وكانت أكبر زيادة للبدانة بين الذكور في المملكة العربية السعودية، من 19 في المائة في عام 2000 إلى 31 في المائة في عام 2016، أي بزيادة قدرها 12 نقطة مئوية. والبدانة هي الأقل في السودان، لكنها في ازدياد، فقد بلغت 2 في المائة بين الذكور و6 في المائة من الإناث في عام 2000، بالمقارنة مع 3 في المائة و11 في المائة على التوالي في عام 2016.

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

التمويل الكافي للرعاية الصحية أمر بالغ الأهمية في توفير إمكانية الحصول على الخدمات الصحية ومن ثم في تحسين الوضع الصحي للسكان. وبيّن الشكلاّن التاليان مجموع النفقات على الرعاية الصحية كحصة من الناتج المحلي الإجمالي ونصيب الفرد من الإنفاق الحكومي.

الشكل 4-11 الإنفاق على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، 2000-2017



المصدر: بيانات من منظمة الصحة العالمية.

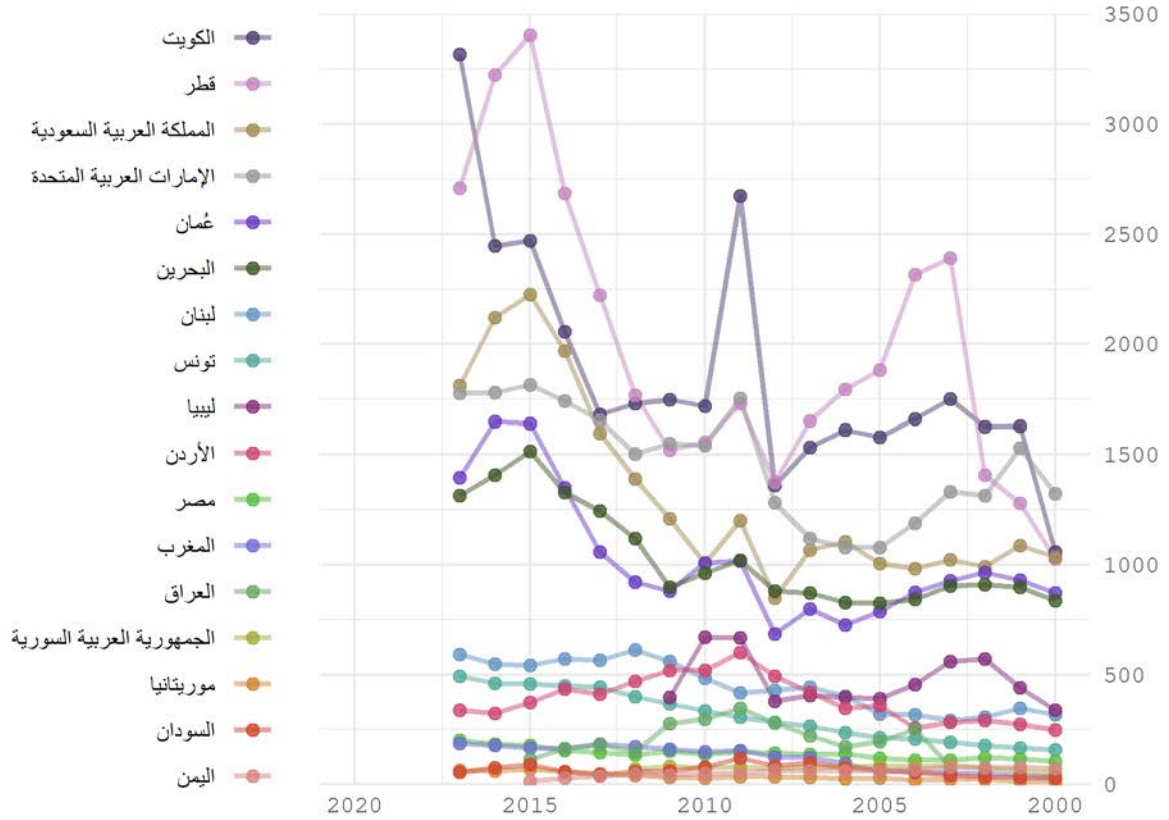
في عام 2017، تراوحت نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية بين البلدان التي توفرت عنها بيانات حديثة، من 3 إلى 8 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي؛ أدناها في قطر وأعلىها في لبنان. وفي الفترة من 2000 إلى 2017، أبلغ لبنان عن انخفاض قدره 3 نقاط مئوية من 11 في المائة في عام 2000 إلى 8 في المائة في عام 2017، وهو أكبر انخفاض في المنطقة؛ يليه الانخفاض في الأردن، من 10 في المائة في عام 2000 إلى 8 في المائة في عام 2017.

وكانت أكبر زيادة ملحوظة في المنطقة من عام 2000 إلى عام 2017 حوالي 3 في المائة، في الكويت والسودان.

نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في ازدياد في بلدان مجلس التعاون الخليجي

لدى تحويل نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية عبر المنطقة إلى الدولار الأمريكي حسب متوسط أسعار الصرف، يتبين أنه كان الأعلى في عام 2017 في بلدان مجلس التعاون الخليجي، وخاصة الكويت وقطر والإمارات العربية المتحدة، إذ بلغ على التوالي 3,318 و2,708 و1,777 دولاراً. وكان النصيب الأدنى في السودان وموريتانيا واليمن (2015)، إذ بلغ على التوالي 56 و68 و14 دولاراً.

الشكل 4-12 نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة (بالدولار حسب تعادل القوة الشرائية)، 2020-2000



المصدر: بيانات من منظمة الصحة العالمية.

وقد زادت جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات في الفترة بين عامي 2005 و2017 نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية خلال تلك الفترة، باستثناء الأردن والسودان. وفي العراق واليمن، حيث تعود أحدث البيانات المتوفرة إلى عام 2015، انخفض أيضاً نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة عما كان عليه عام 2005. وقد أبلغ عن أعلى

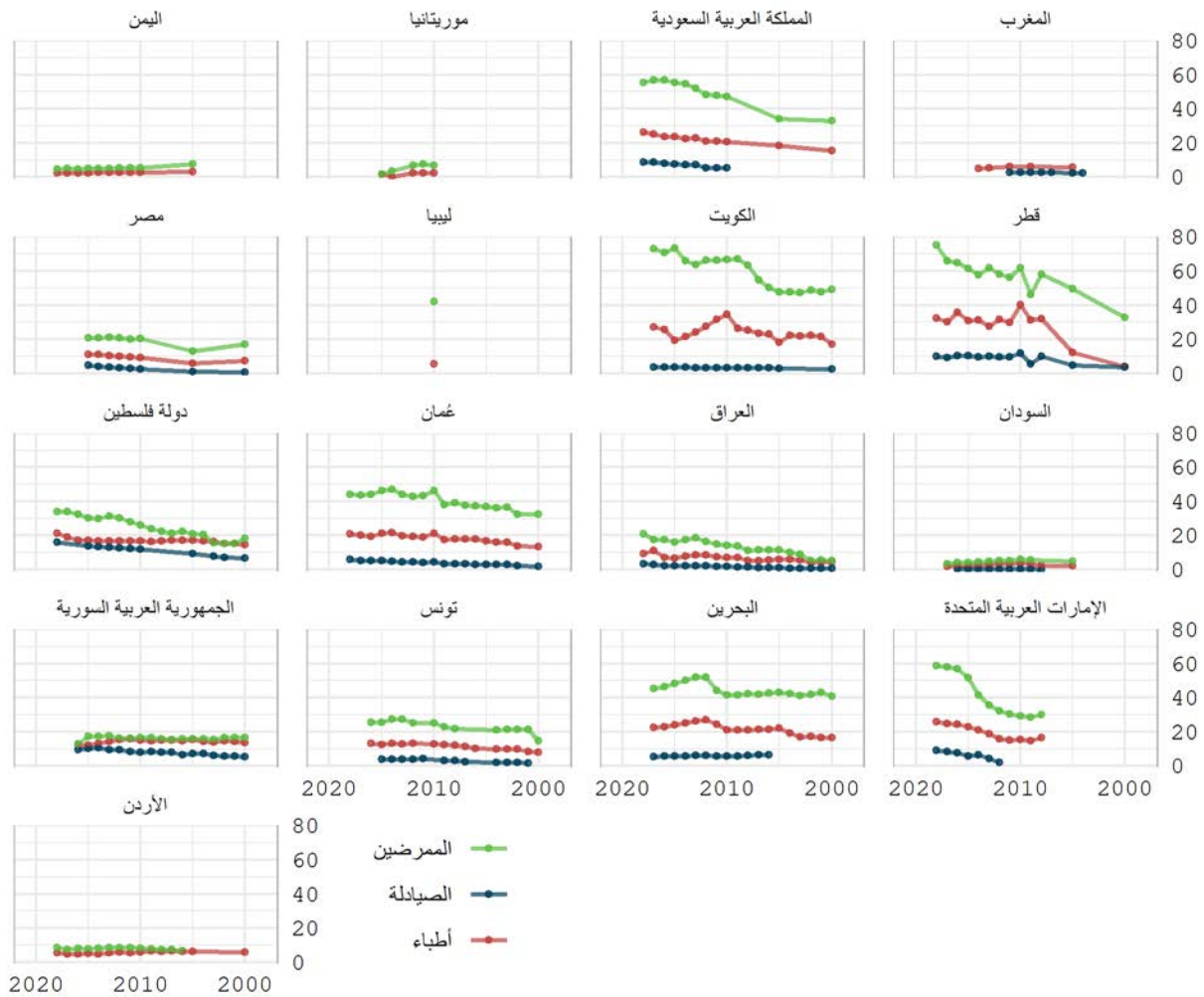
الزيادات في بلدان مجلس التعاون الخليجي؛ فمن عام 2005 إلى عام 2017، ارتفع الإنفاق الحكومي على الصحة في الكويت بمقدار 2,259 دولاراً أمريكياً، وتلك أكبر زيادة في المنطقة، تليها الزيادة التي بلغت 1,682 دولاراً.

وفي موريتانيا، بلغ نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة 14 دولاراً في عام 2000، بالمقارنة مع 68 دولاراً في عام 2017. وفي السودان، ارتفع نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة من 30 دولاراً في عام 2000 إلى أعلى مستوى بلغه، وهو 120 دولاراً في عام 2009، قبل أن ينخفض إلى 57 دولاراً في عام 2017. وقد شهد اليمن، وهو البلد الوحيد الذي أُبلغ عن انخفاض في الفترة من عام 2000 إلى عام 2015، انخفاضاً من 73 دولاراً في عام 2000 إلى 14 دولاراً في عام 2015.

تباين واسع في كثافة العاملين في الرعاية الصحية

في معظم بلدان المنطقة العربية، يبلغ عدد الممرضين والممرضات ضعف عدد الأطباء تقريباً، كما أن عدد الصيادلة أقل من عدد الممرضين والممرضات والأطباء. وفي آخر سنة تتوفر عنها بيانات، أُبلغت بلدان مجلس التعاون الخليجي عن أعلى كثافة من العاملين في مجال الرعاية الصحية في المنطقة. فلكل 10 آلاف شخص، أُبلغت قطر (2018) والكويت (2017) عن أكثر من 70 ممرض وممرضة، كما سجلت قطر (2018) أكبر عدد من الأطباء، بلغ 33 طبيباً، ودولة فلسطين (2018) أعلى كثافة من الصيادلة، بلغ 16.

الشكل 4-13 كثافة العاملين في الرعاية الصحية لكل 10 آلاف شخص، 2000-2020



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

وأبلغت موريتانيا (2015) والسودان (2017) واليمن (2018) عن أدنى التقديرات، إذ كان هناك أقل من 5 أطباء وممرضين وممرضات لكل 10 آلاف شخص. ولا تتوفر بيانات عن الصيادلة في موريتانيا واليمن، ولكن في السودان، كانت كثافة الصيادلة منخفضة أيضاً وبلغت أقل من 1 لكل 10 آلاف شخص في عام 2016. وفي العراق، كان هناك 3 صيادلة فقط لكل 10 آلاف شخص في عام 2018، وذلك أيضاً مستوى منخفض بالمقارنة مع بقية المنطقة.

وقد لوحظت في أنحاء المنطقة زيادة مع مرور الوقت في عدد الممرضين والممرضات والأطباء لكل 10 آلاف شخص، لكن الاتجاهات ليست منتظمة. ففي دولة فلسطين، تضاعفت كثافة الممرضين والممرضات تقريباً على مدى العقدين الماضيين، من 18 في عام 2000 إلى 23 في عام 2018، كما زادت كثافة الأطباء من 15 في عام 2000 إلى 21 في عام 2018. أما في الكويت، ففي حين زادت كثافة الممرضين والممرضات باطراد من عام 2000 إلى عام 2017، من 49 إلى 73، قلت كثافة الأطباء، إذ كانت في عام 2010 (35 لكل 10 آلاف شخص) أكبر مما في عام 2017 (27).

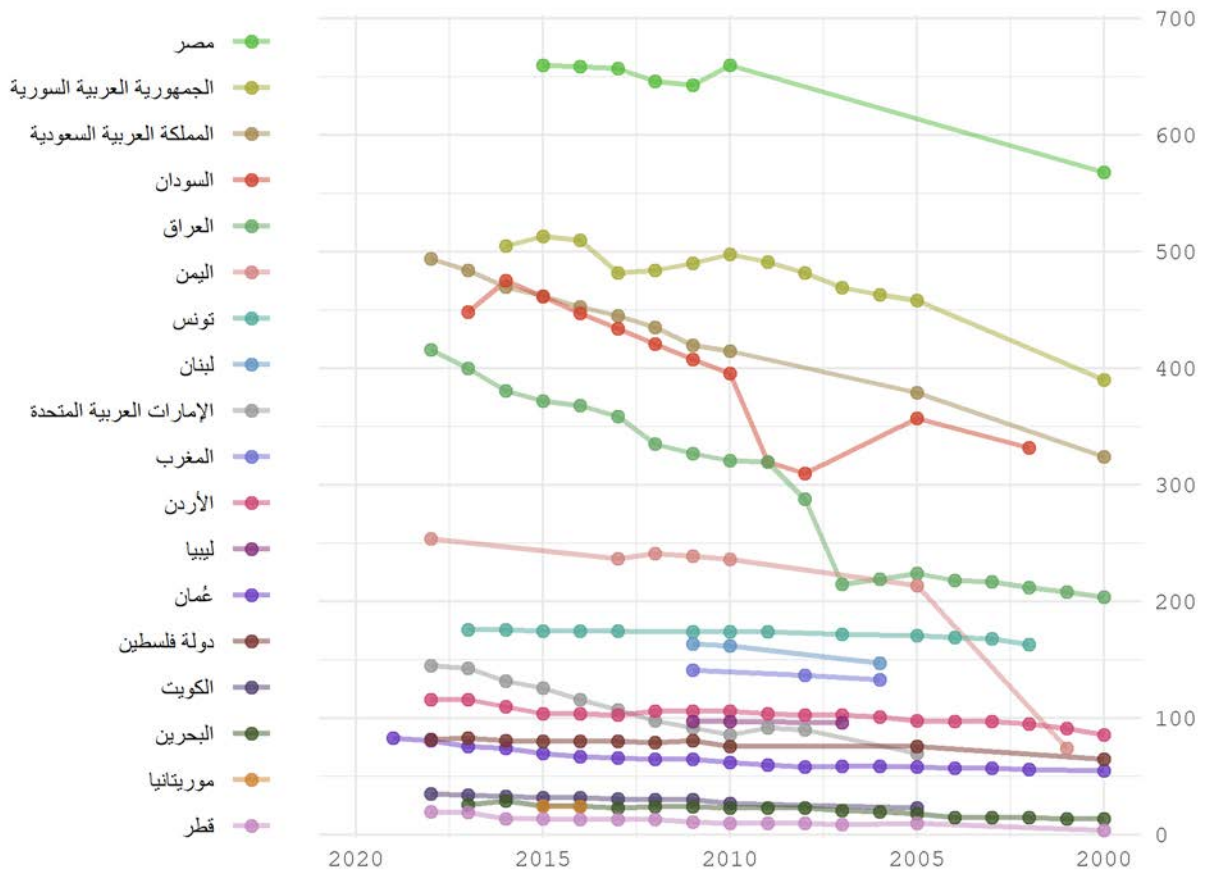
عدد المستشفيات في ازدياد مطرد في العراق والمملكة العربية السعودية

المستشفيات مؤسسات تقدم خدمات رعاية صحية تتراوح من الوقاية والعلاج والعمليات الجراحية إلى إعادة التأهيل، كما إلى التعليم أحياناً كثيرة. وتقدم هذه الخدمات مجموعة واسعة من الموظفين الصحيين، كالفنيين والممرضين والممرضات والأطباء، فضلاً عن الموظفين الإداريين.

في عام 2015، أبلغت مصر عن أكبر عدد من المستشفيات في أي من بلدان المنطقة العربية التي قدمت تقديرات حديثة، وبلغ 660 مستشفى، كما أبلغت عن العدد نفسه في عام 2010. وعلى العموم، لدى البلدان الأكثر عدداً للسكان عدد من المستشفيات أكبر، رغم أن أحدث التقديرات للمغرب، وهو رابع أكبر بلد من حيث عدد السكان في المنطقة، احتل المرتبة التاسعة في السنة التي أبلغ عنها، 2011. وسجلت قطر وموريتانيا والبحرين الأقل عدداً للسكان عدد من المستشفيات أقل، بلغ على التوالي 20 مستشفى في عام 2018، و25 مستشفى في عام 2015، و26 في عام 2017.

ولوحظت زيادات متسقة في عدد المستشفيات في العراق والمملكة العربية السعودية والسودان. فمنذ عام 2007، ارتفع في العراق كل عام من 215 في عام 2007 إلى 335 في عام 2012 و400 في عام 2017، أي بزيادة قدرها 185 في المائة على مدى 10 سنوات. وكان هناك 379 مستشفى في المملكة العربية السعودية في عام 2005، زادت إلى 415 في عام 2010 وإلى 484 في عام 2017. وفي السودان، كان هناك 357 مستشفى في عام 2005، بالمقارنة مع 429 في عام 2013. وقد تضاعف العدد في الإمارات العربية المتحدة منذ عام 2005، من 70 في عام 2005 إلى 143 في عام 2017، في حين كان العدد في تونس ثابتاً نسبياً، من 171 في عام 2005 إلى 176 في عام 2017. ورغم الزيادة الكبيرة في اليمن في بداية القرن الحادي والعشرين، من 74 في عام 2001 إلى 214 في عام 2005، لم يستمر العدد في الزيادة بالوتيرة نفسها، إذ لم يكن هناك في عام 2013 سوى 237 مستشفى.

الشكل 4-14 عدد المستشفيات، 2000-2020

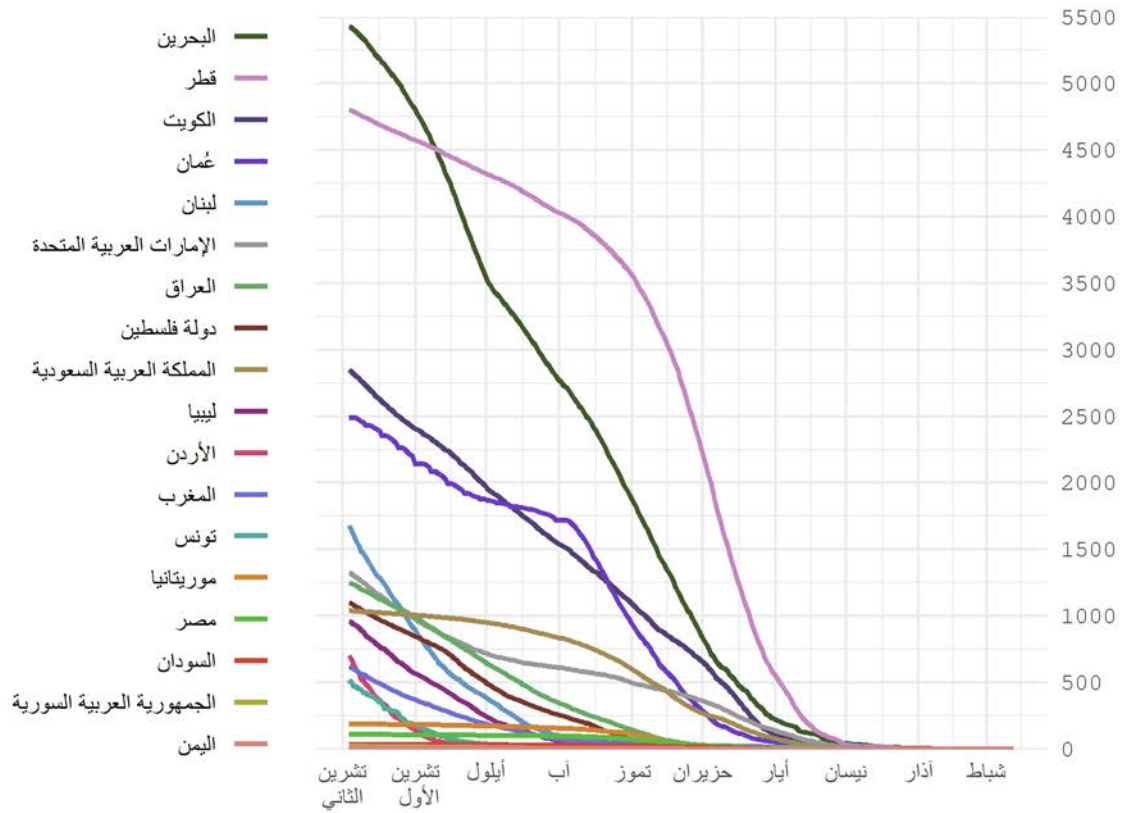


المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

5- مرض فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)

أُكِّدَت أول حالة كوفيد-19 في المنطقة العربية في الإمارات العربية المتحدة في 29 كانون الثاني/يناير 2020. ومنذ ذلك الحين، انتشرت الجائحة إلى بقية المنطقة، فبحلول 10 نيسان/أبريل 2020 كان كل من الدول الأعضاء الـ 18 في الإسكوا قد أبلغ عن حالة مؤكدة من المرض أو أكثر، عندما أبلغ اليمن، وهو آخر بلد، عن أول حالة مؤكدة فيه (Gardner, 2020 and Dong, Du). وبفعل الجائحة، تفاقمت في المنطقة التحديات القائمة المتعلقة بالوقائع الاجتماعية-الاقتصادية والديمغرافية، مثل العنف والنزاع وأوجه اللامساواة والبطالة والفقر وعدم كفاية شبكات الأمان الاجتماعي والشواغل المتعلقة بحقوق الإنسان وعدم كفاية قدرة المؤسسات ونظم الحوكمة على التجاوب (UNESWA, 2020).

الشكل 5-1 عدد الحالات المؤكدة التراكمية لكل 100 ألف نسمة، من شباط/فبراير إلى تشرين الثاني/نوفمبر 2020



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية ومن OWID وجامعة جون هوبكنز، تجميع الإسكوا.

استمدت بيانات هذا القسم من لوحة متابعة كوفيد-19 على الإنترنت، عالمنا في بيانات (OWID)، التي تستضيفها جامعة جونز هوبكنز (Gardner, 2020 and Dong, Du)، بالإضافة إلى بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، لإعطاء نظرة عامة واسعة عن ثلاثة مقاييس تتبّع هامة هي: عدد الحالات المؤكدة وعدد الوفيات المؤكدة وعدد الفحوص التي أجريت. وعلى وجه التحديد، فيما يلي بيانات عن الأعداد التراكمية للحالات والوفيات والفحوص، وعن المتوسطات على مدى سبعة أيام للحالات الجديدة والوفيات الجديدة وتواتر الإيجابية (نسبة الفحوص الإيجابية إلى العدد الكلي للفحوص التي أجريت). ولجعل البيانات أسهل قراءة، جرى تمهيد المتوسطات لفترة الأيام السبعة باستخدام انحدار بطريقة LOESS. وعرض الإحصاءات التراكمية مفيد لفهم أي البلدان هي الأكثر تضرراً، بينما المتوسطات لمدة سبعة أيام المتدرجة مفيدة في تسليط الضوء على الطفرات وفترات الهدوء في انتقال العدوى من 1 شباط/فبراير إلى 31 تشرين الأول/أكتوبر 2020.

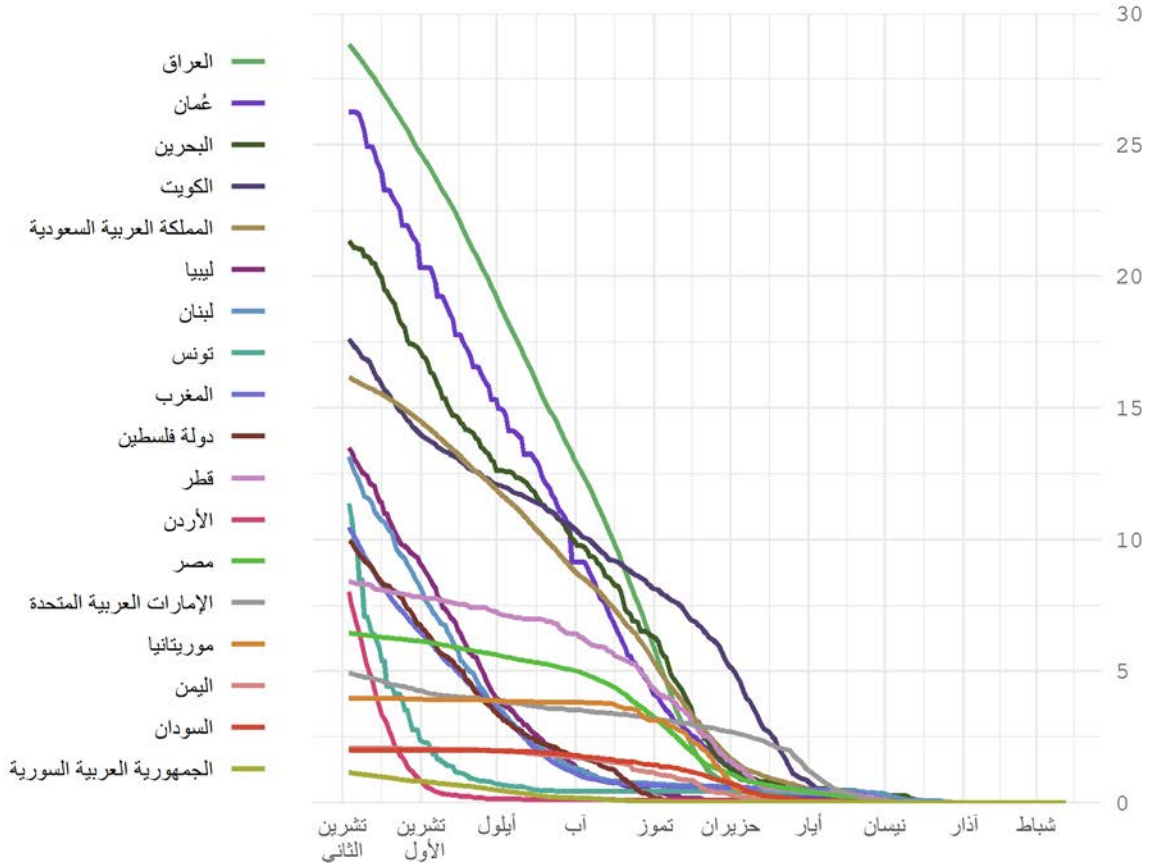
يبين الشكل 5-1 أدناه العدد التراكمي للحالات المؤكدة لكل 100 ألف من السكان للدول الـ 18 الأعضاء في الإسكوا. وقد سجلت بلدان مجلس التعاون الخليجي، البحرين و عُمان وقطر والكويت، أعلى عدد من الحالات للفرد الواحد في معظم الفترة المبينة، وتلتها الإمارات العربية المتحدة والعراق ولبنان.

حتى 31 تشرين الأول/أكتوبر 2020. كان في البحرين 5,432 حالة لكل 100 ألف شخص، وهو أعلى عدد تراكمي للفرد في المنطقة. وكان عدد الحالات المؤكدة في بلدان مثل الجمهورية العربية السورية والسودان ومصر وموريتانيا واليمن منخفضاً نسبياً، إذ بلغ أقل من 200 حالة لكل 100 ألف شخص. غير أن هذا يعود على الأرجح إلى نقص الإبلاغ عن الحالات أو إلى الافتقار إلى إجراء الفحوص، لأن البيانات عن إجراء الفحوص غير متوفرة في أي من هذه البلدان (الشكل 5-3).

أعلى الوفيات بسبب كوفيد-19 هي في العراق، تليه عُمان والبحرين

ارتفع عدد حالات كوفيد-19 المؤكدة في العراق باطراد من شباط/فبراير إلى تشرين الثاني/نوفمبر 2020، وفي 31 تشرين الأول/أكتوبر كان يحتل المرتبة السابعة في المنطقة، إذ كانت هناك 1,249 حالة لكل 100 ألف من السكان. وعلاوة على ذلك، وكما هو مبين أدناه في الشكل 5-2 سجل في العراق منذ منتصف تموز/يوليو إلى 31 تشرين الأول/أكتوبر أكبر عدد من الوفيات المؤكدة للفرد الواحد بسبب الوباء وبلغ 10,910 وفاة أو 29 وفاة لكل 100 ألف من السكان. وهذا يشير إلى أن قدرات العراق على إجراء الفحوص قد لا تكشف عن مدى انتقال العدوى داخل البلد، وأن معدل الوفيات الناجمة عن الجائحة قد يكون أعلى مما في بعض البلدان الأخرى في المنطقة.

الشكل 5-2 عدد الوفيات المؤكدة التراكمية الناجمة عن كوفيد-19 لكل 100 ألف من السكان، من شباط/فبراير إلى تشرين الثاني/نوفمبر 2020



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية ومن OWID وجامعة جون هوبكنز، تجميع الإسكوا.

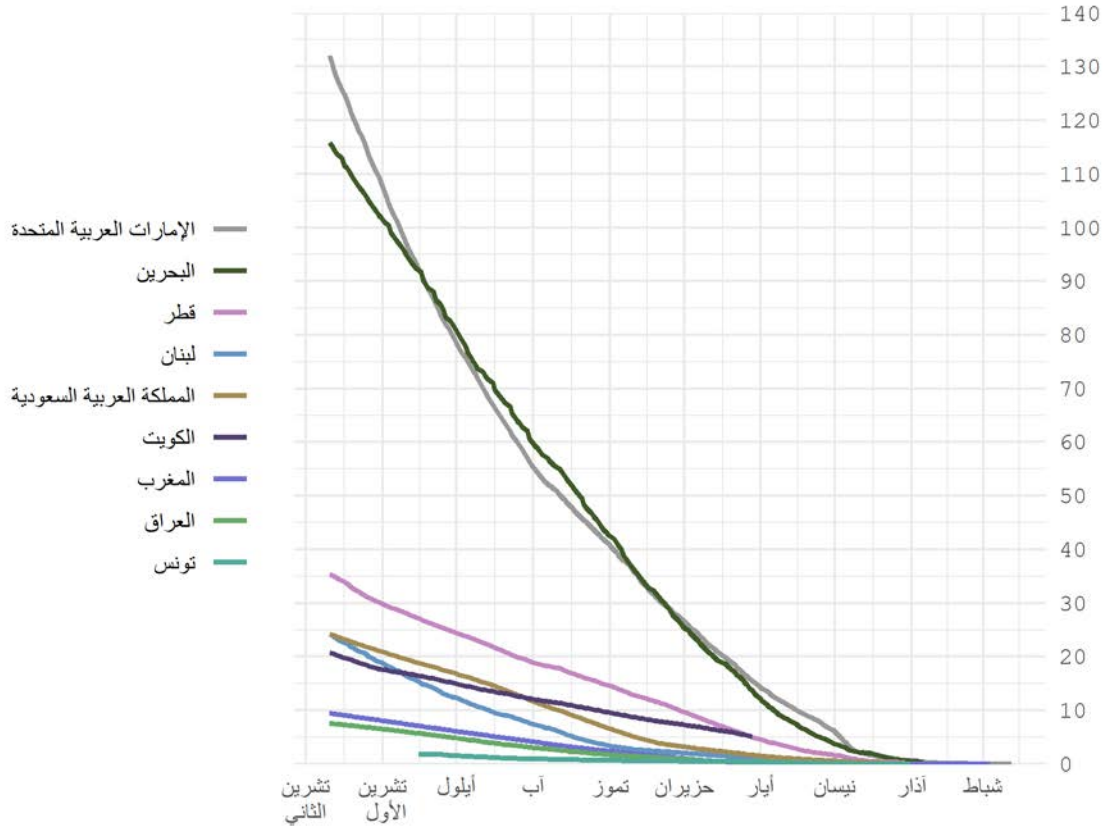
وتلي العراق عُمان التي سُجِّل فيها باستمرار أكبر عدد من الوفيات الناجمة عن الجائحة منذ آب/أغسطس، إذ بلغ مجموع الوفيات حتى 31 تشرين الأول/أكتوبر 1,208، أي 26 وفاة لكل 100 ألف من السكان. وسُجِّل في البحرين ثالث أعلى معدل منذ منتصف آب/أغسطس وبلغ 321 وفاة، أي 21 وفاة لكل 100 ألف شخص.

وبالمقارنة مع بقية المنطقة، كانت أعداد الحالات المؤكدة والوفيات للفرد الواحد في كل من الجمهورية العربية السورية والسودان ومصر وموريتانيا واليمن متدنية، أما في الإمارات العربية المتحدة وقطر فقد كان عدد الحالات المؤكدة مرتفعاً. غير أن عدد الوفيات المؤكدة للفرد الواحد في هذه البلدان متدن بالمقارنة؛ فمنذ 31 تشرين الأول/أكتوبر، كانت في قطر 8 وفيات لكل 100 ألف من السكان وفي الإمارات العربية المتحدة 5 وفيات.

تجري الإمارات العربية المتحدة والبحرين أكبر عدد من الفحوص لكوفيد-19

ليست البيانات عن أعداد فحوص كوفيد-19 التي أُجريت متوفرة على نطاق واسع كالبيانات التي تصف الحالات والوفيات، لكنها، مع ذلك، مصدر هام للمعلومات في تحديد انتشار العدوى في أنحاء المنطقة. ولدى الإمارات العربية المتحدة والبحرين أكبر قدرات إجراء الفحوص، ففي الفترة من شباط/فبراير إلى تشرين الثاني/نوفمبر، أجرى البلدان أكثر من 100 فحص لكل 100 من السكان، ما يشير إلى أن بعض السكان قد فحصوا أكثر من مرة واحدة في المتوسط. وبحلول 31 تشرين الأول/أكتوبر، كان في قطر ثاني أعلى عدد من الفحوص التراكمية للفرد الواحد، إذ أُجري 35 فحصاً لكل 100 من السكان، ويليهما 24 في لبنان و24 في المملكة العربية السعودية و21 في الكويت.

الشكل 3-5 عدد الفحوص التراكمية لكوفيد-19 لكل 100 ألف من السكان من شباط/فبراير إلى تشرين الثاني/نوفمبر 2020

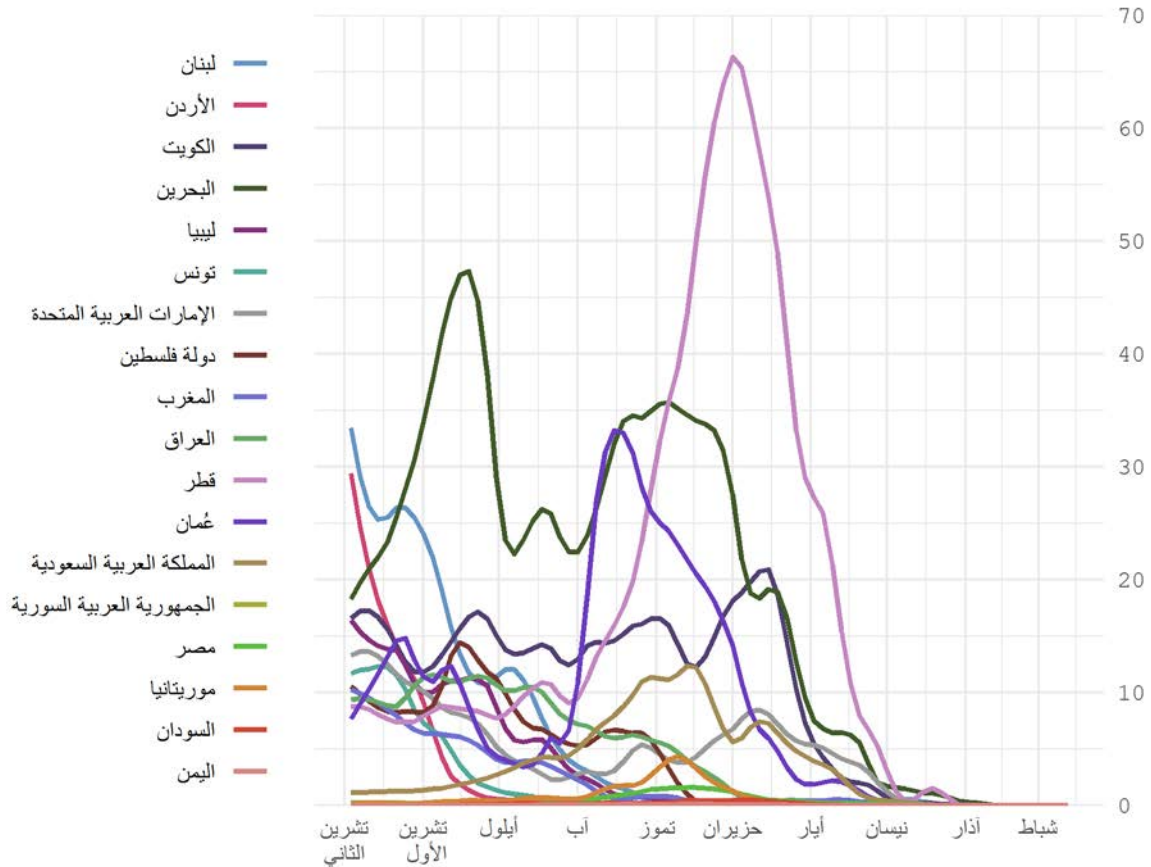


المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية ومن OWID وجامعة جون هوبكنز، تجميع الإسكوا.

شهدت بلدان مجلس التعاون الخليجي في الصيف طفرة في انتقال عدوى كوفيد-19؛ وارتفع عدد الحالات في الأردن ولبنان مؤخراً

يبين الشكل 4-5 أدناه المتوسط في اليوم الواحد لمدة سبعة أيام للحالات الجديدة المؤكدة من كوفيد-19 لكل 100 ألف من السكان في الفترة الممتدة من شباط/فبراير إلى تشرين الثاني/نوفمبر 2020، وهو يسلط الضوء على ارتفاع معدل انتقال العدوى في بعض البلدان. ففي قطر، مثلاً، بلغ متوسط السبعة أيام ذروته في بداية حزيران/يونيو، إذ اقترب من 70 حالة مؤكدة جديدة في اليوم، ثم انحسر منذ ذلك الحين، واستقر إلى ما بين 7 و9 حالات منذ أواخر آب/أغسطس. ويبين الشكل 4-5 أيضاً أن عدد الحالات ارتفع في بلدان مجلس التعاون الخليجي الأخرى في الوقت نفسه تقريباً، فشهدت المملكة العربية السعودية الذروة في شهر حزيران/يونيو بنحو 13 حالة يومياً؛ وسجلت الكويت أعلى متوسط لسبعة أيام، إذ بلغ عدد الحالات ما يزيد على 20 حالة يومياً في منتصف أيار/مايو؛ وشهدت عُمان في منتصف تموز/يوليو، بفترة ليست طويلة بعد قطر، طفرة سجل فيها ما يزيد على 30 حالة جديدة يومياً. ووصلت متوسطات الحالات المؤكدة الجديدة لسبعة أيام أعلى قيمها في الأردن ولبنان مؤخراً، بمسارات تصاعدية لم تتناقص بعد. ففي 28 تشرين الأول/أكتوبر، تجاوز لبنان الـ 30 حالة يومياً للمرة الأولى، وهو ضعف متوسط السبعة أيام قبل ذلك بشهر في منتصف أيلول/سبتمبر. وظل متوسط السبعة أيام للحالات الجديدة أقل من 1 في الأردن حتى منتصف أيلول/سبتمبر، لكنه ارتفع بسرعة إلى أكثر من 30 في 31 تشرين الأول/أكتوبر.

الشكل 4-5 المتوسط اليومي الممهد لسبعة أيام لعدد الحالات المؤكدة الجديدة لكوفيد-19 لكل 100 ألف من السكان، من شباط/فبراير إلى تشرين الثاني/نوفمبر 2020

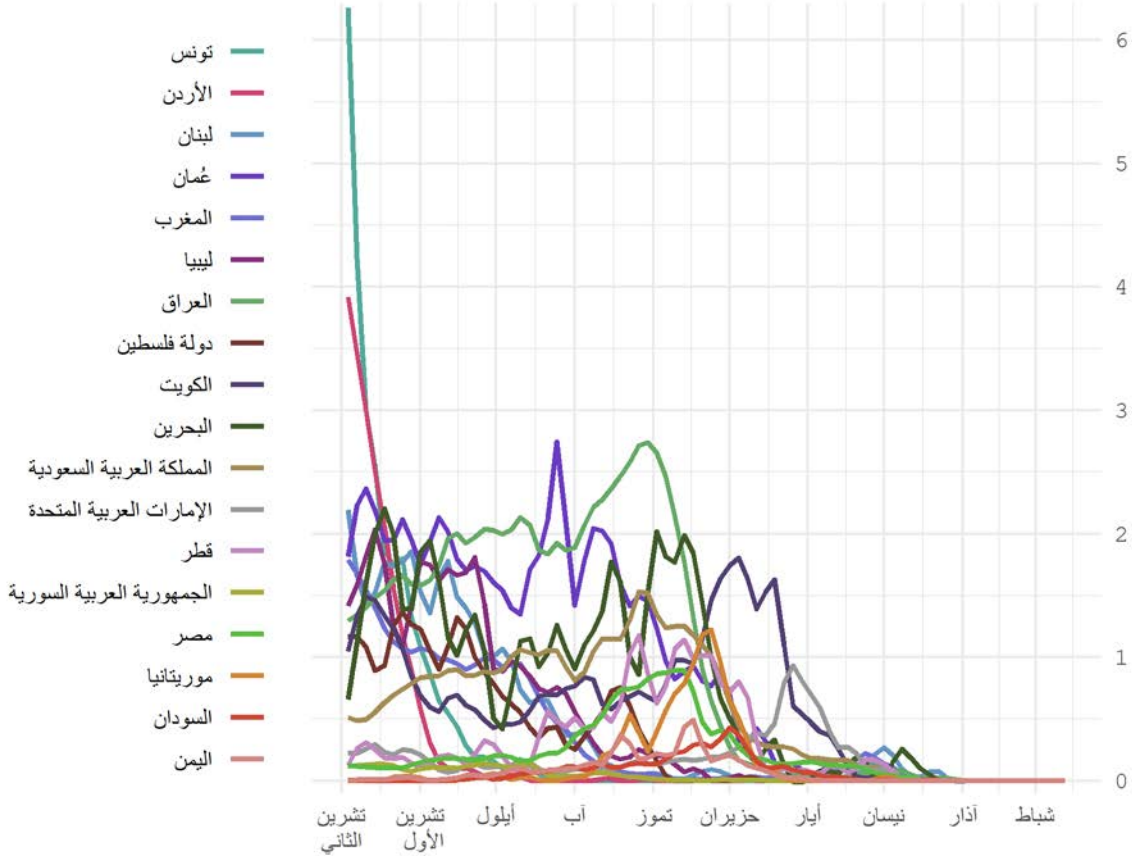


المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية ومن OWID وجامعة جون هوبكنز، تجميع الإسكوا.

ارتفاع حاد في الصيف في عدد الوفيات المبلغ عنها للفرد الواحد في العديد من البلدان العربية، وطفرة مؤخراً في الأردن وتونس ولبنان

في 31 تشرين الأول/أكتوبر، سُجِّل في تونس أعلى متوسط يومي على مدى سبعة أيام لعدد الوفيات للفرد الواحد في المنطقة العربية، وتلاها الأردن، بالتزامن مع ارتفاعات حادة في أعداد الحالات. وقد ازداد عدد الوفيات في تونس بحوالي ستة أضعاف في تشرين الأول/أكتوبر وحده؛ ففي 1 تشرين الأول/أكتوبر، سُجِّل في المتوسط 12 وفاة في اليوم، أو وفاة واحدة لكل مليون من السكان، بالمقارنة مع 71 وفاة في اليوم في 31 تشرين الأول/أكتوبر، أي ستة لكل مليون من السكان. وشهد الأردن مساراً مماثلاً، بل بوتيرة أسرع، من 5 وفيات يومياً في المتوسط في 1 تشرين الأول/أكتوبر، أي وفاة واحدة لكل مليون من السكان كل يومين، إلى 41 وفاة في اليوم في 31 تشرين الأول/أكتوبر، أي 4 حالات وفاة لكل مليون.

الشكل 5-5 المتوسط اليومي الممهد لسبعة أيام للوفيات الجديدة المؤكدة بسبب كوفيد-19 لكل مليون من السكان، من شباط/فبراير إلى تشرين الثاني/نوفمبر 2020



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية ومن OWID وجامعة جون هوبكنز، تجميع الإسكوا.

ورغم أن الأردن ولبنان شهدا ارتفاعات حادة متشابهة في معدل انتقال العدوى مؤخراً، كما يتضح من ارتفاع عدد الحالات المؤكدة، فاق العدد اليومي للوفيات المؤكدة بسبب الجائحة في الأردن كثيراً نظيره في لبنان. ففي بداية تشرين الأول/أكتوبر، سُجِّل في لبنان 6 وفيات يومياً في المتوسط، أي ما يقرب من وفاة واحدة لكل مليون شخص، وبحلول 31 تشرين الأول/أكتوبر، تضاعف العدد تقريباً إلى 11 وفاة في اليوم في المتوسط،

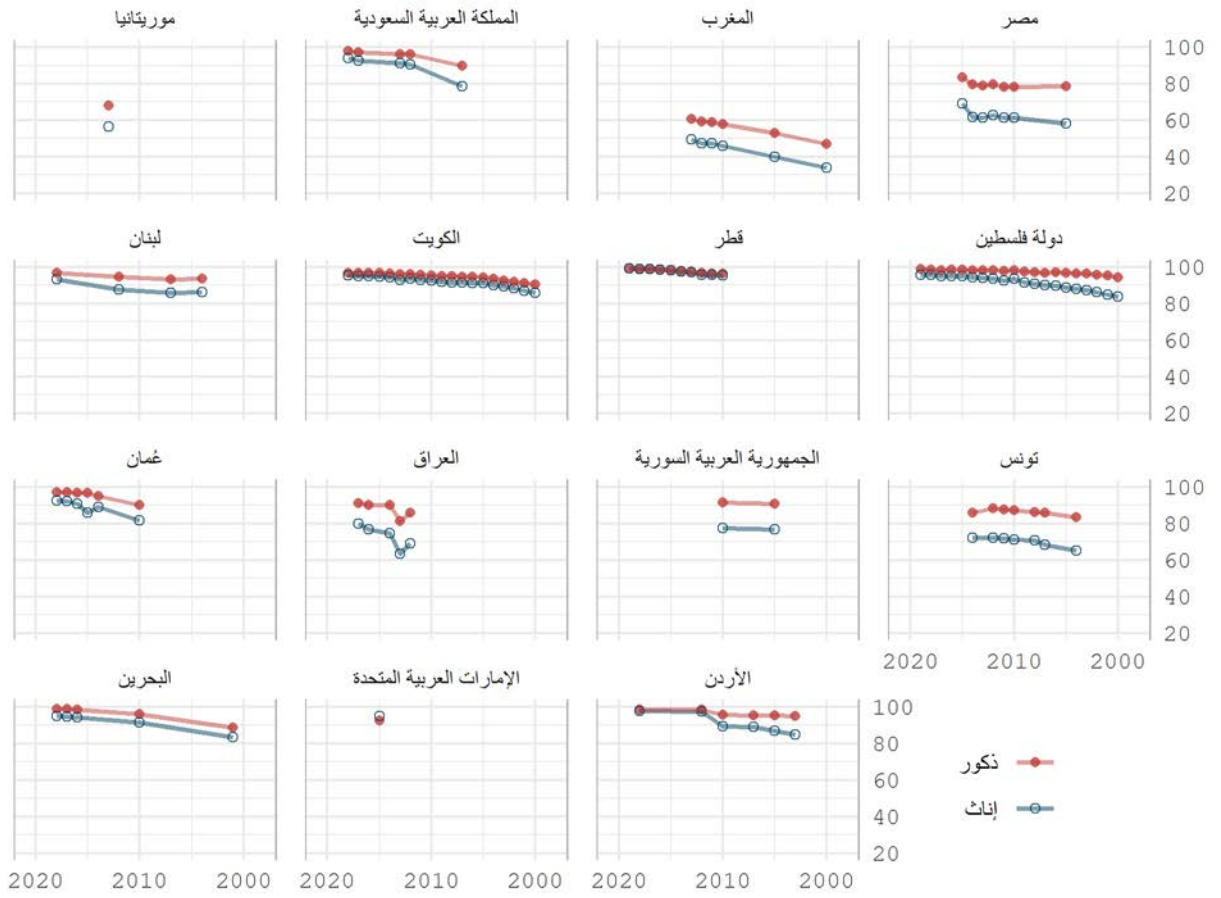
أي حوالي 2 لكل مليون. وبالمقارنة، ازداد المتوسط اليومي للوفيات على مدى سبعة أيام في الأردن خلال الفترة نفسها 8 مرات.

وشهد كل من البحرين والسودان والعراق وعمان ودولة فلسطين وقطر ومصر والمملكة العربية السعودية وموريتانيا واليمن في الصيف ارتفاعات في عدد الوفيات اليومي بسبب الجائحة، ولوحظت في بعض البلدان طفرات أخرى بعد ذلك. وسُجِّل في العراق في أوائل تموز/يوليو ارتفاع في عدد الوفيات، فبلغ في المتوسط 106 وفيات في اليوم، أي حوالي 3 لكل مليون شخص، وهو أعلى متوسط للفرد الواحد في المنطقة في ذلك الوقت. وارتفع باطراد خلال فصل الصيف في عُمان المتوسط على مدى سبعة أيام للوفيات المؤكدة الجديدة لكل مليون شخص، ليصل ذروته في منتصف آب/أغسطس عندما بلغ 16، أي أكثر من 3 وفيات لكل مليون شخص.

التعليم عامل رئيسي في تعزيز التنمية المستدامة، فالتعليم النظامي يزود الأفراد بالمهارات التي تتطلبها أسواق العمل الحديثة ويرتبط مباشرة بالعمالة والأجور، كما أنه يساهم في صحة السكان ورفاههم العام. وقد شهدت المنطقة العربية في العقود الأخيرة توسعاً كبيراً في قطاع التعليم. ومع ارتفاع النمو السكاني، يزداد عدد الأطفال في سن الدراسة كل عام، ما يستلزم توفير المزيد من الموارد البشرية والموارد المالية. وقد استمدت البيانات المستخدمة في هذا القسم من أجهزة الإحصاء الوطنية ومعهد اليونسكو للإحصاء.

ارتفاع معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة في المنطقة العربية، وهي أعلى بين الرجال منها بين النساء

الشكل 6-1 النسبة المئوية للإلمام بالقراءة والكتابة بين الكبار، في سن 15 سنة وما فوق، حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019



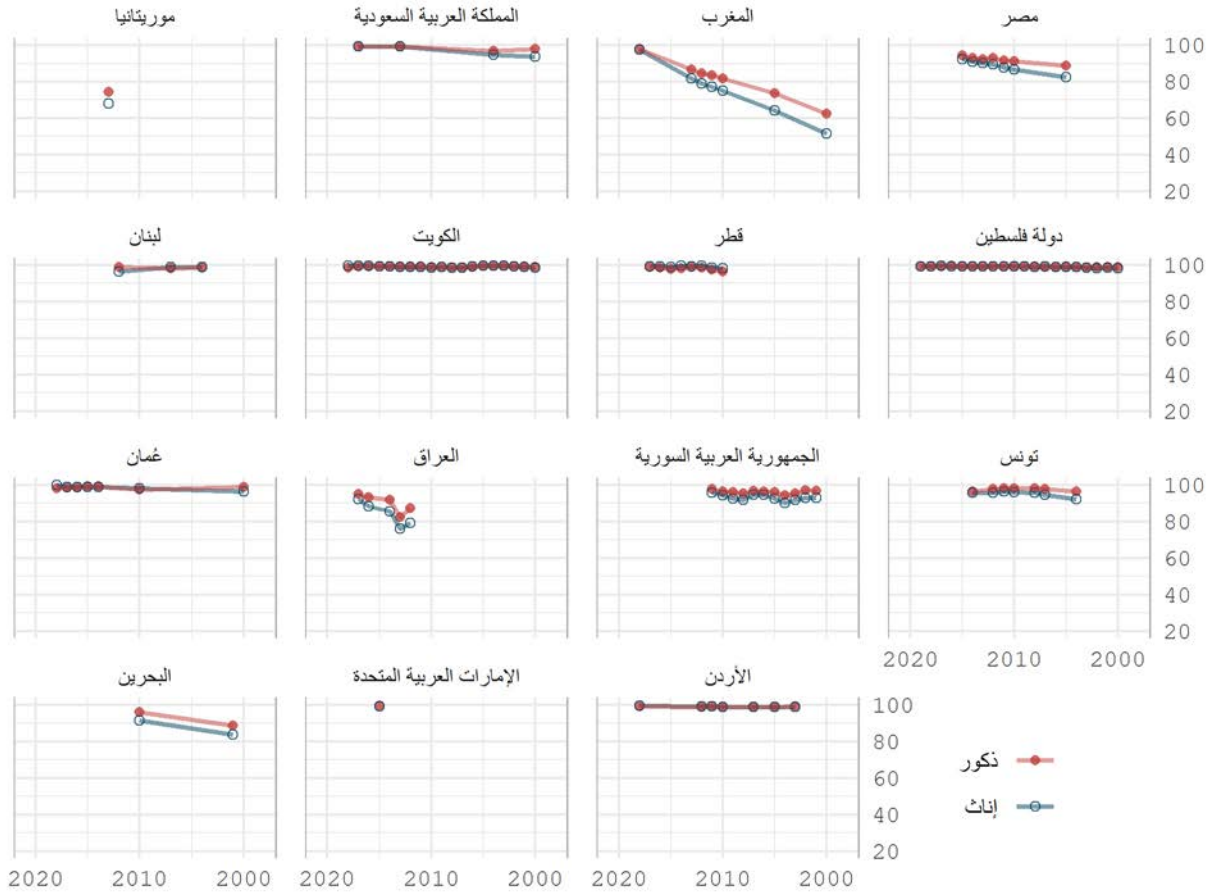
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

تشير التقديرات الأخيرة أن الإلمام بالقراءة والكتابة لدى الكبار تجاوز 90 في المائة في 8 من البلدان الـ 15 الواردة أدناه في الشكل 6-1، وقد حققت جميعها تقريباً تقدماً في هذا المجال منذ عام 2000. وفي المغرب، من عام 2000 إلى عام 2013، ارتفع معدل الإلمام بالقراءة والكتابة بين الرجال 14 نقطة مئوية وبين النساء بنحو 16 نقطة مئوية. والرجال الكبار أكثر إلماماً بالقراءة والكتابة من النساء في جميع أنحاء المنطقة، لا سيما في شمال

أفريقيا. وفي المغرب في عام 2013، كان معدل الرجال الملمين بالقراءة والكتابة أعلى بحوالي 11 نقطة مئوية من معدل النساء. وفي تونس في عام 2014 وفي مصر في عام 2015، كان الفارق مرتفعاً أيضاً، إذ بلغ 14 نقطة مئوية. وفي الأردن، تقلصت الفجوة بين الجنسين مع مرور الوقت، إذ كان 95 في المائة من الرجال ملمون بالقراءة والكتابة في عام 2003 بالمقارنة مع 85 في المائة من النساء، بينما بلغ المعدل في عام 2018، 99 في المائة بين الرجال و98 في المائة بين النساء.

ويبين الشكل 6-2 اتجاهات معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين الشبان والشابات الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و24 عاماً. والشباب أكثر إلماماً بالقراءة والكتابة من إجمالي السكان البالغين (15 سنة فما فوق)، ورغم أن الشبان هم عموماً أكثر إلماماً بالقراءة والكتابة من الشباب، إلا أن الفرق أقل وضوحاً بكثير مما بين البالغين ككل. وقد شهد العراق والمغرب زيادات ملحوظة في معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين الشبان والشابات وتقلصاً في الفجوة بين الجنسين مع مرور الوقت. وفي العراق في عام 2012، بلغ الإلمام بالقراءة والكتابة بين الشبان 87 في المائة وبين الشباب 79 في المائة وارتفع في عام 2017 إلى 95 و92 في المائة على التوالي. وفي المغرب في عام 2000، كان المعدل 63 في المائة بين الشبان و52 في المائة بين الشباب، بالمقارنة مع 98 و97 في المائة على التوالي في عام 2018.

الشكل 6-2 النسبة المئوية للإلمام الشباب بالقراءة والكتابة في سن 15-24، حسب نوع الجنس، للفترة 2000-2019



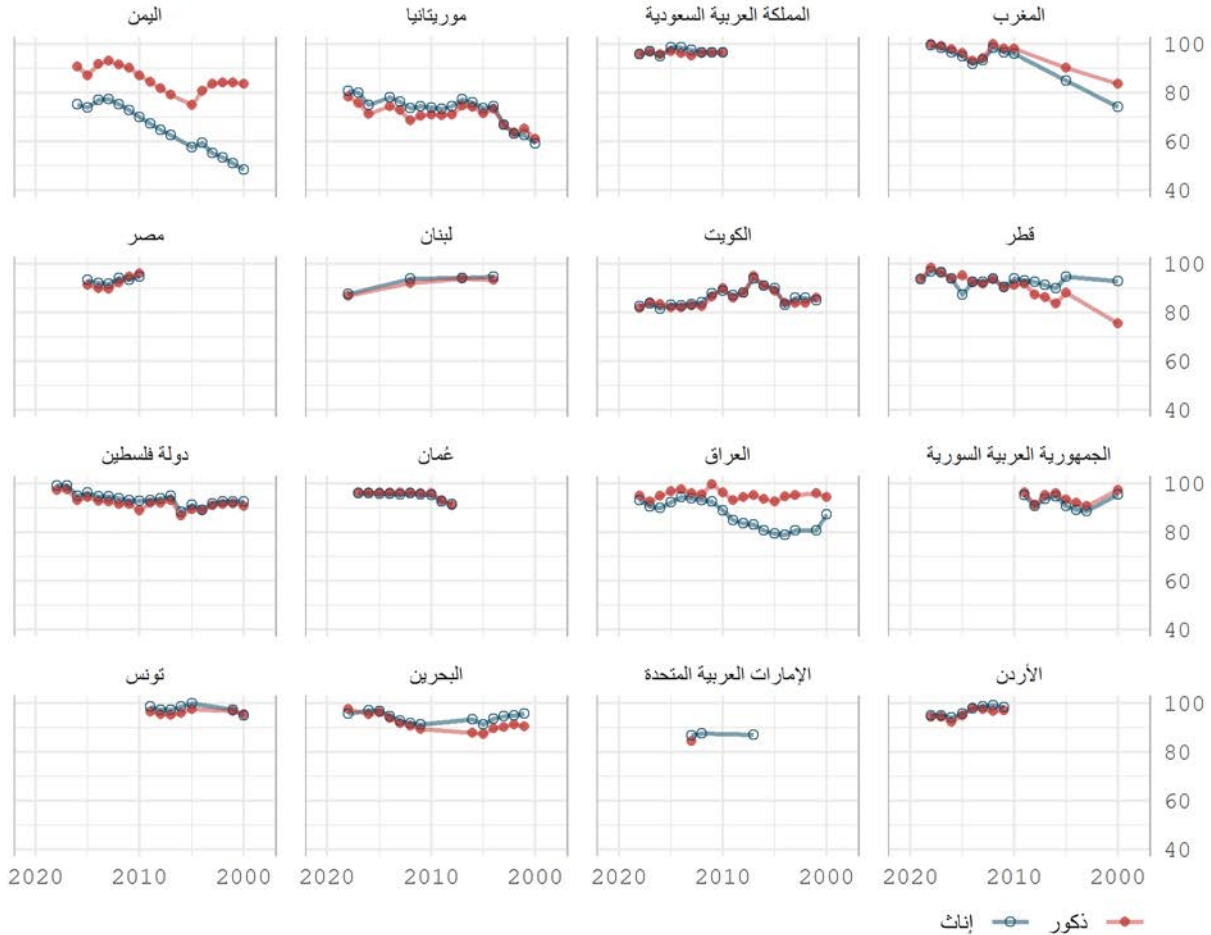
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

تقلص الفجوة بين الجنسين في نسبة الالتحاق بالتعليم الابتدائي في العراق والمغرب

تقلصت منذ عام 2000 الفجوة بين الجنسين في نسب الالتحاق بالمدارس الابتدائية في العراق والمغرب. ففي العراق، انخفضت من 7 نقاط مئوية في عام 2000 إلى نقطتين مؤبنتين في عام 2018. وفي المغرب في عام 2000، التحق بالمدارس الابتدائية 84 في المائة من الفتيان الذين في سن التعليم الابتدائي و74 في المائة من الفتيات، في حين كانت هذه النسبة لكل منهما 100 في عام 2018.

يبين الشكل 3-6 نسب الالتحاق الصافي بالتعليم الابتدائي. وتعرّف نسبة الالتحاق الصافي بالمدرسة على أنها النسبة المئوية لعدد الطلاب في الفئة العمرية المناظرة لمستوى معين من التعليم الذين التحقوا بذلك المستوى من مجموع السكان في تلك الفئة العمرية⁴. وتبيّن التقديرات الأخيرة في المنطقة العربية ارتفاع نسب الالتحاق الصافي، إذ تبلغ ما يفوق 90 في المائة للفتيان والفتيات في 11 بلداً من البلدان الـ 16 الواردة في الشكل. وقد ارتفعت النسبة بين الفتيات في اليمن بشكل ملحوظ منذ عام 2000، عندما كان يلتحق بالمدارس الابتدائية 49 في المائة من الفتيات في سن التعليم الابتدائي، بالمقارنة مع 75 في المائة في عام 2016.

الشكل 3-6 نسبة الالتحاق بالتعليم الابتدائي، حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019

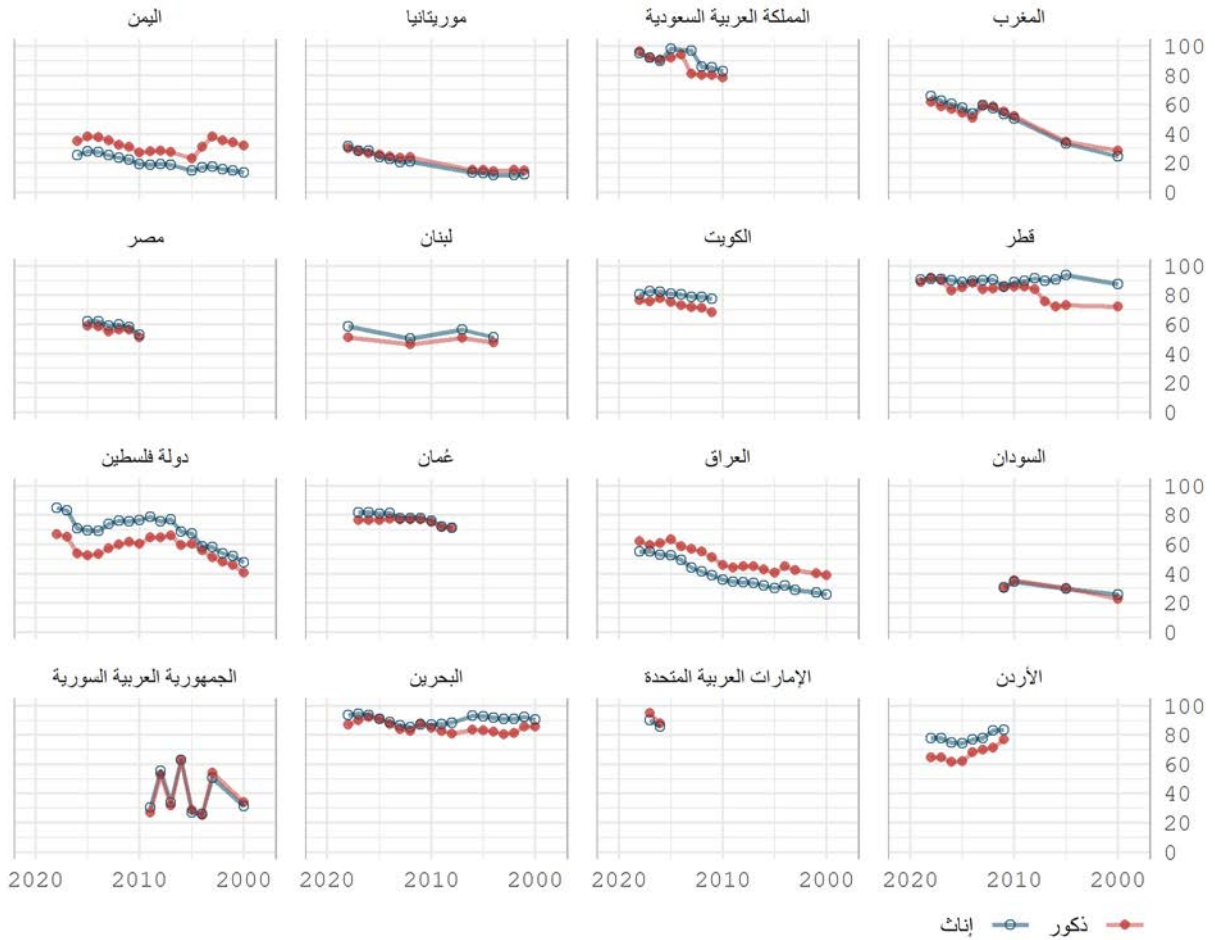


المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

نسب الالتحاق الصافي بالتعليم الثانوي هي الأعلى في بلدان مجلس التعاون الخليجي

رغم تزايد في بعض البلدان، الالتحاق بالتعليم الثانوي في المنطقة العربية أدنى من الالتحاق بالتعليم الابتدائي. وعلى مدى السنين كانت نسب الالتحاق الصافي بالتعليم الثانوي في العراق واليمن أدنى باستمرار بين الفتيات مما بين الفتيان؛ وكانت أعلى بين الفتيات في الأردن والبحرين وعمان ودولة فلسطين وقطر والكويت ولبنان ومصر والمملكة العربية السعودية، رغم أن الفرق في عُمان كان حتى عام 2013 هامشياً باستمرار عند حوالي 1 في المائة. واتسعت الفجوة بين الجنسين في دولة فلسطين مع مرور الوقت، ففي عام 2000، كان ملتحقاً بالمدارس الثانوية 48 في المائة من الفتيات في سن التعليم الثانوي، بالمقارنة مع 41 في المائة من الفتيان، مقابل 85 و67 في المائة على التوالي في عام 2018، ما يعكس زيادة الفجوة بين الجنسين لصالح الفتيات من 7 نقاط مئوية إلى 18 نقطة مئوية (الشكل 4-6).

الشكل 4-6 نسبة الالتحاق بالمدارس الثانوية، حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

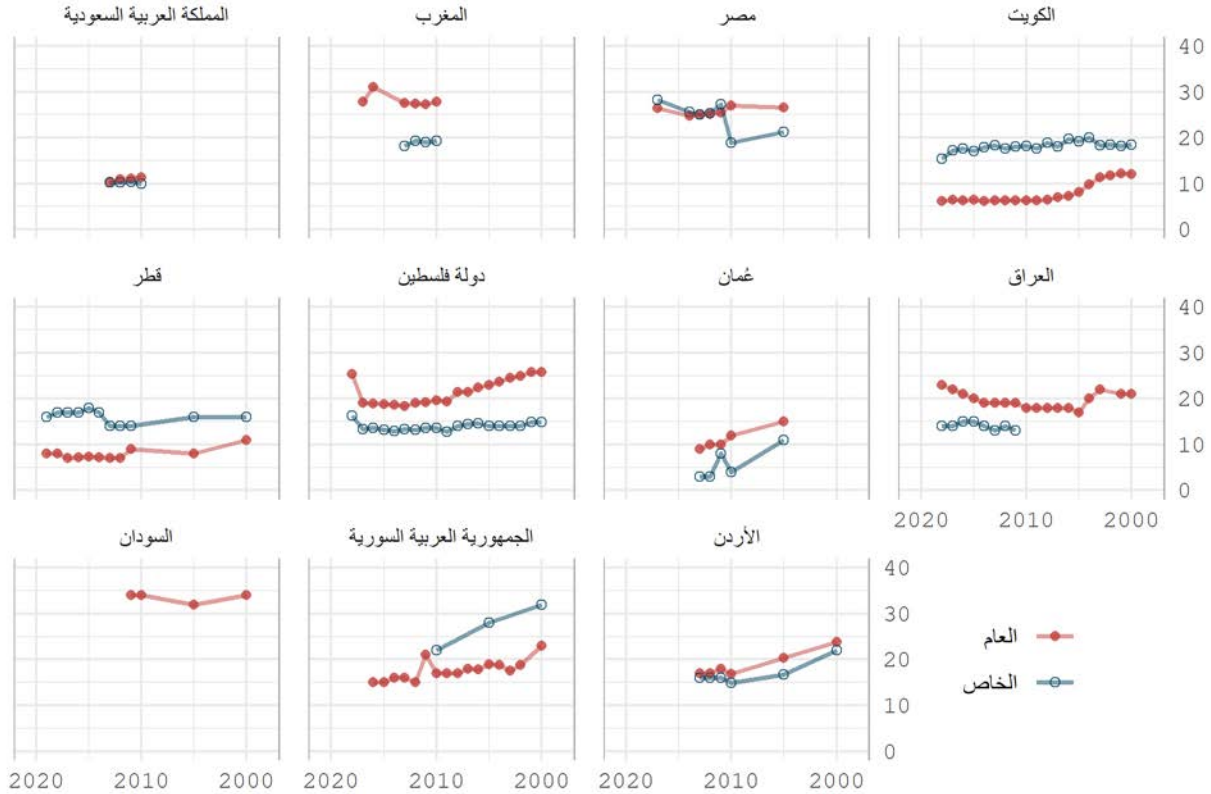
وكانت أعلى نسب الالتحاق الصافي بالتعليم الثانوي في بلدان مجلس التعاون الخليجي. وشهد كل من العراق ودولة فلسطين والمغرب وموريتانيا باستمرار زيادات كبيرة مع مرور الوقت، في حين تحققت مكاسب صغيرة في بلدان مجلس التعاون الخليجي (عُمان وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية) ومصر. وفي موريتانيا في عام 2001، لم يلتحق بالتعليم الثانوي سوى 15 في المائة من الفتيان و12 في المائة من الفتيات في سن التعليم

الثانوي؛ وبحلول عام 2018، ازدادت هذه النسب بأكثر من الضعف لتصل إلى 30 في المائة للفتيان و32 في المائة للفتيات. وبين عامي 2000 و2018، شهد كل من المغرب ودولة فلسطين زيادة مشابهة: من 28 إلى 62 في المائة للفتيان ومن 25 إلى 66 في المائة للفتيات في المغرب ومن 41 إلى 67 في المائة للفتيان ومن 48 إلى 85 في المائة للفتيات في دولة فلسطين. وخلال الفترة نفسها، كانت الزيادة في العراق كبيرة، من 39 إلى 62 في المائة للفتيان ومن 26 إلى 55 في المائة للفتيات.

نسبة التلاميذ إلى المعلمين في المدارس الابتدائية هي الأعلى في السودان

يمكن أن تكون نسب التلاميذ إلى المعلمين مؤشرات لجودة التعليم. فالصفوف الدراسية المكتظة قد تؤثر على جودة التعليم لأن المعلمين قد لا يتمكنون من تخصيص وقت كاف لاحتياجات كل تلميذ. ومنذ عام 2000، كانت نسبة التلاميذ إلى المعلمين في المدارس الابتدائية في السودان هي الأعلى في المنطقة (الشكل 5-6). وانخفضت هذه النسبة في الأردن والجمهورية العربية السورية من 24 و23 تلميذ لكل معلم، على التوالي، في عام 2000 إلى 17 في الأردن في عام 2013 و15 في الجمهورية العربية السورية في عام 2016.

الشكل 5-6 نسبة التلاميذ إلى المعلمين في التعليم الابتدائي للفترة 2000-2019⁵



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

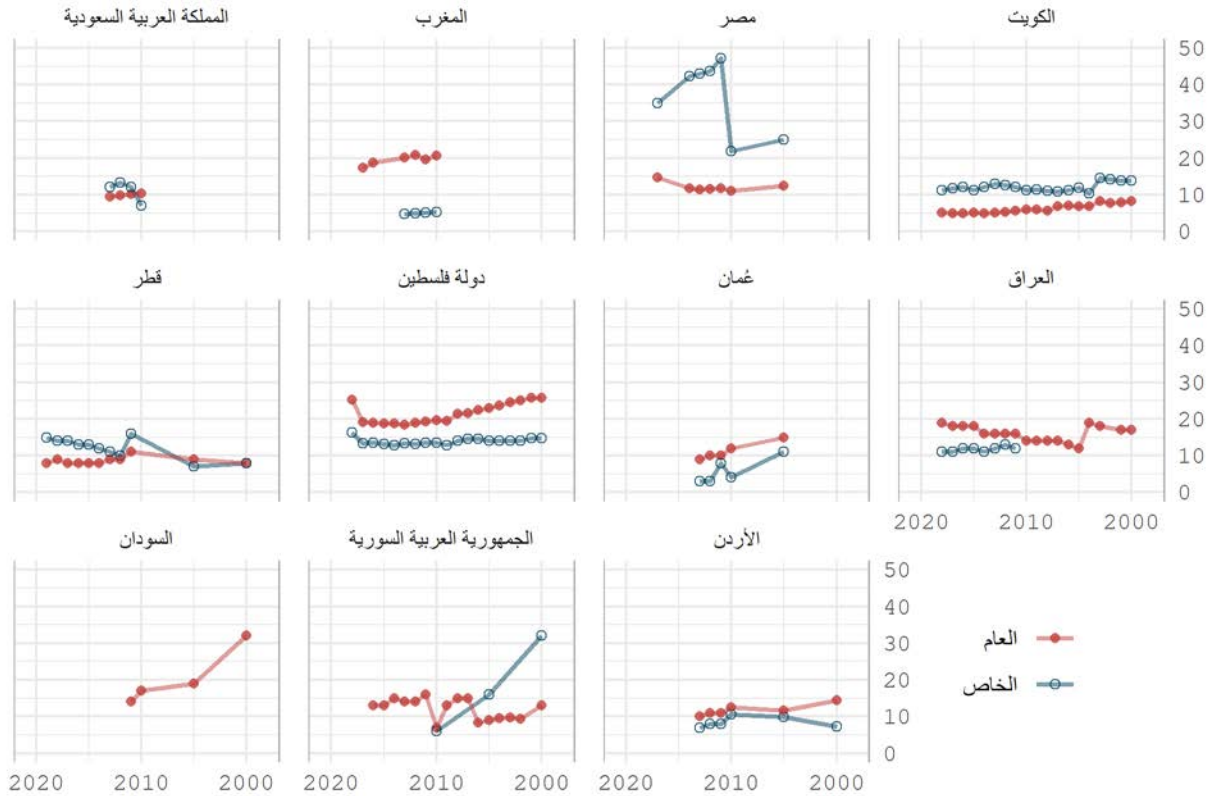
5 لم يبلغ السودان إلا عن نسب التلاميذ إلى المعلمين في المدارس العامة.

وكان متوسط نسبة التلاميذ إلى المعلمين في المدارس الابتدائية العامة في العراق في عام 2018 (23) أعلى مما في المدارس الخاصة (14). وباستمرار، كانت هذه النسبة في المدارس الابتدائية الخاصة في العراق أدنى مما في المدارس الابتدائية العامة، وكان الحال كذلك في عُمان ودولة فلسطين والمغرب. على العكس من ذلك، كان متوسط النسبة في المدارس الابتدائية الخاصة في قطر والكويت أعلى باستمرار. ففي عام 2018، كان المتوسط في المدارس الابتدائية الخاصة (15) أكثر من ضعفه في المدارس الابتدائية العامة (6). وفي قطر، لوحظت نسب مشابهة في عام 2019، 16 تلميذ لكل معلم في المتوسط في المدارس الابتدائية الخاصة، بالمقارنة مع 8 في المدارس الابتدائية العامة. وكان المتوسط في المدارس العامة والخاصة متساوياً في الأردن والمملكة العربية السعودية، وفقاً لآخر سنتين متوفاً لكل بلد، مع فوارق لا تزيد على تلميذ واحد لكل معلم.

نسب التلاميذ إلى المعلمين في المدارس الثانوية منخفضة باستمرار في بلدان مجلس التعاون الخليجي

ليست الاتجاهات في نسب التلاميذ إلى المعلمين ثابتة بالضرورة عبر مستويات التعليم المختلفة وبين التعليم العام والتعليم الخاص. ففي مصر من عام 2010 إلى عام 2014، ظل متوسط نسبة التلاميذ إلى المعلمين في المدارس الثانوية العامة عند المتوسط نفسه (الشكل 6-6). ولكن بين عامي 2010 و2011، كانت الزيادة في متوسط هذه النسبة في المدارس الثانوية الخاصة أكبر بكثير منها في المدارس الابتدائية الخاصة، ففي الأخيرة ارتفع متوسط النسبة من 19 تلميذ لكل معلم إلى 27، بينما ازدادت النسبة في المدارس الثانوية بأكثر من الضعف، من 22 إلى 47. وفي المغرب من عام 2010 إلى عام 2013، كان متوسط النسبة في المدارس الثانوية العامة (20) أعلى بأربع مرات منه في المدارس الثانوية الخاصة (5).

الشكل 6-6 نسبة التلاميذ إلى المعلمين في التعليم الثانوي، 2019-2000



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

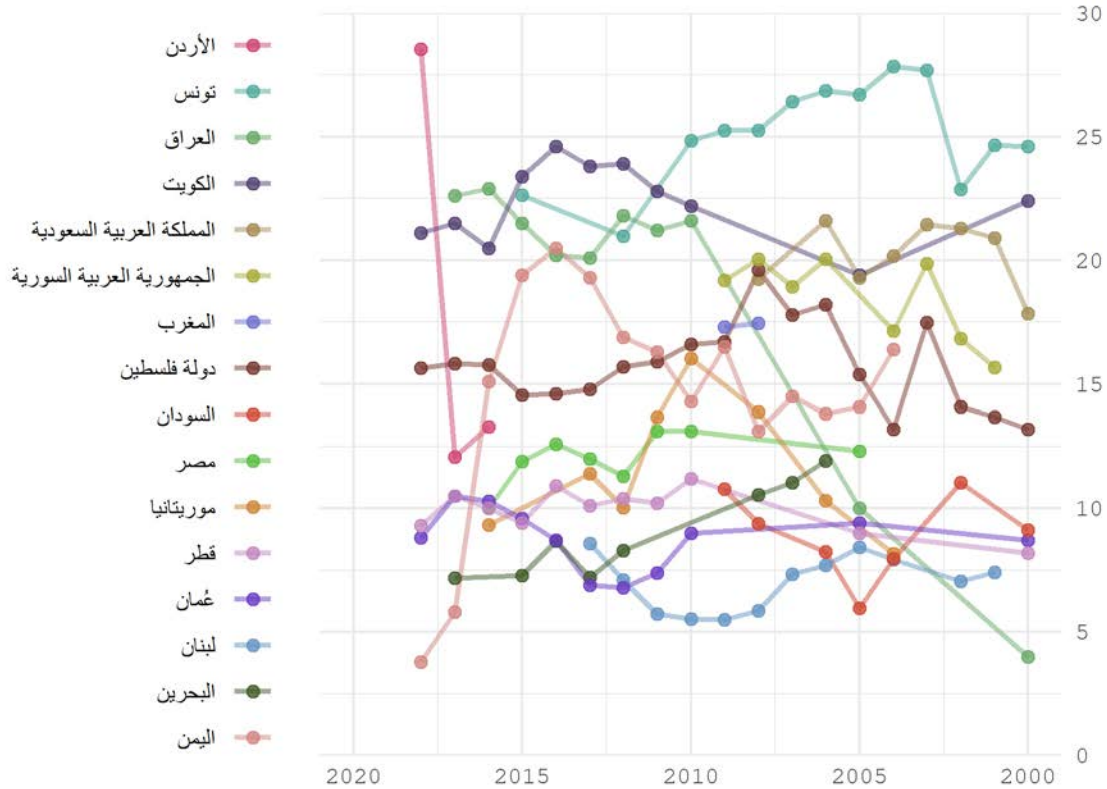
وفي الفترة من عام 2000 إلى عام 2011، ظل المتوسط في المدارس الابتدائية العامة ثابتاً إلى حد ما عند حوالي 34، بينما انخفض في المدارس الثانوية العامة من 32 إلى 14.

وقد سجلت بلدان مجلس التعاون الخليجي، عُمان وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية، باستمرار أدنى نسب التلاميذ إلى المعلمين في التعليم الثانوي في كل من المدارس العامة والخاصة. وفي الكويت في عام 2018، كان متوسط النسبة 5 في المدارس العامة و11 في المدارس الخاصة. وكانت النسب في المدارس العامة في المملكة العربية السعودية منخفضة على نحو مشابه بين عامي 2010 و2013، 10 تلاميذ لكل معلم.

زيادة الإنفاق العام على التعليم في بعض البلدان وانخفاضه في أخرى

يوفر معهد اليونسكو للإحصاء بيانات عن الإنفاق على التعليم في معظم البلدان العربية. وترد الأرقام كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي وكنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، ما يعطي مؤشراً على الأولوية التي يعطيها كل بلد للتعليم بالمقارنة مع الموارد الإجمالية. وقد ازداد الإنفاق العام على التعليم كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي مع مرور الوقت في بعض البلدان وانخفض في أخرى (الشكل 6-7)، رغم أنه لم تكن هناك اتجاهات هامة سائدة. فقد ارتفع الإنفاق الحكومي على التعليم في العراق من 4 إلى 22 في المائة من عام 2000 إلى عام 2017، لكنه ظل ثابتاً نسبياً منذ ذلك الحين. وفي موريتانيا بلغ 9 في المائة في عام 2016، أي ما يقرب من نصف النسبة المئوية المبلغ عنها في عام 2010 (16 في المائة). وفي الفترة من عام 2003 إلى 2015، انخفضت النسبة في تونس من 28 إلى 23 في المائة.

الشكل 6-7 الإنفاق على التعليم كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي للفترة 2000-2018



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

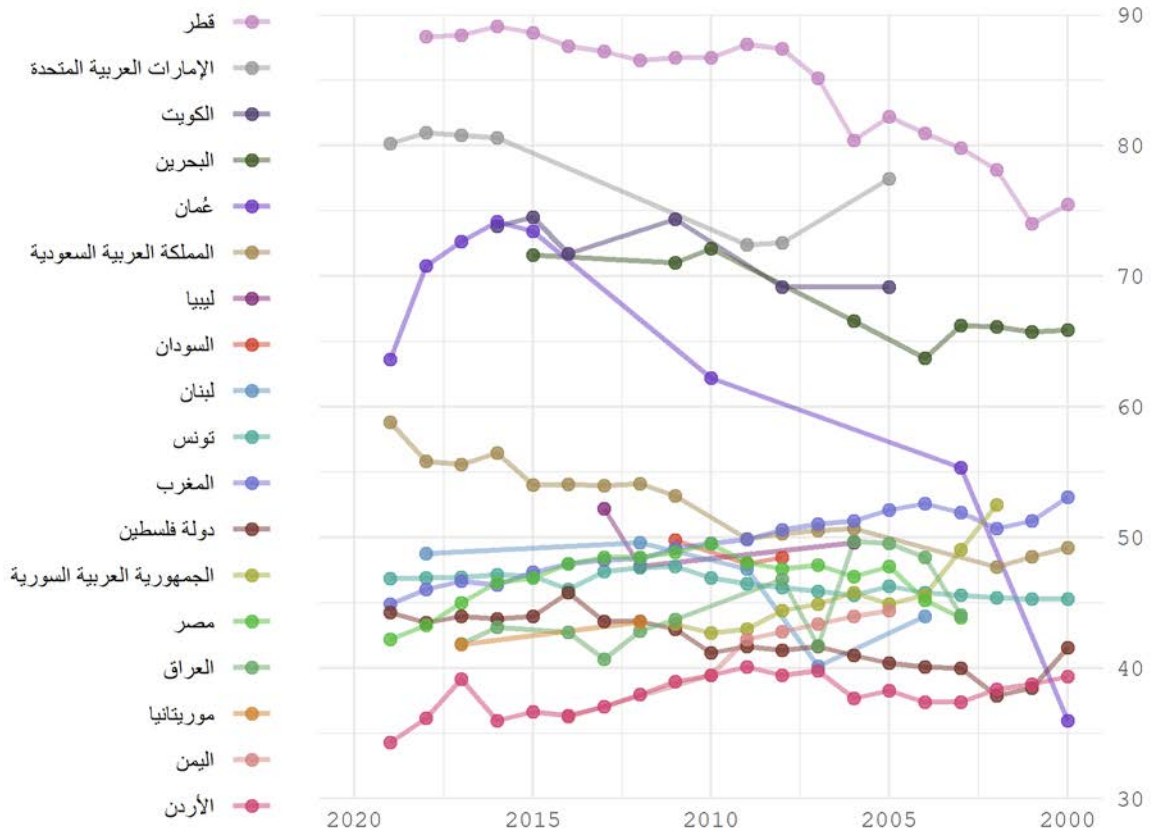
تركيبية سوق العمل واتجاهاته محددات هامة لأداء الاقتصاد الكلي. وفي المنطقة العربية، تشارك النساء في القوة العاملة بمعدلات أقل بكثير من معدل مشاركة الرجال، وبفارق كبير في كثير من الأحيان. وعلى العموم، ترتفع في المنطقة معدلات البطالة لدى من يشاركون في القوة العاملة من الشباب والنساء (Assaad and Krafft, 2014). وعبر المنطقة، يؤثر تدفق العمال المهاجرين على تركيبة أسواق العمل، إذ أنهم يستحوذون على نسب كبيرة منها، لا سيما في بلدان مجلس التعاون الخليجي والأردن ولبنان. وتشير تقديرات منظمة العمل الدولية أن المنطقة العربية استضافت 23 مليون عامل مهاجر في عام 2017. ونسبة العاملين من غير المواطنين في بلدان مجلس التعاون الخليجي من أعلى النسب في العالم، فقد تراوحت في عام 2019 بين 58 في المائة في المملكة العربية السعودية و95 في المائة في قطر.

يقدم هذا القسم لمحة موجزة عن أسواق العمل في البلدان العربية باستخدام بيانات من مسح القوة العاملة و فقط من التعدادات السكانية التي قدمتها أجهزة الإحصاء الوطنية. وتتعلق الإحصاءات بمجموع عدد السكان، باستثناء حالة الأردن، فقد بدأت مسح القوة العاملة فيه تشمل غير المواطنين فقط بعد عام 2016. ومن هنا، ولغرض الاتساق، تتعلق التقديرات المبينة هنا فقط بالسكان المواطنين الأردنيين.

انخفاض المشاركة في القوة العاملة خارج بلدان مجلس التعاون الخليجي

المشاركة في القوة العاملة هي النسبة المئوية للبالغين (15 سنة فما فوق) الذين يعملون أو لا يعملون لكنهم يبحثون حثيثاً عن عمل. والمشاركة في القوة العاملة منخفضة في معظم المنطقة العربية، وتحديدًا خارج بلدان مجلس التعاون الخليجي. فكما يتضح أدناه في الشكل 7-1، لم يسجل أي بلد من غير بلدان المجلس معدلاً يزيد على 55 في المائة في أي سنة خلال الفترة من عام 2000 إلى عام 2019؛ ويرجع ذلك أساساً إلى انخفاض معدل مشاركة النساء.

الشكل 7-1 معدل المشاركة في القوة العاملة للفترة 2000-2019



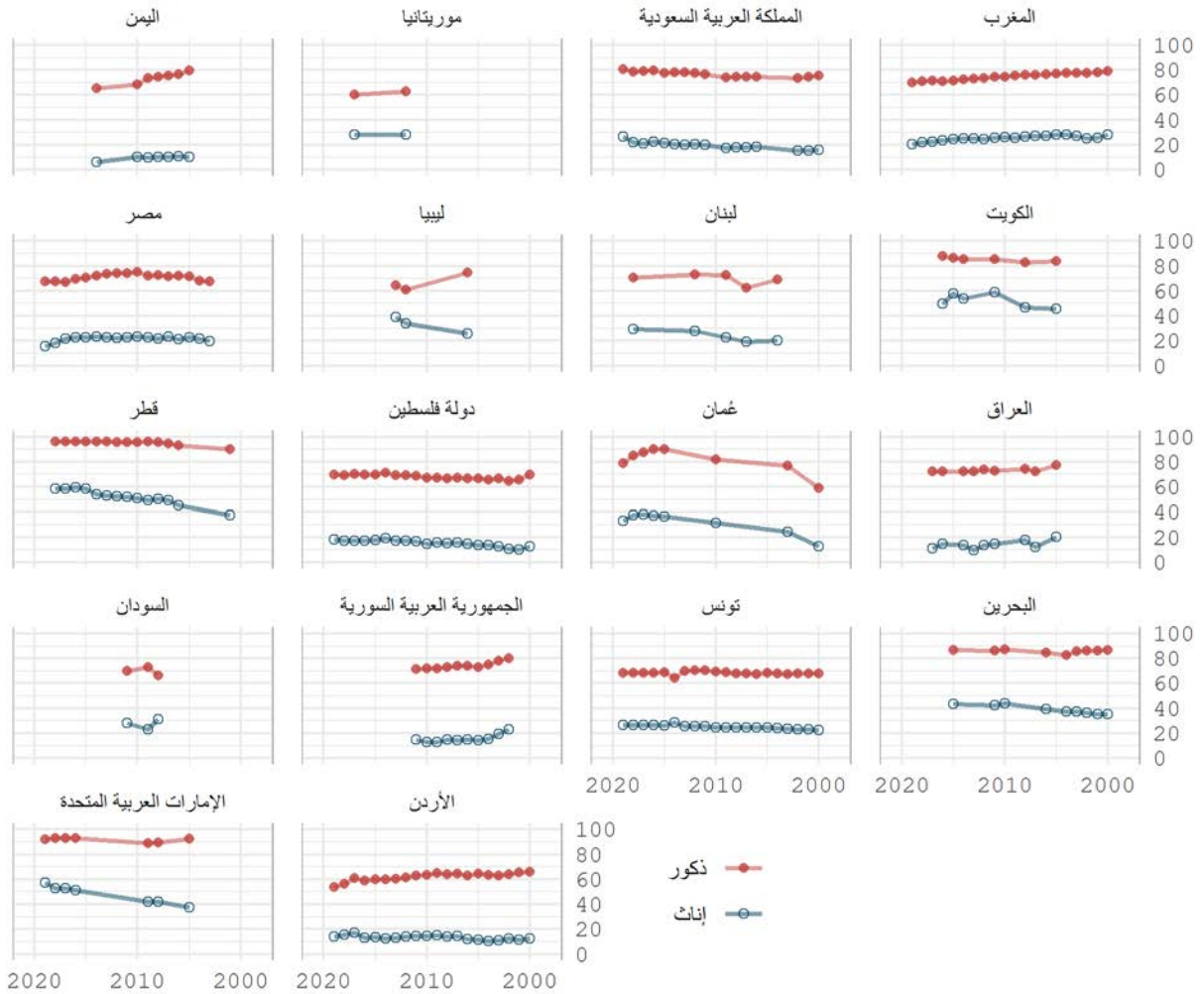
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

تتفاوت معدلات المشاركة في القوة العاملة بين أنحاء المنطقة. واستناداً إلى أحدث البيانات المتوفرة، بلغ معدل المشاركة في الأردن في المائة في عام 2019، وهو أدنى معدل في المنطقة، بعد المعدل لليمن الذي بلغ 36 في المائة في عام 2014. وقد سجلت قطر باستمرار أعلى معدل في المنطقة، وازداد هذا المعدل باطراد من 76 إلى 88 في المائة من عام 2000 إلى عام 2018. وأفاد معظم البلدان عن معدلات تتراوح بين 35 و55 في المائة في جميع السنوات التي تتوفر عنها بيانات، ولم تكن هناك اتجاهات هامة سائدة. فمثلاً، ظل المعدل في تونس بين عامي 2000 و2019 يتراوح بين 45 و48 في المائة.

مشاركة النساء في القوة العاملة أقل بكثير من مشاركة الرجال فيها

في الدول الأعضاء في الإسكوا الـ 18 جميعها، مشاركة النساء في القوة العاملة أقل من مشاركة الرجال فيها، وفي 14 منها، تقل معدلات المشاركة للنساء عن نصف معدلات المشاركة للرجال (الشكل 7-2). وقد تقلصت هذه الفجوة بين نوعي الجنس في بعض البلدان مع مرور الوقت، وتحديداً في قطر، إذ كانت الزيادة في معدل المشاركة الإجمالية للقوى العاملة مدفوعة بزيادة مشاركة النساء، من 45 في المائة في عام 2006 إلى 59 في المائة في عام 2018، بالمقارنة مع زيادة أصغر بثلاث نقاط مئوية بين الرجال من 93 إلى 96 في المائة خلال الفترة.

الشكل 7-2 معدل المشاركة في القوة العاملة، حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019



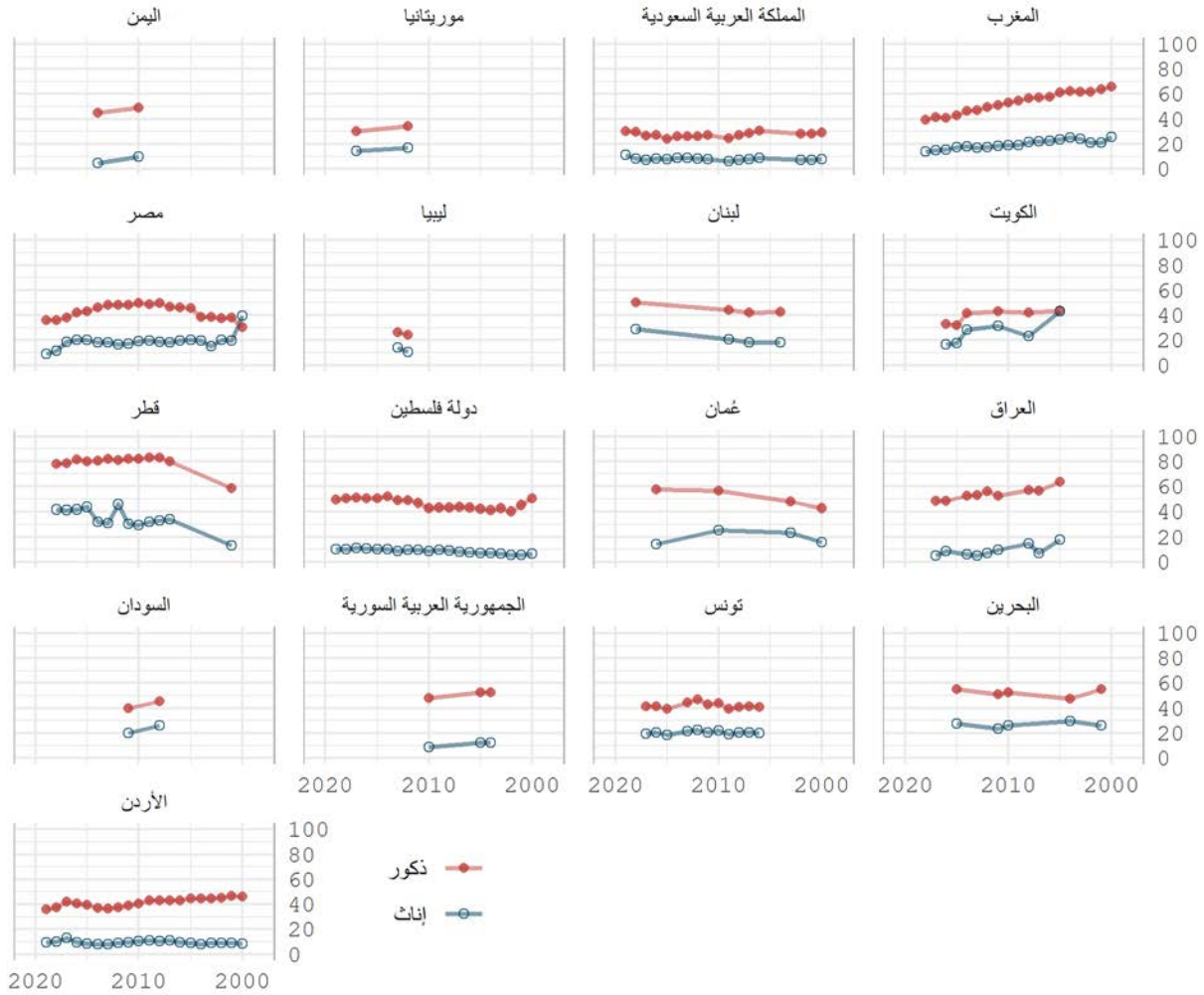
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

في المغرب، انخفضت معدلات المشاركة، وإن ببطء، من 79 في المائة للرجال و28 في المائة للنساء في عام 2006 إلى 70 و21 في المائة على التوالي في عام 2019. وفي اليمن، كانت نسبة الانخفاض في مشاركة الرجال والنساء أكثر بروزاً، من 79 في المائة للرجال و11 في المائة للنساء في عام 2005 إلى 65 و6 في المائة على التوالي في عام 2014. هكذا، وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة، مشاركة النساء في القوة العاملة هي الأدنى في اليمن.

معدل مشاركة الشباب في القوة العاملة في انخفاض في العراق والمغرب وفي ارتفاع في دولة فلسطين

كما في حالة البالغين، يشارك الشباب في القوة العاملة بمعدلات أعلى من معدلات مشاركة الشبابات (الشكل 3-7). غير أن الاتجاهات في معدلات مشاركة البالغين في القوة العاملة لا تنعكس بالضرورة في اتجاهات معدلات مشاركة الشباب، والعكس بالعكس. وفي العراق والمغرب، انخفضت معدلات مشاركة الشباب في القوة العاملة بسرعة أكبر من انخفاضها لدى البالغين. وفي الفترة من عام 2005 إلى 2017، انخفض المعدل للشباب انخفاضاً مطرداً من 64 إلى 49 في المائة، وللشابات من 18 إلى 5 في المائة. وفي المغرب على مدى فترة مشابهة، انخفضت باطراد نسبة الشباب المشاركين في القوة العاملة من 61 (2005) إلى 39 في المائة (2018)، وانخفضت النسبة للشابات باطراد من 23 (2005) إلى 14 في المائة (2018).

الشكل 3-7 معدل مشاركة الشباب في القوة العاملة (15-24 سنة)، حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

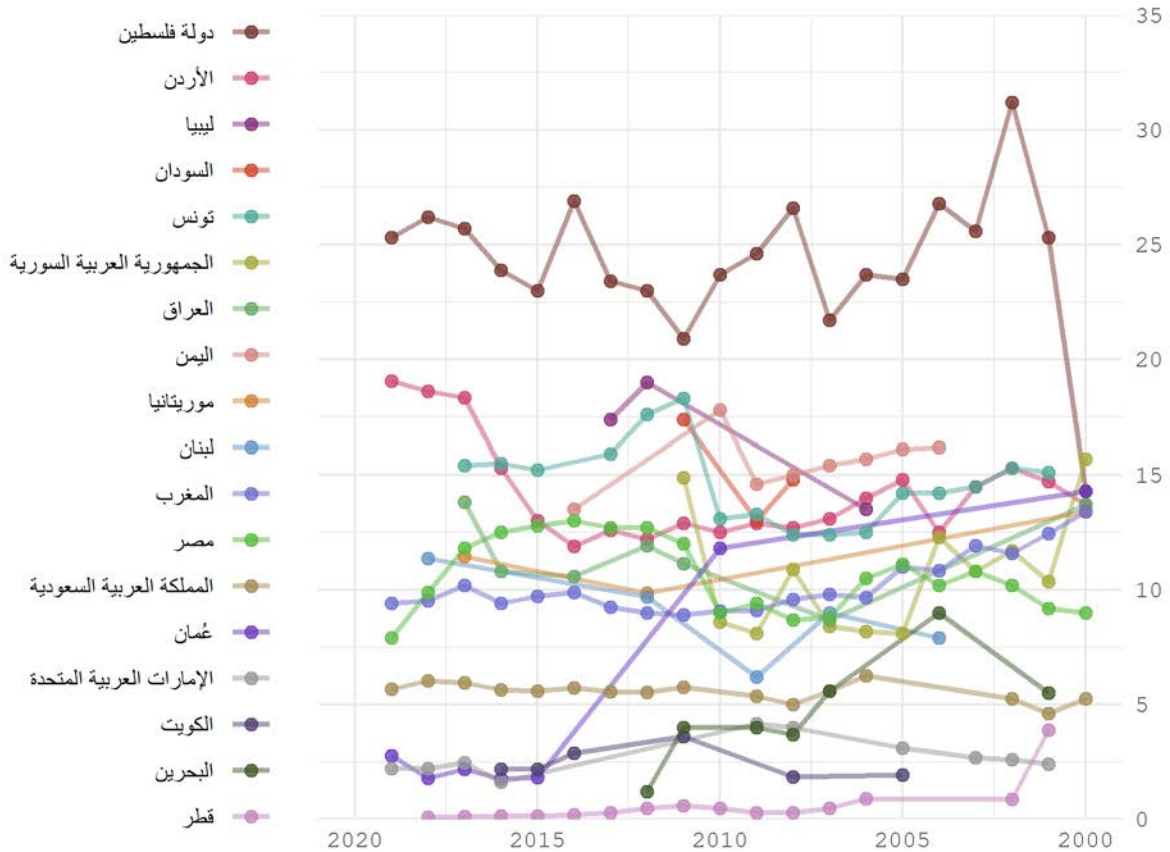
وقد ازدادت مشاركة الشباب في القوة العاملة في دولة فلسطين، من 43 في المائة للشباب و 8 في المائة للشابات في عام 2010 إلى 49 و 10 في المائة على التوالي في عام 2019.

أعلى معدل للبطالة في دولة فلسطين

كما يتضح أدناه في الشكل 4-7، تسجّل بلدان مجلس التعاون الخليجي، الإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية، باستمرار أدنى معدلات البطالة في المنطقة. ففي عام 2018، كان المعدل في قطر حوالي 0 في المائة. وفي المملكة العربية السعودية، التي سجلت أعلى معدل بين هذه البلدان الخمسة، كان 6 في المائة في عام 2019.

وعلى مدى الفترة من عام 2000 إلى عام 2019، سجّلت دولة فلسطين باستمرار أعلى معدل للبطالة في المنطقة، إذ تجاوز 20 في المائة سنوياً منذ عام 2001. كما أن المعدل في الأردن المجاور مرتفع أيضاً، وازداد مؤخراً، من 12 في المائة في عام 2014 إلى 19 في المائة في عام 2019؛ فكان ثاني أعلى معدل في المنطقة بين البلدان التي أبلغت عن أرقام البطالة منذ عام 2015. وخلال الفترة نفسها، انخفض المعدل في مصر باطراد من 13 في المائة في عام 2014 إلى 8 في المائة في عام 2019. وقد تكون البطالة أعلى، وتزداد بوتيرة أسرع، في البلدان المنكوبة بالنزاعات، كالجمهورية العربية السورية وليبيا واليمن، ولكن لا تتوفر للتحقق من ذلك بيانات حديثة العهد.

الشكل 4-7 معدل البطالة للفترة 2019-2000

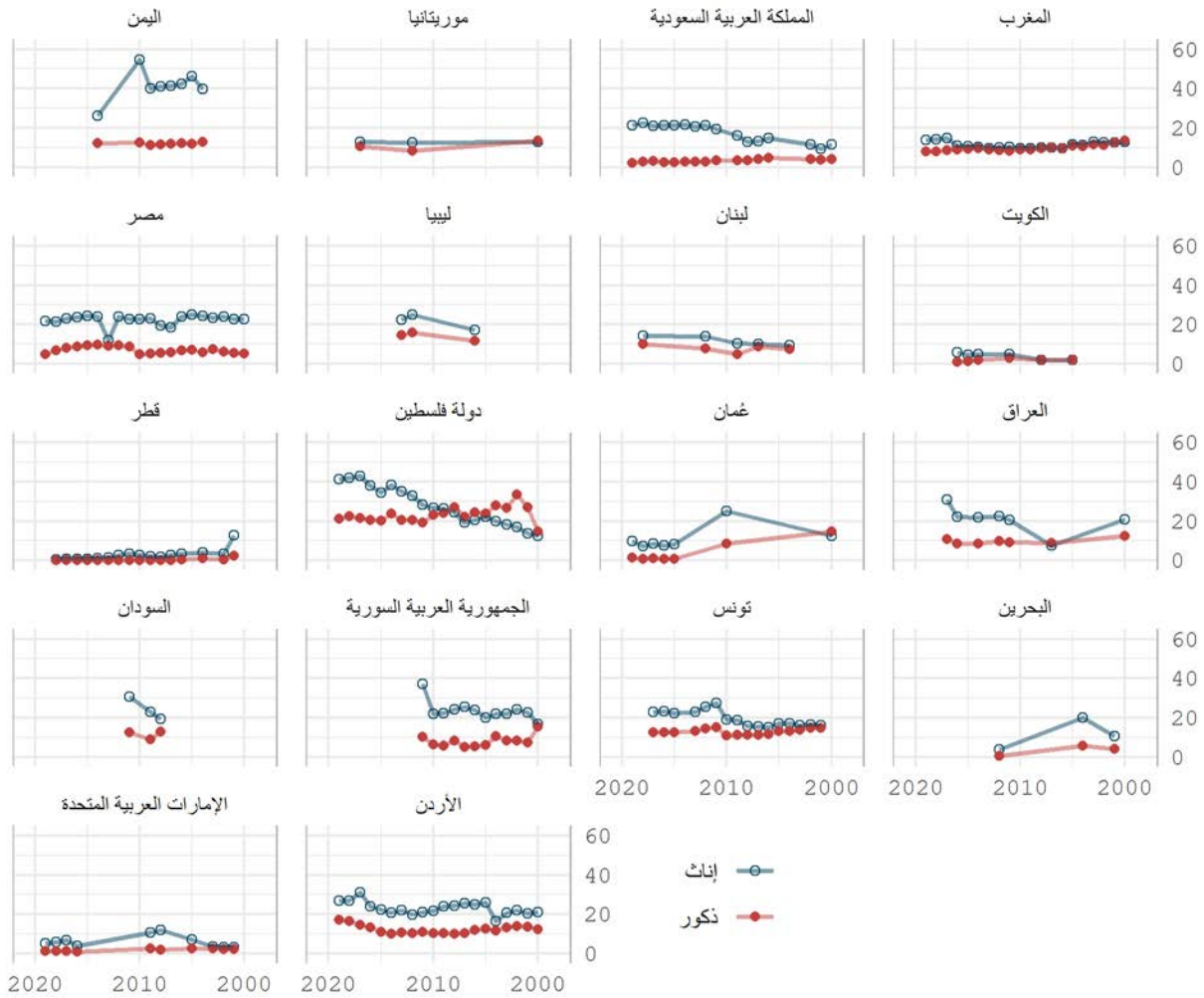


المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

معدل بطالة النساء مرتفع ويتزايد في دولة فلسطين

رغم أن النساء في المنطقة العربية يشاركن في القوة العاملة بمعدلات أدنى بكثير من معدلات مشاركة الرجال، لا ينعكس مدى هذا التباين بالضرورة في معدلات البطالة، التي تبدو أكثر تكافؤاً بين نوعي الجنس في بعض البلدان. ففي قطر، مثلاً، كانت للنساء مشابهة أو أعلى بقليل منها للرجال، وظلت كذلك مع مرور الوقت (الشكل 5-7). وفي المغرب، كانت معدلات بطالة الرجال والنساء متشابهة حتى وقت قريب. ففي الفترة من عام 2005 إلى 2015، كان الفارق أقل من نقطة مئوية واحدة، لكن بطالة النساء قفزت إلى 14 في المائة في عام 2019، بينما انخفضت لدى الرجال إلى 8 في المائة.

الشكل 5-7 معدل البطالة حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

مع ذلك، في المنطقة العربية احتمال أن تكون النساء عاطلات عن العمل أكبر مما في حالة الرجال، إلى درجة أن بطالة النساء تزايدت في الآونة الأخيرة في العراق ودولة فلسطين والكويت والمغرب والمملكة العربية السعودية. وقد ارتفعت بطالة النساء في تونس في عام 2011 إلى 27 في المائة، ما وسع الفجوة بين نوعي الجنس

إلى 12 نقطة مئوية؛ بينما كانت 5 نقاط مئوية فقط في عام 2008، ثم انخفضت قليلاً بعد عام 2011، لتصل إلى 10 نقاط مئوية في عام 2017.

بعد عام 2000، ازدادت بطالة النساء في المملكة العربية السعودية ودولة فلسطين، ما أدى إلى اتساع الفجوة بين نوعي الجنس مع انخفاض بطالة الرجال باطراد في الأولى وتقلبها في الثانية. وفي عام 2006، بلغت البطالة في المملكة العربية السعودية 15 في المائة بين النساء و5 في المائة بين الرجال؛ وبحلول عام 2011، ارتفعت بطالة النساء إلى 19 في المائة وانخفضت بطالة الرجال إلى 3 في المائة. ووفقاً لأحدث التقديرات، في عام 2019، بلغت بطالة النساء 21 في المائة والرجال 2 في المائة، ما يمثل تضاعف الفجوة بين نوعي الجنس منذ عام 2006، من 10 نقاط مئوية إلى 19 نقطة مئوية.

وقبل عام 2009، كانت بطالة النساء في دولة فلسطين أقل من بطالة الرجال؛ ولكن منذ ذلك الحين، ازدادت بطالة النساء بسرعة بينما استقرت بطالة الرجال. وفي عام 2019، كان معدل بطالة النساء 41 في المائة، بالمقارنة مع 27 في المائة في عام 2009. وعلى العكس من ذلك، كان معدل بطالة الرجال 24 في المائة في عام 2009، وانخفض إلى 19 في المائة في عام 2011، وهو أدنى معدل لبطالة الرجال سجّل منذ عام 2000. وارتفعت بطالة الرجال منذ ذلك الحين إلى 21 في المائة في عام 2019.

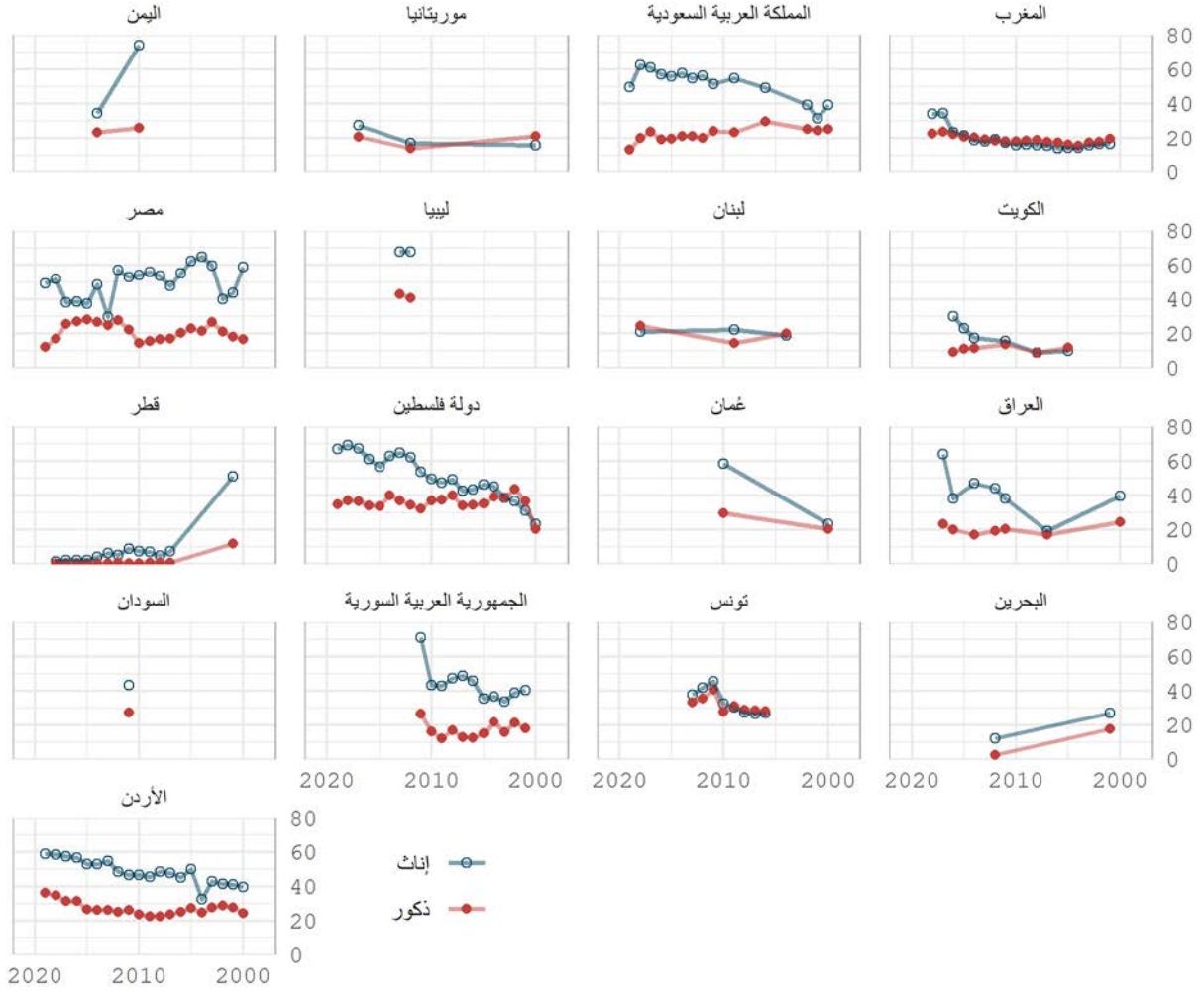
معدلات بطالة الشباب في انخفاض في مصر وفي ارتفاع في الأردن ودولة فلسطين

تتعرض الاتجاهات في معدلات بطالة البالغين في المنطقة العربية إلى حد كبير على بطالة الشباب، فهي متدنية (بالمقارنة مع المنطقة ككل) في بلدي مجلس التعاون الخليجي، قطر والكويت، ومرتفعة في الأردن وتونس ودولة فلسطين. ومنذ عام 2015، انخفضت بطالة الشباب في مصر بسبب انخفاض بطالة الشبان منهم حتى مع تزايد بطالة الشابات. وفي عام 2019، بلغ معدل بطالة الشبان 12 في المائة، أي أقل من نصف المعدل في عام 2015 الذي بلغ 28 في المائة، ولكن على مدى الفترة نفسها، ارتفعت نسبة بطالة الشابات من 38 إلى 50 في المائة.

ومن عام 2005 إلى عام 2015، ظلت فجوة نوعي الجنس من الشباب في المغرب صغيرة ومشابهة للفجوة في بطالة البالغين. وخلال هذه الفترة، وعلى عكس أي بلد آخر في المنطقة، أفاد المغرب أن معدلات بطالة الشابات أدنى قليلاً من معدلات بطالة الشبان. لكن بطالة الشابات ارتفعت في عام 2017 إلى 34 في المائة، بالمقارنة مع 27 في المائة للشبان.

وشهد الأردن، وإلى حد كبير دولة فلسطين، زيادات مطردة في بطالة الشباب منذ عام 2009، مدفوعة أساساً في دولة فلسطين بزيادة بطالة الشابات. وارتفعت معدلات بطالة الشبان والشابات في الأردن من 23 و46 في المائة على التوالي في عام 2009 إلى 36 و59 في المائة على التوالي في عام 2019. وخلال الفترة نفسها، ارتفعت بطالة الشابات في دولة فلسطين من 47 في المائة إلى 67 في المائة، وهي أعلى نسبة في المنطقة، بينما انخفضت بطالة الشبان بنقطتين مئويتين إلى 35 في المائة.

الشكل 7-6 معدل بطالة الشباب (15-24 سنة)، حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019



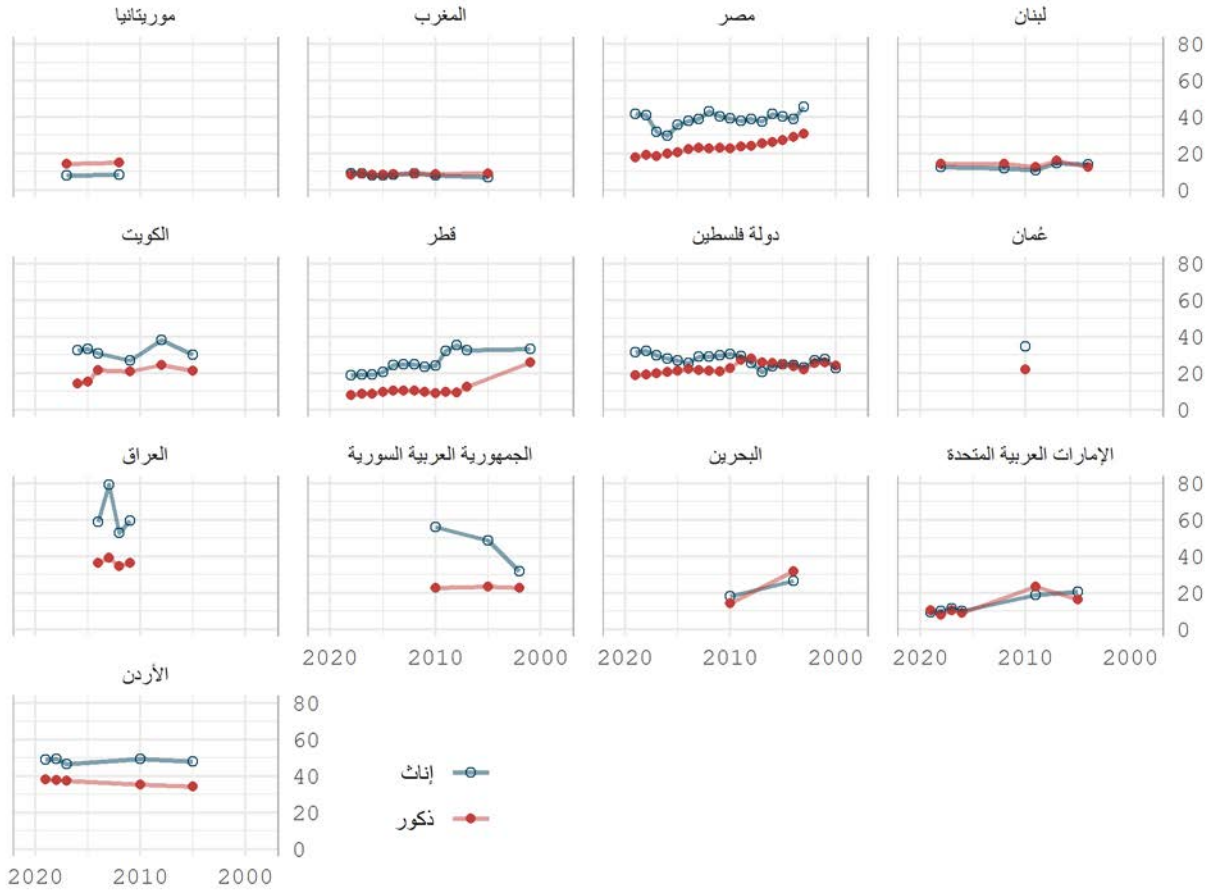
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

انخفاض العمالة في القطاع العام بين النساء في قطر وبين الرجال في الكويت

لا تتوفر البيانات المتعلقة بالعمالة حسب القطاع في المنطقة العربية قدر توفرها عن المشاركة في القوة العاملة والبطالة. ومن بين البلدان التسعة التي قدمت تقديرات منذ عام 2015 (الشكل 7-7)، إجمالي العمالة في القطاع العام أعلى في الأردن، إذ بلغ 49 في المائة من النساء العاملات و38 في المائة من الرجال العاملين في عام 2019.

وفي الفترة من عام 2014 إلى عام 2016، انخفضت نسبة العمالة للرجال في القطاع العام في الكويت انخفاضاً ملحوظاً من 22 إلى 14 في المائة، بينما ارتفعت للنساء قليلاً من 31 إلى 33 في المائة. وفي قطر، انخفضت للنساء في القطاع العام باطراد، من 32 في المائة في عام 2009 إلى 19 في المائة في عام 2018، بينما انخفضت للرجال بنقطتين مئويتين فقط، من 10 إلى 8 في المائة.

الشكل 7-7 النسبة المئوية للعمالة في القطاع العام حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019



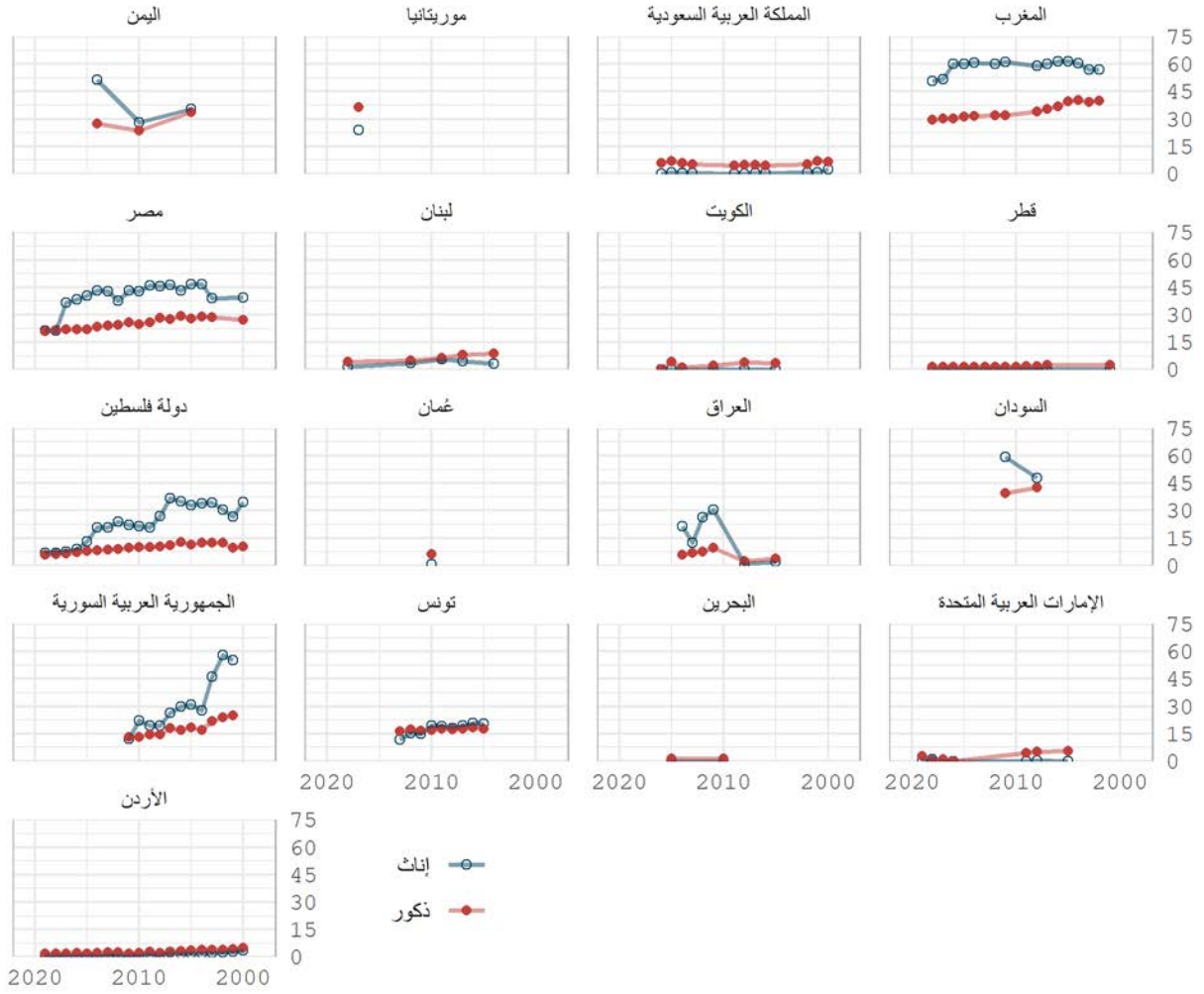
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

العمالة في الزراعة في انخفاض في دولة فلسطين ومصر والمغرب

نادراً ما يعمل العمال في بلدان مجلس التعاون الخليجي في الزراعة: فمن عام 2000 إلى 2019، كان أقل من 10 في المائة من الرجال والنساء يعملون في الزراعة في كل بلد من بلدان مجلس التعاون الخليجي (الشكل 7-8). وفيما يتعلق ببلدان مجلس التعاون الخليجي التي قدمت تقديرات منذ عام 2015، كانت أعلى نسبة من العاملين من الرجال أو النساء في الزراعة في المملكة العربية السعودية في عام 2016، عندما عمل في الزراعة 6 في المائة من الرجال.

وتشير التقديرات الخاصة بالأردن ولبنان إلى انخفاض معدلات العمالة في الزراعة، كما أنها كانت تتناقص مع مرور الوقت لنوعي الجنس كليهما. ففي الأردن، كان يعمل 4 في المائة من الرجال و2 في المائة من النساء في الزراعة في عام 2005؛ وبحلول عام 2019، انخفضت النسبة للرجال إلى 2 في المائة فقط وإلى أقل من 1 في المائة للنساء. وفي لبنان، انخفضت للرجال من 7 في المائة في عام 2009 إلى 4 في المائة في عام 2018، وعلى نحو مشابه، من 6 إلى 2 في المائة للنساء.

الشكل 7-8 النسبة المئوية للعمالة في الزراعة حسب نوع الجنس للفترة 2000-2019



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

على العكس من ذلك، تعمل في الزراعة نسب كبيرة من القوة العاملة في مصر والمغرب، وإن كانت هذه النسب تتناقص مع مرور الوقت. ففي مصر، كان يعمل 28 في المائة من الرجال و47 في المائة من النساء في الزراعة، لكن هاتين النسبتين انخفضتا إلى 25 للرجال و43 في المائة للنساء في عام 2010، واستمرت في الانخفاض باطراد لتبلغ 21 في المائة لنوعي الجنس كليهما في عام 2019. وفي المغرب، في الفترة من 2005 إلى 2016، انخفضت نسبة الرجال العاملين في الزراعة باطراد بينما ظلت ثابتة للنساء العاملات فيها. وفي عام 2017، انخفضت بحدّة للنساء، من 60 في المائة في عام 2016 إلى 52 في المائة في عام 2017، ثم إلى 51 في المائة في عام 2018.

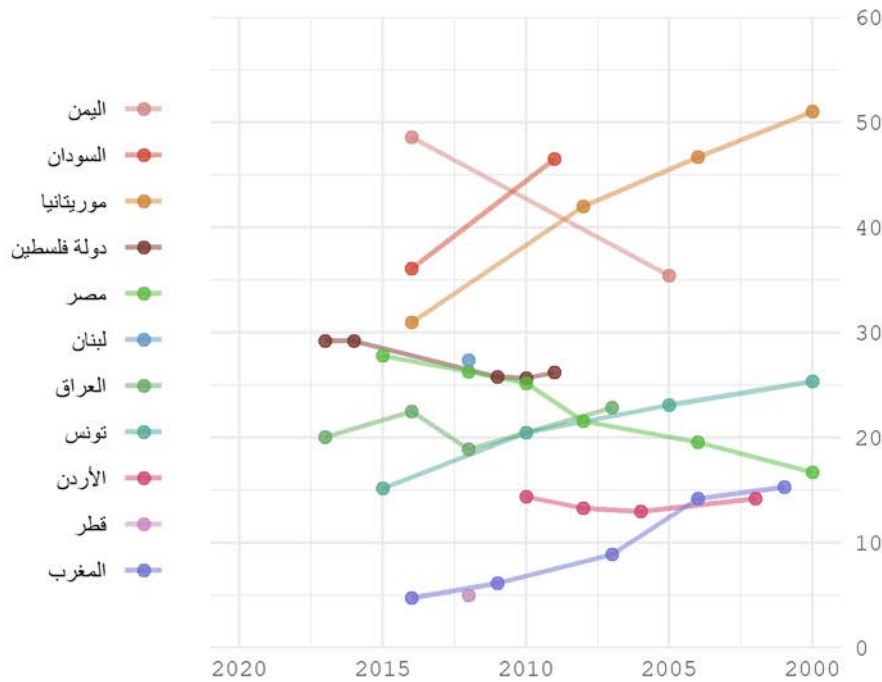
وشهدت دولة فلسطين انخفاضاً في العمل في الزراعة لنوعي الجنس كليهما، ولكن بمعدل أسرع للنساء. ووصل عمل النساء في الزراعة ذروته في عام 2007 عندما بلغ 37 في المائة وانخفض باطراد منذ ذلك الحين إلى 7 في المائة في عام 2019، بينما انخفض عمل الرجال من 11 إلى 6 في المائة.

ما زال خفض الفقر من أولويات خطط التنمية الدولية، وهو الهدف الأول من أهداف التنمية المستدامة الـ 17. وكما يجدر، يولي صانعو السياسات في المنطقة العربية مزيداً من الاهتمام لخفض الفقر والقضاء على الحرمان الشديد.

الفقر في تزايد في بعض البلدان

تُحدد نسبة عدد الفقراء على أنها النسبة المئوية للسكان الذين يعيشون تحت خط الفقر الوطني لأي بلد. ويبيّن الشكل 8-1 هذه النسبة في 11 بلداً عربياً تتوفر عنها بيانات. ومن بين هذه التقديرات، لم يكن لدى قطر ولبنان سوى تقدير واحد للفترة 2000-2019. وكما هو مبين بوضوح، ليس هناك اتجاه ثابت للفقر عبر البلدان خلال هذه الفترة، فقد ظلّ يتزايد في بعض البلدان بينما انخفض في أخرى. وسجلت قطر أدنى نسبة، بلغت 5 في المائة في عام 2010، بينما كانت النسبة الأعلى في اليمن، إذ بلغت 49 في المائة في عام 2014. وبفجوة كبيرة، يلي السودان، بثاني أعلى نسبة بلغت 36 في المائة في عام 2014.

الشكل 8-1 نسبة عدد الفقراء للفترة 2000-2017



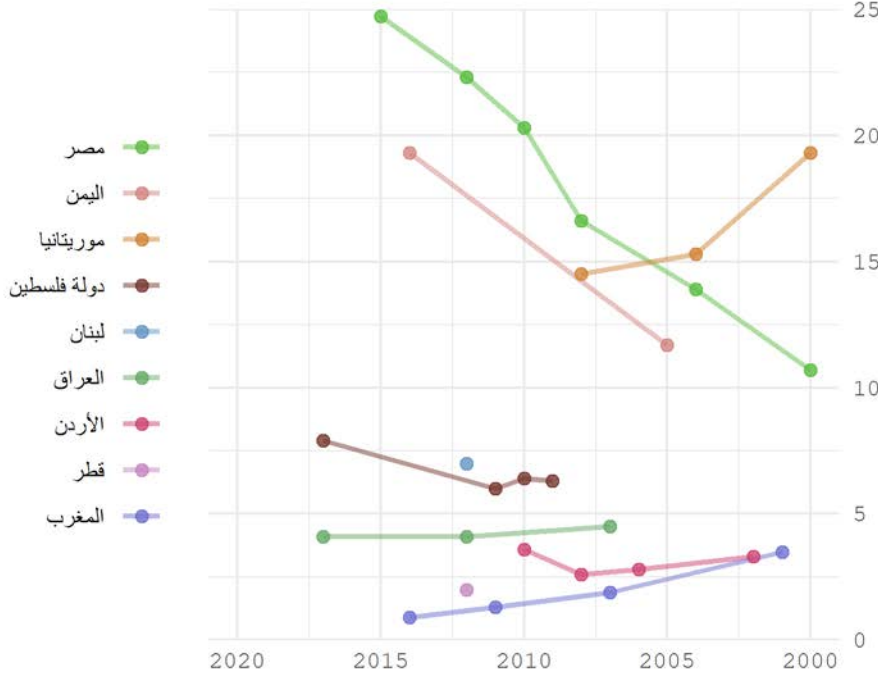
المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

فجوة الفقر في مصر هي الأوسع

وتعبر فجوة الفقر عن شدة الفقر أو عمقه. فعلى عكس نسبة العدد، وهي النسبة البسيطة لعدد الأشخاص تحت خط الفقر الوطني إلى إجمالي عدد السكان، تُبين فجوة الفقر، معبراً عنها كنسبة مئوية من خط الفقر الوطني، مدى بُعد الفقراء، في المتوسط، عن خط الفقر هذا.

ويقارن الشكل 8-2 فجوات الفقر في تسعة بلدان خلال الفترة 2000-2017، مع عدم توفر بيانات عن الاتجاهات في بلد واحد. وتتشابه الاتجاهات في فجوات الفقر مع اتجاهات أعداد الفقراء، إذ أن البلدان التي تتزايد فيها أعداد الفقراء لديها أيضاً فجوات فقر متزايدة، والعكس صحيح. وتجدر الإشارة إلى أن نسب فجوة الفقر لغالبية البلدان صغيرة إلى حد ما، إذ لدى ثلاثة بلدان فقط نسب تزيد عن 10 في المائة. وتسجل مصر أعلى فجوة فقر، وقد ازدادت هذه الفجوة باطراد من 11 في المائة في عام 2000 إلى 20 في المائة في عام 2010 وإلى 25 في المائة في عام 2015.

الشكل 8-2 فجوات الفقر للفترة 2017-2000



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

اللامساواة الأكبر في المملكة العربية السعودية والأصغر في قطر

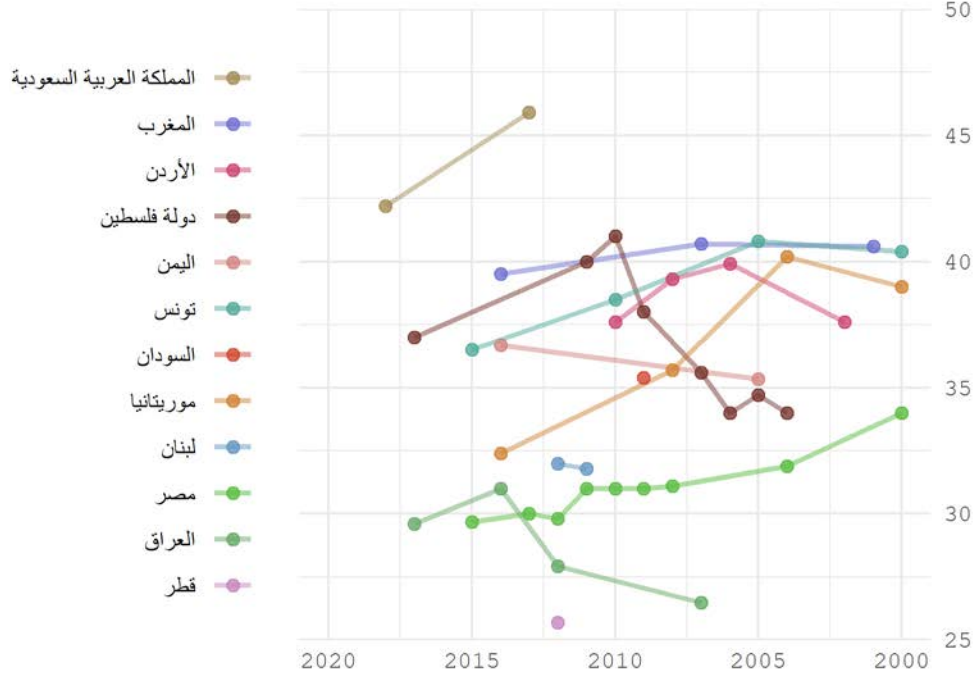
يقيس مؤشر جيني لأي من الاقتصادات مدى انحراف توزيع الدخل، أو في بعض الحالات، الإنفاق الاستهلاكي للأفراد أو الأسر المعيشية، عن حالة توزيع متساوٍ تماماً، وهو يتراوح من صفر للمساواة الكاملة إلى 100 للمساواة الكاملة.

تتوفر بيانات الاتجاه لمؤشر جيني لـ 12 بلداً. وكما هو مبين في الشكل 8-3، كانت هناك زيادة متواضعة في مستويات اللامساواة في بلدين وانخفاضاً متواضعاً في 8 بلدان، بينما ظلت مستقرة نسبياً في البلدان الأخرى مع مرور الوقت. وكانت مستويات اللامساواة في معظم البلدان منخفضة نسبياً إلى معتدلة. واستناداً إلى أحدث البيانات المتوفرة، كان التوزيع الأكثر انحرافاً في المملكة العربية السعودية، حيث بلغ مؤشر جيني 46 في عام 2013، وتليها المغرب عند حد 40 في العام نفسه؛ بينما بلغ في قطر، ولديها التوزيع الأقل انحرافاً، 26 في عام 2012، ويليهما العراق عند حد 28 في العام نفسه.

فجوات كبيرة في إجمالي الإنفاق الاستهلاكي بين أغنى خمس وأفقر خمس من السكان

هناك مقياس آخر للمساواة يُستخدم على نطاق واسع هو حصة دخل/إنفاق أغنى خمس وأفقر خمس من السكان من إجمالي الاستهلاك. ويبين الشكل 8-4 بيانات اتجاهات حصص الإنفاق هذه لسبعة بلدان، وتقديراً واحداً لبلدين اثنين. وقد كان هناك في خمسة بلدان انخفاض طفيف في اللامساواة، بينما لم يكن في بلدين اثنين غير زيادة طفيفة أو لا تغيير في اللامساواة مع مرور الوقت.

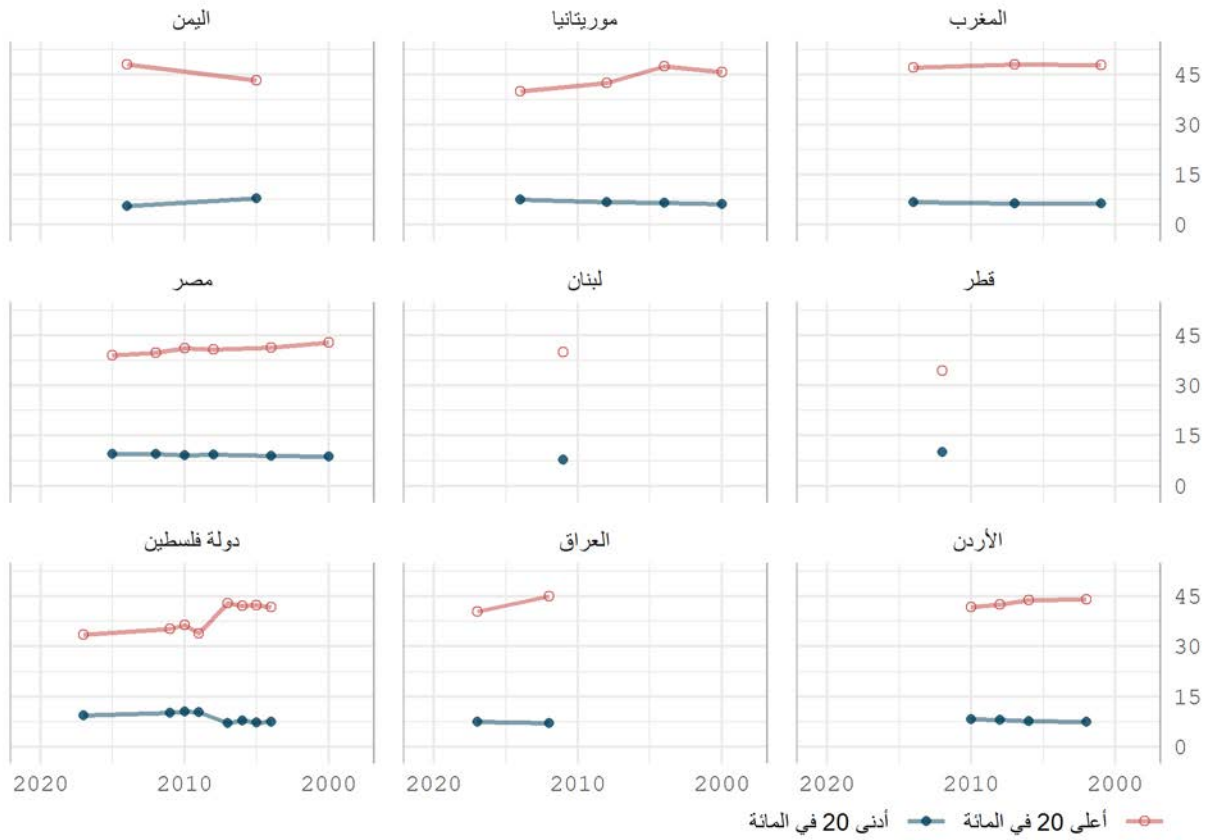
الشكل 8-3 مؤشر جيني للفترة 2000-2018



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

ينفق الخمس الأغنى من السكان في كل من المغرب واليمن (2014) أكبر حصة من إجمالي الإنفاق الاستهلاكي لأي من البلدان التي توفرت بيانات عنها (48 في المائة)؛ أما الحصة الأصغر (34 في المائة) فهي في قطر (2012) ودولة فلسطين (2017). وعلى العكس من ذلك، ينفق الخمس الأفقر في مصر (2015) ودولة فلسطين (2017) الحصة الأكبر من إجمالي الإنفاق (10 و 9 في المائة) أما الحصة الأصغر فهي في السودان والمغرب واليمن (أقل من 7 في المائة).

الشكل 8-4 حصة الدخل (الإنفاق) لدى أغنى خمس وأفقر خمس من السكان للفترة 2000-2017

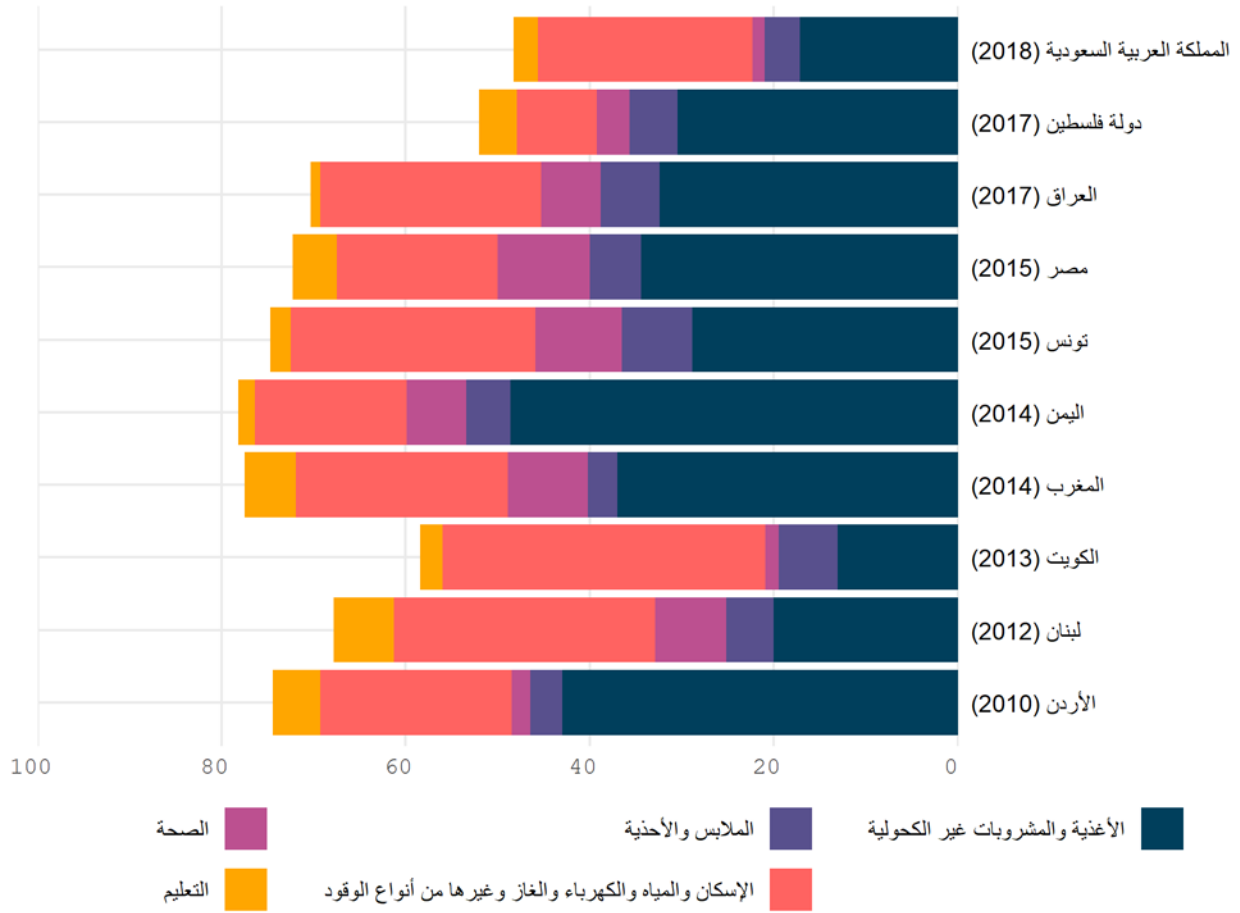


المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

الإنفاق الاستهلاكي على التعليم والصحة هو الأدنى

يبين الشكل 8-5 توزيع الإنفاق الاستهلاكي على فئات الإنفاق الرئيسية في 10 بلدان في المنطقة. وتستحوذ الأغذية والمشروبات غير الكحولية على أكبر حصة في الأردن (43 في المائة) وفي العراق (32 في المائة) وفي دولة فلسطين (31 في المائة) وفي مصر (34 في المائة) وفي اليمن (49 في المائة). وفي الكويت ولبنان والمملكة العربية السعودية، تذهب الحصة الأكبر للسكن والمياه والكهرباء والغاز وأنواع الوقود الأخرى. وفي جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات حديثة، تُنفق أصغر حصة على التعليم أو الصحة، باستثناء المغرب، إذ كانت على الملابس والأحذية (2 في المائة).

الشكل 5-8 توزيع الإنفاق الاستهلاكي، أحدث البيانات المتوفرة



المصدر: بيانات من أجهزة الإحصاء الوطنية، تجميع الإسكوا.

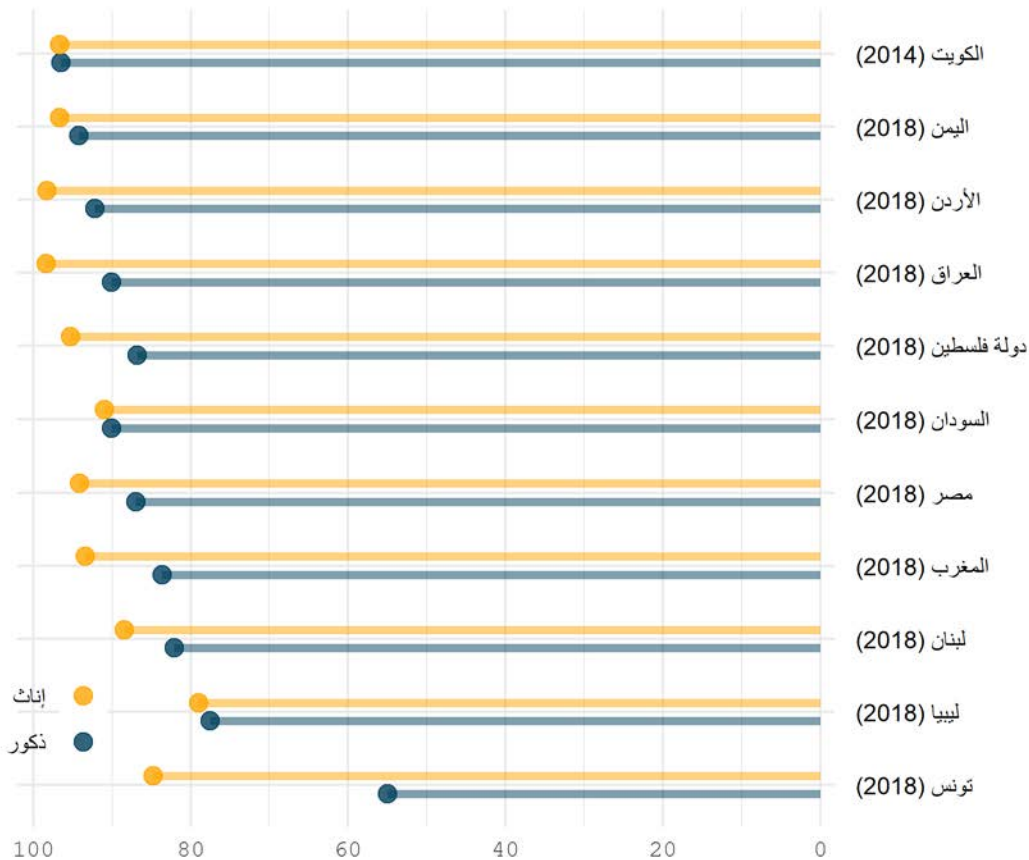
يمكن تعريف ثقافة منطقة معينة على أنها مزيج السمات والممارسات المادية والروحية والموضوعية والتاريخية المميزة لسكانها. وثقافة المنطقة العربية غنية ومتنوعة بشكل خاص.

بالإضافة إلى البيانات التي قدمتها أجهزة الإحصاء الوطنية، أخذت البيانات المستخدمة في هذا القسم من مسح الباروميتر العربي، ومن قاعدتين للبيانات على الإنترنت، قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء وقاعدة بيانات مؤشرات الاتصالات/تكنولوجيا المعلومات والاتصالات العالمية التابعة للاتحاد الدولي للاتصالات. وقد أُجري مسح الباروميتر العربي في خمس دورات، للفترات: 2009-2006، 2011-2010، 2014-2012، 2017-2016، 2019-2018. في هذا القسم، نركز فقط على أحدث دورة جُمعت فيها البيانات في عام 2018 من الأردن وتونس والسودان والعراق ودولة فلسطين ولبنان وليبيا ومصر والمغرب واليمن.

نسبة التدين مرتفعة وهي أعلى قليلاً بين النساء

في مسح الباروميتر العربي، طُلب من المجيبين تصنيف أنفسهم "متدينين" أو "متدينين إلى حد ما" أو "غير متدينين". ولأغراض هذا التحليل، جُمعت فئتا "متدينين" و"متدينين إلى حد ما"، وسيشار إليهما معاً كـ "متدينين". وترد نتائج المسح في الشكل 9-1.

الشكل 9-1 النسبة المئوية للتدين حسب نوع الجنس، أحدث البيانات المتوفرة



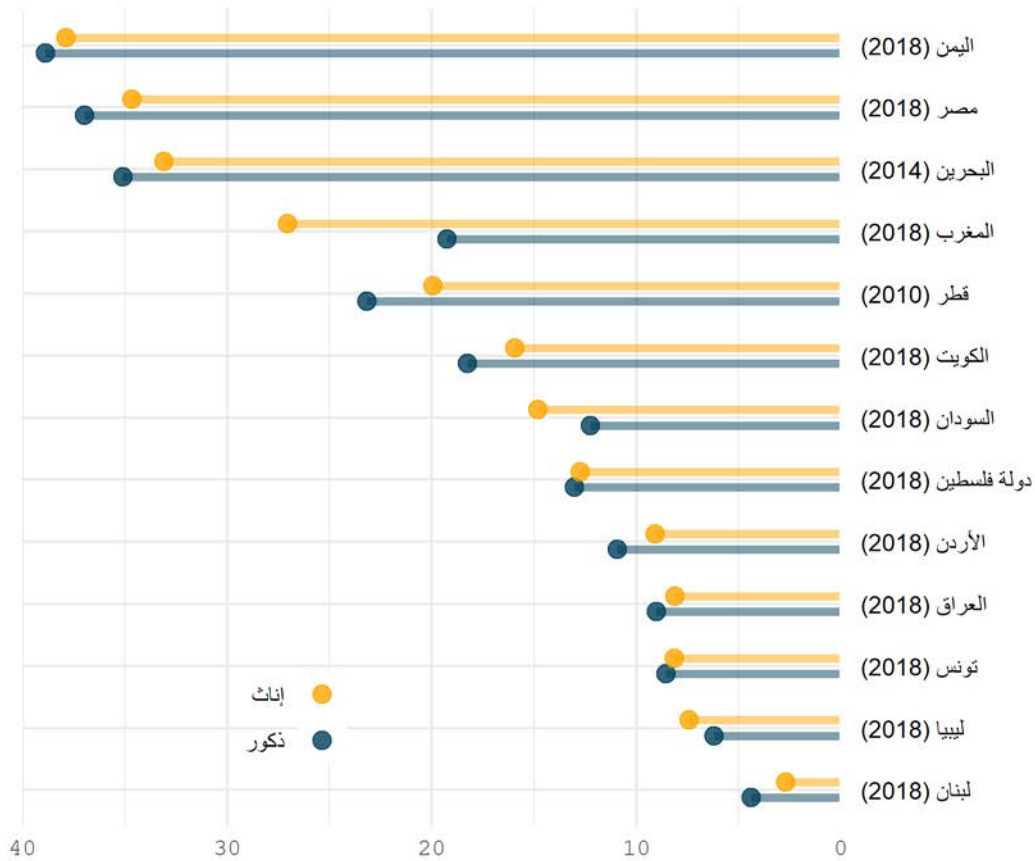
المصدر: بيانات من مسح الباروميتر العربي.

السكان البالغون في المنطقة العربية متدينون إلى حد كبير. وتقع تونس وليبيا في أدنى الطيف، إذ تبلغ نسبة المتدينين فيهما 78 و70 في المائة على التوالي. أما أعلى النسب في المنطقة فهي الأردن واليمن، إذ أن ما يزيد على 95 في المائة من السكان متدينون. وكما هو مبين في الشكل 9-1، النساء أكثر تديناً من الرجال بدرجات متفاوتة في جميع البلدان؛ ولا سيما في تونس إذ يبلغ الفرق بين نوعي الجنس في التدين نحو 30 نقطة مئوية.

تدني الثقة

الثقة في الآخرين متدنية عموماً (الشكل 9-2). وفي جميع البلدان، عدا مصر واليمن، أفاد أقل من 1 من بين كل 4 مجيبين أنه يمكن الوثوق بمعظم الأشخاص. وكان أدنى معدل في لبنان، إذ لم يجب سوى 4 في المائة من الرجال و3 في المائة من النساء بأن معظم الناس جديرون بالثقة، مقابل 39 و38 في المائة على التوالي في اليمن، وهما النسبتان الأعلى في المنطقة.

الشكل 9-2 النسبة المئوية للمجيبين الذين يعتقدون أن معظم الناس يمكن الوثوق بهم، حسب نوع الجنس، أحدث البيانات المتوفرة



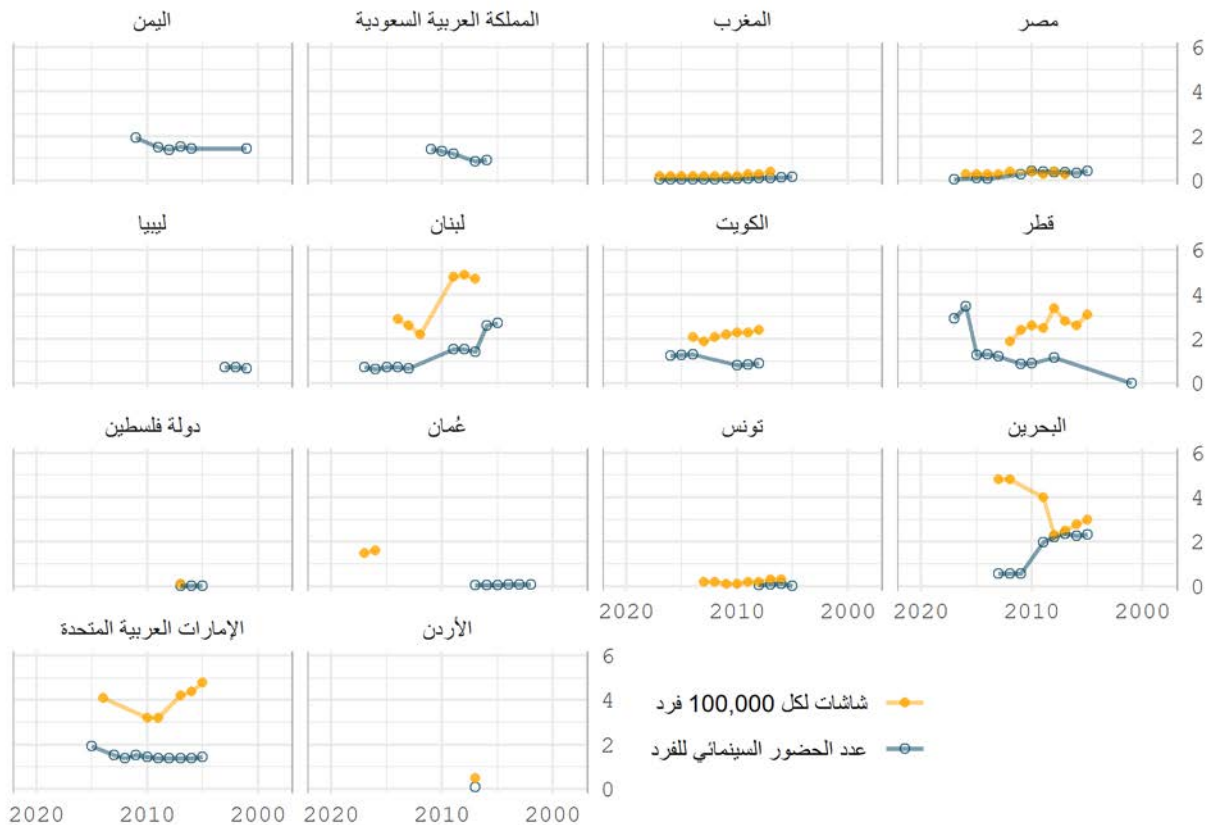
المصدر: بيانات من مسح الباروميتر العربي.

تدني ارتياد السينما وافتقار إلى البنية التحتية لها

يبين الشكل 9-3 عدد مرات ارتياد السينما للفرد الواحد وعدد الشاشات لكل 100 ألف نسمة. وتشير البيانات إلى تدني ارتياد السينما نسبياً وإلى افتقار إلى البنية التحتية لها. فمن البلدان العربية الست التي تتوفر عنها بيانات منذ عام 2015، احتلت قطر دون غيرها مرتبة في قائمة الـ 10 في المائة الأعلى من البلدان في العالم، إذ سجلت 3 زيارات للسينما للفرد الواحد في عام 2017، أي أكثر من ضعف ما كان عليه العدد 2008، عندما كان 1. وبخلاف ذلك، تشير التقديرات الأخيرة إلى أدنى من زيارتين للفرد الواحد للبلدان التي قدمت بيانات حديثة. وسجل كل من البحرين ولبنان انخفاضاً في الارتياح منذ عام 2005، من 2 إلى 1 في عام 2013 ومن 3 إلى 1 في عام 2017، على التوالي.

كم أن كثافة الشاشات متدنية على نحو مشابه. وقد كانت أعلى كثافة في المنطقة في البحرين (4.8 شاشة لكل 100 ألف نسمة في عام 2013)، وتضعها هذه النسبة خارج لائحة البلدان الـ 25 الأعلى في العالم في عام 2017. وبالمقارنة، كان لدى إسبانيا، التي احتلت المرتبة العاشرة في العالم في عام 2017، 9 شاشات لكل 100 ألف نسمة، أي ما يقرب من ضعف العدد النظير للبحرين. وقد تزايدت كثافة الشاشات في البحرين رغم انخفاض عدد الزيارات للسينما للفرد الواحد على مدى الفترة نفسها؛ فمن عام 2005 إلى عام 2013، ازداد عدد الشاشات لكل 100 ألف نسمة من 3 إلى 5. وعلى العكس من ذلك، تزامن انخفاض عدد الزيارات للسينما في لبنان عموماً مع انخفاض كثافة الشاشات، من 5 شاشات لكل 100 ألف نسمة في عام 2007 إلى 3 في عام 2014.

الشكل 9-3 عدد زيارات السينما للفرد الواحد، والشاشات لكل 100 ألف نسمة للفترة 2000-2017



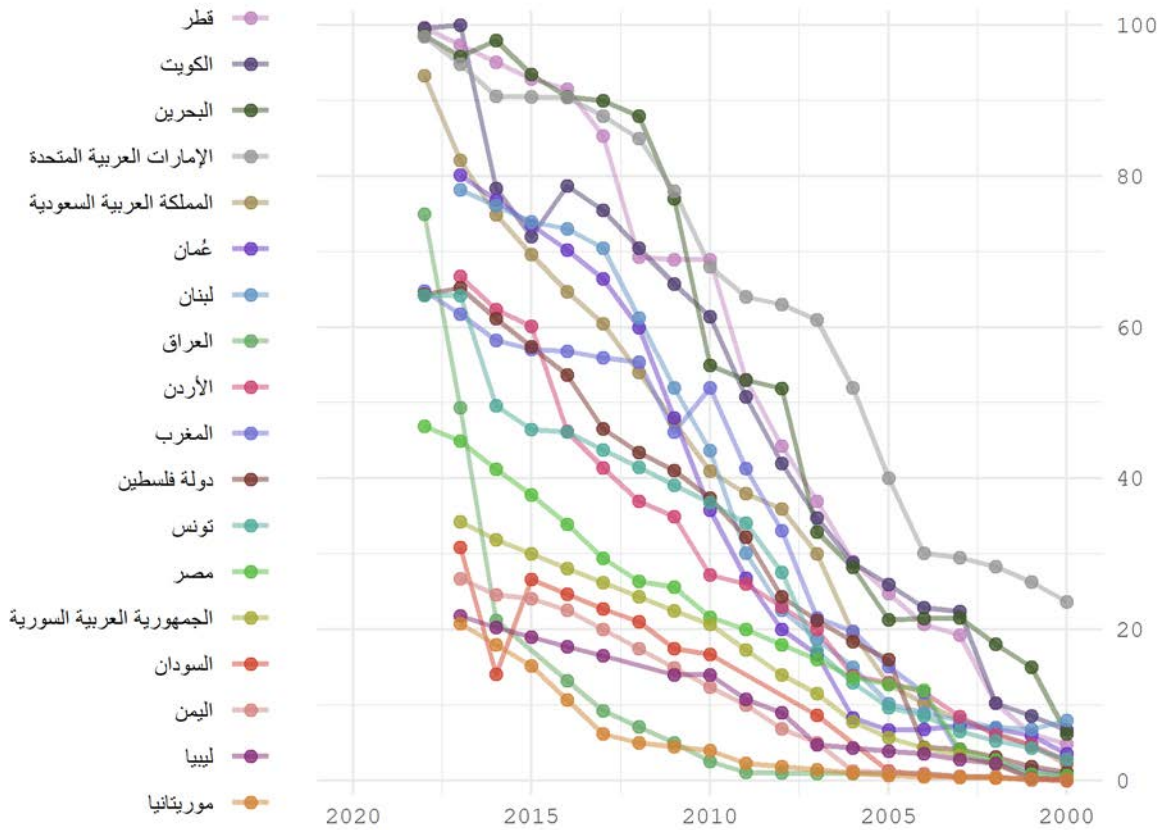
المصدر: قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء.

ازدياد هائل في استخدام الإنترنت

ازداد استخدام الإنترنت في المنطقة العربية زيادة كبيرة منذ عام 2005، عندما كان يستخدم الإنترنت أقل من 50 في المائة من مجموع السكان في الدول الـ 18 الأعضاء في الإسكوا (الشكل 9-4). ومنذ ذلك الحين أصبحت الإنترنت جزءاً رئيسياً من الثقافة الحديثة في المنطقة، لا سيما في بلدان مجلس التعاون الخليجي، التي شهدت زيادة في عدد مستخدمي الإنترنت بنحو عشرة أضعاف. وكانت أكبر زيادة على مدى السنوات العشر الماضية في العراق، من 3 اشتراكات فقط لكل 100 نسمة في عام 2010 إلى 75 في عام 2018. كما ازداد استخدام الإنترنت زيادة كبيرة في البحرين، من 55 في المائة من السكان في عام 2010 إلى 99 في المائة في عام 2018. وفي قطر والإمارات العربية المتحدة، ازداد الاستخدام أيضاً زيادة ملحوظة بين عامي 2010 و2018، من 69 إلى 99 في المائة ومن 68 إلى 98 في المائة، على التوالي.

وفي الأردن استخدم أكثر من ضعف عدد الأشخاص الإنترنت في عام 2017 بالمقارنة مع عام 2010، من 27 في المائة من السكان في عام 2010 إلى 67 في المائة في عام 2017. وشهدت دولة فلسطين زيادة مشابهة، من 37 في المائة في عام 2010 إلى 64 في المائة في عام 2018. ورغم أن استخدام الإنترنت ازداد باطراد في المنطقة العربية على مدى العقد الماضي، إلا أنه لا يزال في بعض البلدان غير واسع النطاق. ففي عام 2017، كان يستخدم الإنترنت أقل من نصف سكان الجمهورية العربية السورية والسودان وليبيا ومصر وموريتانيا واليمن.

الشكل 9-4 النسبة المئوية من السكان الذين يستخدمون الإنترنت للفترة 2000-2018



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

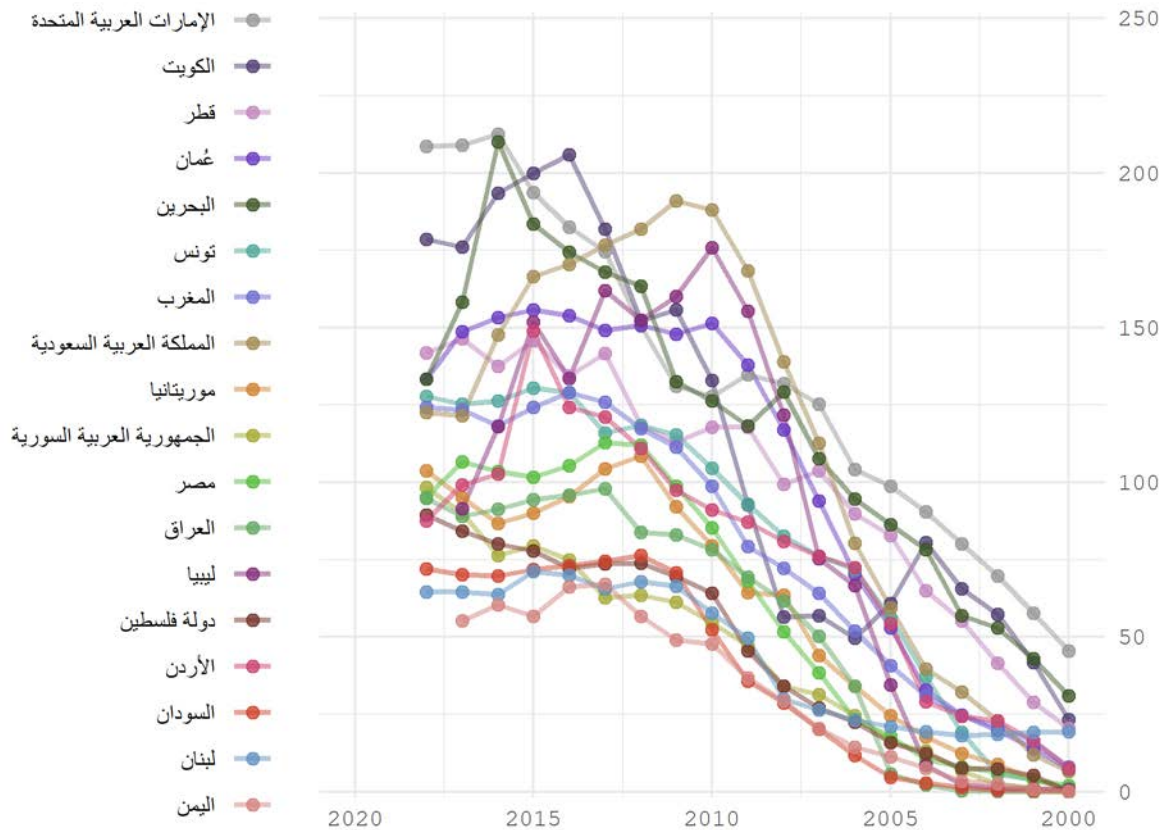
زيادة كبيرة في اشتراكات الهاتف الخليوي النقال للفترة 2000-2010

على نحو مشابه لمعدلات استخدام الإنترنت، أبلغت بلدان مجلس التعاون الخليجي عن أعلى معدلات اشتراكات الهاتف الخليوي النقال (الشكل 9-5). ووفقاً لأحدث البيانات المتوفرة، أبلغ كل من لبنان واليمن عن أدنى عدد من الاشتراكات لكل 100 نسمة، إذ بلغ 67 اشتراكاً في عام 2018 و55 اشتراكاً في عام 2017، على التوالي. وبالمقارنة، سجّلت جميع بلدان مجلس التعاون الخليجي ما لا يقل عن 120 اشتراكاً في عام 2018، وكان أعلى عدد من الاشتراكات في الإمارات العربية المتحدة وبلغ 209 اشتراكات.

وفي الفترة من عام 2000 إلى عام 2010، ازدادت اشتراكات الهاتف النقال بسرعة في أنحاء المنطقة. ففي عام 2000، أبلغ كل من السودان والجمهورية العربية السورية والعراق ودولة فلسطين واليمن عن صفر اشتراكات في الهاتف النقال لكل 100 نسمة؛ وبحلول عام 2010، كان عدد الاشتراكات في السودان 52 وفي الجمهورية العربية السورية 55 وفي العراق 78 وفي دولة فلسطين 64 وفي اليمن 48. وقد لوحظت أكبر الزيادات من عام 2000 إلى عام 2010 في كل من المملكة العربية السعودية وليبيا وعمان، إذ بلغ عدد الاشتراكات في الهاتف الخليوي النقال 181 و175 و144 لكل 100 نسمة، على التوالي.

وفي الفترة من عام 2010 إلى عام 2018، ازدادت الاشتراكات في الهاتف الخليوي النقال في أنحاء المنطقة بمعدل أبطأ بكثير مما في العقد السابق. وفي الواقع، انخفض عدد البلدان، وأساساً عمان وليبيا والمملكة العربية السعودية، التي شهدت أكبر زيادة في اشتراكات الهاتف الخليوي النقال لكل 100 نسمة في الفترة من عام 2000 إلى عام 2010. ففي ليبيا، انخفضت النسبة إلى النصف تقريباً، من 176 اشتراكاً في عام 2010 إلى 91 في عام 2017، بينما شهدت الإمارات العربية المتحدة أكبر زيادة، من 128 اشتراكاً في عام 2000 إلى 209 في عام 2018.

الشكل 5-9 اشتراكات الهاتف الخليوي النقال لكل 100 نسمة للفترة 2000-2018



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

المراجع

- Arab Barometer (2019). Available at www.arabbarometer.org. Accessed on 1 October 2020.
- Assaad, Ragui, and Caroline Krafft (2014). Youth transitions in Egypt: School, work, and family formation in an era of changing opportunities. Silatech Working Paper Series, No. 14-1. Doha, Silatech. Available at <https://www.silatech.org/wp-content/uploads/2018/12/youth-transitions-in-egypt-school-work-and-family-formation-in-an-era-of-changing-opportunities.pdf>.
- Barakat, Halim (1985). The Arab family and the challenge of social transformation. In *females and the Family in the Middle East: New Voices of Change*. Elizabeth Warnock Fernea, ed. Austin, Texas: University of Texas Press.
- Bunting, Annie (2005). Stages of development: marriage of girls and teens as an international human rights issue. *Social and Legal Studies*, vol. 14, No. 1, pp. 17-38.
- Coale, Ansley J. (1991). Excess female mortality and the balance of the sexes in the population: an estimate of the number of “missing females”, *Population and Development Review*, vol. 17, No. 3, pp. 517-523.
- Deaton, Angus, Javier Ruiz-Castillo and Duncan Thomas (1989). The influence of household composition on household expenditure patterns: theory and Spanish evidence. *Journal of Political Economy*, vol. 97, No. 1, pp. 179-200.
- Dong, E., Du, H., and Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet infectious diseases*, 20(5), 533-534.
- Khadr, Zeinab, and Laila El-Zeini (2003). Families and households: Headship and co-residence. In *The New Arab Family*, Nicholas Hopkins, ed. Cairo Papers in Social Science series, vol. 24, No. 1. Cairo: The American University in Cairo, pp. 140-164.
- Max Roser, Hannah Ritchie, Esteban Ortiz-Ospina and Joe Hasell (2020) – “Coronavirus Pandemic (COVID-19)”. Published online at [OurWorldInData.org](https://ourworldindata.org/coronavirus). Retrieved from: <https://ourworldindata.org/coronavirus> [Online Resource]. Accessed on 1 November 2020.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2011). Housing conditions. In *How's life? Measuring Well-being*. Paris, pp. 81-102.
- Rashad, Hoda (2000). Demographic transition in Arab countries: A new perspective. *Journal of Population Research*, vol. 17, No. 1, pp. 83-101. Available at www.springer.com.
- Rashad, Hoda, Magued Osman and Farzaneh Roudi-Fahimi (2005). *Marriage in the Arab world*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Roudi-Fahimi, Farzaneh, and Shaimaa Ibrahim (2013). Ending child marriage in the Arab region. Policy Brief (May). Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Salehi-Isfahani, Djavad (2013). The role of the family in social integration in the Middle East and North Africa. *DIFI Family Research and Proceedings*, No. 1, Special issue on Protecting the Arab Family from Poverty: Employment, Social Integration and Intergenerational Solidarity.

- Tabutin, Dominique and Bruno Schoumaker (2012). *The demographic transitions: characteristics and public health implications*. In *Public Health in the Arab World*, Samer Jabbour and others, eds. Cambridge: Cambridge University Press.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019a). *World Population Prospects 2019*, Online Edition, Rev. 1. Available at <https://population.un.org/wpp/>.
- _____ (2019b). *International Migrant Stock 2019* (United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2019). Available at <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp>.
- United Nations, Economic and Social Commission for Western Asia (2015). *Towards better measurement of poverty and inequality in the Arab countries: a proposed pan-Arab multipurpose survey (E/ESCWA/SD/2014/WP.1)*. Beirut.
- United Nations, Economic and Social Commission for Western Asia (2020, July 23). *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on the Arab Region An Opportunity to Build Back Better*. Retrieved from https://www.unescwa.org/sites/www.unescwa.org/files/sg_policy_brief_covid-19_and_arab_states_english_version_july_2020.pdf.
- United Nations, Office of the High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2017). *Population Statistics Database*. Available at <http://popstats.unhcr.org/en/overview>. Accessed on 1 December 2017.
- United Nations Population Fund (2013). *Motherhood in Childhood: Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy*. Sales No. E.13.III.H.1.
- United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA) (2017). *UNRWA in Figures*. Available at <https://www.unrwa.org/resources/about-unrwa/unrwa-figures-2017>.
- United Nations Statistics Division (UNSD). (2015). *Millennium Development Goals Indicators – the official United Nations site for the MDG Indicators*. New York, USA. Available at <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Metadata.aspx?IndicatorId=0&SeriesId=730>.
- World Health Organization (2011a). *Monitoring Maternal, Newborn and Child Health: Understanding Key Progress Indicators*. Geneva.
- _____ (2011b). *World report on disability 2011*. Geneva.
- _____ (2015). *WHO recommendations for routine immunization—summary tables, 2015*. Available at https://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/.
- _____ (2017). *Global Health Observatory Database: Non-communicable Diseases*. Geneva. Available at www.who.int. Accessed on 1 December 2017.
- World Values Survey Association (2017). *World Values Survey Database*. Vienna. Available at www.worldvaluessurvey.org. Accessed on 1 December 2017.



هذا الإصدار هو الأحدث من سلسلة تصدر كل سنتين عن شعبة الإحصاء في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا). وفي السابق، كان عنوان التقرير «المجتمع العربي: مجموعة الإحصاءات والمؤشرات الديمغرافية والاجتماعية»، ولكن مع تجدد التركيز على عرض البيانات مفصلة حسب الفترات الزمنية، غُيّر العنوان إلى «المجتمع العربي: الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية». وبتركيزه على الديناميات السكانية، وتركيبه الأسرة المعيشية، وظروف الإسكان، والصحة، والتعليم، والعمل، والفقير، وانعدام المساواة، والثقافة، والمشاركة الاجتماعية، يقدم التقرير عرضاً موسعاً للمجتمع العربي وطرق تغييره.

استمدت البيانات أساساً من أجهزة الإحصاء الوطنية في البلدان الأعضاء في الإسكوا، واستُكملت ببيانات متاحة للعموم صادرة عن هيئات دولية، مثل مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة العمل الدولية، والبنك الدولي، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو).

