المجتمع العربي
الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية

إصدار رقم 16

2022

الأمم المتحدة
الاسكوا
ESCWA

ازدهارُ البلدان كرامةُ الإنسان

الأمم المتحدة
الاسكوا
ESCWA

ازدهارُ البلدان **كرامةُ الإنسان**

رؤيتنا

طاقاتٌ وابتكار، ومنطقتُنا استقرارٌ وعدلٌ وازدهار

رسالتنا

بشغَف وعزْم وعَمَل: نبتكِر، ننتج المعرفة، نقدِّمُ المشورة،
نبني التوافق، نواكب المنطقة العربية على مسار خطة عام 2030.

يداً بيد، نبني غداً مشرقاً لكلِّ إنسان.

E/ESCWA/CL4.SIT/2022/2

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

المجتمع العربي
الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية

إصدار رقم 16
2022

الأمم المتحدة
بيروت

شكر وتقدير

يتوجه المؤلفون بالشكر إلى أجهزة الإحصاء الوطنية في الدول الأعضاء لتزويدها اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) بالبيانات اللازمة. لا ترد في هذه الدراسة جميع المؤشرات المتوفرة، وللاطلاع على مجموعة الجداول كاملة يرجى زيارة الموقع الإلكتروني للإسكوا. وتضمّنت الوثيقة أكبر قدر ممكن من البيانات التي تلقيناها من الدول الأعضاء، إلاّ أنه جرى استبعاد بعضها لضمان الاتساق في المنهجية وفي السلاسل الزمنية. يبلغ عدد البلدان الأعضاء في الإسكوا ما مجموعه 20 بلداً. ويتضمن هذا المنشور بيانات وتحليلات عن 18 بلداً انضم إلى الإسكوا قبل عام 2020. وسيتضمن الإصدار التالي من هذا المنشور أيضاً بيانات وتحليلات عن الجزائر والصومال، اللذين انضما إلى الإسكوا في عام 2020.

أعدَّ هذا المنشور مروان خواجا، وإيبيك ديدوغلو، وهونغ بوم تشونغ، ومصطفى خواجا، وزينة سنو، ودينا قرانوح، تحت إشراف حيدر فريحات، رئيس مجموعة الإحصاء ومجتمع المعلومات والتكنولوجيا.

ويود المؤلفون أن يشكروا أيضاً علي معتوق ومحمد العباس على مساعدتهما في معالجة البيانات وعرضها.

تمهيد

«المجتمع العربي: الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية»، الإصدار رقم 16، هو الأحدث في سلسلة تصدر كل سنتين عن مجموعة الإحصاء ومجتمع المعلومات والتكنولوجيا التابعة للجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا). ويركز التقرير على الديناميات السكانية، وتركيبة الأسرة المعيشية، وتكوين العائلة، وظروف السكن، والصحة، والعمل، والفقر وعدم المساواة، والتعليم، والثقافة والمشاركة الاجتماعية، وتأثير جائحة فيروس كورونا (كوفيد-19)، فيقدم من خلال ذلك نظرة شاملة ومحدّثة عن المجتمع العربي، ويبيّن كيف يتغيّر المجتمع عبر بلدان منطقة الإسكوا ويحدّد عدداً من العوامل التي قد تكمن وراء هذه الاتجاهات. وقد استُمِدت البيانات أساساً من المكاتب الإحصائية الوطنية للدول الأعضاء في الإسكوا، واستُكمِلت ببيانات من مجموعة واسعة من المنظمات الدولية.

تمّت صياغة هذا التقرير مع أخذ جمهور واسع في الاعتبار، بما في ذلك صانعي السياسات ومقدمي الخدمات والباحثين والمعلمين في المؤسسات الأكاديمية والصحفيين والموظفين في مكاتب الإحصاء الوطنية والجمهور بشكل عام.

المحتويات

شكر وتقدير 2
تمهيد 3
الرسائل الرئيسية 8
مقدمة 12

01 السكان 16
02 الأسر المعيشية والعائلات 32
03 ظروف المساكن 42
04 الصحة 52
05 التعليم 76
06 العمل 86
07 مرض فيروس كورونا (كوفيد-19) 70
08 الفقر وعدم المساواة 100
09 الثقافة 108

المراجع 116

قائمة الأشكال

الشكل 1–1 معدل النمو السكاني السنوي، 2001-2021 19
الشكل 1–2 أعداد السكان بالملايين، 2000-2021 19
الشكل 1–3 المواطنون وغير المواطنين حسب نوع الجنس في بلدان مجلس التعاون الخليجي، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة 21
الشكل 1–4 مصر: الهرم السكاني، 2021؛ متوسط العمر المتوقع ومعدل الخصوبة، 2000-2021 21
الشكل 1–5 البحرين: الهرم السكاني، 2021؛ متوسط العمر المتوقع ومعدل الخصوبة، 2000-2021 22
الشكل 1–6 نسبة الذكور إلى الإناث، 2000-2021 23
الشكل 1–7 السكان حسب الفئة العمرية ونوع الجنس، 2021 24
الشكل 1–8 معدلات الخصوبة الكلية بين النساء في الفئة العمرية 15-49 سنة، 2000-2021 25
الشكل 1–9 العمر المتوقع عند الولادة لإجمالي السكان، حسب نوع الجنس، 2000-2021 26
الشكل 1–10 معدلات وفيات الرضَّع، 2000-2021 28
الشكل 1–11 أعداد المهاجرين الدوليين، بالملايين، 2020 29

الشكل 1–12 أعداد المهاجرين الدوليين في منتصف العام، 2000-2020 30
الشكل 1–13 اللاجئون حسب البلد/منطقة اللجوء بالملايين، 2000-2020 31
الشكل 2–1 متوسط حجم الأسرة المعيشية، 2000-2020 34
الشكل 2–2 الأسر المعيشية التي ترأسها نساء، 2000-2020 35
الشكل 2–3 حالات الزواج المسجّلة، 2000-2020 36
الشكل 2–4 حالات الطلاق المسجّلة، 2000-2020 37
الشكل 2–5 الحالة الزواجية للنساء حسب الفئة العمرية، تقديرات تستند إلى أحدث البيانات المتاحة..... 38
الشكل 2–6 الفتيات اللواتي سبق لهن الزواج وتتراوح أعمارهن بين 15 و19 عاماً، تقديرات تستند إلى أحدث البيانات المتاحة 39
الشكل 2–7 النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاماً والمتزوجات من رجال لديهم زوجة ثانيةً أو أكثر، وفقاً لأحدث التقديرات المتاحة..... 40
الشكل 2–8 النساء اللواتي لم ينجبن قط، حسب الفئة العمرية، وفقاً لأحدث التقديرات المتاحة 41
الشكل 3–1 الوحدات السكنية المشغولة حسب حيازة الوحدة السكنية، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة..... 44
الشكل 3–2 الوحدات السكنية المشغولة حسب حيازة الوحدة السكنية، وحسب المنطقة، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة 45
الشكل 3–3 الوحدات السكنية المشغولة حسب نوع أماكن الإقامة وحسب المنطقة، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة 46
الشكل 3–4 الأسر المعيشية التي تستخدم مصدراً محسّناً لمياه الشرب، وحسب المنطقة، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة 47
الشكل 3–5 الأسر المعيشية التي تستخدم مرافق صرف صحي محسّنة، حسب المنطقة، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة 48
الشكل 3–6 الأسر المعيشية المزودة بالكهرباء، حسب المنطقة، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة 49
الشكل 3–7 نسبة سكان المدن الذين يعيشون في أحياء فقيرة أو مستوطنات غير رسمية أو مساكن غير لائقة، 2000-2018 50
الشكل 4–1 النسبة المئوية لانتشار وسائل منع الحمل، للفترة 2000–2021 54
الشكل 4–2 الرعاية قبل الولادة، أربع زيارات على الأقل، 2000-2021 55
الشكل 4–3 الولادات بإشراف أخصائي صحي ماهر، 2000-2021 57
الشكل 4–4 نسبة وفيات الأمهات، 2000-2021 58
الشكل 4–5 معدلات تغطية التحصين، 2000-2021 59
الشكل 4–6 التقزُّم حسب نوع الجنس، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة..... 61
الشكل 4–7 الهزال حسب نوع الجنس، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة..... 61
الشكل 4–8 نقص الوزن حسب نوع الجنس، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة..... 62
الشكل 4–9 انتشار الإعاقة، حسب نوع الجنس، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة 63
الشكل 4–10 البدانة لدى البالغين، حسب نوع الجنس، 2000-2016 64
الشكل 4–11 الإنفاق على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، 2000-2019 66
الشكل 4–12 نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة، 2000-2019 67
الشكل 4–13 كثافة العاملين في الرعاية الصحية لكل 10,000 نسمة، 2000-2021 68
الشكل 4–14 عدد المستشفيات، 2000-2021 69

الشكل 5–1 المتوسط اليومي الممهد لسبعة أيام لعدد الحالات المؤكدة الجديدة لكوفيد-19 لكل 100,000 نسمة، من شباط/فبراير 2020 إلى أيلول/سبتمبر 2022 72
الشكل 5–2 عدد حالات كوفيد-19 المؤكدة التراكمية لكل 100,000 نسمة، من شباط/فبراير 2020 إلى أيلول/سبتمبر 2022 72
الشكل 5–3 عدد الوفيات المؤكدة التراكمية الناجمة عن كوفيد-19 لكل 100,000 نسمة، من شباط/فبراير 2020 إلى أيلول/سبتمبر 2022 74
الشكل 5–4 السكان الذين أكملوا بروتوكول التطعيم الأولي ضد كوفيد-19 بين كانون الثاني/يناير 2021 وأيلول/سبتمبر 2022 75
الشكل 6–1 معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين، 15 سنة وأكثر، حسب نوع الجنس، 2000-2020 78
الشكل 6–2 معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لدى الشباب، 15-24 سنة، حسب نوع الجنس، 2000-2020 79
الشكل 6–3 نسبة الالتحاق بالتعليم الابتدائي، حسب نوع الجنس، 2000-2020 80
الشكل 6–4 نسبة الالتحاق بالتعليم الثانوي، حسب نوع الجنس، 2000-2020 82
الشكل 6–5 نسبة التلاميذ إلى المعلمين في التعليم الابتدائي، 2000-2020 83
الشكل 6–6 نسبة التلاميذ إلى المعلمين في التعليم الثانوي، 2000-2020 84
الشكل 6–7 الإنفاق على التعليم كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي، 2000-2021 85
الشكل 7–1 معدل المشاركة في القوى العاملة، 2000-2021 88
الشكل 7–2 معدل المشاركة في القوى العاملة، حسب نوع الجنس، 2000-2021 90
الشكل 7–3 معدل مشاركة الشباب في القوى العاملة، حسب نوع الجنس، 2000-2021 91
الشكل 7–4 معدل البطالة، 2000-2021 93
الشكل 7–5 معدل البطالة، حسب نوع الجنس، 2000-2021..... 94
الشكل 7–6 معدل بطالة الشباب، حسب نوع الجنس، 2000-2021 96
الشكل 7–7 العمالة في القطاع العام حسب نوع الجنس، 2000-2020 97
الشكل 7–8 العمالة في الزراعة، حسب نوع الجنس، 2000-2001 99
الشكل 8–1 نسبة الفقر، 2000-2019 102
الشكل 8–2 فجوات الفقر، 2000-2018 103
الشكل 8–3 مؤشر جيني، 2000-2018 104
الشكل 8–4 حصة الخُمس الأغنى والخُمس الأفقر من إجمالي الإنفاق الاستهلاكي، في بلدان عربية مختارة، 2000-2019 105
الشكل 8–5 توزيع الإنفاق الاستهلاكي، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة 107
الشكل 9–1 التديُّن حسب نوع الجنس، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة 110
الشكل 9–2 المجيبون الذين يعتقدون أن معظم الناس يمكن الوثوق بهم، حسب نوع الجنس، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة 111
الشكل 9–3 عدد مرات ارتياد السينما للفرد الواحد، وكثافة الشاشات لكل 100,000 نسمة، 2000-2017 112
الشكل 9–4 السكان الذين يستخدمون الإنترنت، 2000-2021 114
الشكل 9–5 اشتراكات الهاتف الخلوي النقَّال لكل 100 نسمة، 2000-2021 115

قائمة الأطر

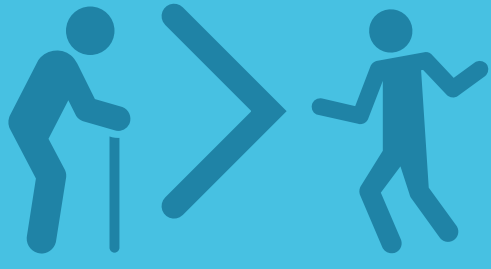
الإطار 1–1 كبار السن من السكان.....20
الإطار 1–2 اتجاهات حجم الأسرة المعيشية.....34
الإطار 1–3 الهدف 11 من أهداف التنمية المستدامة.....43
الإطار 1–4 صحة أفضل للأمهات.....56
الإطار 1–5 قد يكون عدد الوفيات الناجمة عن كوفيد-19 أعلى بكثير مما تم الإبلاغ عنه، لا سيما في البلدان الفقيرة.....73
الإطار 1–6 إلمام البالغين بالقراءة والكتابة 77
الإطار 1–7 العمال المهاجرون في المنطقة العربية.....87
الإطار 1–8 العيش في فقر مدقع 101
الإطار 1–9 التديُّن.....110

الرسائل الرئيسية

في ما يلي النتائج الرئيسية التي خلُص إليها هذا التقرير:

لقد ازداد عدد المهاجرين الدوليين في المنطقة **زيادة مطردة على مدى السنوات الـ 20 الماضية؛** تستوعب منطقة الإسكوا حالياً عدداً من اللاجئين والنازحين داخلياً أكثر من أي منطقة أخرى في العالم

سكان المنطقة هم من الشباب عموماً، ولكن **نسبة كبار السن تتزايد بسرعة** في العديد من البلدان الأعضاء في الإسكوا. أما **نسبة كبار السن** بين السكان فهي **الأعلى** في **لبنان** و**المغرب** و**تونس**



يتزايد الوصول إلى **مصادر مياه الشرب المحسّنة والكهرباء ومرافق الصرف الصحي** في معظم البلدان الأعضاء في الإسكوا، على الرغم من أن **الوصول إليها لا يزال محدوداً في بعض المناطق الريفية**

ملكية المساكن هي القاعدة بالنسبة للأسر العربية، وخاصة في **المناطق الريفية**

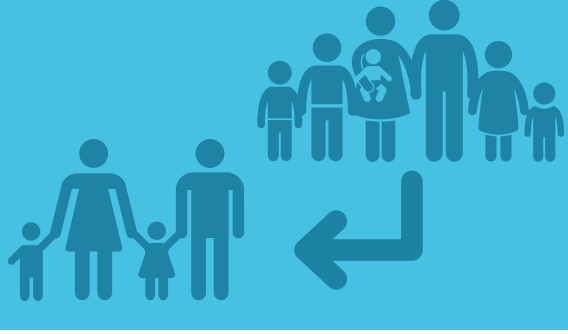
معدل المشاركة في القوى العاملة **متدنٍ** في المنطقة، ويعود ذلك بشكل أساسي إلى **تدني معدلات مشاركة النساء**

معدلات البطالة مرتفعة بشكل متفاوت بين **النساء والشباب**

يمثل كل من **التعليم والصحة** حصة **منخفضة** نسبياً من **إنفاق الأسرة المعيشية**

يستمر **ارتفاع مستويات الفقر** في **مصر** و**الأردن** و**دولة فلسطين** و**الجمهورية العربية السورية** و**اليمن**

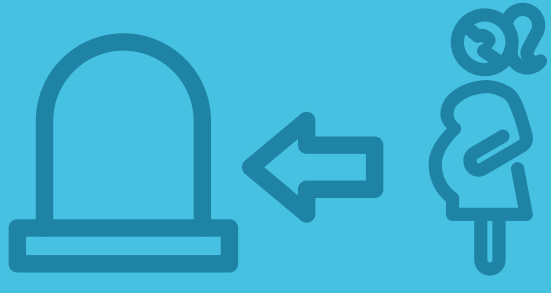
انخفض متوسط حجم الأسرة بشكل ملحوظ في العقدين الماضيين



ارتفع نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على **الصحة بشكل كبير في بلدان مجلس التعاون الخليجي**

تحسّنت المؤشرات المتعلقة **بالصحة الإنجابية وصحة الأم**، بما في ذلك عدد الأمهات اللواتي يتلقين **الرعاية قبل الولادة وعدد الولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحّيون مَهَرة، تحسّناً كبيراً** في المنطقة، ولكن **التفاوتات** داخل البلدان وفي ما بينها لا تزال **قائمة**

تستمر **وفيات الأمهات** في **الانخفاض**، ولكنها **لا تزال مرتفعة** في عدد من البلدان، بما في ذلك **موريتانيا** و**السودان** و**اليمن**



الغالبية العظمى **من البالغين** في منطقة الإسكوا **يمارسون الشعائر الدينية**، وتميل **النساء** إلى أن يكنّ **أكثر تديناً** من الرجال

بلغت **الوفيات الناجمة عن كوفيد-19 أعلى النسب** في **لبنان** و**تونس**

تختلف معدلات **التطعيم ضد كوفيد-19 بشكل كبير** بين البلدان الأعضاء في **الإسكوا**

تحسّن التعليم إلى حد كبير في **السنوات الأخيرة**، لكن الأمية لا تزال **مرتفعة** في **موريتانيا** و**السودان** و**اليمن**

ضاقت الفجوة بين الجنسين بشكل كبير في صافي الالتحاق **بالتعليم** في معظم بلدان **الإسكوا**

انخفض الإنفاق العام على التعليم في عدد من البلدان، بما في ذلك **البحرين** و**تونس**

لا تزال نسب من **يثقون** بالآخرين **منخفضة نسبياً** في جميع أنحاء **منطقة الإسكوا**

مقدمة

هذا التقرير هو الأحدث في سلسلة تنشرها مجموعة الإحصاء ومجتمع المعلومات والتكنولوجيا في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا) كل سنتين. حمل هذا التقرير في السابق عنوان "المجمتع العربي: مجموعة الإحصاءات والمؤشرات الديمغرافية والاجتماعية"؛ لكن بسبب تجدُّد التركيز على عرض البيانات المفصلة حسب الفترات الزمنية، تم تغيير هذا العنوان ليصبح "المجتمع العربي: الاتجاهات الديمغرافية والاجتماعية". يركّز هذا التقرير على الديناميات السكانية، وتركيبة الأسرة المعيشية، وظروف الإسكان، والصحة، والتعليم، والعمل، والفقر، وانعدام المساواة، والثقافة، والمشاركة الاجتماعية، فيقدّم من خلال ذلك عرضاً موسعاً للمجتمع العربي وطرق تغيُّره.

وقد استُمِدت البيانات أساساً من المكاتب الإحصائية الوطنية في الدول الأعضاء في الإسكوا، واستُكمِلت 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)، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا).

يبيّن التقرير أن المنطقة العربية تنمو سكانياً بسرعة وتزداد تنوعاً. ويتفاوت النمو السكاني تفاوتاً كبيراً بين بلد وآخر، حيث يتراوح بين أقل من 1 في المائة وأكثر من 3 في المائة سنوياً. وقد بلغ متوسط النمو السكاني في المنطقة 1 في المائة في عام 2021. وفي ظل هذا النمو السكاني، من المتوقع أن يتضاعف عدد سكان المنطقة في غضون 35 سنة تقريباً.

تغلب على سكان منطقة الإسكوا فئة الشباب عموماً، غير أن الفوارق شاسعة بين البلدان من حيث العمر ونوع الجنس بسبب الاختلاف في حركة التحوّلات الديمغرافية ونسبة العمال المهاجرين وتدفق اللاجئين بأعداد كبيرة في بعض البلدان. فمعدلات الأطفال ممن تقل أعمارهم عن 15 سنة تتراوح بين أقل من 18 في المائة من السكان في قطر وأكثر من 41 في المائة في السودان. وتُعدُّ نسبة الذكور إلى الإناث مرتفعة في كافة البلدان الأعضاء في مجلس التعاون الخليجي؛ ففي قطر مثلاً، 226 ذكراً لكل 100 أنثى.

ويتراوح معدل الخصوبة الكلي من دون مستوى الإحلال أو قريب منه (2.1 طفل لكل امرأة) في البحرين وتونس وقطر والكويت ولبنان وليبيا والمغرب، إلى أكثر من 4 أطفال لكل امرأة في موريتانيا والسودان. وقد شهدت المنطقة العربية ككل، على مدى العقود الأخيرة الماضية، تراجعاً في معدلات الخصوبة الكلية. وتختلف وتيرة هذا التراجع بين بلد وآخر إذ سجّلت بعض البلدان تراجعاً ضئيلاً ولم تسجّل أخرى أي تراجع في العقد الماضي.

أما التحسينات في مجال الصحة والبقاء على قيد الحياة فجلية مع أن البيانات تبيّن تفاوتات واضحة بين البلدان. فمتوسط العمر المتوقع عند الولادة يتراوح حالياً بين 64 سنة للرجال و68 سنة للنساء في السودان و75 سنة للرجال و77 سنة للنساء في الكويت. وتُعدُّ الاختلافات في متوسط العمر المتوقع عند الولادة للبنين والبنات ضئيلة بشكل عام، وتبلغ حالياً أقل من 3 سنوات الإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر والكويت والمغرب والمملكة العربية السعودية.

هذا وقد زاد عدد المهاجرين الدوليين في المنطقة بين عامي 2000 و2021 في البلدان الـ 16 كافة باستثناء الجمهورية العربية السورية ولبنان (United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division (DESA), 2020). وتضمّ بلدان مجلس التعاون الخليجي أعداداً كبيرة نسبياً من المهاجرين، ومعظمهم عمال وافدون من جنوب آسيا وجنوب شرق آسيا. وفي عام 2019، كانت المنطقة تضم أيضاً أكبر عدد من اللاجئين والنازحين من أنحاء العالم كافة، إذ يستضيف كلٌ من البلدان الأربعة التالية، الأردن ولبنان ودولة فلسطين والسودان، أكثر من مليون لاجئ (UNHCR, 2020؛ UNRWA, 2020).

ووفقاً للبيانات الأحدث، تراجع متوسط حجم الأسرة المعيشية في السنوات العشرين الأخيرة حتى بات يتراوح

حالياً 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 فهو متدنٍّ بشكل عام في المنطقة باستثناء موريتانيا، حيث ترأس النساء أكثر من ثلث الأسر المعيشية.

وقد ارتفعت أعداد حالات الزواج والطلاق المسجّلة في السنوات الأخيرة في جميع أنحاء المنطقة، باستثناء الجمهورية العربية السورية، حيث تراجعت حالات الزواج المسجّلة تراجعاً حاداً منذ عام 2009 بسبب النزاع الذي طال أمده. ولم يعكس العدد المتزايد من حالات الزواج والطلاق دائماً زيادة في أعداد الرجال والنساء الذين هم في سن الزواج في بلد من البلدان. وفي السودان وموريتانيا، فإن ما يقرب من 20 في المائة من الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة متزوجات أو سبق لهن أن تزوجن. وهذا يتناقض تناقضاً صارخاً مع الأرقام الخاصة بالإمارات العربية المتحدة ولبنان والمملكة العربية السعودية، حيث أن حوالي 3 في المائة فقط من الفتيات في هذه الفئة العمرية متزوجات أو سبق لهن أن تزوجن. ولم يعد تعدُّد الزوجات شائعاً في المنطقة، باستثناء السودان، حيث 20 في المائة من النساء متزوجات من رجال متزوجين من امرأة ثانية أو أكثر. وفي المتوسط، تحمل النساء بمعظمهن بعد فترة قصيرة من الزواج، وقلة قليلة ممن تبلغ أعمارهن بين 45 و49 سنة لم تنجب.

وتبين أحدث البيانات المتاحة أن أكثر من 60 في المائة من جميع الأسر المعيشية في معظم بلدان المنطقة تمتلك المساكن التي تعيش فيها. ويستثنى من ذلك بلدان مجلس التعاون الخليجي، حيث يعزى انخفاض مستويات تملُّك المساكن إلى ارتفاع عدد السكان من غير المواطنين الذين يعيشون فيها. وفي البلدان التي تكثر فيها المدن، كالأردن ودولة فلسطين وقطر والكويت ومصر، فإن الشقق السكنية هي الأكثر شيوعاً، مقارنةً بالمنازل المنفردة والفيلات.

هذا ويتفاوت توفر مصادر مياه الشرب المحسّنة بين بلد وآخر، وهي عموماً أكثر توافراً في المدن منها في المناطق الريفية. وفي معظم البلدان، يتمتع أكثر من 90 في المائة من الأسر المعيشية بإمكانية الوصول إلى مرافق الصرف الصحي المحسّنة والكهرباء. والاستثناءات هي السودان وموريتانيا واليمن، حيث يمكن أن يكون تحسين مرافق الصرف الصحي والكهرباء أمراً نادراً في المناطق الريفية.

لقد تحسّنت الصحة الإنجابية وصحة الأمهات تحسّناً ملحوظاً في المنطقة، لكن التفاوتات ما زالت قائمة. 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 رعاية على الأقل قبل الولادة، وتتم الولادات بمعظمها بحضور أخصائي صحي ماهر. غير أن هذه المعدلات تتفاوت بين البلدان. ففي اليمن مثلاً وعلى الرغم من أن ربع النساء الحوامل فقط يتلقين أربع زيارات رعاية أو أكثر قبل الولادة، فإن أكثر من 80 في المائة من الولادات تتم تحت إشراف أخصائي صحي ماهر.

أما معدلات تحصين الأطفال فمرتفعة في معظم البلدان. ففي السنوات الأخيرة، تلقى جميع الأطفال تقريباً في الأردن والبحرين وتونس وعُمان ودولة فلسطين وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية لقاحات ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي والحصبة والسل وشلل الأطفال. ومع أن معدلات تحصين الأطفال في السودان واليمن آخذة بالتزايد، إلاّ أنها تبقى الأدنى في المنطقة. كما أن الوضع التغذوي للأطفال سيئ على نحو خاص في هذين البلدين، إذ يعاني أكثر من 30 في المائة من الفتيان والفتيات من التقزُّم.

أما البدانة فشائعة بين البالغين، لا سيما بين النساء. وقد بلغت أعلى معدلاتها في الأردن وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية، حيث يعاني من البدانة أكثر من 40 في المائة من النساء. ومعدلات البدانة بين البالغين في السودان هي الأدنى، حيث يعاني منها 11 في المائة من النساء و3 في المائة من الرجال.

هذا ويبلغ عدد الممرضين في معظم بلدان المنطقة ضعف عدد الأطباء تقريباً، بينما يتدنى عدد الصيادلة عن عدد الممرضين والأطباء. وقد أبلغت بلدان مجلس التعاون الخليجي عن أعلى كثافة من العاملين في الرعاية الصحية في المنطقة. فعلى سبيل المثال، أبلغت كل من قطر والكويت عن توافر أكثر من 70 ممرضاً لكل 10,000 شخص في السنة الأخيرة التي تتوفر عنها بيانات. في عام 2020، سجلت دولة فلسطين أعلى كثافة للأطباء في منطقة الإسكوا، بنسبة 30 طبيباً لكل 10,000 شخص، وأعلى كثافة للصيادلة، بنسبة 16 صيدلياً لكل 10,000 شخص.

لا تزال جائحة كوفيد-19 تؤثر على منطقة الإسكوا في حين يكافح العديد من اقتصادات المنطقة بالفعل لمعالجة

التداعيات السلبية للنزاع المسلّح والضغوط المالية المتزايدة. ومع أن التطعيم وغيره من الجهود المتضافرة في مجال السياسات والصحة قد أثبتت فعاليتها، إلا أن الجائحة كان لها تأثير سلبي كبير على حياة وسُبُل عيش الناس من الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية كافة، ولا سيما على أضعف أفراد المجتمع.

وقد شهِدت المنطقة توسّعاً هائلاً في التعليم في العقود الأخيرة. فقرابة 99 في المائة من الشباب في الأردن وعُمان ودولة فلسطين وقطر والكويت ولبنان والمملكة العربية السعودية يلمون بالقراءة والكتابة. وقد سُجّلت أدنى نسبة إلمام بالقراءة والكتابة بين الشباب في موريتانيا حيث بلغت 64 في المائة تقريباً. ويُعدُّ معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي مرتفعاً عموماً، وقد أخذ يتزايد في بلدان الدخل المنخفض، أي في السودان وموريتانيا واليمن. وفي بعض البلدان، بما فيها العراق والمغرب، ضاقت الفجوة بين الجنسين بشكل كبير في معدل الالتحاق الصافي بالمدارس في السنوات الأخيرة. أما معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي فأدنى من معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي، ورغم أن الفجوة بين الجنسين في صافي الالتحاق بالتعليم الثانوي ضاقت مع مرور الوقت في العراق، إلاّ أنها ازدادت في دولة فلسطين.

والمشاركة في القوى العاملة منخفضة في المنطقة، ويعود ذلك أساساً إلى تدني معدلات مشاركة النساء. وتَبيّن في معظم البلدان التي تتوفر بيانات حديثة عنها أن معدلات مشاركة النساء في القوى العاملة أقل من نصف معدلات مشاركة الرجال. أما الإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر والكويت فهي البلدان الوحيدة التي تزيد فيها معدلات مشاركة المرأة في القوى العاملة عن 40 في المائة. وقد نتجت زيادة المشاركة في القوى العاملة في هذه البلدان عن زيادة مشاركة المرأة فيها. وعدا عن ذلك، كانت المكاسب التي لوحظت في المشاركة في القوى العاملة في المنطقة ضئيلة.

تُظهر البيانات الحديثة أن نسبة البطالة في معظم البلدان عدا بلدان مجلس التعاون الخليجي تزيد عن 10 في المائة. وقد استمرت دولة فلسطين في تسجيل أعلى معدلات البطالة في المنطقة، إذ تجاوزت 25 في المائة منذ عام 2001. هذا ويبلغ معدل البطالة بين النساء مستوى يفوق دائماً معدلها بين الرجال. كما أنه مرتفع بين الشباب، إذ يتجاوز 20 في المائة في معظم بلدان المنطقة. أما العمالة في مجال الزراعة فمتدنية جداً في بلدان مجلس التعاون الخليجي، وقد تراجعت في دولة فلسطين بسبب استمرار انخفاض عدد النساء العاملات في الزراعة منذ عام 2007.

الدول الأعضاء في الإسكوا	
الأردن	دولة فلسطين
الإمارات العربية المتحدة	قطر
البحرين	الكويت
تونس	لبنان
الجزائر	ليبيا
الجمهورية العربية السورية	مصر
السودان	المغرب
الصومال	المملكة العربية السعودية
العراق	موريتانيا
عُمان	اليمن

والتفاوت كبير بين جميع بلدان المنطقة في نسب السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر الوطني، حيث تتراوح بين أقل من 5 في المائة في المغرب إلى ما يقرب من 50 في المائة في اليمن. وقد استمرت معدلات الفقر بالانخفاض في موريتانيا وتونس منذ العام 2000، وذلك بحوالي 28 و15 نقطة مئوية على التوالي. ويسجّل معظم البلدان مستويات من عدم المساواة في الدخل متدنية إلى متوسطة نسبياً.

يستأثر كلٌّ 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.

تمارس الغالبية العظمى من البالغين في المنطقة الشعائر الدينية. وقد سجّلت تونس أدنى نسبة تديُّن بين البلدان التي تتوفر عنها بيانات حديثة، بلغت 70 في المائة تقريباً. وتميل النساء إلى أن يكنّ أكثر تديُّناً من الرجال؛ ففي تونس يبلغ الفارق بين الجنسين في مستوى التديُّن 30 نقطة مئوية. أما نسبة الذين يثقون بالآخرين في المنطقة فمتدنية، حيث تسجّل اليمن أعلى نسبة من البالغين الذين يعتقدون أن معظم الأشخاص أهل للثقة، وتبلغ 38 في المائة تقريباً.

السكان

01

للمنطقة العربية ملامح ديمغرافية غير متجانسة، إذ يمر كل بلد بمراحل مختلفة من التحوّل الديمغرافي. ويعود ذلك إلى مجموعة واسعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية الخاصة بكل بلد بالإضافة إلى التحركات السكانية بين بلدان المنطقة وإلى خارجها (Schoumaker and Tabutin, 2012).

وتعتبر إسقاطات التغيُّرات الديمغرافية والسكانية مهمة لتنفيذ خطط التنمية الوطنية. وتتفاوت بلدان المنطقة في الوقت الراهن تفاوتاً ملحوظاً من حيث أحجام السكان ومعدلات النمو السكاني والتركيبات السكانية، بما في ذلك حسب العمر ونوع الجنس. ويحدّد هذه السمات تطوّر ثلاثة من مكونات التغيُّر الديمغرافي الرئيسية، هي الخصوبة والوفيات والهجرة الدولية، بما في ذلك هجرة اليد العاملة ونزوح السكان المتأتي عن النزاعات.

وتعتبر البيانات الموثوقة عن حجم السكان وتركيبتهم وكذلك عن مكونات التغيُّر الديمغرافي ضرورية لفهم الاتجاهات الاجتماعية والاقتصادية ولتنوير قرارات السياسة العامة على الصعيد الوطني. كما إن هذه البيانات ضرورية لقياس الأداء في تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتفق عليها دولياً. واستناداً إلى البيانات المستمَدة بشكل أساسي من الأجهزة الإحصائية الوطنية، يصف هذا الجزء من التقرير الاتجاهات الديمغرافية في عدد من البلدان العربية التي تتوفر عنها بيانات رسمية، كما يصف التغيُّرات في حجم السكان وهيكليتهم، والعوامل الثلاثة الدافعة للتغيُّر الديمغرافي (الخصوبة والوفيات والهجرة).

تزايد عدد السكان

يعتبر فهم التغيُّر الديمغرافي من المنظور السياساتي أمراً بالغ الأهمية، لأنه يؤثر على كافة جوانب الحياة تقريباً وله تداعيات هامة على سوق العمل والنمو الاقتصادي واحتياجات الإسكان والطلب على التعليم والصحة والخدمات الاجتماعية. وقد اتبعت التحوّلات الديمغرافية في المنطقة العربية النمط الاعتيادي، نمط انخفاض سريع في معدل الوفيات، يعقُبه 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). وأدى التفاوت في سرعة التحوّل الديمغرافي بين البلدان، بالتضافر مع أنماط فريدة في الهجرة، تشمل الهجرة الجماعية للقوى العاملة والنزوح القسري للسكان، إلى نوع من الاستقطاب في الملامح الديمغرافية، وإلى فوارق كبيرة في معدلات النمو السكاني بين بلد وآخر. فالمنطقة تضمّ في الواقع إحدى أدنى وأعلى معدلات النمو السكاني الوطني في العالم.

نظراً للتأثير الذي خلفته معدلات النمو المرتفعة في الماضي القريب، من المتوقع أن يستمر النمو السكاني العالمي حتى عام 2050 على الأقل، حتى لو أصبحت البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة بلداناً ذات مستويات استبدال الخصوبة فقط. يتضح التأثير المخلَّف من خلال تضخّم شريحة الشباب في الهرم السكاني العالمي الحالي (DESA, Population Division, 2022b).

توقعت الأمم المتحدة أن يصل عدد سكان العالم إلى 8 مليارات نسمة في 15 تشرين الثاني/نوفمبر 2022. علاوة على ذلك، واستناداً إلى البيانات التي قدمتها شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، يقدر أن متوسط معدل النمو السكاني في 18 بلداً عضواً في الإسكوا في عام 2021 بلغ حوالي 1.2 في المائة (DESA, Population Division, 2022b).

ومع ذلك، تُظهر التقديرات السكانية الحالية للفترة 2000-2021، كما حسبتها المكاتب الإحصائية الوطنية في منطقة الإسكوا وشعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، تفاوتات كبيرة في معدلات النمو السكاني عبر البلدان (الشكل 1-1). فبيانات الفترة 2015-2017 تُظهر مثلاً أن معدلات النمو تتراوح بين 3.9 في المائة في الجمهورية العربية السورية وحوالي 9.5 في المائة في قطر. وتشير تقديرات السنوات الثلاث الماضية إلى انخفاض معدلات النمو السكاني في بلدان مجلس التعاون الخليجي، كما تشير أحدث التقديرات المكتملة لعام 2021 أن العراق والسودان يسجّلان معدلات النمو السكاني الأعلى في منطقة الإسكوا، حيث بلغت 3.3 و3.1 في المائة على التوالي. وعلاوة على ذلك، تتوزّع بلدان المنطقة في واحدة من ثلاث مجموعات ديمغرافية مختلفة. تضم المجموعة الأولى، التي تشمل السودان والعراق، بلداناً ترتفع فيها معدلات النمو السكاني بنحو 3 في المائة أو أكثر سنوياً. أما المجموعة الثانية، التي تشمل اليمن، فتضم البلدان التي تمر بمرحلة تحوّل ديمغرافي بمعدلات نمو سكاني تتراوح بين 2.5 و2.9 في المائة سنوياً. وتمر بلدان المجموعة الأخيرة، التي تضم الجمهورية العربية السورية ولبنان والمغرب، بمرحلة تحوّل متقدمة وتتسم بانخفاض معدلات النمو السكاني.

توقعت الأمم المتحدة أن يصل عدد سكان العالم إلى

8 مليارات نسمة

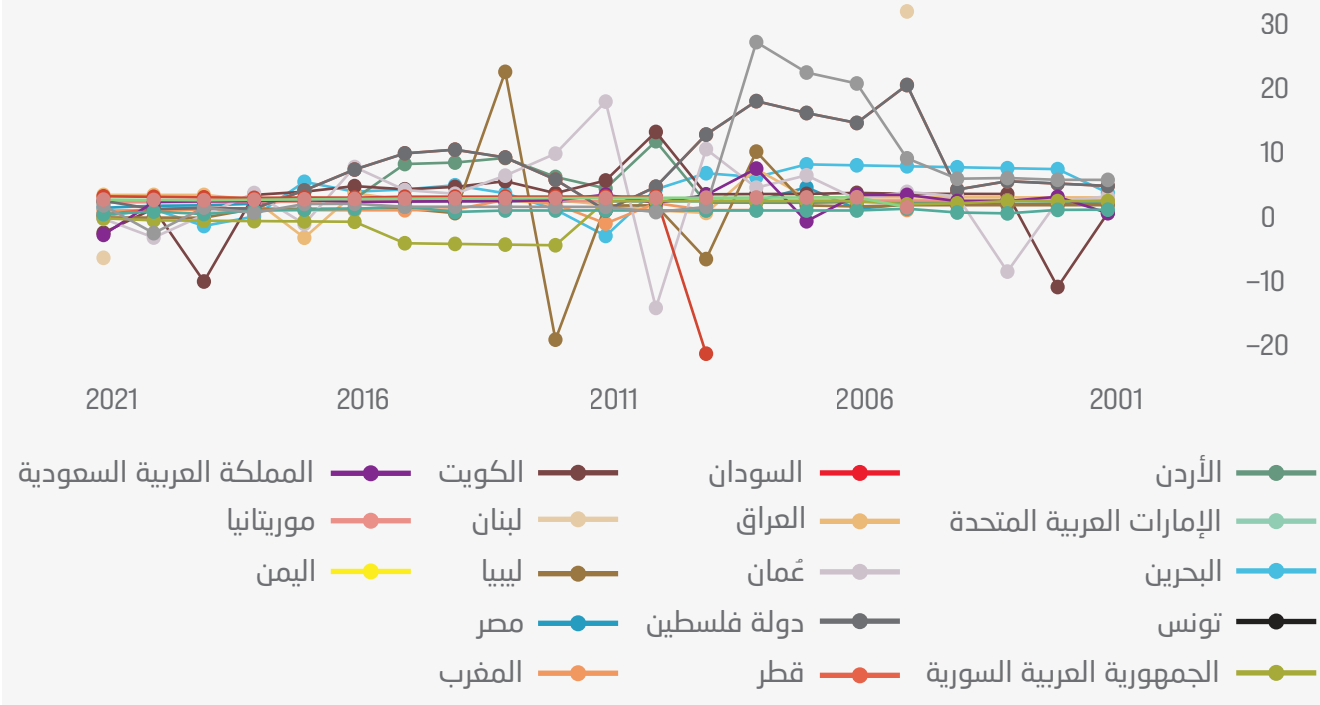
في 15 تشرين الثاني/نوفمبر 2022

متوسط معدل النمو السكاني في 18 بلداً عضواً في الإسكوا بلغ حوالي

1.2 في المائة

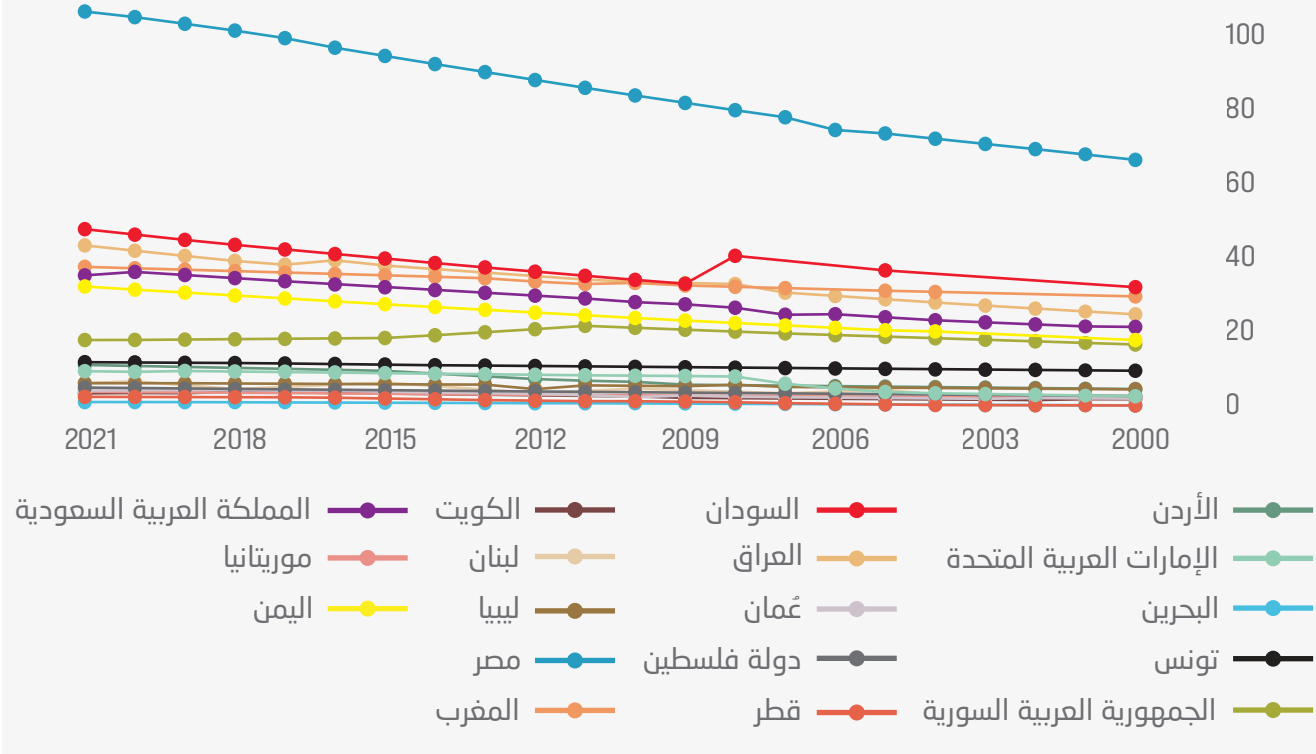
في عام 2021

الشكل 1-1 معدل النمو السكاني السنوي (النسبة المئوية)، 2001-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية وتقديرات الأمم المتحدة.

الشكل 1-2 أعداد السكان بالملايين، 2000-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية وتقديرات الأمم المتحدة.

تتشكل الاتجاهات الديمغرافية والسكانية بشكل رئيسي من خلال الخصوبة والوفيات، وكلاهما انخفض في جميع أنحاء العالم. وقد أصبحت الهجرة هي أيضاً عاملاً محدّداً في تشكيل الهيكل السكاني لبعض البلدان (DESA, Population Division, 2022b).

وقد سجلت اتجاهات النمو في بلدان مجلس التعاون الخليجي، تقلبات واسعة بسبب التغيُّرات في صافي الهجرة الدولية. وباستثناء حالات قليلة، لم يلاحظ اتجاه متسق نحو الهبوط في النمو السكاني عبر بلدان المنطقة. فمع أن معدلات النمو السكاني آخذة في الواقع في الانخفاض في المنطقة ككل، إلا أن عدد السكان سيستمر في النمو خلال العقود القليلة المقبلة.

الإطار 1-1 كبار السن من السكان

وفقاً لتقديرات السكان لعام 2021، يشكل كبار السن (الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً وأكثر) أقل من 5 في المائة من السكان في الدول العربية كافة باستثناء تونس والجمهورية العربية السورية ولبنان والمغرب. وتسجّل كل من عُمان وقطر أدنى نسبة من كبار السن بين السكان: فهم يشكلون في عُمان 2.6 في المائة من السكان وفي قطر 1.2 في المائة فقط. أما في تونس ولبنان والمغرب فيتم تسجيل أعلى نسبة من كبار السن، حيث يمثلون نسبة 8.6 و8.4 في المائة و7.7 في المائة من السكان على التوالي.

سكان شباب، عموماً

تُظهر التقديرات السكانية الحالية للبلدان الـ 18 خلال الفترة 2000-2021 أن حجم السكان يتفاوت تفاوتاً شديداً بين البلدان، حيث يتراوح من 102 مليون في مصر إلى حوالي 1.5 مليون في البحرين (الشكل 1-2).

وقد أدت نزوحات السكان على نطاق واسع بسبب الصراعات المستمرة إلى إحداث تغيير كبير في حجم السكان وتركيبتهم في بعض البلدان العربية، بما فيها الجمهورية العربية السورية والعراق وليبيا واليمن.

والأردن ولبنان هما البَلَدان العربيان اللذان استقبلا أكبر عدد من المهاجرين، ولا سيما من الجمهورية العربية السورية. فقد تجاوز صافي التدفق المقدَّر للمهاجرين من الجمهورية العربية السورية 4.5 مليون بين عامي 2010 و2021 (DESA, Population Division, 2022b).

وتُظهر البيانات أن أربعة من بلدان مجلس التعاون الخليجي تضم أعداداً كبيرة من المهاجرين؛ ويلاحظ أن عدد غير المواطنين في ثلاثة منها (الإمارات العربية المتحدة وقطر والكويت) يفوق عدد المواطنين. يبين الشكل 1-3 توزيع السكان حسب نوع الجنس في البلدان الأربعة. ومن الواضح أن عدد الذكور غير متناسب مقارنة بعدد الإناث؛ فحوالي 70 في المائة أو أكثر من غير المواطنين هم من الذكور في الواقع. ومن المفاجئ أن يتبين في الأردن أيضاً خلل في توزيع السكان حسب نوع الجنس، ففي عام 2021، سُجِّل 113 ذكراً لكل 100 أنثى.

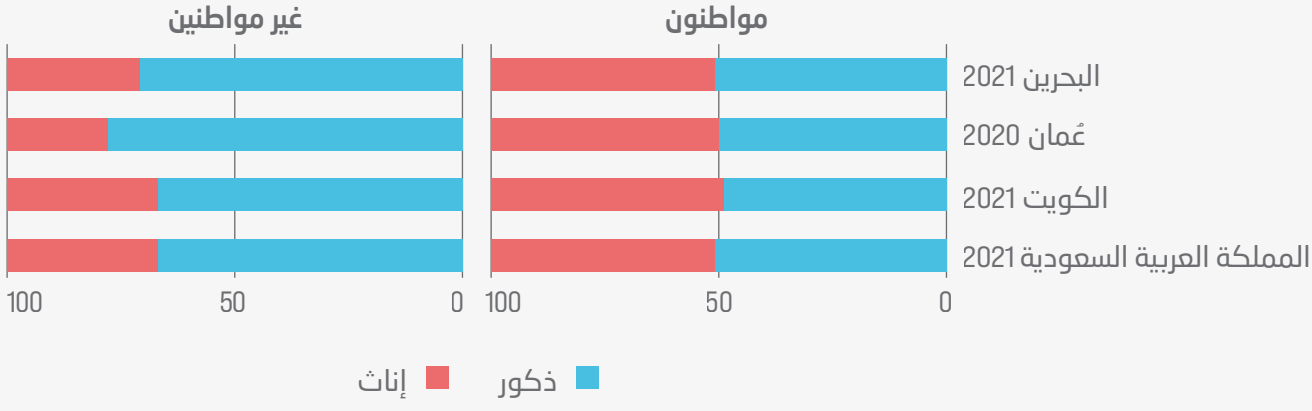
يؤثر وجود غير المواطنين تأثيراً كبيراً على تركيبة السكان من حيث نوع الجنس والعمر في كل بلد من بلدان مجلس التعاون الخليجي، وفي الأردن أيضاً. وهذا التباين في تركيبة السكان من حيث العمر ونوع الجنس يزداد وضوحاً في الهرم العمري للسكان. يوضح الشكل 1-4 والشكل 1-5 الهرم العمري لسكان مصر، وهي بلد ينخفض فيه نسبياً عدد العمال المهاجرين، مقارنة بالبحرين التي تضم عدداً كبيراً من العمال المهاجرين.

تجاوز صافي التدفق المقدَّر للمهاجرين من الجمهورية العربية السورية

4.5 مليون

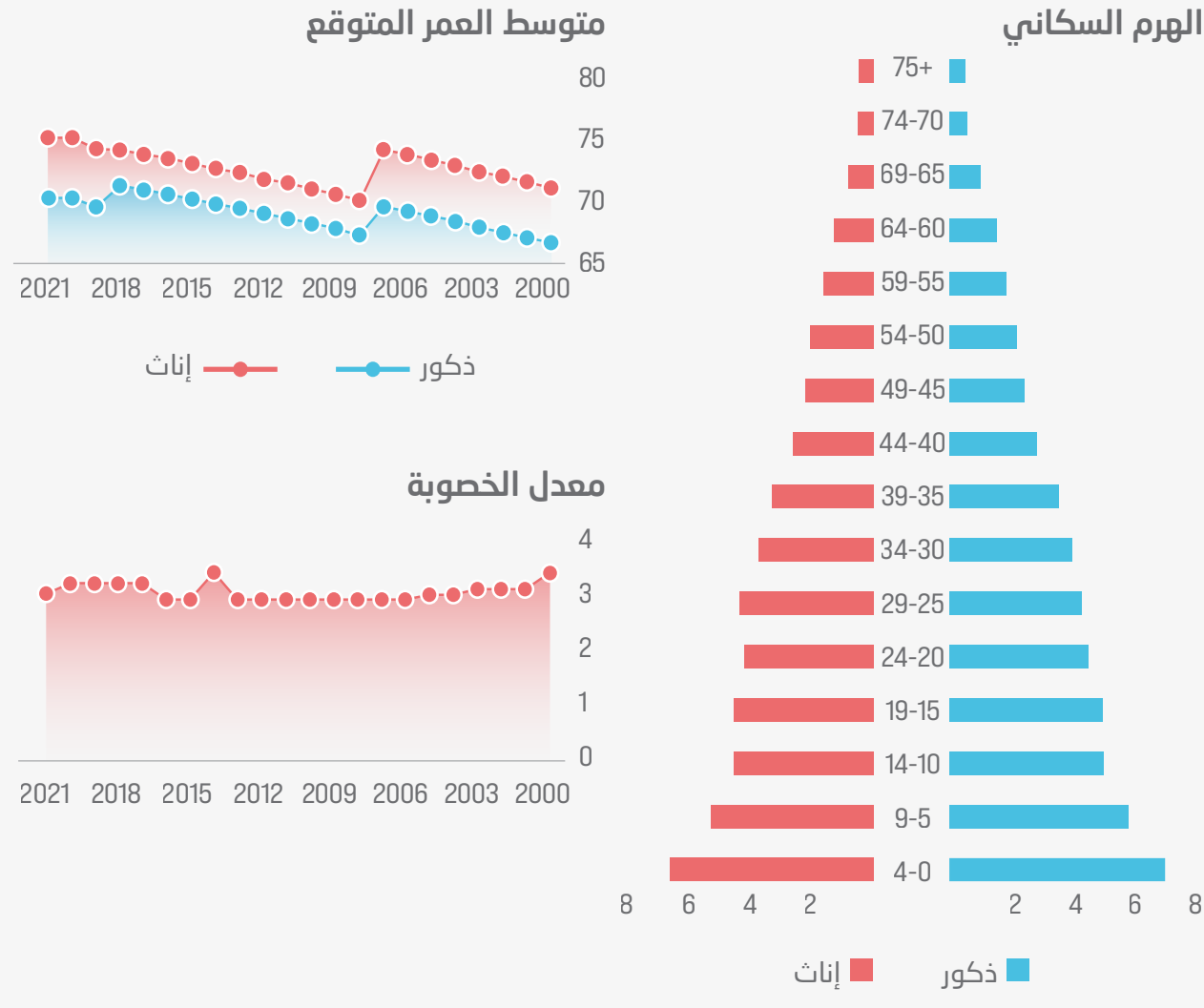
بين عامي 2010 و2021

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



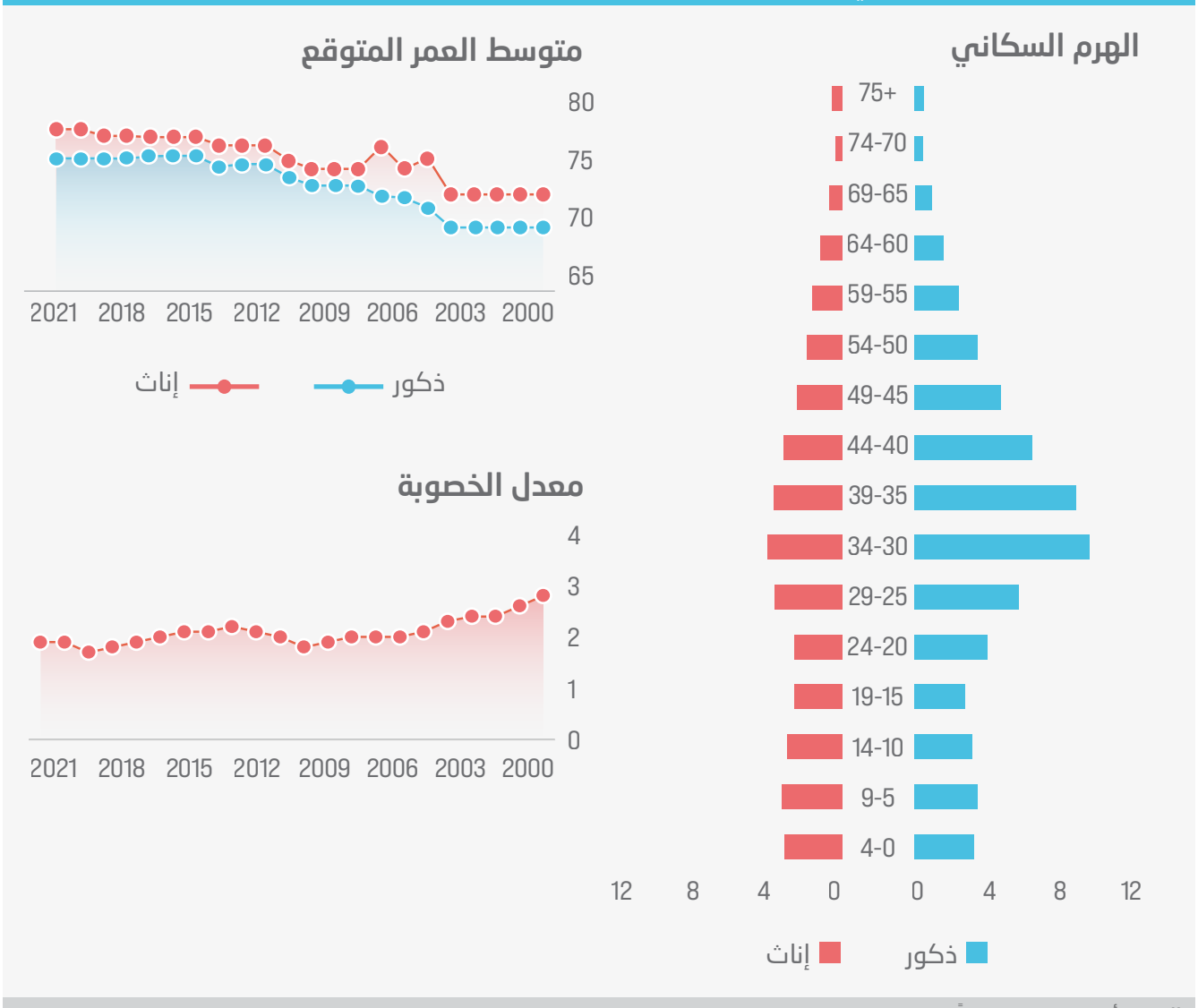
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

الشكل 1-4 مصر: الهرم السكاني، 2021؛ متوسط العمر المتوقع ومعدل الخصوبة، 2000-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

الشكل 1-5 البحرين: الهرم السكاني، 2021؛ متوسط العمر المتوقع ومعدل الخصوبة، 2000-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

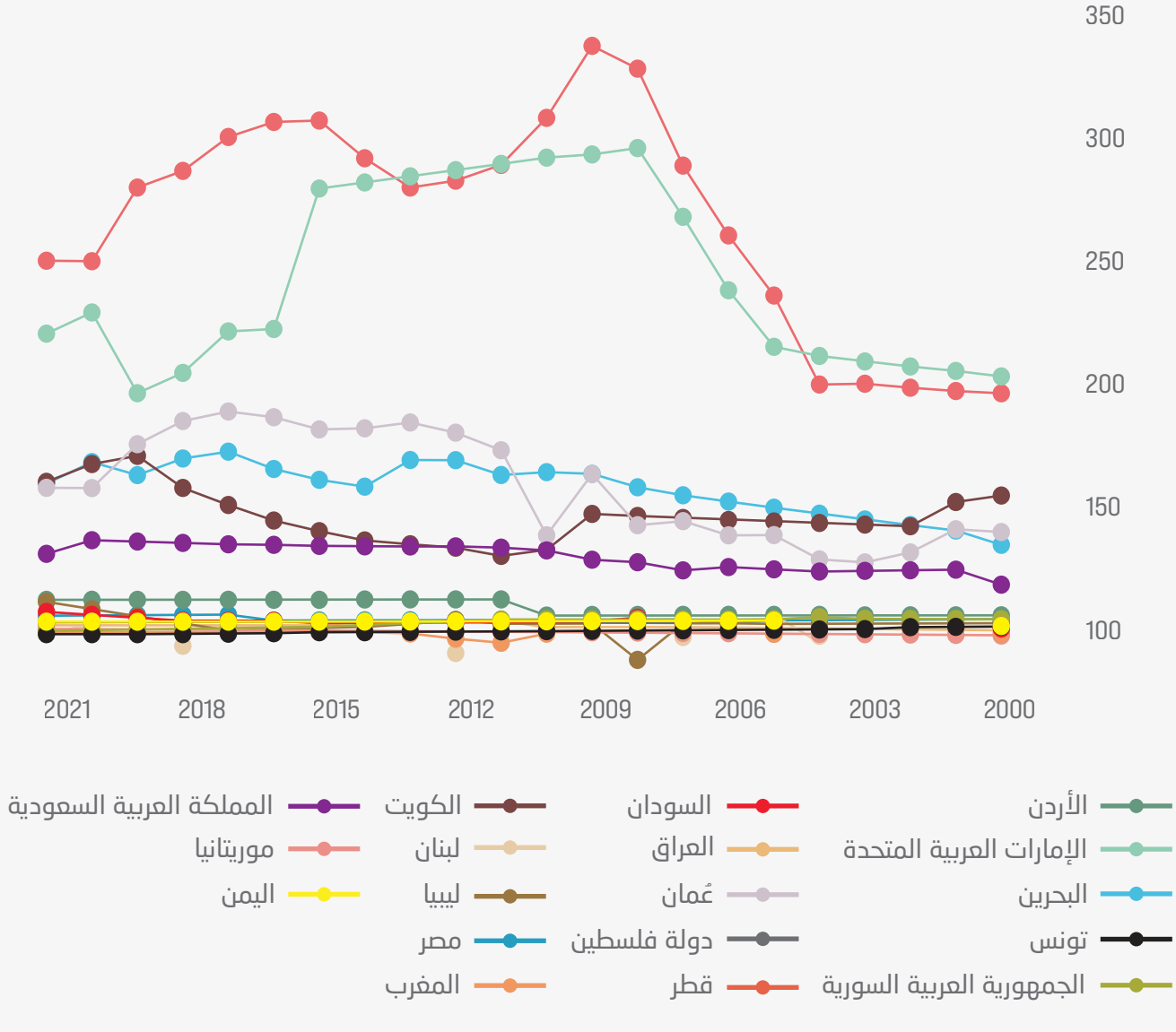
ونتيجة لهجرة اليد العاملة، باتت نسبة الذكور إلى الإناث (عدد الذكور لكل 100 أنثى) كبيرة في بلدان مجلس التعاون الخليجي كافة. ومن عام 2000 إلى عام 2009، ارتفعت هذه النسبة بشكل كبير في قطر من 197 إلى 339، وفي الإمارات العربية المتحدة من 204 إلى 294. لكنها انخفضت منذ ذلك الحين في كلا البلدين فبلغت 251 في قطر (2020) و230 في الإمارات العربية المتحدة (2020). أما خارج بلدان مجلس التعاون الخليجي، فإننا نجد تلك النسبة الأعلى في الأردن، حيث بلغت 113 (2020)، وفي ليبيا حيث بلغت 109 (2020).

وتُظهر البيانات الواردة من شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، أن متوسط العمر في الدول العربية الـ 18 التي تناولها هذا التقرير هو 26 عاماً فقط، مقارنة بالمتوسط العالمي البالغ 30 عاماً (DESA, Population Division, 2022b). ولكن، كما هو مبين في الشكل 1-7، يُسجَّل تفاوت كبير بين بلدان المنطقة في التوزيع العمري، وذلك بسبب التحولات الديمغرافية المختلفة وحجم السكان من العمال المهاجرين. ووفقاً لأحدث البيانات المتوفرة، تتراوح نسب الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 عاماً من نسبة منخفضة تبلغ 14.9 في المائة في الإمارات العربية المتحدة (2021) إلى نسبة مرتفعة تبلغ 41.1 في المائة في السودان (2021)، ويليهما العراق (2021) مع نسبة 40.5 في المائة واليمن (2021) مع نسبة 40.2 في المائة. وفي المقابل، تبلغ نسبة حجم

السكان الذين هم في سن العمل في الإمارات العربية المتحدة 83.7 في المائة (2021)، مقارنة بـ 56 في المائة في السودان والعراق و57 في المائة في اليمن. وتكشف البيانات المتاحة أن نسبة كبار السن (الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عاماً وأكثر) من مجموع السكان لا تزال منخفضة وتبلغ أقل من 5 في المائة في معظم البلدان، باستثناء تونس ولبنان والمغرب، حيث يشكل كبار السن 8.6 في المائة (2021) و8.4 في المائة (2021) و7.7 في المائة (2021) من السكان، على التوالي.

وأخيراً، تشير البيانات بوضوح إلى "خلل" في توزيع السكان حسب نوع الجنس في بلدان مجلس التعاون الخليجي، ويُعزى ذلك إلى هجرة الذكور المرتبطة بالعمل بشكل غير متناسب مقارنةً بالإناث، بين من هم في سن العمل، أي من تتراوح أعمارهم بين 15 و64 عاماً. وهذا "الخلل" بارز بشكل أكبر في قطر (2021)، حيث تبلغ نسبة السكان الذين هم في سن العمل 88 في المائة للذكور و71 في المائة للإناث، وفي عُمان (2021) حيث تبلغ 76 في المائة للذكور و63 في المائة للإناث.

الشكل 1-6 نسبة الذكور إلى الإناث (لكل 100 أنثى)، 2000-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية وتقديرات الأمم المتحدة.

الشكل 1-7 السكان حسب الفئة العمرية ونوع الجنس (النسبة المئوية)، 2021

المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية وتقديرات الأمم المتحدة.

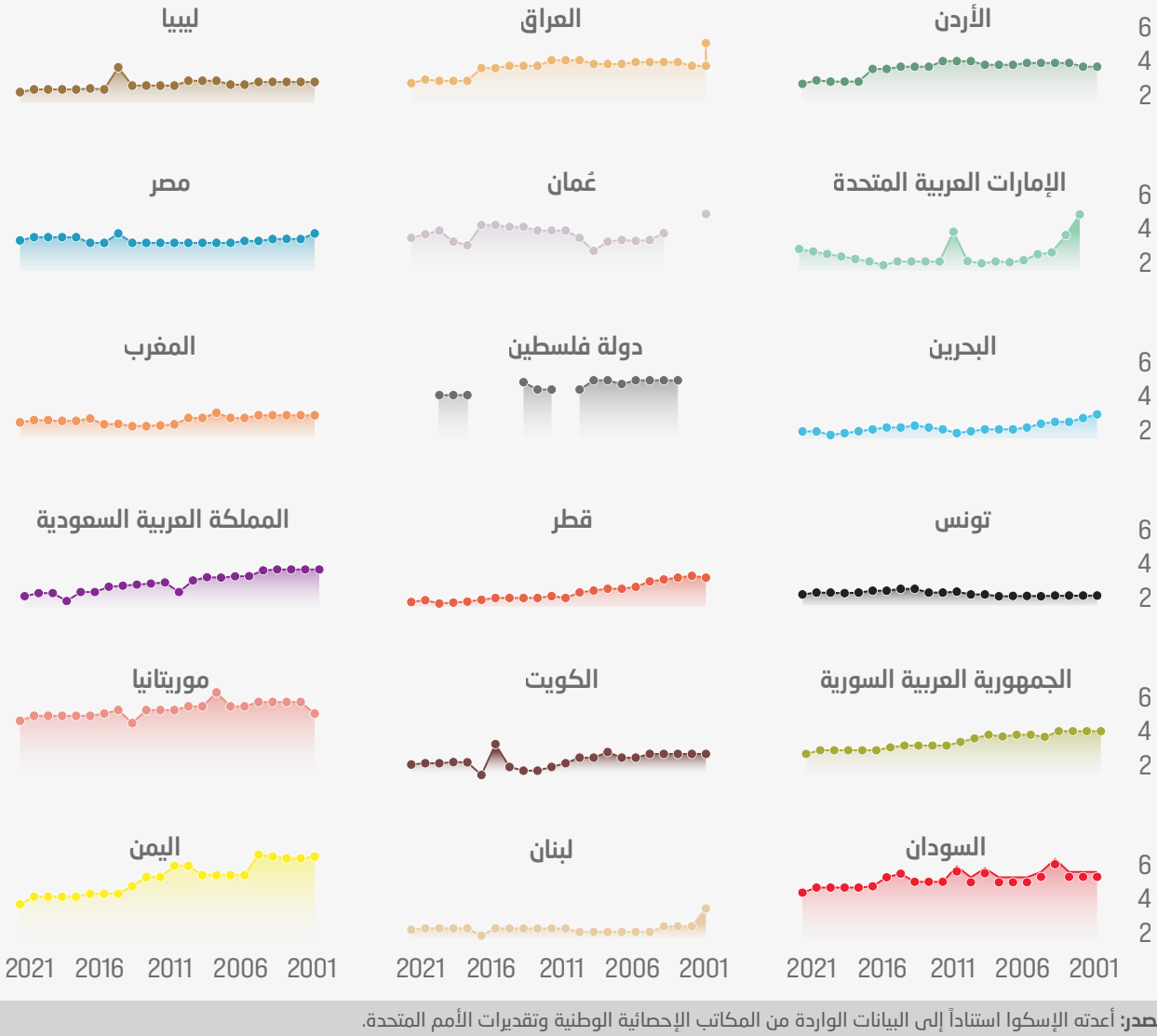
انخفاض سريع في معدلات الخصوبة ولكن مؤخراً ثبات أو ارتفاع في بعض البلدان

خلال الفترة من عام 1950 حتى عام 2021، انخفضت الخصوبة العالمية من 5 إلى 2.3 ولادة لكل امرأة. ووفقاً للتوقعات الأخيرة، من المتوقع أن ينخفض متوسط خصوبة سكان العالم أكثر إلى 2.1 ولادة لكل امرأة بحلول عام 2050 (DESA, Population Division, 2022b).

على مدى العقود القليلة الماضية، سجّلت عدة بلدان في المنطقة انخفاضاً سريعاً، وإن متأخراً، في معدلات الخصوبة. وتختلف وتيرة هذا التراجع بين بلد وآخر إذ أظهرت بلدانٌ تراجعاً ضئيلاً في حين لم تُظهر أخرى أي تراجع في العقد الماضي. ونتيجة لذلك، تكشف التقديرات الحالية لإجمالي الخصوبة (عدد الأطفال لكل امرأة) في جميع أنحاء المنطقة عن تفاوتات ملحوظة بين البلدان. ومنذ عام 2000، تفاوتت الخصوبة تفاوتاً كبيراً من مستوى الإحلال الأدنى أو القريب منه في البحرين وتونس وقطر والكويت ولبنان وليبيا والمغرب والمملكة العربية السعودية إلى أكثر من أربعة أطفال لكل امرأة في السودان وموريتانيا. وتشير الأرقام المُبلَّغ عنها لبلدان مجلس التعاون الخليجي إلى إجمالي السكان، بمن فيهم غير المواطنين، ولذا فإنها تنحو إلى الانخفاض نسبياً. وتشير التقديرات الأخيرة لخصوبة السكان المواطنين في تلك البلدان إلى أقل من ثلاثة أطفال لكل امرأة، باستثناء عُمان.

يميل معدل الخصوبة إلى الانخفاض مع مرور الوقت في بلدان العالم كافة تقريباً. ووفق التقديرات الأخيرة لمعدلات الخصوبة الكلية (عدد الأطفال لكل امرأة)، تُظهر اتجاهات الخصوبة في 18 دولة عربية (الشكل 1-8) صورة غير متجانسة في المنطقة، مع انخفاض سريع في بعض البلدان، وانخفاض بطيء أو ثبات في بلدان أخرى، وزيادة طفيفة في عدد قليل من البلدان. وقد شهد بَلَدان هما الإمارات العربية المتحدة واليمن انخفاضاً سريعاً في الخصوبة منذ عام 2000، في حين سجّلت أربعة بلدان أخرى، هي السودان وعُمان ودولة فلسطين والكويت، انخفاضاً بطيئاً بلغ نحو 1 في المائة أو أقل سنوياً. والمثير للدهشة أن عدداً قليلاً من البلدان قد شهد مؤخراً ثباتاً في الخصوبة أو حتى زيادة طفيفة. وتشمل هذه البلدان تونس والعراق ومصر وموريتانيا. أما في الأردن فقد انخفضت الخصوبة بشكل طفيف من 3.7 طفل لكل امرأة في عام 2002 إلى 3.5 في عام 2012، وانخفضت أكثر إلى 3.4 في عام 2016. وكشف المسح الديمغرافي والصحي للأردن لعام 2017 عن انخفاض حاد في الخصوبة من 3.5 في الفترة 2010-2015 إلى 2.7 في الفترة 2013-2017 بين المواطنين الأردنيين. من جهة أخرى، وبعد ثباتٍ طويل في معدل الخصوبة، أظهرت التقديرات في مصر ارتفاعاً في الخصوبة من 3 أطفال لكل امرأة في عام 2008 إلى 3.5 طفل لكل امرأة في عام 2014 (وهو المعدل نفسه لعام 2000). ومع ذلك، يشير أحدث مسح لصحة الأسرة في مصر، نُشر في عام 2021، إلى انخفاض الخصوبة إلى 2.85 طفل لكل امرأة (Egypt Central Agency for Public Mobilization and Statistics, 2022a).

الشكل 1-8 معدلات الخصوبة الكلية بين النساء في الفئة العمرية 15-49 سنة (عدد الولادات لكل امرأة)، 2000-2021



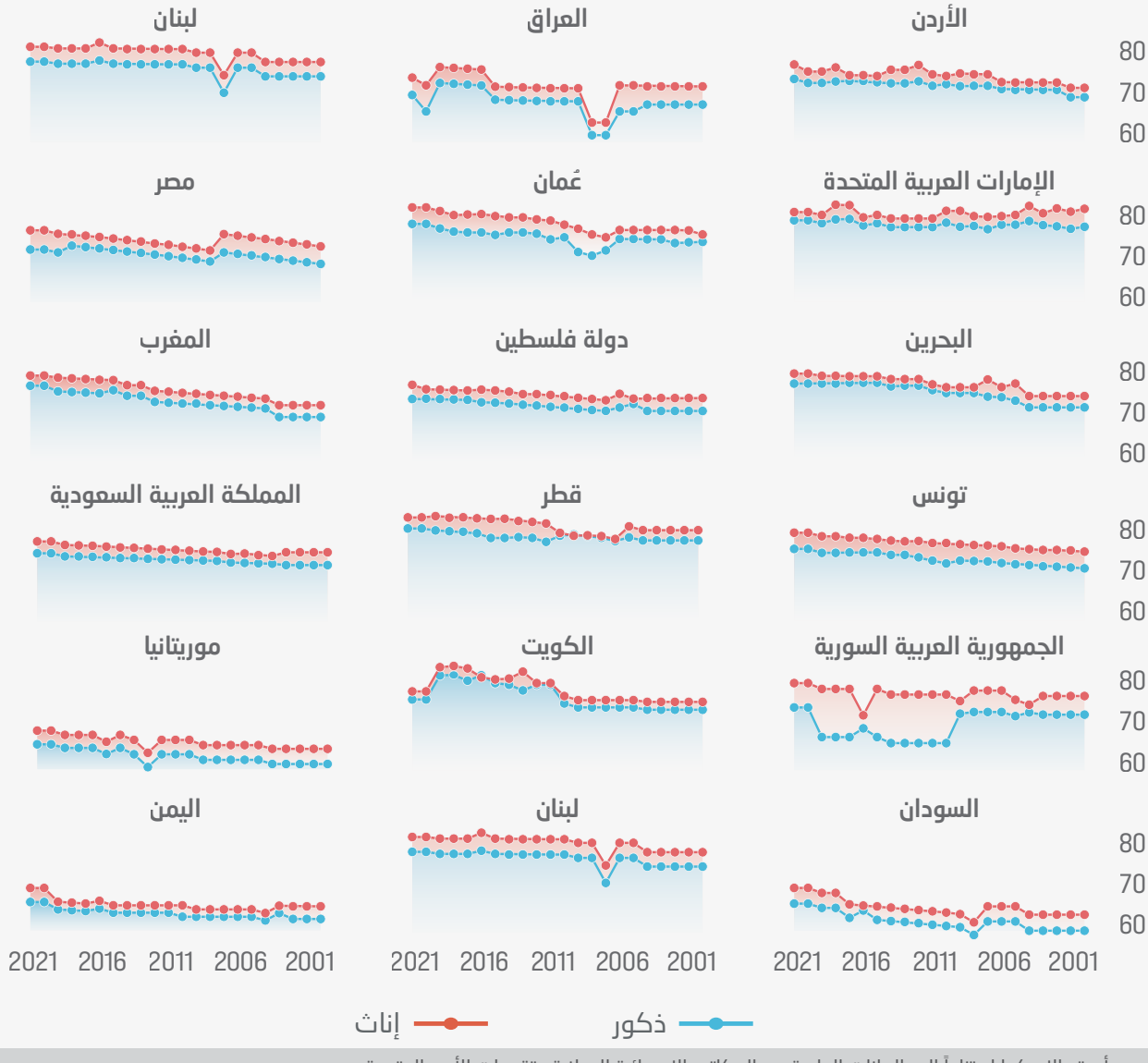
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية وتقديرات الأمم المتحدة.

أفضلية ضئيلة للإناث في متوسط العمر المتوقع عند الولادة

تُعدُّ التحسينات في صحة السكان والتحسينات في النظام الصحي من المحدِّدات الهامة لمتوسط العمر المتوقع عند الولادة. وقد تحسّن متوسط العمر المتوقع عند الولادة، وفقاً لتقديرات الأمم المتحدة، بمعدل 20 سنة في المنطقة العربية منذ ستينات القرن الماضي (DESA, Population Division, 2022b).

لكن التحسينات لم تحدث بالتساوي في جميع أنحاء المنطقة. فالبلدان الأكثر فقراً لا تزال تشهد ارتفاعاً في معدلات الوفيات، وتدنياً في متوسط العمر المتوقع عند الولادة. وعلاوة على ذلك، لا تزال الفوارق بين الجنسين في مجال الصحة تقوض الصحة العامة للسكان في العديد من بلدان المنطقة.

الشكل 1-9 العمر المتوقع عند الولادة لإجمالي السكان، حسب نوع الجنس، 2000-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية وتقديرات الأمم المتحدة.

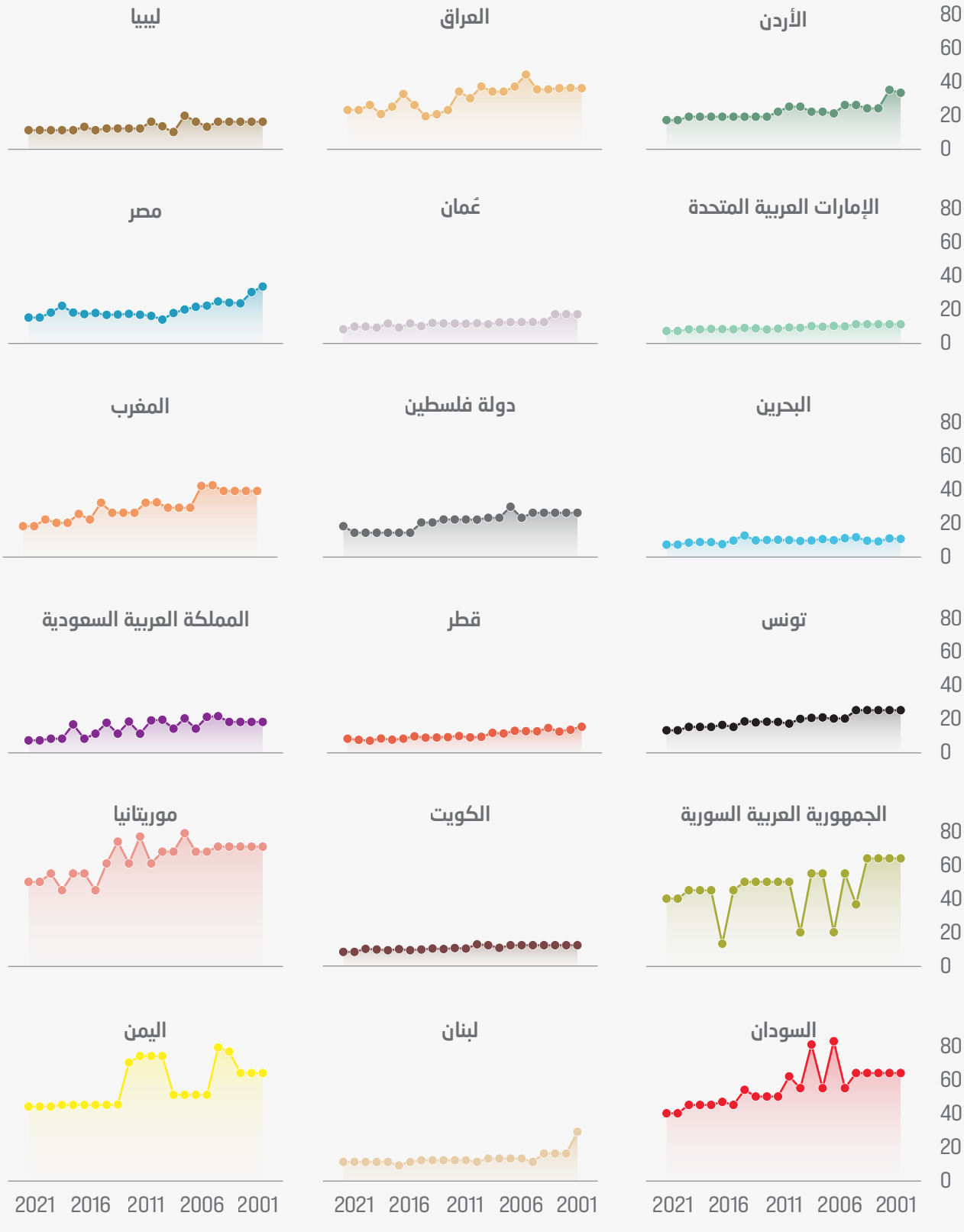
إن الاتجاهات الخاصة بالعمر المتوقع عند الولادة متاحة في 18 بلداً في المنطقة. وكما هو مبين في الشكل 1-9، يميل العمر المتوقع المقدَّر عند الولادة إلى الزيادة بمرور الوقت. وكما هو متوقع، يميل الأشخاص الذين يعيشون في البلدان الغنية إلى التمتُّع بمتوسط عمر متوقع أعلى من أولئك الذين يعيشون في البلدان الفقيرة، فالمولودون في بلدان مجلس التعاون الخليجي يتمتعون بأعلى متوسط عمر متوقع؛ حيث يُسجَّل أعلى متوسط للعمر المتوقع عند الولادة لكل من الرجال والنساء في قطر والإمارات العربية المتحدة. ومن المثير للاهتمام أن لدى بعض البلدان المتوسطة الدخل، مثل لبنان والمغرب وتونس، مستويات مشابهة لمستويات بعض البلدان الغنية في بلدان مجلس التعاون الخليجي. وقد تراوحت تقديرات متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 63.9 سنة للذكور و67.4 سنة للإناث في موريتانيا إلى 79.8 سنة للذكور و82.5 سنة للإناث في قطر في عام 2021. هذا وإن الفروق بين الجنسين ضئيلة بشكل عام. فالفرق بينهما أقل من عامين في الكويت، وأقل من ثلاث سنوات في الإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر والمغرب والمملكة العربية السعودية. وليست هذه الفروق الصغيرة بين الجنسين لصالح الإناث من حيث فرص بقائهن على قيد الحياة مقارنة بفرص بقاء الذكور، ويُعزى ذلك إلى المعاملة التفضيلية للذكور، ربما من حيث الحصول على الرعاية الصحية والتغذية (Coale, 1991). فقد قَدّر كول (Coale, 1991)، باستخدام نموذج جداول الحياة، أن الفرق في العمر المتوقع عند الولادة ضئيل بين الجنسين، 0.924 للذكور مقابل 0.946 للإناث. أما القِيَم التي تتجاوز 0.94 فقد تشير إلى وجود تمييز بينهما. وتشير البيّنات العلمية إلى أنه عندما يكون العمر المتوقع للإناث أدنى من متوسط العمر المتوقع للذكور، فإن ذلك قد يعود إلى سوء معاملة الفتيات: فقد يتلقى الفتيان طعاماً أكثر من الفتيات، على سبيل المثال، أو قد يُرْسَلون إلى الطبيب مرات أكثر من الفتيات. وباستثناء الجمهورية العربية السورية والسودان والعراق وليبيا ومصر، أظهرت جميع البلدان التي لديها بيانات عن متوسط العمر المتوقع حسب نوع الجنس قِيَماً أعلى من 0.94 في عام 2021، مما يشير إلى وجود تفاوتات ملحوظة بين الجنسين في ما يتعلق بطول العمر. غير أن البيانات عن الاتجاهات، الواردة من بعض البلدان تكشف أن التحسينات خلال العقد الماضي تركت عموماً أثراً أفضل على الإناث منه على الذكور.

ويتبين التحسّن المستمر في الوضع الصحي للسكان أيضاً من خلال انخفاض معدلات وفيات الرضَّع والأطفال (عدد الوفيات لكل 1,000 ولادة حيّة) مع مرور الوقت وفي بلدان المنطقة كافة (الشكل 1-10). ومع ذلك، يبدو أن الانخفاض المستمر في وفيات الرضَّع قد توقف، ليس فقط في البلدان ذات معدلات وفيات الرضَّع المرتفعة نسبياً فحسب، بما فيها العراق ومصر، ولكن أيضاً في البلدان ذات المعدلات المنخفضة، بما فيها، في الدرجة الأولى، بلدان مجلس التعاون الخليجي. كما توقف في السنوات القليلة الماضية انخفاض معدل وفيات الرضَّع في البلدان التي تشهد نزاعات مسلحة، بما فيها الجمهورية العربية السورية واليمن. وتشير التقديرات الأخيرة الواردة من الأردن (15 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي في العام 2021) ودولة فلسطين (16 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي في العام 2021) إلى انخفاض كبير في معدل وفيات الرضَّع في السنوات الأخيرة. وتتراوح معدلات وفيات الرضَّع من 48 في موريتانيا (2021) إلى معدلات منخفضة للغاية تبلغ 10 أو أقل في بلدان مجلس التعاون الخليجي. وتبين هذه الأرقام بوضوح أن البلدان الفقيرة في منطقة الإسكوا، بما فيها الجمهورية العربية السورية والسودان وموريتانيا واليمن، تتميز بمعدلات وفيات مرتفعة للغاية (حوالي 40 لكل 1,000 مولود حي خلال الفترة 2000-2021)، مع أن هذه المعدلات قد انخفضت بشكل حاد على مر السنين.

وتختلف الفوارق بين الجنسين في وفيات الرضَّع اختلافاً كبيراً بين الدول. ونظراً إلى أن الفتيات الحديثات الولادة يحظين أكثر من الفتيان، ولأسباب بيولوجية، بفرصة البقاء على قيد الحياة حتى عيد ميلادهن الأول، فإن الفروق بين الجنسين في وفيات الرضَّع تنشأ غالباً من عوامل وراثية تؤدي إلى ارتفاع معدلات وفيات الرضَّع الذكور (Fuse and Crenshaw, 2006).

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 البلدان لصالح الإناث (Coale, 1991). ولكن التقديرات الأخيرة في قطر ودولة فلسطين، تُظهر ميلاً لصالح الذكور في معدلات وفيات الرضَّع. أما في البلدان حيث تسود المساواة بين الجنسين، كالسويد مثلاً، فتبلغ نسبة وفيات الذكور إلى الإناث حوالي 1.20. أما في المنطقة العربية، حيث تتوفر بيانات عن معدلات وفيات الرضَّع حسب نوع الجنس، فتبلغ نسبة وفيات الذكور إلى الإناث حوالي 1.20 في العراق (2018) والبحرين (2019) وأقل من 1.20 في قطر (2019) والمغرب (2018) ودولة فلسطين (2020). وقد يشير انخفاض الفرق بين الجنسين في معدل وفيات الرضَّع عما كان متوقعاً إلى ممارسات تمييزية ضد الفتيات، مثل تزويدهن بفرص للحصول على الخدمات الصحية أو التغذية أدنى من تلك التي يحظى بها الفتيان (Coale, 1991).

الشكل 1-10 معدلات وفيات الرضّع (لكل 1,000 مولود حي)، 2000-2021



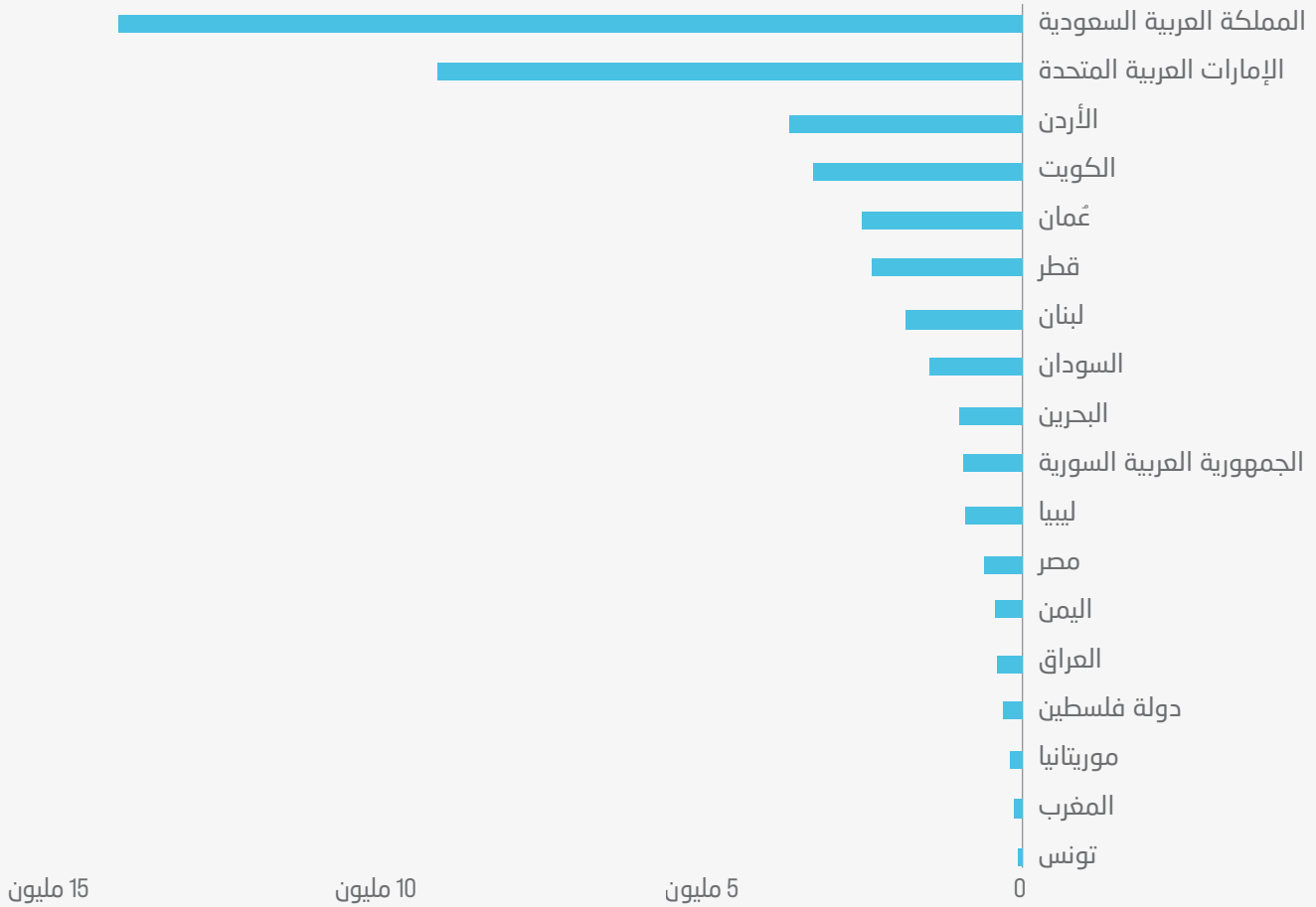
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية وتقديرات الأمم المتحدة.

تضاعفت تقريباً الهجرة الدولية خلال 20 عاماً

قد تُخلِّف الهجرة الدولية أثراً عميقاً على حجم سكان أي بلد وعلى تركيبتهم حسب العمر ونوع الجنس، وكذلك على ظروف البلد الاقتصادية والاجتماعية والصحية. لكن، ورغم أهمية قضية الهجرة الدولية في المنطقة العربية، تبقى البيانات والأدبيات المتاحة حولها قليلة للغاية. وفي هذا التقرير، تُستخدم البيانات المحدودة المتوفرة من مصادر دولية لإلقاء الضوء على حجم السكان المهاجرين والنازحين وكذلك على صافي حركات الهجرة.

تُعتبر أعداد المهاجرين كبيرة نسبياً في معظم بلدان المنطقة. وتُظهر بيانات عام 2020 أن المملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة تضمّان العدد الأكبر من المهاجرين الدوليين، يليهما الأردن (الشكل 1-11). وتصنف تسعة بلدان من أصل 18 بلداً ما لا يقل عن 25 في المائة من سكانها كمهاجرين دوليين؛ ويشكّل المهاجرون الدوليون أكثر من 80 في المائة من السكان في الكويت والإمارات العربية المتحدة وأكثر من 40 في المائة في البحرين وعُمان وقطر. ويعتبر عدد المهاجرين كبير نسبياً أيضاً في الأردن ولبنان والمملكة العربية السعودية. ومع ذلك، وخلافاً لبلدان مجلس التعاون الخليجي، فإن المهاجرين إلى الأردن يفدون إلى حد كبير من البلدان العربية المجاورة، ولا سيما من الجمهورية العربية السورية والعراق ودولة فلسطين ومصر.

الشكل 1-11 أعداد المهاجرين الدوليين، بالملايين، 2020



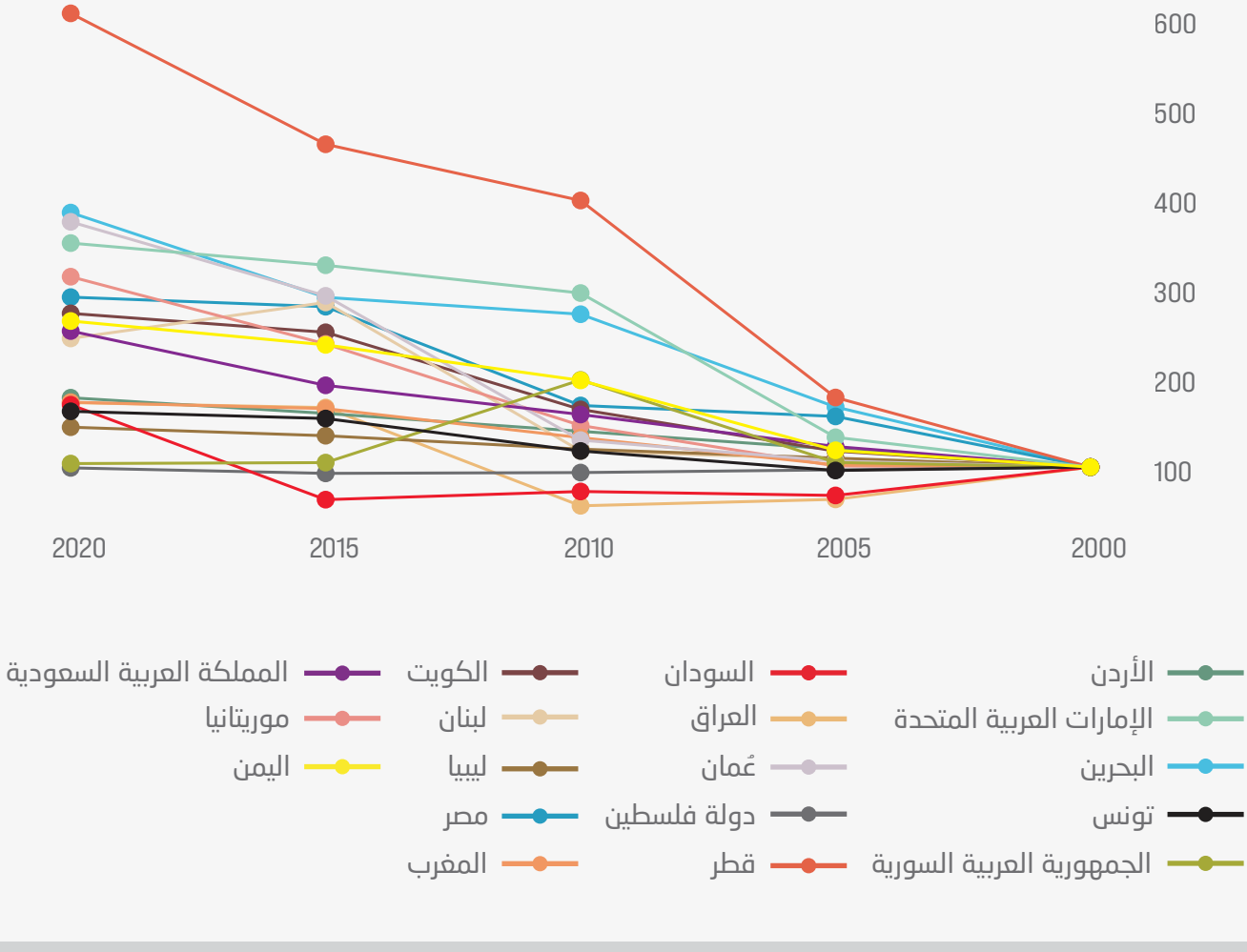
المصدر: DESA, Population Division, 2020.

وتشير تقديرات اتجاهات الهجرة الدولية للفترة من عام 2000 إلى عام 2020 في البلدان العربية الـ 18 إلى زيادة كبيرة في أعداد المهاجرين الدوليين. فقد بلغ عدد المهاجرين الدوليين خلال تلك الفترة أكثر من ضعفين في 10 بلدان وأكثر من ثلاثة أضعاف في خمسة بلدان هي الإمارات العربية المتحدة والبحرين وعُمان وقطر وموريتانيا. وفي ما يتعلق بالبلدان الـ 18 ككل، فقد ازداد عدد المهاجرين الدوليين بحوالي 158 في المائة تقريباً بين عامي 2000 و2020.

كانت معدلات الهجرة الصافية المقدَّرة لكل 1,000 نسمة لسنة 2021 إيجابية لبلدين فقط من البلدان الـ 18. فقد سجلت الجمهورية العربية السورية والأردن أعلى معدلين إيجابيين بلغا 10 و1.3 على التوالي. في المقابل، سجّل لبنان أعلى معدل سلبي، بلغ 20-. في حين تقلبت المعدلات إلى حد ما بين عامي 2015 و2021، كان الاتجاه العام في جميع بلدان مجلس التعاون الخليجي هو انخفاض الهجرة (DESA, Population Division, 2022b).

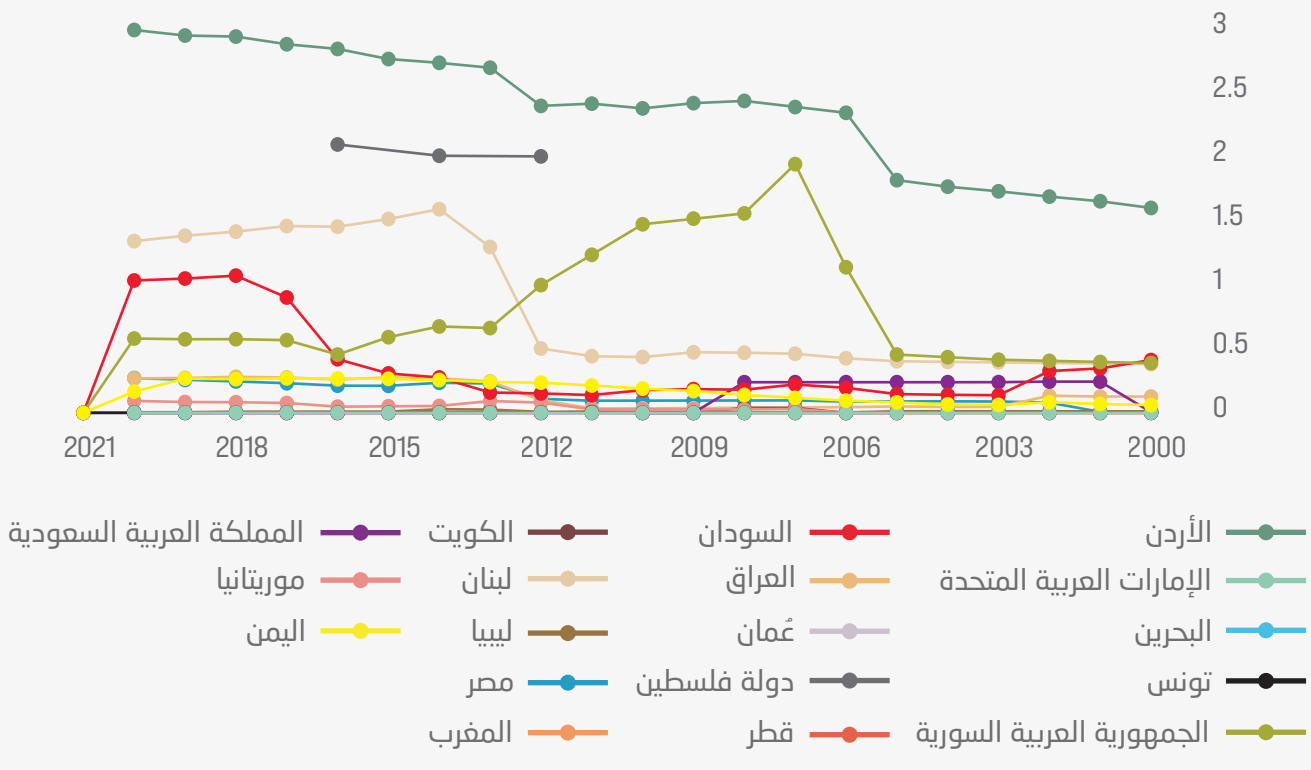
ومن المعروف على نطاق واسع أن المنطقة العربية تضم أكبر عدد من اللاجئين والنازحين في العالم وأن اللاجئين الفلسطينيين هم أكبر وأقدم مجموعة (UNHCR, 2017 UNRWA, 2017). وكما يبين الشكل 1-13، تضم أربعة بلدان، هي الأردن والسودان ودولة فلسطين ولبنان، أكثر من مليون لاجئ. ولأعداد اللاجئين الكبيرة في لبنان والأردن، مقارنةً بسكانهما المواطنين، آثار هامة على أسواق العمل فيهما وعلى قدرتهما على توفير خدمات صحية وتعليمية واجتماعية كافية.

الشكل 1-12 أعداد المهاجرين الدوليين في منتصف العام (النسبة المئوية، سنة الأساس 2000)، 2000-2020



المصدر: DESA, Population Division, 2020.

الشكل 1-13 اللاجئون حسب البلد/منطقة اللجوء بالملايين، 2000-2020



المصدر: أعدته الإسكوا على أساس بيانات قدمها كل من مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (2020) والأونروا (2020) والبنك الدولي (2020).

الأسر المعيشية والعائلات

02

تشكّل تركيبة الأسرة المعيشية نمط عيش أفرادها وتوفّر بعض المؤشرات العامة 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 ركّزت الدراسات الأولى حول ديناميات الأسرة المعيشية في المنطقة على التحوّل من تقليد الأسرة المعيشية الممتدة باتجاه الأسرة النواة (Barakat, 1985). وأكّد (Khadr and El-Zeini, 2003) مؤخراً أن الأسرة النواة أصبحت طريقة العيش الأكثر شيوعاً.

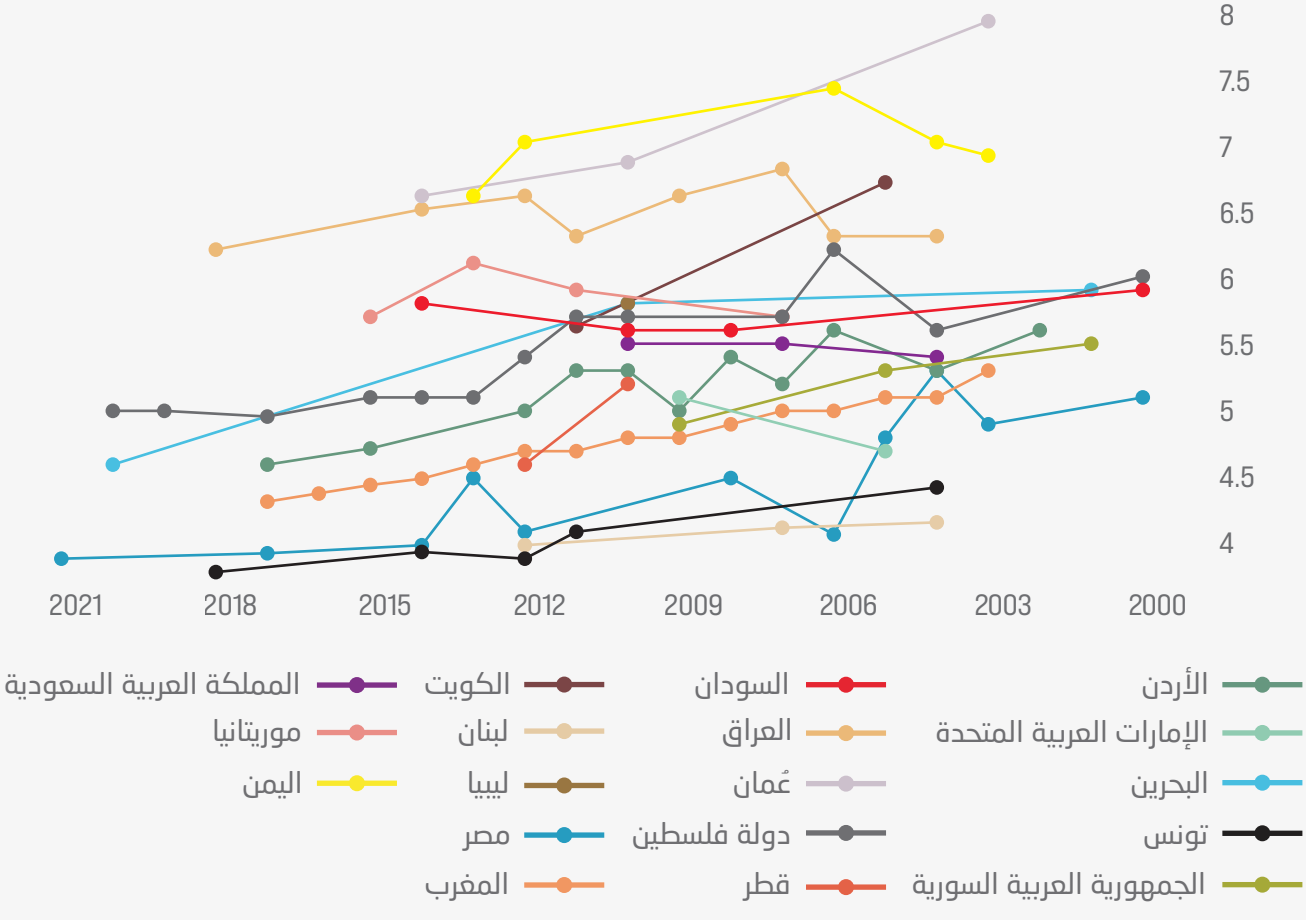
ويمكن عموماً وصف أنماط الزواج المتعارف عليها في المنطقة بأنها مبكرة وشاملة للجميع وتتميّز بتعدُّد الزوجات. غير أن التغيُّرات الاقتصادية والمجتمعية كان لها تأثيرات كبيرة على توقيت الزواج وطبيعته في العقود الأخيرة. فقد ارتبط بشكل خاص تزايد العمل في الصناعة ونمط حياة السكان في المدن وارتفاع التحصيل التعليمي في العديد من البلدان العربية بالتحوّل نحو الزواج المتأخر والزواج الأحادي وارتفاع معدلات العزوبية (Rashad, Osman and Roudi-Fahimi, 2005)

نقدم في هذا القسم لمحة وصفية عامة عن تركيبة الأسرة المعيشية وتكوين العائلة. ويستند تحليلنا إلى الإحصاءات الرسمية التي أبلغت عنها المكاتب الإحصائية الوطنية، وإلى البيانات المتاحة التي تم الحصول عليها من خلال المسوح الديمغرافية والصحية الأخيرة والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات، وإلى البيانات الواردة في قواعد البيانات ذات الصلة التي تحتفظ بها إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية.

تراجع عام تدريجي في متوسط حجم الأسرة المعيشية

كما هو موضح في الشكل 2-1، يتراوح متوسط حجم الأسرة في جميع أنحاء المنطقة العربية حالياً من حوالي 4 أشخاص لكل أسرة في تونس ولبنان ومصر إلى أكثر من 7 أشخاص لكل أسرة في عُمان واليمن. غير أن متوسط حجم الأسرة المعيشية انخفض تدريجياً على مدى العقدين الماضيين.

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



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى بيانات مقدمة من المكاتب الإحصائية الوطنية وتم الحصول عليها من خلال الدراسات الاستقصائية السكانية والصحية والدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات.

الإطار 2-1 اتجاهات حجم الأسرة المعيشية

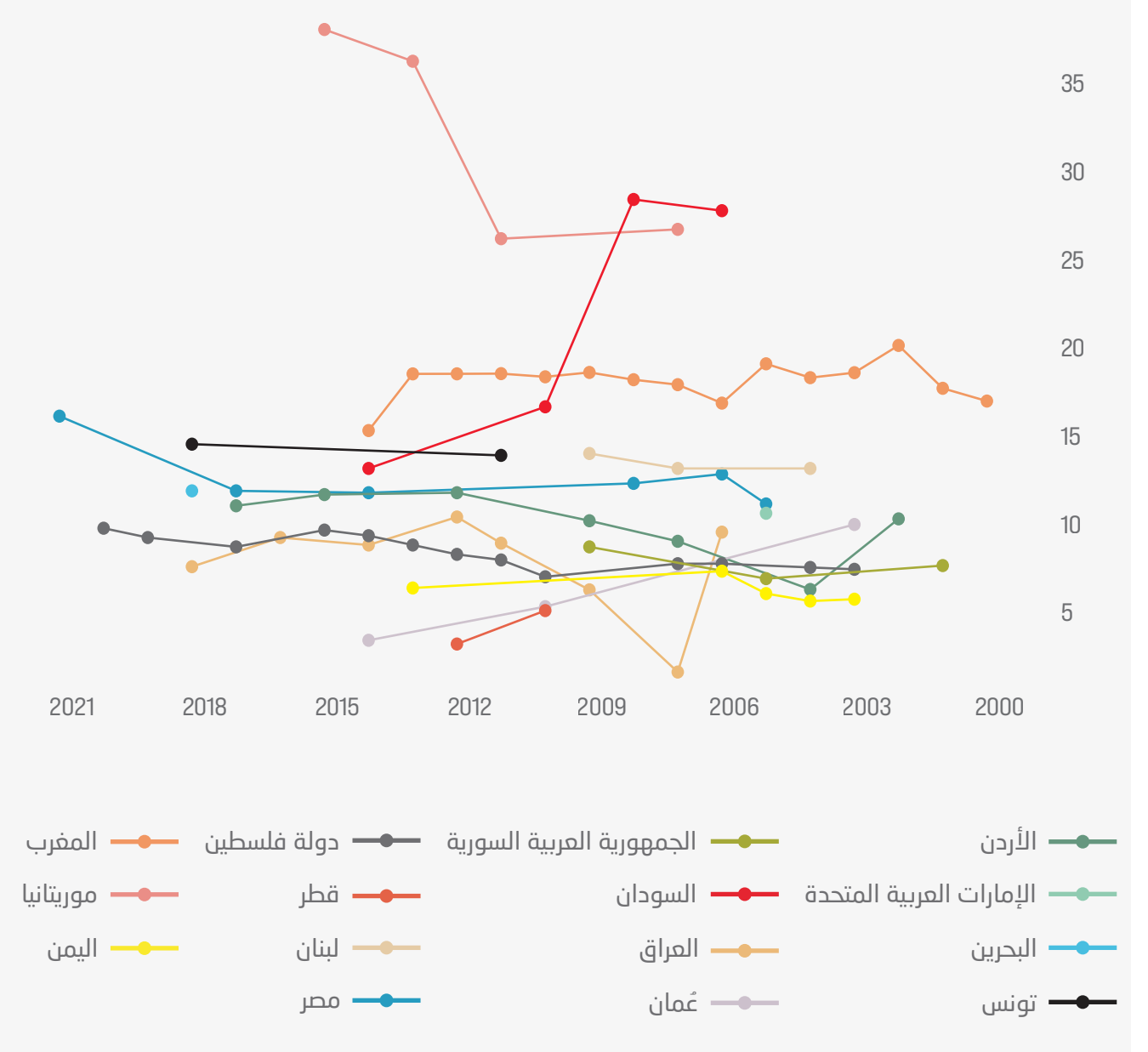
بالإضافة إلى الخصوبة، تتأثر الاتجاهات في حجم الأسرة المعيشية بالاتجاهات في الصحة وطول العمر والهجرة؛ والأنماط الثقافية المحيطة بالإقامة المشتركة بين الأجيال، ومغادرة المنزل، والمساكنة، والزواج، والطلاق؛ والعوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تشكل الاتجاهات في أسواق التعليم والتوظيف والإسكان.

المصدر: DESA, Population Division, 2017.

انخفاض معدلات الأسر المعيشية التي ترأسها نساء، باستثناء موريتانيا

وكما هو مبين في الشكل 2-2، فإن أقل من 15 في المائة من الأسر المعيشية ترأسها نساء في معظم البلدان التي تتوافر عنها بيانات. ففي موريتانيا أكبر نسبة من الأسر التي ترأسها نساء (تقدر بنحو 38 في المائة من الأسر في عام 2015)، في حين تسجّل أدنى نسبة في كل من قطر (تقدر بنحو 5 في المائة في عام 2012) وعُمان (تقدر بنحو 5 في المائة في عام 2014).

الشكل 2-2 الأسر المعيشية التي ترأسها نساء (النسبة المئوية)، 2000-2020



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

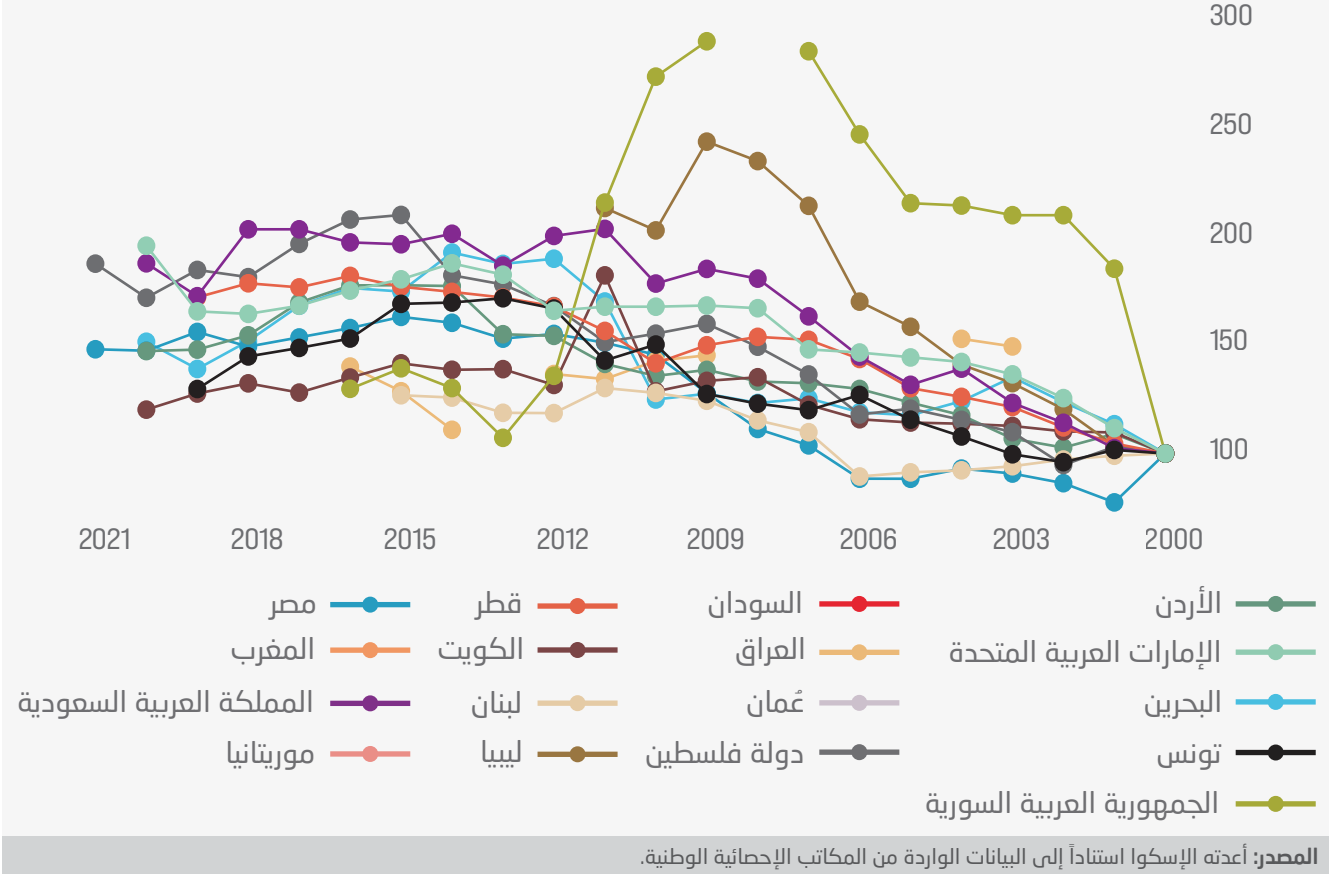
ارتفاع مستمر في عدد حالات الزواج والطلاق المسجّلة

أنشأنا مؤشراً بسيطاً يبين التغيُّرات السنوية في عدد حالات الزواج المسجّلة مقارنة بسنة الأساس 2000 (الشكل 2-3). في معظم البلدان التي تتوفر عنها بيانات، زاد عدد حالات الزواج مع بعض التقلبات بين عامي 2000 و2020. وقد تضاعفت على الأقل حالات الزواج المسجّلة في ليبيا بين عامي 2000 و2007، وفي المملكة العربية السعودية بين عامي 2000 و2011، وفي دولة فلسطين بين عامي 2000 و2015. وعلى العكس من ذلك، انخفضت حالات الزواج المسجّلة في الجمهورية العربية السورية انخفاضاً حاداً من مستوى مرتفع بلغ حوالي 240,000 في عام 2009 إلى 108,000 فقط في عام 2016.

وبشكل عام، زاد عدد حالات الطلاق المسجّلة أكثر من عدد حالات الزواج المسجّلة بين عامي 2000 و2021.

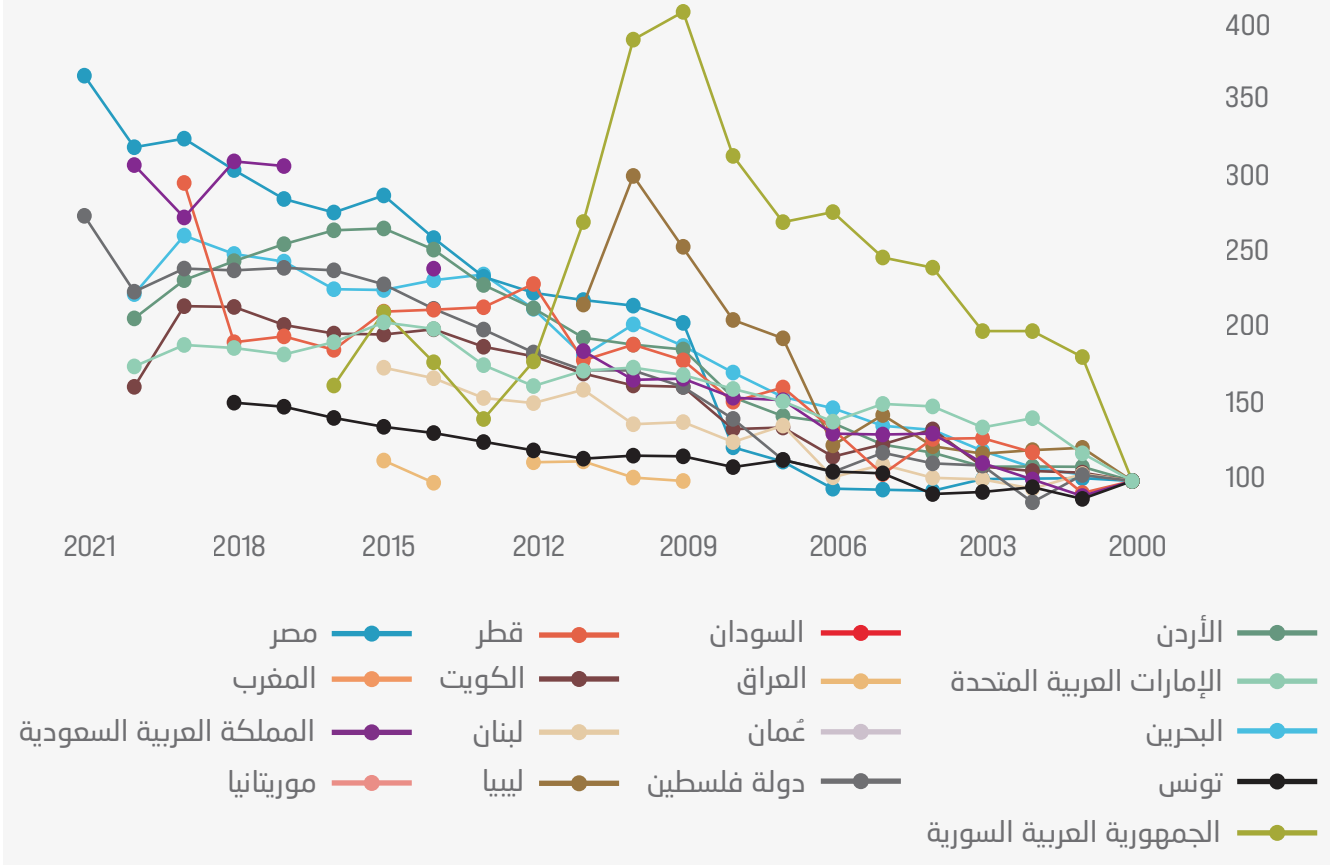
في جميع البلدان العربية التي تتوفر عنها بيانات حديثة، تضاعف على الأقل عدد حالات الطلاق المسجّلة، باستثناء تونس، حيث ارتفع بنسبة 52 في المائة فقط بين عامي 2000 و2018، وفي لبنان حيث زاد بنسبة 75 في المائة بين عامي 2000 و2015. وفي الجمهورية العربية السورية، تضاعفت حالات الطلاق المسجّلة أربع مرات بين عامي 2000 و2009 قبل أن تنخفض في عام 2016 إلى 125 في المائة فقط عن عدد حالات الطلاق المسجّلة في عام 2000. تتعدد الأسباب المحتملة لهذه الاتجاهات، بما في ذلك التحسينات التي أُدخلت على نظام التسجيل، والزواج المبكر، والبطالة، والفقر، وعدم الاستقرار السياسي، والعوامل الثقافية و/أو الإيديولوجية.

الشكل 2-3 حالات الزواج المسجّلة، (النسبة المئوية للتغيُّر)، 2000-2020 (سنة الأساس 2000)



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

الشكل 2-4 حالات الطلاق المسجّلة، (النسبة المئوية للتغيُّر)، 2000-2020 (سنة الأساس 2000)



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

أكثر من نصف النساء يتزوجن بين الـ 20 والـ 24 من عمرهن في معظم البلدان

يبين الشكل 2-5 الحالة الزواجية للنساء حسب الفئة العمرية. ووفقاً للبيانات التي تم الحصول عليها من خلال المسوح الديمغرافية والصحية الأخيرة والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات، فإن ما بين 50 و60 في المائة من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 و24 سنة متزوجات في السودان والعراق ودولة فلسطين ومصر وموريتانيا واليمن، في حين أن النسبة في تونس أقل بكثير، حيث لا تتجاوز 14 في المائة من النساء في تلك الفئة العمرية.

يوضح الشكل 2-5 أيضاً أن الزواج يكاد يكون شاملاً للجميع في العديد من البلدان. لا تزال نسبة كبيرة نسبياً من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 45 و49 عاماً غير متزوجات في البحرين (18 في المائة من النساء في عام 2020) والمغرب (14 في المائة في عام 2018) والكويت (12 في المائة في عام 2011). ترتفع معدلات الطلاق مع التقدم في السن، لكنها لا تزال أقل من 5 في المائة في جميع البلدان التي تتوفر بيانات عنها، باستثناء موريتانيا حيث بلغت نسبة المطلقات بين النساء في الفئة العمرية بين 45 و49 سنة حوالي 16 في المائة في العام 2015. وبلغت أعلى نسبة من الأرامل في مصر، حيث فقدت حوالي 11 في المائة من النساء في الفئة العمرية بين 45 و49 سنة أزواجهن في العام 2017. وفي البحرين، ترملت 2 في المائة فقط من النساء في هذه الفئة العمرية في العام 2020.

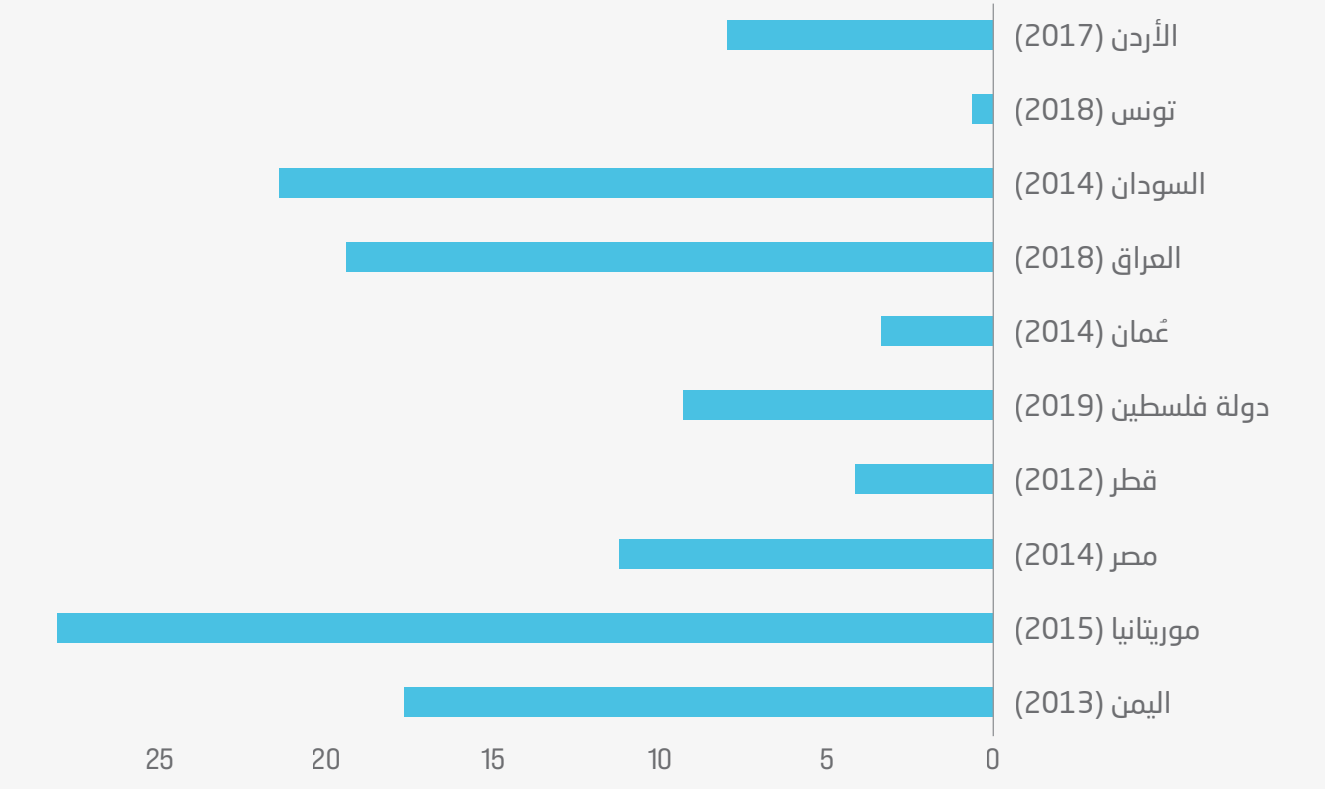
الشكل 2-5 الحالة الزواجية للنساء حسب الفئة العمرية، تقديرات تستند إلى أحدث البيانات المتاحة

المصدر: بيانات تم الحصول عليها من خلال المسوح السكانية والصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات.

تفاوت كبير في الزواج المبكر

لقد ارتفع متوسط العمر عند الزواج الأول لكلٍّ من النساء والرجال في أنحاء المنطقة العربية. ولكن، بسبب مزيج معقد من المعايير الثقافية والفقر المستشري 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).

الشكل 2-6 الفتيات اللواتي سبق لهن الزواج وتتراوح أعمارهن بين 15 و19 عاماً، تقديرات تستند إلى أحدث البيانات المتاحة (النسبة المئوية)



المصدر: بيانات تم الحصول عليها من خلال المسوح السكانية والصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات.

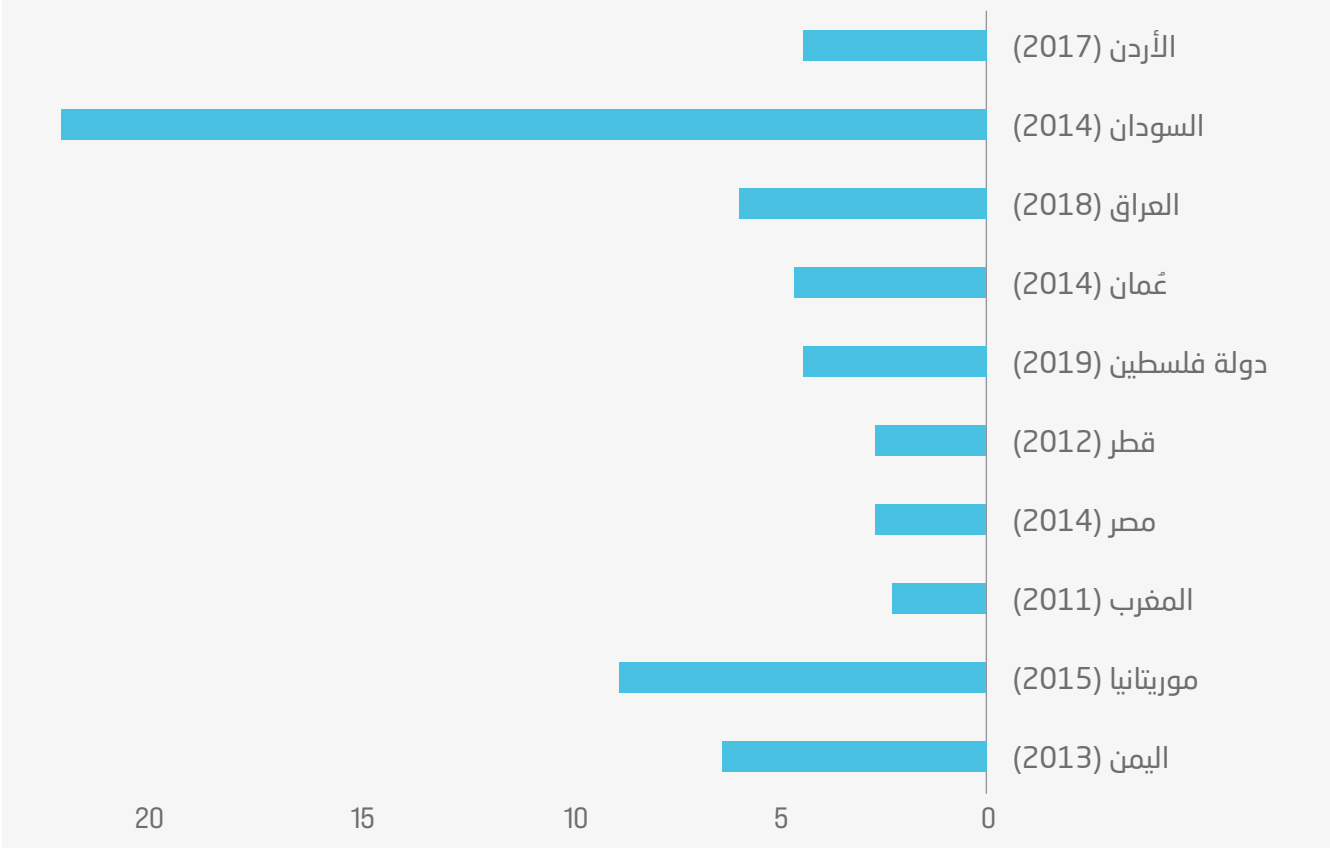
ملاحظة: في حين يُعرَّف الزواج المبكر أو زواج الأطفال بأنه "الزواج الرسمي قبل سن 18 عاماً"، فإن البيانات المقدمة تتعلق بالفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 عاماً؛ وبالتالي فإن البيانات تشير إلى زواج الأطفال ولكنها لا تعبر عن هذه الظاهرة بشكل كامل.

ويبين الشكل 2-6 النسب المئوية للفتيات اللواتي سبق لهن الزواج وتتراوح أعمارهن بين 15 و19 عاماً، ويستند إلى البيانات التي تم الحصول عليها من خلال تعدادات السكان والمسوح الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات. والبلدان العربية التي لديها أعلى نسب من الفتيات اللواتي خضعن للزواج المبكر هي موريتانيا (28 في المائة في عام 2015) والسودان (21 في المائة في عام 2014) والعراق (19 في المائة في عام 2014). وأما البلدان التي سجلت أدنى النسب فهي البحرين ولبنان والمملكة العربية السعودية، حيث تخضع حوالي 3 في المائة من الفتيات في كل من هذه البلدان للزواج المبكر.

عدد قليل من الزيجات المتعددة، باستثناء السودان

كما هو مبيّن في الشكل 2-7، لم يعد تعدد الزوجات سائداً في معظم البلدان العربية. ووفقاً للبيانات التي تم الحصول عليها من خلال المسوح الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات، تراوحت النسبة المئوية للزواج مع زوجة واحدة أو أكثر من 2 في المائة في المغرب (2011) إلى 22 في المائة في السودان (2014) للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاماً. وبلغت النسبة حوالي 3 في المائة في مصر في عام 2017، و4 في المائة في دولة فلسطين (2019) والأردن (2017)، و6 في المائة في العراق (2018) واليمن (2013)، و11 في المائة في موريتانيا (2015).

الشكل 2-7 النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 عاماً والمتزوجات من رجال لديهم زوجة ثانية أو أكثر، وفقاً لأحدث التقديرات المتاحة (النسبة المئوية)



المصدر: بيانات تم الحصول عليها من خلال المسوح الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات، بما في ذلك تلك التي أجراها المشروع العربي لصحة الأسرة.

تميل النساء إلى البدء بالإنجاب بعد الزواج ببرهة قصيرة

يبين الشكل 2-8 النسب المئوية للنساء اللواتي لم ينجبن أطفالاً أبداً، حسب الفئة العمرية في السنوات الأخيرة التي تتوافر عنها البيانات. في المنطقة العربية، تميل النساء إلى البدء بالإنجاب بعد الزواج ببرهة قصيرة.

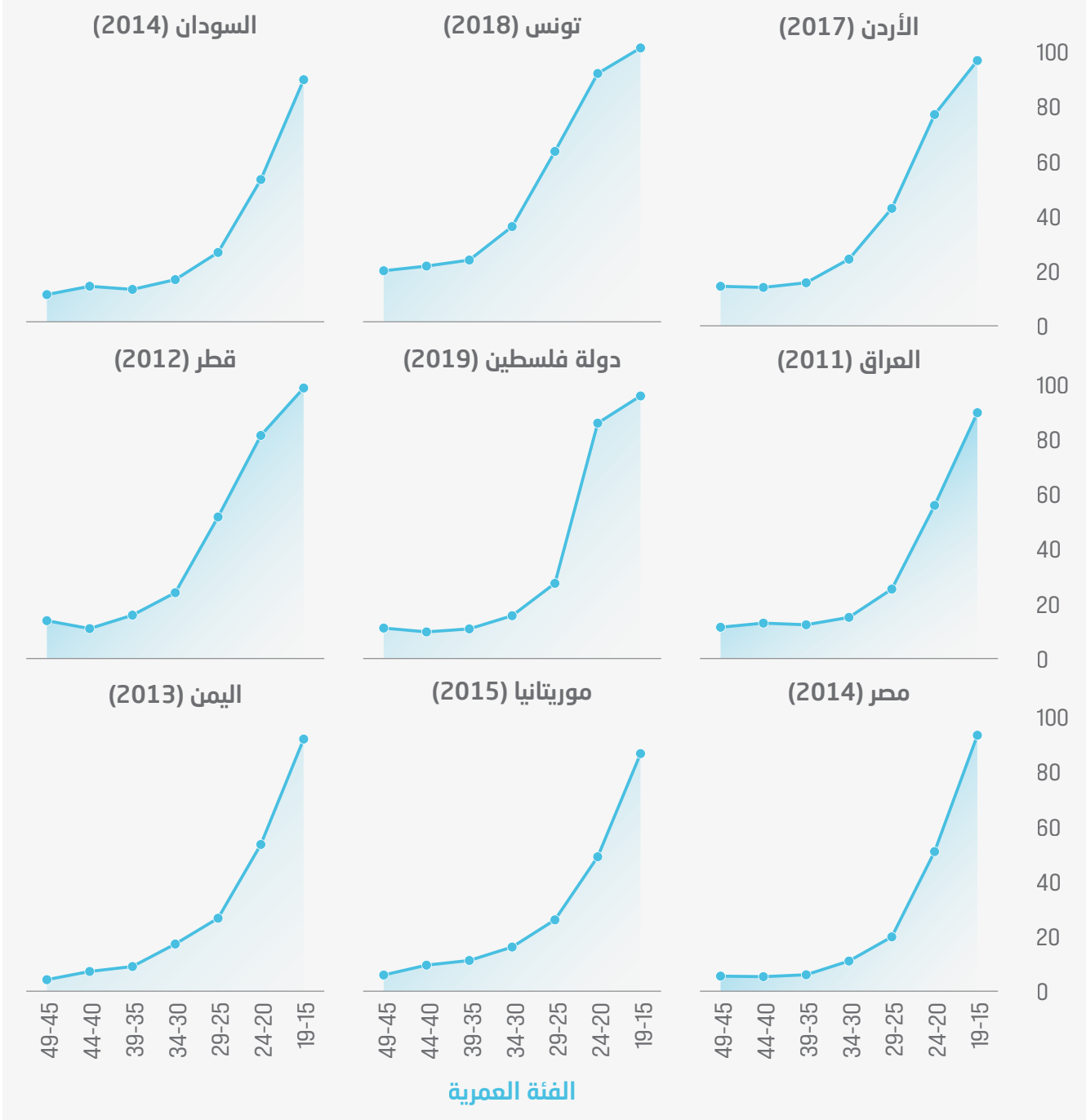
ومع ذلك، تشير البيانات التي تم الحصول عليها من خلال المسوح الديمغرافية والصحية الأخيرة والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات، أن 13 في المائة من الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 عاماً في موريتانيا في عام 2015 قد بدأن بالفعل في الإنجاب، مقارنة بنسبة 12 في المائة في السودان (2014)، و10 في المائة في العراق (2018)، و8 في المائة في اليمن (2013)، و7 في المائة في مصر (2014) و4 في المائة في دولة فلسطين (2019)، و3 في المائة في الأردن (2017).

من شأن الحمل المبكر قبل سن الرشد أن يعرّض كُلاً من الأم والطفل لمخاطر جسيمة. فهو يرتبط، بالنسبة للأم، بنتائج صحية وتعليمية واقتصادية سلبية، بينما يعرّض الطفل لمخاطر متزايدة لجهة الوفاة في الفترة المحيطة بالولادة، كما تزداد مخاطر وفاة الرضّع (United Nations Population Fund, 2013).

بدأت واحدة من كل امرأتين تقريباً في العراق (2018) ومصر (2014) وموريتانيا (2015) والسودان (2014) في الإنجاب بين سن الـ 20 والـ 24. في المقابل، تبلغ نسبة من تتراوح أعمارهن بين 20 و24 عاماً ولم يلدن قط 90 في المائة في تونس (2018) و81 في المائة في قطر (2012) و77 في المائة في الأردن (2017).

وتتراوح نسبة عدم الإنجاب بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 45 و49 عاماً بين 10 و20 في المائة في العراق (2018) والأردن (2017) وقطر (2012) ودولة فلسطين (2019) والسودان (2014) وتونس (2018)، ولكنها أقل بكثير من 7 في المائة في مصر (2014) وموريتانيا (2015) واليمن (2013).

الشكل 2-8 النساء اللواتي لم ينجبن قط، حسب الفئة العمرية، وفقاً لأحدث التقديرات المتاحة (النسبة المئوية)



المصدر: بيانات تم الحصول عليها من خلال المسوح السكانية والصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات.

ظروف المساكن

03

المسكن هو أحد أهم جوانب حياة الناس والمسكن اللائق معترف به كحق أساسي من حقوق الإنسان. إن الحماية من تقلبات الطقس والشعور بالأمان والتمتُّع بالخصوصية والمساحة الشخصية هي حاجة أساسية. فالمسكن اللائق والميسور التكلفة حق مشروع للجميع. والمسكن اللائق أساسي كذلك لصحة الناس وهو يؤثر على النمو في مرحلة الطفولة (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2011).

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

الإطار 3-1 الهدف 11 من أهداف التنمية المستدامة

تحتل قضايا الإسكان مكانة بارزة في الهدف 11 من أهداف التنمية المستدامة في خطة عام 2030، والذي ينص على: "جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وآمنة وقادرة على الصمود ومستدامة". ولتقييم التقدم المحرز نحو تحقيق هذا الهدف، فإن الجهات المعنية مدعوة إلى تقييم التقدم المحرز في ما يتعلق بعدد من المؤشرات الرئيسية، بما في ذلك المؤشر 11-1-1، أي "نسبة السكان الحضريين الذين يعيشون في أحياء فقيرة أو مستوطنات غير رسمية أو مساكن غير لائقة". يتوفر المزيد من المعلومات وأحدث البيانات الوصفية للمؤشر 11-1-1 على صفحة الويب ذات الصلة لشعبة الإحصاءات التابعة للأمم المتحدة (UNSD, 2021).

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

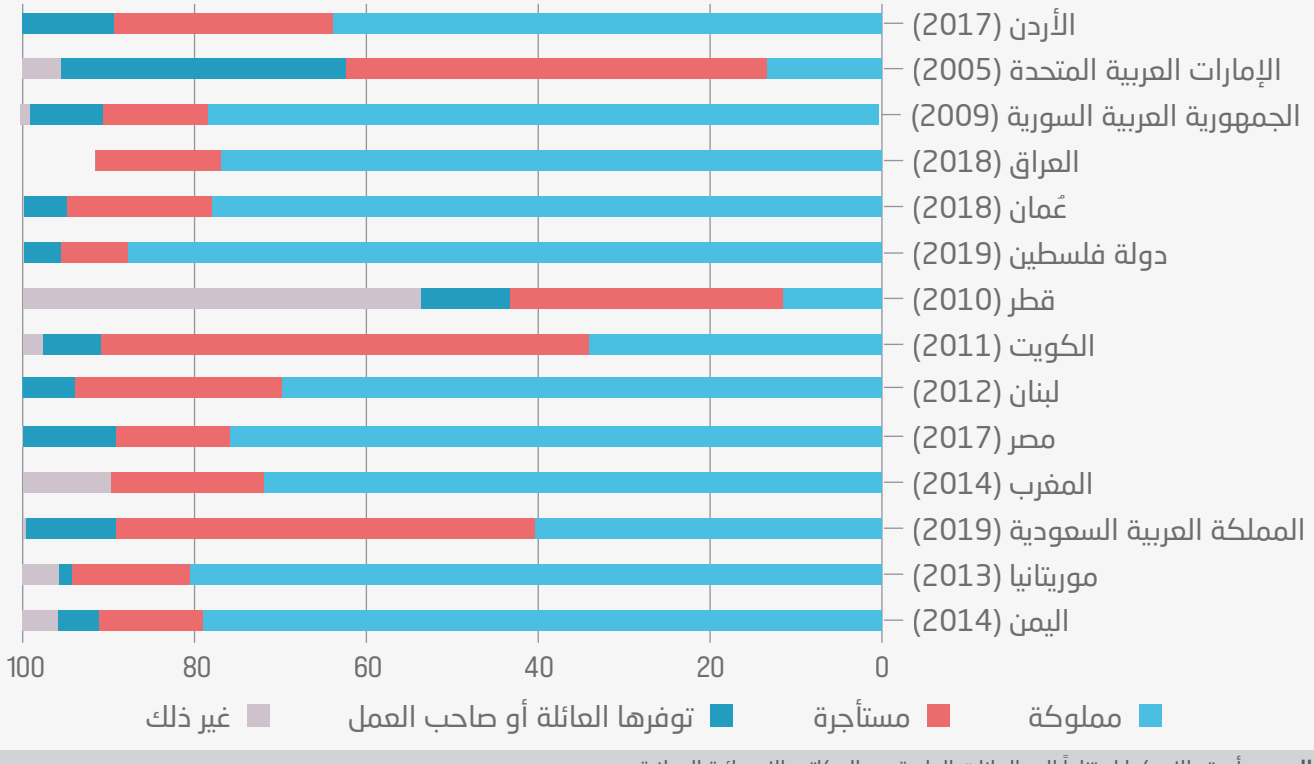
وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة، تتجاوز ملكية المساكن في المنطقة العربية 60 في المائة، باستثناء بعض بلدان مجلس التعاون الخليجي (الشكل 3-1).

كنسبة مئوية من مجموع السكان، تسجّل قطر (2010) أدنى معدل لملكية المساكن، بنسبة 12 في المائة، في حين أن 32 في المائة من الوحدات السكنية فيها مستأجَرة. وعلى نحو مشابه، تسجل الكويت (2011)، نسبة 34 في المائة فقط من الوحدات السكنية التي يشغلها مالكوها، في حين أن 57 في المائة منها مستأجَرة. أما أعلى نسبة من الوحدات السكنية التي يشغلها مالكوها فقد سجّلتها دولة فلسطين (2019)، إذ بلغت 88 في المائة.

هذا وتميل نسب أكبر من الأسر المعيشية الريفية إلى امتلاك وحداتها السكنية، في حين أن الأسر المعيشية الحضرية تميل أكثر للاستئجار (الشكل 3-2). في عام 2010، بلغت نسبة الأسر الريفية التي تعيش في وحدات سكنية تملكها في عُمان حوالي 74 في المائة، مقارنة بـ 49 في المائة من الأسر الحضرية في ذلك البلد. أما في الأردن، فقد بلغت نسبة الأسر الحضرية التي تمتلك وحداتها السكنية حوالي 62 في المائة في عام 2017، مقابل حوالي 80 في المائة من الأسر الريفية.

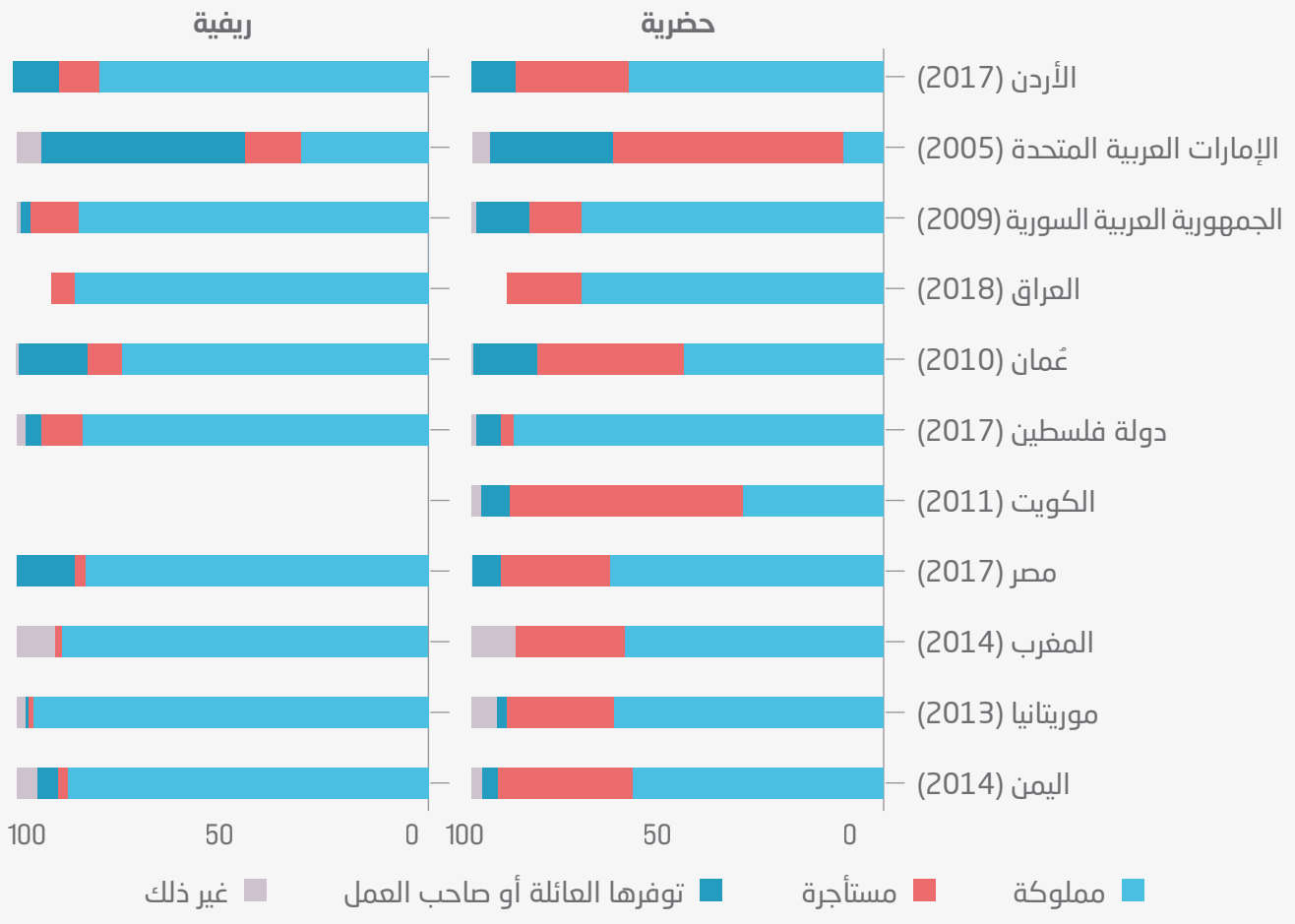
وفي بلدان مجلس التعاون الخليجي، تخطت نسبة مجموع الأسر المعيشية التي تشغل وحدات سكنية يوفرها لها أصحاب العمل أو الأسر، النسبة في الدول العربية الأخرى. وفي عام 2019، ذكرت المملكة العربية السعودية أن ما يقرب من 11 في المائة من جميع الأسر تعيش في مثل هذه الوحدات السكنية. في عام 2011، ذكرت الكويت أن حوالي 7 في المائة من الأسر تشغل وحدات سكنية يوفرها لها أصحاب العمل أو الأسر.

الشكل 3-1 الوحدات السكنية المشغولة حسب حيازة الوحدة السكنية، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة (النسبة المئوية)



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

الشكل 2-3 الوحدات السكنية المشغولة حسب حيازة الوحدة السكنية، وحسب المنطقة، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة (الحضرية أو الريفية)، (النسبة المئوية)



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

نسب مئوية من الشقق أعلى في المدن

يلاحظ في منطقة الإسكوا انتشار الشقق السكنية في المناطق الحضرية أكثر منها في المناطق الريفية. وتشير تقديرات حديثة من الأردن ودولة فلسطين ومصر (2017) أن انتشار الشقق السكنية في المدن يفوق بأكثر من ضعف انتشار المنازل أو الفيلات المستقلة. في مصر، تشكّل نسبة الشقق أكثر من 90 في المائة من الوحدات السكنية في المناطق الحضرية. أما في البحرين وقطر، وهما بَلَدَان لا يضمان إلّا المدن، فإن الشقق تشكل 55 و42 في المائة من الوحدات السكنية على التوالي (وفقاً لتقديرات 2020 للبحرين و2015 لقطر). تُعَدُّ المنازل والفيلات المستقلة أكثر

انتشار الشقق السكنية في المدن يفوق بأكثر من ضعف انتشار المنازل أو الفيلات المستقلة

في مصر تشكّل نسبة الشقق

>90%

من الوحدات السكنية في المناطق الحضرية

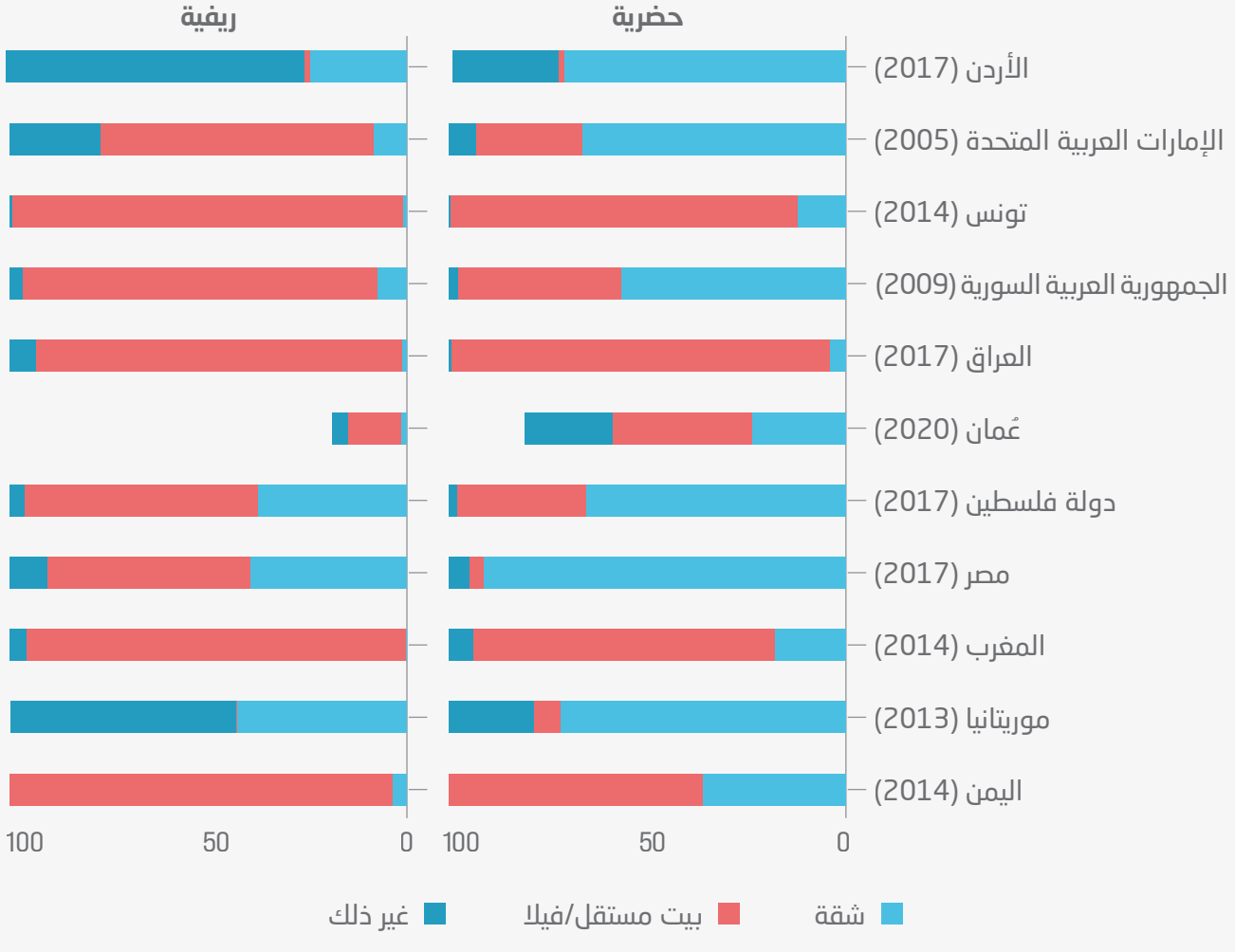
شيوعاً في المناطق الحضرية في العراق (2017) وتونس (2014) وموريتانيا (2013) والمغرب (2014)، حيث تمثل 95 و88 و78 و76 في المائة من الوحدات السكنية على التوالي.

وقد أبلغت بضعة بلدان في المنطقة عن نسبة ملحوظة من الوحدات السكنية لا تُعرَّف على أنها شقق أو منازل أو فيلات مستقلة. ويمكن أن تشمل هذه الفئة الغرف المنفصلة، والإسكان المؤسسي، والمساكن العشوائية التي تشمل الأكواخ والأكشاك والخيام والمنازل المتنقلة. ففي المناطق الريفية في موريتانيا (2013)، 56 في المائة من الوحدات السكنية عبارة عن أكواخ أو أكشاك أو خيام. وهذه هي إلى حد بعيد أكبر نسبة في بلدان منطقة الإسكوا.

تُعَدُّ المنازل والفيلات المستقلة أكثر شيوعاً في المناطق الحضرية

العراق	تونس
95%	88%
موريتانيا	**المغرب**
78%	76%

الشكل 3-3 الوحدات السكنية المشغولة حسب نوع أماكن الإقامة وحسب المنطقة، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة (الحضرية أو الريفية)، (النسبة المئوية)



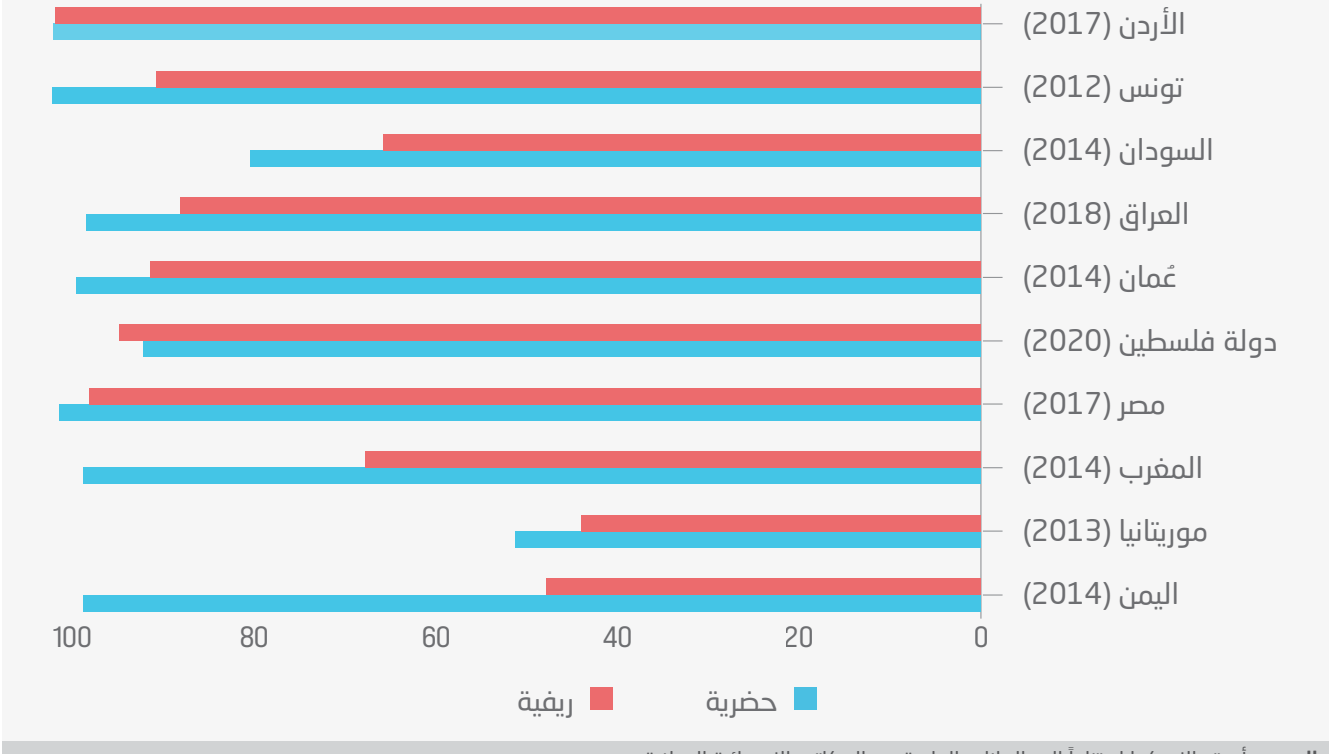
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

تباين كبير في توفر مصادر مياه الشرب المحسّنة

يبين الشكل 3-4 تقديرات نسبة الأسر المعيشية التي تستخدم مصدراً محسّناً لمياه الشرب في 10 بلدان. تشمل مصادر مياه الشرب الآمنة تلك المنقولة بأنابيب داخل المساكن والصنابير العمومية والآبار المحفورة والآبار المحمية أو الينابيع ومياه الأمطار والمياه المعبأة في زجاجات. وبصفة عامة، يميل أولئك الذين يعيشون في المناطق الحضرية إلى التمتُّع بفرص أفضل للحصول على مصادر المياه المحسّنة مقارنة بأولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية. ولكن ليس هذا هو الحال في دولة فلسطين، حيث يقل احتمال تمتُّع الأسر الحضرية بإمكانية الحصول على مصدر محسّن لمياه الشرب مقارنة بالأسر الريفية بسبب التحديات الخاصة التي تواجه قطاع غزة. فقطاع غزة هو في الواقع منطقة حضرية إلى حد كبير، تستخدم على نطاق واسع المياه من الصهاريج المنقولة بالشاحنات، وهذه لا تعتبر مصدراً للمياه المحسّنة.

وفقاً لأحدث التقديرات، يتمتع أكثر من 95 في المائة من الأسر المعيشية في المدن بفرصة الحصول على مصدر محسّن لمياه الشرب في 7 من 10 بلدان (الشكل 3-4). وقد سجلت الأردن ومصر (2017) نسباً مئوية عالية بشكل ملحوظ في كل من المناطق الحضرية والريفية (99 و96 في المائة، على التوالي، في مصر، و98 و97 في المائة، على التوالي، في الأردن). ومع أن وصول الأسر المعيشية الحضرية إلى مصادر المياه المحسّنة في دولة فلسطين هو من بين أدنى المعدلات في منطقة الإسكوا، فإن 84 في المائة من الأسر الريفية في تلك المنطقة تتمتع بفرصة الوصول إلى مصادر المياه النظيفة، وهو ثالث أعلى رقم للأسر المعيشية الريفية بين البلدان الـ 10 التي قدمت التقارير. تنخفض بشكل كبير النسبة المئوية للأسر المعيشية في المناطق الريفية التي تتمتع بفرصة الوصول إلى مصادر محسّنة لمياه الشرب في المغرب والسودان وموريتانيا واليمن، حيث تبلغ 66 و64 و48 و35 في المائة على التوالي.

الشكل 3-4 الأسر المعيشية التي تستخدم مصدراً محسّناً لمياه الشرب، وحسب المنطقة، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة (الحضرية أو الريفية)، (النسبة المئوية)



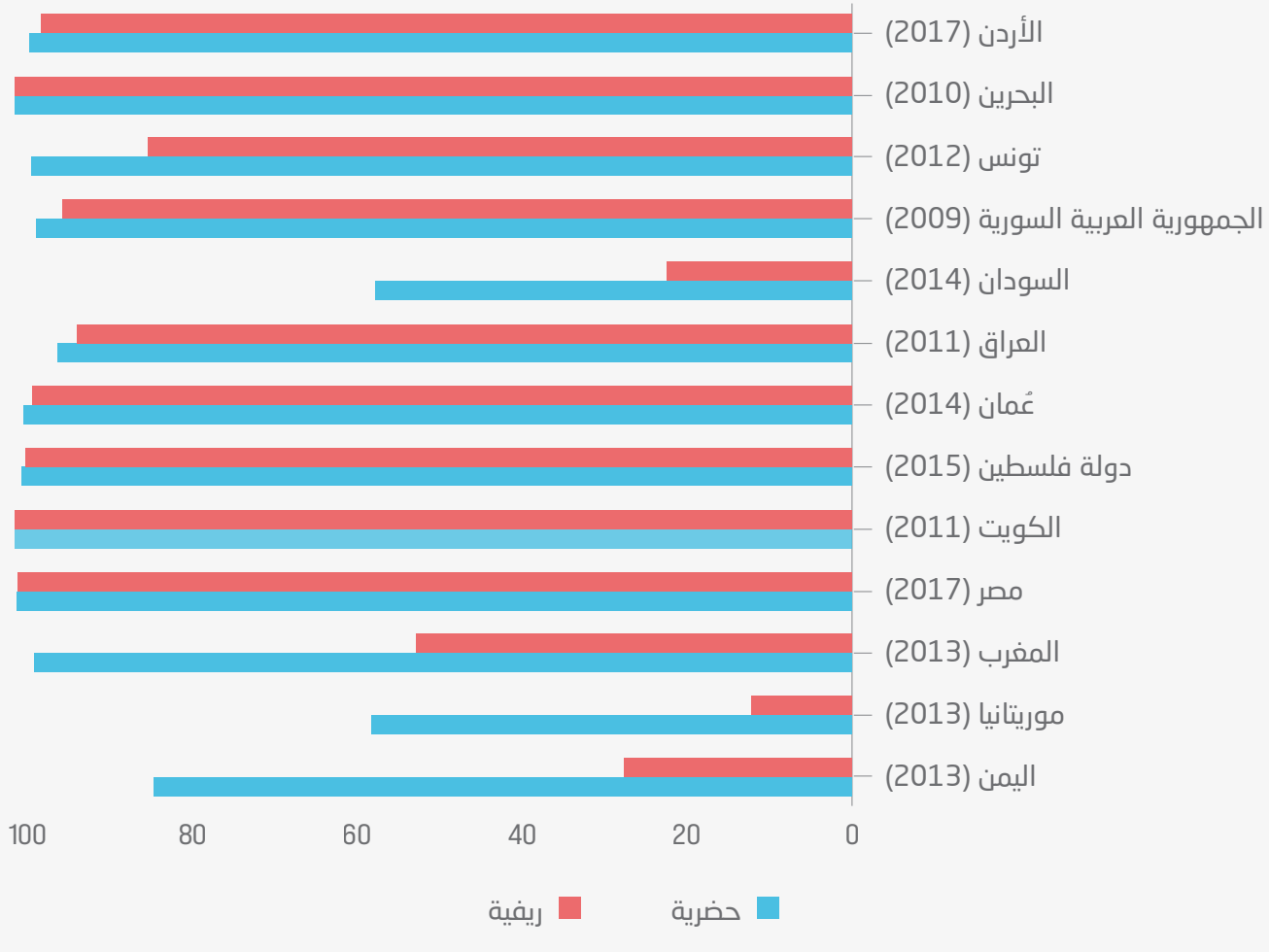
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

توفر محدود لمرافق الصرف الصحي المحسّنة في السودان وموريتانيا واليمن

يبين الشكل 3-5 نسبة الأسر المعيشية في بلدان منطقة الإسكوا، التي تتوفر لها مرافق صحية محسّنة، مرحاض دفق حديث أو تقليدي يُفرّغ في مجارير عامة أو حفرة تسريب أو في مجاري صرف صحي. ففي 10 بلدان من أصل 13، يستخدم أكثر من 90 في المائة من الأسر في المناطق الحضرية خدمات الصرف الصحي المحسنة. ويبلغ هذا الرقم أعلى مستوياته في الإمارات العربية المتحدة والبحرين والكويت، إذ يبلغ 100 في المائة، وأدناها في السودان وموريتانيا، بنسبة 57 في المائة.

وتتجاوز نسبة الأسر التي تستخدم مرافق صرف صحي محسّنة في المناطق الريفية 80 في المائة في 6 بلدان (إذ لا توجد مناطق ريفية في الكويت) ولكن هذه النسبة منخفضة للغاية في موريتانيا والسودان واليمن، حيث لا تتجاوز، على التوالي، 12 و22 و27 في المائة. والفرق شاسع بين المناطق الحضرية والريفية في هذه البلدان الثلاثة، حيث يبلغ 56 نقطة مئوية في اليمن، و45 نقطة مئوية في موريتانيا، و35 نقطة مئوية في السودان.

الشكل 3-5 الأسر المعيشية التي تستخدم مرافق صرف صحي محسّنة، حسب المنطقة، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة (الحضرية أو الريفية)، (النسبة المئوية)



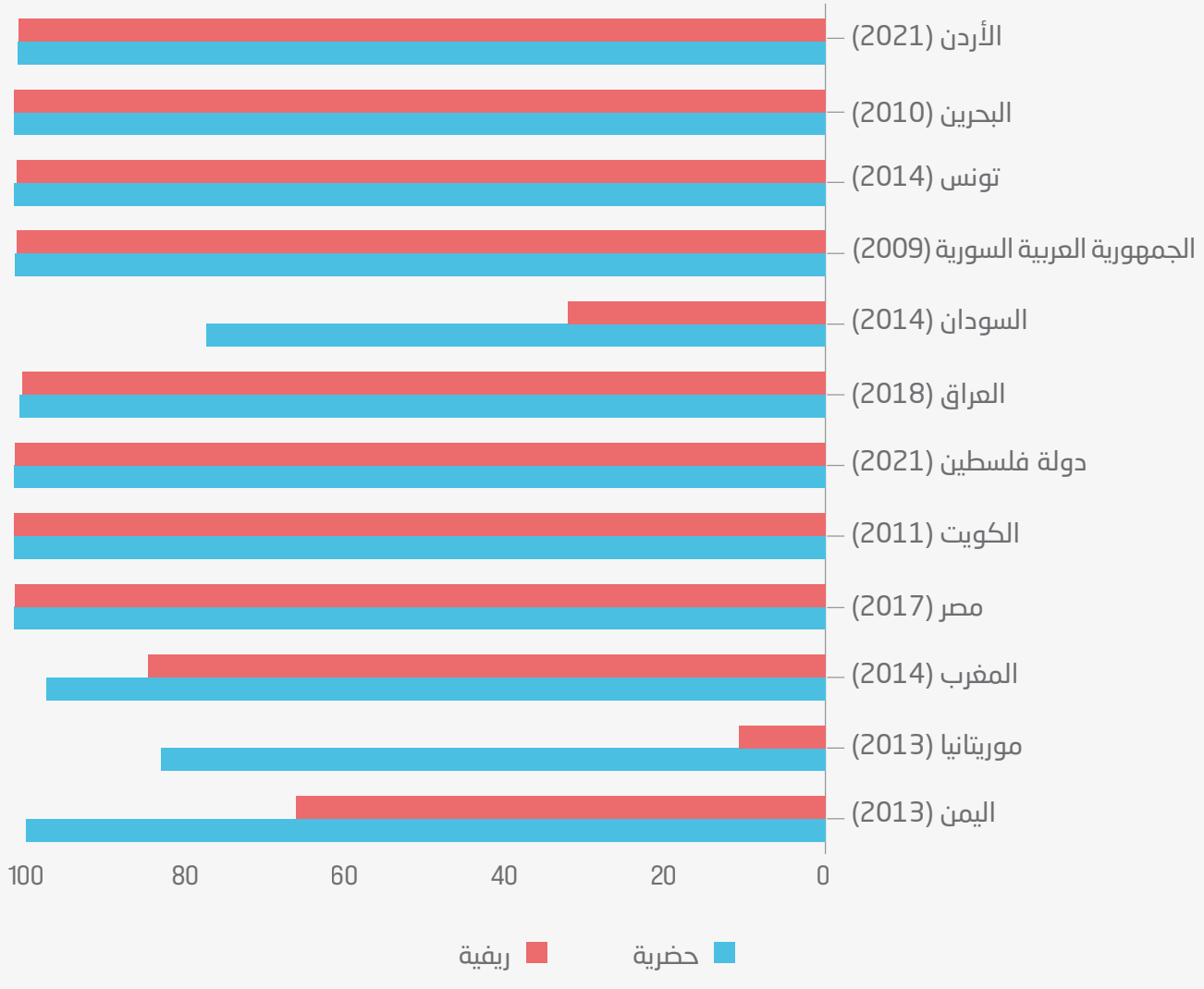
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

ارتفاع إمكانية الحصول على الكهرباء باستثناء السودان وموريتانيا واليمن

كما هو مبين في الشكل 3-6، في 10 بلدان من أصل 12 بلداً، تزيد نسبة الأسر المعيشية المزودة بالكهرباء على 95 في المائة في المدن والأرياف على السواء. في اليمن (2013)، تتوفر الكهرباء لدى 99 في المائة من الأسر المعيشية في المناطق الحضرية، مقابل 65 في المائة فقط في المناطق الريفية.

وينخفض توفر الكهرباء بشكل خاص في المناطق الريفية في موريتانيا والسودان. ففي موريتانيا، تتوفر الكهرباء لـ 82 في المائة من الأسر المعيشية في المدن، مقابل 11 في المائة فقط من الأسر المعيشية الريفية، بينما تبلغ النسبة في السودان 76 في المائة في المدن و32 في المائة في المناطق الريفية.

الشكل 3-6 الأسر المعيشية المزودة بالكهرباء، حسب المنطقة، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة (الحضرية أو الريفية)، (النسبة المئوية)



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

ملاحظة: في العراق ودولة فلسطين والسودان، لا يعني الحصول على الكهرباء أن التيار الكهربائي متوفر باستمرار.

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

يحيل الشكل 3-7 إلى مؤشر هدف التنمية المستدامة 11-1-1: "نسبة السكان الحضريين الذين يعيشون في أحياء فقيرة أو مستوطنات غير رسمية أو مساكن غير لائقة». تُعرِّف الأمم المتحدة الأسرة التي تعيش في الأحياء الفقيرة بأنها:

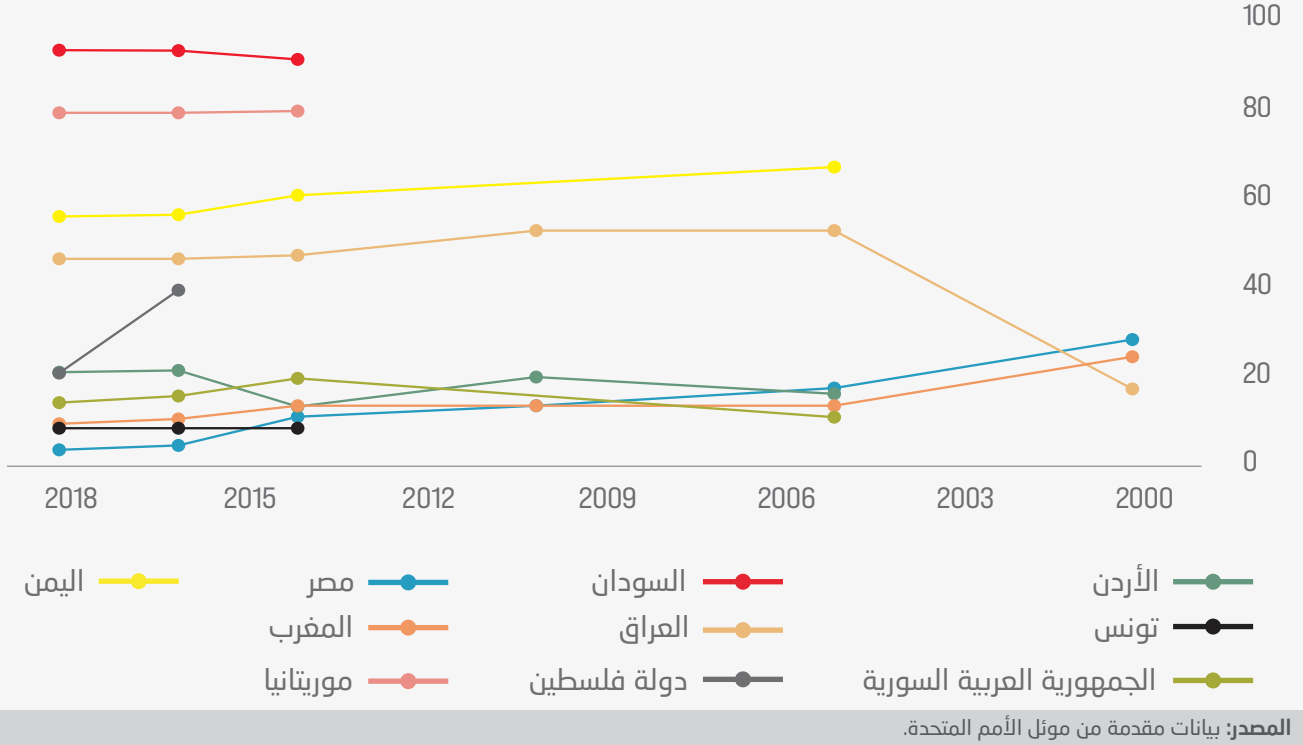
"أسرة تفتقر إلى واحدة أو أكثر من 5 خدمات أساسية: الوصول إلى المياه المحسنة، والحصول على الصرف الصحي المحسّن، ومساحة كافية للمعيشة، وجودة/متانة الهيكل وضمان الحيازة" (UNSD, 2021).

وعلى الرغم من أن المناطق المحيطة بالعديد من المدن في جميع أنحاء منطقة الإسكوا لا توفر سوى فرص محدودة للوصول إلى سُبُل العيش ومرافق البنية التحتية الحضرية الرئيسية، فإن الأسر الفقيرة غالباً ما تضطر إلى العيش في تلك المناطق بسبب ارتفاع تكلفة السكن في المناطق الأكثر مركزية في تلك المدن:

تمثل الأحياء الفقيرة أحد أقصى أشكال الحرمان والإقصاء وتظل عاملاً حاسماً لاستمرار الفقر والإقصاء في العالم - وهو في الواقع تحدٍ للتحضر المستدام والشامل. وتبين البحوث أن أشكالاً أخرى من الفقر في المناطق الحضرية كالمستوطنات العشوائية أصبحت ظاهرة عالمية تُصادَف أيضاً في العالم المتقدم النمو.

وفي الوقت نفسه، لا يعيش جميع الأشخاص الذين يقيمون في مساكن غير لائقة في أحياء فقيرة ولكنهم يعانون مع ذلك من ظروف حياتية دون المستوى في السياقات الحضرية التي يوجدون فيها. يجب الإحاطة بطبيعة هذه الظروف المعيشية غير المرضية وتمثيلها بشكل أفضل في البيانات العالمية والقُطرية وعلى نطاق المدينة لضمان توثيق صورة أكثر قوة عن المسكن غير اللائق (UNSD, 2021).

الشكل 3-7 نسبة سكان المدن الذين يعيشون في أحياء فقيرة أو مستوطنات غير رسمية أو مساكن غير لائقة، 2000-2018

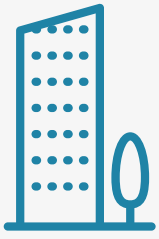


المصدر: بيانات مقدمة من موئل الأمم المتحدة.

يوضح الشكل 3-7 الوضع في 10 بلدان عربية أبلغت مؤخراً عن بيانات عن نسبة سكان المدن الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة. في مجموعة البيانات هذه، لا يُنظر إلا في «حالات الحرمان الأسري» الأربع الأولى التي يعاني منها سكان الأحياء الفقيرة، وهي: الوصول إلى مصادر المياه المحسّنة؛ وتوفّر صرف صحّي محسّن؛ ومساحة كافية للمعيشة؛ وجودة/متانة الهيكل. ويعود ذلك إلى الثغرات في توافر البيانات المتعلقة بضمان الحيازة. في عام 2018، سجّل السودان أعلى نسبة من سكان المدن الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة، بنسبة 94 في المائة، في حين أن أدنى النسب سُجِّلت لتونس ومصر والمغرب بنسبة 3 و8 و9 في المائة على التوالي.

بين عامي 2014 و2018، زادت نسبة سكان المدن الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة في السودان والأردن بنسبة نقطتين وثماني نقاط مئوية على التوالي. من ناحية أخرى، انخفضت نسبة سكان المدن الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة بشكل مطرد في العراق ومصر والمغرب واليمن بين عامي 2005 و2018.

نسبة سكان المدن الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة



8%↑ 2%↑

السودان الأردن

بين عامي 2014 و2018

نسبة سكان المدن الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة

مصر والعراق والمغرب واليمن ↓

بين عامي 2005 و2018

الصحة

04

يتوقف الوضع الصحي للسكان في أي بلد على الظروف الصحية والبيئية السائدة، وجودة الخدمات الصحية وإمكانية الحصول عليها، وقدرة الأفراد على اتخاذ خيارات صحية في حياتهم. ويقدم القسم التالي من التقرير سرداً وصفياً للاتجاهات في الحالة الصحية، والحصول على الرعاية الصحية، ونوعية نُظُم الرعاية الصحية في منطقة الإسكوا على أساس البيانات المقدمة من المكاتب الإحصائية الوطنية ومنظمة الصحة العالمية. والقسم منظَّمٌ على النحو التالي: أولاً، انتشار وسائل منع الحمل والرعاية قبل الولادة والرعاية أثناء الوضع ووفيات الأمهات، في أنحاء المنطقة. ويلي ذلك لمحة موجزة عن تغطية تحصين الأطفال وحالتهم التغذوية. كما يتم استعراض المؤشرات الصحية الرئيسية للبالغين، وهي مؤشر كتلة الجسم (BMI) وحالة الإعاقة، بالإضافة إلى المؤشرات المتعلقة بالقوى العاملة في الرعاية الصحية والأصول الصحية المرتبطة بها. ويواصل القسم تقديم موجز لأنماط الإنفاق على الصحة في جميع بلدان منطقة الإسكوا.

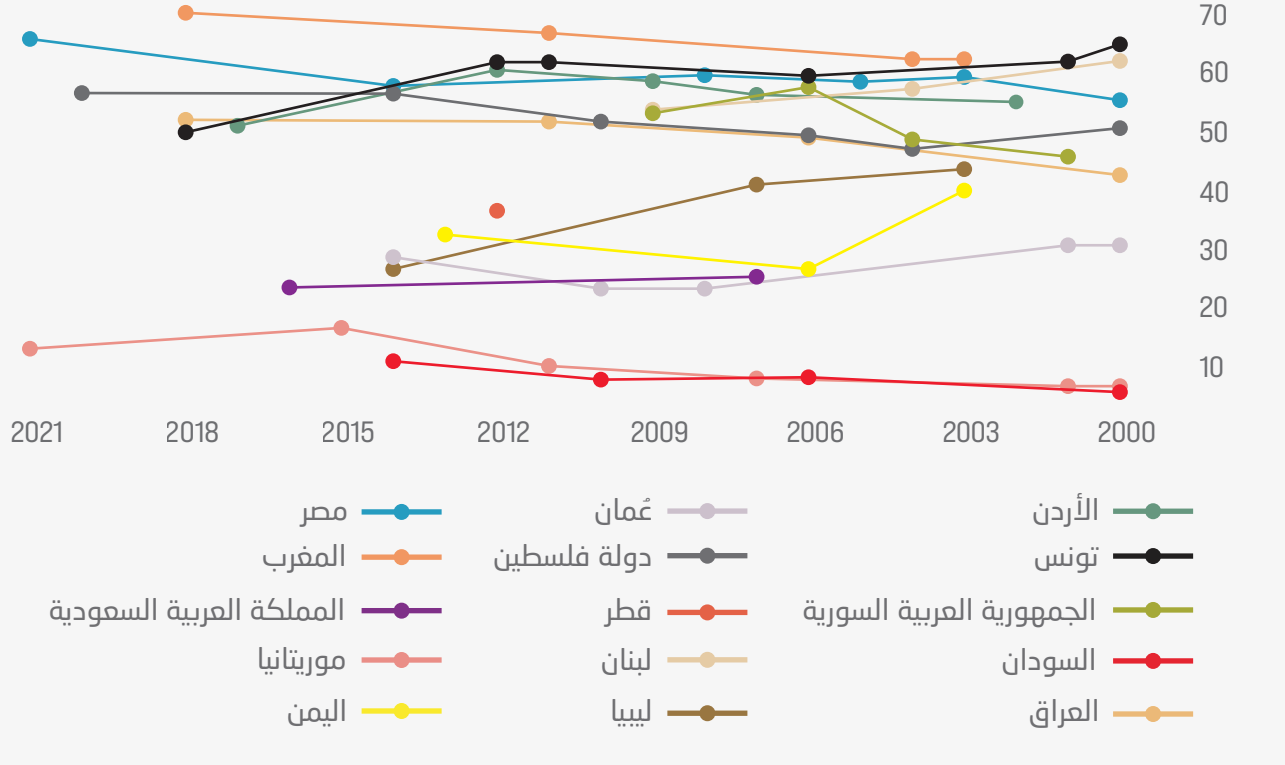
يُظهر معظم البلدان زيادات في استخدام وسائل منع الحمل

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 المستخدَمة. وتشمل وسائل منع الحمل الحديثة تعقيم الإناث والذكور والحبوب الهرمونية الفموية والأجهزة الرحمية والعوازل الذكرية ووسائل منع الحمل بالحُقن وتلك المغروسة تحت الجلد والحواجز المهبلية والعوازل الأنثوية والوسائل العاجلة لمنع الحمل. وتشمل الوسائل التقليدية الامتناع الدوري والانسحاب قبل القذف وانقطاع الطمث أثناء الرضاعة والطرق الشعبية (UNSD, 2015) وقد ازداد انتشار وسائل منع الحمل خلال الفترة من 2000 إلى 2021 في معظم بلدان المنطقة (الشكل 4-1).

وسجل كل من الجمهورية العربية السورية والعراق والمغرب وموريتانيا زيادات كبيرة في معدلات انتشار وسائل منع الحمل منذ عام 2000. وسُجِّلت أعلى زيادة بين البلدان التي تتوفر عنها بيانات في موريتانيا، حيث زاد المعدل بأكثر من الضعف بين عامي 2000 و2015 من 8 إلى 18 في المائة. وبالمثل، سجل السودان ودولة فلسطين ومصر زيادة في استخدام وسائل منع الحمل تراوحت بين 4 و10 نقاط مئوية خلال الفترة نفسها.

غير أن عدداً من البلدان أظهر انخفاضاً في استخدام وسائل منع الحمل. ولوحظت أعلى الانخفاضات في ليبيا (17 في المائة) وتونس (15 في المائة). كما انخفض استخدام وسائل منع الحمل بنسبة تتراوح بين 4 و8 في المائة في الأردن ولبنان واليمن.

الشكل 4-1 انتشار وسائل منع الحمل (النسبة المئوية)، 2000-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

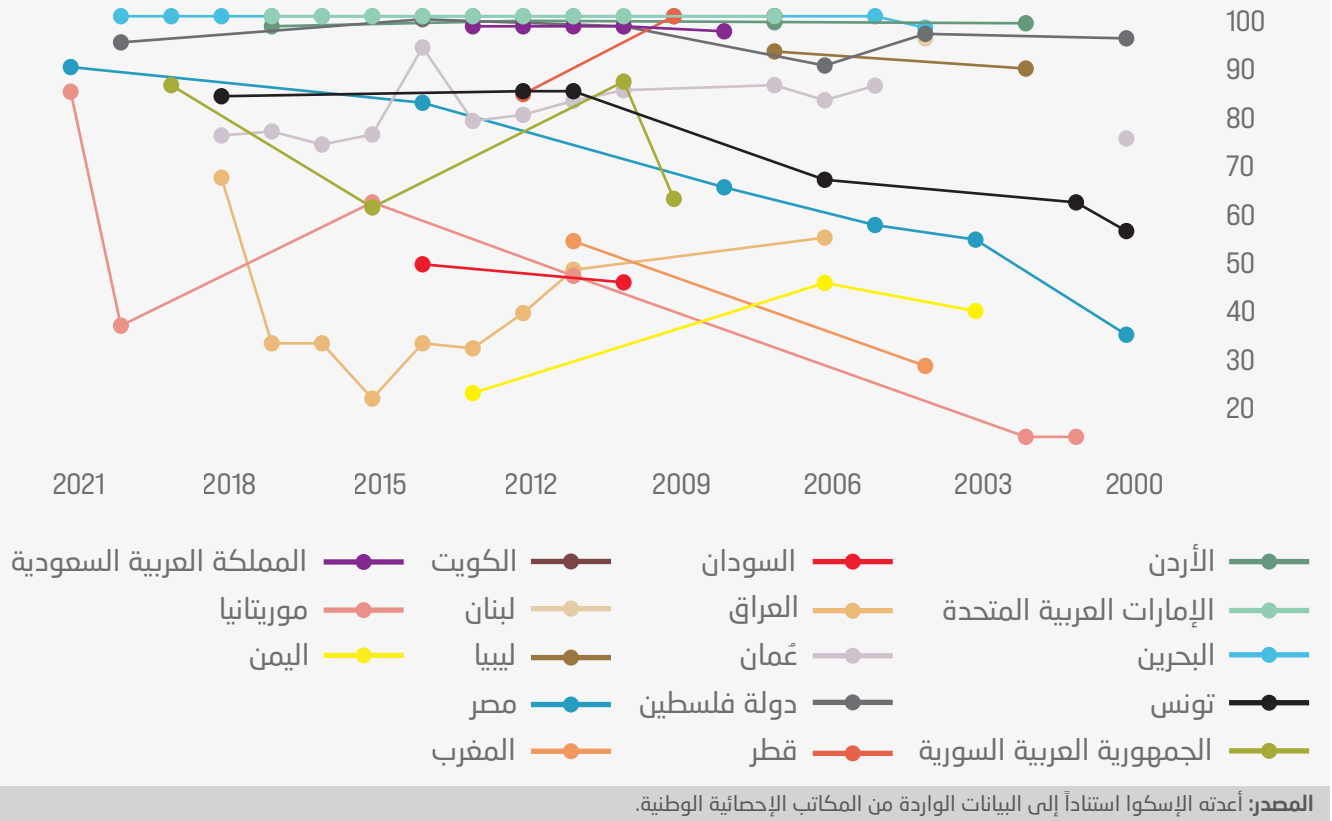
نسبة الحوامل اللواتي يتلقين أربع زيارات رعاية أو أكثر قبل الولادة في تزايد مطرد في مصر وفي موريتانيا

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

تلقت أكثر من 90 في المائة من النساء الحوامل أربع زيارات أو أكثر قبل الولادة في الأردن ودولة فلسطين ومعظم بلدان مجلس التعاون الخليجي خلال الفترة من 2000 إلى 2021.

وأبلغت موريتانيا ومصر عن أعلى الزيادات في عدد النساء اللواتي تلقين أربع زيارات رعاية أو أكثر قبل الولادة، بنسبة 69 و53 نقطة مئوية على التوالي. في موريتانيا، بلغ المعدل 16 في المائة فقط في عام 2001، لكنه ارتفع إلى 63 في المائة في عام 2015 وإلى 85 في المائة في عام 2021. وفي مصر، ارتفع المعدل أيضاً باطراد من 37 في المائة في عام 2000 إلى 66 في المائة في عام 2007 و90 في المائة في عام 2021. وبعد أن انخفض عدد الحوامل اللواتي يتلقين أربع زيارات رعاية قبل الولادة أو أكثر في العراق من 56 في المائة عام 2006 إلى معدل متدنٍ بلغ 24 في المائة في عام 2015، عاد فارتفع حتى بلغ 68 في المائة في عام 2018. ويسجّل اليمن أدنى نسبة من النساء الحوامل اللواتي يتلقين ما لا يقل عن أربع زيارات رعاية قبل الولادة (25 في المائة)، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة، التي تم الإبلاغ عنها في عام 2013.

الشكل 4-2 الرعاية قبل الولادة، أربع زيارات على الأقل (النسبة المئوية)، 2000-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

الإطار 4-1 صحة أفضل للأمهات

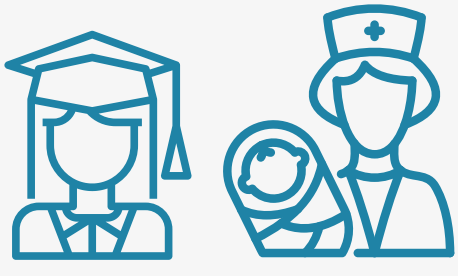
تبيّن أن نسبة وفيات الأمهات والنسبة المئوية للولادات التي يشرف عليها أخصائيون صحّيون مهرة، وهما مؤشران للهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة، الذي ينص على "ضمان تمتُّع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار"، قد تحسنتا تحسّناً كبيراً في منطقة الإسكوا في العقود الأخيرة، على الرغم من استمرار وجود تفاوتات بين البلدان (WHO Regional Office for South-East Asia, 2017).

وفي السنوات الأخيرة، كفل العديد من بلدان المنطقة أن تتم نسبة عالية من الولادات تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة (90 في المائة وأكثر). فانخفضت نتيجة لذلك نسبة وفيات الأمهات في المنطقة انخفاضاً حاداً منذ عام 2001، ولا سيما في البلدان التي كانت فيها النسب مرتفعة في السابق، حيث يبلِّغ 13 بلداً في المنطقة حالياً عن أقل من 50 حالة وفاة أمومة لكل 100,000 ولادة حية.

تجري الولادات بمعظمها بإشراف أخصائي صحي ماهر

أخصائي التوليد الماهر هو أخصائي مهني معتمَد، كالقابلة أو الطبيب/ة أو الممرض/ة، دُرِّب على إتقان المهارات اللازمة لإدارة حالات الحمل الطبيعي (الذي لا يشكو من تعقيدات) والولادة وفترة ما بعد الولادة مباشرة، وعلى تحديد المضاعفات لدى الأمهات وحديثي الولادة ومعالجتها وإحالتها إلى طبيب مختص (WHO, 2011a).

عموماً، كانت نسب الولادات بإشراف أخصائي صحي ماهر مرتفعة في السنوات الأخيرة في جميع بلدان المنطقة، إذ بلغت 90 في المائة أو أكثر في 14 بلداً و100 في المائة، في 6 من هذه البلدان. وسجلت بلدان مجلس التعاون الخليجي نسباً مرتفعة باطراد (بلغت 97 في المائة أو أكثر) لجميع السنوات بين عامي 2000 و2020. ولوحظت نسب منخفضة في موريتانيا والسودان واليمن، بلغت 70 في المائة في عام 2021، و78 في المائة في عام 2014، و82 في المائة في عام 2018، على التوالي. وقد أبلغت جميع البلدان عن زيادات بين عام 2000 وآخر سنة أُتيحت عنها بيانات، كما هو مبين في الشكل 4-3. وسجل اليمن أعلى زيادة (66 نقطة مئوية)، حيث ارتفع عدد الولادات التي تمت تحت إشراف أخصائي صحي ماهر من 16 في المائة في عام 2003 إلى 82 في المائة في عام 2018.

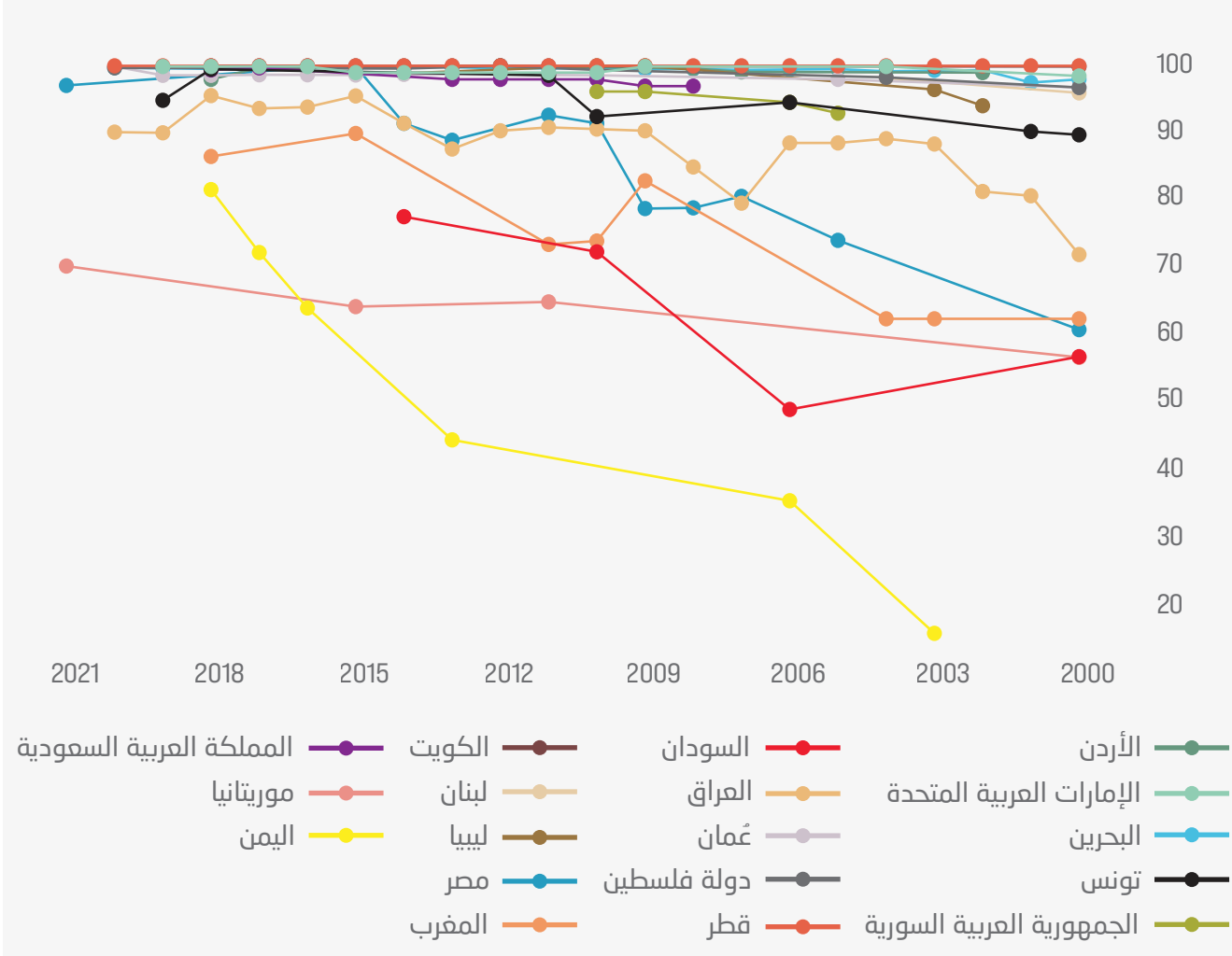


كانت نسب الولادات بإشراف أخصائي صحي ماهر مرتفعة في السنوات الأخيرة في جميع بلدان المنطقة

90% في 14 بلداً

100% في 6 بلدان

الشكل 3-4 الولادات بإشراف أخصائي صحي ماهر (النسبة المئوية)، 2000-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

ارتفاع نسبة وفيات الأمهات في السودان وموريتانيا واليمن

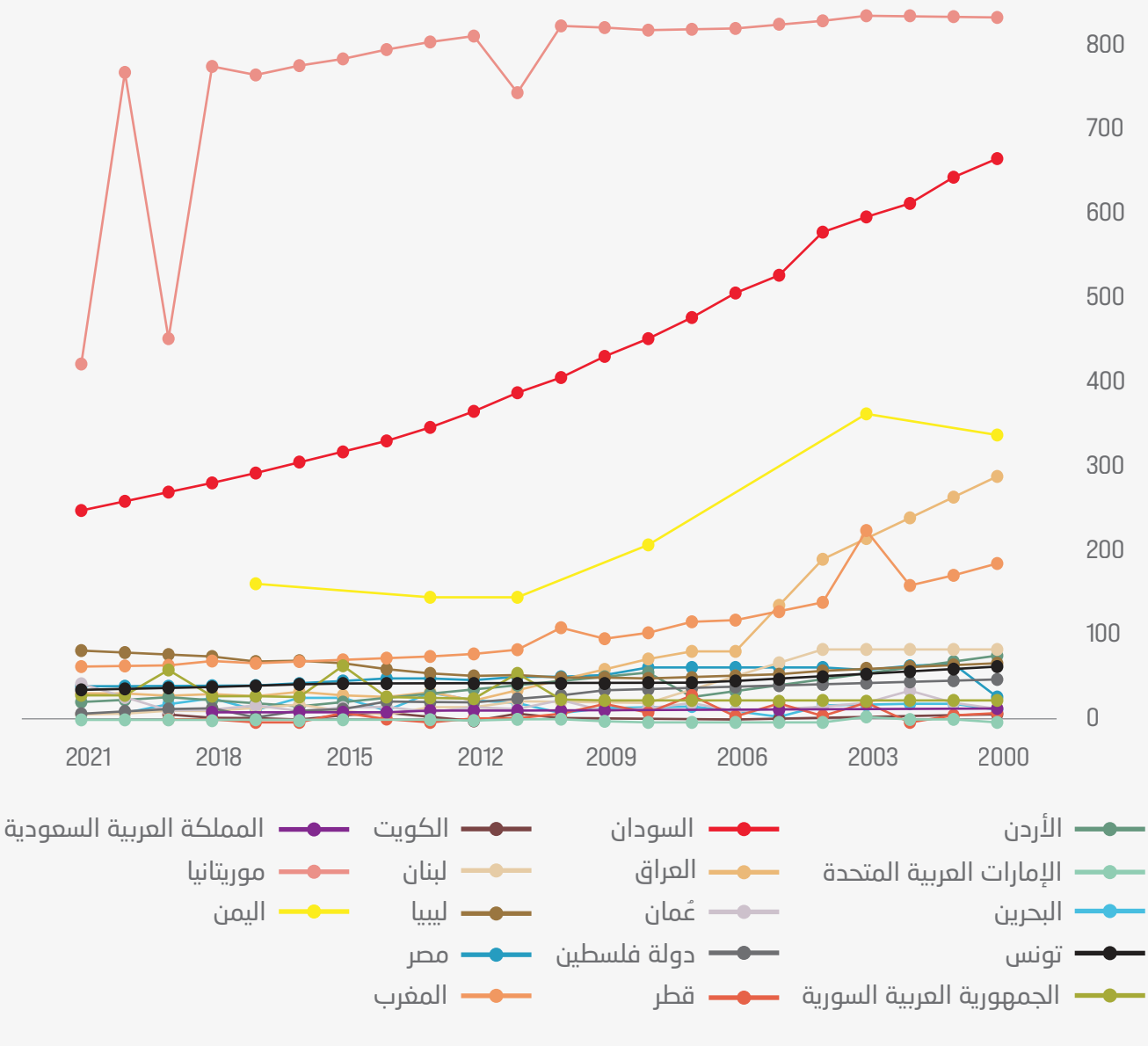
تحدِّد منظمة الصحة العالمية نسبة وفيات الأمهات بأنه العدد السنوي لوفيات النساء لأي سبب متصل بالحمل أو تفاقم من جراء الحمل أو طريقة معالجته (باستثناء الأسباب غير المقصودة أو العرضية)، خلال الحمل أو الولادة أو في غضون 42 يوماً من إنهاء الحمل، بغض النظر عن مدة الحمل ومكانه، معبَّراً عنه لكل 100,000 ولادة حية، لفترة زمنية محدّدة (UNSD, 2016).

وتشير التقديرات الأخيرة لنسب وفيات الأمهات إلى أقل من 50 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي في 13 بلداً من أصل 18 بلداً في منطقة الإسكوا قدّم تقديرات منذ عام 2001، وتتراوح بين 50 و100 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في بلدين (ليبيا والمغرب، 85 و66 حالة وفاة على التوالي في عام 2021). وقد أبلغت البلدان المتبقية عن تقديرات تراوحت بين 100 و800 حالة وفاة لكل 100,000

ولادة حية في السنوات الأخيرة. في عام 2021، سجلت موريتانيا والسودان أعلى نسب لوفيات الأمهات (424 و251 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية، على التوالي)، وأبلغ اليمن عن 164 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2017. وسجلت قطر والإمارات العربية المتحدة أدنى المعدلات، حيث أبلغت كلتاهما عن حوالي 3 وفيات لكل 100,000 ولادة حية، في عامي 2019 و2021 على التوالي.

وقد انخفضت وفيات الأمهات في المنطقة العربية انخفاضاً كبيراً منذ عام 2001، لا سيما في البلدان التي سجّلت أعلى التقديرات سابقاً. ففي السودان، على سبيل المثال، انخفض المعدل من 667 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2020 إلى 251 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2021 (بانخفاض قدره 416 في المائة). وبالمثل، قُدِّرت نسبة وفيات الأمهات في موريتانيا بـ 834 في عام 2000 ولكنها انخفضت إلى حوالي 424 بحلول عام 2021 (بانخفاض قدره حوالي 410 في المائة). علاوة على ذلك، انخفضت النسبة في اليمن بأكثر من النصف، من 340 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي في عام 2000 إلى 164 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي في عام 2017.

الشكل 4-4 نسبة وفيات الأمهات، (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)، 2000-2021

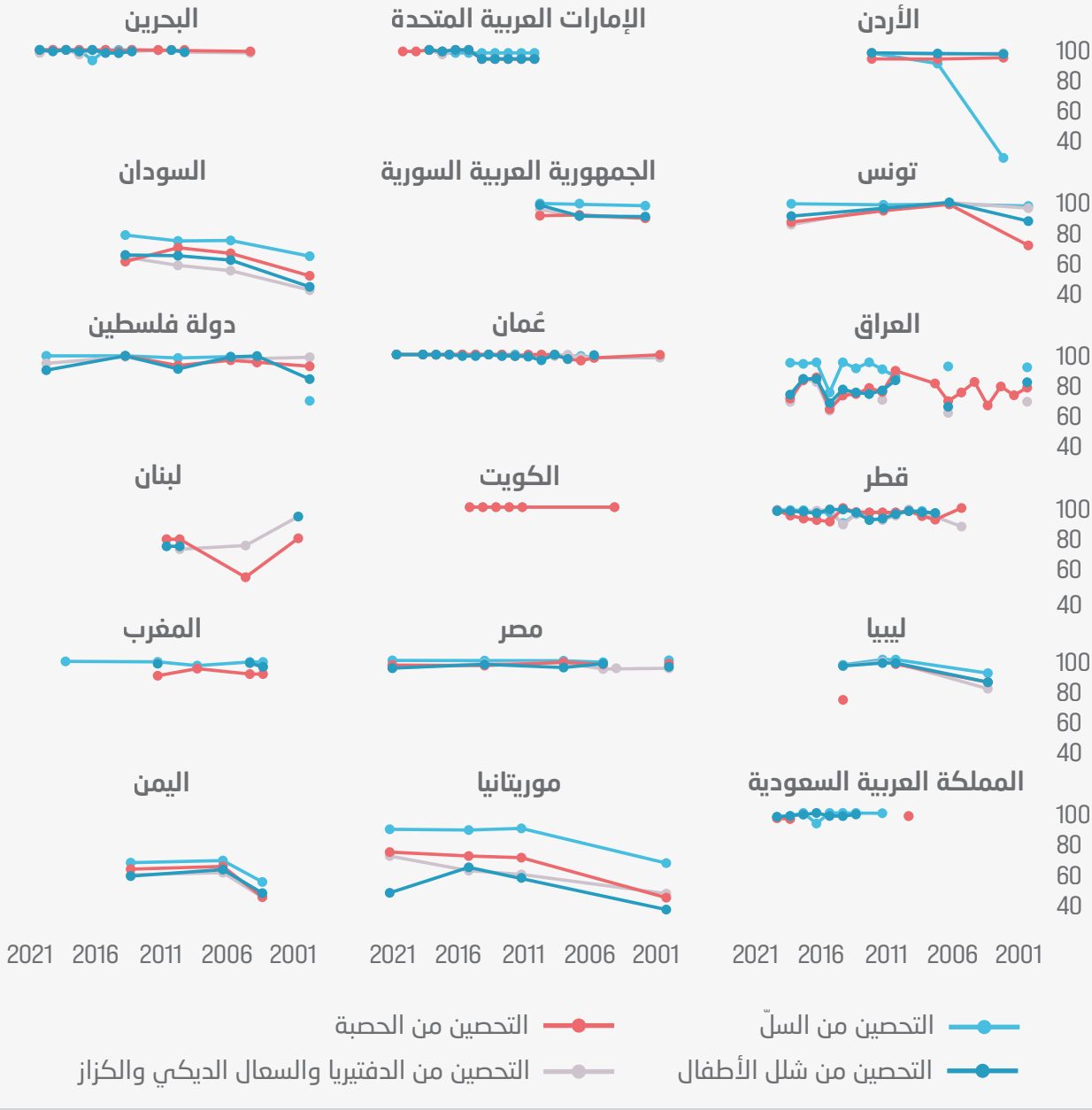


المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

تغطية تحصين عالية للأطفال في معظم البلدان

يُعَدُّ التطعيم طريقة فعّالة للحد من وفيات الأطفال دون سن الخامسة. وتُعرّف معدلات التحصين من السل والدفتيريا والسعال الديكي والكزاز (اللقاح الثلاثي) 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 بلوغهم 12 شهراً. وتُحسب تغطية شلل الأطفال على أنها النسبة المئوية من الأطفال الذين تبلغ أعمارهم عاماً واحداً وقد تلقوا ثلاث جرعات من لقاح شلل الأطفال في سنة معينة (WHO, 2015).

الشكل 4-5 معدلات تغطية التحصين، (النسبة المئوية)، 2000-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

على مدى العقدين الماضيين، زادت تغطية التحصين للأطفال دون السنتين من العمر في معظم بلدان المنطقة. وقد لوحظ ارتفاع كبير في معدلات التطعيم ضد السل في الأردن (من 29 في المائة في عام 2002 إلى 93 في المائة في عام 2017)، وفي معدلات التطعيم الثلاثي في اليمن (من 45 في المائة في عام 2003 إلى 78 في المائة في عام 2018)، وفي التطعيم ضد الحصبة في موريتانيا (من 45 في المائة في عام 2000 إلى 75 في المائة في عام 2021)، وفي التطعيم ضد شلل الأطفال في السودان (من 44 في المائة في عام 2000 إلى 65 في المائة في عام 2014). أما أدنى نسب الارتفاع فقد لوحظت في بلدان مجلس التعاون الخليجي، حيث كانت معدلات التحصين باللقاحات الأربعة المذكورة مرتفعة في معظم الفترة المشمولة بهذه الدراسة وهي تبلغ حالياً حسب التقديرات الأخيرة كافة 97 في المائة أو أكثر.

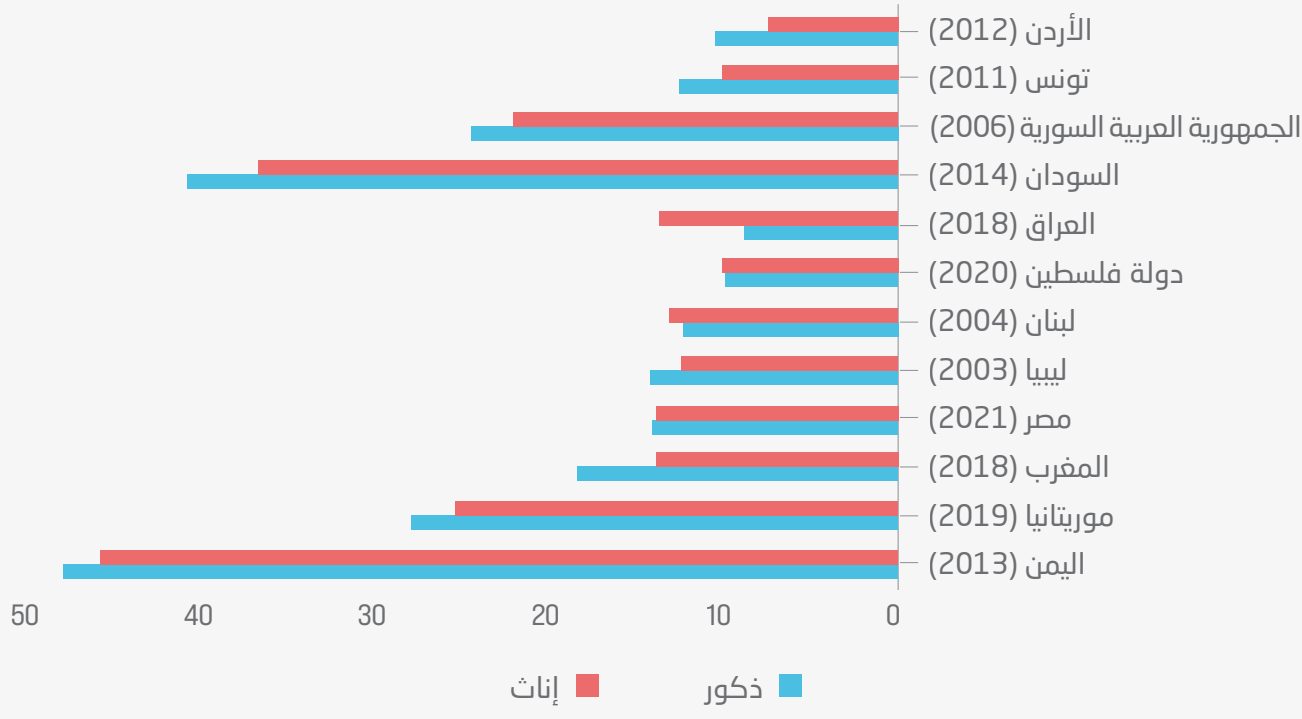
وإلى جانب بلدان مجلس التعاون الخليجي، ارتفعت معدلات التحصين أيضاً في مصر (2021) ودولة فلسطين (2021)، حيث تلقى أكثر من 94 في المائة من الأطفال في هذين البلدين اللقاحات ضد الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز وضد السل والحصبة وشلل الأطفال وتتفاوت معدلات التحصين في بعض البلدان حسب نوع اللقاح. ففي ليبيا والمغرب، على سبيل المثال، تزيد معدلات التطعيم ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي وضد السل وشلل الأطفال عن 95 في المائة، ولكن أقل من 90 في المائة من الأطفال يتم تطعيمهم ضد الحصبة. أما في العراق فقد تلقى في عام 2018 حوالي 95 في المائة من الأطفال اللقاح المضاد للسل، و69 في المائة اللقاح المضاد للدفتيريا والكزاز والسعال الديكي، و71 في المائة لقاح الحصبة، و74 في المائة لقاح شلل الأطفال. وقد تم الإبلاغ عن أدنى معدلات التطعيم بين الأطفال في السودان، حيث تلقى 64 في المائة و61 في المائة فقط من الأطفال في عام 2014 لقاح الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي ولقاح السل، على التوالي، وفي اليمن، حيث تم تطعيم 68 في المائة فقط من الأطفال ضد الحصبة في عام 2018، وفي موريتانيا، حيث تم تطعيم 48 في المائة فقط من الأطفال ضد شلل الأطفال في عام 2021.

سوء تغذية الأطفال في السودان وموريتانيا واليمن

تعتبر التغذية عامل رئيسي بالغ التأثير في صحة الطفل ورفاهه. وتُقيّم الحالة التغذوية عند الأطفال عموماً باستخدام ثلاثة مؤشرات قياسية للنمو الجسدي، هي التقزُّم (الطول غير المناسب للعمر)، والهزال (الوزن غير المناسب للطول)، ونقص الوزن (الوزن غير المناسب للعمر). قد ينتج التقزُّم، وفق منظمة الصحة العالمية، عن نقص في التغذية لمدة طويلة أو الإصابة بأمراض متكررة أو مزمنة (WHO, n.d.a). وينتج الهزال عن نقص في التغذية أو عن إصابة حديثة بمرض أو نقص شديد في الغذاء. أما نقص الوزن عند الأطفال فقد ينتج عن التقزُّم أو الهزال أو كليهما على السواء. هذا وتندر البيانات المتعلقة باتجاهات تغذية الأطفال في المنطقة العربية. يتناول هذا القسم أحدث البيانات عن التغذية الواردة من بلدان مختارة في المنطقة.

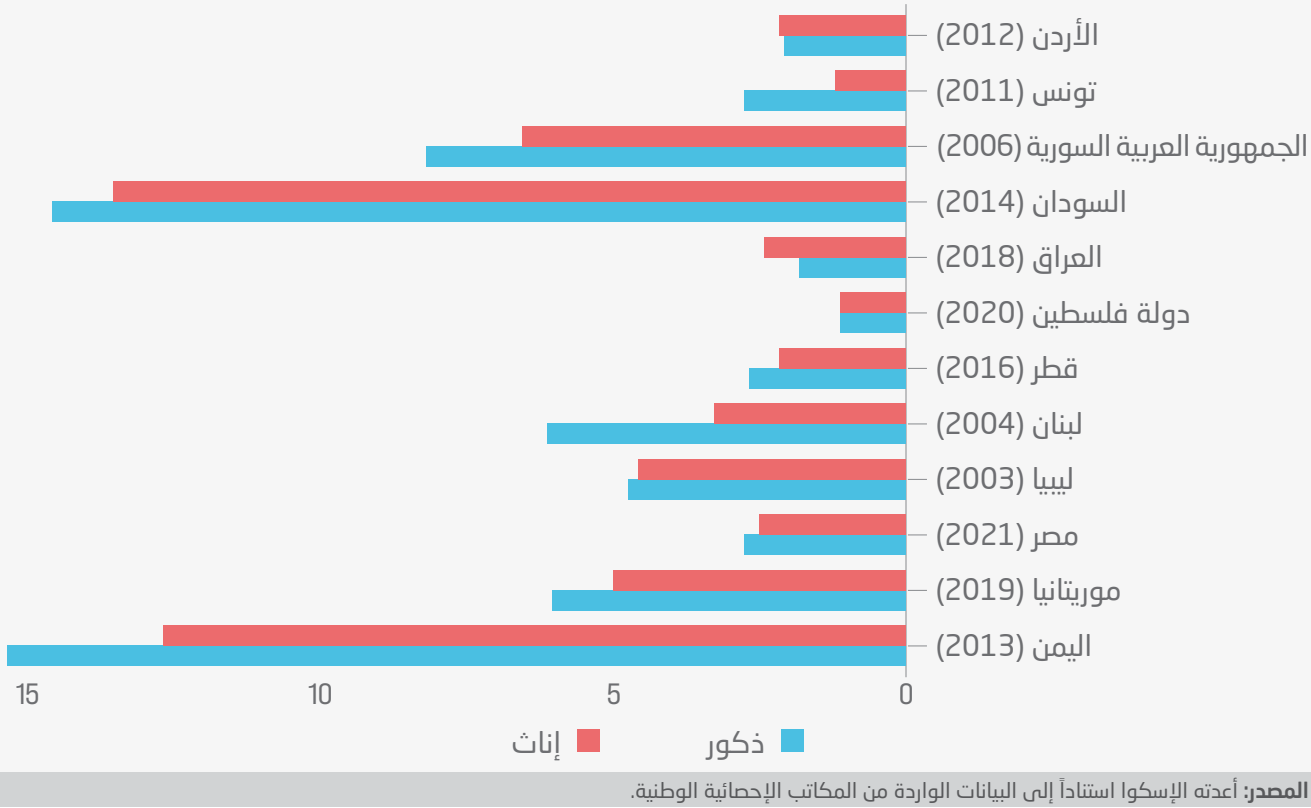
أفادت مصر في عام 2021 أن حوالي 13 في المائة من الأطفال يعانون من التقزُّم. أما الوضع التغذوي للأطفال في موريتانيا والسودان واليمن فسيء بشكل كبير بالمقارنة مع بقية بلدان المنطقة، إذ عانى في اليمن 46 في المائة من الأطفال في عام 2018 من التقزُّم، وهي أعلى نسبة في المنطقة؛ يليه السودان، مع 38 في المائة في عام 2014؛ ثم موريتانيا، مع 26 في المائة في عام 2021. أما البحرين فهو البلد الذي سجل أدنى معدلات التقزُّم بنسبة 1.9 في المائة (2018)، يليه الأردن بنسبة 8 في المائة (2012)، وتونس بنسبة 8 في المائة (2020)، ودولة فلسطين بنسبة 9 في المائة (2020). وكما هو مبين في الشكل، فإن الفتيان هم أكثر عرضة للتقزُّم من الفتيات، ولكن الفوارق حسب نوع الجنس ضئيلة نسبياً. وقد لوحظت أكبر الفوارق حسب نوع الجنس في السودان (2014) والعراق (2018)، حيث أبلغ كلاهما عن فارق بنسبة 5 في المائة في معدلات التقزُّم عند الفتيان والفتيات.

الشكل 4-6 التقزُّم حسب نوع الجنس، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

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



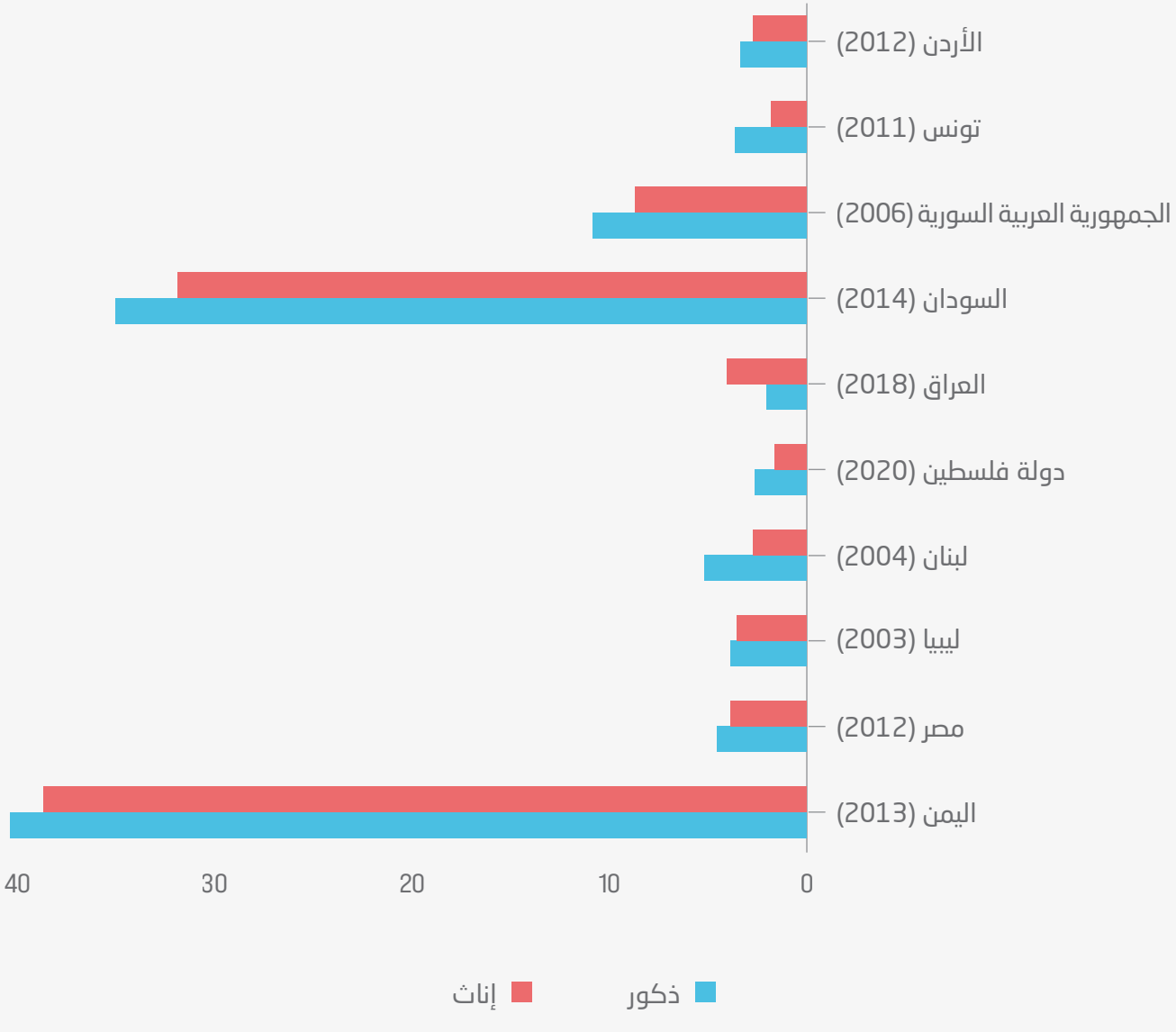
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

ينتشر الهزال بنسب أقل من التقزُّم 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 التقزُّم. وقد أبلغ كل من اليمن (2013) والسودان (2014) أن 16 في المائة من الأطفال يعانون من الهزال، وهي أعلى نسبة في المنطقة، وتليهما موريتانيا بنسبة 15 في المائة (2015). أما أدنى نسبة فهي في دولة فلسطين، حيث بلغت 1 في المائة (2020). ولوحظت أكبر التفاوتات في معدل انتشار الهزال بين الفتيان والفتيات في لبنان (2004) واليمن (2013)، وكلاهما بنسبة 3 نقاط مئوية.

وتفيد التقارير بأن نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن تقل عن 10 في المائة في جميع البلدان التي تتوافر عنها بيانات حديثة، باستثناء السودان وموريتانيا واليمن، التي تصنف جميعها على أنها بلدان منخفضة الدخل.

وقد أبلغ اليمن عن أعلى نسبة من الأطفال الذين يعانون من نقص 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، يُلاحظ أن الحالة التغذوية للفتيان أسوأ منها للفتيات، وإن كانت الفوارق حسب نوع الجنس ضئيلة.

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



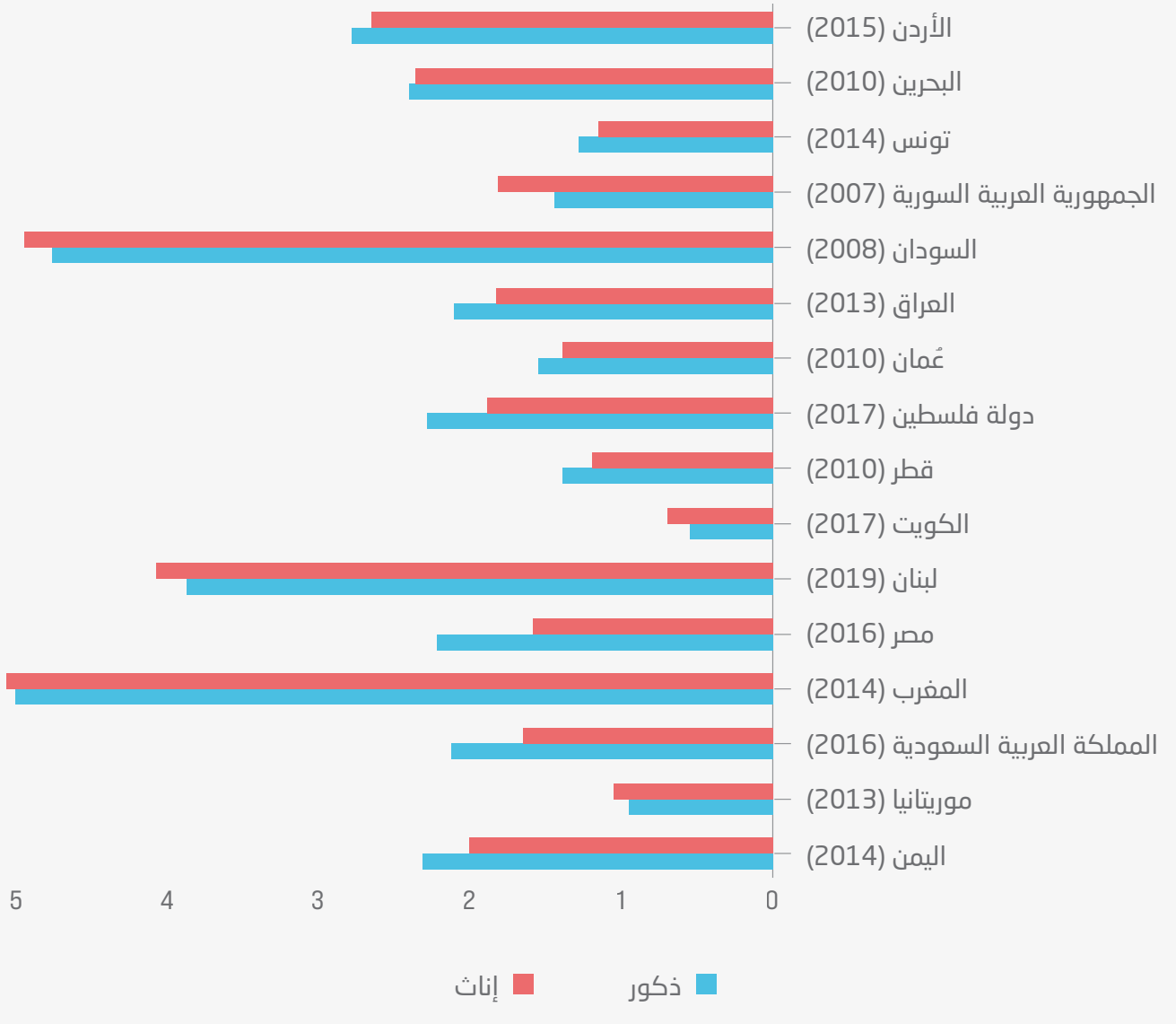
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

حالات الإعاقة أكثر انتشاراً في المغرب والسودان

يعرّف التصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة الذي تعتمده منظمة الصحة العالمية الإعاقة كمصطلح شامل يغطي العاهات والقيود المعيقة للنشاط وتلك المثبطة للمشاركة (WHO, 2011b)

ويبين الشكل 4-9 أحدث البيانات المتاحة عن معدلات انتشار الإعاقة، والتي تتراوح بين 1 في المائة تقريباً من الرجال والنساء في تونس (2014) والجمهورية العربية السورية (2007) وقطر (2010) والكويت (2017) وموريتانيا (2013) إلى 5 في المائة من الرجال والنساء في السودان (2008) والمغرب (2014). ولوحظ أن المعدلات متساوية بين الرجال والنساء، حيث أفادت جميع البلدان عن وجود فجوات بين الجنسين تقل عن نقطة مئوية واحدة.

الشكل 4-9 انتشار الإعاقة، حسب نوع الجنس، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة (النسبة المئوية)



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

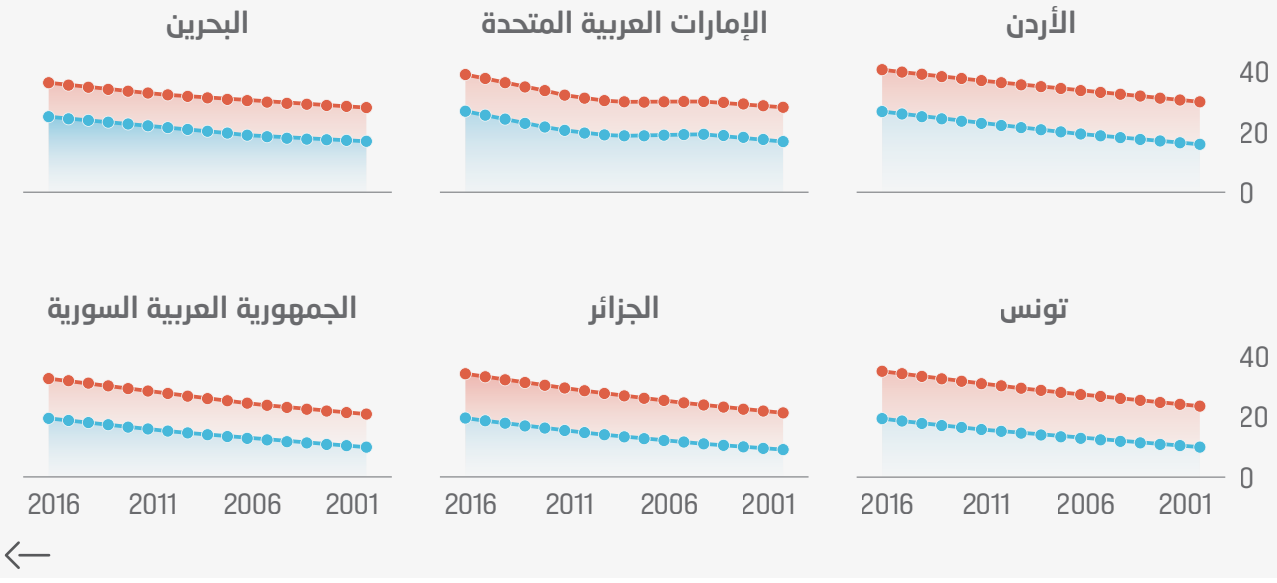
البدانة تتزايد في جميع أنحاء المنطقة العربية: أكثر انتشاراً بين النساء منها بين الرجال

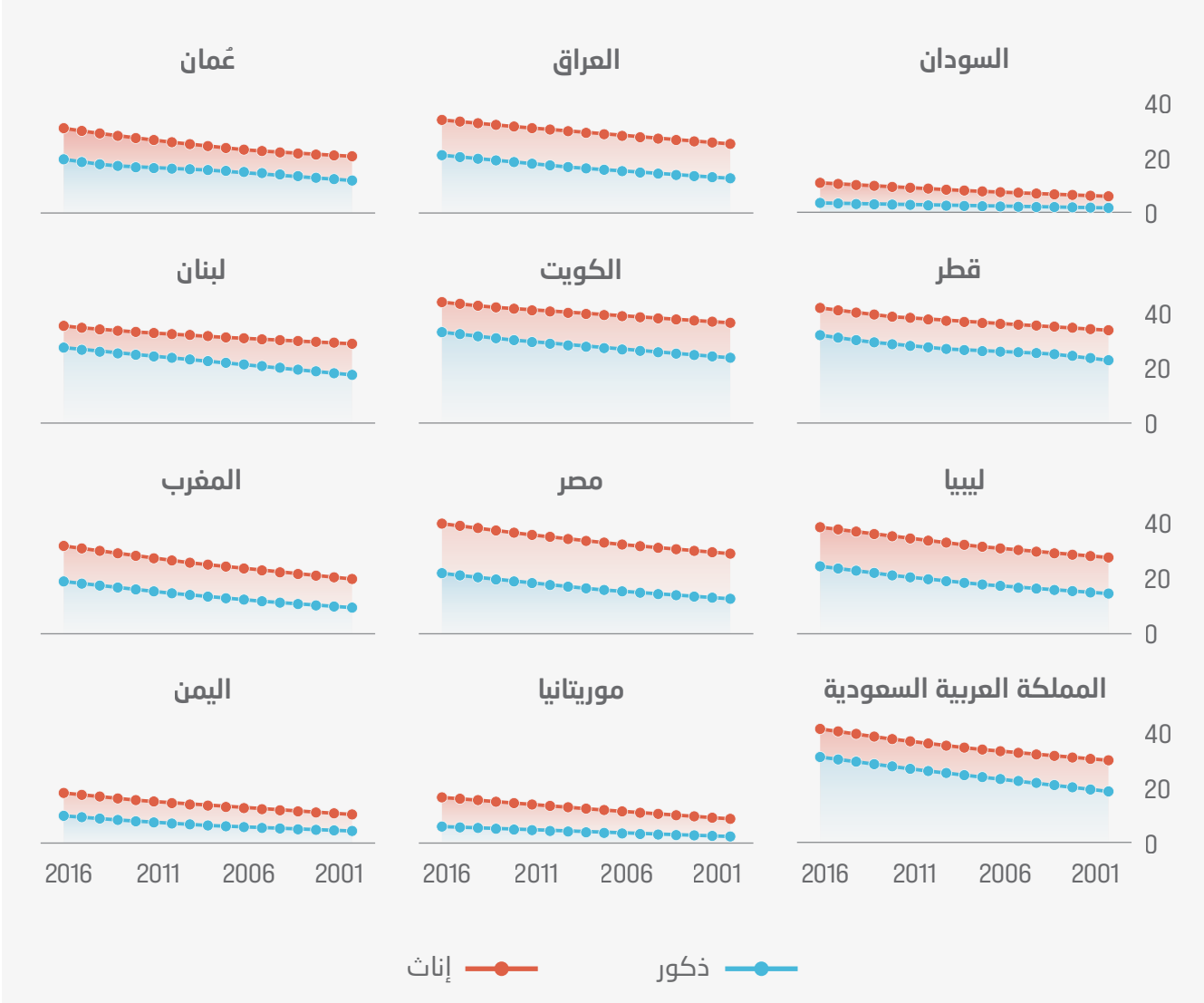
يمكن أن تسهم زيادة الوزن أو البدانة في مجموعة من الحالات الصحية، كأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم والسكري وعسر الهضم المزمن. ويمكن قياس البدانة باستخدام مؤشر كتلة الجسم (BMI)، الذي يعبر عن وزن الفرد بالنسبة إلى طوله. وبشكل عام، يعتبر بديناً، وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، من يبلغ مؤشر كتلة الجسم لديه 30 أو أكثر، ويُعتبر ذا وزن زائد من يبلغ مؤشر كتلة الجسم لديه 25 أو أكثر.

لاحظت منظمة الصحة العالمية أن البدانة آخذة في الازدياد في جميع أنحاء المنطقة العربية، وخاصة بين النساء. وهي مرتفعة بشكل خاص في بلدان مجلس التعاون الخليجي: ففي عام 2016، كان 44 في المائة من النساء و33 في المائة من الرجال في الكويت يعانون من البدانة، وهي أعلى النسب في المنطقة. وتلت الكويت قطر، حيث يعاني 42 في المائة من النساء و32 في المائة من الرجال من البدانة. وخارج بلدان مجلس التعاون الخليجي، أبلغ 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 بلغت 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، حيث ارتفعت نسبة الرجال المصنفين بدينين من 19 في المائة في عام 2000 إلى 31 في المائة في عام 2016، أي بزيادة قدرها 12 نقطة مئوية. أما أدنى معدلات البدانة فسجله السودان وإن مع ارتفاع بسيط. وفي عام 2000، كان 2 في المائة فقط من الرجال و6 في المائة من النساء يعانون من البدانة، ولكن هذين الرقمين ارتفعا إلى 3 في المائة و11 في المائة على التوالي بحلول عام 2016.

الشكل 4-10 البدانة لدى البالغين (18 سنة وأكثر)، حسب نوع الجنس (النسبة المئوية)، 2000-2016





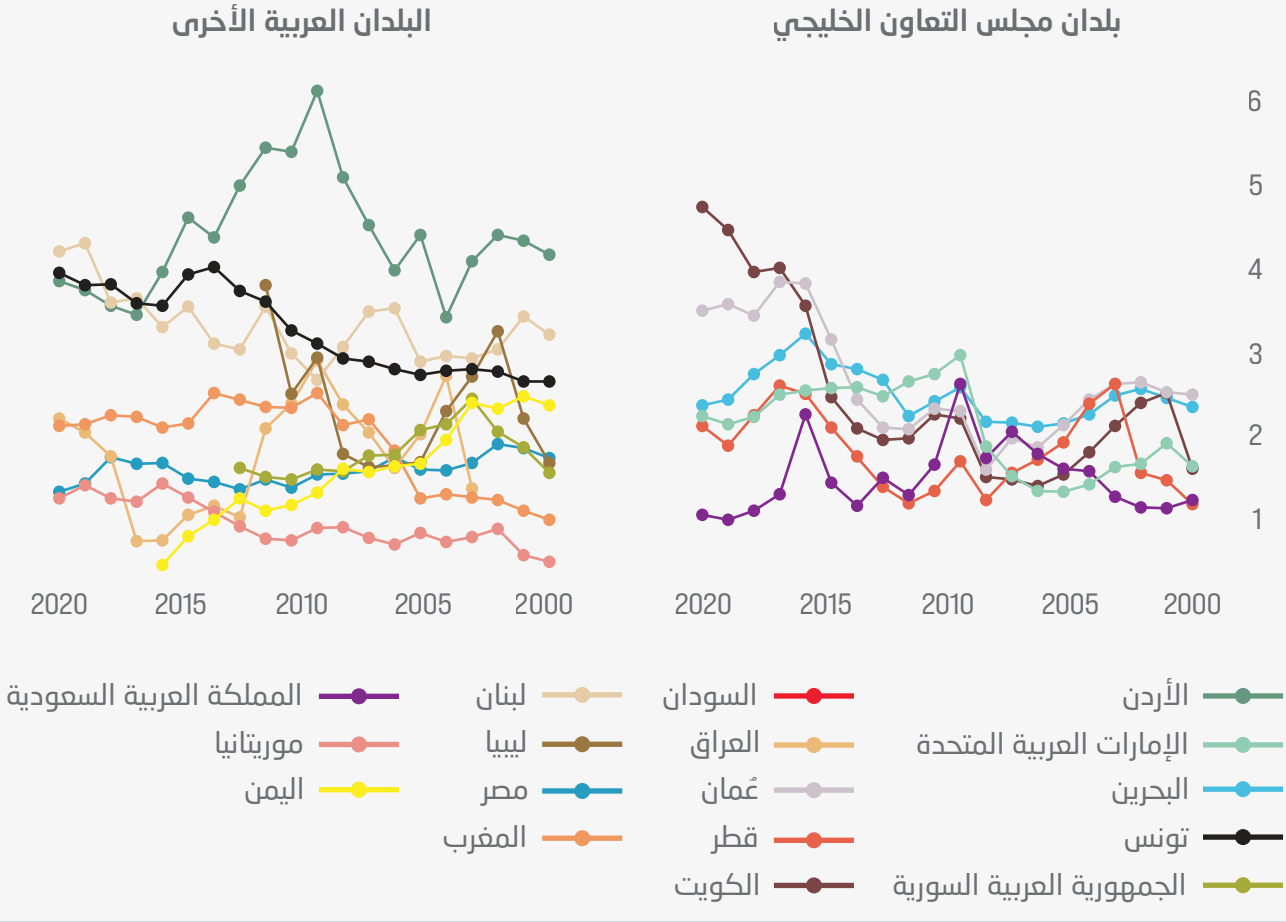
المصدر: بيانات مقدمة من منظمة الصحة العالمية.

لا تغييرات تُذكَر في الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي

يعتبر التمويل الكافي للرعاية الصحية أمراً بالغ الأهمية في توفير إمكانية الحصول على الخدمات الصحية ومن ثم في تحسين الوضع الصحي للسكان. ويبيّن الشكلان التاليان 4-11 و4-12 مجموع النفقات على الرعاية الصحية كحصة من الناتج المحلي الإجمالي ونصيب الفرد من الإنفاق الحكومي.

في عام 2019، تراوحت نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية بين البلدان التي توفرت عنها بيانات حديثة، من 1 إلى 5 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي، أدناها في المملكة العربية السعودية وأعلاها في الكويت. بين عامي 2000 و2019، أبلغ معظم البلدان العربية إما عن انخفاض ضئيل أو زيادة طفيفة في الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي.

الشكل 4-11 الإنفاق على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، 2000-2019



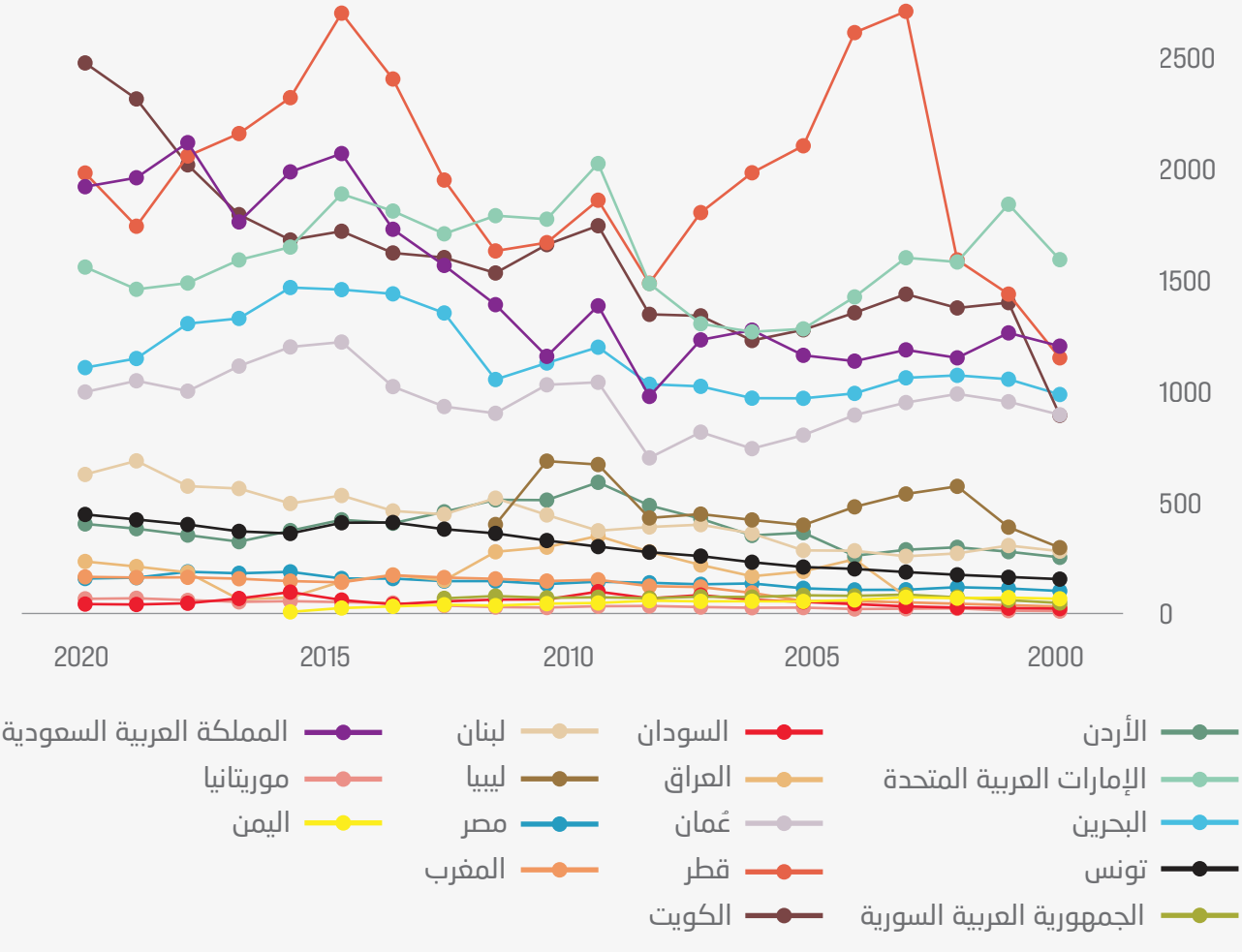
المصدر: بيانات مقدمة من منظمة الصحة العالمية.

نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة آخذٌ في الازدياد في بلدان مجلس التعاون الخليجي

يكشف استعراض نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية في جميع أنحاء المنطقة (بمعادل القوة الشرائية وبتحويله إلى الدولار الأمريكي بمعدل أسعار الصرف) أن بلدان مجلس التعاون الخليجي أنفقت أكثر على الرعاية الصحية في عام 2019، وأبرزها الكويت وقطر والمملكة العربية السعودية، حيث بلغ نصيب الفرد من الإنفاق 2,488 دولاراً و1,991 دولاراً و1,930 دولاراً، على التوالي. أما البلدان الأقل إنفاقاً على الرعاية الصحية في عام 2019 فهي السودان وموريتانيا ومصر والمغرب، حيث بلغ نصيب الفرد من الإنفاق 46 دولاراً و70 دولاراً و162 دولاراً و169 دولاراً، على التوالي.

وقد زادت جميع البلدان التي تتوفر بيانات عنها نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية بين عامي 2000 و2019، باستثناء الإمارات العربية المتحدة. وقد أُبلغ عن أعلى الزيادات في تلك الفترة في بلدان مجلس التعاون الخليجي حيث ارتفع نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة في الكويت بمقدار 1,590 دولاراً، وهو الأعلى في المنطقة، في حين زادت قطر، الدولة التي حققت ثاني أكبر زيادة، الإنفاق بمقدار 834 دولاراً.

الشكل 4-12 نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة، 2000-2019 (محولاً إلى دولار حسب معادل القوة الشرائية)

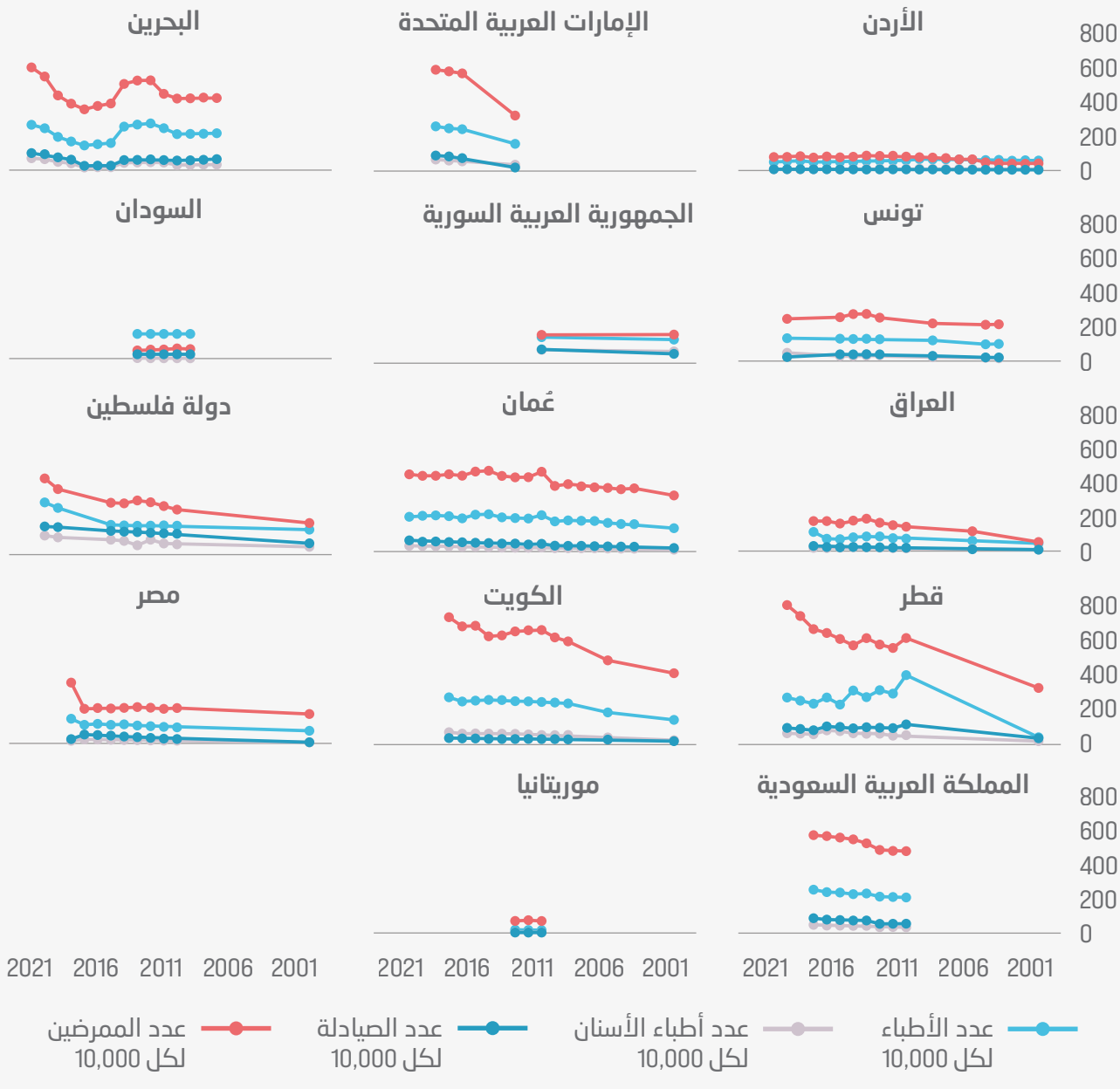


المصدر: بيانات مقدمة من منظمة الصحة العالمية.

تباينٌ كبير في كثافة العاملين في مجال الرعاية الصحية

يبلغ عدد الممرضين في معظم بلدان المنطقة ضعف عدد الأطباء تقريباً، بينما يتدنى عدد الصيادلة عن عدد الممرضين والأطباء. وفي آخر سنة توفرت عنها بيانات، سجلت بلدان مجلس التعاون الخليجي ولبنان ودولة فلسطين أعلى كثافة للأطباء لكل 10,000 نسمة في المنطقة، (تتراوح بين 20 و30 طبيباً لكل 10,000 نسمة). أما أدنى كثافة للأطباء فسُجلت في موريتانيا واليمن (طبيبان لكل 10,000 نسمة) والعراق (10 أطباء لكل 10,000 نسمة). وأفادت ثمانية بلدان، هي الإمارات العربية المتحدة والبحرين وعُمان ودولة فلسطين وقطر والكويت وليبيا والمملكة العربية السعودية ، عن وجود ما بين 42 و81 ممرضة لكل 10,000 نسمة. وأفادت بلدان أخرى بوجود ما بين ممرضَيْن و21 ممرضاً لكل 10,000 نسمة. ولم يُتَح سوى القليل من البيانات عن عدد الصيادلة في بلدان المنطقة. ومع ذلك، يبدو أن أعلى كثافة للصيادلة لكل 10,000 نسمة تسجل في بلدان مجلس التعاون الخليجي ودولة فلسطين.

الشكل 4-13 كثافة العاملين في الرعاية الصحية لكل 10,000 نسمة، 2000-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

وقد زادت الكثافة من الأطباء والممرضين والصيادلة لكل 10,000 نسمة في السنوات الأخيرة في معظم بلدان المنطقة، ولكن ليس من اتجاه موحد لهذه الزيادة. وقد سُجّلت أكبر الزيادات في عدد الأطباء والممرضين في قطر، حيث ارتفع عدد الأطباء من 4 في المائة لكل 10,000 نسمة في عام 2000 إلى 27 لكل 10,000 نسمة في عام 2019، في حين ارتفع عدد الممرضين من 18 في المائة لكل 10,000 نسمة في عام 2000 إلى 44 لكل 10,000 نسمة في عام 2019. بينما سُجّلت أقل الزيادات في عدد الأطباء والممرضين في مصر، حيث ارتفع عدد الأطباء من 7 إلى 9 لكل 10,000 نسمة بين عامي 2000 و2021 وزاد عدد الممرضين من 17 إلى 20 لكل 10,000 نسمة خلال الفترة الزمنية نفسها. وشهدت دولة فلسطين أكبر زيادة في عدد الصيادلة (من 6 إلى 16 لكل 10,000 نسمة بين عامي 2000 و2020) وحدثت أقل زيادة في العراق (من صيدلي واحد إلى صيدليَيْن لكل 10,000 نسمة بين عامي 2000 و1202).

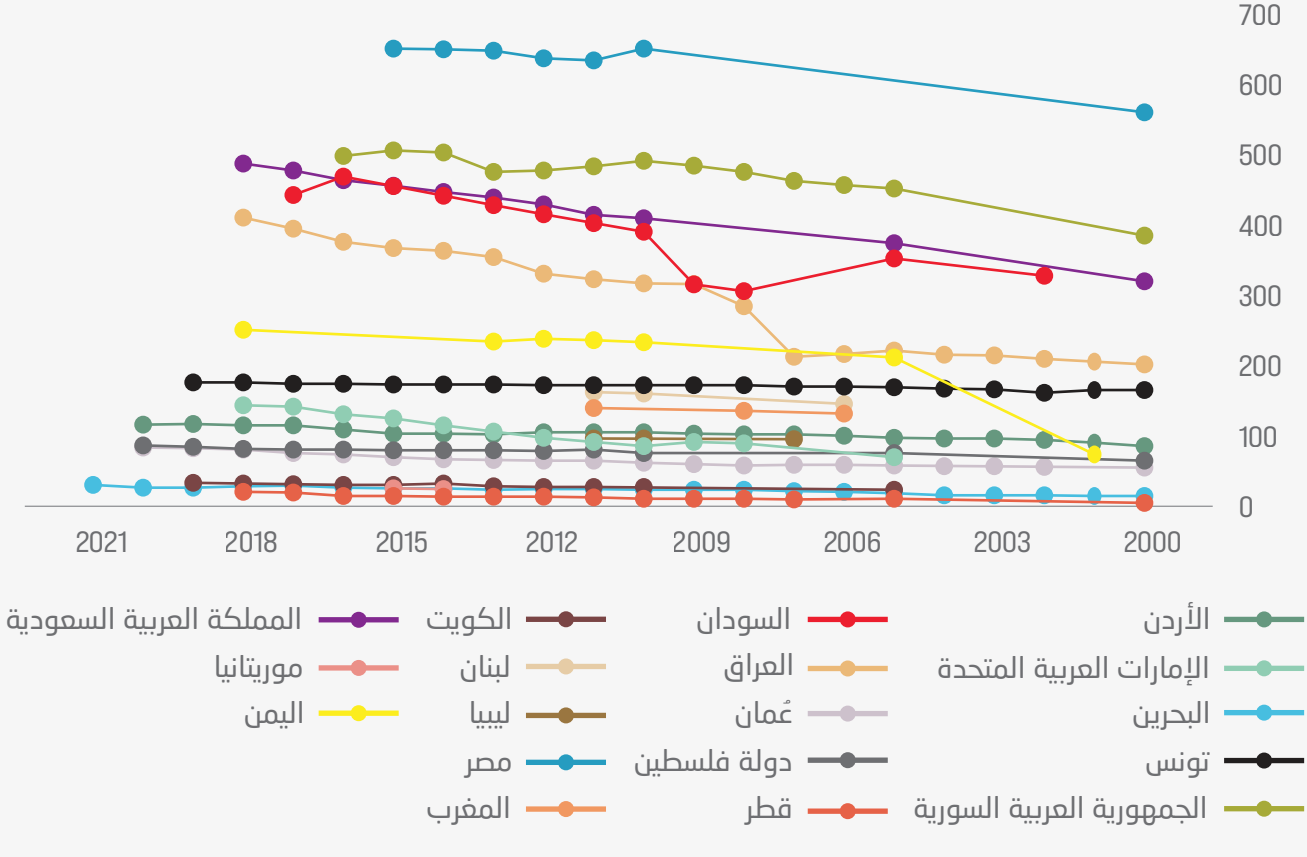
عدد المستشفيات في ازديادٍ مطرد في المنطقة

المستشفيات هي مؤسسات تقدم خدمات الرعاية الصحية التي تشمل الوقاية والعلاج والعمليات وإعادة التأهيل والتدريس. وتقدم هذه الخدمات مجموعة واسعة من القوى العاملة الصحية، بمن في ذلك الفنيون والممرضون والأطباء، فضلاً عن الموظفين الإداريين.

ووفقاً لأحدث البيانات المتاحة، يتبيّن أن مصر تمتلك أكبر عدد من المستشفيات من أي بلد آخر في المنطقة العربية (660 مستشفى في عام 2015). بشكل عام، تميل البلدان الأكثر اكتظاظاً بالسكان إلى امتلاك المزيد من المستشفيات. ومع ذلك، احتل المغرب، خامس أكبر بلد من حيث عدد السكان في المنطقة، المرتبة العاشرة من حيث عدد المستشفيات (141 مستشفى في عام 2011). وقد سجلت البحرين والكويت وموريتانيا وقطر، وهي البلدان الأقل كثافة بالسكان في المنطقة، أقل عدد من المستشفيات، بلغ وعلى التوالي 30 في عام 2021، و33 في عام 2019، و25 في عام 2015 و20 في عام 2018.

وقد لوحظت زيادات في عدد المستشفيات في جميع بلدان المنطقة التي أبلغت عن بيانات منذ عام 2000. وسجلت أعلى زيادة في عدد المستشفيات في العراق (من 204 مستشفيات في عام 2000 إلى 416 في عام 2018)، يليه اليمن بزيادة قدرها 180 مستشفى (من 74 في عام 2001 إلى 254 في عام 2018) والمملكة العربية السعودية بزيادة قدرها 170 مستشفى (من 324 في عام 2000 إلى 494 في عام 2018). وقد سُجِّلت أقل الزيادات بين عامي 2000 و2020 في البحرين (من 14 إلى 30 مستشفى) ودولة فلسطين (من 65 إلى 87 مستشفى).

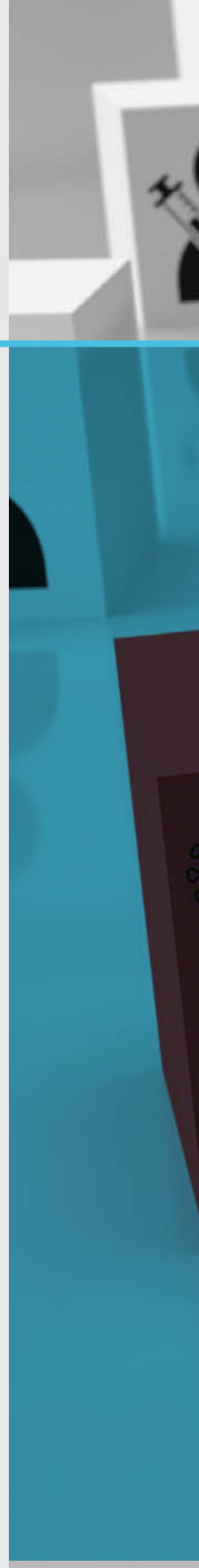
الشكل 4-14 عدد المستشفيات، 2000-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

مرض فيروس كورونا (كوفيد-19)

05



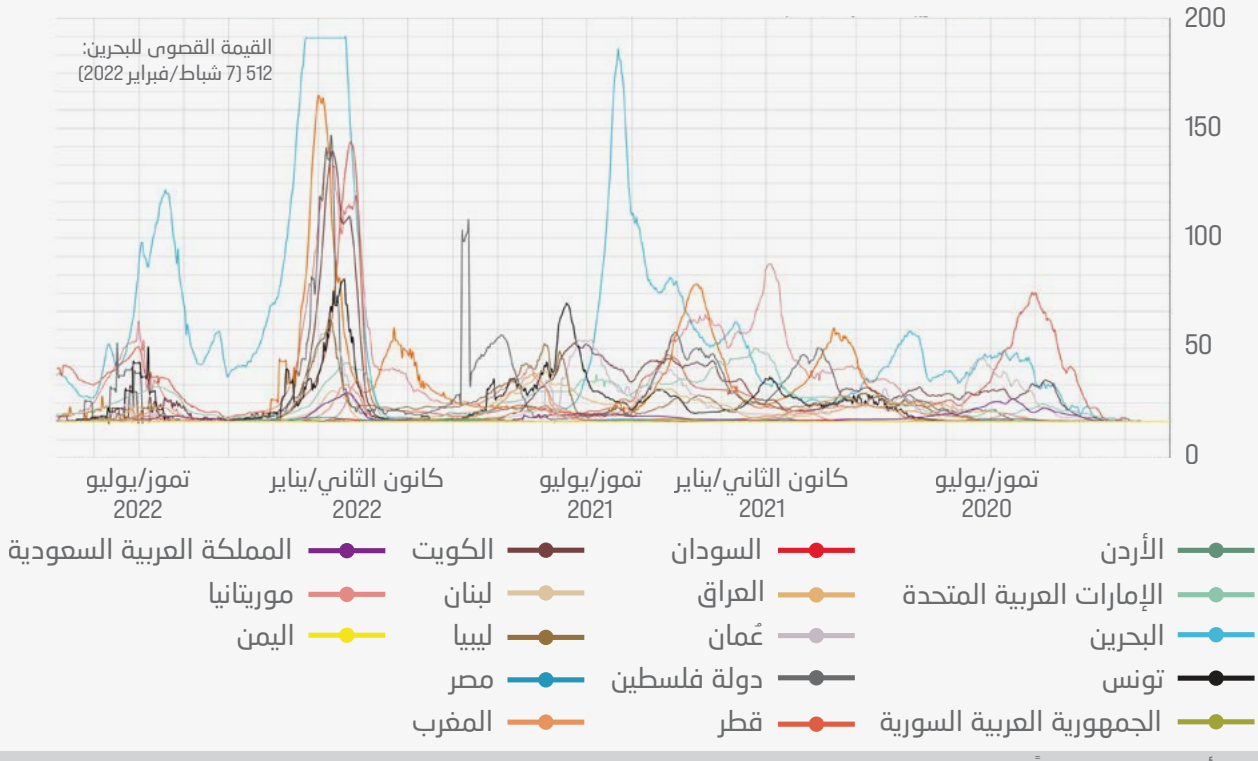
لا تزال جائحة كوفيد-19 تؤثر على منطقة الإسكوا في حين يكافح العديد من اقتصادات المنطقة لمعالجة التداعيات السلبية للنزاع المسلح والضغوط المالية المتزايدة. ومع أن التطعيم وغيره من الجهود المتضافرة في مجال السياسات والصحة قد أثبتت فعاليتها، إلا أن الجائحة كان لها تأثير سلبي كبير على حياة وسُبُل عيش الناس من الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية كافة، ولا سيما على أضعف أفراد المجتمع.

يتم استخلاص بيانات هذا القسم من لوحة متابعة جائحة كوفيد-19 التي تشرف عليها جامعة جونز هوبكنز على شبكة الإنترنت (Dong, Du and Gardner, 2020) ومن موقع Our World in Data. وقد قدمت المكاتب الإحصائية الوطنية بيانات إضافية، مما يسّر إجراء استعراض عام لثلاث وسائل تتبُّع مهمة، وهي الحالات المؤكدة، والوفيات المؤكدة، ومعدلات التطعيم. يتم تقديم البيانات على أساس المتوسطات على مدى سبعة أيام. كما تم تضمين تقديرات زيادة الوفيات المفرطة الناجمة عن جائحة كوفيد-19 لتوفير معلومات حول التأثير الحقيقي للوباء على السكان.

يعرض الشكل 5-1 المتوسط على مدى سبعة أيام لحالات كوفيد-19 المؤكدة الجديدة لكل 100,000 نسمة في كل من البلدان العربية بين شباط/فبراير 2020 وأيلول/سبتمبر 2022. بعد الطفرة الأولى من الحالات في بداية الجائحة في آذار/مارس 2020، شهد العالم موجتين لاحقتين في منتصف عام 2021 وفي بداية عام 2022 بسبب الانتشار العالمي لمتحورين مهيمنين، وهما دلتا وأوميكرون. بالنسبة لمتحور دلتا، تفاوت توقيت الذروة في عدد الحالات على المستوى المحلي بشكل كبير عبر البلدان العربية. وبالنسبة لمتحور أوميكرون، تركزت الذروات على المستوى المحلي خلال الفترة نفسها التي امتدت من شهرين إلى ثلاثة أشهر، مع حدوث طفرات أسرع في الحالات مقارنة بمتحور دلتا. قد يكون وراء هذه الاختلافات العديد من الأسباب، بما في ذلك معدلات انتقال المتحورين، والتغييرات في سياسات السفر والحجر الصحي، وردّ فعل الحكومات والمواطنين على انتشار هذين المتحورين.

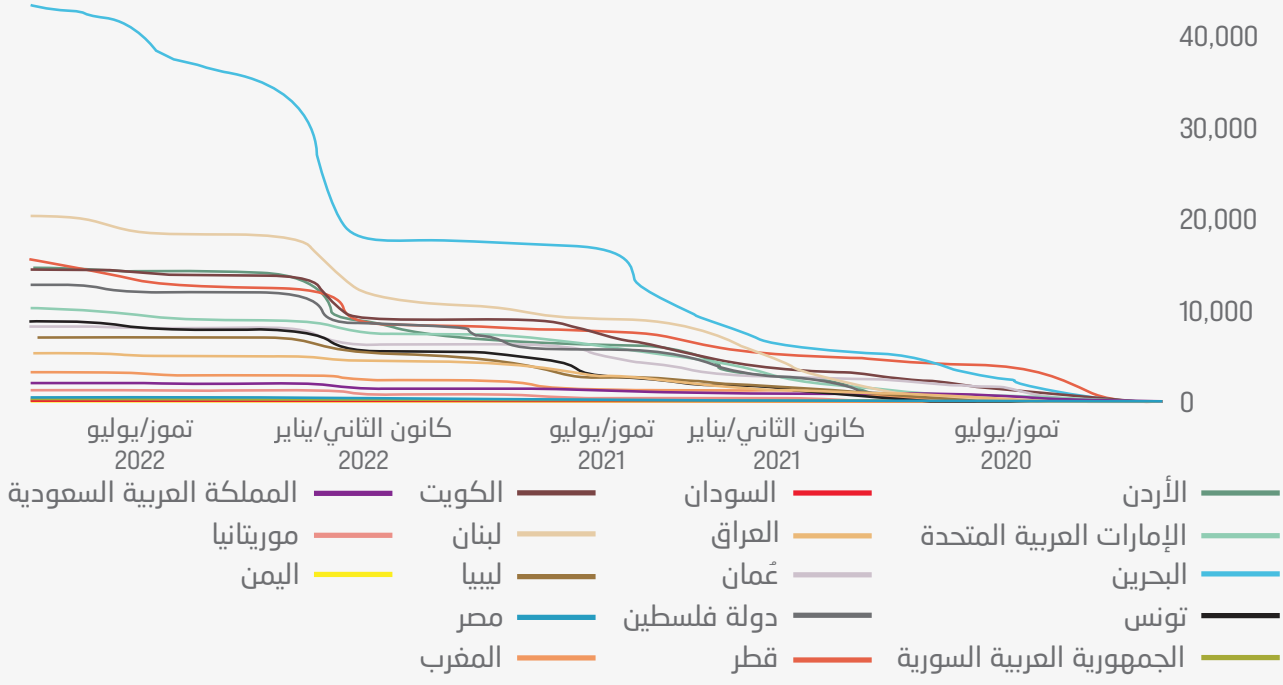
على أساس تراكمي، أبلغ كل من البحرين والأردن والكويت ولبنان وقطر عن أكبر عدد من الحالات الفردية في منطقة الإسكوا (الشكل 5-2). ومن الأهمية بمكان ملاحظة أن عدد الحالات المؤكدة يعتمد بشكل كبير على توافر فحوص الكشف عن كوفيد-19، فضلاً عن السياسات والبروتوكولات الحكومية بشأن الفحص والتبليغ. ومع ذلك، لا تتوفر بيانات عن الفحوص التي أجريت ومعدلات الحالات الإيجابية لجميع البلدان العربية، وقد تباينت سياسات الفحوص وتنفيذها على نطاق واسع عبر البلدان وفي فترات مختلفة من الجائحة، مما يجعل المقارنات عبر الوقت والبلدان صعبة للغاية.

الشكل 5-1 المتوسط اليومي الممهد لسبعة أيام لعدد الحالات المؤكدة الجديدة لكوفيد-19 لكل 100,000 نسمة، من شباط/فبراير 2020 إلى أيلول/سبتمبر 2022



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

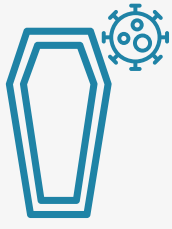
الشكل 5-2 عدد حالات كوفيد-19 المؤكدة التراكمية لكل 100,000 نسمة، من شباط/فبراير 2020 إلى أيلول/سبتمبر 2022



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من مكاتب الإحصاء الوطنية، وموقع World in Data، ولوحة متابعة جائحة كوفيد-19 التي تشرف عليها جامعة جونز هوبكنز.

أعلى نسبة وفيات بسبب كوفيد-19 هي في تونس، يليها لبنان

يوضح الشكل 5-3 عدد الوفيات التراكمية الناجمة عن كوفيد-19 بين السكان في البلدان العربية. لقد سجلت تونس أكبر عدد من الوفيات بنحو 240 حالة وفاة لكل 100,000 نسمة، يليها لبنان بما يزيد قليلاً عن 190 حالة وفاة. خلال انتشار متحور دلتا، ازدادت الوفيات بوتيرة سريعة بينما قلّت على نحو كبير خلال ذروة متحور أوميكرون.



يمثل الإبلاغ عن الوفيات، بما فيها تلك الناجمة عن كوفيد-19، تحدياً مزمناً يواجه البلدان النامية الفقيرة

قد يكون عدد الوفيات الناجمة عن كوفيد-19 أعلى بكثير مما تم الإبلاغ عنه، لا سيما في البلدان الفقيرة

يمثل الإبلاغ عن الوفيات، بما فيها تلك الناجمة عن كوفيد-19، تحدياً مزمناً يواجه البلدان النامية الفقيرة التي تفتقر إلى الرعاية الصحية اللازمة والبنية التحتية للإبلاغ. وبالتالي، قد لا تمثل الأرقام الواردة في الشكل 5-3 والجدول بدقة العدد الحقيقي للوفيات الناجمة عن كوفيد-19.

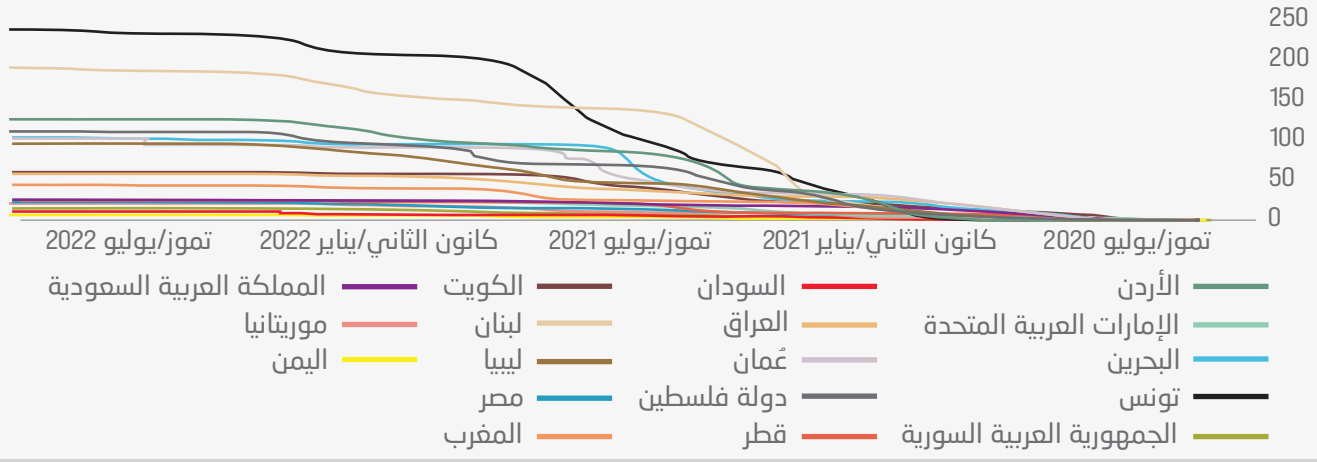
قد يكون العدد الإجمالي للوفيات التي حدثت أثناء الجائحة أعلى بكثير، في الواقع، من عدد وفيات كوفيد-19 المبلَّغ عنها. فمنظمة الصحة العالمية تقدّر أن ما مجموعه 14.9 مليون حالة وفاة إضافية حدثت أثناء الجائحة في عامي 2020 و2021 (WHO, 2022a). عدد الوفيات الإضافية هو ببساطة الفرق بين عدد الوفيات التي حدثت والعدد الذي كان متوقعاً على أساس بيانات الوفيات للسنوات التي سبقت الوباء. تشمل الوفيات الإضافية تلك التي حدثت بشكل مباشر من جراء كوفيد-19 أو بشكل غير مباشر جراء ظروف صحية أخرى لم يتمكن الناس من تلقي العلاج لها بسبب النُظُم الصحية المثقلة بالأعباء.

الإطار 5-1 قد يكون عدد الوفيات الناجمة عن كوفيد-19 أعلى بكثير مما تم الإبلاغ عنه، لا سيما في البلدان الفقيرة

لتقدير وتعميق فهم التأثير الحقيقي لجائحة كوفيد-19 على الوفيات، شكّل المتعاونون في جميع أنحاء العالم تحالفاً بهدف حساب الوفيات الإضافية على أساس البيانات التاريخية والنماذج المقبولة على نطاق واسع. يبين الجدول إحصاءات موجزة لكل بلد، بما في ذلك الوفيات المُبلَّغ عنها بسبب كوفيد-19، والوفيات الإضافية المُقدَّرة خلال جائحة كوفيد-19، ونسبة الاثنين كمقياس لنقص الإبلاغ المُقدَّر، ومعدلات الوفيات المُبلَّغ عنها والوفيات الإضافية الناجمة عن كوفيد-19.

وتُظهر هذه التقديرات أنه على مدى عامين، من كانون الثاني/يناير 2020 إلى كانون الأول/ديسمبر 2021، يمكن أن يُعزى ما يقرب من 1.2 مليون حالة وفاة إضافية في المنطقة العربية إلى جائحة كوفيد-19 (COVID-19 Excess Mortality Collaborators, 2022). من حيث النسبة بين وفيات كوفيد-19 المُبلَّغ عنها والوفيات الإضافية المُقدَّرة، تتراوح الأرقام الخاصة ببلدان المنطقة من 1.4 فقط في الكويت (وهو نقص منخفض نسبياً في الإبلاغ عن الوفيات) إلى 66.8 في الصومال، مما يعني أنه لربما لم يتم الإبلاغ عن معظم الوفيات الناجمة عن كوفيد-19.

الشكل 5-3 عدد الوفيات المؤكدة التراكمية الناجمة عن كوفيد-19 لكل 100,000 نسمة، من شباط/فبراير 2020 إلى أيلول/سبتمبر 2022



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من مكاتب الإحصاء الوطنية، وموقع World in Data، ولوحة متابعة جائحة كوفيد-19 التي تشرف عليها جامعة جونز هوبكنز.

عدد الوفيات المؤكدة التراكمية الناجمة عن كوفيد-19 لكل 100,000 من السكان، من كانون الثاني/يناير 2020 إلى كانون الأول/ديسمبر 2021

	وفيات كوفيد-19 المُبلَّغ عنها	معدل وفيات كوفيد-19 المُبلَّغ عنه (لكل 100,000 نسمة)	الوفيات الإضافية المقدَّرة	معدل الوفيات الإضافية المقدَّرة (لكل 100,000 نسمة)	النسبة بين معدل الوفيات الإضافية ومعدل وفيات كوفيد-19 المُبلَّغ عنه
الأردن	12 700	53.5	27 000	114.4	2.1
الإمارات العربية المتحدة	2 160	21.1	9 340	91.3	4.3
البحرين	1 390	48.0	3 920	134.7	2.8
تونس	25 600	114.4	72 500	324.2	2.8
الجزائر	6 280	7.5	54 400	65.1	8.7
الجمهورية العربية السورية	2 900	6.6	27 100	61.7	9.4
السودان	3 330	4.3	83 600	108.5	25.1
الصومال	1 330	2.6	89 000	172.1	66.8
العراق	24 200	36.9	183 000	280.1	7.6
عُمان	4 120	47.5	12 300	141.5	3.0
دولة فلسطين	4 660	48.9	12 600	132.2	2.7
قطر	618	10.7	1 560	27.0	2.5
الكويت	2 470	28.5	3 560	41.1	1.4
لبنان	9 120	105.0	36 100	416.2	4.0
ليبيا	5 710	45.4	36 700	292.1	6.4
مصر	21 800	10.9	265 000	133.3	12.2
المغرب	14 800	21.6	157 000	228.5	10.6
المملكة العربية السعودية	8 880	12.5	32 900	46.4	3.7
موريتانيا	866	10.9	7 990	100.5	9.2
اليمن	1 980	3.3	65 600	108.0	33.0

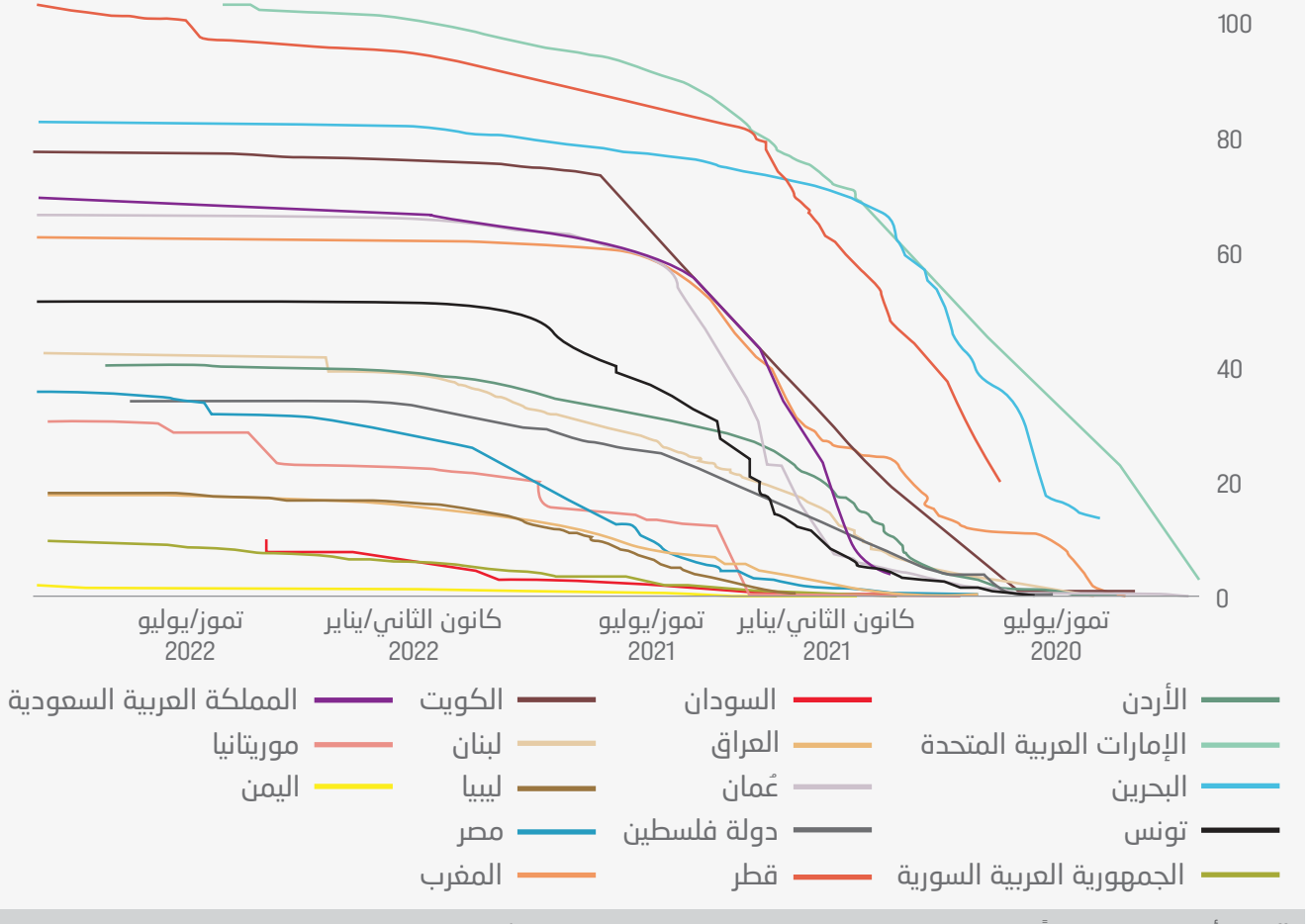
المصدر: بيانات الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب، تم جمعها من مصادر وطنية ومصادر ثانوية أخرى. للاطلاع على البيانات المستخدَمة كمدخلات في هذه التحليلات، انظر Global Health Data Exchange (بدون تاريخ).

تختلف معدلات التطعيم بشكل كبير بين البلدان الأعضاء في الإسكوا

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (2022b)، تتوفر لقاحات آمنة وفعالة توفر حماية قوية ضد الأمراض الخطيرة والاستشفاء والوفاة من كوفيد-19. بدأ التداول بلقاحات كوفيد-19 الفعالة في أوائل عام 2021. وعلى الرغم من أنها أصبحت متاحة على نطاق أوسع، إلا أنها ليست متاحة بالكامل لأولئك الذين يعيشون في معظم البلدان في المنطقة العربية.

ومن بين الدول العربية، تجاوزت الإمارات العربية المتحدة وقطر نسبة التطعيم 100 في المائة بسبب تطعيم غير المقيمين. وبصرف النظر عن هذين البلدين، فإن البحرين وتونس وعُمان والكويت والمغرب والمملكة العربية السعودية هي البلدان الوحيدة التي قامت بتطعيم أكثر من 50 في المائة من سكانها. وفي حين أن بلدان مجلس التعاون الخليجي لديها أعلى المعدلات في المنطقة، فإن البلدان المتأثرة بالصراعات، بما فيها الجمهورية العربية السورية والسودان واليمن، لديها معدلات تطعيم أقل بكثير أو أنها لم تتمكن من تقديم بيانات محدثة عن التطعيم.

الشكل 5-4 السكان الذين أكملوا بروتوكول التلقيح الأولي ضد كوفيد-19 بين كانون الثاني/يناير 2021 وأيلول/سبتمبر 2022 (النسبة المئوية)



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من مكاتب الإحصاء الوطنية، وموقع World in Data، ولوحة متابعة جائحة كوفيد-19 التي تشرف عليها جامعة جونز هوبكنز.

التعليم

06

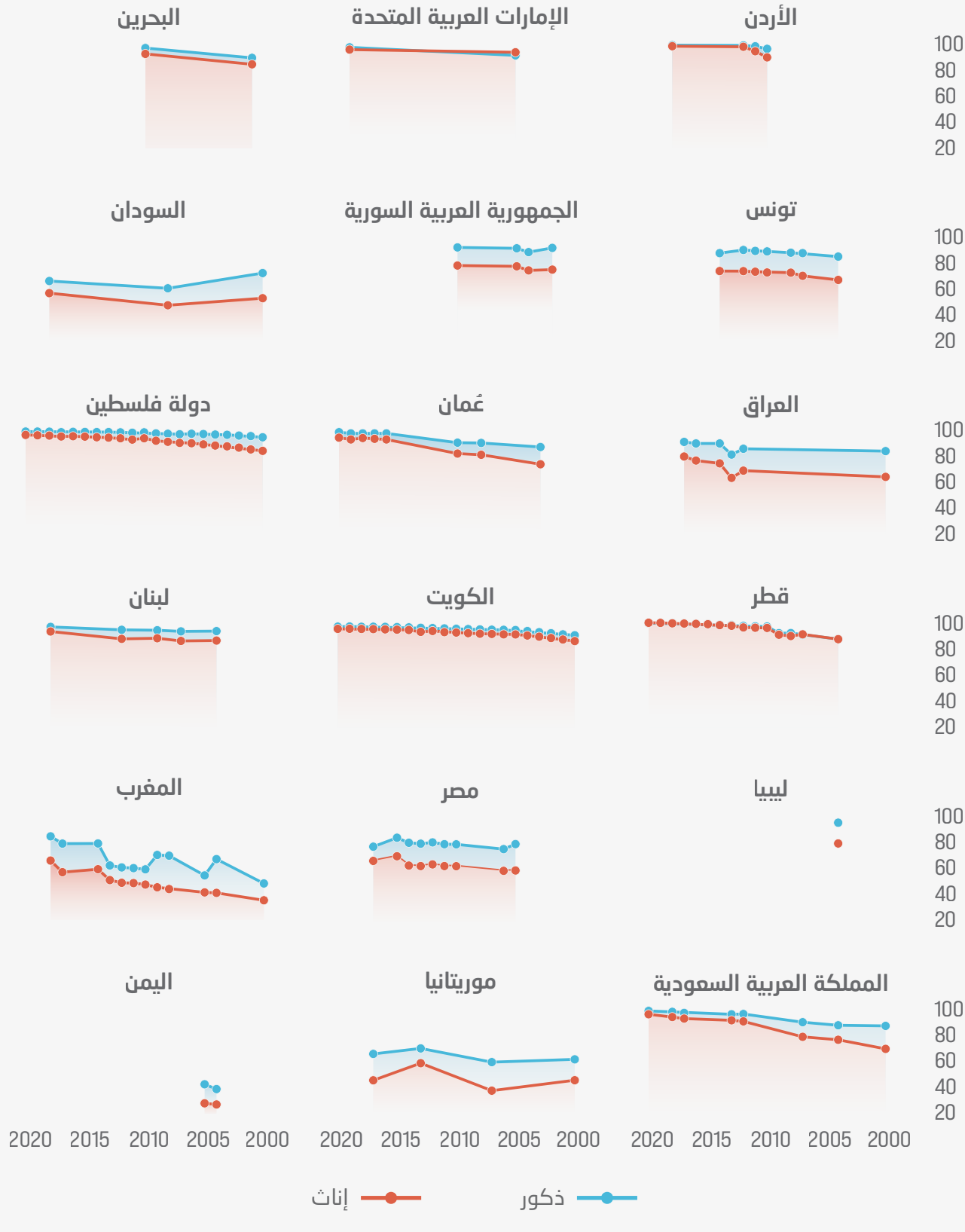
التعليم هو أحد العوامل الرئيسية التي تعزِّز التنمية المستدامة. فالتعليم النظامي يزوّد الأفراد بالمهارات التي تتطلبها أسواق العمل الحديثة ويرتبط مباشرة بالعمالة والأجور. كما أنه يساهم في صحة السكان ورفاههم العام. لقد شهدت المنطقة العربية في العقود الأخيرة توسعاً كبيراً في قطاع التعليم. ومع ارتفاع النمو السكاني، يزداد عدد الأطفال الذين هم في سن الدراسة كل عام في المنطقة ككل، ما يستلزم توفير المزيد من الموارد البشرية والموارد المالية المخصصة للتعليم. يتضمن هذا القسم شرحاً لوضع التعليم النظامي في البلدان الأعضاء في الإسكوا بالاستناد إلى بيانات من الأجهزة الإحصائية الوطنية ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو). ويركز التقرير على محو أمية الكبار والشباب، والتحصيل العلمي، ونسبة التلاميذ إلى المعلمين، والإنفاق الحكومي على التعليم، ويكشف أن محو الأمية في المنطقة العربية قد زاد في السنوات الأخيرة، ولكن معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة أعلى بين الرجال منها بين النساء.

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

الإطار 6-1 إلمام البالغين بالقراءة والكتابة

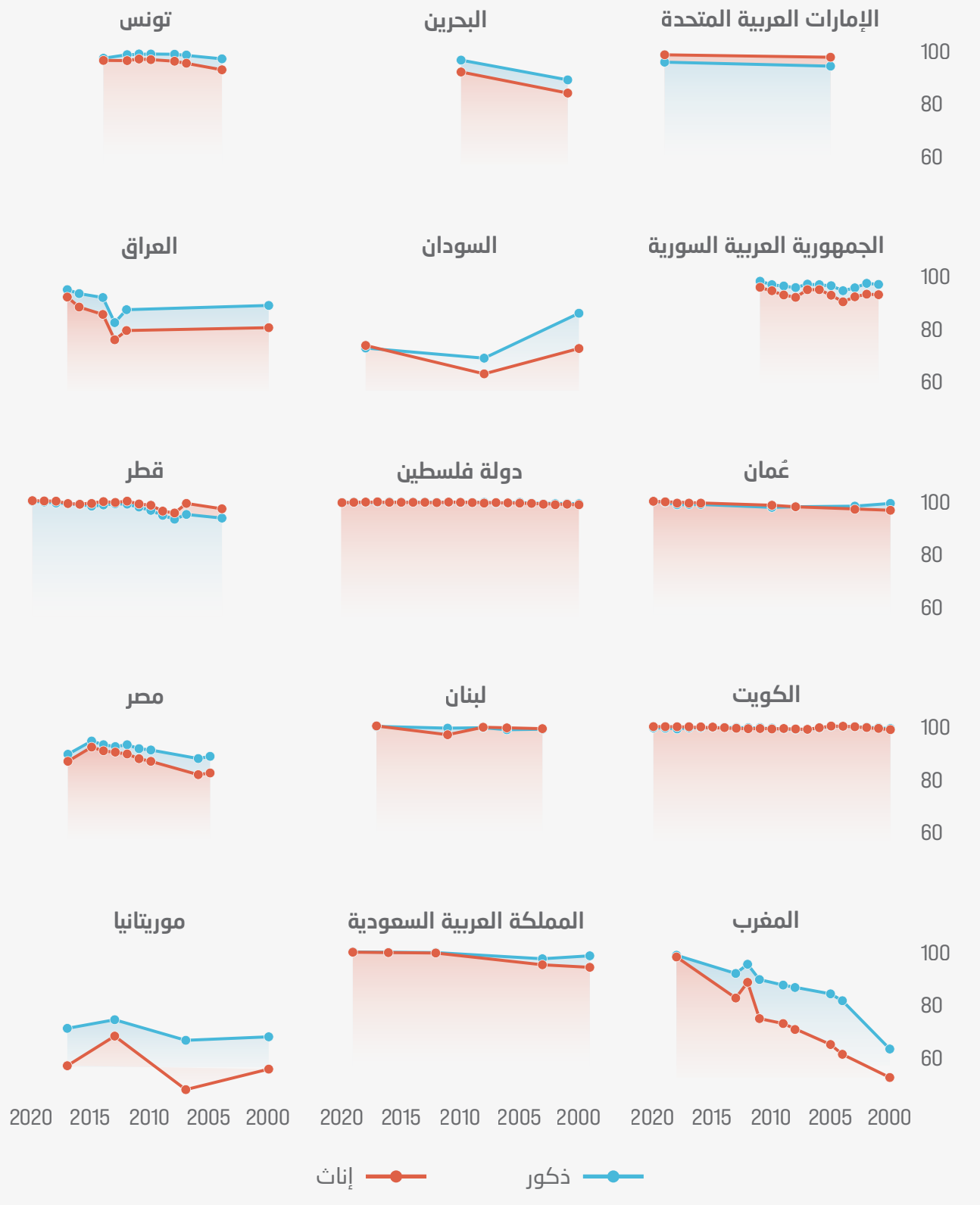
تشير التقديرات الأخيرة إلى أن الإلمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين تجاوز 90 في المائة في 9 من البلدان الـ 18 الواردة في الشكل 6-1، وقد حققت جميعها تقريباً تقدماً في هذا المجال منذ عام 2000. فقد ارتفعت مثلاً معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة بين البالغين من الرجال والنساء في المغرب بنسبة 36 و31 نقطة مئوية، على التوالي، بين عامي 2000 و2018. ويميل الرجال البالغون إلى الإلمام بالقراءة والكتابة أكثر من النساء في جميع أنحاء المنطقة، وخصوصاً في شمال أفريقيا. فقد تخطت نسبة الرجال الملمّون بالقراءة والكتابة في موريتانيا في عام 2017 وفي المغرب في عام 2018 نسبة النساء بنحو 20 و19 نقطة مئوية على التوالي. وكان الفرق كبيراً في ليبيا في عام 2004 حيث بلغ 16 نقطة مئوية، في حين قُدِّر الفرق بنحو 15 نقطة مئوية في اليمن في عام 2005. وكان الفرق كبيراً أيضاً في تونس في عام 2014 وفي الجمهورية العربية السورية في عام 2010 (بنسبة 14 نقطة مئوية في كلا البلدين). أما في الأردن، فقد ضاقت الفجوة بين الجنسين في معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين بمرور الوقت: في عام 2010، كان حوالي 96 في المائة من الرجال يلمّون بالقراءة والكتابة مقارنة بـ 89 في المائة من النساء، بينما في عام 2018، كانت معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة 99 و98 في المائة على التوالي.

الشكل 6-1 معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لدى البالغين، 15 سنة وأكثر، حسب نوع الجنس، 2000-2020



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية واليونسكو.

الشكل 6-2 معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لدى الشباب، 15-24 سنة، حسب نوع الجنس، 2000-2020



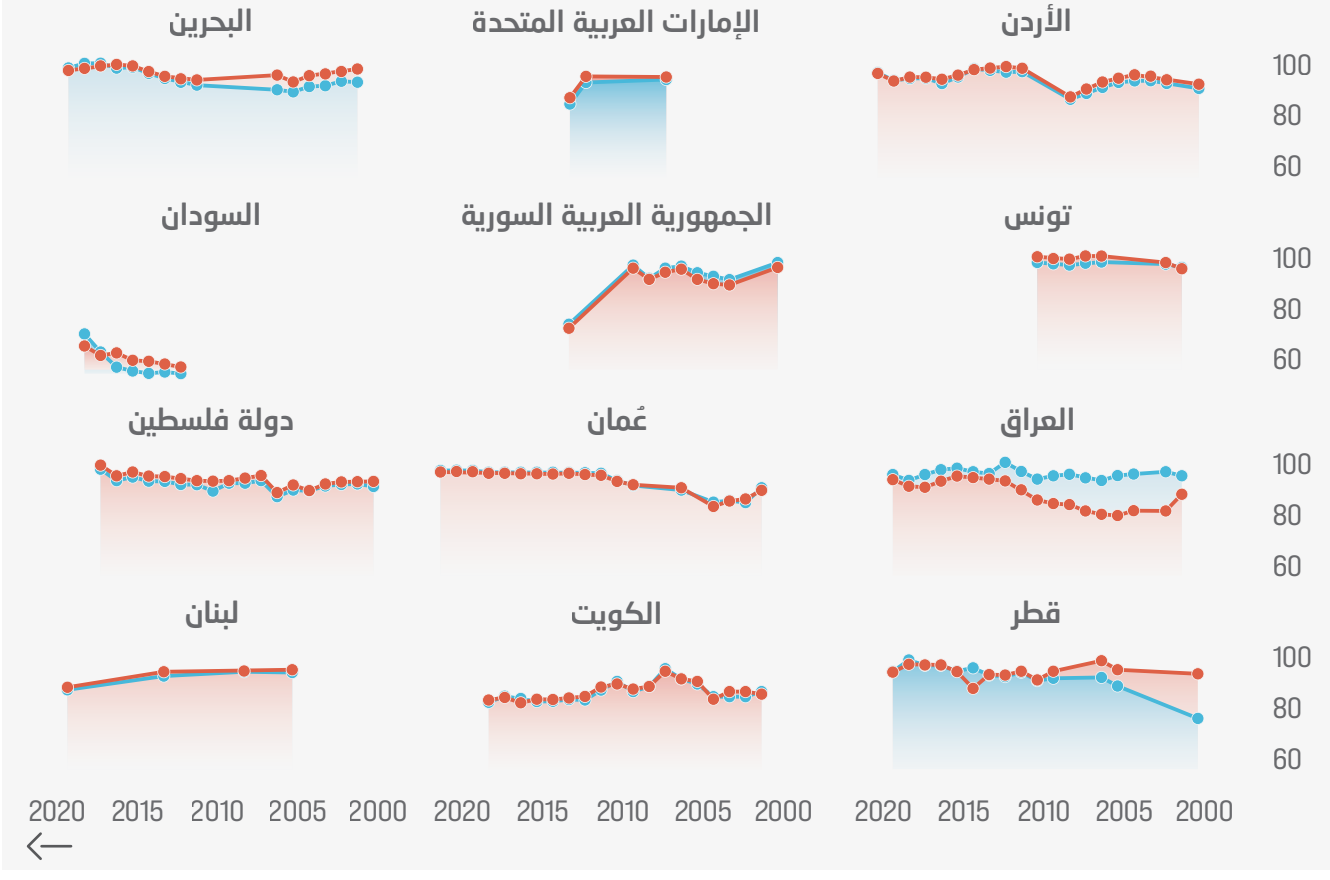
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية واليونسكو.

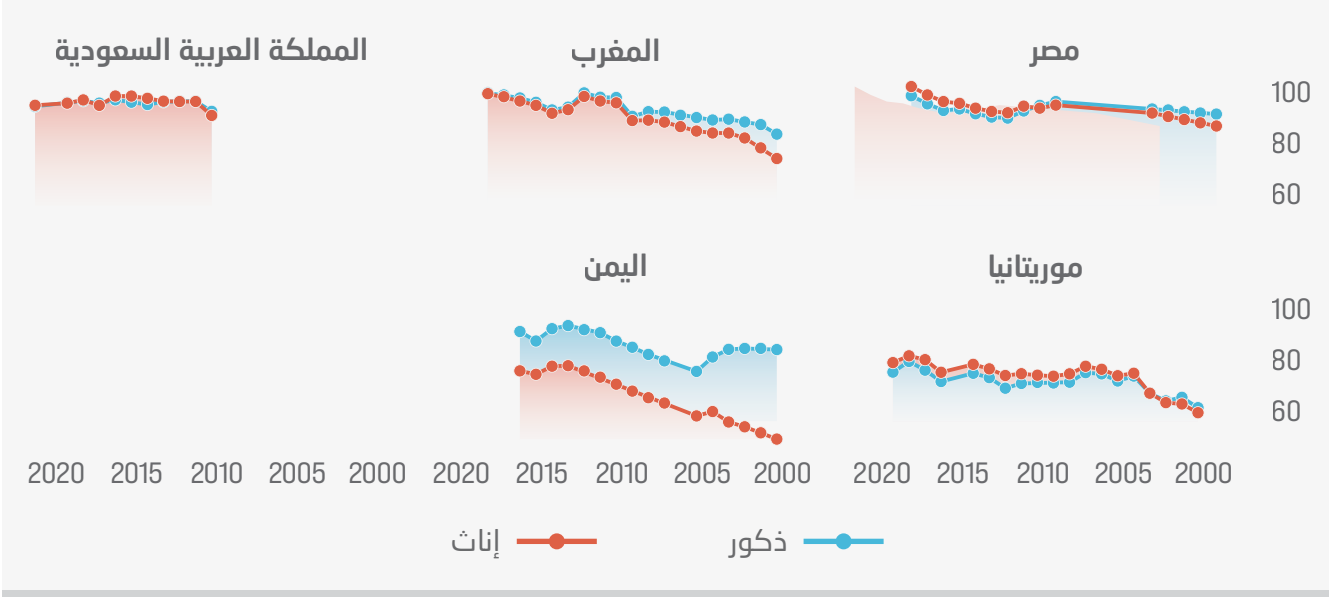
تقلصت الفجوة بين الجنسين في صافي نسبة الالتحاق بالتعليم الابتدائي في معظم بلدان منطقة الإسكوا

يبين الشكل 3-6 نسب الالتحاق الصافي بالتعليم الابتدائي في 17 بلداً في المنطقة العربية. ويعرّف معهد اليونسكو للإحصاء نسبة الالتحاق الصافي بالمدرسة على أنها النسبة المئوية لمجموع عدد الطلاب في الفئة العمرية المناظرة لمستوى معين من التعليم الذين التحقوا بذلك المستوى من مجموع السكان في تلك الفئة العمرية. وتكشف التقديرات الحديثة في المنطقة العربية عن ارتفاع نسب الالتحاق الصافي بالمدرسة، إذ تتجاوز 90 في المائة للفتيان والفتيات في 13 من البلدان الـ 17 المشار إليها. وقد ارتفع صافي الالتحاق بالتعليم الابتدائي بين الفتيات في اليمن بشكل كبير بين عامي 2000 و2016، من 49 في المائة إلى 75 في المائة على التوالي.

وتقلصت الفجوة بين الجنسين في نسب الالتحاق بالتعليم الابتدائي في العراق وأُزيلت في المغرب تماماً منذ عام 2000. ففي العراق، انخفضت من 7 نقاط مئوية في عام 2000 إلى نقطتين مئويتين في عام 2018. وفي المغرب، في حين أن 84 في المائة من الفتيان في سن الدراسة الابتدائية و74 في المائة من الفتيات في سن الدراسة الابتدائية كانوا مسجلين في المدارس الابتدائية في عام 2000، فإن 100 في المائة من الفتيان والفتيات في المدارس الابتدائية كانوا مسجلين في المدارس الابتدائية بحلول عام 2018.

الشكل 3-6 نسبة الالتحاق بالتعليم الابتدائي، حسب نوع الجنس، 2000-2020





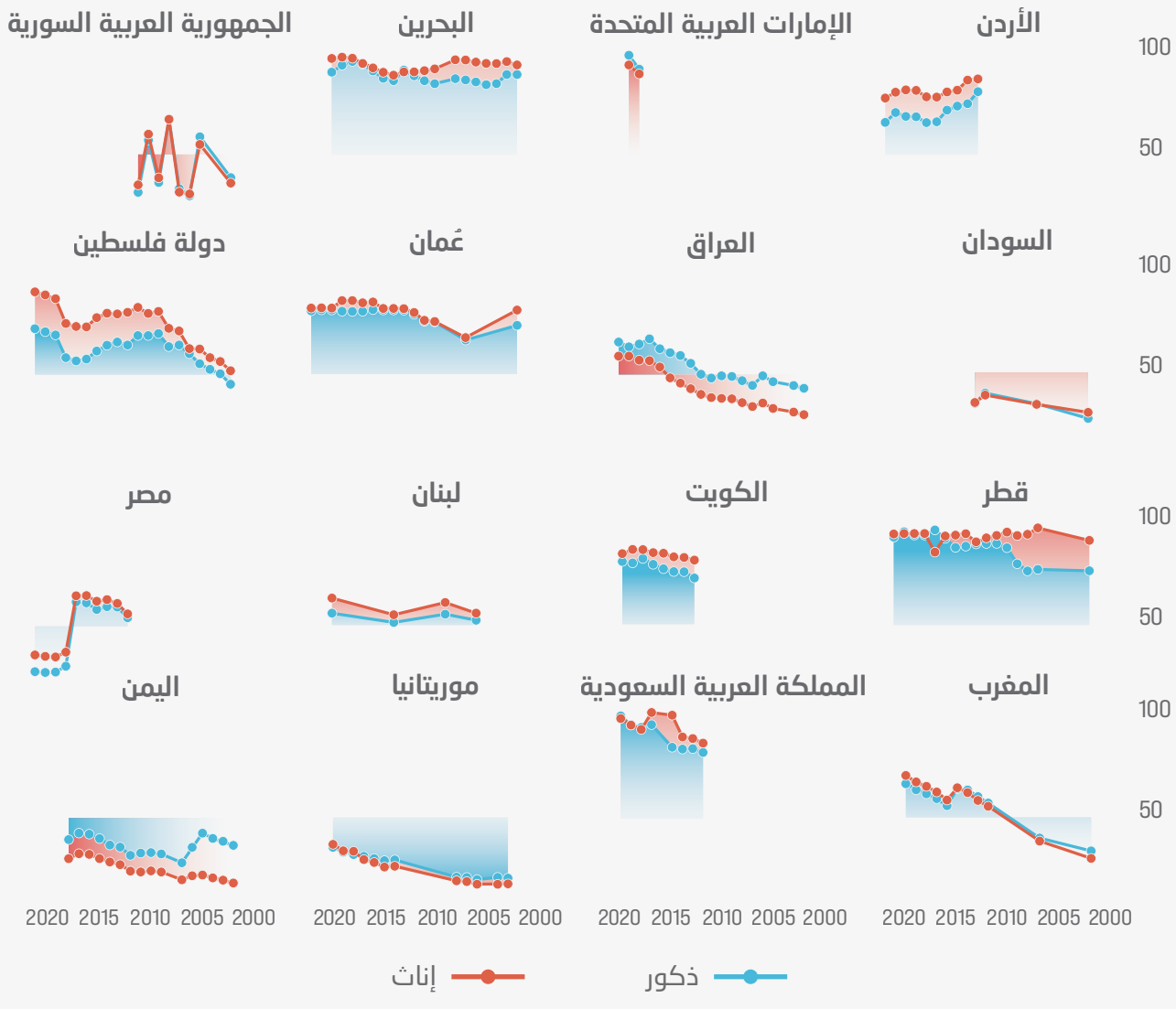
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية واليونسكو.

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

تتدنى معدلات الالتحاق بالتعليم الثانوي في المنطقة العربية عن معدلات الالتحاق بالتعليم الابتدائي، مع أن بعض البلدان شهِدت ارتفاعاً في معدلات الالتحاق بالتعليم الثانوي مع مرور الوقت. وكانت النسب الصافية للالتحاق بالتعليم الثانوي أقل باستمرار بالنسبة للفتيات منها بالنسبة للفتيان في العراق واليمن، وأعلى بالنسبة للفتيات منها بالنسبة للفتيان في الأردن والبحرين والجمهورية العربية السورية والسودان وعُمان ودولة فلسطين وقطر والكويت ولبنان ومصر والمغرب وموريتانيا رغم أن الفرق في عُمان ظل منخفضاً جداً، حيث بلغ حوالي 1 في المائة. بين عامي 2005 و2013. أما في دولة فلسطين فقد اتسعت الفجوة بين الجنسين مع مرور الوقت. وفي عام 2000، التحق نحو 48 في المائة من الفتيات اللواتي هنّ في سن الدراسة الثانوية بالمدارس الثانوية مقارنة بنسبة 41 في المائة من الفتيان في الفئة العمرية نفسها، مقارنة بنسبة 87 في المائة و68 في المائة على التوالي في عام 2019، مما يعكس زيادة في الفجوة بين الجنسين لصالح الفتيات من 7 إلى 18 نقطة مئوية (الشكل 6-4).

هذا وتسجّل بلدان مجلس التعاون الخليجي على الدوام النسب الأعلى للالتحاق الصافي بالتعليم الثانوي. وشهِد كل من العراق ودولة فلسطين والمغرب وموريتانيا زيادات كبيرة في الالتحاق بالمدارس مع مرور الوقت، في حين تحققت مكاسب أقل في بعض بلدان مجلس التعاون الخليجي، وهي وعُمان وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية. وفي موريتانيا، لم يلتحق بالتعليم الثانوي في عام 2001 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 و2019/2018، شهِد المغرب ودولة فلسطين زيادة مماثلة: فارتفعت النسبة في المغرب، من 28 في المائة للفتيان و25 في المائة للفتيات إلى 62 و66 في المائة، على التوالي في عام 2018؛ أما في دولة فلسطين، فقد ارتفعت النسبة من 41 في المائة للفتيان و48 في المائة للفتيات إلى 68 و87 في المائة، على التوالي، في عام 2019. وخلال الفترة نفسها، سجّل العراق أيضاً زيادة كبيرة: من 39 في المائة للفتيان و26 في المائة للفتيات في عام 2000 إلى 62 و55 في المائة على التوالي في عام 2018.

الشكل 6-4 نسبة الالتحاق بالتعليم الثانوي، حسب نوع الجنس، 2000-2020



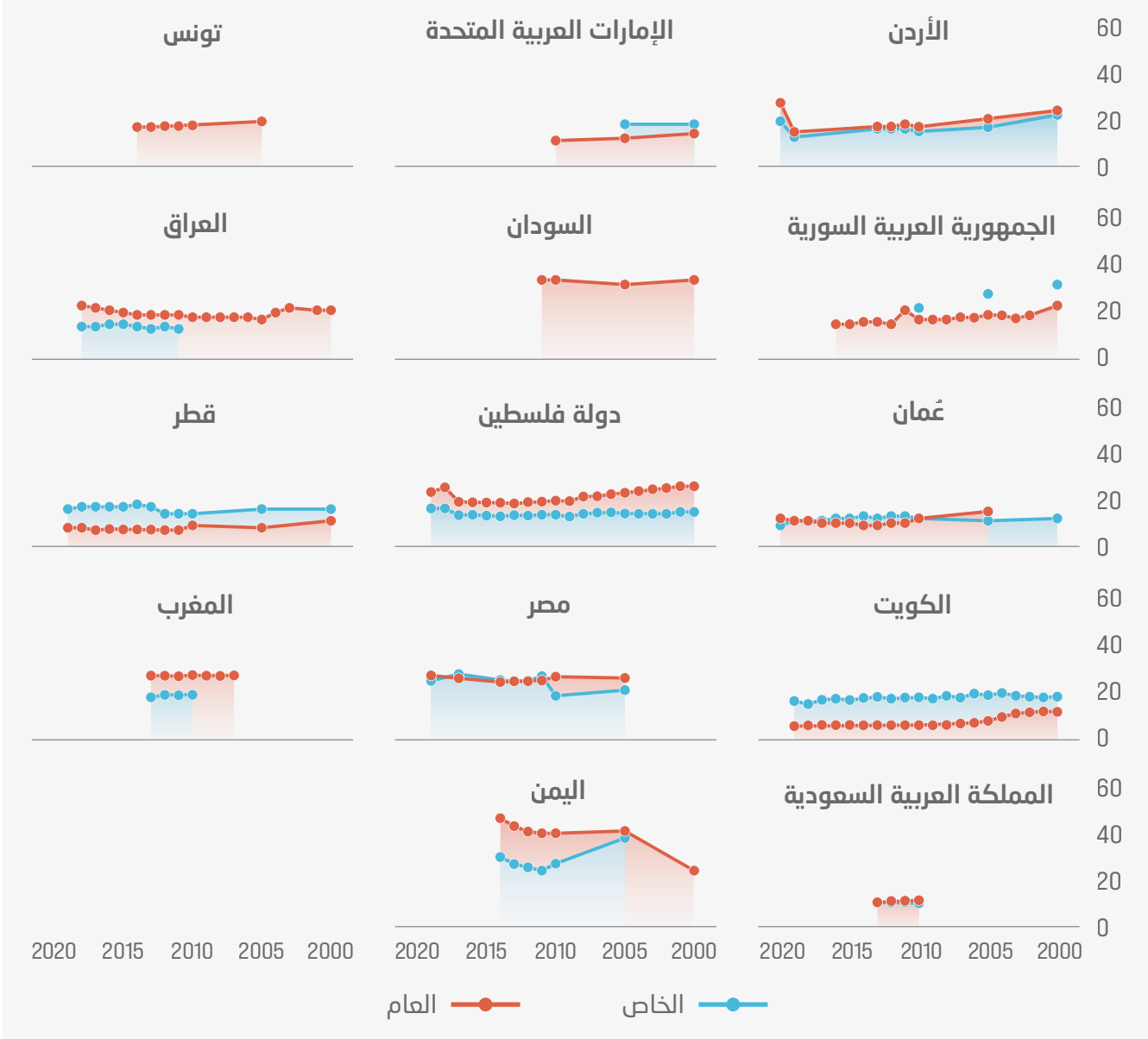
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية واليونسكو.

نسبة التلاميذ إلى المعلمين في المدارس الابتدائية هي الأعلى في اليمن

قد تمثل نسبة التلاميذ إلى المعلمين مؤشراً على جودة التعليم. ففي الصفوف المكتظة، قد لا يكون التعليم بالجودة المطلوبة، لأن المعلمين قد لا يتمكنون من تخصيص الوقت الكافي لتلبية متطلبات كل تلميذ. منذ عام 2005، سجّل اليمن باستمرار أعلى نسبة تلاميذ إلى معلمين في المدارس الابتدائية في المنطقة (الشكل 6-5). وقد انخفضت هذه النسبة بشكل كبير في عُمان من 51 في عام 2000 إلى 12 في عام 2020، وفي الجمهورية العربية السورية، من 23 في عام 2000 إلى 15 في عام 2016.

وكان متوسط نسبة التلاميذ إلى المعلمين في المدارس الابتدائية الحكومية في العراق في عام 2018 (23) أعلى منه في المدارس الخاصة (14). فقد سجّل العراق على مر الزمن، نسبة تلاميذ إلى معلمين في المدارس الابتدائية الخاصة أدنى منها في المدارس الابتدائية الحكومية. والحال سيّان أيضاً في الأردن وعُمان ودولة فلسطين ومصر والمغرب. في المقابل، لطالما كان متوسط النسبة في المدارس الابتدائية الخاصة في قطر والكويت أعلى باستمرار. ففي عام 2019، كان متوسط النسبة في المدارس الابتدائية الخاصة في الكويت (17) أكثر من ضعف النسبة في المدارس الابتدائية الحكومية (6). وفي قطر، لوحظت نسب مشابهة في عام 2019، 16 تلميذاً لكل معلم في المتوسط في المدارس الابتدائية الخاصة، بالمقارنة مع 8 تلاميذ لكل معلم في المدارس الابتدائية الحكومية. وكان المتوسط في المدارس الحكومية والخاصة متساوياً في المملكة العربية السعودية، وفقاً لأحدث البيانات، مع فوارق لا تزيد على تلميذ واحد لكل معلم.

الشكل 5-6 نسبة التلاميذ إلى المعلمين في التعليم الابتدائي, 2000-2020



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.
ملاحظة: تشير البيانات المتعلقة بالسودان إلى نسبة التلاميذ إلى المعلمين في المدارس الحكومية فقط.

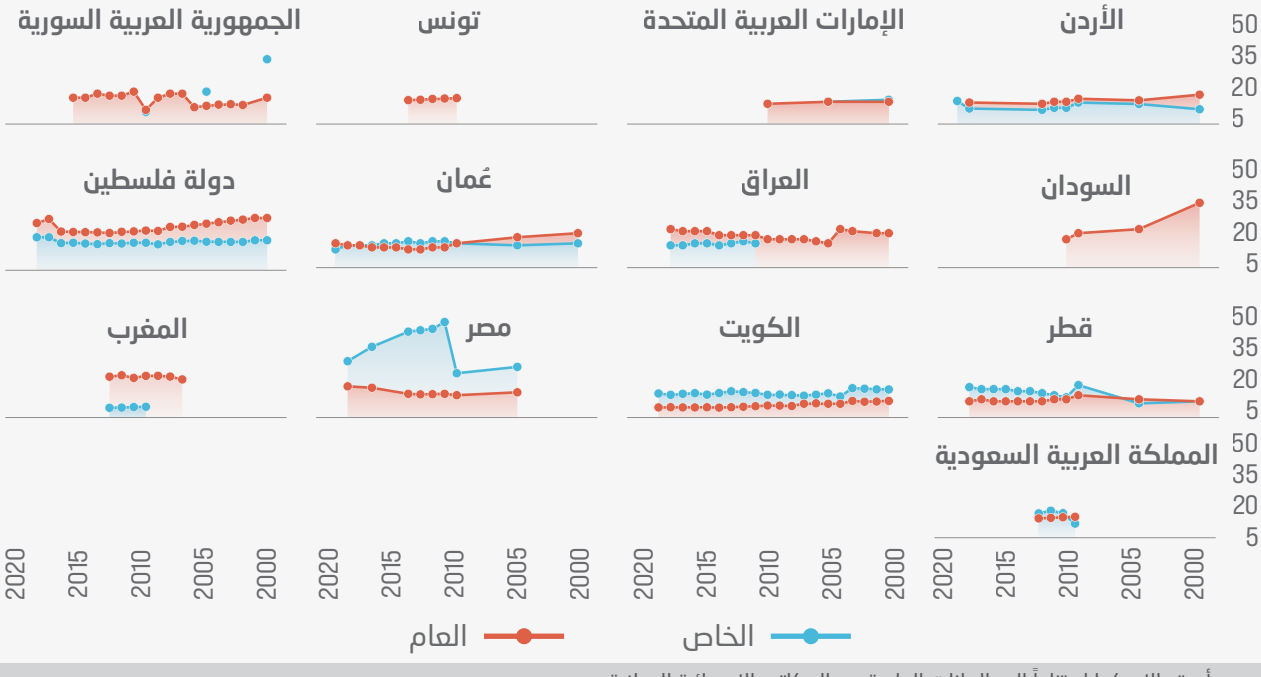
نسبة التلاميذ إلى المعلمين في المدارس الثانوية منخفضةعلى الدوام في بلدان مجلس التعاون الخليجي

ليست اتجاهات نسبة التلاميذ إلى المعلمين بالضرورة ثابتة عبر مستويات التعليم المختلفة وبين التعليم العام والخاص. ففي مصر، ظل متوسط نسبة التلاميذ إلى المعلمين في المدارس الثانوية الحكومية على حاله تقريباً من 2010 إلى 2014 ومن 2017 إلى 2019 (الشكل 6-6). ولكن بين عامي 2010 و2011، سجلت مصر في متوسط هذه النسبة في المدارس الثانوية الخاصة زيادة أكبر بكثير منها في المدارس الابتدائية الخاصة، ففي الأخيرة ارتفع متوسط النسبة من 19 تلميذاً لكل معلم إلى 27، بينما ازدادت النسبة في المدارس الثانوية بأكثر من الضعف، من 22 إلى 47. ومع ذلك، سجّلت البلاد انخفاضاً في عام 2019 في متوسط نسبة التلاميذ إلى المعلمين في كل من التعليم الابتدائي الخاص والتعليم الثانوي الخاص. أما في المغرب، فقد كان متوسط النسبة في المدارس الثانوية الحكومية (20)، من عام 2010 إلى عام 2013، أعلى بأربع مرات منه في المدارس الثانوية الخاصة (5).

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

وقد سجّلت بلدان مجلس التعاون الخليجي، عُمان وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية، على الدوام أدنى نسب التلاميذ إلى المعلمين في المنطقة في التعليم الثانوي في المدارس الحكومية والخاصة على السواء. ففي الكويت، بلغ متوسط نسبة التلاميذ إلى المعلمين، في عام 2019، 5 في المدارس الحكومية و12 في المدارس الخاصة. وعلى نحو مماثل، ظلت نسب تلاميذ المدارس الحكومية في المملكة العربية السعودية منخفضة ومستقرة، بين عامي 2010 و2013، على 10 طلاب لكل معلم تقريباً.

الشكل 6-6 نسبة التلاميذ إلى المعلمين في التعليم الثانوي، 2000-2020



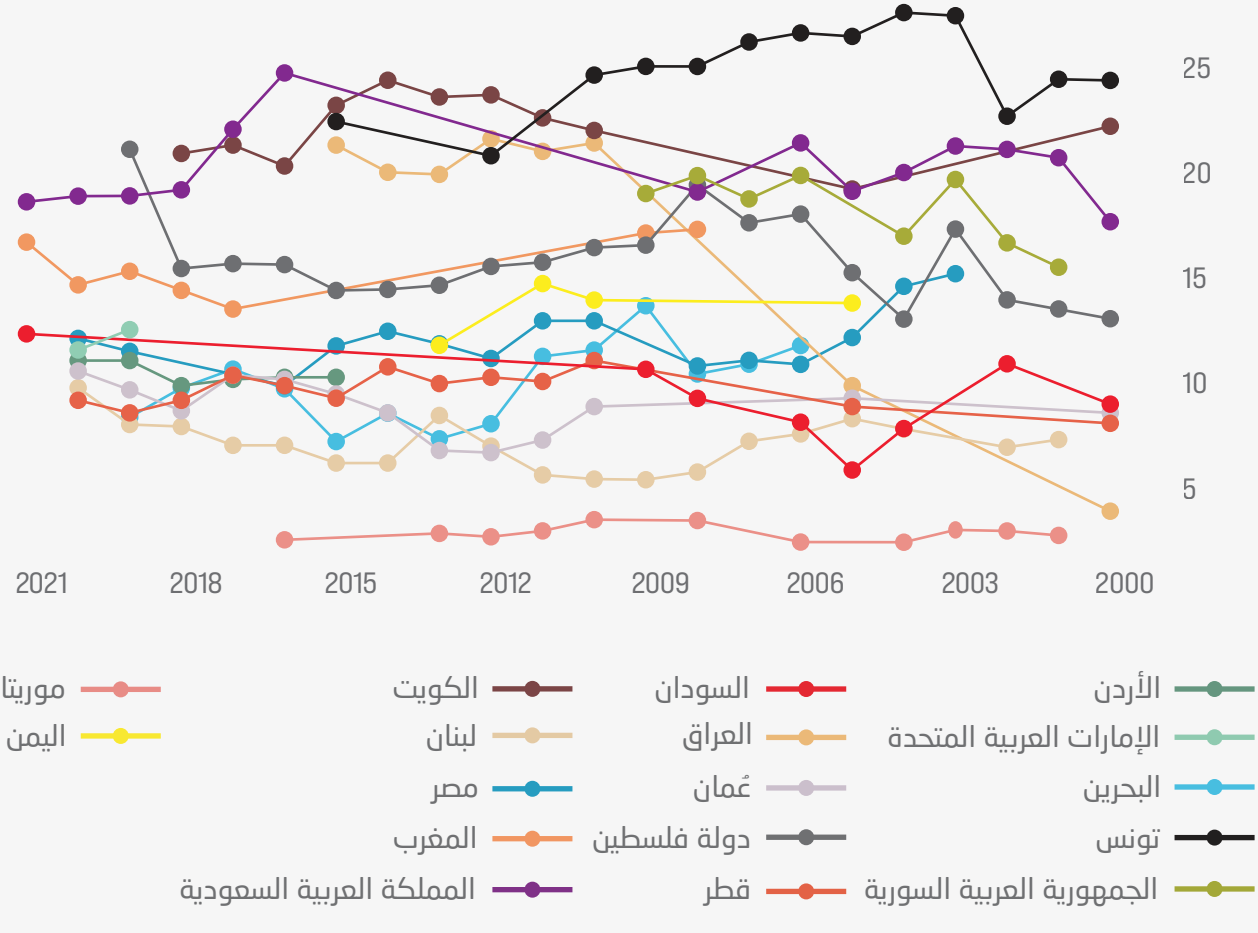
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

زاد الإنفاق العام على التعليم مع مرور الوقت، لا سيما في العراق ودولة فلسطين، وانخفض في البحرين وتونس

يوفر معهد اليونسكو للإحصاء بيانات عن الإنفاق على التعليم في معظم البلدان العربية. وترد الأرقام كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي، مما يوفر مؤشراً على الأهمية النسبية التي يوليها كل بلد للتعليم مقارنة بالمجالات الأخرى في القطاع العام. وقد زاد على مرّ الوقت الإنفاق العام على التعليم كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي في بعض البلدان ولكنه انخفض في بلدان أخرى (الشكل 6-7).

ففي العراق، على سبيل المثال، ارتفعت ميزانية التعليم من 4 إلى 22 في المائة من إجمالي الإنفاق الحكومي بين عامي 2000 و2015، لكنها ظلت ثابتة نسبياً بعد عام 2010. أما في تونس، فقد انخفض الإنفاق على التعليم من 28 إلى 23 في المائة من إجمالي الإنفاق الحكومي بين عامي 2003 و2015، بينما انخفض أيضاً في البحرين من 12 إلى 9 في المائة بين عامي 2006 و2019.

الشكل 6-7 الإنفاق على التعليم كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي، 2000-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية واليونسكو.

العمل

07

أعاقت جائحة كوفيد-19 خلق فرص العمل في المنطقة العربية إلى حد كبير. فقد زاد، على وجه الخصوص، عدد الوظائف التي يجب إنشاؤها للحد من البطالة وزيادة معدلات المشاركة في القوى العاملة بشكل كبير مقارنة بفترة ما قبل الوباء. ووفقاً لمنشور صدر مؤخراً عن الإسكوا ومنظمة العمل الدولية، يتعيّن على المنطقة العربية خلق 65 مليون وظيفة إضافية من أجل زيادة مشاركة المرأة في القوى العاملة إلى مستوى البلدان المتوسطة الدخل، وهي تحتاج إلى أكثر من 33.3 مليون وظيفة جديدة من أجل خفض معدل البطالة إلى 5 في المائة، (ESCWA and ILO, 2021).

وتشمل القضايا الهامة الأخرى التي تشكل سوق العمل في المنطقة العربية هجرة اليد العاملة وحركة النازحين قسراً. والواقع أن عدد النازحين داخلياً في المنطقة بلغ 17 مليوناً، وفق ما جاء في تقرير صدر مؤخراً عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ويرجع ذلك بشكل أساسي إلى النزوح الناجم عن الصراعات. فقد أدت النزاعات في العراق وليبيا ودولة فلسطين والسودان والجمهورية العربية السورية واليمن إلى موجات من النزوح البشري، حيث يتأتّى 58 في المائة من لاجئي العالم من تلك المنطقة (UNDP,2022a).

تشكّل تركيبة سوق العمل واتجاهاته عوامل حاسمة لأداء الاقتصاد الكلي. في المنطقة العربية، تشارك النساء في القوى العاملة بمعدلات أقل بكثير من الرجال، وفي أحيان كثيرة بفارق شاسع. أضف إلى ذلك أن الشباب والنساء يواجهون في المنطقة عامةً ارتفاعاً في معدلات البطالة (Assaad and Krafft, 2014).

يقدم هذا القسم لمحة موجزة عن أسواق العمل في البلدان العربية باستخدام بيانات مسح القوى العاملة وتعدادها الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية، بالإضافة إلى تقديرات منظمة العمل الدولية. وتتعلق الإحصاءات بمجموع عدد السكان، باستثناء حالة الأردن، حيث لم تشمل مسوح القوى العاملة غير المواطنين إلا بعد عام 2016. لذا، ولغرض الاتساق، تتعلق التقديرات المبينة هنا فقط بالسكان الأردنيين المواطنين.

الإطار 7-1 العمال المهاجرون في المنطقة العربية

وفقاً لمنظمة العمل الدولية، تم توزيع حوالي 14.3 في المائة من العمال المهاجرين في العالم في عام 2019 بين الدول العربية، حيث يشكل العمال المهاجرون 41.4 في المائة من القوى العاملة، وهو رقم مرتفع للغاية يتأتّى من العدد الصغير نسبياً لسكان المنطقة العربية وارتفاع معدل مشاركة المهاجرين في القوى العاملة في بعض البلدان العربية مقارنة بغير المهاجرين.

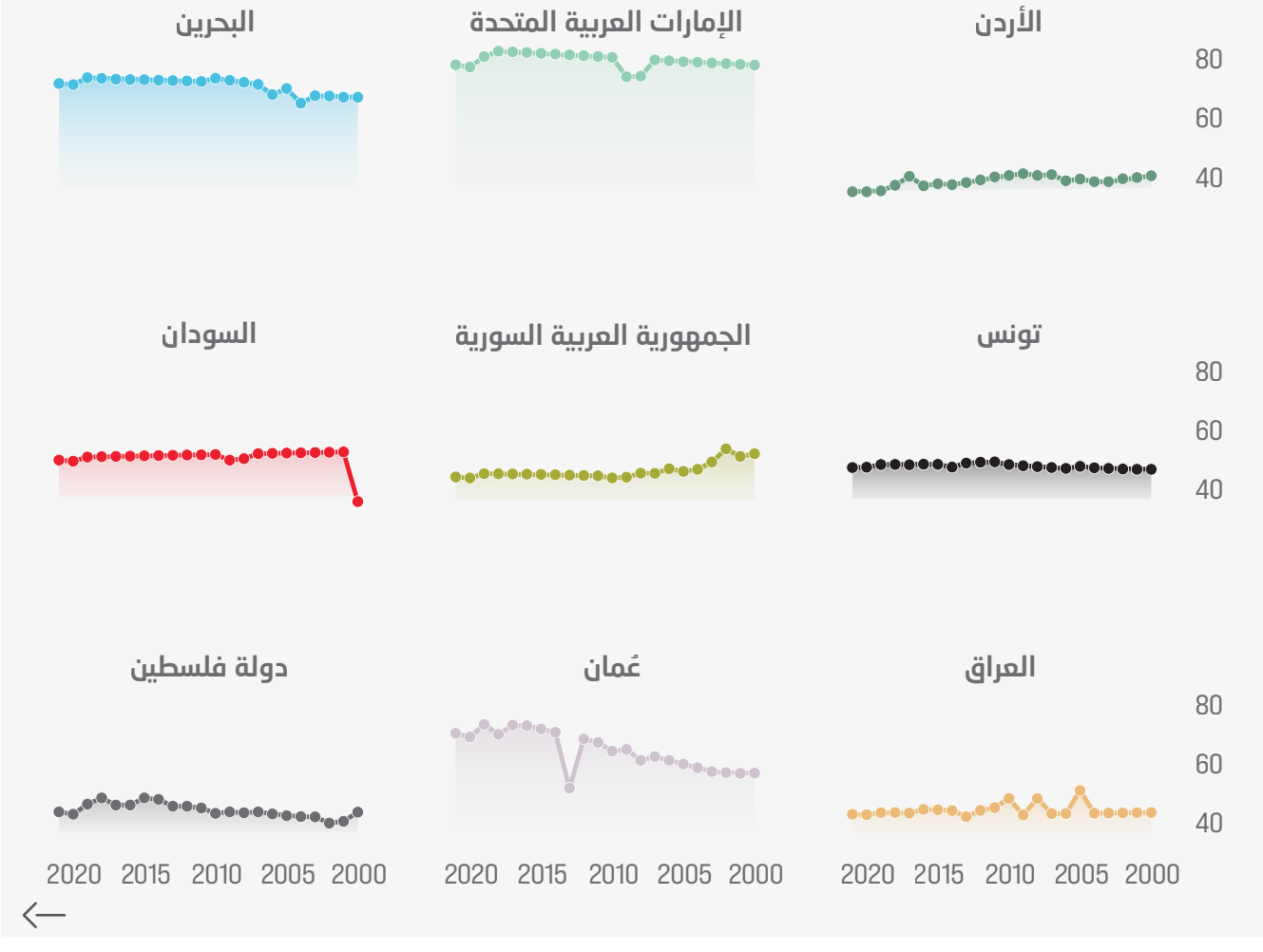
المصدر: ILO, 2021.

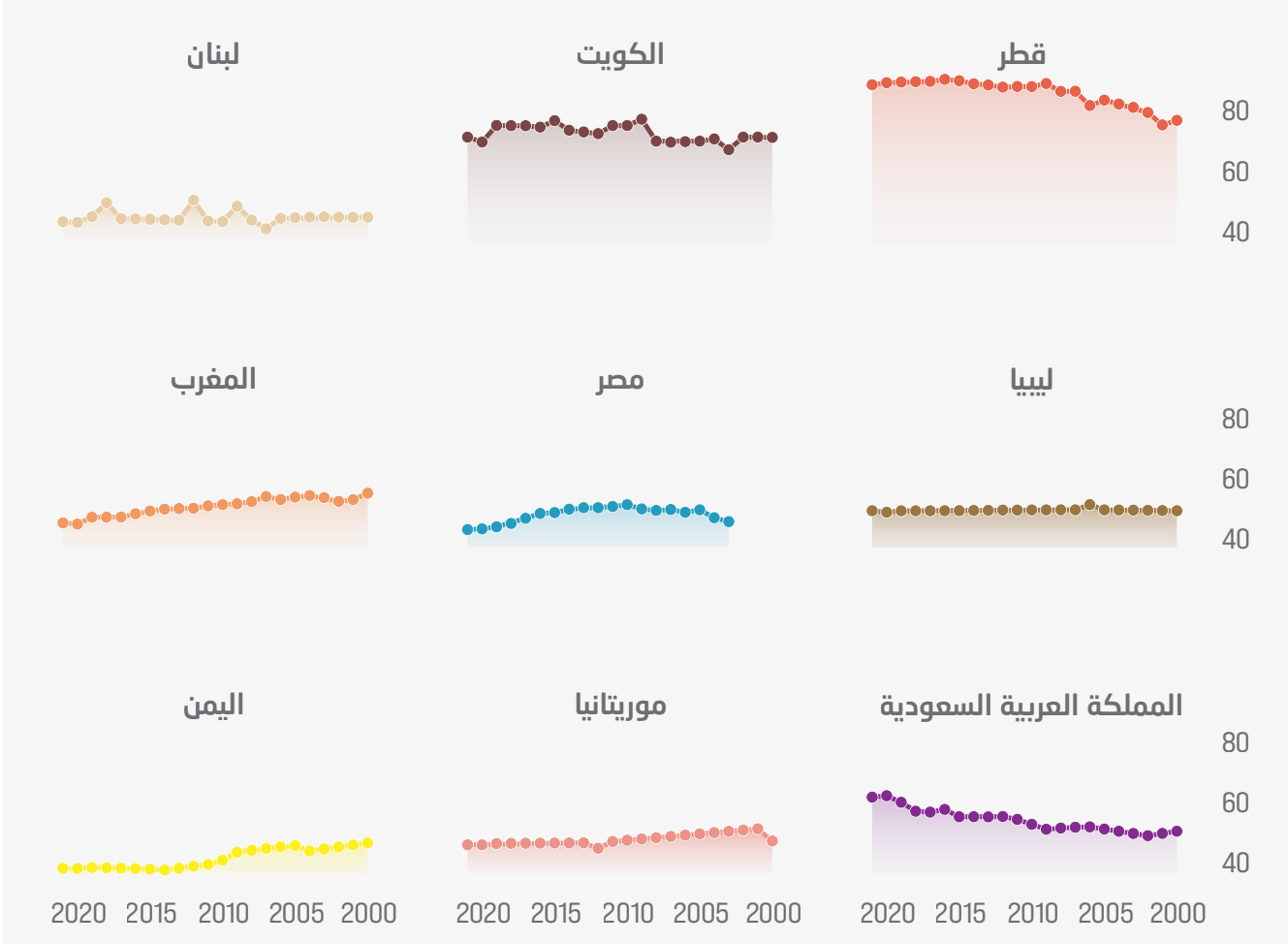
انخفاض المشاركة في القوى العاملة خارج بلدان مجلس التعاون الخليجي

تُحدّد المشاركة في القوى العاملة على أنها النسبة المئوية للبالغين (15 سنة فأكثر) الذين يعملون أو لا يعملون لكنهم يبحثون على نحو حثيث عن العمل. تُعَدُّ المشاركة في القوى العاملة منخفضة في معظم المنطقة العربية، لا سيما خارج بلدان مجلس التعاون الخليجي. فكما يتضح في الشكل 7-1، لم يسجّل أي بلد من غير بلدان المجلس معدلاً يزيد على 55 في المائة في أي سنة خلال الفترة من عام 2000 إلى عام 2019. ويعزى انخفاض أرقام المشاركة في القوى العاملة في المنطقة العربية، في المقام الأول، إلى انخفاض معدل مشاركة المرأة.

تتفاوت معدلات المشاركة في القوى العاملة بين بلدان المنطقة. وقد سجل كل من اليمن والأردن أدنى المعدلات في المنطقة، حيث بلغت 36.8 و38.7 في المائة على التوالي في عام 2021. وقد سجلت قطر باستمرار أعلى معدل في المنطقة، وازداد هذا المعدل باطراد من 76 إلى 87 في المائة من عام 2000 إلى عام 2021. وأفاد معظم البلدان عن معدلات تتراوح بين 35 و55 في المائة في جميع السنوات التي تتوفر عنها بيانات، ولم تبرز أي اتجاهات هامة. ففي تونس، على سبيل المثال، ظل معدل المشاركة في القوى العاملة مستقراً نسبياً ما بين 45 و48 في المائة بين عامي 2000 و2021.

الشكل 7-1 معدل المشاركة في القوى العاملة، 2000-2021





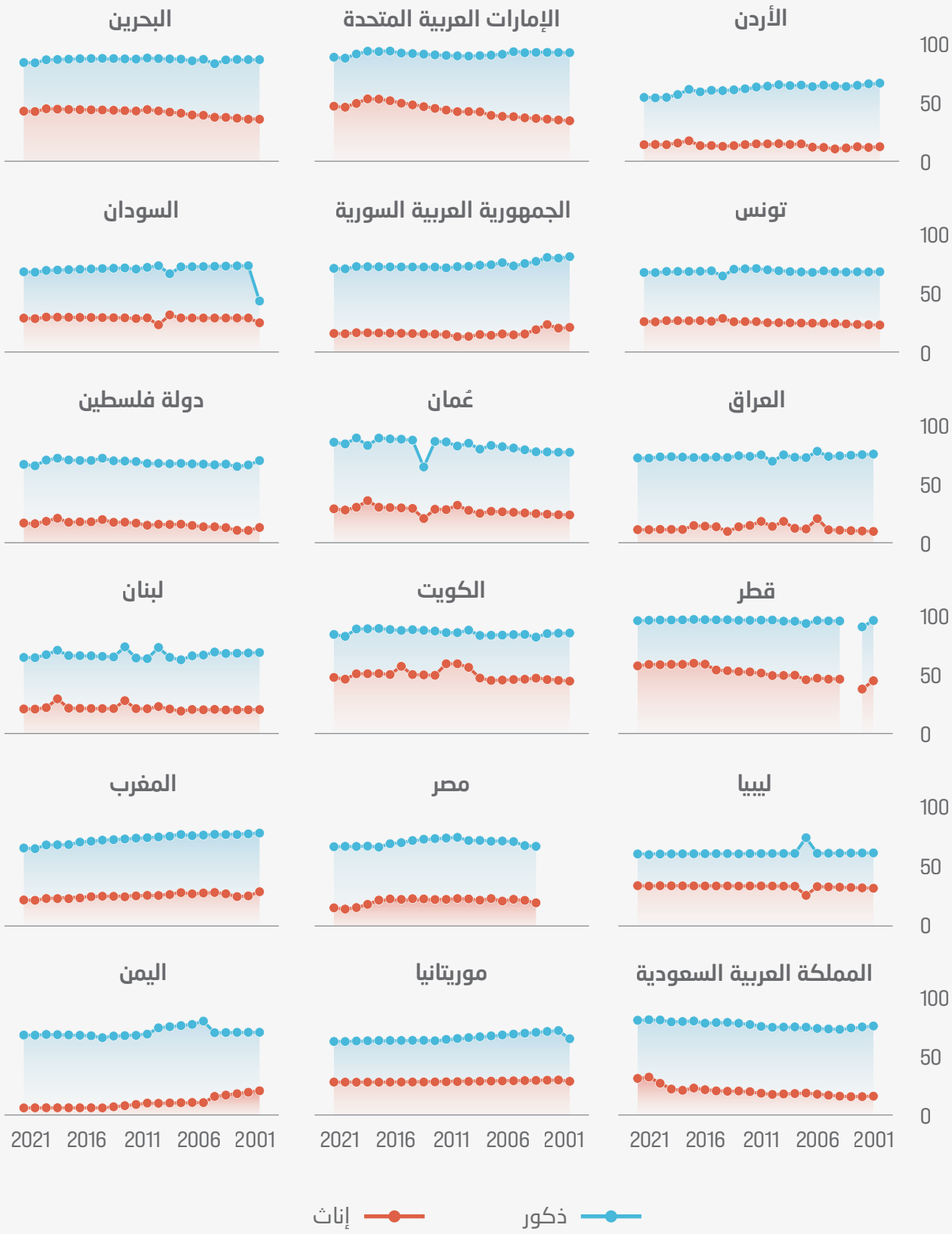
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية ومنظمة العمل الدولية.

مشاركة النساء في القوى العاملة أقل بكثير من مشاركة الرجال

في جميع الدول الأعضاء في الإسكوا البالغ عددها 18 دولة والمستعرَضة في هذا التقرير، تشارك المرأة في القوى العاملة بمعدلات تقل كثيراً عن معدلات الرجل؛ وفي 14 من تلك البلدان، تقل معدلات مشاركة النساء عن نصف معدلات مشاركة الرجال (الشكل 7-2). وقد تقلّصت هذه الفجوة بين الجنسين في بعض البلدان مع مرور الوقت، وتحديداً في قطر، حيث كانت الزيادة في معدل المشاركة الإجمالية للقوى العاملة مدفوعة بزيادة مشاركة النساء، التي ارتفعت من 45 في المائة في عام 2006 إلى 57 في المائة في عام 2021، بالمقارنة مع زيادة أصغر بين الرجال (من 93 إلى 96 في المائة خلال الفترة نفسها).

في المغرب، انخفضت معدلات المشاركة، وإن ببطء، من 77 في المائة للرجال و28 في المائة للنساء في عام 2005 إلى 66 و22 في المائة على التوالي في عام 2021. وفي اليمن، كانت نسبة الانخفاض في مشاركة الرجال والنساء أكثر بروزاً، من 79 في المائة للرجال و11 في المائة للنساء في عام 2005 إلى 68 و6 في المائة على التوالي في عام 2021. هكذا، يتبيّن وفقاً لأحدث البيانات المتوفرة أن مشاركة النساء في القوى العاملة في المنطقة هي الأدنى في اليمن.

الشكل 2-7 معدل المشاركة في القوى العاملة، حسب نوع الجنس، 2000-2021



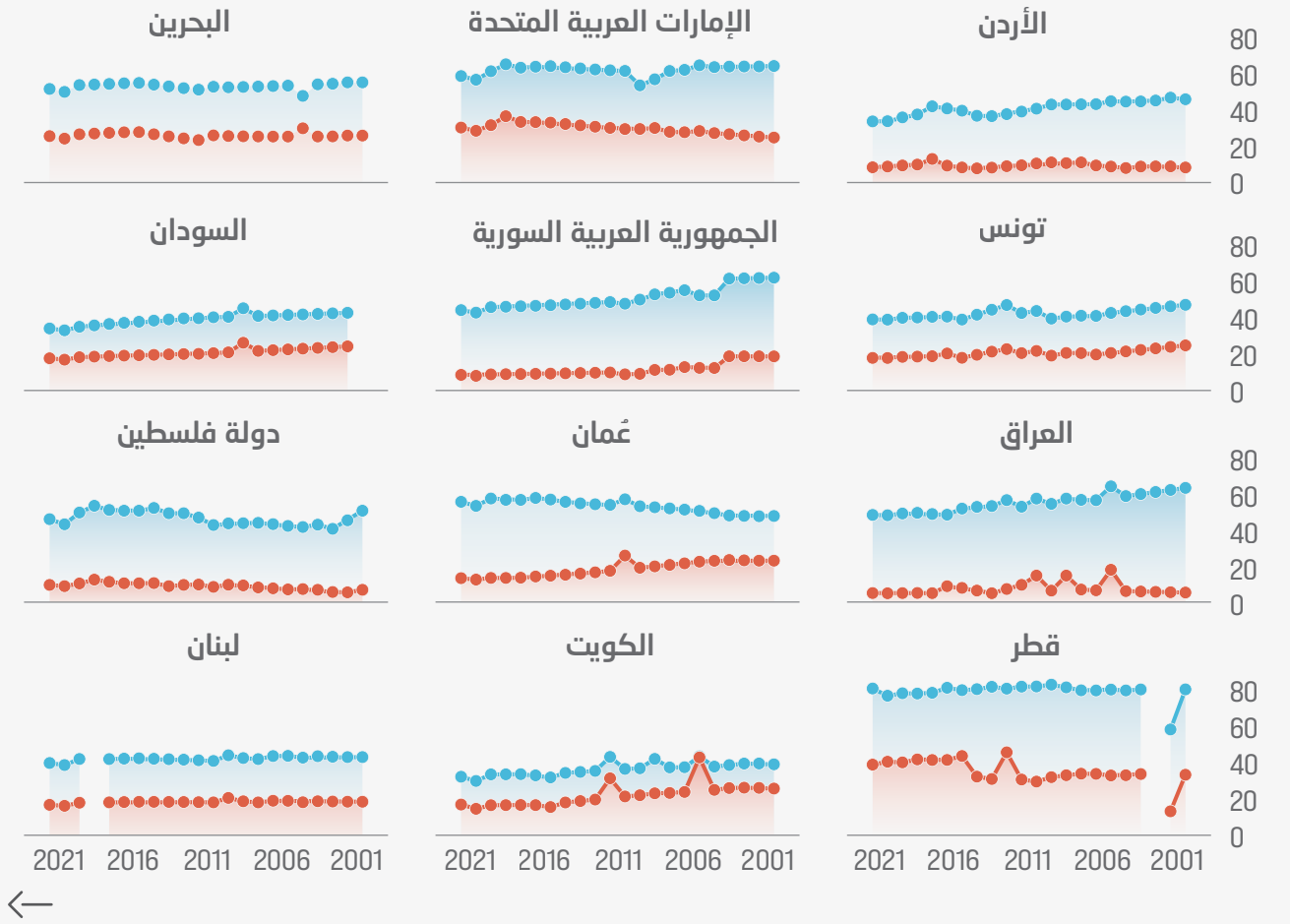
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية ومنظمة العمل الدولية.

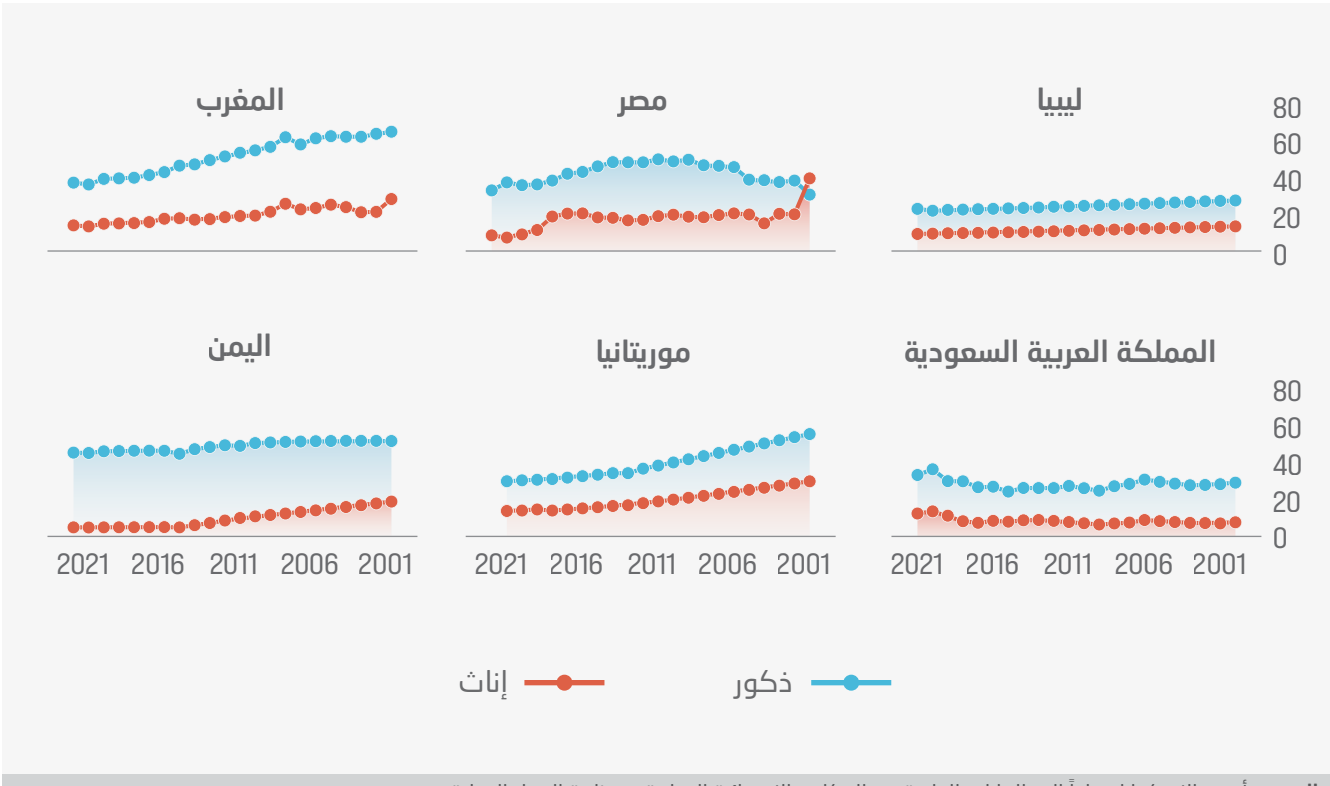
معدل مشاركة الشباب في القوى العاملة في انخفاض في العراق والمغرب وفي ارتفاع في المملكة العربية السعودية

وكما في حالة البالغين، يشارك الشباب في القوى العاملة بمعدلات أعلى من الشابات (الشكل 7-3). غير أن الاتجاهات في معدلات مشاركة البالغين في القوى العاملة لا تنعكس بالضرورة في اتجاهات معدلات مشاركة الشباب، والعكس بالعكس. في العراق والمغرب، انخفضت معدلات مشاركة الشباب في القوى العاملة بسرعة أكبر من معدلات مشاركة البالغين: ففي العراق، انخفض معدل مشاركة الشباب بشكل مطرد، من 64 إلى 48 في المائة، ومعدل مشاركة الشابات، من 18 إلى 5 في المائة، بين عامي 2005 و2021، بينما انخفضت في المغرب خلال الفترة نفسها، نسبة الشباب المشاركين في القوى العاملة بشكل مطرد من 61 إلى 37 في المائة، في حين انخفضت النسبة المئوية للشابات المشاركات في القوى العاملة باطراد من 23 إلى 14 في المائة.

في المملكة العربية السعودية، ارتفعت نسبة الشباب المشاركين في القوى العاملة من 26 إلى 33 في المائة بين عامي 2010 و2021، بينما ارتفعت نسبة الشابات من 7 إلى 12 في المائة خلال الفترة نفسها.

الشكل 7-3 معدل مشاركة الشباب في القوى العاملة (15-24 سنة)، حسب نوع الجنس، 2000-2021





المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية ومنظمة العمل الدولية.

أعلى معدل بطالة في المنطقة هو في دولة فلسطين

كما يتضح في الشكل 7-4، يسجل كل من الإمارات العربية المتحدة والبحرين وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية باستمرار أدنى معدلات للبطالة في المنطقة. ففي عام 2020، بلغ المعدل في قطر حوالي 0.1 في المائة. وفي المملكة العربية السعودية، التي سجلت أعلى معدل بين هذه البلدان الخمسة، بلغ المعدل فقط 7 في المائة في عام 2020.

وعلى مدى الفترة من عام 2000 إلى عام 2020، سجّلت دولة فلسطين باستمرار أعلى معدل للبطالة في المنطقة، تجاوز 20 في المائة سنوياً منذ عام 2002. وفي السودان، ارتفعت البطالة باطراد من 17 في المائة في عام 2014 إلى 20 في المائة في عام 2020. كما أن المعدل في الأردن مرتفع أيضاً، وقد ازداد من 12 في المائة في عام 2014 إلى 19 في المائة في عام 2020. غير أنه خلال الفترة نفسها، انخفض معدل البطالة في مصر (من 13 إلى 8 في المائة).

سجّلت دولة فلسطين باستمرار أعلى معدل للبطالة في المنطقة

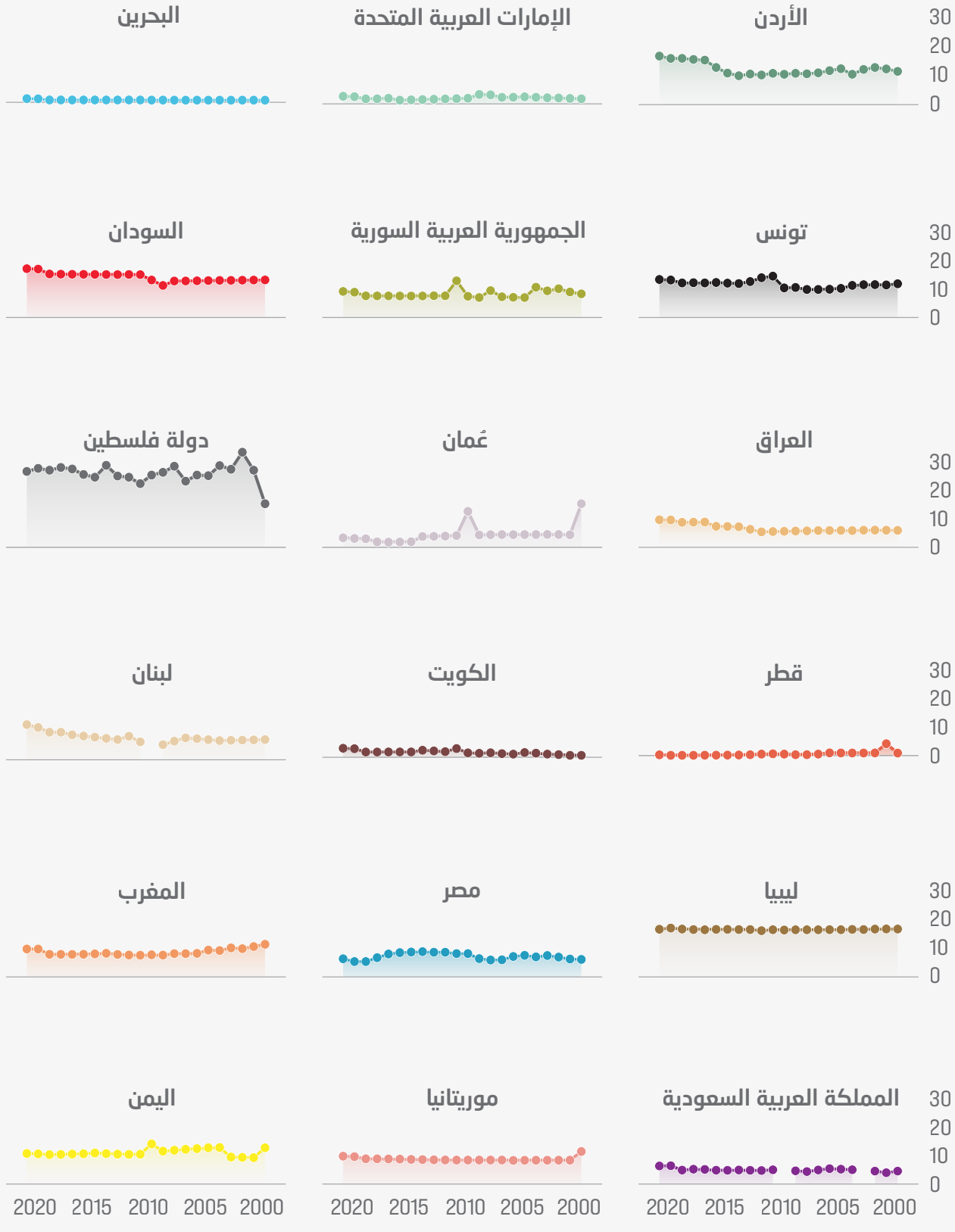
20%<

من عام 2000 إلى عام 2020

في السودان، ارتفعت البطالة باطراد من

17% في عام 2014 إلى **19%** في عام 2020

الشكل 7-4 معدل البطالة، 2000-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية ومنظمة العمل الدولية.

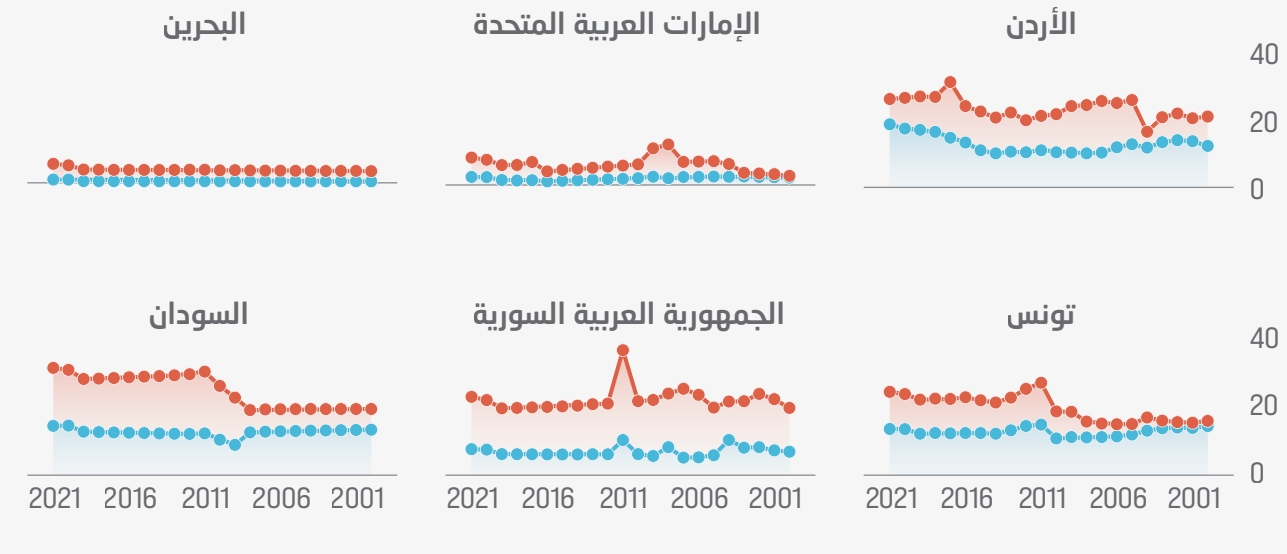
معدل بطالة النساء مرتفع ويتزايد في دولة فلسطين

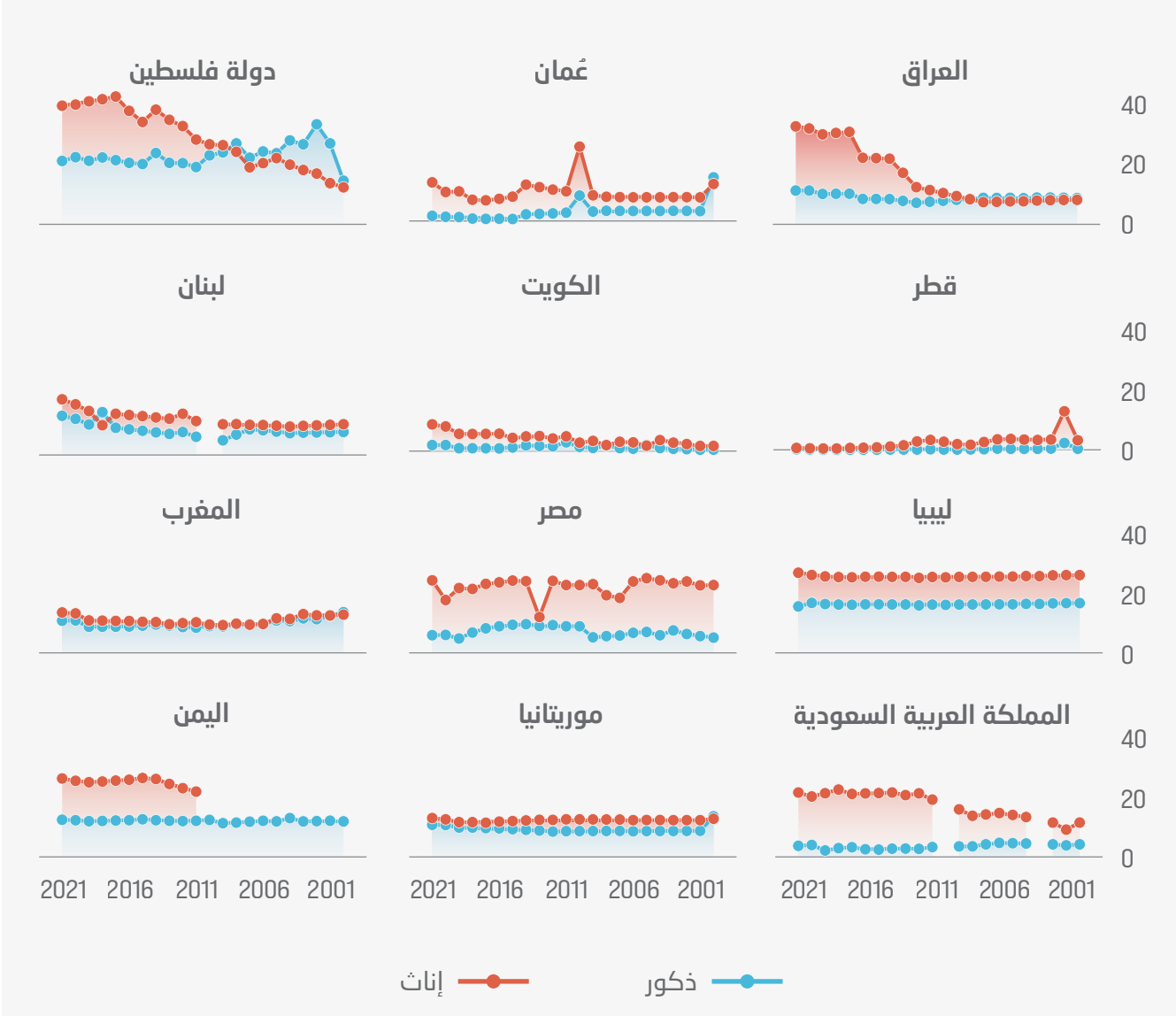
رغم أن النساء في المنطقة العربية يشاركن في القوى العاملة بمعدلات أدنى بكثير من معدلات مشاركة الرجال، لا ينعكس مدى هذا التباين بالضرورة في معدلات البطالة على المستوى الوطني، التي تبدو أكثر تكافؤاً بين الجنسين في بعض البلدان. ففي قطر مثلاً، يُلاحظ أن معدلات بطالة النساء مماثلة لمعدلات الرجال أو أعلى منها بقليل، وقد استمرت كذلك مع مرور الوقت. ومع ذلك، من المرجح أن تكون النساء في المنطقة العربية عاطلات عن العمل أكثر من الرجال، وقد زادت بطالة النساء مؤخراً في العراق ودولة فلسطين والكويت والمغرب والمملكة العربية السعودية. وفي تونس، وعلى الرغم من أن الفجوة بين الجنسين كانت 5 في المائة فقط في عام 2005، فقد زادت إلى 10 في المائة في عام 2013 (حيث ارتفعت نسبة البطالة بين الفتيات إلى 23 في المائة). ومنذ ذلك الحين، اتسعت الفجوة بين الجنسين أكثر وبلغت 11 نقطة مئوية في عام 2021.

بعد عام 2000، ازدادت بطالة النساء في دولة فلسطين والمملكة العربية السعودية، ما أدى إلى اتساع الفجوة بين الجنسين 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 نسبة البطالة بين النساء لتصل إلى 19 في المائة وانخفضت بين الرجال لتصل إلى 3 في المائة. ووفقاً للتقديرات الأخيرة، بلغت نسبة البطالة بين الإناث 22 في المائة ونسبة البطالة بين الذكور 4 في المائة في عام 2021، مما يعني أن الفجوة بين الجنسين تضاعفت تقريباً بين عامي 2006 و2021، من 10 إلى 18 نقطة مئوية.

قبل عام 2009، كانت نسبة بطالة النساء في دولة فلسطين أقل من نسبة بطالة الرجال. غير أنه منذ ذلك الحين، زادت بطالة الإناث بسرعة بينما انخفضت بطالة الذكور انخفاضاً طفيفاً. ففي عام 2020، بلغ معدل بطالة النساء 40 في المائة، بالمقارنة مع 24 في المائة في عام 2008. وعلى العكس من ذلك، بلغ معدل البطالة بين الذكور 27 في المائة في عام 2008 لكنه انخفض إلى 23 في المائة في عام 2020.

الشكل 7-5 معدل البطالة، حسب نوع الجنس، 2000-2021



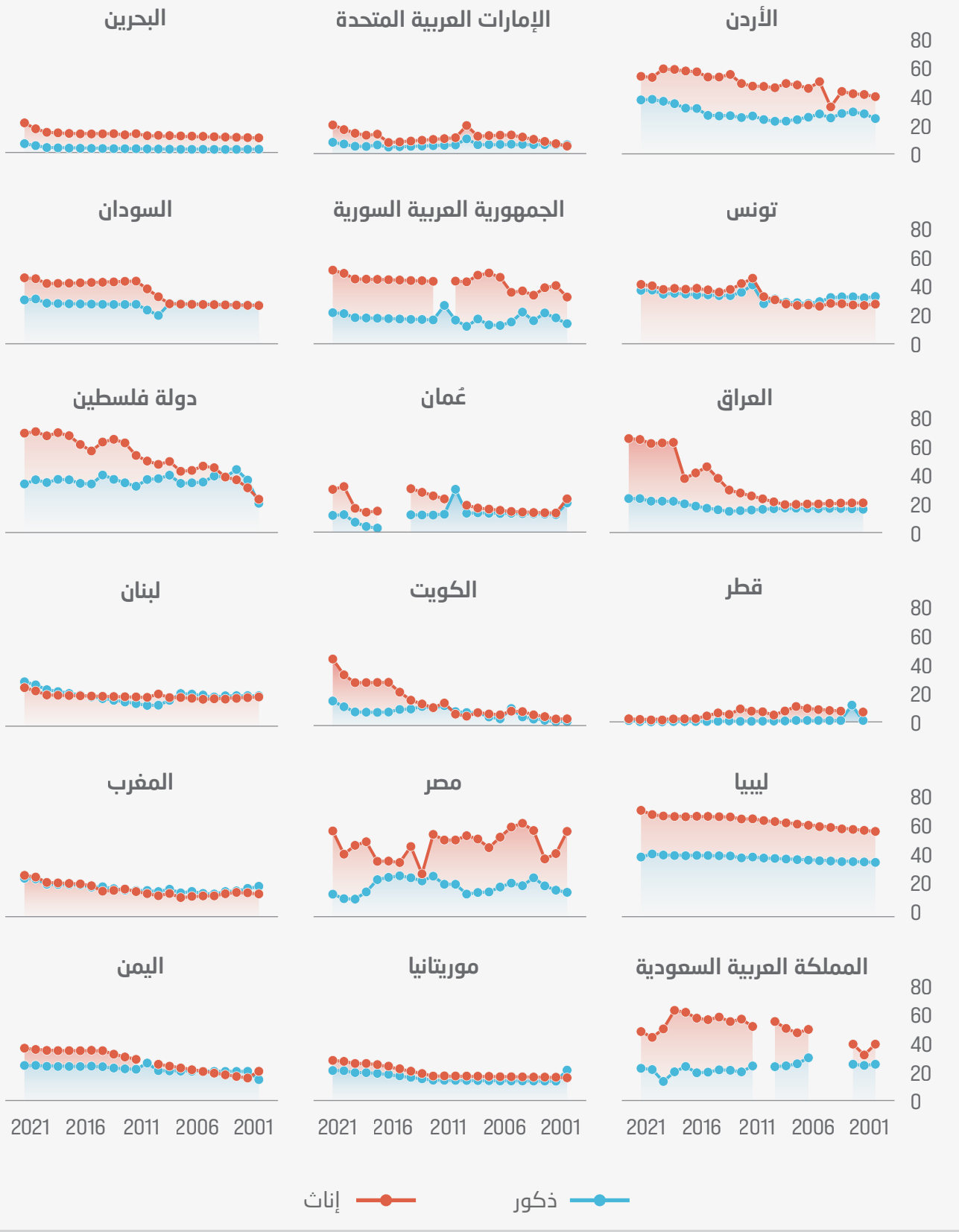


المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية ومنظمة العمل الدولية.

معدلات بطالة الشباب الذكور في انخفاض في مصر وفي ارتفاع في الأردن والعراق

تنعكس اتجاهات معدلات البطالة بين البالغين في المنطقة العربية إلى حد كبير على معدلات البطالة بين الشباب، فتنخفض المعدلات بين الشباب في بعض بلدان مجلس التعاون الخليجي (قطر والكويت)، وترتفع في الأردن وتونس ودولة فلسطين وليبيا. ومنذ عام 2015، انخفضت بطالة الشباب في مصر بسبب انخفاض بطالة الشبان منهم حتى مع تزايد بطالة الشابات. في عام 2021، بلغت نسبة البطالة بين الشبان 17 في المائة، وهو تحسّن كبير عن المعدل في عام 2015، عندما بلغ 28.4 في المائة. ولكن خلال الفترة نفسها، ارتفعت بطالة الشابات في مصر من 38 إلى 60 في المائة.

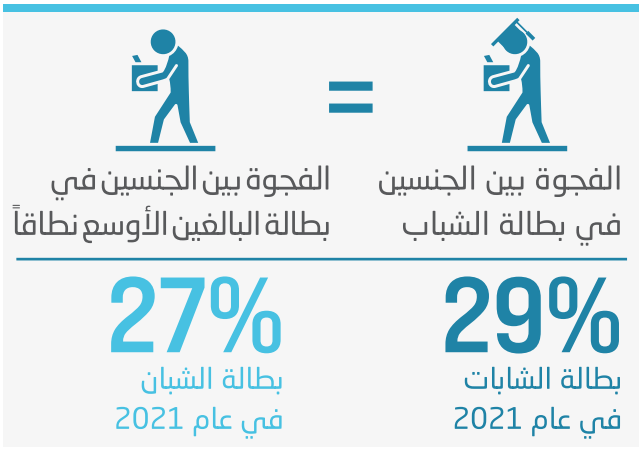
الشكل 7-6 معدل بطالة الشباب (15-24 سنة)، حسب نوع الجنس، 2000-2021



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية ومنظمة العمل الدولية.

بين عامي 2005 و2014، ظلت الفجوة بين الجنسين في بطالة الشباب في المغرب صغيرة وكانت مماثلة للفجوة بين الجنسين في بطالة البالغين الأوسع نطاقاً. 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 2021 فبلغت 29 في المائة، مقارنة بنسبة 27 في المائة بين الشبان.

وشهد الأردن، وإلى حدٍّ أكبر دولة فلسطين، زيادات مطردة في بطالة الشباب منذ عام 2009، مدفوعة في دولة فلسطين بشكل أساسي بزيادة بطالة الشابات. وارتفعت معدلات بطالة الشبان والشابات في الأردن من 23 و46 في المائة على التوالي في عام 2009 إلى 37 و54 في المائة على التوالي في عام 2021.



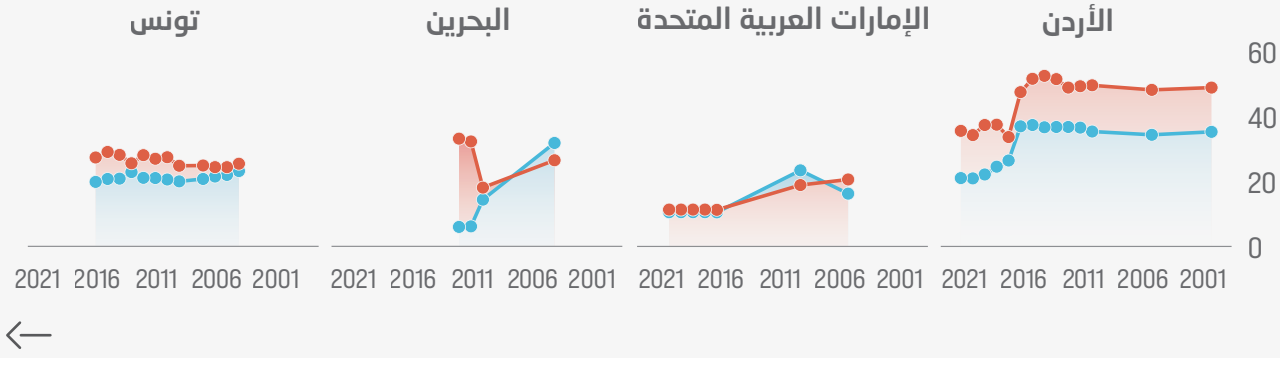
وبين عامي 2009 و2020، ارتفعت بطالة الشابات في دولة فلسطين من 47 إلى 70 في المائة، وهي أعلى نسبة في المنطقة، في حين انخفضت بطالة الشباب الذكور بأقل من 1 نقطة مئوية لتبلغ 37 في المائة خلال الفترة نفسها.

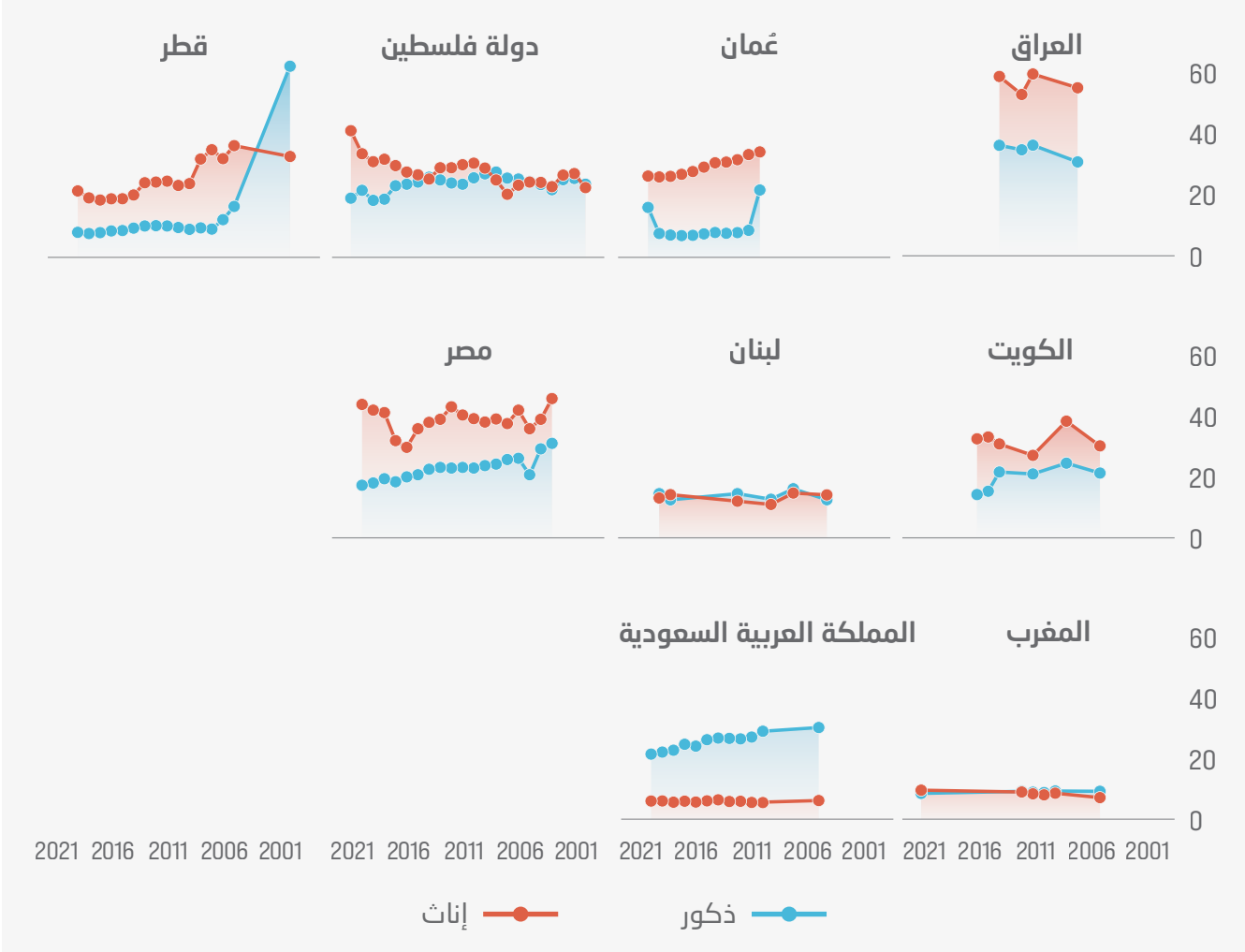
انخفاض العمالة في القطاع العام في قطر والكويت

لا تتوفر بيانات حول العمالة حسب القطاع في المنطقة العربية بالقدر الذي تتوفر به حول المشاركة في القوى العاملة والبطالة. ومن بين البلدان الـ 13 التي قدمت تقديرات منذ عام 2000 (الشكل 7-7)، فإن العمالة الإجمالية في القطاع العام هي الأعلى في المملكة العربية السعودية، حيث عملت 6 في المائة من النساء في القطاع العام في عام 2020 مقارنة بـ 21 في المائة من الرجال.

بين عامي 2014 و2016، انخفضت عمالة الرجال في القطاع العام في الكويت بشكل حاد من 22 إلى 14 في المائة، بينما زادت عمالة النساء من 31 إلى 33 في المائة. في قطر، بين عامي 2009 و2020، انخفضت عمالة النساء في القطاع العام بشكل مطرد من 32 إلى 22 في المائة، في حين انخفضت عمالة الرجال في القطاع العام بنسبة نقطتين مئويتين فقط، من 10 إلى 8 في المائة، خلال الفترة نفسها.

الشكل 7-7 العمالة في القطاع العام حسب نوع الجنس (النسبة المئوية)، 2000-2020





المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية ومنظمة العمل الدولية.

انخفاض العمالة في الزراعة في الجمهورية العربية السورية ودولة فلسطين ومصر والمغرب

نادراً ما يتوظف العمال في بلدان مجلس التعاون الخليجي في قطاع الزراعة: فمن عام 2000 إلى عام 2019، عمِل أقل من 10 في المائة من الرجال والنساء في الزراعة في كل بلد من بلدان مجلس التعاون الخليجي (الشكل 7-8). وبالنسبة لبلدان مجلس التعاون الخليجي التي قدمت تقديرات للعمالة الزراعية منذ عام 2015، فإن أعلى التقديرات موجودة في المملكة العربية السعودية، حيث عمِل 6 في المائة من الرجال والنساء في القطاع الزراعي في عام 2016.

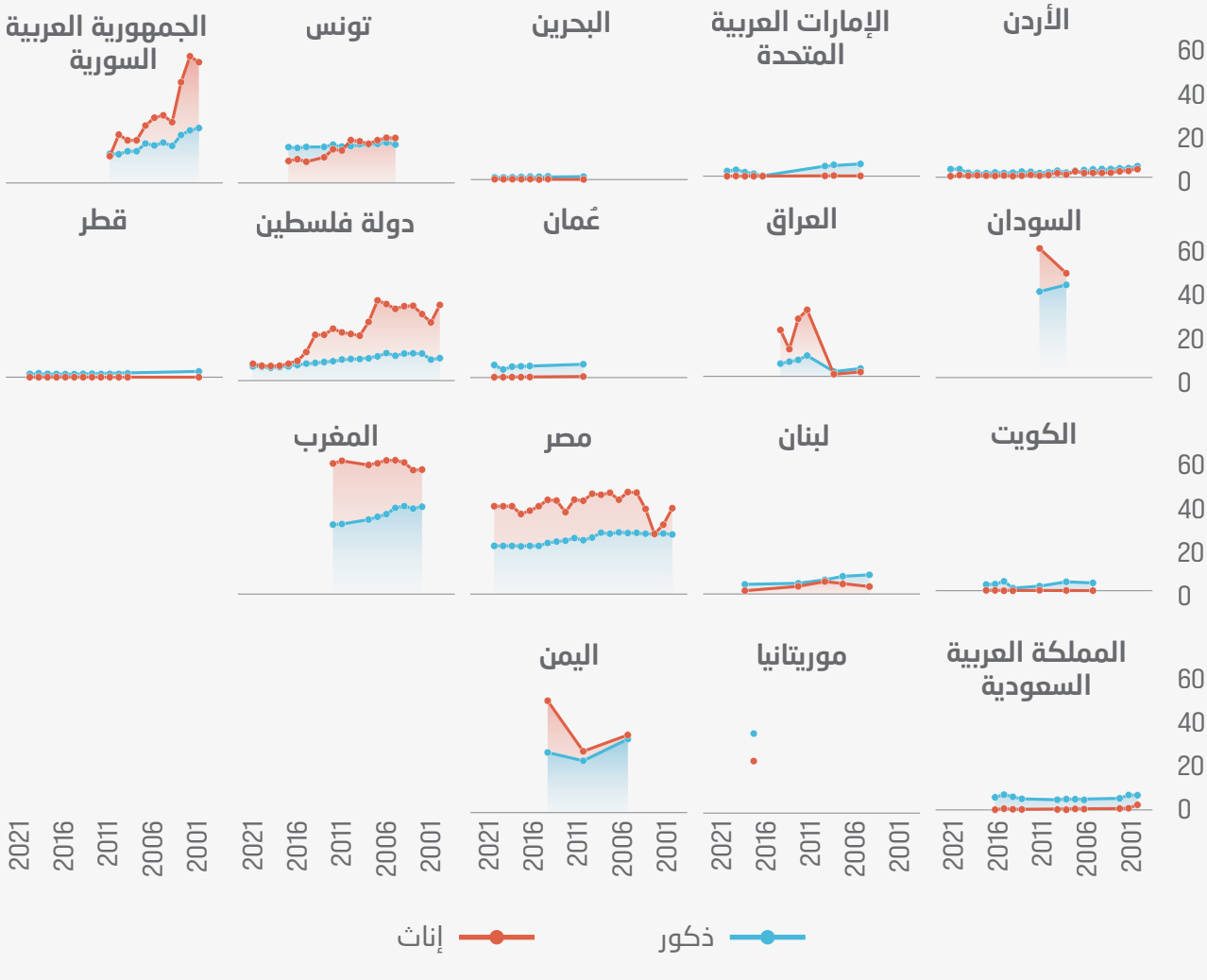
وتشير التقديرات الخاصة بالأردن ولبنان إلى انخفاض معدلات العمالة في الزراعة أيضاً، علماً أنها كانت تتناقص مع مرور الوقت لكلا الجنسين. ففي الأردن، مثلا، في حين عمِل في الزراعة 4 في المائة من الذكور العاملين و2 في المائة من الإناث العاملات في عام 2005، انخفضت أرقام عمالة الذكور والإناث في القطاع إلى 2 في المائة وأقل من 1 في المائة على التوالي بحلول عام 2019. أما في لبنان، فقد انخفضت نسبة الذكور العاملين في الزراعة من 7 في المائة في عام 2009 إلى 5 في المائة في عام 2019، في حين

انخفضت نسبة الإناث العاملات في القطاع من 6 إلى 2 في المائة خلال الفترة الزمنية نفسها.

وحدث عكس ذلك في مصر والمغرب، حيث أنه على الرغم من انخفاض نسبة القوى العاملة في الزراعة في السنوات الأخيرة، لا تزال نسبة كبيرة تجد عملاً في القطاع الزراعي. ففي مصر، كان يعمل 28 في المائة من الرجال و47 في المائة من النساء في الزراعة، لكن هاتين النسبتين انخفضتا إلى 25 في المائة للرجال و43 في المائة للنساء في عام 2010، واستمرتا في الانخفاض لتبلغا فقط 21 في المائة للرجال و40 في المائة للنساء في عام 2020. أما في المغرب، فقد انخفضت نسبة الرجال العاملين في الزراعة باطراد في الفترة من 2005 إلى 2016، بينما ظلت ثابتة للنساء العاملات فيها. وعلاوة على ذلك، حدث انخفاض حاد في العمالة الزراعية بين الذكور بين عام 2005، عندما كان حوالي 40 في المائة من القوى العاملة من الذكور يعملون في هذا القطاع، وعام 2012، حيث بات 32 في المائة فقط من الذكور يعملون في الزراعة.

وشهِدت دولة فلسطين انخفاضاً في العمل في الزراعة لكلا الجنسين، ولكن بمعدل أسرع للنساء. وبلغت عمالة النساء في الزراعة ذروتها في عام 2007 بنسبة 37 في المائة ولكنها انخفضت باطراد بعد ذلك: وبحلول عام 2020، لم تعد سوى 7 في المائة من النساء يعملن في هذا القطاع، بينما انخفضت عمالة الذكور من 11 إلى 6 في المائة خلال الفترة الزمنية نفسها.

الشكل 7-8 العمالة في الزراعة، حسب نوع الجنس (النسبة المئوية)، 2000-2001



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية ومنظمة العمل الدولية.

الفقر وعدم المساواة

08

لطالما كان الحد من الفقر أولوية في خطة التنمية الدولية، وينص الهدف 1 من أهداف التنمية المستدامة على أنه ينبغي للمجتمع الدولي اتخاذ إجراءات «للقضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان». لذلك، يولي واضعو السياسات في المنطقة العربية مزيداً من الاهتمام لخفض الفقر والقضاء على الحرمان الشديد. ووفقاً لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، يسود قلق واسع النطاق بشأن عدم تقاسم فوائد النمو الاقتصادي بطريقة منصفة، وأن تكون الأزمة الاقتصادية المستمرة قد أفضت إلى توسيع الفجوة أكثر بين الأغنياء والفقراء (OECD, n.d.). غير أن الفقر متعدد الأبعاد. ولا يمكن التعامل معه بفعالية بمجرد النظر في مستويات الدخل: فالبلدان التي تسعى جاهدة إلى التصدي للفقر يجب أن تأخذ في الاعتبار أيضاً العوامل الاجتماعية والاقتصادية الرئيسية، بما في ذلك التعليم والصحة والإسكان والضمان الاجتماعي والعمالة، وكلها ضرورية للتنمية البشرية.

خلال جائحة كوفيد-19، دفع فقدان الدخل بالكثير من الناس إلى الفقر في المنطقة العربية. في المتوسط، حدثت خسارة في اليد العاملة تقدر بنحو 11 في المائة في المنطقة العربية نتيجة للوباء (UNDP, 2022a). أما الصراعات وعدم الاستقرار السياسي فعاملان آخران أثارا تحديات إنسانية واجتماعية واقتصادية. ومن المتوقع أن يقع نحو 16 مليون شخص إضافي في براثن الفقر بحلول عام 2021 (ESCWA and ILO, 2021)، في حين تشير التقديرات إلى أن مستويات الفقر تجاوزت 75 في المائة في الجمهورية العربية السورية والعراق وليبيا واليمن.

الإطار 8-1 العيش في فقر مدقع

تسببت جائحة كوفيد-19 في زيادة نسبة سكان العالم الذين يعيشون في فقر مدقع، مما عكس الاتجاه التنازلي في مستويات الفقر التي شهدها العالم منذ عام 1990. وفقاً لتقرير التنمية البشرية 2022/2021

خلال العامين الأولين من الجائحة، لربما دُفع ما بين 110 و150 مليون شخص إضافي إلى براثن الفقر المدقع، إضافة إلى 689 مليون شخص في جميع أنحاء العالم أجبروا على البقاء على قيد الحياة بأقل من 1.90 دولار في اليوم في عام 2018. وحتى قبل الجائحة، كانت وتيرة الحد من الفقر تتباطأ - من حوالي نقطة مئوية واحدة سنوياً في الفترة 1990-2015 إلى نصف نقطة مئوية سنوياً في الفترة 2015-2017. أضف إلى ذلك، أن ما لا يقل عن 1.3 مليار شخص يعيشون في فقر متعدد الأبعاد، ويواجهون الحرمان في أبعاد مهمة للتنمية البشرية - بما فيها الصحة والتعليم والمستويات المادية للمعيشة.

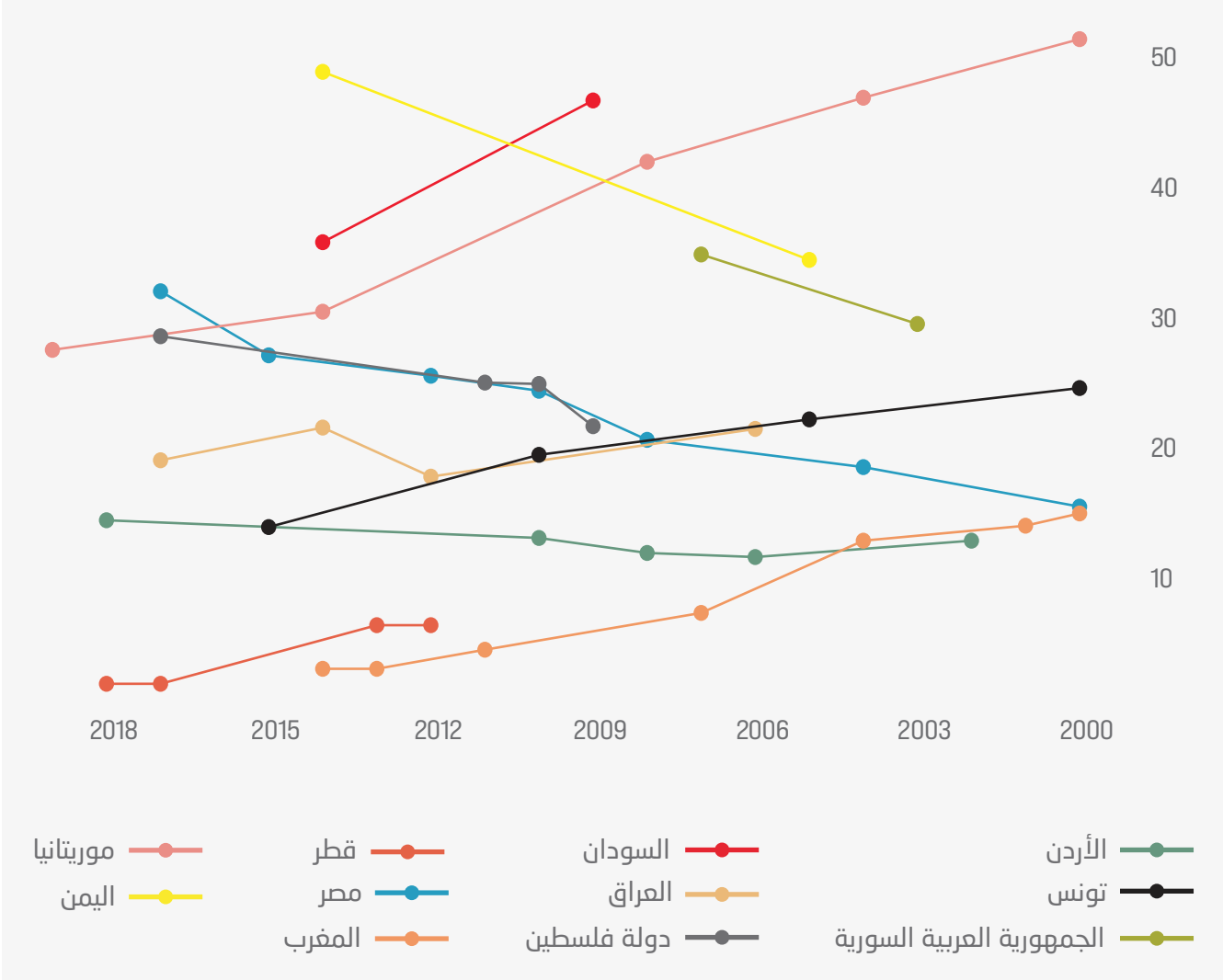
المصدر: UNDP, 2022b.

ارتفاع مستويات الفقر في الأردن والجمهورية العربية السورية ودولة فلسطين ومصر واليمن

يعرِّف البنك الدولي نسبة الفقر على أنها النسبة المئوية للسكان الذين يعيشون تحت خط (خطوط) الفقر الوطنية لبلد ما.

ويبين الشكل 8-1 نسبة الفقر في أحد عشر بلداً عربياً تتوافر عنها بيانات. ومن بين هذه البيانات، ليس للبنان سوى تقدير واحد للفترة 2000-2019. وكما هو مبين بوضوح، ليس من اتجاه ثابت للفقر عبر البلدان خلال تلك الفترة، فقد ظلّ يتزايد في بعض البلدان بينما انخفض في أخرى. وقد سجلت قطر أدنى نسبة، بلغت 4 في المائة في عام 2018، بينما سجل اليمن النسبة الأعلى التي بلغت 49 في المائة في عام 2014. ويليه السودان، مع فارق كبير، فيسجل ثاني أعلى نسبة، بلغت 36 في المائة في عام 2014. أما في مصر، فقد ارتفعت نسبة الفقر من 17 في المائة إلى 33 في المائة بين عامي 2000 و2017.

الشكل 8-1 نسبة الفقر، 2000-2019



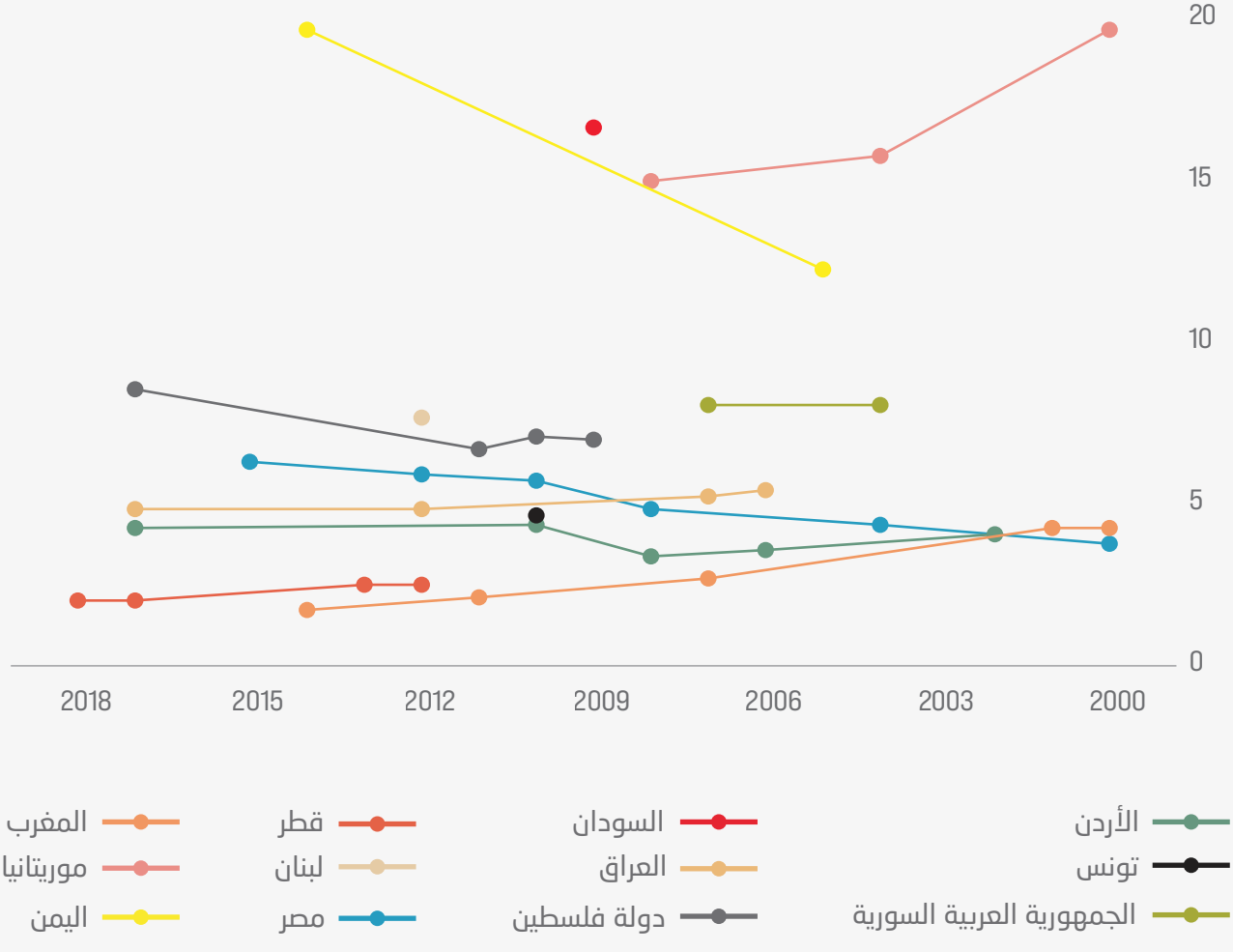
المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية والبنك الدولي.

فجوة الفقر في دولة فلسطين هي الأوسع

تعبّر فجوة الفقر عن شدّة الفقر أو عمقه. فعلى عكس نسبة العدد، وهي النسبة البسيطة لعدد الأشخاص الذين يعيشون تحت خط الفقر الوطني إلى إجمالي عدد السكان، تُبين فجوة الفقر، معبَّراً عنها كنسبة مئوية من خط الفقر الوطني، مدى بُعد الفقراء، في المتوسط، عن خط الفقر هذا. وفقاً للبنك الدولي، تساعد فجوة الفقر على تحسين معدل الفقر من خلال توفير مؤشر لمستوى الفقر في بلد ما.

ويقدم الشكل 8-2 لمحة عامة عن فجوات الفقر في اثني عشر بلداً عربياً خلال الفترة 2000-2018، مع عدم وجود بيانات عن الاتجاهات في ثلاثة بلدان. وتتشابه الاتجاهات في فجوات الفقر مع اتجاهات أعداد الفقراء، إذ إن البلدان التي تتزايد فيها أعداد الفقراء تعاني أيضاً من فجوات فقر متزايدة، والعكس صحيح. وتجدر الإشارة إلى أن نسب فجوة الفقر لغالبية البلدان صغيرة نسبياً، إذ لدى ثلاثة بلدان فقط نسب تزيد عن 10 في المائة. ويسجّل اليمن أعلى فجوة فقر، وقد ازدادت باطراد من 12 في المائة في عام 2005 إلى 19 في المائة في عام 2014.

الشكل 8-2 فجوات الفقر، 2000-2018



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية والبنك الدولي.

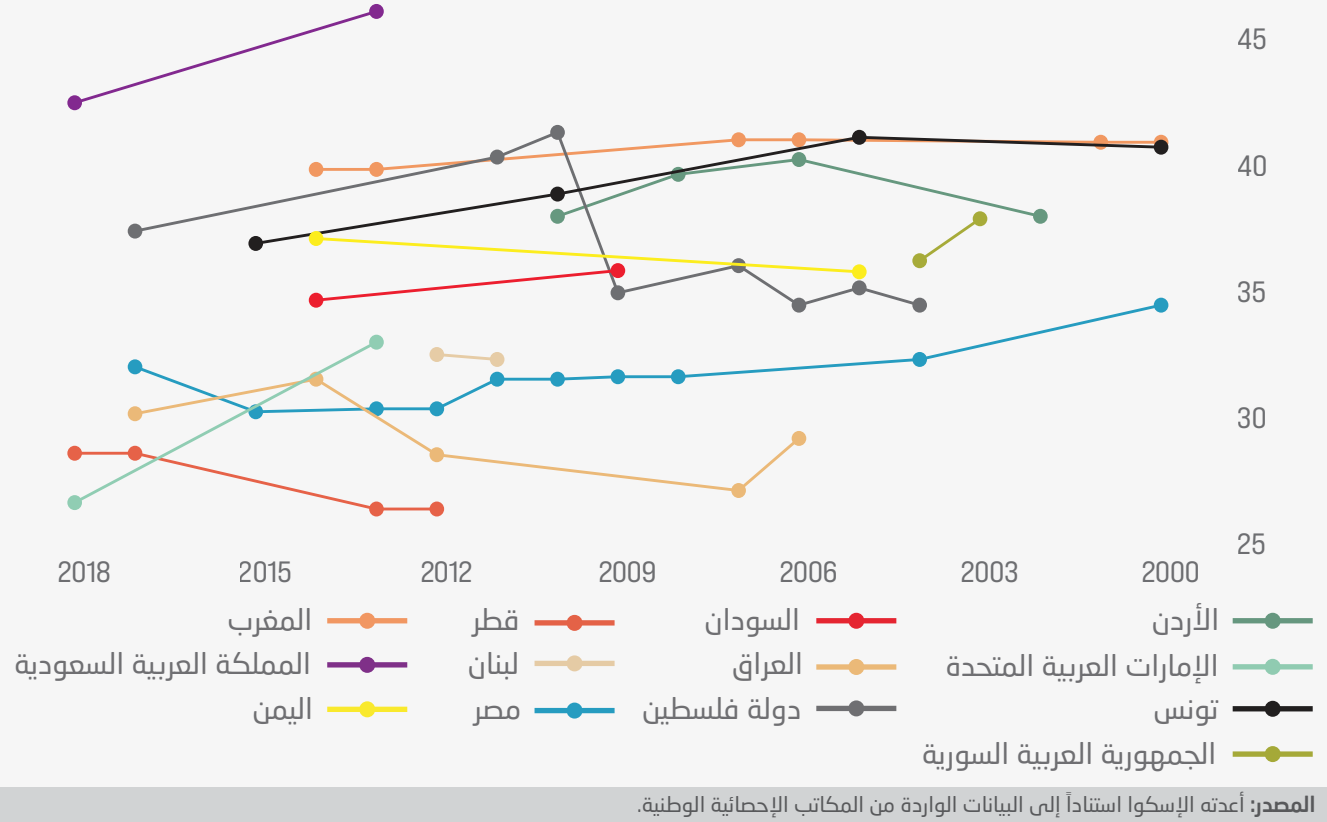
نسبة عدم المساواة في الدخل الأعلى في المملكة العربية السعودية والأدنى في الإمارات العربية المتحدة

وفقاً للبنك الدولي، يقيس مؤشر جيني لأي من الاقتصادات مدى انحراف توزيع الدخل، أو في بعض الحالات مدى انحراف الإنفاق الاستهلاكي للأفراد أو الأسر المعيشية، عن حالة توزيع متساوٍ تماماً. يمثل مؤشر جيني 0 المساواة الكاملة، بينما يشير مؤشر 100 إلى عدم المساواة الكاملة.

تستند أوجه عدم المساواة بين الدول العربية بشكل أساسي إلى الاختلافات الإقليمية والعرقية والاجتماعية والاقتصادية. إن عدم المساواة في الدخل بين بلدان المنطقة هو الأعلى في العالم. ففي حين يبلغ متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالقيمة الحالية في الصومال والسودان أقل من 500 دولار، فإنه يرتفع إلى 50,000 دولار في قطر (UNDP, 2022a).

تتوفر بيانات الاتجاه لمؤشر جيني لـ 13 بلداً. وكما هو مبين في الشكل 8-3، يظهر بَلَدَان زيادة متواضعة في مستويات عدم المساواة وثمانية بلدان انخفاضاً متواضعاً، بينما تظل البلدان الأخرى مستقرة نسبياً على مر الزمن. ويسجّل معظم البلدان مستويات من عدم المساواة متدنية إلى معتدلة نسبياً. واستناداً إلى أحدث البيانات المتوفرة، يُسجّل التوزيع الأقل تكافؤاً في المملكة العربية السعودية، حيث بلغ مؤشر جيني 42 في عام 2018، في حين تحتل الإمارات العربية المتحدة، حيث يبلغ مؤشر جيني 26 في العام نفسه، مرتبة الدولة ذات التوزيع الأقل تفاوتاً. تلي الإمارات العربية المتحدة قطر، التي بلغ فيها مؤشر جيني 28 في عام 2018.

الشكل 8-3 مؤشر جيني، 2000-2018



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

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

ومن المقاييس الأخرى لعدم المساواة المستخدَمة على نطاق واسع الفجوة بين حصة أغنى خُمس وأفقر خُمس من السكان من إجمالي الإنفاق الاستهلاكي. ويبين الشكل 8-4 بيانات الاتجاهات المتعلقة بحصص الإنفاق في 12 بلداً، وتقديراً واحداً لبلد واحد. وقد أظهرت تسعة بلدان انخفاضاً طفيفاً في عدم المساواة، في حين أظهرت ثلاثة بلدان زيادة طفيفة أو لم تُظهر أي تغيير بمرور الوقت.

ينفق الخُمس الأغنى في كل من اليمن والمغرب أكبر حصة من مجموع الإنفاق الاستهلاكي لأي بلد مقاس (48 في المائة و47 في المائة على التوالي). بينما ينفق الخُمس الأغنى في قطر (2018) ودولة فلسطين (2017) الحصة الأصغر (35 في المائة و34 في المائة على التوالي). وعلى العكس من ذلك، ينفق الخُمس الأفقر في قطر (2018) ودولة فلسطين (2017) حصة أكبر من إجمالي الإنفاق مقارنة بالخُمس الأفقر في أي بلد عربي آخر (10 في المائة و9 في المائة على التوالي)، في حين ينفق الخُمس الأفقر في اليمن أدنى حصة من إجمالي الإنفاق الاستهلاكي في العالم العربي (أقل من 6 في المائة في عام 2014).

إجمالي الإنفاق الاستهلاكي

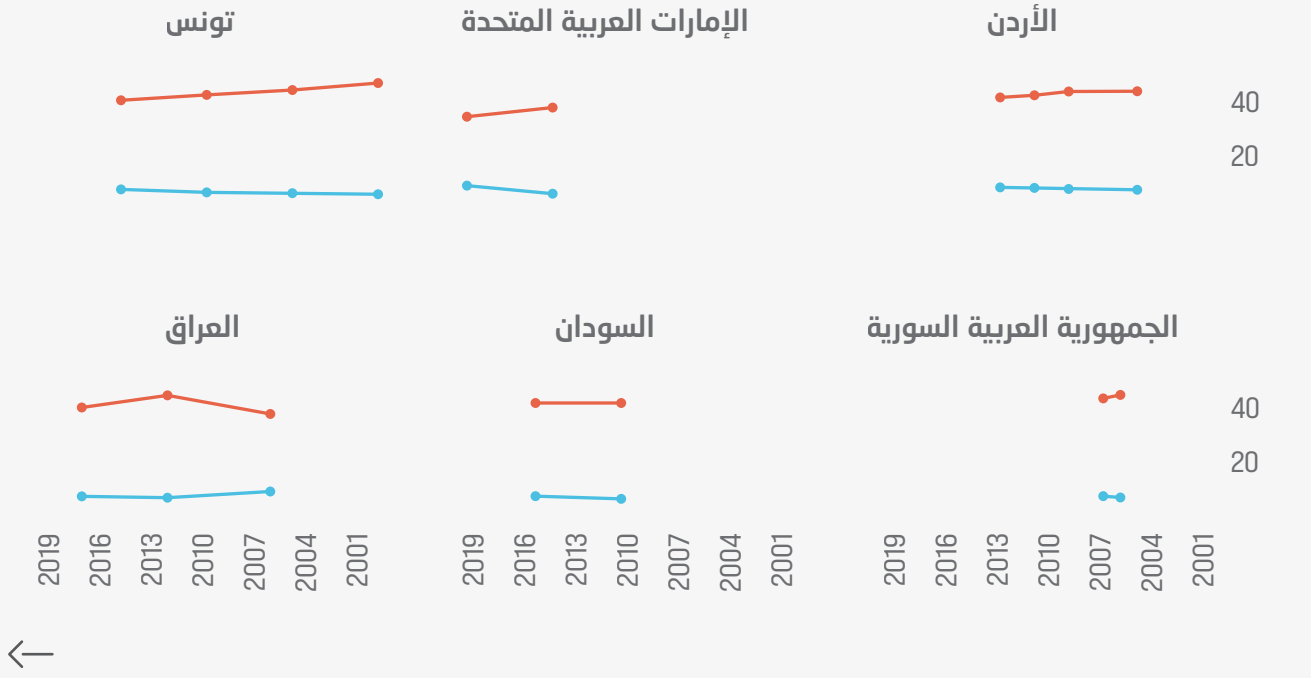
اليمن
48%
عام 2014

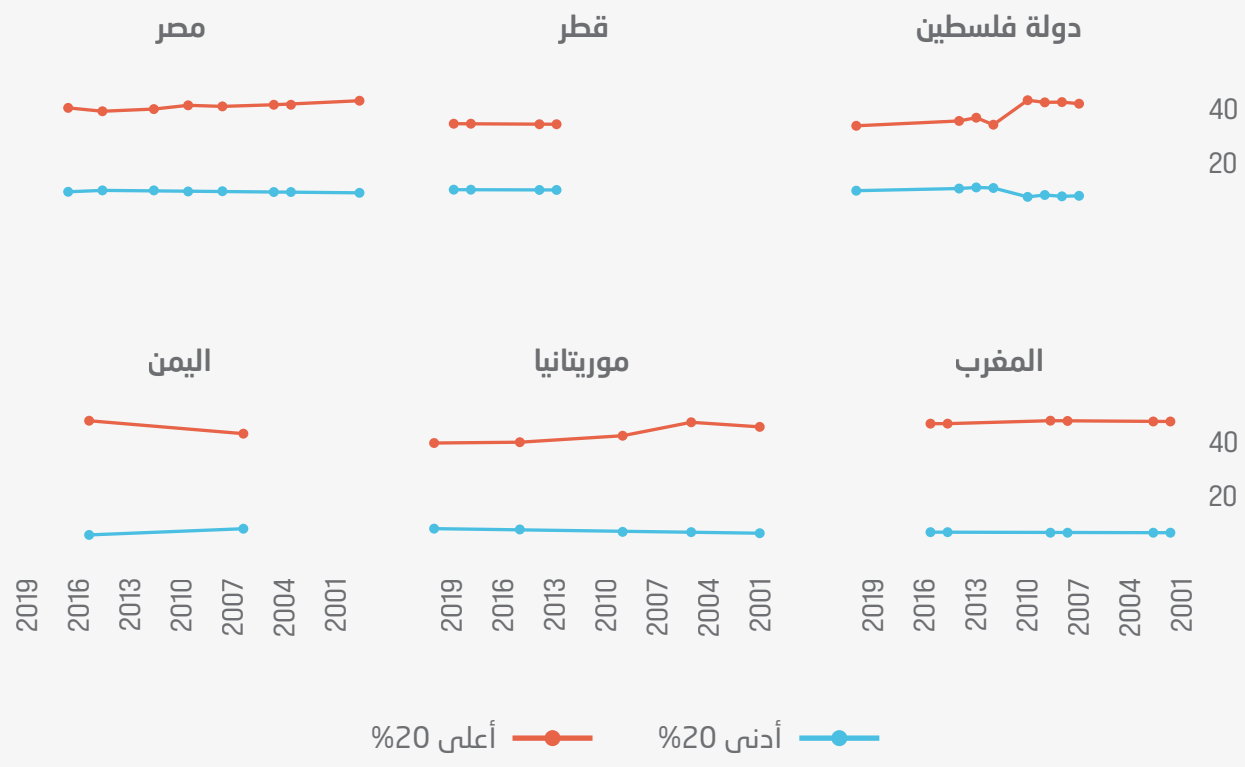
المغرب
47%
عام 2014

قطر
35%
عام 2018

دولة فلسطين
34%
عام 2017

الشكل 8-4 حصة الخُمس الأغنى والخُمس الأفقر من إجمالي الإنفاق الاستهلاكي، في بلدان عربية مختارة، 2000-2019





المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية والبنك الدولي.

الإنفاق الاستهلاكي على التعليم والصحة هو الأدنى

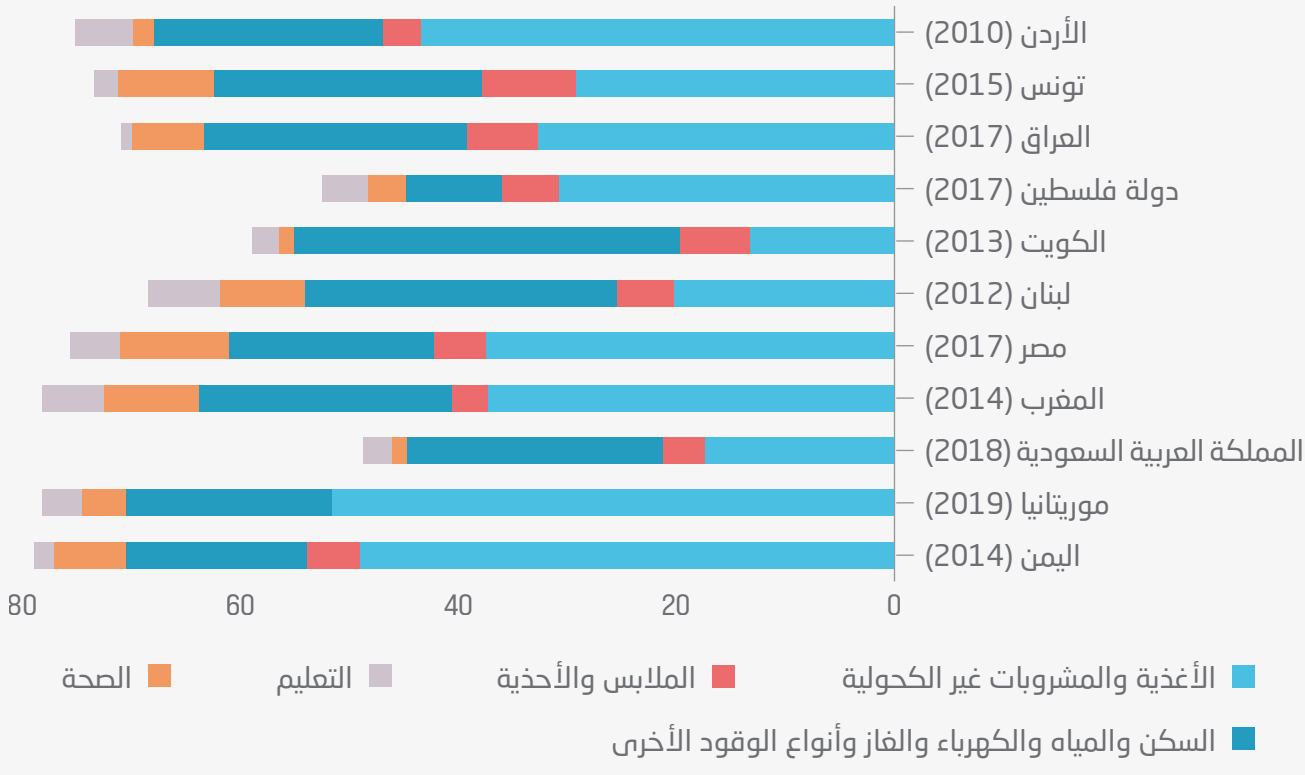
يبين الشكل 8-5 كيفية توزيع الإنفاق الاستهلاكي على فئات الإنفاق الرئيسية في 11 بلداً في المنطقة. وتمثل الأغذية والمشروبات غير الكحولية الحصة الأكبر من إجمالي الإنفاق في موريتانيا (51 في المائة من إجمالي الإنفاق في عام 2019) واليمن (49 في المائة في عام 2014) ومصر (37 في المائة في عام 2017). أما في الكويت ولبنان والمملكة العربية السعودية، فتذهب الحصة الأكبر من إجمالي الإنفاق للسكن والمياه والكهرباء والغاز وأنواع الوقود الأخرى. وفي جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات حديثة، تُنفق أصغر حصة على التعليم أو الصحة، باستثناء المغرب، حيث تُنفق على الملابس والأحذية (3 في المائة من إجمالي الإنفاق في 2014).

تذهب الحصة الأكبر من إجمالي الإنفاق للسكن والمياه والكهرباء والغاز وأنواع الوقود الأخرى

في الكويت ولبنان والمملكة العربية السعودية

تُنفق أصغر حصة على التعليم أو الصحة

الشكل 8-5 توزيع الإنفاق الاستهلاكي، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة



المصدر: أعدته الإسكوا استناداً إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية.

الثقافة

09

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

بالإضافة إلى البيانات الواردة من المكاتب الإحصائية الوطنية، استُمدت البيانات المستخدَمة في هذا القسم من مسح أجراه الباروميتر العربي، وهو عبارة عن شبكة أبحاث غير منحازة، توفر نظرة ثاقبة على المواقف والقيم الاجتماعية والسياسية والاقتصادية للمواطنين العاديين في جميع أنحاء العالم العربي، ومن قاعدتي بيانات متاحة على الإنترنت، وهما قاعدة البيانات التي يشرف عليها معهد اليونسكو للإحصاء، وقاعدة بيانات مؤشرات الاتصالات/تكنولوجيا المعلومات والاتصالات العالمية التابعة للاتحاد الدولي للاتصالات. وقد أُجري مسح الباروميتر العربي في سبع دورات، للفترات: 2006-2009، 2010-2011، 2012-2014، 2016-2017، 2018-2019، 2020-2021 و2021-2022 في هذا القسم، نركز فقط على أحدث دورة جُمعت فيها البيانات من الأردن والسودان والعراق والكويت ولبنان وليبيا ومصر وموريتانيا والمغرب.

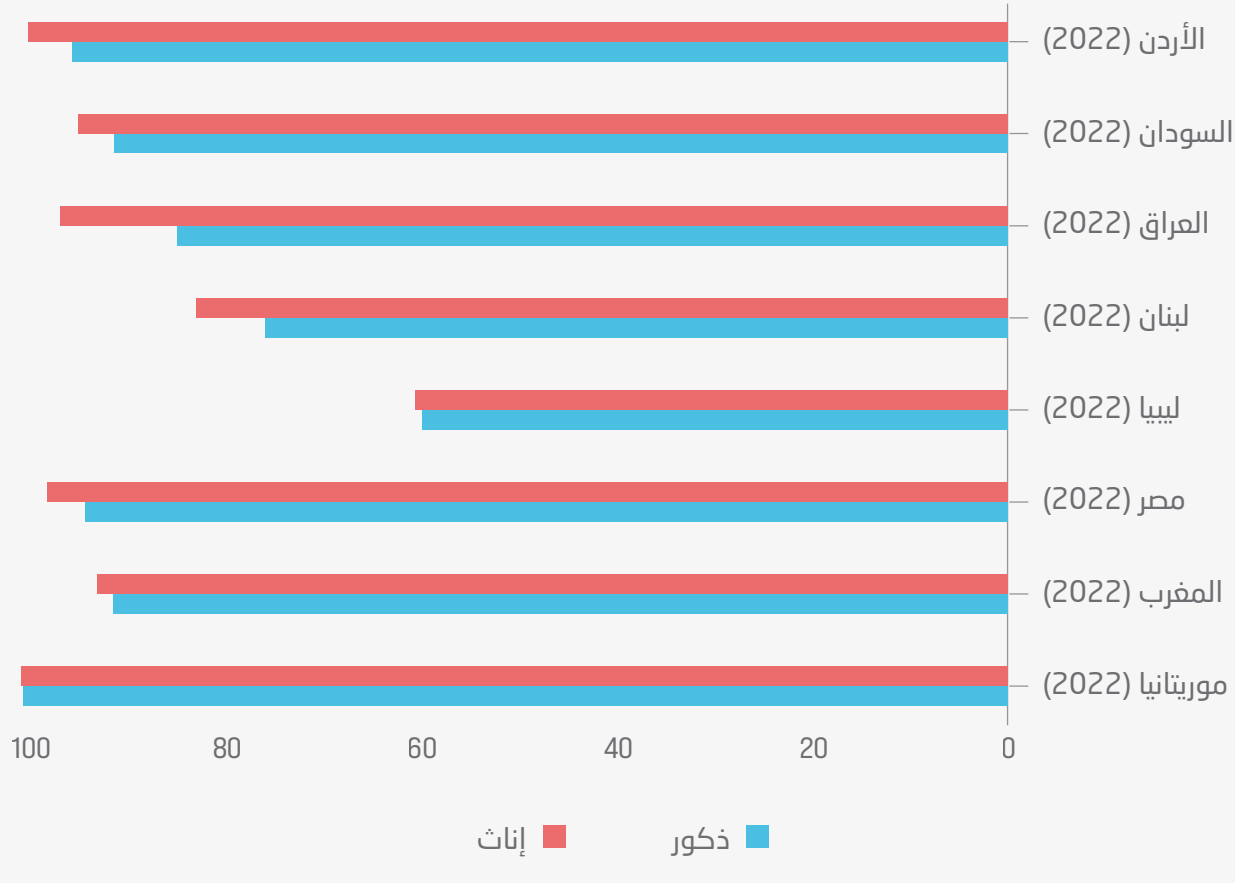
نسبة التديُّن مرتفعة وهي أعلى قليلاً بين النساء

في مسح الباروميتر العربي، طُلِب من المجيبين تصنيف أنفسهم بين «متديِّن» أو «متديِّن إلى حد ما» أو «غير متديِّن». ولأغراض هذا التحليل، جُمعت فئتا «متديِّن» و«متديِّن إلى حد ما»، وسيشار إليهما معاً كـ «متديِّن». ويبين الشكل 9-1 نتائج المسح الإحصائي.

الإطار 9-1 التديُّن

السكان البالغون في المنطقة العربية متديِّنون إلى حد كبير. تأتي ليبيا ولبنان في الطرف الأدنى من نطاق التديُّن، حيث ذكر 60 و79 في المائة من السكان، على التوالي، أنهم متديِّنون. ومن ناحية أخرى، يذكر أكثر من 95 في المائة من سكان مصر والأردن وموريتانيا إنهم متديِّنون. وفي السنوات الأخيرة، أبلغت موريتانيا والأردن عن أعلى نسب للنساء المتديِّنات في المنطقة، بنسبة 100 في المائة و99 في المائة على التوالي. ويبيّن الشكل 9-1 أن النساء أكثر تديُّناً من الرجال، بدرجات متفاوتة، في جميع البلدان. وهذا يظهر بوضوح في العراق حيث يبلغ الفرق في التديُّن بين الجنسين حوالي 12 نقطة مئوية.

الشكل 9-1 التديُّن حسب نوع الجنس، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة (النسبة المئوية)

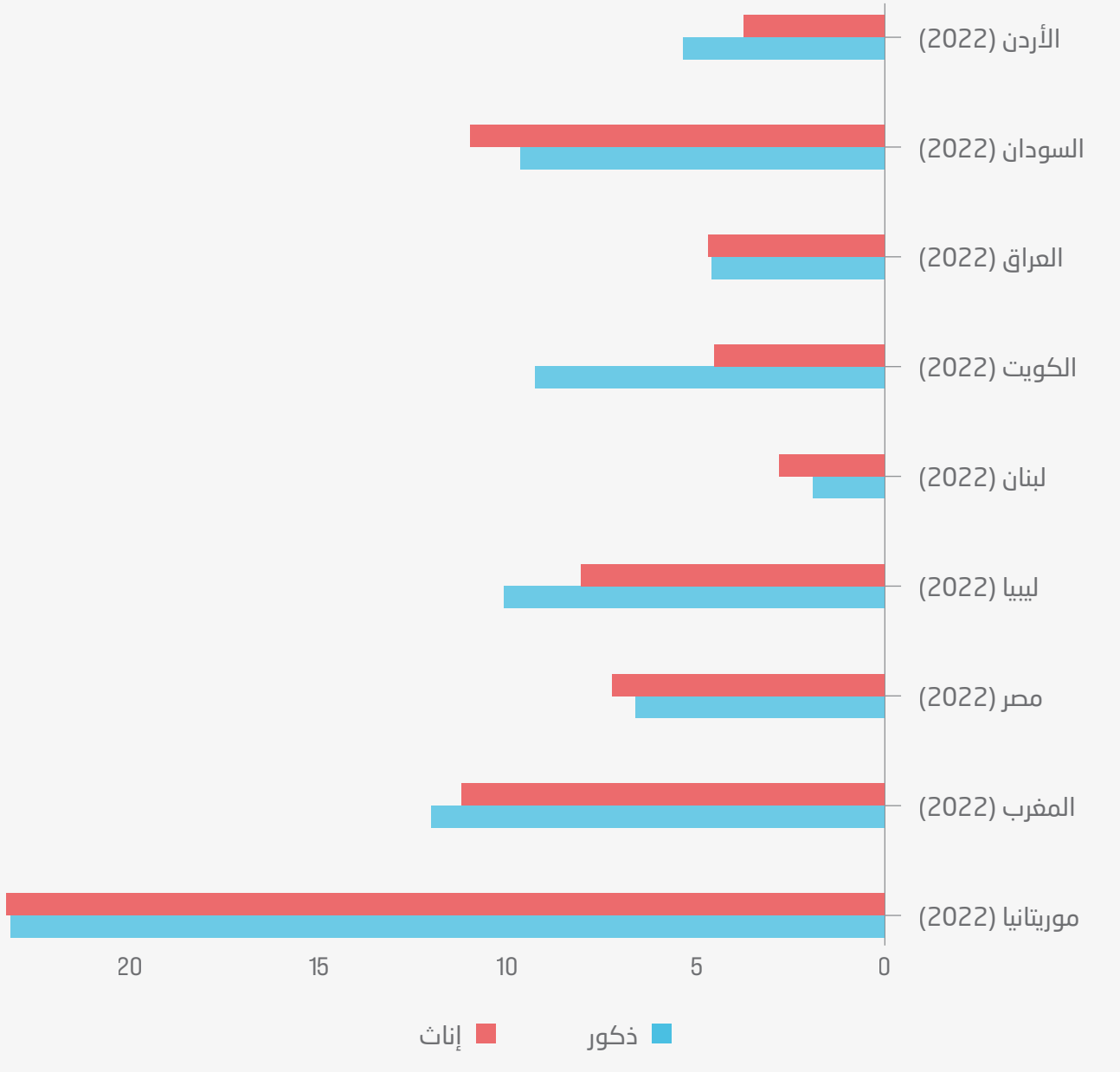


المصدر: بيانات واردة من الباروميتر العربي.

الثقة بالآخرين متدنية في البلدان العربية

الثقة بالآخرين منخفضة بشكل عام في جميع البلدان التي شملتها الدراسة الاستقصائية (الشكل 9-2). ويُسجّل أدنى معدل في لبنان، حيث أفاد 2 في المائة فقط من الرجال و3 في المائة من النساء أنهم يظنون أن معظم الناس جديرون بالثقة. وتتناقض هذه الأرقام تناقضاً صارخاً مع تلك الخاصة بموريتانيا، حيث يعتقد 23 في المائة من الذكور والإناث على حد سواء أن معظم الناس جديرون بالثقة.

الشكل 9-2 المجيبون الذين يعتقدون أن معظم الناس يمكن الوثوق بهم، حسب نوع الجنس، وفقاً لأحدث البيانات المتاحة (النسبة المئوية)



المصدر: عدد الشاشات لكل 100,000 نسمة - عدد مرات ارتياد السينما للفرد الواحد.

انخفاض في ارتياد السينما والافتقار إلى البنية التحتية لها

يعرض الشكل 9-3 عدد مرات الدخول إلى السينما للفرد الواحد وعدد الشاشات لكل 100,000 نسمة. وتشير البيانات إلى انخفاض في ارتياد السينما نسبياً وإلى الافتقار إلى البنية التحتية لها. فمن البلدان العربية الستة التي تتوفر عنها بيانات منذ عام 2015، احتلت قطر دون غيرها مرتبة في قائمة الـ 10 في المائة الأعلى ارتياداً للسينما من البلدان في العالم، إذ سجّلت 3 زيارات للسينما للفرد الواحد في عام 2017، أي أكثر من ضعف ما كان عليه العدد في عام 2008، عندما سُجلت زيارة واحد للفرد. وبخلاف ذلك، تشير التقديرات الأخيرة إلى أدنى من زيارتين للفرد الواحد في البلدان التي قدمت بيانات حديثة. وقد سجّل كل من البحرين ولبنان انخفاضاً في الارتياد منذ عام 2005، من زيارتين إلى زيارة واحدة في عام 2013 ومن ثلاث زيارات إلى زيارة واحدة في عام 2017، على التوالي.

من البلدان العربية

6 الـ

التي تتوفر عنها بيانات

احتلت قطر دون غيرها مرتبة في قائمة الـ

10%

من البلدان في العالم

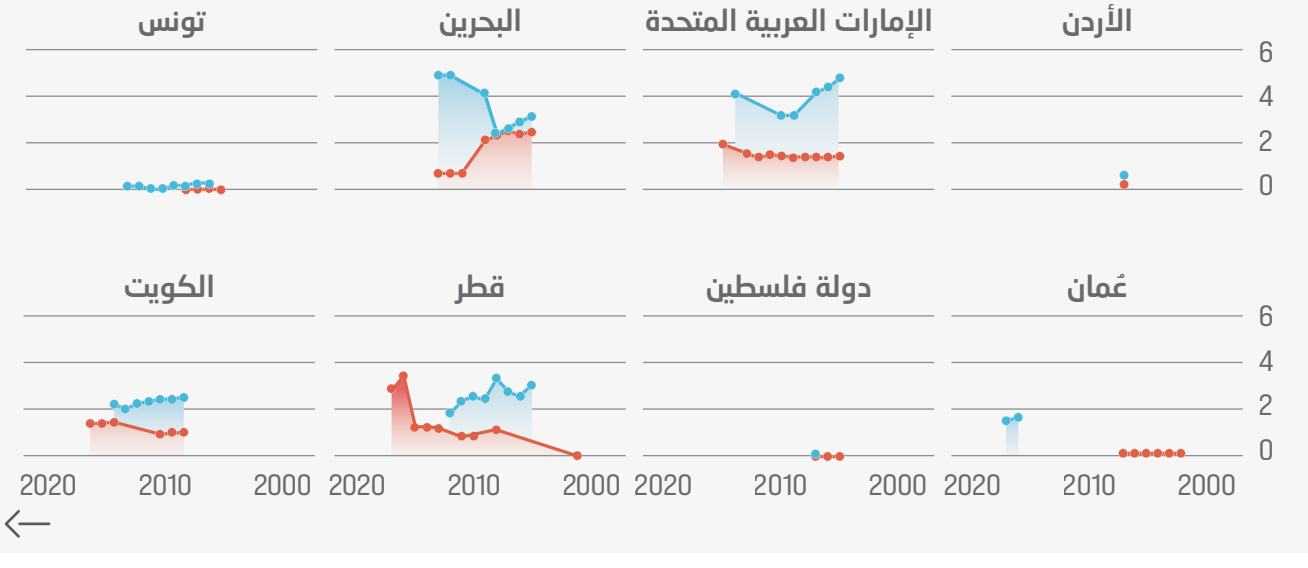
إذ سجّلت

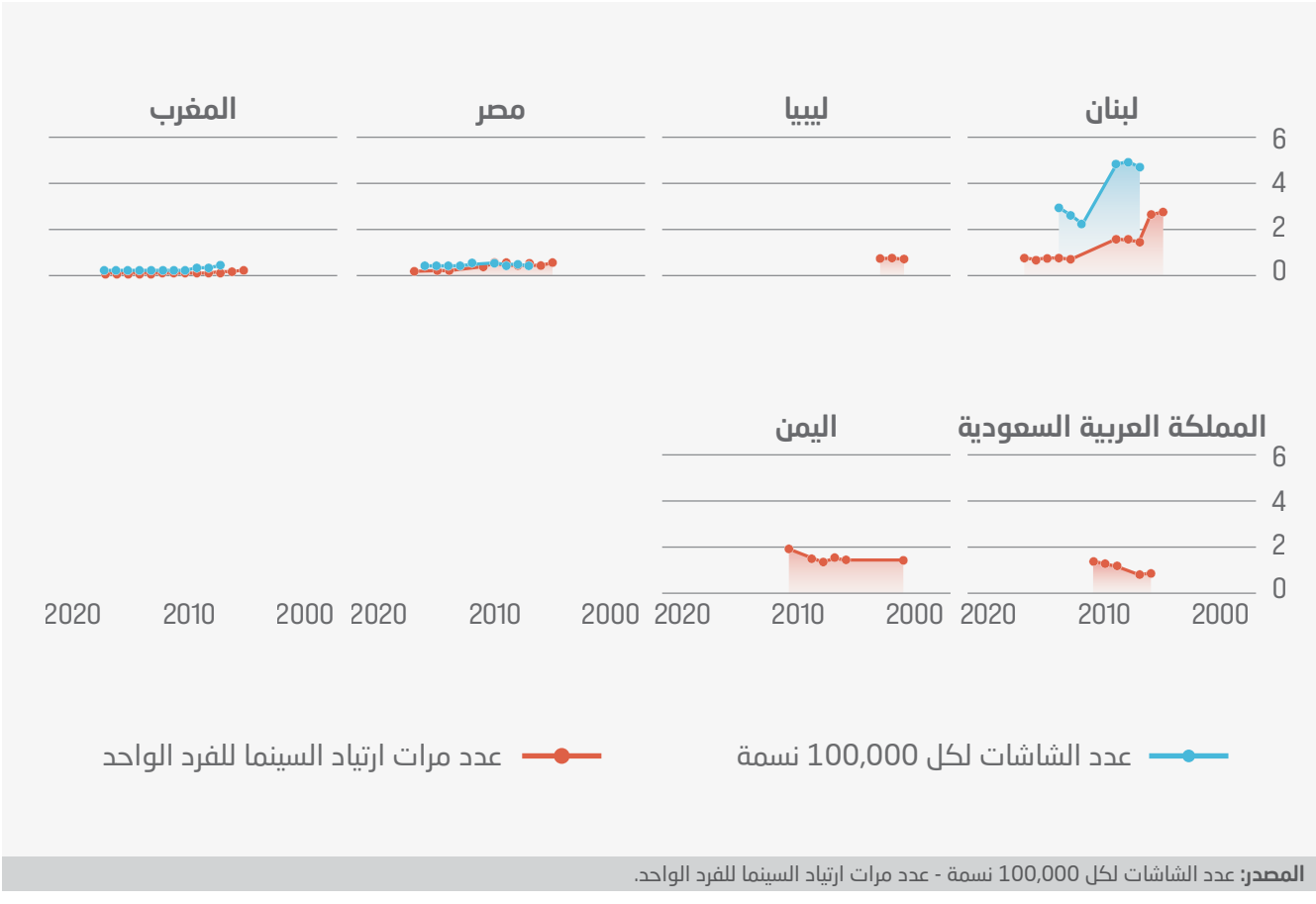
3

زيارات للسينما للفرد الواحد في عام 2017

أما كثافة شاشات السينما فمنخفضة أيضاً. فقد تم الإبلاغ عن أعلى كثافة للشاشات في المنطقة في البحرين (4.8 شاشات لكل 100,000 نسمة في العام 2013)، مما يجعلها خارج ترتيب الدول الـ 25 الأعلى في جميع أنحاء العالم في العام 2017. وبالمقارنة، سجلت إسبانيا، التي احتلت المرتبة العاشرة في العالم في عام 2017، 9 شاشات لكل 100,000 نسمة، أي ما يقرب من ضعف العدد النظير في البحرين. وقد ارتفعت كثافة الشاشات من 3 إلى 5 لكل 100,000 نسمة في البحرين بين عامي 2005 و2013، على الرغم من انخفاض عدد زيارات السينما للفرد خلال الفترة نفسها. وعلى العكس من ذلك، تزامن انخفاض عدد الزيارات للسينما في لبنان عموماً مع انخفاض كثافة الشاشات، من 5 شاشات لكل 100,000 نسمة في عام 2007 إلى 3 شاشات في عام 2014.

الشكل 9-3 عدد مرات ارتياد السينما للفرد الواحد، وكثافة الشاشات لكل 100,000 نسمة، 2000-2017





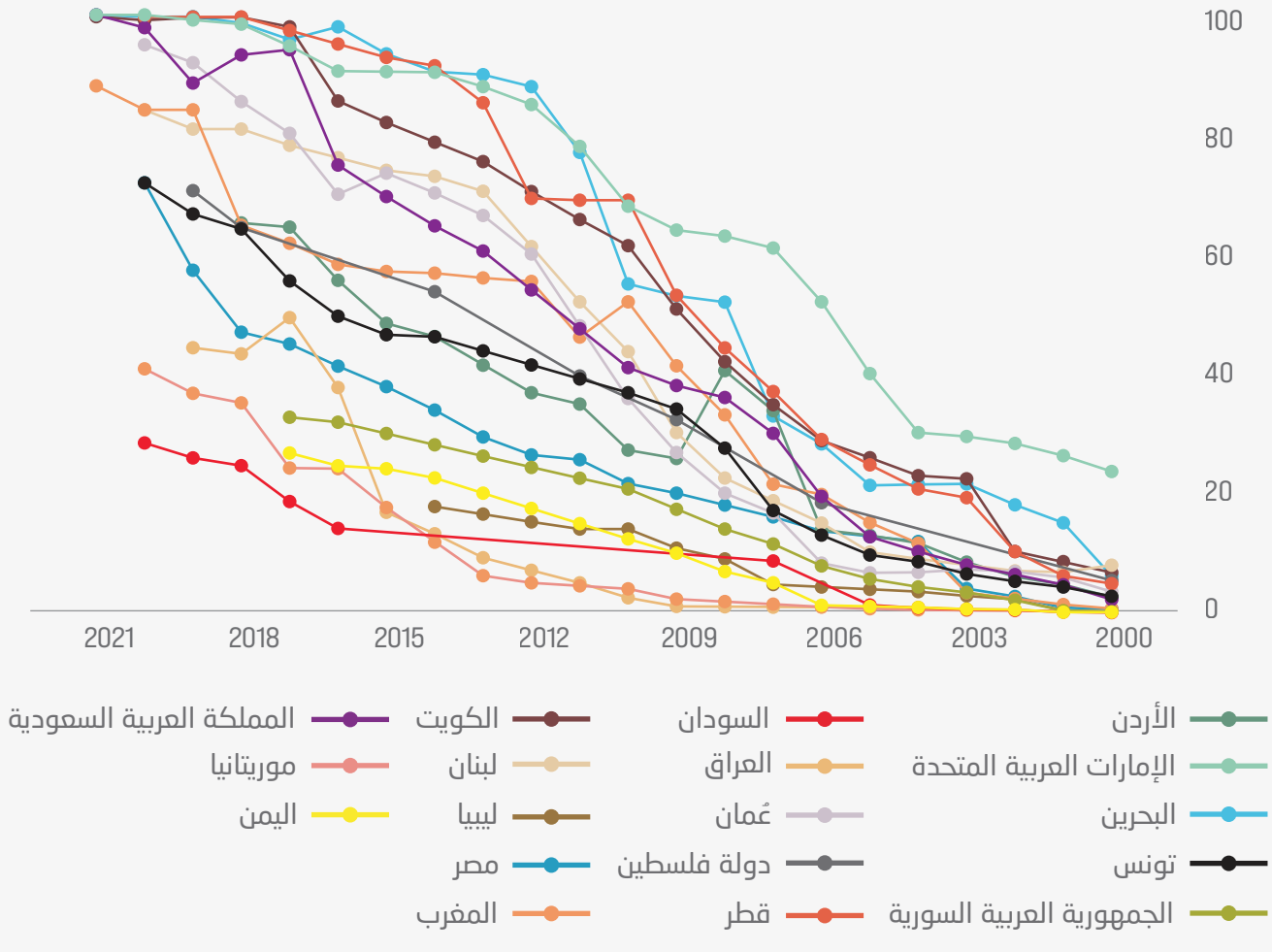
المصدر: عدد الشاشات لكل 100,000 نسمة - عدد مرات ارتياد السينما للفرد الواحد.

ازدياد هائل في استخدام الإنترنت

ازداد استخدام الإنترنت في المنطقة العربية زيادة كبيرة منذ عام 2005 حيث كان هذا الاستخدام منحصراً في أقل من 50 في المائة من السكان في جميع الدول الـ 18 الأعضاء في الإسكوا. ومنذ ذلك الحين أصبح الإنترنت جزءاً رئيسياً من الثقافة الحديثة في المنطقة، لا سيما في بلدان مجلس التعاون الخليجي، التي شهِدت زيادة في عدد مستخدمي الإنترنت بنحو عشرة أضعاف. وقد سُجّلت أكبر الزيادات على مدى العقد الماضي أو نحو ذلك في عُمان والمملكة العربية السعودية، حيث ارتفع عدد مستخدمي الإنترنت، على التوالي، من 36 إلى 95 اشتراكاً لكل 100 نسمة بين عامي 2010 و2020، ومن 41 إلى 100 مستخدِم لكل 100 نسمة بين عامي 2010 و2021. كما زاد استخدام الإنترنت بشكل كبير في مصر، حيث ارتفع عدد مستخدِمي الإنترنت من 22 في المائة من السكان في عام 2010 إلى 72 في المائة في عام 2020. أما في البحرين والعراق، فقد زاد الاستخدام أيضاً بشكل ملحوظ: في البحرين، ارتفعت نسبة المستخدِمين من 55 إلى 100 في المائة بين عامي 2010 و2021، وفي العراق من 3 إلى 44 في المائة بين عامي 2010 و2019.

وفي الأردن، ارتفع عدد مستخدِمي الإنترنت بشكل كبير من 27 في المائة من السكان في عام 2010 إلى 65 في المائة في عام 2018. وشهِدت دولة فلسطين زيادة مشابهة، من 40 في المائة في عام 2011 إلى 71 في المائة في عام 2019. ومع ذلك، لا يزال استخدام الإنترنت محدوداً في بعض البلدان العربية: ففي عام 2017، استخدم الإنترنت أقل من نصف سكان الجمهورية العربية السورية والسودان وليبيا وموريتانيا واليمن، وكان استخدام الإنترنت في ليبيا واليمن منخفضاً بشكل خاص.

الشكل 9-4 السكان الذين يستخدمون الإنترنت (النسبة المئوية)، 2000-2021



المصدر: البيانات الوطنية وقاعدة بيانات المؤشرات العالمية للاتصالات/تكنولوجيا المعلومات والاتصالات التابعة للاتحاد الدولي للاتصالات.

زيادة كبيرة في اشتراكات الهاتف الخلوي النقّال للفترة 2000-2010

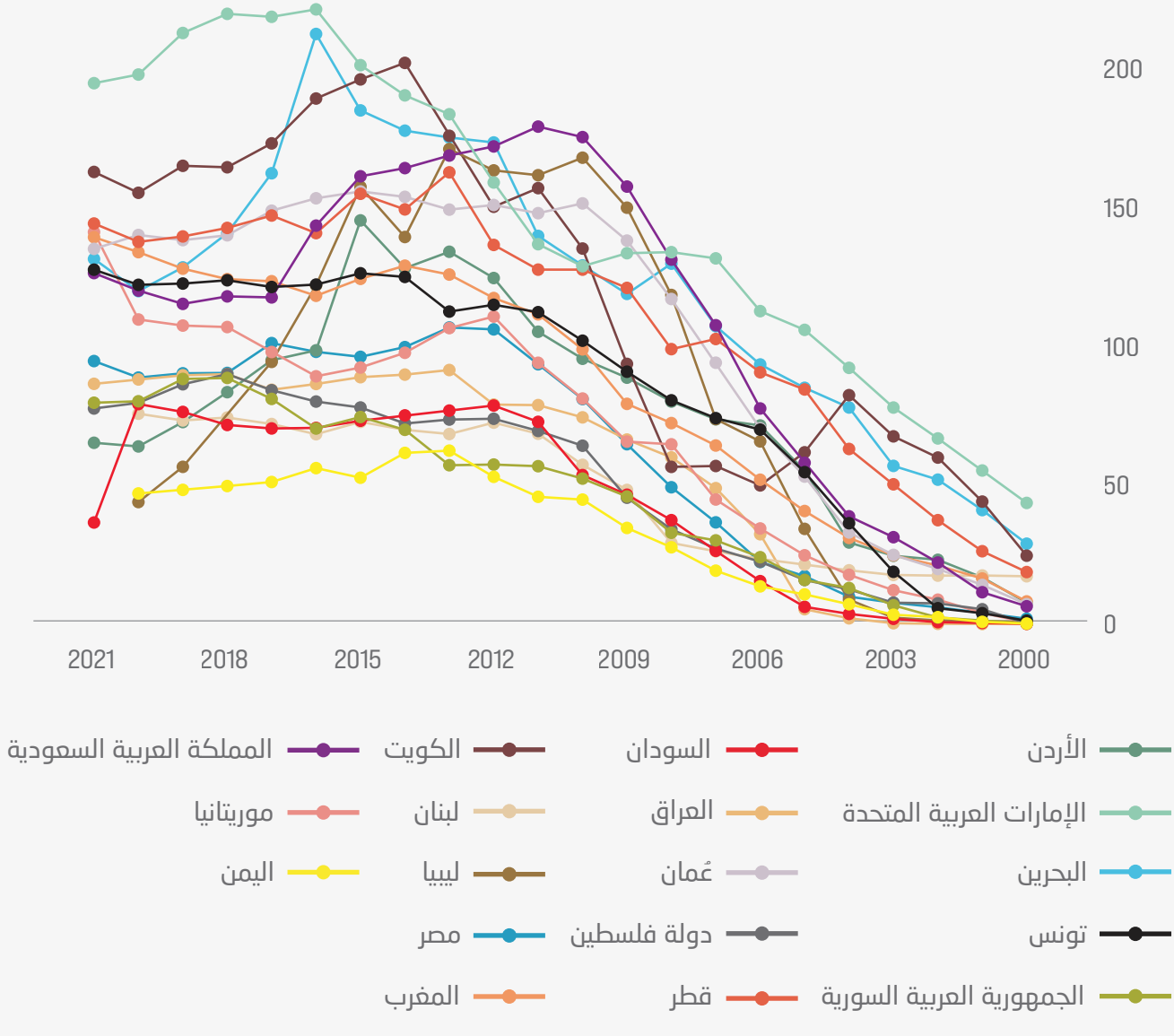
على نحو مشابه لمعدلات استخدام الإنترنت، أبلغت بلدان مجلس التعاون الخليجي باستمرار عن أعلى معدلات اشتراكات للهاتف الخلوي النقّال. ووفقاً لأحدث البيانات المتوفرة، أبلغ كل من السودان وليبيا عن أدنى عدد من الاشتراكات لكل 100 نسمة، إذ بلغ 37 اشتراكاً في عام 2021 و44 اشتراكاً في عام 2020، على التوالي. وبالمقارنة، سجّلت جميع بلدان مجلس التعاون الخليجي ما لا يقل عن 126 اشتراكاً في عام 2021، وسُجِّل أعلى عدد من الاشتراكات في الإمارات العربية المتحدة حيث بلغ 195 اشتراكاً.

وفي الفترة من عام 2000 إلى عام 2010، زادت اشتراكات الهواتف المحمولة بسرعة في جميع أنحاء المنطقة. ففي عام 2000، أبلغ كل من الجمهورية العربية السورية والسودان والعراق ودولة فلسطين واليمن عن صفر اشتراكات في الهاتف النقّال لكل 100 نسمة؛ ولكن بحلول

عام 2010، بلغ عدد الاشتراكات 74 في العراق، و64 في دولة فلسطين، و54 في السودان، و52 في الجمهورية العربية السورية، و45 في اليمن. وقد لوحظت أكبر الزيادات من عام 2000 إلى عام 2010 في كل من المملكة العربية السعودية وليبيا وعُمان، إذ بلغ عدد الاشتراكات في الهاتف الخلوي النقَّال 175 و168 و152 لكل 100 نسمة، على التوالي.

وفي الفترة من عام 2010 إلى عام 2021، ازدادت الاشتراكات في الهاتف الخلوي النقَّال في أنحاء المنطقة بمعدل أبطأ بكثير منه في العقد السابق. فقد شهِدت في الواقع البلدان التي سجّلت أكبر زيادات في الاشتراكات في الهاتف الخلوي النقَّال لكل 100 نسمة بين عامي 2000 و2010، وهي عُمان وليبيا والمملكة العربية السعودية، انخفاضاً بين عامي 2010 و2021/2020 ففي ليبيا، انخفضت النسبة بشكل حاد، من 168 اشتراكاً في عام 2010 إلى 44 اشتراكاً فقط في عام 2020، في حين شهِدت الإمارات العربية المتحدة أكبر زيادة، من 129 اشتراكاً في عام 2010 إلى 195 اشتراكاً في عام 2021. كما ارتفع عدد الاشتراكات في الهاتف الخلوي النقَّال بشكل حاد في موريتانيا، من 81 اشتراكاً في عام 2010 إلى 141 اشتراكاً في عام 2021.

الشكل 9-5 اشتراكات الهاتف الخلوي النقَّال لكل 100 نسمة, 2000-2021



المصدر: البيانات الوطنية وقاعدة بيانات المؤشرات العالمية للاتصالات/تكنولوجيا المعلومات والاتصالات التابعة للاتحاد الدولي للاتصالات.

المراجع

Arab Barometer (2022). Arab Barometer Wave VII: October 2021–July 2022. Available at www.arabbarometer.org/surveys/arab-barometer-wave-vii/.

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.

Bahrain, Information and eGovernment Authority (2017). Bahrain in figures 2016. Manama.

Barakat, Halim (1985). The Arab Family and the Challenge of Social Transformation, Al-Raida Journal, 6–7. Beirut: The Arab Institute for Women, Lebanese American University.

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, (March), pp. 17–38.

Coale, Ansley (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, (September), pp. 517–523.

COVID-19 Excess Mortality Collaborators (2022). Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. The Lancet, vol. 399 (10334), pp. 1513–1536. Available at www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02796-3/fulltext.

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, (February), pp. 179–200.

Dong, Ensheng, Hongru Du and Lauren Gardner (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. The Lancet Infectious Diseases, vol. 20, No. 5 (May), pp. 533–534.

Egypt, Central Agency for Public Mobilization and Statistics, (2019). Population, Housing and Establishments Census 2017: Key Findings. Cairo.

_____ (2022a). Egypt Family Health Survey 2021: Key Findings. Cairo.

_____ (2022b). Egypt in Figures 2022. Cairo.

Fuse, Kana, and Edward Crenshaw (2006). Gender imbalance in infant mortality: A cross-national study of social structure and female infanticide, Social Science & Medicine, vol. 62, No. 2 (January), pp. 360–374.

Global Health Data Exchange (n.d.). COVID-19 Excess Mortality Estimates 2020–2021. Database. Available at https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/covid_19_excess_mortality.

Government of Morocco (2020). Examen National Volontaire de la Mise en Œuvre des Objectifs de Développement Durable – rapport national, 2020. Rabat.

Government of the Syrian Arab Republic (2020). Syrian Arab Republic Voluntary National Review 2020 [in Arabic]. Damascus.

International Labour Organization (2021). ILO Global Estimates on International Migrant Workers – Results and Methodology. Third Edition. Geneva: International Labour Office. Available at www.ilo.org/global/topics/labour-migration/publications/WCMS_808935/lang--en/index.htm.

Iraq, Ministry of Planning (2019). First National Voluntary Review on Sustainable Development Goals 2019 – The Triumph of National Will. Available at https://hlpf.un.org/countries/iraq/voluntary-national-review-2019. Baghdad.

_____ (2022). Statistical Abstract 2022. Baghdad.

Iraq, Central Statistical Organization, Kurdistan Region Statistical Office, Ministry of Health and United Nations Children's Fund (2019). Iraq Multiple Indicator Cluster Survey 2018: Survey Findings Report.

Jordan, Ministry of Planning and International Cooperation (2015). Jordan's Way to Sustainable Development - first national voluntary review on the implementation of the 2030 Agenda. Amman.

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. pp. 140–164.

Kuwait, Central Statistical Bureau (2021). Annual Bulletin of Health Statistics 2020–2021.

Lebanon, Central Administration of Statistics (2021). The Life of Women and Men in Lebanon – a statistical portrait. Beirut.

Mauritania, Ministry of Health, National Office of Statistics and ICF (2021). Enquête Démographique et de Santé en Mauritanie 2019–2021. Nouakchott.

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2020). Population Statistics Database. Available at http://popstats.unhcr.org/en/overview.

Oman, National Centre for Statistics and Information (2017a). Final report of MICS 2014. Muscat.

_____ (2017b). Towards Achieving Sustainable Development Goals 2030. Muscat.

_____ (2021). Statistical Yearbook 2021. Muscat.

Organisation for Economic Co-operation and Development (2011). Housing conditions. In How's life? Measuring Well-being. Paris. pp. 81–102.

_____ (n.d.). Inequality and Poverty. Available at www.oecd.org/social/inequality-and-poverty.htm.

Palestinian Central Bureau of Statistics (2020). Palestinian Multiple Indicator Cluster Survey 2019–2020, Database. Available at www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2552.pdf. Ramallah.

_____ (2021). Palestinian Multiple Indicator Cluster Survey 2019–2020, Survey Findings Report. Ramallah.

Qatar, Ministry of Development Planning and Statistics (2014). Qatar in Figures. Doha.

Qatar, Planning and Statistics Authority (2021). Qatar Voluntary National Review 2021 – Report on the implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development. Doha.

Rashad, Hoda (2000). Demographic transition in Arab countries: A new perspective. Journal of Population Research, vol. 17, No. 1, pp. 83–101.

Rashad, Hoda, Magued Osman and Farzaneh Roudi-Fahimi (2005). Marriage in the Arab World. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

Roser, Max, and others (2020). "Coronavirus Pandemic (COVID-19)". Published online at OurWorldInData.org. Available at https://ourworldindata.org/coronavirus.

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.

State of Palestine, Palestinian Central Bureau of Statistics (2020a). Palestine in Figures 2019. Ramallah.

_____ (2021). Palestine Statistical Yearbook 2021. Ramallah.

_____ (2022). Palestine in Figures 2021. Ramallah.

Statistical Centre for the Cooperation Council for the Arab Countries of the Gulf (n.d.). Marriage and Divorce Statistics database. Available at www.gccstat.org/en/statistic/publications/marriage-and-divorce.

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.

Tunisia, National Institute of Statistics (2019). L'Annuaire Statistique de la Tunisie 2015–2019. Tunis.

_____ (2021). Tunisie en Chiffres 2021. Tunis.

Tunisia, National Institute of Statistics and United Nations Children's Fund (2019). Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), 2018: Rapport Final. Tunis: Ministry of Development, Investment and International Cooperation.

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). Household size and composition around the world, Population Facts, No. 2017/2.

_____ (2019). World Population Prospects 2019, Online Edition. Rev. 1. Available at https://population.un.org/wpp/.

_____ (2020). International Migrant Stock 2020 (United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2020). Available at www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock.

_____ (2022a). Database on Household Size and Composition 2022. Available at https://www.un.org/development/desa/pd/data/household-size-and-composition.

_____ (2022b). World Population Prospects 2022: Summary of Results. Available at www.un.org/development/desa/pd/content/World-Population-Prospects-2022; data portal. Available at https://population.un.org/dataportal/home.

United Nations Development Programme (2022a). Arab Human Development Report 2022, Expanding Opportunities for an Inclusive and Resilient Recovery in the Post-Covid Era. Available at www.undp.org/arab-states/publications/arab-human-development-report-2022-expanding-opportunities-inclusive-and-resilient-recovery-post-covid-era.

_____ (2022b). Human Development Report 2021/2022, Uncertain Times, Unsettled Lives: Shaping our Future in a Transforming World. Available at www.undp.org/egypt/publications/human-development-report-2021-22-uncertain-times-unsettled-lives-shaping-our-future-transforming-world.

United Nations Development Programme and Central Administration of Statistics, Lebanon (2021). The Life of Women and Men in Lebanon: A Statistical Portrait.

United Nations, Economic and Social Commission for Western Asia (2014). Towards better measurement of poverty and inequality in the Arab countries: a proposed pan-Arab multipurpose survey. (E/ESCWA/SD/2014/WP.1). Beirut.

_____ (2020). Policy Brief: The Impact of COVID-19 on the Arab Region: An Opportunity to Build Back Better.

United Nations Economic and Social Commission for Western Asia and International Labour Organization (2021). Towards a Productive and Inclusive Path: Job Creation in the Arab Region.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2022). UNESCO Institute for Statistics database. Available at http://data.uis.unesco.org/.

United Nations Population Fund (2013). Motherhood in Childhood: Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy.

United Nations Population Fund Arab States Regional Office and League of Arab States (2017). Ageing in the Arab Region: Statistical Trends and Policy Perspectives. Cairo.

United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (2020). UNRWA in Figures.

United Nations Statistics Division (2015). Millennium Development Goals Indicators – the official United Nations site for the MDG Indicators. New York. Available at http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Metadata.aspx?IndicatorId=0&SeriesId=730.

_____ (2016). SDG metadata for Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. Available at https://unstats.un.org/sdgs/files/metadata-compilation/Metadata-Goal-3.pdf.

_____ (2021). SDG indicator metadata for Indicator 11.1.1: Proportion of urban population living in slums, informal settlements, or inadequate housing. Available at https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-11-01-01.pdf.

World Bank (2020). Refugee population by country or territory of origin. Database. Available at https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators (accessed on 6 May 2022).

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. Available at www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/.

_____ (n.d.a). Nutrition Landscape Information System (NLiS): Nutrition and nutrition-related health and development data, Malnutrition in children. Available at www.who.int/data/nutrition/nlis/info/malnutrition-in-children.

_____ (n.d.b). The Global Health Observatory: Prevalence of obesity among adults, BMI >= 30 (crude estimate) (%). Available at www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-=-30-(crude-estimate)-(-).

_____ (n.d.c). Global Health Observatory: Non-communicable Diseases. Available at www.who.int/data/gho/data/themes/noncommunicable-diseases.

_____ (n.d.d). Global Health Observatory Data Repository. Health Financing. Available at https://apps.who.int/gho/data/node.main.HEALTHFINANCING.

World Health Organization Regional Office for South-East Asia (2017). Background paper for the regional technical consultation on: Monitoring the Health-Related Sustainable Development Goals (SDGs) 9–10 February 2017, SEARO, New Delhi. Available at www.who.int/docs/default-source/searo/hsd/hwf/01-monitoring-the-health-related-sdgs-background-paper.pdf?sfvrsn=3417607a_4.

_____ (2022a). Global excess deaths associated with COVID-19, January 2020–December 2021 (accessed on 26 October 2022).

_____ (2022b). COVID-19 advice for the public: Getting vaccinated (accessed on 26 October 2022).

World Values Survey Association (2017). World Values Survey Database. Vienna. Available at www.worldvaluessurvey.org.

Yemen, Central Statistical Organization and United Nations Population Fund (2019). The Sustainable Development Goals Indicators Report – in Yemen 2016–2018.

هذا الإصدار هو الأحدث في سلسلة تنشرها كل سنتين مجموعة الإحصاء ومجتمع المعلومات والتكنولوجيا في اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا). وهو يقدم عرضاً موسعاً للمجتمع العربي وطُرق تغيّره، ويركز على الديناميات السكانية، وتركيبة الأسرة المعيشية، وتكوين العائلة، وظروف المساكن، والصحة، والعمل، والفقر، وعدم المساواة، والتعليم، والثقافة، والمشاركة الاجتماعية، وآثار جائحة كوفيد-19.

استُمِدت البيانات بشكل أساسي من أجهزة الإحصاء الوطنية في البلدان الأعضاء في الإسكوا، واستُكمِلت ببيانات متاحة للعموم صادرة عن هيئات دولية، مثل منظمة العمل الدولية، والبنك الدولي، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)، وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، ومنظمة الصحة العالمية، ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، وبرنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية.

2201104A