تحليل جغرافي لمؤشرات التنمية المستدامة في العالم العربي
دراسة حالة: المؤشرات الصحية ومعاييرها وتباينها المكاني

الاستاذ المشارك الدكتور عبد الحليم البشير الفاروق
قسم الجغرافيا/كلية العلوم الاجتماعية /جامعة أم القرى/المملكة العربية السعودية
الاستاذ الدكتور باسم عبد العزيز عمر العثمان
قسم الجغرافيا ونظم المعلومات الجغرافية/كلية الآداب/جامعة البصرة
الاستاذ المساعد الدكتور عبد الجليل اندرو موسى انيانك
قسم الجغرافيا/كلية العلوم الاجتماعية /جامعة أم القرى/المملكة العربية السعودية

الملخص:-

تعد المؤشرات الصحية من المقومات الرئيسة لتحقيق التنمية الشاملة، وذلك بفضل ما تقدمه للسكان من خدمات تحافظ على حياتهم وتمد في أعمارهم لأنها حق من حقوق الانسان الأساسية، كما انها دليل أساسي لقياس مستوى التنمية المستدامة. ولما لها من أهمية، فإن أي قصور أو هشاشة في تلك الخدمات ومستوياتها سينعكس سلبا على كافة جوانب الحياة التي يعد الانسان أحد أركانها الأساسية.

يهدف البحث الى التعرف على مستويات مؤشرات التنمية المستدامة في العالم العربي، ومدى تحقيقها لأهدافها، تحديدا المؤشرات الصحية، ودرجة تفعيلها في بعض المعايير الاجتماعية التي تقف عندها مثل وفيات الأطفال حديثي الولادة (الرضع)، ووفيات الاطفال دون الخامسة، ووفيات الأمهات، ودليل العمر المتوقع عند الميلاد.

كلمات مفتاحية: المؤشرات الصحية، التنمية الشاملة، التنمية المستدامة، المعايير الاجتماعية.

تاريخ الاستلام: ٢٠٢١/٠٩/٠٨ **تاريخ القبول:٢٠٢١/١١/٠٧**

Geographical Analysis of Sustainable Development Indicators in the Arab World: Case study of Health Indicators, its standards and its spatial variation

Assoiate Professor. Dr Abdel Halim Al - Bashir Al –Farouq
Department of Geography/College of Social Sciences/Umm Al-Qura University/Kingdom of Saudi Arabia
Professor Dr.Basem Abdel Aziz Omar Al-Othman
Department of Geography and GIS/College of Arts/University of Basra
Assistant Professor. Dr Abdoul Jelil Ndaraw Moussa Niang
Department of Geography/College of Social Sciences/Umm Al-Qura University/Kingdom of Saudi Arabia

Abstract:

Health indicators are one of the main ingredients for achieving comprehensive development, and this is due to the services they provide to the population that preserve their lives and extend their lives because they are a basic human right, and they are a basic guide to measuring the level of sustainable development. Because of their importance, any shortcoming or fragility in these services and their levels will negatively affect all aspects of life, of which the human being is one of the basic pillars.

The research aims to identify the levels of sustainable development indicators in the Arab world, the extent to which they achieve their goals, specifically the health indicators, and the degree to which they are activated in some social standards that stand at them, such as the mortality of new-borns (infants), the mortality of children under five, maternal mortality, and the life expectancy at birth.

Keywords: Health indicators, comprehensive development, sustainable development, social standards.

Received: ٠٨/٠٩/٢٠٢١ **Accepted:** ٠٧/١١/٢٠٢١

المقدمة:-

عندما تتكئ الأجيال البشرية على نافذة مؤشرات التنمية المستدامة في خططها التنموية سيقودها ذلك إلى تحسين قدراتها الوطنية في إدارة الموارد الطبيعية إدارة واعية ورشيدة لتحقيق حياة أفضل لكافة فئات المجتمع. كما سيساعدها ذلك الاهتمام على احترام البيئة الطبيعية من خلال تنظيم العلاقة بين الأنشطة البشرية وعناصر البيئة، وعدم الإضرار بها، إضافة إلى تعزيز الوعي البيئي للسكان، وتنمية إحساس الفرد بمسؤوليته تجاه المشكلات البيئية والاقتصادية والاجتماعية. وسيؤدي ذلك إلى تحسين المستويات المعيشية لأفراد المجتمع كما ونوعا واستقرارا وأمنا وامانا ونقاء بيئيا. عندئذ تكتسب الأجيال المستقبلية حافظة للأصول الاقتصادية والبيئية والاجتماعية، وعلى أساس مستدام، وعلى مر الزمن، ودون تراجع.

ومما لا شك فيه أن الصحة من المؤشرات الحاسمة في التنمية والتطور في جميع بلدان العالم، كما أنه أصبح من الضروري استخدام المؤشرات لتتبع التقدم داخل البلدان وعبرها بمرور الوقت. وتهدف هذه الاستخدامات لمؤشرات الصحة إلى تعزيز المراقبة النشطة لتقديم الخدمات داخل المجتمعات، ولزيادة المساءلة العامة وتفعيل الحكم الرشيد. والمؤشر الصحي ما هو إلا بناء لمراقبة الصحة العامة حيث أنه يحدد مقياسًا للصحة، أي حدوث مرض أو حدث آخر متعلق بالصحة، أو عامل مرتبط بالصحة كالحالة الصحية للأشخاص. وتمثل المؤشرات الصحية مقاييس موجزة تلتقط المعلومات ذات الصلة حول السمات والأبعاد الصحية المختلفة في الدول والمجتمعات، كما أنها تعكس تطور وأداء النظام الصحي عبر الزمن.

ومن أهم المؤشرات الصحية التي اعتمدتها الأمم المتحدة والمنظمات العالمية ذات الصلة بصحة ورفاه الانسان تلك المؤشرات التي تتعلق بصحة الأمومة والطفولة والتي لها انعكاسات قوية على كافة شرائح المجتمع في كل الأعمار. هذه المؤشرات ضمت مؤشرات معدل وفيات الأطفال الرضع، أي عدد الأطفال الذين يموتون قبل عيد ميلادهم الأول (يقاس بالألف). كما ضمت مؤشر معدل وفيات الأطفال الذين يموتون قبل بلوغهم سن الخامسة مرجحا إلى مجموع الولادات الحية (يقاس بالألف). أما المؤشر المتعلق بصحة الأم فهو معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل حيث يعطي قياسا لعدد الوفيات بين الأمهات محسوبا لكل مائة ألف حالة ولادة حية. وبما أن المؤشرات الثلاثة التي ذكرت لها تأثير كبير على متوسط الفترة التي يعيشها الفرد وهو يتمتع بصحة جيد فقد تم إدراج متوسط العمر المتوقع كمؤشر حيوي في تقويم فعالية البرامج التي تم تنفيذها في تحقيق الأهداف المرجوة من المؤشرات الثلاثة السابقة. إن متوسط العمر المتوقع يقدر متوسط عدد السنوات التي يُتوقع أن يعيشها الأشخاص في بلد ما. ولأهمية هذا المؤشر فقد استخدمته منظمات الأمم المتحدة المختصة (UNFPA) كأحد المؤشرات الثلاثة لمؤشر قياس التنمية البشرية (HDI).

إن دعامات التنمية المستدامة ومؤشراتها (كما في الملحق) وما تنتجه من مستويات معيشية تتوج بالرفاه، تعد من الإجراءات والاهداف التي تقع ضمن طموحات العديد من دول العالم، وخاصة الأنظمة السياسية التي تؤكد مساهمة مواطنيها بصورة فعالة في صنع القرارات. وعلى النقيض من الدول ذات الجفاف في

سياسات دولها، وما تحركه شخوصها من فوضى وتخطيط قاصر، واضطراب في السياسات وإهدار المال العام، وإفساد الموارد الطبيعية ودوران حول مسام مشكلات المجتمع وهوامشها الخارجية، دون النفاذ إلى أعماقها بالمستوى المطلوب. بالتأكيد، سيسهم ذلك في تدني المستويات المعيشية للسكان وفي عدم القدرة على تلبية حتى حاجاته الأساسية، وطموحاته في التنمية والرفاه حاضرا ومستقبلا. لقد أصبح من المؤكد أن تقدم المجتمعات وتطورها في المجالات الاقتصادية والتكنولوجية والحضارية والاجتماعية لا يمكن أن يتم دون تنميه قواها البشرية وطاقاتها كما ونوعا. فموارد المجتمع الطبيعية، مهما كانت اشكالها ونوعياتها، لا يمكن استغلالها وبشكل أمثل بانتهاج الخطط والبرامج الناجحة التي من شأنها ضمان تنمية هذه الموارد واستدامتها. ومن الطبيعي أن تنمية هذه الموارد واستدامتها لا تتم في ظل مجتمع تسود فيه الأمية ومتعلمون فيه اكثرهم لم يحصلوا على قشور من المعرفة السطحية، او جيوش من الفقراء والعاطلين عن العمل، او فساد اداري، او حروب ونزاعات مسلحة، او اقصاء. ومن ثم وفي ضل هذه المشكلات التي لاتزال تنهش بكيانات مجتمعات عربية عدة، أو على اكتاف هؤلاء لا يمكن تحقيق التنمية المستدامة بمعانيها وأهدافها السامية التي تقتضي تشجيع وتحفيز التفكير الإبداعي المتميز القادر على التخطيط والتنفيذ لتلك المعاني والأهداف.

أهداف البحث وتساؤلاته:

يهدف البحث إلى التعرف على مؤشرات التنمية المستدامة في العالم العربي، ومدى تحقيقها لأهدافها في مختلف جوانب الحياة الإنسانية وسريانه إلى مفاصلها المختلفة رفاهية أو حرمانا، فضلا عن إبراز التباين المكاني بين دوله، ومن ثم التعرف على العوامل المفسرة لهذا التباين في إطار المؤشرات الصحية التي تشكل الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة السبعة عشر والذي ينص على: - "ضمان حياة صحية وتعزيز الرفاهية لجميع الأعمار".

وفي ضوء هذه الأهداف يمكن صياغة التساؤلات الآتية:

١. هل الدول العربية على المسار الصحيح لتحقيق معظم أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة بحلول عام ٢٠٣٠
٢. هل يعتبر الأداء الكلي للدول العربية كإقليم جغرافي متناسبا مع ما تصبو اليه؟
٣. هل من تباين فردي أو إقليمي بين الدول العربية في درجات تحقيق الأهداف الفرعية في مجال الصحة وتحقيق الرفاهية لجميع الاعمار؟
٤. هل من شواهد على أن التشوهات في الأداء الفردي أو الجماعي للدول العربية قد يؤدي الى تقويض دعائم التنمية ومؤشراتها في مجالات الصحة وغيرها؟
٥. ما هي الشواهد على تأثير مستويات الدخل على النتائج المرجوة في تحقيق الأهداف الكلية للصحة ورفاهية المجتمع؟

أهمية البحث:

من ضمن الأهداف السبعة عشر التي اعتمدتها الأمم المتحدة لخطة عام ٢٠٣٠، يعد الهدف الثالث، التنمية المستدامة (SDG-٣)"ضمان حياة صحية وتعزيز الرفاهية لجميع الأعمار"، أحد أكثر الأهداف الشاملة والمترابطة مع أهداف التنمية المستدامة الأخرى، لذلك تأتي أهمية الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة من خلال انه بمثابة مورد متعدد وعالمي يمكن أن تستند إليه سياسات التنمية المستدامة، خاصة بالنسبة للبلدان التي تشتد الحاجة إليها كما في دول الوطن العربي، ويمكن أن يؤدي إلى الحفاظ المستدام على الرفاه والصحة. ومع ذلك، فإن الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة يواجه تباينات قطرية عالية، لذلك هناك خطر كامن في عدم قدرة بعض الدول على تحقيق الأهداف المذكورة. ونظرا لأهمية هذا الهدف تم التركيز على مؤشراته الفرعية في هذه الدراسة عن الدول العربية لفحص درجات التباين في الأداء بين دوله، وقياس الأداء الكلي لمجموعة الدول. كما أنه يفتح المجال للباحثين نحو المزيد من الدراسات حول تلك المؤشرات وتباينها مكانيا، وبيان علاقتها بالسكان وخصائصهم السكانية ودرجة ارتباطها بالحاجات الأساسية من مؤشرات التنمية. كما يستمد البحث اهميته من خلال الاجابة على التساؤلات المطروحة سابقاً والتي تشكل الاساس لمن يسعى الى تحقيق مستويات معاشية تحمل اتجاهاً نحو الرفاه والتقدم.

الدراسات السابقة:

يشير مصطلح رعاية صحة الأم (Maternal health) إلى ذلك المفهوم الذي يشمل كلاً من رعاية تنظيم الأسرة، أي التفكير المسبق للحمل، مرحلة الحمل، ومرحلة ما بعد الولادة .كما تتضمن الرعاية المسبقة توفير فرص التعليم، الارتقاء بالصحة، وعمليات الفحص بالأشعة والتدخلات بالنسبة للنساء في مرحلة الأعمار الإنجابية للتقليل من عوامل الخطورة والتي قد تؤثر على عمليات الحمل المستقبلية وعلى حياة الأمهات ومواليدهن. بينما تعد عملية الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة عملية ضرورية لتوفير الرعاية الشاملة التي تتلقاها النساء أو توفرها لأنفسهن في أثناء مرحلة الحمل .ويتضح هذا من خلال أن النساء اللاتي تتلقين رعايةً صحيةً لمرحلة ما قبل الولادة في فترةٍ مبكرةٍ.

وقد خضعت المؤشرات الصحية الى العديد من الدراسات. وفي دراسة وبائية عن وفيات وصحة الأمهات في العالم العربي هدفت إلى تقييم صحة الأم من حيث معدلات وفيات الأمهات وخطر وفاة الأمهات على العمر المتوقع لديهن، أظهرت النتائج انخفاض معدل الوفيات بشكل ملحوظ في جميع البلدان العربية تقريبًا. كما تمت الإشارة الى الصومال لتكون الدولة التي لديها أكبر معاناة من وفيات الأمهات بسبب الحمل، في حين أن دول الخليج لديها أدنى عبء..(Khachfe Hussein H, et. Al. ٢٠١٧)

كما خلصت العديد من الدراسات حول معدلات وفيات الأمهات والرضع والاطفال إلى تباين إنجازات الدول في هذا المجال، بل وأكدت على وجود فوارق إقليمية محلية داخل الدولة الواحدة. وفي تقرير لها حول الموضوع، اشار صندوق الطوارئ الدولي للطفولة التابع للأمم المتحدة (UNICEF) بشكل خاص إلى التقدم غير المتوازن داخل البلدان حيث لم تحرز جميع شرائح السكان تقدمًا بنفس المعدل او تتمتع البلدان ذات الدخل

المرتفع بتغطية أفضل لاختراعات بقاء الأمهات والمواليد والأطفال على قيد الحياة مثل زيارات الرعاية السابقة للولادة، والقابلات الماهرات، والحماية من كزاز الأطفال حديثي الولادة، والتحصين ضد الحصبة. علاوة على ذلك، يتم تكرار أوجه عدم المساواة والاختناقات بين البلدان داخل الحدود الوطنية. وقد استشهد التقرير بما عانته منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا لسنوات عديدة من الصراعات المستمرة، مما أثر بشكل ضار على الحالة الصحية للسكان الأكثر ضعفاً، النساء والأطفال، وتفشى الأمراض في أجزاء كثيرة من منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا MENA، ولا سيما في البلدان المتضررة من النزاعات. وبحسب تقرير المنظمة يعد تفشي فيروس شلل الأطفال البري في سوريا والكوليرا في اليمن أمثلة على استمرار تحديات الصحة العامة في هذه المنطقة. كما خلص التقرير الى أن تدهور النظام الصحي في بلدان المنطقة المتأثرة بالنزاع يشكل تحديًا خطيرًا أمام تحقيق حق الأطفال في الصحة. ومن الأمثلة على تحديات الصحة العامة المتواصلة في المنطقة انتشار فيروس شلل الأطفال (Polio) في سوريا وانتشار الكوليرا في اليمن. وختم التقرير بالقول بأن تدهور النظام الصحي في دول المنطقة المتضررة من النزاعات في الدول العربية وفي غيرها يشكل تحدياً خطيراً لحصول الأطفال على حقّهم في الخدمات الصحية. https://www.unicef.org

وقد نشرت البوابة الإخبارية المختصة بتغطية أخبار العلوم (Scimex) وفي صدر موقعها العلمي أنه وفي العام (٢٠١٨) صدر بحث في مجلة (The Lancet) للنشر العلمي بحثا ورد فيه أن البلدان ذات الأغلبية المسلمة تتصف بمعدلات أعلى لوفيات الأمهات والمواليد والأطفال حديثي الولادة مقارنة بالمتوسط العالمي ومقارنة بالدول ذات الأغلبية غير المسلمة. الدراسة لم تجد أي دليل على أن الدين سبب في ذلك، إلا أنها ذهبت إلى أن قضايا مثل الصراع والهجرة وعدم الاستقرار السياسي وفعالية الحكومة، تعتبر محركات رئيسية للاختلافات في وفيات الأمهات والأطفال. وفوق ذلك فقد أظهرت الأدلة من جميع أنحاء العالم أيضًا أن ارتفاع معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة وتمكين المرأة يؤثر بشكل إيجابي على صحة الأم والطفل. في حين أن العديد من البلدان ذات الأغلبية المسلمة قد أحرزت تقدمًا في مؤشرات التمكين والوصول إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، مما يستدعي بذل جهود كبيرة من قبل الدول تدفع في هذا الاتجاه. https://www.scimex.org/

ولقد ذكر ((Marques, Joseph (٢٠٠٢ عن صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (UNFPA) في تقرير له حقيقة التباين الكبير في الدول العربية فيما يختص بمعدلات الوفيات، حيث أشار الى تفرد دول مجلس التعاون الخليجي بامتياز يتمثل في تسجيل أدنى معدل لوفيات الرضع في العالم العربي، وأعلى معدل متوسط عمر متوقع يبلغ ٧٤,٣٨ عامًا، مع تفوق النساء على الرجال بمتوسط معدل ٤,٥ سنوات.

أما (Abdul Salam & Al-Khraif, ٢٠٢٠) فقد قاما بدراسة معدلات وفيات الرضع لعامي (١٩٧٨ – ١٩٩٨) في ١٦ دولة عربية في منطقة شرق المتوسط، معتمدة على البيانات الصادرة من منظمة الصحة العالمية ومصادر منظمة الأمم المتحدة للطفولة. تمت دراسة تأثير المؤشرات الديموغرافية والاجتماعية والرعاية في

الفترة المحيطة بالولادة والمؤشرات الاقتصادية على معدلات وفيات الرضع في عام ١٩٩٨ باستخدام معامل رتبة سبيرمان للكشف عن الارتباطات المهمة. في تلك الدراسة، أظهرت جميع البلدان، باستثناء العراق، انخفاضًا حادًا في المعدلات من ١٩٧٨ إلى ١٩٩٨. وارتبطت معدلات وفيات الأطفال ارتباطًا مباشرًا بحجم السكان، وإجمالي المواليد السنوي، وانخفاض الوزن عند الولادة ومعدلات وفيات الأمهات. كما توصلت الدراسة الى أن معدلات وفيات الأطفال ترتبط عكسياً بحالة معرفة القراءة والكتابة لكلا الجنسين، والناتج القومي الإجمالي السنوي للفرد، والحصول على مياه الشرب المأمونة ومرافق الصرف الصحي الملائمة. كما خلصت الى أن الجهود الخليجية الجادة في تقليل معدل وفيات الأطفال قد ظهرت جلية وأن الإنجاز كان ظاهرا مما يؤكد نجاح الاستراتيجية الخليجية في مجال وفيات الأطفال بشكل ملحوظ وأن الالتزامات والجهود المتكاملة على المستويات المحلية والوطنية والدولية من خلال التعاون والمبادرات قد كان لها الأثر الكبير في ذلك.

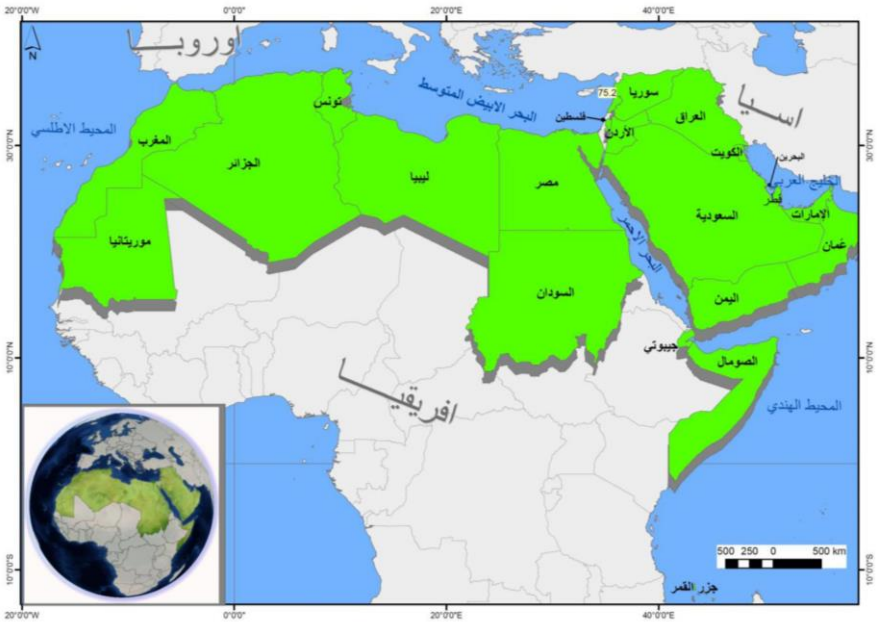
وتؤثر معدلات الوفيات المذكورة على العمر المتوقع للمجتمع. ويشير مؤشر "متوسط العمر المتوقع عند الولادة" في الواقع إلى متوسط عدد السنوات التي يُتوقع أن يعيشها المولود الجديد إذا ظلت أنماط الوفيات وقت ولادته ثابتة في المستقبل (World Bank, ٢٠١٣). بعبارة أخرى، إنه مقياس يبحث في عدد الأشخاص الذين يموتون من مختلف الأعمار في ذلك العام، ويقدم لمحة عامة عن "خصائص الوفيات" الإجمالية للسكان في ذلك العام. غالبًا ما تستخدم التحولات في متوسط العمر المتوقع لوصف اتجاهات الوفيات، كما أن القدرة على التنبؤ بكيفية تقدم السكان في العمر لها آثار إيجابية كبيرة على التخطيط وتوفير الخدمات والدعم، إلى جانب مؤشر التعليم ومؤشر الناتج المحلي الإجمالي، فإنه يشكل مؤشرا للتنمية البشرية الذي يستخدمه برنامج الأمم المتحدة الإنمائي.

وبحسب مقال في موقع (statista.com, ٢٠٢١) استمر متوسط العمر المتوقع العالمي في الزيادة، حيث ارتفع من ٦٩,٩ عامًا في عام ٢٠٠٨ إلى ٧٢,٦ عامًا في عام ٢٠١٨. ومع ذلك، يمكن أن يختلف متوسط العمر المتوقع اعتمادًا على الدولة والمنطقة. على سبيل المثال، أشار الوقع إلى أن جميع البلدان العشرين الأولى التي لديها أدنى متوسط عمر متوقع في جميع أنحاء العالم تقع في إفريقيا، أم تلك البلدان ذات المتوسط الأعلى في العمر المتوقع فهي اليابان وسويسرا وسنغافورة وإسبانيا. وربط المقال بين العمر المتوقع والمستوى المعيشي للبلد ممثلا في الدخل، وذكر أن أدنى متوسط عمر متوقع في جميع أنحاء العالم يسود في البلدان ذات الدخل المنخفض أو البلدان النامية التي تفتقر إلى الوصول إلى الرعاية الصحية والعلاج الذي يمكن أن توفره المزيد من البلدان المتقدمة. ولذلك فإن الأسباب الرئيسية للوفاة في هذه البلدان تختلف عن تلك الخاصة بالبلدان ذات الدخل المتوسط والبلدان ذات الدخل المرتفع. تشمل الأسباب الرئيسية للوفاة في البلدان منخفضة الدخل أمراضًا مثل فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) والملاريا، بالإضافة إلى مضاعفات الولادة المبكرة التي لا تسبب وفيات كبيرة في البلدان ذات الدخل المرتفع.

الحدود المكانية والزمانية:

في ظل اهمية المكان لأي دراسة جغرافية، اقتصر الإطار الجغرافي لهذه الدراسة على الوطن العربي بدوله الاثنتان والعشرون، كما في الخريطة (١). يقع الوطن العربي في وسط العالم القديم ويضم مجموعة من البلدان التي تغطي شبه الجزيرة العربية والخليج العربي، وشمال إفريقيا والقرن الافريقي والمغرب العربي والشرق الأدنى، التي تشترك فيها اللغة العربية وثقافة عربية ويمتد من المحيط الأطلسي غربا حتى الخليج العربي شرقا، ومن البحر المتوسط شمالاً حتى جنوب الصحراء الكبرى والمحيط الهندي جنوباً, وفلكياً ما بين دائرتي عرض ٢° جنوبا و٣٨° شمالا , وبين خطي طول ١٧° غربا و ٦٠° شرقا. اما مساحة الوطن العربي فتقدر بحوالي ١٣ مليون كم٢ يقع منها نسبة ٧٢% من اجمالي المساحة في الجناح الافريقي , في حين يضم الجناح الاسيوي ٢٨ % من اجمالي المساحة .ويضم الوطن العربي (٢٢) دولة (١٠ دول افريقية و١٢ دول اسيوية) , كما تقع ثلاث دول أفريقية (الصومال وجيبوتي وجزر القمر) ، خارج المنطقة الناطقة بالعربية.

خريطة (١): الوطن العربي حسب الدول وموقعه من قارات العالم



المصدر: The Humanitarian Data Exchange website, https://data.humdata.org/

الإجراءات المنهجية والمفاهيم الرئيسة:

أولا: مصادر البيانات:

بالنظر لإحصاءات التعدادات السكانية، نجد أن هنالك تباينا واضحا بين الدول العربية فيما يختص بانتظام اجراء التعدادات السكانية. فهنالك دول لم تنتظم فيها التعدادات السكانية وخاصه في العراق وسوريا واليمن وليبيا بسبب عدم استقرار الأوضاع الأمنية والسياسية وسيادة الحروب فيها، وما يحيط بها من عمليات نزوح

وتهجير قسري. بينما هناك ندرة في اجراءها كما في لبنان الذي لم يجري اي تعدادا سكاني بعد تعداد ١٩٣٢ وهنالك دول عربية تقوم بإجراء التعداد بشكل دوري ومنتظم كما في دول مجلس التعاون الخليجي. في حين لا يوجد نظام موحد لإجرائها في بعضها الاخر. ونظرا لهذا التباين وعدم الانتظام في مصادر البيانات السكانية بدول العالم العربي فقد تبنت هذه الدراسة البيانات التي أصدرتها الأمم المتحدة ممثلة في شبكة حلول التنمية المستدامة The UN Sustainable Development Solutions (SDSN) التابعة لها. وقد أصدرت (SDSN) ملفا بمؤشرات وأهداف التنمية المستدامة ولوحات المعلومات في المنطقة العربية في العام (٢٠١٩) ليكون أداة تستخدمها الحكومات العربية والباحثون وأصحاب المصلحة الآخرين لقياس التقدم المحرز في تحقيق أهداف التنمية المستدامة (SDGs)، وتسليط الضوء على الفجوات في كل من التنفيذ والبيانات. ويُعد مؤشر أهداف التنمية المستدامة للمنطقة العربية لعام ٢٠١٩ هو الأول من نوعه من حيث الشكل والمحتوى والهدف، وبالتالي فهو يهدف أيضًا إلى فتح نقاش حول المجالات والسياسات والإجراءات ذات الأولوية. لذلك تم الاعتماد على البيانات التي توفرها الأجهزة الإحصائية للدول العربية وإداراتها من تقارير ونشرات ومسوحات، او اي مصادر ودوريات اخرى او دراسات خاصه بأهداف التنمية المستدامة عند الحاجة إليها. وقد حرص الباحثون على ان تسير خطوات البحث وفق المنهج الوصفي التحليلي.

ثانيا- المفاهيم الرئيسة:

(١): التنمية المستدامة: Sustainable Development

يعود تاريخ هذا المصطلح إلى عام ١٩٨٢ عندما شكلت الامم المتحدة (اللجنة العالمية للبيئة والتنمية The World Commission on Environment and Development) التي رأستها (غروهارلم بيرونتلاند) رئيسه وزراء النرويج الأسبق للنظر في استراتيجيات طويله المدى لتحقيق تنمية عالمية طويلة المدى. بحلول عام ٢٠٠٠ أصدرت اللجنة تقريرها عام ١٩٨٧ تحت عنوان مستقبلنا المشترك (Our Common Future) والذي حدد مفهوم التنمية المستدامة بانها ((التنمية التي تلبي حاجات الحاضر دون المساومة على قدره الاجيال الأجيال المقبلة في تلبيه حاجاتهم)) كما اتجه مصطلح التنمية المستدامة نحو التعبير عن مفهوم نظري يقضي بتمكين المجتمعات المختلفة من العمل على تحقيق التوازن بين أهدافها الاقتصادية والاجتماعية والبيئية (التركاوي، ١٩٨٩).

وقد أعطى مؤتمر منظمة الزراعة والأغذية العالمية (FAO) تعريفا أوسع للتنمية المستدامة حيث وصفها بأنها "إدارة قاعدة الموارد وصيانتها، وتوجيه عملية التغيير التكنولوجي والمؤسسي ليضمن إشباع الحاجات الإنسانية للأجيال الحاضرة واللاحقة باستمرارية في القطاعات المختلفة وبطرق فنية مقبولة ولا تؤدي إلى تدهور البيئة" (عبد السلام، ١٩٩٨). وتعني أيضا تحقيق التوازن بين النظم البيئية والاقتصادية والاجتماعية الشئ الذي يتطلب توفير فرص التنمية البشرية للأجيال الحالية والمستقبلية، ومنع تراكم أعباء تتحمل تبعاتها الاجيال المقبلة. تلك الأعباء يمكن أن تتمثل في الديون المالية الناشئة عن قروض خارجية ومحلية طويلة

الاجل والديون الاجتماعية الناشئة عن إهمال الاستثمار في تنميه القدرات البشرية والديون البيئية الناشئة عن نضوب الموارد غير القابلة للاسترداد أو تلوث البيئة السعدية، (٢٠٠٤). وحسب تلك المفاهيم فإن التنمية المستدامة هي: التنمية التي تأخذ في الاعتبار القيود الثلاثة الرئيسة التي تفرضها البيئة على جهود التنمية وهي: عدم التبذير في استخدام الموارد الناضبة، الالتزام في استخدام الموارد المتجددة لحدود قدرتها على تجديد نفسها، عدم تجاوز قدرة البيئة على تجديد نفسها وعدم تجاوز قدرة البيئة على هضم ما تلقيه فيها جهود التنمية من مخلفات، (عاشور،٢٠١٧).

وبحسب اللجنة العالمية للبيئة والتنمية، فإن مصطلح التنمية المستدامة يضم مفهومين أساسيين:

١. مفهوم الحاجات، وخصوصا الحاجات الأساسية لفقراء العالم والتي ينبغي ان تعطى الأولوية المطلقة.
٢. فكره القيود التي تفرضها حالة التكنولوجيا والتنظيم الاجتماعي على قدره البيئة للاستجابة لحاجات الحاضر والمستقبل.

ولقد أوضح أبو النصر ومدحت (٢٠١٧) أن خصائص التنمية المستدامة يمكن تحديدها عبر مجموعة من الأسس كما يلي:

- ✓ تتوجه أساسا إلى تلبية متطلبات واحتياجات أكثر الشرائح فقرا في المجتمع وتسعى إلى الحد من تفاقم الفقر في العالم من خلال تحقيق التوازن بين النظام البيئي والاقتصادي والاجتماعي.
- ✓ تهتم بالموارد، سواء كانت بشريه أو بيئية أو مجتمعية، وتعمل جاهده من خلال انشطتها على التوعية بالمحافظة عليها واستثمارها.
- ✓ تقوم على فكرة العدالة بين الأفراد وبين الاجيال والشعوب إلى جانب الاهتمام بدور المجتمع المدني وجميع فئات المجتمع للمشاركة في الأنظمة التنموية بما يسهم في رفع مستوى معيشة افراد المجتمع.
- ✓ يعد البعد الزمني بعدا أساسيا إذ أنها تنمية طويلة المدى، وهذا ما يتطلب توليد دخل مرتفع يمكن من خلاله استثمار جزء منه بما يمكن من إجراء الإحلال والتجديد والصيانة للموارد.

(٢): مستوى المعيشة: Living standard

يتحدد المصطلح على أساس الإشباع والحرمان من الحاجات الأساسية وليس على مستوى الدخل ويقيس مستوى الرفاهية بالنسبة للسكان الذين يعانون من الحرمان. وهو أيضا مقياس مركب يستخدم باستخدام مقياس الحاجات الأساسية غير المشبعة Unsatisfied Basic Needs Index حيث يمكن على أساسه توزيع السكان إلى فئات في سلم مستويات المعيشة بدءا من أسوأ مستويات الحرمان وانتهاء بأعلى مستويات المعيشة، (السعدي، ٢٠١٦: ٧٣).

(٣): الحاجات الأساسية: Basic Needs

وهي كل الحاجات التي تدخل في تشكيل الشخصية الإنسانية، وان انعدام المساواة في الحصول عليها والتمتع بها يتسبب في وقوع اضطرابات أو ثورات. ويشتمل اشباع الحاجات الأساسية على ثلاث مهمات تتضمن توفير السلع والخدمات المطلوبة بكميات كافية متضمنة خدمات الصحة والتعليم، الحفاظ على أنماط التنمية القابلة للاستمرار بيئيا، بما فيها الصحة وكفاله التوزيع العادل للمزايا أو الفوائد التي تترتب عليها تغيرات في أنماط السلوك بعيدا عن الأنماط المغالية والإسراف، (اللجنة العالمية للبيئة والتنمية ،١٩٨٩: ٨٣).

(٤): السعادة: Happiness

يعني مصطلح السعادة قدرة الفرد على الاحتفاظ بمشاعره الإيجابية والتعافي بسرعة من تجاربه السلبية، والانخراط في اعمال التعاضد الاجتماعي والتعبير عن مستويات عالية من الحضور الذهني ويقظته فضلا عن اعتناق هدف في الحياة أو الحفاظ على علاقات ايجابية مع الآخرين يكون لها أبلغ الأثر احيانا في اجتراح السعادة وديمومتها، (التركاوي،٢٠١٥: ١٧٠).

(٥): الحرمان: Deprivation

يتحد هذا المفهوم بأنه ظاهرة متعددة الأبعاد، ويعنى بها النقص في إشباع الحاجات الأساسية (المسكن، الغذاء، الدواء) وتعذر الحصول عليها وإن كان مستوى دخلها يؤهلها لذلك، ومثال ذلك الحرمان من خدمات البنية التحتية كالماء والكهرباء، والصرف الصحي الناتج عن نقص أو عدم توفر هذه الخدمات، وكذلك الحاجات التي لا يمكن الحصول عليها مقابل المال فقط، كالأمن الشخصي، والخلو من الامراض المزمنة والاعاقات، وتوفر الخدمات العامة، وخلو البيئة من التلوث، (السعدي،٢٠١٦: - ٧٤).

(٦): الرفاه Well – being

يفهم مصطلح الرفاه على انه مجموعة العوامل التي يحتاجها الشخص للتمتع بنوعيه حياة جيدة، وفي حالة من الرضا. وهذه العوامل لها تأثير اجابي على نوعية الحياة التي يعيشها مثل: العمل اللائق، الموارد الاقتصادية لتلبية الاحتياجات (اي الدخل الذي يحقق تلك المتطلبات والحاجات بيسر)، الإسكان، الحصول على التعليم والصحة، وقت الفراغ، وما الى ذلك. وعلى الرغم من ان مفهوم الرفاه هو مفهوم ذاتي (ما هو جيد لشخص واحد قد لا يكون كذلك لشخص اخر). وبذلك يمكن القول بأن الرفاه يعني حالة الرضا والقناعة والاطمئنان التي يتمتع بها الشخص داخل مجتمعه، وبأن جميع حاجاته الاساسية تلبى له بيسر وبشكل شامل ومستدام.

مؤشرات النمو السكاني والتنمية في الوطن العربي:

أولا: حجم السكان ومعدلات نموهم في العالم العربي:

لا يمكن للخطط التنموية أن تنجز مهامها أو تحقق أهدافها بنجاح دون دعم الانسان لها، فالإنسان هو الهدف النهائي للتنمية وهو الداعي لتبنيها من أجل ضمان حياته وحياة الاجيال من بعده ورفاهيتهم حاضرا

ومستقبلا. ولا جدال في أن هناك علاقة عكسية ما بين النمو السكاني والتنمية المستدامة. فالفيض السكاني بما يحمله بين طياته تناقضات وتشابكات ديموغرافية واقتصادية واجتماعية وثقافية ودينية مما يجعل تأثيرها واقعا لا محالة على مؤشر التنمية المستدامة وانعكاس ذلك على مستويات المعيشية وقيمة الحياة.

وفي مجمل دول العالم العربي وباختلاف تنوع المجتمعات بداخلها، نجد أن فيها تعددا وتنوعا في ثقافات وأفكار مجموعاتها السكانية، وتفاوتا في درجات تماسك نسيجها الاجتماعي. هذا التباين الثقافي قد يمثل عامل نماء وحماية وتطور في بعض المجتمعات، أو قد يمثل عاملا فاعلا في هدم وتأخر وضعف مردود الخطط التنموية في مجتمعات أخرى حال رفضهم التعايش والتجانس. ومما لا شك فيه فإن العلاقة العكسية ما بين النمو السكاني والتنمية المستدامة قد تتراجع وتنتفي في ظل الادارات السياسية ذات الكفاءة العالية التي تعتمد الشفافية ومحاربة الفساد وعلى التخطيط السليم الذي يفي باحتياجات السكان الأساسية في مجالات الصحة والتعليم والمسكن. إن تلك الدول الناجحة تتزايد فيها احتمالات نجاح التنمية المستدامة من خلال تحقيق أهدافها التي تترجمها المؤشرات الحاملة لها والذي يوضحه الملحق (١).

لذلك فالأحجام السكانية لدول العالم العربي رغم تباينها مكانيا ومع ما يرافقها من معدلات نمو عالية , كما يوضحه الجدول (١) قد تكون نقمة على مجتمعاتها في بعض الدول العربية، خاصة لإنها عوالم سكانية قد تحركها تفاصيل عده تعرقل أو تبطئ من مسيرتها وخطواتها التنموية كالفساد والفقر والبطالة وتردي الاوضاع المعيشية والأمية والعنف بأشكاله المختلفة، والفتن والاضطرابات والأزمات والمديونية والإقصاء والهجرات القسرية والنزوح والحروب وما تستنزفه من موارد الدول والتي يمكن توجيهها للتنمية. كل هذه المشكلات الجوهرية قد دخلت بها كثير من الدول العربية القرن الواحد والعشرين وهي في أغلبها تحديات تمنع النمو والتقدم في مجتمعاتها، لأنها تمس حياة السكان ومستوياتهم المعاشية وسلوكهم ورفاههم.

وقبل العودة الي الجدول (١) يظهر أن دول العالم العربي مرت بفترة تغيرات ديموغرافية رافقت التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي مرت بها مجتمعاتها خلال العقود الأخيرة من القرن العشرين. فبعد أن ظلت معدلات النمو السكاني ثابته تقريبا وتدور حول (٢,٨٪) في عقد الخمسينات والستينات، تزايدت في عقد الثمانينات والتسعينات لتصل إلى (٣,٤٪) والذي تزامن في معظمه مع عوامل منها تزايد عائدات النفط وتبني خطط تنمية اقتصادية واجتماعية حقق البعض منها نتائج طيبة انعكست على انخفاض معدلات الوفيات مع استمرار معدلات المواليد ثابته أو شبه ثابته. (أبو عيانه, ٢٠١٧: ٤١٢).

يظهر من تحليل الجدول (١) والشكل (١) تفرد العديد من دول العالم العربي بأحجام سكانية ونسب مئوية عالية، كما هو الحال في مصر التي تحتل المرتبة الأولى بين الدول العربية، حيث تمثل أكثر من (٢٣٪) من اجمالي السكان عامي (٢٠١٦ و٢٠١٩)، تليها الجزائر بنسبة (١٠٪) والسودان بنسبة (٩,٩٪) ثم العراق بأكثر من (٩٪) والمغرب بأكثر من (٨٪) ثم المملكة العربية السعودية قرابة (٨٪). وبذلك فإن هذه الدول الست

تشكل مجتمعة نسبة (٦٨٪) من اجمالي السكان، في حين تأتي الدول الستة عشر الأخرى في الترتيب التنازلي في نسب احجام السكان والتي تشكل مجتمعة ما نسبته (٣٢٪) من اجمالي السكان.

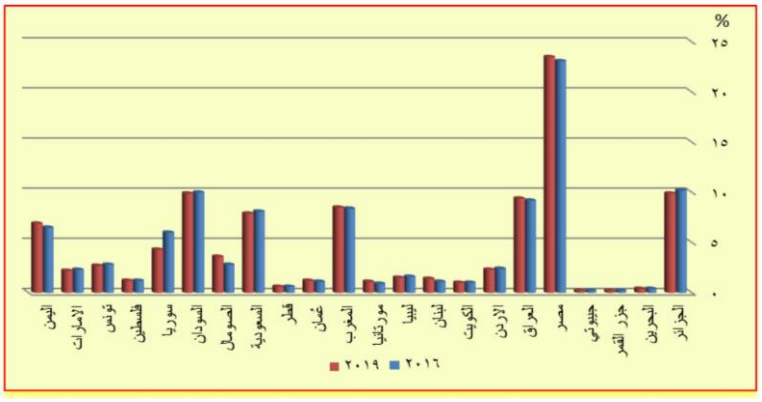
جدول (١): حجم ونسبة السكان في دول العالم العربي ونسبة التغيرومعدل النمو السنوي للسنوات (٢٠١٦ – ٢٠١٩)

ت	الدولة	(٢٠١٦)		(٢٠١٩)		نسبة التغير السنوي %	معدل النمو السنوي
		السكان	%	السكان	%		
١	الجزائر	٤٠٤٠٠٠٠٠	١٠,١٦	٤٢٦٧٩٠١٨	٩,٩١	1.88	1.8
٢	البحرين	١٤٠٤٩٠٠	٠,٣٥	١٦٣٧٨٩٦	٠,٣٨	5.53	5.1
٣	جزر القمر	٨٠٦١٥٣	٠,٢٠	٨٥٠٩١٠	٠,٢٠	1.85	1.8
٤	جيبوتي	٩٠٠٠٠٠	٠,٢٣	٩٨٥٦٩٠	٠,٢٣	3.17	3.0
٥	مصر	٩٢٠٤٨٧٠٠	٢٣,١٤	١٠١١٦٨٧٤٥	٢٣,٤٩	3.30	3.1
٦	العراق	٣٦٥٨٥٠٠٠	٩,٢٠	٤٠٤١٢٢٩٩	٩,٣٨	3.49	3.3
٧	الاردن	٩٥٣١٧١٢	٢,٤٠	١٠٠٦٩٧٩٤	٢,٣٤	1.88	1.8
٨	الكويت	٣٨١٩٦٦٨	٠,٩٦	٤٢٤٨٩٧٤	٠,٩٩	3.75	3.6
٩	لبنان	٤٢٣٢٠٠٠	١,٠٦	٦٠٦٥٩٢٢	١,٤١	14.44	12.0
١٠	ليبيا	٦٣٣٠٠٠٠	١,٥٩	٦٥٦٩٨٦٤	١,٥٣	1.26	1.2
١١	موريتانيا	٣٧١٨٦٧٨	٠,٩٣	٤٦٦١١٤٩	١,٠٨	8.45	7.5
١٢	المغرب	٣٣٣٣٧٥٢٩	٨,٣٨	٣٦٦٣٥١٥٦	٨,٥٠	3.30	3.1
١٣	عُمان	٤٣٤٩٧٠١	١,٠٩	٥٠٠١٨٧٥	١,١٦	5.00	4.7
١٤	قطر	٢٤٢١٠٠٠	٠,٦١	٢٧٤٣٩٠١	٠,٦٤	4.45	4.2
١٥	السعودية	٣٢٢٤٨٢٠٠	٨,١١	٣٤١٤٠٦٦٢	٧,٩٣	1.96	1.9
١٦	الصومال	١١٠٧٩٠٠٠	٢,٧٩	١٥٦٣٦١٧١	٣,٦٣	13.71	11.5
١٧	السودان	٣٩٥٩٨٠٠٠	٩,٩٦	٤٢٥١٤٠٩٤	٩,٨٧	2.45	2.4
١٨	سوريا	٢٤٠٤٣٠٣٥	٦,٠٤	١٨٤٩٩١٨١	٤,٢٩	-7.69	-8.7
١٩	فلسطين	٤٦٨٢٤٦٧	١,١٨	٥١٨٦٧٩٠	١,٢٠	3.59	3.4
٢٠	تونس	١٠٩٨٢٧٥٤	٢,٧٦	١١٧٨٣١٦٨	٢,٧٤	2.43	2.3
٢١	الامارات	٩٢٦٧٠٠٠	٢,٣٣	٩٦٨٢٠٨٨	٢,٢٥	1.49	1.5
٢٢	اليمن	٢٥٩٥٦٠٠٠	٦,٥٣	٢٩٥٧٩٩٨٦	٦,٨٧	4.65	4.4
	الاجمالي	٣٩٧٧٤١٤٩٧	١٠٠,٠٠	٤٣٠٧٥٣٣٣٣	١٠٠,٠٠	**٢,٧**	**٢,٧**

المصدر : تم استخراج النسب ومعدل النمو من قبل الباحثين بالاعتماد على :

Arab Region SDG Index and Dashboards Report.)Sdgindex (٢٠١٩ : ٢٠١٩

شكل (١): التوزيع النسبي للسكان في دول العالم العربي للسنوات ٢٠١٦ & ٢٠١٩



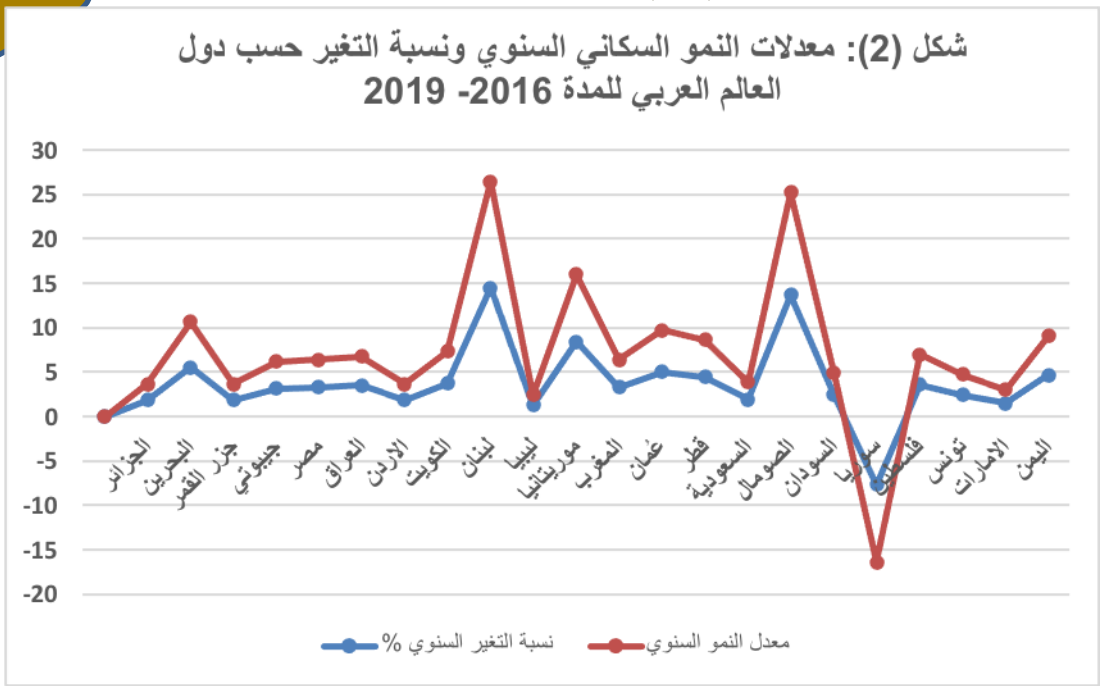
المصدر: جدول (١)

اما معدلات الزيادة السكانية السنوية والنمو السكاني السنوي للدول العالم العربي للمدة (٢٠١٦ – ٢٠١٩) كما في الجدول(١) والشكل (٢) فيبدو ان هناك تراجعا في معدل النمو على المستوى العام ليبلغ (٢,٧٪). غير أن هذا المعدل لا يمتد لكل الدول بل يظهر التباين بينها جليا ما بين ارتفاع فوق متوسط النمو العام وانخفاض دونه (شكل ٢). هذا التباين بين الدول العربية مرده إلى تباين تأثير مكونات معادلة التوازن للتغير السكاني (Balancing equation of population change) في كل دولة من الدول، ويمكن أن نضعها في القالب التالي:

التغير السكاني = الزيادة الطبيعية + صافي الهجرة = (المواليد – الوفيات) + (الوافدون – المغادرون)

إن الشق الأول من المعادلة، الزيادة الطبيعية، يعتمد حجم تأثيره على النمو السكاني على نوعية ونمط السياسة السكانية المتبعة في كل دولة ضمنيا أو علنيا، وعلى النمط الثقافي السائد لدى المجتمع إضافة إلى المستوى الاقتصادي والاجتماعي الغالب في كل بلد. أما الشق الاخر للمعادلة، صافي الهجرة، فتتفاوت تأثيراته حيث يمثل مصدرا هاما للزيادة السكانية كما في دول الخليج التي تتأثر بالهجرة الوافدة للعمل بها، أو تلك التي تتأثر بالهجرة الخارجة أو المغادرة بحثا عن عمل كما هي الحال في مصر والسودان كمثال وليس للحصر، أو هربا من النزاعات المسلحة والمشكلات السياسية والاقتصادية وتفاقمها في العديد منها كما في ليبيا واليمن والعراق وسوريا والصومال.

كما إن التباين في المستويات الاقتصادية والديموغرافية، إضافة إلى تباين مستويات الاستقرار السياسي والالتزام بالتنمية في الدول العربية قد أثر على مستويات تحقيق اهداف التنمية المستدامة ومؤشراتها حيث بدت متواضعة متدنية في العديد من الدول ذات الدخل المنخفض، أو في تلك التي تعيش نزاعات مسلحة وتدخلات اجنبيه تحرك سياساتها, او حالات العنف والفساد وتأثر ذلك على خطط التنمية وهشاشة ما يتم تنفيذه منها .لذلك وفي ظل تلك الأحوال قادت العديد من الدول العربية إلى تدني الاستغلال الأمثل للموارد وما يستثمر منها لأغراض التنمية مما انعكس على مؤشرات الإنجاز في التنمية المستدامة , ومن ثم تدني مستويات المعيشة لسكانها وعدم توفير الخدمات.



المصدر : جدول (١)

ثانيا: المؤشرات الصحية

للمؤشرات الصحية أهمية في قياس التنمية لكونها استحوذت على عدد من الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها مشروع الألفية للتنمية. ورغم تحسن النتائج الصحية التي تحققت خلال النصف الثاني من القرن العشرين وبدايات القرن الحادي والعشرين إلا ان الآمال باتجاه التحسن بدأت تخبو نظرا لتباطؤ التقدم الصحي وهشاشه الأنظمة الصحية في العديد منها. وقد بدا ذلك واضحا من خلال ارتفاع معدلات وفيات الاطفال الرضع والاطفال دون سن الخامسة ووفيات الأمهات فضلا عن التهديدات التي شكلتها بعض الامراض المعدية والأوبئة التي اخترقت الحدود الدولية في حراك مكاني سريع طال معظم الكره الأرضية وخاصة في بداية العام ٢٠٢٠، حيث استشرى فيروس كورونا (كوفيد-١٩) لذلك سيتم تناول عدد من المؤشرات الصحية فيما يلي:

(١) معدل وفيات الاطفال الرضع: Infant Mortality Death Rate

يعد معدل وفيات الاطفال الرضع من المؤشرات الحساسة لقياس التطور الاقتصادي والاجتماعي، ويمكن النظر إليه دائما كمرآة عاكسة لمستوى الاحوال الصحية والبيئية في أي منطقة جغرافية لذلك نجد ان معدلات وفيات الاطفال الرضع تندرج دائما ضمن المؤشرات التي تتخذ كقرينة ودليل على مدى فاعلية الجهود التي تبذل لرفع مستوى المعيشة وتحسين مستوى الرعاية الصحية في المجتمع. وتتأثر وفيات الاطفال الرضع بمجموعه من العوامل أهمها العوامل الاقتصادية والاجتماعية للأسرة، وكذلك الظروف المناخية السائدة

ذلك لأن ظروف البيئة المحلية التي يولد فيها الطفل تكون ذات أثر فعال في حياته. وقد أثبتت الدراسات ان هناك علاقة عكسية بين معدلات وفيات الاطفال الرضع والحالة الاجتماعية والاقتصادية. السبب في ذلك أن حياة الرضيع تتأثر في أيامها المبكرة بالظروف المحيطة به إلى حد كبير وبمدى ما يتوفر له من أسباب الرعاية الصحية والتغذية السليمة، ووعي الأمهات وصحتهن وغذائهن وعمليات الولادة والرضاعة الطبيعية والحالة النفسية وحالة الاستقرار التي تعيشها الأسرة والحاجات الأساسية التي تتطلبها.

ومن الطبيعي أن الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والأمنية التي تعيشها العديد من الدول في العالم العربي، وحالات عدم الاستقرار فيها كان لها انعكاسات واضحة على ارتفاع معدلات وفيات الاطفال الرضع فيها. وهذا ما يظهر من تحليل الجدول (٢) أن المتوسط السنوي العام لكل الدول العربية قد تحسن بصورة متصلة حيث بدأ المعدل عاليا في العام (٢٠٠٠) عند (٢١,٦) في الالف وانتهى عند (١٧,٩) في الالف في العام (٢٠١٧).

ورغم تناقص معدلات الوفيات للأطفال الرضع خلال سنوات المقارنة إلا انها لاتزال من المعدلات العالية مقارنه بالدول المتقدمة أو حتى بعض الدول النامية الأخرى في العالم. كما أن هذا التحسن العام في مؤشر وفيات الرضع في الدول العربية كان مصدره الأساسي نابعا من إنجازات دول الخليج بصفة خاصة. ولكن بالنسبة لمعظم الدول العربية الأخرى، وبسبب استمرار الأسباب الخارجية المؤدية إلى الوفاة، نجد أن التحسن في هذا المؤشر كان ضعيفا ومتدنيا. والذي يمكن رده إلى العديد من الأسباب، وتحديدا ما تعانيه العديد من الدول العربية من أزمات متوالية لها انعكاساتها على السكان وصراعهم اليومي في توفير بعض أو جميع متطلبات الحياة مثل: الغذاء ومياه الشرب النقية والمأوى والأمن والصرف الصحي والرعاية الصحية الأولية. وفوق ذلك تعاني هذه الدول من فقر وبطالة وانخفاض في الدخول وارتفاع في حالات النزوح وتهجير القرى وسوء التغذية وسيادة مظاهر الحرمان المختلفة والتي قادت في النهاية إلى تدني الإنجاز في مؤشر وفيات الرضع.

وبالنظر إلى جدول (٢) يظهر تباين معدلات وفيات الاطفال الرضع ما بين الدول العربية، اذ ترتفع معدلاتها كثيرا عن المعدل العام، كما في جزر القمر وجيبوتي وموريتانيا والصومال والسودان واليمن، بينما تنخفض في أخرى إلى أدني معدلاتها كما في دول مجلس التعاون الخليجي (البحرين، الكويت، عمان، قطر، السعودية، الإمارات)، في حين تقع الدول العربية الأخرى بين المعدلين .وعليه فإن انخفاض مستويات التعليم، وخاصة للمرأة، قد يقلل من فرص البقاء للأطفال، لذلك فإن اغلاق الفجوة بين الجنسين في التعليم يساعد المرأة ايضا على خفض الخصوبة وتحسين فرصة البقاء للأطفال. وقد وجدت إحدى الدراسات انه في البلدان التي يكون فيها حظ البنات فيما يتعلق بالذهاب إلى المدرسة نصف حظ البنين، تقع في المتوسط (٢١,١) وفاة للرضع بين كل ١٠٠٠ مولود حي زيادة عما يقع في البلدان التي لا توجد فيها فجوة بين الجنسين،

(عطوي ,٢٠٠٤: ٥١١ - ٥١٢). وعلى ضوء ذلك يمكن تصنيف الدول العربية إلى المستويات الاتية، كما في جدول (٢) وخريطة (٢).

المستوى الاول: العالي جدا

في هذا المستوى تزيد معدلات وفيات الأطفال الرضع عن (٤٠) حالة وفاة بين كل ١٠٠٠ مولود حي. ويتمثل هذا المستوى في الصومال الذي بلغ فيه المعدل (٤٣,٢) في الالف.

المستوى الثاني: العالي

يتراوح معدل وفيات الاطفال الرضع هنا بين (٣٠-٣٩) في الالف، وبضم هذا المستوى خمسة دول عربية هي موريتانيا (٣٨,٦) في الالف، وجيبوتي (٣٨,٥) في الالف، جزر القمر (٣٦,٨) في الالف، السودان (٣٣,٢) في الالف واليمن (٣٠) في الألف. هذا المستوى وسابقه حوى (٢٧,٣%) من مجموع الدول العربية. ويعكس هذا الارتفاع في المعدل لهاذين المستويين واقع هذه المجموعة من الدول العربية، وما تعيشه من أزمات اقتصادية واجتماعية وسياسية وأمنية ونزاعات مسلحة، وتردي في الأوضاع المعيشية، ونزوح، وهجرات قسرية انعكست على صحة الأسرة وصحه الأم، ووليدها وما يرتبط بهذا الوضع من أمراض متنوعة تقود في كثير من الأحيان للوفاة.

المستوى الثالث: المتوسط

يتراوح فيه معدل وفيات الاطفال الرضع بين (٢٠-٢٩) في الألف. ويسود هذا المستوى في دولتي العراق والمغرب والبالغ على التوالي (٢١,٢، ٢١) في الألف.

المستوى الرابع: المنخفض

ويمتد هذا المستوى بين معدلي (١٠ - ١٩) في الألف. ويضم سته دول عربيه هي الجزائر (١٨) مصر (١٦,٧)، فلسطين (١٣,٥) الأردن (١٣,٣)، تونس (١١,٥) وليبيا (١٠,٢) في الألف.

المستوى الخامس: المنخفض جدا

يمثل هذا المستوى الحاضنة الأكبر من حيث عدد الدول العربية التي تدخل فيه. ويتحدد هذا المستوى بأقل من ١٠ في الألف، ويتراوح هذا المستوى بين (٩,٨) في الالف في سوريا كأعلى معدل بين دول المجموعة، وبين أدنى معدل سجل في البحرين (٣,٥) في الألف. بقية المجموعة ضمت السعودية (٧,٣)، لبنان (٧,٢) في الالف، عمان (٥,٦) في الالف، الكويت (٥,٥) في الالف، قطر (٥) في الالف، والامارات العربية المتحدة (٤,٨) في الالف. ولهذا الهبوط في معدلات وفيات الاطفال الرضع دلالات على جهود هذه المجموعة من الدول وما شهدته من تحولات اقتصادية واجتماعية وصحية وامنية. ويبدو أن بعض الدول التي تندرج ضمن هذا المستوى لا تزال تعيش صراعات ونزاعات مسلحة وحروب اهليه واعمال عنف ونزوح وهجرات قد ترفع معدلات وفيات الأطفال كما هو الحال في سوريا ولبنان، وليبيا وبشكل تبدو تلك المعدلات غير واقعيه ولا تقوم على أساس منطقي مقبول، وبما يتوافق مع واقعها الداخلي.

٢- معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة Under –Five Mortality Death Rate

تشكل وفيات الأطفال دون سن الخامسة وزيادتها من العلامات السلبية التي تعكس جوانب القصور في الانظمة الصحية وهشاشتها، في ظل فقدان القدرة على مواكبة التطورات التي تحدث في المجالات الطبية المختلفة الرامية إلى تحسين صحة الانسان والحفاظ على سلامته. وهذه حقيقة تمتاز بها الأنظمة الصحية في دول العالم الثالث - ومنها اغلب الدول العربية - حيث تنتهي في النهاية إلى تراجعها وانكماش فعاليتها في الحياة اليومية. كما لا ينبغي التقليل من آثار البيئة التي يعيش فيها الطفل حينما لا يتمتع بحقوقه الطبيعية التي ينشدها وهي الحق في البقاء والرعاية والمناسبة ومستوى المعيشة الذي يدعم نماءه الكامل. (السعدي ,٢٠١٧ : ٥٨-٥٩) لذلك يدعو أحد اهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة إلى تخفيض عدد وفيات الاطفال دون سن الخامسة في جميع الدول إلى أقل من (٢٥) وفاة لكل ألف مولود.

وبتحليل الجدول (٣) يظهر أن معظم الدول العربية لا زالت أعلى من هذا المعدل المأمول رغم انخفاضه في عام ٢٠١٧ إلى (٣١,٦) وفاة لكل ألف مولود، بعد ان كان (٥٠,٩) وفاة لكل ألف مولود عام ٢٠٠٠, وبذلك فان متوسط وفيات الاطفال دون سن الخامسة يبلغ (٤٠,٥) وفاة لكل ألف مولود كمتوسط عام للفترة (٢٠٠٠ – ٢٠١٧)، أما على مستوى الدول فقد تباينت معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة ما بين المرتفع، رغم تدرجها في الانخفاض خلال سنوات المقارنة، كما في جزر القمر وجيبوتي والصومال والسودان وموريتانيا واليمن، وما بين المنخفض، كما في البحرين والكويت ولبنان وقطر والسعودية والإمارات وعمان، بينما اندرجت الدول العربية الاخرى ما بين المعدلين الأعلى والأدنى. أما المتوسط العام للدول العربية في هذا المؤشر بلغ (٤٠,٦) في الألف. ومن خلال التحليل السابق، وتطبيق المتوسط الحسابي لمعدلات الوفيات للأطفال دون سن الخامسة خلال سنوات المقارنة (٢٠٠٠-٢٠١٧)، أمكن التوصل إلى المستويات الآتية كما في جدول (٣) وخريطة (٣)

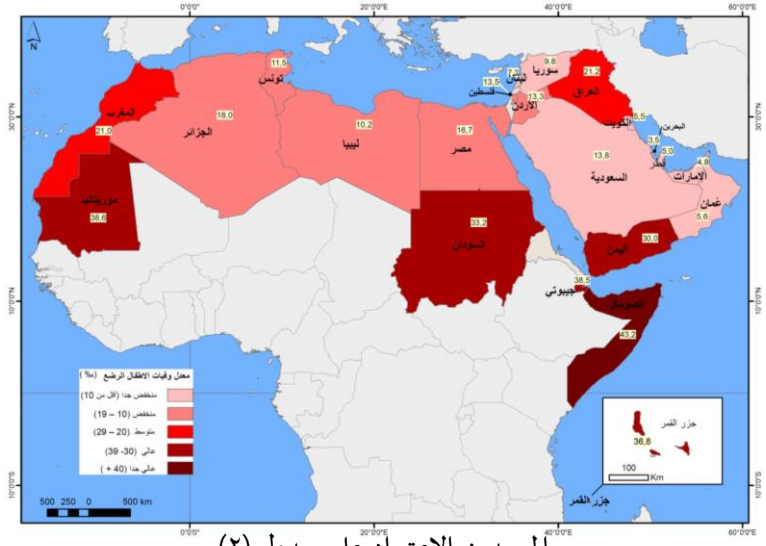
جدول (٢): معدلات وفيات الأطفال الرضع لكل (١٠٠٠ ولادة) للسنوات ٢٠٠٠ – ٢٠١٧

الدولة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	المتوسط
الصومال	44.4	44.8	45.2	45.3	45.5	45.6	45.5	45.2	44.7	44.1	43.4	42.8	42	41.4	40.7	40	39.1	38.5	43.2
موريتانيا	42.9	42.6	42.4	42.2	42	41.7	41.2	40.7	40.1	39.4	28.8	38.1	37.4	36.7	36	35.1	34.5	33.8	38.6
جيبوتي	44.2	43.6	42.9	42.3	41.6	41	40.3	39.6	39	38.3	37.5	36.8	36.1	35.4	34.6	33.9	33.1	32.4	38.5
جزر القمر	40.9	40.8	40.7	40.7	40.4	40.1	29.6	39	38.5	37.6	36.9	36.2	35.4	34.7	34	33.1	32.3	31.7	36.8
السودان	37.2	36.6	36	35.4	34.8	34.3	33.8	33.5	33.2	33	32.7	32.4	32	31.6	31.1	30.6	30.1	29.5	33.2
اليمن	37.2	36.1	35.1	34	32.9	31.8	30.8	29.7	28.7	27.8	27.2	27	27	27	27	27	27	27	30.0
العراق	24.4	24.1	23.9	23.5	23.2	22.9	22.5	22.1	21.7	21.3	20.9	20.4	19.8	19.3	18.7	18.2	17.6	17.1	21.2
المغرب	27.4	26.6	26	25.3	24.7	24	23.4	22.7	21.8	20.9	20	19.1	18.2	17.3	16.5	15.8	15	14.4	21.0
الجزائر	21.4	21.4	21.1	20.7	20.1	19.5	18.9	18.4	17.9	17.4	16.9	16.5	16.2	15.9	15.7	15.5	15.2	14.9	18.0
مصر	22.5	21.8	21.1	20.4	19.9	19.1	18.4	17.6	16.8	16.6	15.4	14.5	14.1	13.5	13	12.5	12.1	11.6	16.7
فلسطين	16.2	15.9	15.6	15.3	15	14.6	14.2	13.8	13.4	13	12.8	12.5	12.3	12.1	12	11.8	11.6	11.3	13.5
الاردن	16.7	16.3	15.9	15.5	15.1	14.6	14.2	13.7	13.3	13	12.6	12.2	11.9	11.5	11.2	10.8	10.5	10.1	13.3
تونس	18	16.9	15.8	14.9	14	13.2	12.4	11.7	11.1	10.5	9.9	9.5	9	8.7	8.3	8	7.7	7.5	11.5
ليبيا	14.9	14.5	14	13.5	12.9	12.3	11.5	10.7	10	9.3	8.8	8.4	8	7.6	7.3	7	6.8	6.5	10.2
سوريا	12.4	12	11.6	11.2	10.7	10.3	9.9	9.4	9.1	8.8	8.7	8.7	8.8	8.8	8.8	8.8	8.8	8.7	9.8
السعودية	11.6	10.9	10.3	9.8	9.2	8.7	8.2	7.7	7.3	6.8	6.4	6	5.6	5.2	4.8	4.5	4.1	3.9	7.3
لبنان	11.8	11.1	10.4	9.7	9	8.3	7.7	7.1	6.7	6.3	6	5.7	5.5	5.3	5.1	4.9	4.7	4.5	7.2
عُمان	7.4	6.8	6.4	6.1	5.9	5.7	5.5	5.4	5.3	5.2	5.2	5.1	5.1	5	5	5	5.1	5.1	5.6
الكويت	6.5	6.3	6.1	6	5.9	5.8	5.8	5.8	5.7	5.6	5.5	5.3	5.2	5	4.8	4.6	4.5	4.3	5.5
قطر	6.6	6.4	6.1	5.9	5.7	5.4	5.3	5.1	4.9	4.7	4.6	4.4	4.3	4.2	4.1	4	3.9	3.8	5.0
الامارات	5.9	5.7	5.5	5.4	5.2	5	4.9	4.7	4.6	4.5	4.3	4.3	4.1	4.3	4.4	4.5	4.7	4.7	4.8
البحرين	4.7	4.4	4.1	3.9	3.7	3.6	3.5	3.3	3.2	3.2	3.1	3.1	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.1	3.5
المتوسط	21.6	21.2	20.7	20.3	19.9	19.4	18.5	18	18	17.6	16.7	16.8	16.4	16	15.7	15.4	15	14.7	17.9

المصدر Sdgindex (٢٠١٩): ٢٠١٩ Arab Region SDG Index and Dashboards Report.

https://www.sdgindex.org/reports/٢٠١٩-arab-region-sdg-index-and-dashboards-report/

خريطة (٢): المتوسط الحسابي لمعدلات وفيات الاطفال الرضع في الدول العربية للسنوات ٢٠٠٠ - ٢٠١٧



المصدر: بالاعتماد على جدول (٢)

المستوى المنخفض:

ويضم هذا المستوى تسع دول ذات معدلات وفيات دون (٢٠) في الالف. ويدخل ضمن هذا المستوى الامارات بمعدل (٩,٣) حالة وفاة بين من هم أقل من خمس سنوات في العمر لكل ١٠٠٠ مولود حي، البحرين (٩,٤)، قطر (٩,٧)، الكويت (١٠,٨)، لبنان (١٢,٣)، عمان (١٢,٥)، السعودية (١٣,٨)، سوريا (١٧,٨)، وليبيا (١٩,٤) في الألف. ومع ذلك، فان بعض هذه المعدلات اقل ما يقال فيها انها لا تعكس واقع حياة السكان في هذه الدول، مما يتطلب التوقف الموضوعي امامها، ونقصد بها سوريا وليبيا لما تعانيانه من عدم استقرار سياسي ونزوح وهجمات مسلحة. ومن حيث التباين بين دول هذه المجموعة فقد بلغ الانحراف المعياري لمعدلات الوفيات فيها (٣,٧) كأدنى قيمة بين هذا المستوى الذي يضم هذه المجموعة من الدول.

المستوى المتوسط:

ويمتد هذا المستوى ما بين معدلَي (٢٠,٢ – ٣٨,٠) في الألف. ويضم سبعة دول عربية هي (تونس بمعدل (٢٠,٢)، الأردن (٢٢,٢)، فلسطين (٢٤,٧)، الجزائر (٢٩,٨)، مصر (٣٢,١)، المغرب (٣٥,٠)، والعراق (٣٨,٠) في الألف. ويبدو ان هذا المستوى قد ارتبط بدول ذات أحجام سكانية كبيرة (مصر، الجزائر، المغرب والعراق)، إضافة الى معاناة بعضها من فترات متطاولة من أزمات سياسية وأمنية واقتصادية، فضلا عن أحداث وظواهر أخرى كان لها تأثيرها في تباطؤ أو توقف المشاريع التنموية أثرت سلبا على المنظومة الصحية وتحركها

نحو التنمية البشرية وفعالياتها وأنشطتها المرتبطة بها. أما في هذه المجموعة فلقد أظهرت قيمة الانحراف المعياري فيها (٦,٧) في المرتبة الثانية بعد المجموعة أعلاه.

المستوى العالي:

ويسود هذا المستوى الذي يتراوح ما بين (٦٦ – ٩٩,٩) في الألف وبانحراف معياري بلغ (١٢,٠) تقريبا كأعلى تباين بين المجموعتين السابقتين. ولقد ضمت المجموعة خمس دول هي اليمن بمعدل وفيات (٦٦,٧) في الألف، جيبوتي (٨١,٥)، السودان (٨١,٦)، جزر القمر (٨٧,٤)، ثم تصدرت موريتانيا قمة هذا بمعدل عال بلغ (٩٩,٩) في الألف.

المستوى العالي جدا:

وتصدرت هذا المستوى الصومال وبمعدل وفيات بلغ (١٥٨,٥) في الألف. ومن الطبيعي ان تتصدر هذه الدولة تلك المعدلات العالية من الوفيات بين الاطفال في ظل ما سبق التطرق اليه من تردي الاوضاع الأمنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية، فضلا عن النزاعات المسلحة والعنف والإرهاب، وتأثير ذلك على عدم الاستقرار في حياة الأسرة وأبنائها من الاطفال، وتوقف عجله التقدم والنماء، وما لحق بالأنظمة الصحة بالهبوط والدليل هو الهبوط الكبير لمؤشر التغطية الصحية والبالغ (١٧,٨٦%).

٣- معدلات وفيات الأمومة (الأمهات): Maternal Mortality Rate

تحتل وفيات الأمومة مرتبه هامة في الدراسات السكانية لما تمثله من انعكاس للمستوى الصحي عامة ومستوى الاهتمام بالمرأة، خاصة عند سن الحمل وعند الولادة وما بعدها حيث تؤدي مضاعفات الحمل والولادة بحياة امرأة واحدة من بين كل (٤٨) امرأة , لذلك فأن عدم الاهتمام بالمرأة خلال فترة الحمل والولادة والنفاس خاصه في ظل ضعف برامج الرعاية الصحية والتغذية والحياة الطبيعية الامنة , قد تكون الام عرضه الى الاسقاط أو الاجهاد خاصة اذا تعرضت الام الى عنف نفسي او اجتماعي او جنسي , الامر الذي يؤدي في حالة استمراره الى اعتلالها وقد يؤدي الى وفاتها وانعكاس ذلك على الاطفال حديثي الولادة.

وبالرغم من ذلك فقد حدثت تراجعات كبيرة في معدل وفيات الأمهات، إذ انخفض معدل وفيات الأمهات في منطقة الدول العربية من (٢١٦) حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ ولادة حية عام (٢٠٠٠)، إلى (١٤١) خلال أقل من عقدين من الزمن كما يظهر في الجدول (٤). ومن خلال تحليل الجدول (٤) فإن متوسط معدل وفيات الأمومة (الأمهات) للسنوات (٢٠٠٠ – ٢٠١٥) لإجمالي الدول العربية يبلغ (١٨٠) وفاة لكل مائة ألف ولادة حية. وفي الوقت ذاته تتفاوت الدول العربية في معدلات وفيات الأمهات ما بين أعلى من المعدل العام كما في الصومال وموريتانيا واليمن والسودان وجزر القمر وجيبوتي، وما بين أدنى من المعدل العام كما في بقية دول العالم العربي. وعلى ضوء ما تقدم ومن خلال تحليل الجدول (٤) يمكن تقسيم دول العالم العربي إلى خمسة مستويات كما تعرضها خريطة (٤):

لكن من الممكن حدوث تراجعات كبيرة في معدل وفيات الأمهات، وهي تحدث الآن، إذ انخفض معدل وفيات الأمهات في منطقة الدول العربية من (٢١٦) حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ ولادة حية عام (٢٠٠٠)، إلى (١٤١) خلال أقل من عقدين من الزمن كما في الجدول (٤). ومنه ان متوسط معدل وفيات الأمومة (الأمهات) للسنوات (٢٠٠٠ – ٢٠١٥) لإجمالي الدول العربية يبلغ (١٨٠) وفاة لكل مائة ألف ولادة حية. وفي الوقت ذاته تتفاوت الدول العربية في معدلات وفيات الأمهات ما بين أعلى من المعدل العام كما في الصومال وموريتانيا واليمن والسودان وجزر القمر وجيبوتي، وما بين أدنى من المعدل العام كما في بقية دول العالم العربي. وعلى ضوء ما تقدم ومن خلال تحليل الجدول (٤) يمكن تقسيم دول العالم العربي إلى خمسة مستويات كما تعرضها خريطة (٤):

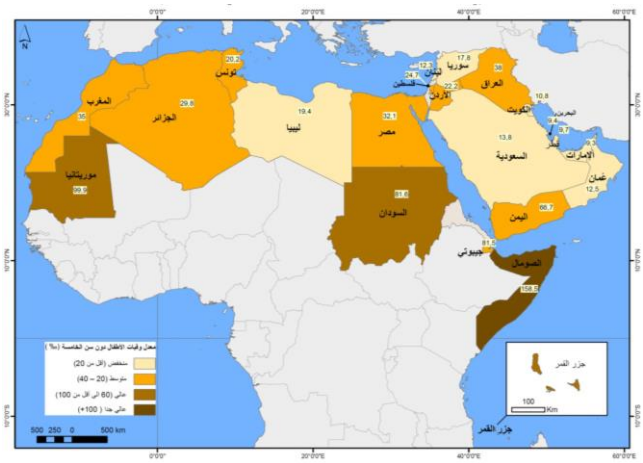
جدول (٣): معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل (١٠٠٠ ولادة حية) في الدول العربية للسنوات (٢٠٠٠ – ٢٠١٧)

الدولة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	متوسط
الامارات	11.2	10.9	10.6	10.3	10	9.7	9.4	9.1	8.8	8.6	8.4	8.3	8.2	8.3	8.5	8.7	9	9.1	9.3
البحرين	12.5	12	11.6	11.3	11	10.7	10.3	9.8	9.3	8.9	8.5	8.2	8	7.8	7.7	7.6	7.5	7.3	9.4
قطر	12.5	12	11.6	11.2	10.8	10.4	10.1	9.8	9.5	9.3	9.1	8.9	8.7	8.5	8.3	8.1	7.8	7.6	9.7
الكويت	12.7	12.5	12.3	12.2	12	11.8	11.6	11.5	11.3	11.1	10.8	10.4	10	9.5	9.1	8.8	8.4	8.1	10.8
لبنان	20	18.8	17.6	16.5	15.3	14.2	13.1	12.2	11.4	10.8	10.3	9.8	9.4	9	8.7	8.4	8.1	7.8	12.3
عُمان	16.5	15.4	14.5	13.8	13.2	12.8	12.4	12.1	11.9	11.7	11.6	11.5	11.4	11.3	11.2	11.2	11.3	11.3	12.5
السعودية	22	20.7	19.6	18.5	17.5	16.5	15.5	14.6	13.7	12.8	12	11.2	10.5	9.8	9.1	8.4	7.9	7.4	13.8
سوريا	23.4	22.4	21.4	10.5	19.6	18.8	18	17.2	16.6	16.2	16	16.2	17.7	17.6	17.5	17.2	17.5	17	17.8
ليبيا	28.1	27.3	26.4	25.5	24.4	23.1	21.7	20.2	18.8	17.6	16.6	17.6	15	14.4	13.8	13.3	12.8	12.4	19.4
تونس	31.7	29.7	27.8	26.1	24.5	23.1	21.8	20.5	19.4	18.3	17.4	16.5	15.8	15.1	14.5	14	13.5	13	20.2
الاردن	27.8	27	26.4	25.7	25	24.3	23.6	23	22.3	21.7	21.1	20.5	19.9	19.2	18.7	18.1	17.6	17	22.2
فلسطين	30.2	29.3	28.5	27.8	27.1	26.4	25.7	25	24.5	23.9	23.5	21.1	22.8	22.5	22.2	21.9	21.4	20.9	24.7
الجزائر	29.7	38.9	37.8	36.5	35	33.5	32.1	30.7	29.4	28.3	27.4	26.7	26.1	25.7	25.1	24.9	24.5	24	29.8
مصر	46.8	44.1	41.8	39.6	37.8	36.1	34.5	33	31.6	30.3	29	27.8	26.7	25.6	24.7	23.7	22.9	22.1	32.1
المغرب	49.8	47.6	45.5	43.6	41.7	39.9	38.2	36.6	35	33.5	32	30.6	29.2	27.9	26.6	25.4	24.3	23.3	35.0
العراق	44.9	44	43.3	42.5	41.8	41.1	40.3	39.5	38.6	37.8	36.9	36	35.1	34.1	33.2	32.3	31.3	30.4	38.0
اليمن	95.2	90.6	85.9	81.3	76.9	72.7	68.7	64.9	61.3	58.4	56.4	55.5	55.4	55.4	55.4	55.4	55.4	55.4	66.7
جيبوتي	101.5	99.3	96.8	94.3	91.7	89.3	86.7	84.1	81.5	79.1	76.7	74.4	82.2	70	67.8	65.7	63.7	61.7	81.5
السودان	104.8	101.5	98.1	94.8	91.7	88.8	86.1	83.5	81.1	78.9	76.8	74.8	72.9	71	69.1	67.1	65.2	63.2	81.6
ج القمر	101.1	100.7	100.6	100.1	99.1	90.4	95.4	93	90.5	88	85.3	82.7	80.4	77.9	75.5	73.2	71.1	69	87.4
موريتانيا	113.8	113.6	113.2	112.5	111.5	110	108	105.7	103.1	100.6	97.9	95	92.3	89.5	86.8	84.1	81.5	79	99.9
الصومال	173.3	173.3	173.3	173.3	173.3	173.2	172.6	170.5	167	163.1	158.6	153.5	148.9	144.1	139.8	135.6	131.5	127.2	158.5
متوسط	50.4	49.6	48.3	46.7	46	44.4	43.4	42.1	40.8	39.5	38.3	37.1	36.7	35.2	34.2	33.3	32.5	31.6	40.6

المصدر Sdgindex (٢٠١٩): ٢٠١٩ Arab Region SDG Index and Dashboards Report.

https://www.sdgindex.org/reports/٢٠١٩-arab-region-sdg-index-and-dashboards-report/

خريطة (٣): المتوسط الحسابي لمعدلات وفيات الاطفال دون سن الخامسة في الدول العربية للسنوات ٢٠٠٠ – ٢٠١٧



المصدر: جدول (٣)

١. المستوى المنخفض جدا:

ويضم هذا المستوى الدول العربية ذات المعدلات التي تقل عن (٥٠) وفاة لكل مائة ألف ولادة حية. ويتمثل هذا المستوى في ٩ دول عربية هي (الكويت (٥)، الامارات (٦)، ليبيا (١١)، السعودية (١٦)، البحرين (١٨)، قطر (١٨)، عمان (١٩)، لبنان (٢٤)، ومصر (٤٥). والملاحظ على أرقام هذا المستوى ان بعضها ينحدر إلى أدنى الدرجات كما في الكويت والامارات بينما ترتفع في مصر إلى أعلى درجات هذا المستوى، بينما تمتد الاخريات بين المعدلين الأعلى والأدنى.

٢. المستوى المنخفض:

ويمتد هذا المستوى ما بين (٥٠ – ١٣٩) وفاة لكل مائة ألف ولادة حية. ويضم هذا المستوى خمسة دول عربية هي (العراق (٥٤)، والأردن (٦٣)، وفلسطين (٥٨)، وسوريا (٥٩)، وتونس (٧١) والبالغ على التوالي وفاة لكل مائة ألف ولادة حية.

٣. المستوى المتوسط:

ويمتد هذا المستوى ما بين معدلي (١٤٠ - ٣٣٩) وفاة لكل مائة ألف ولادة حية ويحتوي هذا المستوى ثلاث دول هي الجزائر (١٤١)، المغرب (١٧١) وجيبوتي (٣١٣).

٤. المستوى المرتفع:

ويضم هذا المستوى الذي يمتد بين (٣٤٠ – ٤٤٩) وفاة لكل مائة ألف ولادة حية ثلاثة دول هي : السودان (٤٠٥)، جزر القمر (٤١٣) واليمن (٤١٣) وفاة لكل مائة ألف ولادة حية.

٥. المستوى المرتفع جدا:

ويتمثل هذا المستوى الذي يزيد معدلة عن (٧٠٠) وفاة لكل مائة ألف ولادة في موريتانيا (٧٢٩) وفاة، والصومال (٨٩٠) وفاة. ومن الطبيعي أن تتصاعد وفيات الأمهات في هذه الدول وذلك من خلال ما تعيشه من ازمات اقتصادية ومشاكل سياسية وغذائية حيث ترتفع معدلات الفقر، فضلا عن تردي البنية التحتية والخدمات الصحية ونقص الرعاية وانتشار الامراض.

٤-العمر المتوقع life expectancy

ويعرف متوسط العمر المتوقع بأنه متوسط عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها الشخص في مجتمع معين ويمكن حسابه لمختلف الأعمار من ساعة الميلاد وحتى الأعمار العالية. لذا يعتبر هذا المؤشر مقياس يلخص معدل الوفيات في بلد ما، مما يسمح لنا بمقارنته بالأجيال وتحليل الاتجاهات، كما أن تفسيرها ومعناها أكثر ثراءً ويمكنهما تزويدنا بمعلومات أساسية عن مستوى تطور دولة الرفاهية في بلد ما. في الواقع، هذا المؤشر مهم للغاية لوصف ظروف السكان كواحد من مؤشرات الأداء في الطريق لتحقيق أهداف التنمية البشرية في العالم، نجد ان هذا المؤشر قد شابت أيضا فوارق كبيرة بين الدول العربية. وبالنظر الى الجدول (٥) نرى أن الفرق في العمر المتوقع بين أعلى وأدنى دولتين قد بلغ (٢٤,٢) سنة بين قطر (٧٧) عاما والصومال (٥٢,٨). ولإلقاء نظرة تفصيلية على هذا المؤشر فقد تم تقسيمه إلى ثلاثة مستويات كما في خريطة (٥):

المستوى الأول:

ضم هذا المستوى مجموعة الدول العربية ذات الأعمار التي فاقت السبعين عاما وعددها (١٢) دولة أعلاها قطر (٧٧) عاما، وأدناها ليبيا (٧٠,٢) عاما. بقية دول المستوى الأول احتوت البحرين (٧٦)، الامارات (٧٥,٨)، لبنان (٧٥,٢)، عمان (٧٥)، تونس (٧٤,٥)، الجزائر (٧٤,٥)، الكويت (٧٣,٩)، السعودية (٧٣,٧)، المغرب (٧٢,٩)، وليبيا (٧٠,٢) عاما. وكما هو باين فإن التباين ليس كبيرا بين الدول العربية في هذا المستوى حيث بلغ الانحراف المعياري للعمر المتوقع فيها (١,٩) والمدى (٦,٨) عاما.

المستوى الثاني:

يضم هذا المستوى مجموعة الدول العربية التي جاءت متوسطات أعمارها المتوقعة بين (٦٠) الى أقل من (٧٠) عاما وعددها (٨) دول على رأسها مصر بمتوسط أجل بلغ (٦٩,٧)، تلتها العراق (٦٨,٧)، الأردن (٦٨,٧)، اليمن (٦٣,٥)، السودان (٦١,٨)، موريتانيا (٦١,٨)، جزر القمر (٦١,٣)، جيبوتي (٦٠). كما أظهرت دول المجموعة تباينا أكبر في هذا المؤشر حيث بلغ الانحراف المعياري فيه (٣,٩) والمدى (٩,٧) سنوات.

المستوى الثالث:

الذي تفردت به الصومال بمتوسط عمري متوقع بلغ (٥٢,٨) عاما. أما فلسطين فقد غابت عن التصنيف نسبة لغياب بيانات العمر المتوقع فيها.

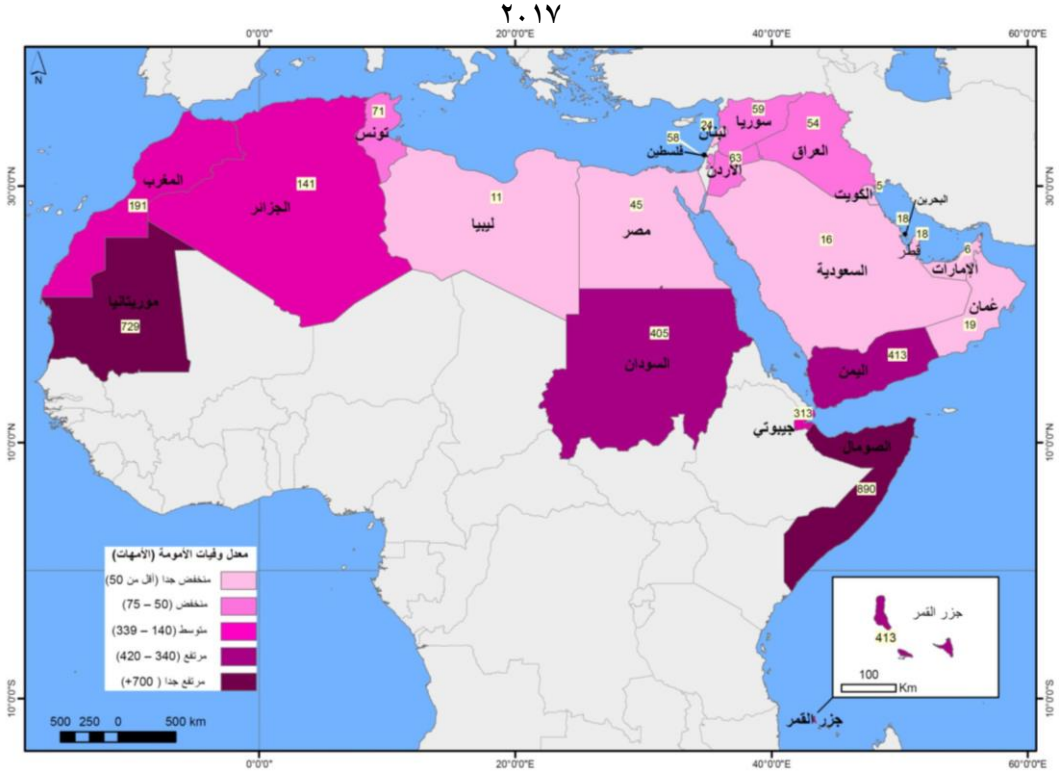
جدول (٤): معدلات وفيات الأمهات لكل (١٠٠٠٠٠ ولادة حية) في الدول العربية للسنوات ٢٠٠٠-٢٠١٥

الدولة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	المتوسط
الكويت	7	7	6	6	6	6	6	6	6	5	5	4	4	4	4	4	5
الامارات	8	8	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
ليبيا	17	16	14	13	12	11	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	11
السعودية	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	14	13	13	12	12	12	16
البحرين	21	21	21	20	20	20	19	18	17	17	16	16	16	15	15	15	18
قطر	24	23	23	21	21	21	21	19	17	17	16	15	14	13	13	13	18
عُمان	20	21	21	21	21	20	19	19	18	18	18	18	18	18	18	17	19
لبنان	42	29	36	33	30	27	24	23	21	20	19	18	17	16	16	15	24
مصر	63	60	58	56	54	52	50	47	45	43	40	9	37	35	34	33	45
العراق	63	61	59	57	55	54	52	52	52	52	51	51	51	50	50	50	54
فلسطين	72	70	67	66	64	62	61	60	58	56	54	52	50	48	47	45	58
سوريا	73	70	67	64	61	58	55	53	51	49	49	52	56	60	64	68	59
الاردن	77	73	70	68	65	62	60	59	58	58	59	59	59	59	59	58	63
تونس	84	83	81	78	76	74	72	71	69	68	67	66	64	64	63	62	71
الجزائر	170	164	158	153	150	148	147	148	148	148	147	145	144	141	140	-	141
المغرب	221	214	207	201	196	190	185	179	172	164	153	144	137	131	126	121	171
جيبوتي	401	396	382	371	357	341	330	321	309	290	275	266	257	243	237	229	313
السودان	544	524	504	486	463	440	418	396	376	361	349	339	330	325	318	311	405
جزر القمر	499	484	471	458	447	436	426	415	407	396	388	376	365	354	344	335	413
اليمن	440	435	431	429	429	428	328	424	417	417	416	413	410	406	398	385	413
موريتانيا	813	805	796	781	764	750	745	744	739	734	723	704	682	655	629	602	729
الصومال	1080	1050	1020	999	971	939	911	885	865	846	820	808	791	775	753	732	890
المتوسط	**216**	**211**	**205**	**200**	**195**	**189**	**180**	**180**	**176**	**172**	**168**	**162**	**160**	**156**	**152**	**142**	**180**

المصدر Sdgindex (٢٠١٩): ٢٠١٩ Arab Region SDG Index and Dashboards Report.

https://www.sdgindex.org/reports/٢٠١٩-arab-region-sdg-index-and-dashboards-report/

خريطة (٤): مستويات المتوسط الحسابي لمعدلات وفيات الأمهات في الدول العربية للسنوات ٢٠٠٠_٢٠١٧



المصدر: جدول (٤)

ثالثا: أثر الدخل على معدلات الوفيات

يؤمن العديد من الباحثين، ومنذ سبعينيات القرن الماضي والمعاصرين، أن توزيع الرفاهية المادية يتحسن بزيادة نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي. ففي (١٩٨٥) افترض Goldstein أن العوامل الاقتصادية لها تأثير قوي على معدلات وفيات الرضع، وأيده في ذلك (Ram, ١٩٨٥) حيث علل ذلك التأثير بأن متوسط دخل الفرد هو متغير مهم للتحسن في الاحتياجات الأساسية له. ومن المعلوم أن صحة الأمومة والطفولة حق أساسي واحتياج إنساني طبيعي لازم لحياة جيدة وطبيعية خالية من الامراض. عليه، فإن النمو الاقتصادي وزيادة دخل الفرد يحسنان من فرص البقاء على الحياة وتقليل مستويات الوفيات ومعدلاتها.

وفي ٢٠١٣ نشر (O`Hare Bernadette, et al) بحثا أشار فيه إلى أن مراجعتهم للأدبيات المتعلقة ببحثهم أوصلتهم لأربعة وعشرين دراسة أنتجت ثمانية وثلاثين تقريرا حول تأثير الدخل، ممثلا في نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي، على معدلات الوفيات. ولقد خلصت تلك الدراسات إلى ان العلاقة بين الدخل ووفيات الرضع والوفيات للأطفال دون سن الخامسة كانت علاقة عكسية وذات دلالة إحصائية. وبعد المعالجة

توصلت هذه الدراسة أن معامل الارتباط بين متغير نصيب الفرد من إجمالي الدخل المحلي مع متغير وفيات الرضع تراوح بين (- ٠,٢٦ و – ٠,٣٩) بمتوسط بلغ (- ٠,٣٣). وتراوحت قيمة معامل الارتباط بين (- ٠,١٩ و – ٠,٣٧) عند الربط بين نصيب الفرد والوفيات للأطفال دون سن الخامسة، وبمتوسط بلغ (- ٠,٢٨). وبناء على هذه النتائج فسر الباحثون تلك القيم على أنه إذا كان معدل وفيات الرضع في بلد ما ٥٠ لكل ١٠٠٠ مولود حي وزاد الناتج المحلي الإجمالي للفرد تعادل القوة الشرائية بنسبة ١٠٪، سينخفض معدل وفيات الرضع إلى ٤٥ لكل ١٠٠٠ مولود حي.

ويعتمد نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي على تعادل القوة الشرائية (PPP). وبحسب تعريف البنك الدولي فإن نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (GDP per capita, PPP) هو الناتج المحلي الإجمالي المحول إلى دولارات دولية باستخدام معدلات تعادل القوة الشرائية ومن ثم قسمته على إجمالي السكان في الدولة المعنية.

ولتأكيد الأثر الاقتصادي في الدول العربية على المتغيرات محور الدراسة فقد اعتمد الباحثون على بيانات البنك الدولي عن الدول العربية حول الناتج المحلي الإجمالي للدول العربية للفترة (٢٠٠٠ - ٢٠١٧). وحسبت الدراسة المتوسط العام للفترة لكل دولة وتم إجراء اللازم لحساب معامل الارتباط بين المتغيرات التابعة في الدراسة (معدلات وفيات الرضع، معدلات وفيات الأطفال، معدلات وفيات الأمهات بسبب الحمل، إضافة الى توقع الأجل عند الميلاد) ومتوسط نصيب الفرد من إجمالي الدخل المحلي المعادل بالقوة الشرائية (GDP per capita, PPP) كمتغير مستقل. ونتيجة لغياب الاحصائيات المكتملة عن بعض الدول العربية فلقد تم استثناء بعض الدول العربية (*) عند احتساب معامل ارتباط بيرسون حيث تم حسابه دون أن تدخل تلك الدول فيه. قيم معامل الارتباط كانت كما يلي:

- قيمة معامل الارتباط بين نصيب الفرد ومعدلات وفيات الرضع = - ٠,٦٤٤
- قيمة معامل الارتباط بين نصيب الفرد ومعدلات وفيات الأطفال دون الخامسة = - ٠,٥٦٠
- قيمة معامل الارتباط بين نصيب الفرد ومعدلات وفيات الأمهات = - ٠,٤٦٤
- قيمة معامل الارتباط بين نصيب الفرد والعمر المتوقع عند الميلاد = ٠,٦٢٢

أما عن تأثير الناتج المحلي الإجمالي للفرد على متوسط العمر المتوقع فقد أثبتته العديد من الدراسات، ومن بينها تلك الدراسة التي أجراها (Dayanikli Gokce, Gokare Varsha, Kincaid Brian, ٢٠١٦) حيث خلصت الدراسة إلى أن الارتباط بين المتغيرين إيجابي وقوي خصوصا في الدول النامية ذات الدخول المنخفضة. وبحسب الدراسة فإن تأثير ارتفاع اجمالي الدخل المحلي في الدول النامية يزيد من العمر المتوقع للفرد، ويستمر ذلك التأثير في الارتفاع حتى عتبة معينة، عندها يقل ذلك التأثير. ويمكن القول بأن ارتفاع الدخل المحلي للدول يؤدي الى تمكين الدولة من الصرف على الخدمات الصحية، والتعليم بما يمكن الافراد في الاستمرار والتدرج في السلم التعليمي، إضافة الى تحسين نوع التغذي لأفراد المجتمع. وبحسب ما أوردت

الدراسة فإن زيادة نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بنسبة ١٪، يزداد متوسط العمر المتوقع بمقدار ٣,٨٤٤ سنة. وبالمثل، مع زيادة الإنفاق على الصحة العامة بنسبة ١٪ وزيادة متوسط الالتحاق بالمدارس بسنة واحدة، يزداد متوسط العمر المتوقع بمقدار ٠,٢٤٥ سنة و٠,٧٩٣ سنة على التوالي.

(*) الدول التي تم استثناؤها ضمت جيبوتي، الصومال وسوريا لغياب معلومات نصيب الفرد من الدخل القومي عنها، وفلسطين لغياب بيانات العمر المتوقع.

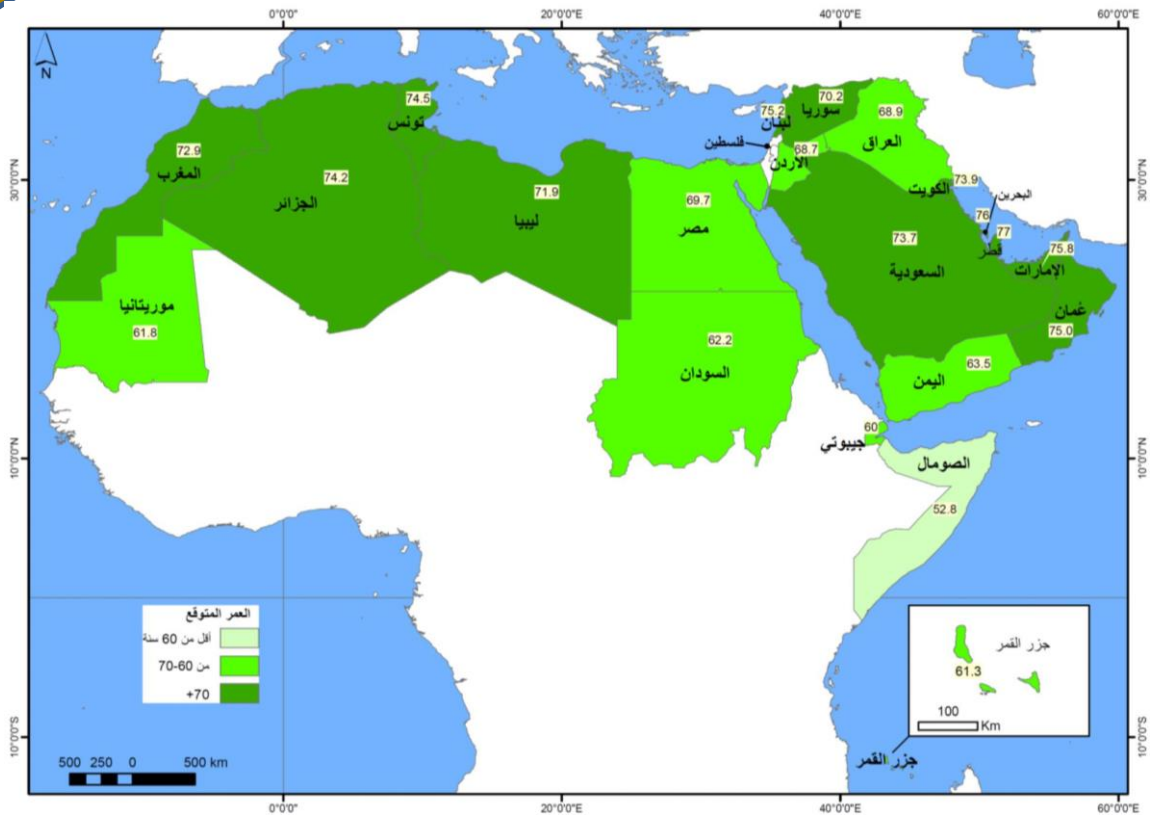
جدول (٥): توزيع الدول العربية حسب العمر المتوقع عند الولادة للسنوات ٢٠٠٠ - ٢٠١٦

الدولة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	المتوسط
قطر	76.2	76.3	76.5	76.6	76.7	76.8	76.7	76.7	76.7	76.9	77.2	77.4	77.6	77.1	77.9	78	78.1	77.0
البحرين	72.2	72.7	73.7	73.9	74.1	74.7	75	75.9	76.2	76.9	77.2	77.2	77.7	78.3	78.3	78.8	79.1	76.0
الامارات	74.3	74.5	74.7	74.8	75.1	75.3	75.5	75.7	75.9	76.1	76.3	76.5	76.6	76.8	76.1	77	77.2	75.8
لبنان	73.6	73.9	74.2	74.6	74.8	75.1	74.5	75.4	75.4	75.6	75.7	75	76	76	76	76.1	76.3	75.2
عُمان	72.7	73.1	73.4	73.7	74.1	74.4	74.7	74.8	75.2	75.4	75.6	75.9	76.1	76.4	76.6	76.8	77	75.0
تونس	72.8	73.2	73.4	73.7	73.9	74.1	74.2	74.4	74.6	74.7	74.9	75.1	75.3	75.4	75.6	75.8	76	74.5
الجزائر	70.8	71.2	71.7	72	72.8	73.4	74	74.4	74.8	75.1	75.4	75.6	75.8	75.9	76.1	76.2	76.4	74.2
الكويت	73.3	73.4	73.4	73.4	73.4	73.5	73.5	73.6	73.8	73.9	74.1	74.2	74.3	74.4	74.6	74.6	74.8	73.9
السعودية	72.7	72.9	73	73.2	73.3	73.3	73.3	73.4	73.5	73.6	73.8	74	74.2	74.3	74.4	74.6	74.8	73.7
المغرب	68.5	69.1	69.6	70.2	70.9	71.8	72.5	73.1	73.4	73.8	74.2	74.6	74.9	75.4	75.5	75.8	76	72.9
ليبيا	70.8	70.9	71	71.2	71.4	71.8	72.1	72.3	72.5	72.7	72.8	71.3	72.9	73	72.5	72	71.9	71.9
سوريا	73	73.1	73.2	73.2	73.3	73.4	73.5	73.6	73.7	73.8	73.8	72.7	65	61.6	60	63	63.8	70.2
مصر	69.2	69	69	68.9	69.3	69.6	69.7	69.8	69.8	69.7	69.7	70.1	69.9	70.7	70.6	70.3	70.5	٦٩,٧
العراق	69.4	70	70.2	66.4	67.2	66.8	64.8	66	69.4	70.5	70.8	70.9	70.9	70.1	68.6	69.3	69.8	68.9
الاردن	71.7	71.9	72	72.2.	72.3	72.3	72.6	72.8	73	73.2	73.4	73.5	73.7	73.9	74	74.1	74.3	68.7
اليمن	60.7	61.1	61.5	62	62.5	62.9	63.3	63.7	64	64.1	64.5	64.6	65.1	65.1	65.1	64.5	65.3	63.5
السودان	58.8	59.2	59.8	60	60.2	61.3	61.6	62.1	62.5	62.8	63.2	63.5	64	64.3	64.6	64.8	65.1	62.2
موريتانيا	60.2	60.3	60.4	60.5	60.6	60.8	61.1	61.3	61.6	61.9	62.2	62.5	62.9	63.1	63.4	63.7	63.9	61.8
جزر القمر	59.5	59.6	59.6	59.7	59.8	60.1	60.4	60.7	61	61.4	61.8	62.3	62.6	63	63.3	63.6	62.9	61.3
جيبوتي	57.4	57.6	57.8	58	58.2	58.8	51.3	59.9	60.3	61	61.6	62.1	62.6	63	63.1	63.6	62.8	60.0
الصومال	51.1	51.3	51.3	51.4	51.4	51.6	51.6	51.7	52.2	52.7	53	53.7	53.9	54.8	55.1	55.6	55.4	52.8
فلسطين																		لا بيانات
المتوسط	**68**	**68.3**	**68.5**	**65.3**	**68.8**	**69.1**	**68.9**	**69.6**	**70**	**70.3**	**70.5**	**70.6**	**70.6**	**70.6**	**70.5**	**70.8**	**71**	**69.7**

المصدر Sdgindex (٢٠١٩): ٢٠١٩ Arab Region SDG Index and Dashboards Report.

https://www.sdgindex.org/reports/٢٠١٩-arab-region-sdg-index-and-dashboards-report/

خريطة (٥): توزيع الدول العربية حسب متوسط العمر المتوقع عند الولادة



المصدر جدول (٥)

رابعا: تحليل الدرجات المعيارية للمعدلات:

تصف الدرجة المعيارية (Z) موضع النتيجة الأولية من حيث المسافة التي تفصلها عن المتوسط العام وذلك عند قياسها بوحدات الانحراف المعياري. تكون درجة Z موجبة إذا كانت القيمة أعلى من المتوسط، وسالبة إذا كانت أقل من المتوسط. إن قيمة Z-Score تخبرنا بعدد الانحرافات المعيارية التي تكون بعيدًا عن المتوسط. إذا كانت درجة Z تساوي ٠، فهي على المتوسط. وتشير الدرجة المعيارية الإيجابية إلى أن الدرجة الأولية أعلى من المتوسط. على سبيل المثال، إذا كانت الدرجة المعيارية تساوي +١، فإنها تعني انحرافًا معياريًا واحدًا فوق المتوسط العام. وتكشف الدرجة المعيارية السالبة أن النتيجة الأولية أقل من المتوسط. وكمثال، تم حساب الدرجة المعيارية لمتغير معدل وفيات الرضع في هذا الدراسة كما يلي:

الدرجة المعيارية لمتغير معدل وفيات الرضع (Z) للدولة =

(المتوسط الحسابي لمعدل وفيات الرضع للدولة – المتوسط الحسابي للمعدل لكل الدول العربية)

(الانحراف المعياري لقيم وفيات الرضع لكل دولة)

وبتطبيق القانون على البحرين كمثال من الجدول المعياري لوفيات الرضع، ستكون المعادلة كالتالي:

(١٧,٩ – ٣,٥)

(٠,٥)

والنتيجة أنها تساوي (- ٢٩,٨). وهذا يعني أن البحرين أدنى وأقل من المعدل العام لوفيات الرضع (١٧,٩) بمقدار (٢٩,٨) انحرافا معياريا. وهكذا تم حساب الدرجة المعيارية لكل دولة في المتغيرات الأخرى (معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، معدل وفيات الأمهات ومتوسط العمر المتوقع).

أذاً ,وفيما يتعلق بتفسير الدرجات المعيارية لمتغيرات الوفيات الثلاث , نجد ان درجات (Z) الايجابية (أعلى من الصفر) تمثل المعدلات الوفيات المسجلة فوق المتوسط العام للدول العربية والذي يساوي صفراً معيارياً , والدرجات السلبية تشير الى معدلات الوفيات الاقل من المتوسط العام , اما قيمة (Z) الايجابية المحسوبة لمتوسط العمر المتوقع فتمثل الاعمار المتوقعة فوق المتوسط العام ,بينما قيمة (Z) السالبة فتعني الاعمار المتوقعة تحت المتوسط العام للأعمار.

واعتماداً على جداول المتغيرات الأربع السابقة تم حساب الدرجات المعيارية في كل جدول لكل دولة من الدولة العربية، ومن ثم تم بناء الجدول (٦) أدناه حيث تم ترتيب الدول ترتيبا تصاعديا، ويشير اللون الأخضر إلى الفضاء الايجاب للمتغير بينما اللون البرتقالي (الفاتح) فيدل على سلبية الفضاء للمتغير. ولتوضيح صورة التباين الصارخ بين الدول العربية فيما يختص بكل معدل فقد تم إعداد الشكل (٣) ليوضح بيانيا مدى البون الشاسع بين الدول التي تقع في مقدمة سلم الإنجازات الصحية والأخرى التي تعثرت في إنجازاتها. ولقد تم حساب المدى لبيانات الدرجات المعيارية في كل متغير لتوضيح المتغير الذي شهد أكبر تباين بين الدول العربية. فقد جاء متغير معدل وفيات الأمهات بأكبر مدى (الفرق بين أعلى وأدنى درجة معيارية) حيث بلغت المسافة (٢٤٩,٩) انحرافا معياريا بين الإمارات وموريتانيا, في حين جاء في المرتبة الثانية متغير معدل وفيات الرضع بمقدار بلغ (٤٠,٤) انحرافا معياريا بين البحرين والصومال, بينما في المرتبة الثالثة جاءت قيمة المدى المرتبط بمعدل وفيات الأطفال حيث بلغ (٣٩,٩) انحرافا معياريا. أما أقل مدى فقد سجلته الدرجات المعيارية لمتغير العمر المتوقع وذلك بقيمة (٢٤,٢) انحرافا معيارياً سجل بين دولتي قطر والصومال.

وفي الفضاء السالب لجميع المتغيرات، اشتركت دول السودان واليمن وموريتانيا وجيبوتي والصومال وجزر القمر في ذلك الفضاء. كما شاركها الفضاء السالب دولتا المغرب والعراق في معدلات وفيات الرضع. وظهر العراق أيضا في الفضاء السالب لمتغير العمر المتوقع.

خامسا: العلاقة والارتباط بين المؤشرات الصحية في الدول العربية

يظهر من تحليل الجدول (٧) والخاص بقيم معاملات الارتباط الناتجة عن المصفوفة التي تضم المؤشرات الصحية الأربع. وكما هو واضح فإن الارتباط (موجبا كان أم سالبا) بين المؤشرات أظهر قيما ذات دلالة

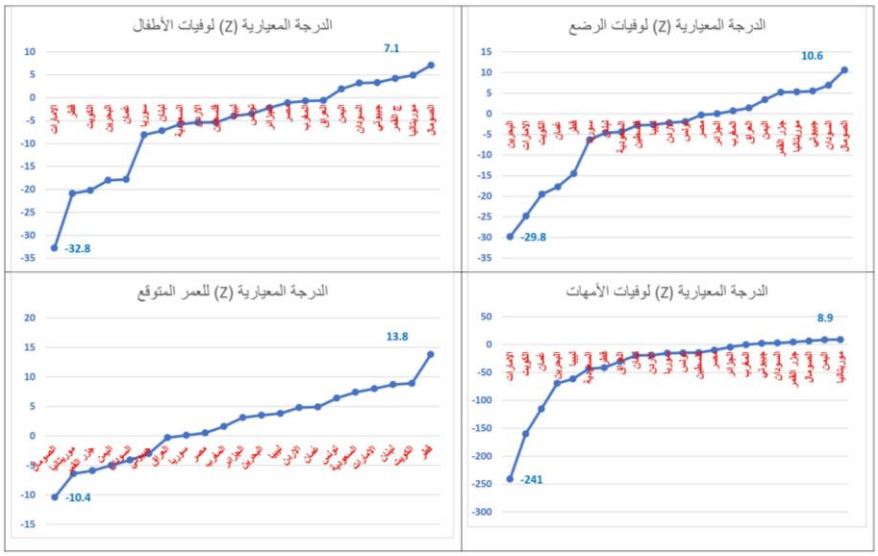
إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠١). كما تُظهر القيمُ أيضا أن الارتباط الثنائي المتغير (bivariate) بين المتغيرات يشير إلى أن الارتباط كان قويا. أما عن اتجاهات تلك الارتباطات فيمكن توضيحها كما يلي:

- ارتباطات موجبة (طردية): وتظهر تلك الارتباطات الموجبة بين متغيرات: وفيات الرضع، وفيات الأطفال، ومعدل وفيات الأمهات بسبب الحمل. وتراوحت تلك القيم بين (٠,٨٩٩) و (٠,٩٦٦).
- ارتباطات سالبة (عكسية): وتتلخص في أن مؤشر أمد الحياة تكون علاقته عكسية مع أي من المتغيرات الأخرى (وفيات الرضع، وفيات الأطفال، ومعدل وفيات الأمهات بسبب الحمل). وتراوحت قيم معامل ارتباط بيرسون هنا بين (٠,٩٣٨- & ٠,٨٩٢-).

جدول (٦): الدرجات المعيارية لمتغيرات الدراسة مصنفة حسب الدولة والمتغير

معدل وفيات الرضع		معدل وفيات الأطفال (دون الخامسة)		معدل وفيات الأمهات		العمر المتوقع	
الدولة	الدرجة المعيارية (Z)	الدولة	الدرجة المعيارية (Z)	الدولة	الدرجة المعيارية (Z)	الدولة	الدرجة المعيارية (Z)
البحرين	-29.8	الامارات	-32.8	الامارات	-241	الصومال	-10.4
الامارات	-24.8	قطر	-20.9	الكويت	-160.1	موريتانيا	-6.4
الكويت	-19.5	الكويت	-20.2	عُمان	-115.3	جزر القمر	-5.9
عُمان	-17.7	البحرين	-18.0	البحرين	-69.4	اليمن	-5.0
قطر	-14.5	عُمان	-17.8	ليبيا	-61.6	السودان	-4.1
سوريا	-6.3	سوريا	-8.1	السعودية	-43.3	جيبوتي	-3.0
لبنان	-4.6	لبنان	-7.2	قطر	-41.3	العراق	-0.3
السعودية	-4.4	السعودية	-5.8	العراق	-30.4	سوريا	0.1
فلسطين	-2.8	الاردن	-5.4	لبنان	-19.4	مصر	0.5
ليبيا	-2.7	فلسطين	-5.4	الاردن	-19.1	المغرب	1.6
الاردن	-2.2	ليبيا	-4.0	سوريا	-15.6	الجزائر	3.1
تونس	-1.9	تونس	-3.5	تونس	-14.9	البحرين	3.5
مصر	-0.3	الجزائر	-2.2	فلسطين	-14.4	ليبيا	3.8
الجزائر	0.0	مصر	-1.1	مصر	-9.9	الاردن	4.8
المغرب	0.7	المغرب	-0.7	الجزائر	-4.6	عُمان	4.9
العراق	1.4	العراق	-0.6	المغرب	-0.2	تونس	6.4
اليمن	3.4	اليمن	1.9	جيبوتي	2.3	السعودية	7.4
جزر القمر	5.2	السودان	3.2	السودان	2.9	الامارات	8.0
موريتانيا	5.3	جيبوتي	3.3	جزر القمر	4.6	لبنان	8.7
جيبوتي	5.5	ج القمر	4.2	الصومال	6.5	الكويت	8.9
السودان	6.9	موريتانيا	4.9	اليمن	8.7	قطر	13.8
الصومال	10.6	الصومال	7.1	موريتانيا	8.9	فلسطين	لا بيانات

المصدر: تم حسابه من جداول معدلات المتغيرات اعلاه



شكل (٣): الدرجات المعيارية لكل متغير من متغيرات الدراسة الأربع

جدول (٧): مصفوفة الارتباط ثنائي المتغير لمؤشرات الصحة

المؤشرات	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات الأطفال (دون الخامسة)	معدل وفيات الأمهات	أمد الحياة
معدل وفيات الرضع		٠,٩٣٤	٠,٨٩٩	- 0.927
معدل وفيات الأطفال	0.934		0.966	- 0.938
معدل وفيات الأمهات	0.899	0.966		- 0.892
أمد الحياة	- 0.927	- 0.938	-0.892	

المصدر: تمت معالجة البيانات في جدول (٢) لاستخراج المصفوفة باستخدام SPSS

الاستنتاجات:

خلصت الدراسة إلى عدة استنتاجات تتمثل بالآتي:

١. للظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية والنزاعات المسلحة والحروب والتهجير القسري التي تعيشها العديد من الدول العربية انعكاسات واضحة على ارتفاع معدلات الوفيات عموما، ومعدلات وفيات الاطفال حديثي الولادة، ودون الخامسة والامهات خاصة.

٢. تتباين دول العالم العربي في معدلات وفياتها، إلا إن بعضها يحتل مركز الصدارة في ارتفاعها، وتحديدا دول الصومال وجيبوتي واليمن والسودان وموريتانيا وجزر القمر.

٣. تراجع معدلات الوفيات للمؤشرات الثلاث في معظم دول العالم العربي خلال الفترة (٢٠٠٠ – ٢٠١٧).

٤. اظهر التحليل الاحصائي لبيانات البحث وجود علاقة قوية ما بين وفيات الامهات ومتغيري معدل وفيات حديثي الولادة ومعدل وفيات الأطفال دون الخامسة. بينما تراجعت العلاقة الى السلبية بين مؤشر امد الحياة ومؤشرات وفيات الاطفال الرضع ووفيات الاطفال دون الخامسة ووفيات الامهات.

٥. وقد اظهر تطبيق الدرجات المعيارية ان متغير معدل وفيات الامهات جاء بأكبر مدى , بينما سجل متغير العمر الوسيط اقل مدى .

المراجع العربية:

- أبو النصر، مدحت ومحمد، ياسمين مدحت (٢٠١٧) **التنمية المستدامة مفهومها، أبعادها، مؤشراتها**، ط١، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة.
- أبو عيانة، فتحي محم (٢٠١٧): **جغرافية السكان – أسس وتطبيقات معاصرة**. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية. ٤١٢
- التر كاوي، خالد (٢٠١٥) **السعادة حول العالم: ما الجديد؟** مجلة العربي، العدد (٦٨٢)، وزارة الاعلام، الكويت، سبتمبر ٢٠١٥، السعدي،
- عباس فاضل (١٩٩٤) **السكان والتنمية في محافظات الهضبة الغربية في العراق**، مؤتمر جامعة مؤته بالأردن خلال المدة: ٧-٩/ تشرين ثاني ١٩٩٤. نشر في مجلة السدير (تصدرها آداب الكوفة)، العدد ٥، السنة الثانية، ٢٠٠٤-٢٠٠٥.
- السعدي، عباس فاضل (٢٠١٧)، **نوعية حياة السكان** - دراسة في الديموجرافيا، طباعة دار الوضاح للنشر، عمان.
- عاشور، أشرف محمد (٢٠١٧) **جغرافيا التنمية في عالم (متغير)**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- عبد السلام، محمد السيد (١٩٩٨)، **الأمن الغذائي للوطن العربي**، سلسلة عالم المعرفة، العدد (٢٣٠) المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب /, الكويت
- عطوي، عبد الله (٢٠٠٤): السكان والتنمية البشرية. ط، دار النهضة العربية، بيروت.
- اللجنة العالمية للبيئة والتنمية (١٩٨٩) **مستقبلنا المشترك**، ترجمة محمد كامل عارف، مراجعة علي حسين حجاج، سلسلة عالم المعرفة، العدد (١٤٢)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

المراجع باللغة الانجليزية:

١. Asharaf ,Abdul Salam, and Al-Khraif Rshood M (٢٠٢٠): Child Mortality Transition in the Arabian Gulf: Wealth, Health System Reforms, and Development Goals - Front. Public Health, ١٧ January ٢٠٢٠ https://doi.org/١٠,٣٣٨٩/fpubh.٢٠١٩,٠٠٤٠٢

٢. Dayanikli Gokce, Gokare Varsha and Kincaid Brian (٢٠١٦): Effect of GDP Per Capita on National Life Expectancy. https://smartech.gatech.edu/bitstream/handle/١٨٥٣/٥٦٠٣١/effect_of_gdp_per_capita_on_national_life_expectancy.pdf

٣. Khachfe Hussein H, Sammouri Julie , Salhab Hamza A , Fares Mohamad Y , El-Najjar Roula (٢٠١٧) - Maternal mortality and health in the Arab World: A ٢٥-year epidemiological study https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/٣١٥٨١٣٦٩/

٤. Marques, Joseph (٢٠٠٢): GCC infant mortality rate lowest in Arab world.

٥. https://gulfnews.com/uae/gcc-infant-mortality-rate-lowest-in-arab-world-١,٤٠٦٦٧٢

٦. Murray, C. J. (١٩٨٨): The infant mortality rate, life expectancy at birth, and a linear index of mortality as measures of general health status. Front. Public Health, **١٧ January ٢٠٢٠** https://doi.org/١٠,٣٣٨٩/fpubh.٢٠١٩,٠٠٤٠٢ - https://www.frontiersin.org/articles/١٠,٣٣٨٩/fpubh.٢٠١٩,٠٠٤٠٢/full

٧. O'Hare Bernadette, Makuta Innocent, Chiwaula Levison , and Bar-Zeev Naor (٢٠١٣): Income and child mortality in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine* (JRSM) - ٢٠١٣ Oct; ١٠٦(١٠): ٤٠٨–٤١٤ - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC٣٧٩١٠٩٣/

٨. Sdgindex (٢٠١٩): ٢٠١٩ Arab Region SDG Index and Dashboards Report. https://www.sdgindex.org/reports/٢٠١٩-arab-region-sdg-index-and-dashboards-report/

٩. The Humanitarian Data Exchange website, https://data.humdata.org/

١٠. World Bank, (٢٠١٣): What does "life expectancy at birth" really mean? https://blogs.worldbank.org/opendata/what-does-life-expectancy-birth-really-mean

مو اقع الانترنت:

١. https://gulfnews.com/uae/gcc-infant-mortality-rate-lowest-in-arab-world-١,٤٠٦٦٧٢

٢. **https://www.scimex.org/newsfeed/conflict-exacerbates-child-mortality-in-muslim-countries** *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*: ٢٠١٩ Dec; ٤٥(١٢) ٢٣٦٩-٢٣٧٦

٣. https://www.statista.com/statistics/٢٦٤٧١٩/ranking-of-the-٢٠-countries-with-the-lowest-life-expectancy/

٤. https://www.unicef.org/mena/health

٥. **https://arabstates.unfpa.org/en/node/٢٢٥١٠(**

٦. https://www.weforum.org/agenda/٢٠١٨/١٢/the-hidden-face-of-conflict-maternal-mortality
٧. https://www.weforum.org/agenda/٢٠١٨/١٢/the-hidden-face-of-conflict-maternal-mortality

الملحق: أهداف التنمية المستدامة