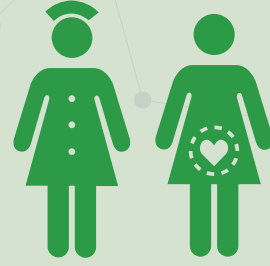


## الفصل الثالث الصحة والرفاه



تواجه المرأة العربية تحديات مختلفة طوال دورة حياتها. ولا يعني تفوق الإناث في العمر المتوقع بالضرورة أن النساء بصحة أفضل من الرجال. ورغم انخفاض معدلات الخصوبة الكلية، لا تزال نسبياً أعلى من المتوسط العالمي. وتجاوزت معدلات الخصوبة ثلاثة مواليد أحياء لكل امرأة في البلدان التي تجاوزت احتياجاتها غير الملباة 20 في المائة. ولا تزال نسبة استخدام خدمات الصحة الإنجابية والوصول إلى وسائل منع الحمل تعتمد على مستوى التعليم ووضع المرأة الاجتماعي والاقتصادي، مع تباينات ملحوظة بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية.

النساء اللاتي يعشن في المناطق الريفية محرومات أيضاً من استخدام أي وسيلة من وسائل منع الحمل بالمقارنة مع النساء في المناطق الحضرية. وترتفع معدلات الخصوبة بشكل متواز مع انخفاض استخدام وسائل تنظيم الأسرة وارتفاع معدلات وفيات الأمهات.

## الصحة والرفاه

«ينبغي أن ينصبّ جل اهتمامنا دائماً على الفئات المحرومة والمستضعفة. فغالباً ما تكون هذه المجموعات خفية، يعيش أفرادها في المناطق الريفية النائية أو في الأحياء العشوائية، ويحرمون من فرصة تمثيلهم سياسياً». الدكتورة مارغريت تشان، المدير العام السابقة لمنظمة الصحة العالمية

### الف. البيئة التمكينية

في كثير من الأحيان تتباين إمكانيات الحصول على الرعاية على أساس العرق، والأصل الإثني، والحالة الاجتماعية والاقتصادية، والعمر، والجنس، وحالة الإعاقة، والميل الجنسي، وهوية النوع الاجتماعي، والموقع الجغرافي. وتعرض النساء والرجال والفتيات والفتيان إلى مخاطر صحية مختلفة، ونتيجة لذلك، تختلف احتياجاتهم من الرعاية الصحية. إن النساء هن من ينجبن الأطفال، أي أنهن يحتجن إلى الرعاية أثناء الحمل والولادة وخلال المراحل المبكرة من حياة طفلهن. والأطفال عرضة للإصابة بالأمراض، والأطفال الرضع الذكور معرضون للمرض أكثر من الأطفال الرضع الإناث. إن النساء والرجال يعانون من مشاكل صحية مختلفة وعادة ما يموتون لأسباب مختلفة. ويعزى ذلك إلى العوامل البيولوجية، فضلاً عن دور معايير النوع الاجتماعي في الإقبال على السلوكيات المرتبطة بالمخاطر الصحية، مثل التدخين واستهلاك الكحول ونوعية النظام الغذائي.

ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار

3 الصحة الجيدة والرفاه



الغاية 3.8

المؤشر 3.8.1

تغطية توافر الخدمات الصحية الأساسية المعروفة باعتبارها متوسط التغطية التي توفر الخدمات الأساسية المستندة إلى الإجراءات الكاشفة التي تشمل الصحة الإنجابية، وصحة الأمهات، والمواليد الجدد، والأطفال، والأمراض المعدية، والأمراض غير المعدية، والقدرة على توفير الخدمات، وإمكانية الوصول إليها لدى السكان عموماً والأشد حرماناً خصوصاً

تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة والجيدة والفعالة والميسورة التكلفة

ولقد تحسنت النظم الصحية والنتائج الصحية في الدول العربية كثيراً على مدى السنوات العشرين الأخيرة بالتوازي مع التنمية والنمو الاقتصادي المتين في جميع أنحاء المنطقة. وارتفع متوسط العمر المتوقع فأصبحت الأمراض غير المعدية تشكل السبب الرئيسي للوفاة والإعاقة،

بدلاً مما كان سائداً بسبب الاضطرابات الغذائية والأمراض المعدية. وقد شهدت الاستثمارات الكبيرة في النظم الصحية مكاسب مهمة في مجال صحة الطفل والأم، وهذه هي المؤشرات الرئيسية لإمكانية وصول النساء والفتيات إلى الخدمات الصحية الأساسية<sup>1</sup>.

1,857 مليار دولاراً، وجزر القمر حيث ينخفض هذا الرقم إلى 2 مليار دولاراً. وقد استطاعت هذه البلدان الاستفادة على نحو فعال من مواردها الاقتصادية المحدودة نسبياً متجنباً الوفيات المبكرة بينما لم تواكب غيرها من البلدان ما إذا كان باستطاعة دخلها أن يقدمه من إمكانيات<sup>2</sup>.

## جيم. العمر المتوقع عند الستين سنة

العمر المتوقع عند الستين سنة يمثل متوسط عدد السنوات التي يُتَوَقَّعُ أن يعيشها الشخص في هذه الفئة العمرية، بافتراض أن مستويات الوفيات حسب الأعمار تظل ثابتة. ويعتبر هذا المقياس أداة أفضل من العمر المتوقع عند الولادة لقياس مدى البقاء على قيد الحياة ضمن مراحل حياة البالغين لأن العمر المتوقع عند الولادة يتأثر بدرجة كبيرة بارتفاع مستويات الوفيات الرضع، ولذلك لا يوفر تحليلاً شاملاً لبقاء البالغين على قيد الحياة.

سنوات أكثر من الرجال (74.7 سنة للمرأة عند الولادة مقارنة بـ 70.2 سنة للرجال).

عام 2017، كان العمر المتوقع عند الولادة في الدول العربية 71.6 سنة وبلغت فجوة النوع الاجتماعي 3.6 سنة (73.5 سنة للنساء و69.9 سنة للرجال)، أي أقل من فجوة النوع الاجتماعي العالمية بما يعادل 0.9 سنة.

وفي الجمهورية العربية السورية، فإن العمر المتوقع عند الولادة للإناث أطول بـ 9.5 سنوات من الذكور وهو الأعلى بين الدول العربية بفرق شاسع. ويبدو أن العمر المتوقع في البلدان العربية لا يخضع بشكل تام إلى مستويات الدخل والإنفاق الصحي والتغطية الصحية. فالبلدان العربية التي يرتفع فيها متوسط دخل الفرد، مثل البلدان الخليجية التالية: الإمارات العربية المتحدة، والبحرين، والكويت، وقطر، والمملكة العربية السعودية (باستثناء عُمان) أو البلدان التي يرتفع فيها الإنفاق الصحي الحالي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي مثل جزر القمر والاردن ولبنان، وصل فيها تفوق الإناث من حيث العمر المتوقع أدنى مستوياته ولم يتعد 3 سنوات (الجدول 6).

في المقابل فإن بقية البلدان العربية لم ينخفض فيها الناتج المحلي الإجمالي كأساس مماثلات القوة الشرائية فحسب ولكن تدنى فيها أيضاً الإنفاق الصحي والتغطية الصحية، إلا أن فجوة النوع الاجتماعي كانت عبارة عن ثلاث سنوات أو أكثر وهو أمر مقبول. ويشمل ذلك المملكة العربية السعودية حيث يرتفع الناتج المحلي الإجمالي كأساس مماثلات القوة الشرائية ليساوي

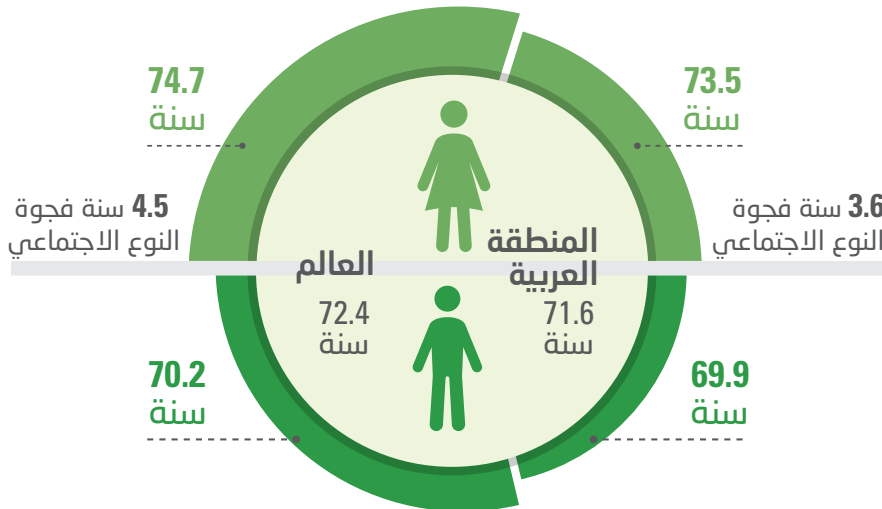
إن الغاية المنشودة من الإنفاق السنوي العالمي على الصحة هي أن يبلغ ما يعادل 6.3 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي. وفي عام 2017، تراوح الإنفاق الصحي السنوي بين مستوى أدنى يبلغ 2.6 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في قطر إلى أعلى مستوى بنسبة 8.2 في المائة في لبنان. وعلى الرغم من ازدياد الإنفاق على الرعاية الصحية في معظم البلدان، فقد انخفض معدل هذا الإنفاق في بعض الدول مع مرور الوقت. في جزر القمر، على سبيل المثال، عادّل الإنفاق 12.2 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي عام 2000 ولكنه انخفض ليصل إلى 7.4 في المائة عام 2017. تقلص في لبنان أيضاً الإنفاق على الصحة من 10.8 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2000 إلى 8.2 في المائة في عام 2017.

يتفاوت نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحالي كأساس مماثلات القوة الشرائية بالدولار العالمي تفاوتاً كبيراً بين البلدان العربية. وصل نصيب الفرد من الإنفاق السنوي على الخدمات الصحية أدنى مستوياته في جيبوتي (117 دولاراً) تليها جزر القمر (123 دولاراً) واليمن (139 دولاراً) والجمهورية العربية السورية (160 دولاراً) وموريتانيا (170 دولاراً). وكان المستوى الأعلى في الكويت (3,797 دولاراً) في 2017. وفي الواقع، فإن كل بلدان مجلس التعاون لدول الخليج العربية تتفوق بشكل كبير على بقية العالم العربي في مجال الرعاية الصحية.

## باء. العمر المتوقع عند الولادة

طالت التحسينات التي طرأت على الطب والتكنولوجيا حياة كل من المرأة والرجل. على الصعيد العالمي، بلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة 72.4 سنة عام 2017. ويتوقع عالمياً أن تعيش النساء 4.5

## العمر المتوقع العربي أقل من المتوسط العالمي، للنساء والرجال



**الجدول 6. الناتج المحلي الإجمالي، والإنفاق الصحي الحالي، وخدمات التغطية الصحية الشاملة، وفجوة النوع الاجتماعي على صعيد العمر المتوقع، آخر سنة**

| البلد                     | الناتج المحلي الإجمالي بمماثلات القوة الشرائية في العام 2018 (الدولار العالمي) | الإنفاق الصحي الحالي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (%) | نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحالي بأساس مماثلات القوة الشرائية (الدولار العالمي) | خدمة التغطية الصحية الشاملة في العام 2015 (المؤشر 3.8.1) | فجوة النوع الاجتماعي في العمر المتوقع عند الولادة في العام 2016 (الإناث- الذكور) |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| الجزائر                   | \$ 659,686,582,357                                                             | 6                                                              | 975                                                                               | 76                                                       | 2.0                                                                              |
| البحرين                   | \$ 74,108,660,121                                                              | 5                                                              | 2,265                                                                             | 72                                                       | 1.0                                                                              |
| جزر القمر                 | \$ 2,353,695,077                                                               | 7                                                              | 123                                                                               | 47                                                       | 3.2                                                                              |
| جيبوتي                    | \$ 2,342,710,799                                                               | 3                                                              | 117                                                                               | 47                                                       | 3.3                                                                              |
| مصر                       | \$ 1,219,509,677,236                                                           | 5                                                              | 614                                                                               | 68                                                       | 4.8                                                                              |
| العراق                    | \$ 672,978,507,595                                                             | 4                                                              | 495                                                                               | 63                                                       | 4.7                                                                              |
| الأردن                    | \$ 93,068,215,795                                                              | 8                                                              | 757                                                                               | 70                                                       | 3.3                                                                              |
| الكويت                    | \$ 304,938,677,378                                                             | 5                                                              | 3,797                                                                             | 77                                                       | 2.1                                                                              |
| لبنان                     | \$ 89,433,526,962                                                              | 8                                                              | 1,185                                                                             | 68                                                       | 2.6                                                                              |
| ليبيا                     | \$ 138,287,328,576                                                             | 6                                                              | 627                                                                               | 63                                                       | 6.0                                                                              |
| موريتانيا                 | \$ 18,449,706,763                                                              | 4                                                              | 170                                                                               | 33                                                       | 2.6                                                                              |
| المغرب                    | \$ 314,241,266,659                                                             | 5                                                              | 438                                                                               | 65                                                       | 2.2                                                                              |
| عُمان                     | \$ 200,107,925,339                                                             | 4                                                              | 1,591                                                                             | 72                                                       | 4.2                                                                              |
| قطر                       | \$ 352,153,740,968                                                             | 3                                                              | 3,354                                                                             | 77                                                       | 2.6                                                                              |
| المملكة العربية السعودية  | \$ 1,857,538,202,580                                                           | 5                                                              | 2,826                                                                             | 68                                                       | 3.0                                                                              |
| الصومال                   | ...                                                                            | ...                                                            | ...                                                                               | 22                                                       | 3.6                                                                              |
| السودان                   | \$ 198,945,278,662                                                             | 6                                                              | 314                                                                               | 43                                                       | 3.5                                                                              |
| الجمهورية العربية السورية | ...                                                                            | 4                                                              | 160                                                                               | 60                                                       | 9.5                                                                              |
| تونس                      | \$ 144,374,363,231                                                             | 7                                                              | 863                                                                               | 65                                                       | 4.0                                                                              |
| الإمارات العربية المتحدة  | \$ 721,770,277,976                                                             | 3                                                              | 2,469                                                                             | 63                                                       | 2.2                                                                              |
| اليمن                     | \$ 73,258,299,699                                                              | 4                                                              | 139                                                                               | 39                                                       | 2.9                                                                              |

المصدر: World Bank, "GDP, PPP (current international \$), 2018", World Bank Data (Current GDP in PPP); WHO, Global Health Observatory data repository (last updated on 23 January 2020) (CHE as % of GDP and CHE capita in PPP); UNSD, "SDG indicators", Global SDG Indicators database (UHC); and WHO, Global Health Observatory data repository (last updated on 06 April 2018) (Life expectancy at birth).

## دال. اختلافات النوع الاجتماعي في العمر المتوقع بين كبار السن

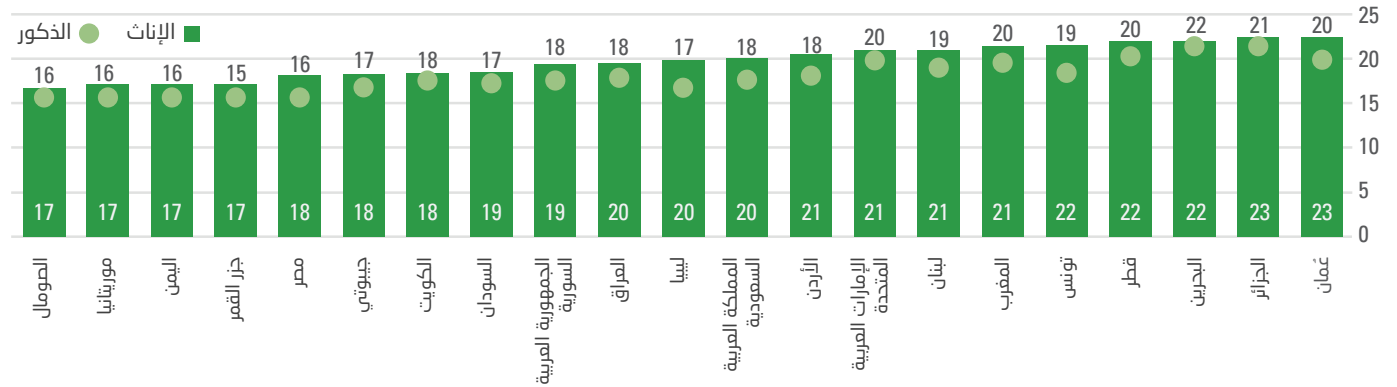
على الصعيد العالمي، ارتفع العمر المتوقع عند الستين سنة بأطراف خلال القرن العشرين، حيث ارتفع من 18.8 سنة في عام 2000 إلى 20.5 سنة في عام 2016. وعلى ذات المنوال، فقد ارتفع العمر المتوقع عند الستين سنة في الدول العربية في جميع البلدان تقريباً. وطرأت زيادات ملحوظة على مستوى النساء والرجال على حد

سواء، وصلت في البحرين إلى 4 سنوات، وفي الجزائر وعمان والمغرب وصلت إلى 3 سنوات خلال الفترة نفسها. غير أن العمر المتوقع عند الستين سنة انخفض سنة واحدة بين النساء والرجال في مصر، وانخفض فقط للنساء في الجمهورية العربية السورية.

هذا التحسن الملموس لم يكن متساوياً بين النساء والرجال للفترة ما بين عامي 2000 و2016. ومثل ما يتضح في العديد من

البلدان الأخرى، فإن النساء أطول عمراً من الرجال، وفجوة النوع الاجتماعي في العمر المتوقع قد اتسعت على مر الزمن في 11 بلداً عربياً، وهي الأردن، والإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وجزر القمر، وجيبوتي، والعراق، وعمان، والكويت، وليبيا، والمغرب، واليمن. وفي ليبيا اتسعت فجوة النوع الاجتماعي من 1.9 سنة إلى 3 سنوات، وهي زيادة كبيرة في العمر المتوقع عند الستين سنة لدى النساء. ومع ذلك، لا يعني تفوق الإناث في العمر المتوقع بالضرورة أن

الشكل 17. العمر المتوقع عند الستين سنة، بالسنوات، 2016



المصدر: World Health Organization (WHO), Global Health Observatory data repository (last updated on 06 April 2018).

في إطار الهدف 17 تحديداً على تغطية تسجيل المواليد والوفيات<sup>4</sup>.

وتظهر البيانات لدى توافرها أن التغطية لأسباب الوفاة في السجل المدني في العديد من البلدان لا يزال أدنى بكثير من الغاية المنشودة من هدف التنمية المستدامة والبالغة 80 في المائة. ففي المغرب، سُجِّلَت سوى حالة وفاة واحدة فقط لكل أربع حالات وفاة حصلت فعلياً. وفي المملكة العربية السعودية، لم تُسَجَّل نصف حالات الوفاة وفي الأردن لم يُسَجَّل سوى الثلثين (الشكل 18).

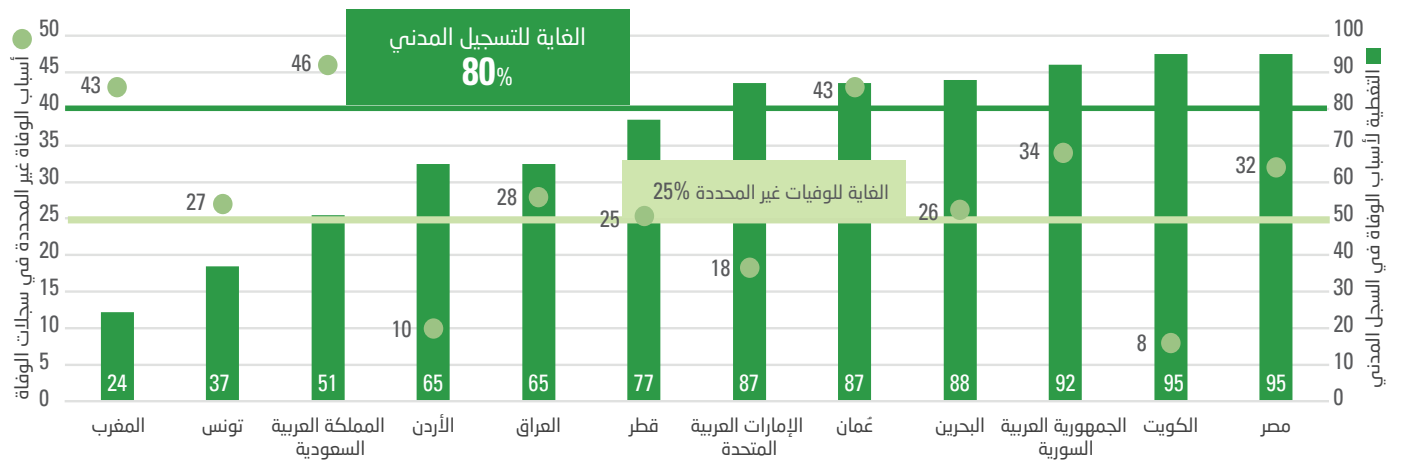
إن البيانات المتعلقة بأسباب الوفاة بالغة الأهمية من أجل تحسين الخدمات الصحية والحد من الوفيات التي يمكن تفاديها. وتعتمد الإحصاءات في هذا المجال على نظام السجل المدني الفعال واتباع ممارسات موحدة في تحديد أسباب الوفاة وترميزها ونقل البيانات الخاصة بها. ويؤدي السجل المدني والإحصاءات الحيوية دوراً مركزياً في تحقيق التنمية المستدامة حيث أن 12 على الأقل من أهداف التنمية المستدامة السبعة عشر تعتمد على بيانات السجل المدني<sup>3</sup>، ويعتمد مؤشر (17.19.2)

النساء بصحة أفضل من الرجال. فالنساء الكيبرات في السن عرضة للمعاناة من ارتفاع معدلات انتشار القصور الوظيفي وسوء الحالة الصحية، أي أنهن لا ينعمن بالضرورة بظروف صحية جيدة خلال السنوات الإضافية التي يعشنها (الشكل 17).

## هـ. أسباب الوفاة

تمثل الإصابات الناجمة عن حوادث المرور والنزاعات والإرهاب الأسباب الرئيسية لوفاة الرجال في المنطقة العربية.

الشكل 18. نسبة التغطية لأسباب الوفاة في السجل المدني وأسباب الوفاة غير المحددة في سجلات الوفاة، أحدث البيانات المتاحة (النسبة المئوية)



المصدر: WHO, Global Health Observatory data repository (last updated on 04 May 2018).

أحد المقاييس الأخرى ذات الأهمية لدى رصد أسباب الوفاة يتمثل في نسبة الوفيات التي تُصنّف على أنها «غير محددة». ومن الناحية المثالية، ينبغي أن تكون النسبة أدنى من 25 في المائة، بحيث يُنسب ما لا يقل عن ثلاث أرباع الوفيات إلى سبب محدد. وكما ذكر آنفاً، فضلاً عن أن مستويات التغطية في المغرب هي الأدنى، فقد صُنّفت 43 في المائة من الوفيات على أنها غير محددة الأسباب، ويشير ذلك إلى ضرورة بذل الكثير من الجهود لتحسين نظام السجل المدني والإحصاءات الحيوية في المغرب.

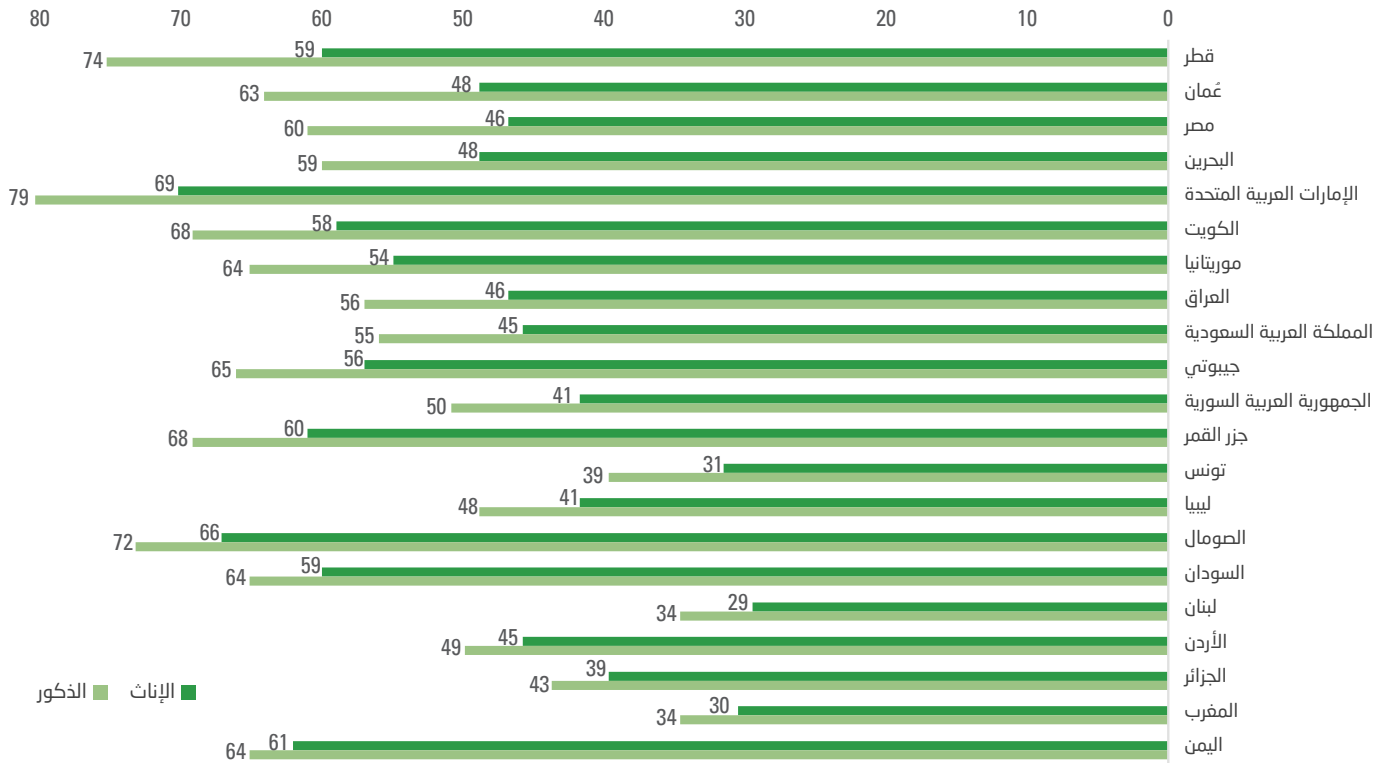
الأمراض غير المعدية، بما في ذلك أمراض القلب، والسكتة الدماغية، والسرطان، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، والسكري، هي السبب الرئيسي للوفاة على

الصعيد العالمي وفي المنطقة العربية. وإن عدد الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية المتضررة من الموت المبكر بسبب الأمراض غير المعدية آخذ في الازدياد. ويتسبب الانتشار الواسع لعوامل الخطر في ازدياد الأمراض غير المعدية، ومن هذه العوامل التدخين، وتعاطي الكحول بكثرة، والنظام الغذائي غير الصحي، وعدم ممارسة نشاط رياضي، وزيادة الوزن/البدانة، وارتفاع ضغط الدم ومستوى السكر في الدم، وارتفاع مستوى الكوليسترول<sup>5</sup>.

تمثل الأمراض غير المعدية السبب الرئيسي للوفاة لدى كل من النساء والرجال. على الصعيد العالمي، تشير أحدث البيانات إلى أن الأمراض غير المعدية مسؤولة عن 77 في المائة من وفيات الإناث و68 في المائة من

وفيات الذكور<sup>6</sup>. تعتبر أمراض القلب السبب الرئيسي للوفاة بالنسبة للإناث والذكور، وذلك في المنطقة وعلى الصعيد العالمي (الجدول 7). بعد ذلك، تبدأ بعض الاختلافات بالظهور، فالإصابات الناجمة عن حوادث المرور هي ثاني أكبر سبب للوفاة لدى الرجال في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وهو ما يبين أن هذه قضية رئيسية بالنسبة للمنطقة<sup>7</sup>، ولكنها لا تَرِد في الأسباب العشرة الأولى لوفيات النساء. وعلى الصعيد العالمي، كانت الإصابات الناجمة عن حوادث المرور السبب الرئيسي السادس للوفاة لدى الرجال. وتعتبر النزاعات والإرهاب من المسببات الرئيسية للوفاة في المنطقة، إذ أنهما يمثلان السبب الرابع لوفاة الرجال والسبب السابع لوفاة النساء (الشكل 19).

الشكل 19. نسبة الوفاة المبكرة بسبب الأمراض غير المعدية، 2016 (النسبة المئوية)



المصدر: WHO, Global Health Observatory data repository (last updated on 25 June 2018).

**الجدول 7. الأسباب الرئيسية للوفاة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا والعالم، حسب الجنس، 2016**

## العالم



1. أمراض القلب الإقفارية
2. السكتة الدماغية
3. مرض الانسداد الرئوي المزمن
4. التهاب الجهاز التنفسي السفلي
5. سرطان الرئة
6. الإصابات الناجمة عن حوادث المرور
7. مرض الزهايمر
8. أمراض الإسهال
9. السل
10. مرض السكري

## منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا



1. أمراض القلب الإقفارية
2. السكتة الدماغية
3. مرض الزهايمر
4. مرض الانسداد الرئوي المزمن
5. التهاب الجهاز التنفسي السفلي
6. أمراض الإسهال
7. مرض السكري
8. مرض الكلى المزمن
9. سرطان الثدي
10. سرطان الرئة

1. أمراض القلب الإقفارية
2. الإصابات الناجمة عن حوادث المرور
3. السكتة الدماغية
4. النزاعات والإرهاب
5. التهاب الجهاز التنفسي السفلي
6. مرض السكري
7. أمراض الكلى المزمنة
8. مرض الزهايمر
9. مرض الانسداد الرئوي المزمن
10. الولادة قبل الأوان

1. أمراض القلب الإقفارية
2. السكتة الدماغية
3. مرض الزهايمر
4. مرض السكري
5. التهاب الجهاز التنفسي السفلي
6. مرض الكلى المزمن
7. النزاعات والإرهاب
8. العيوب الخلقية
9. الولادة قبل الأوان
10. مرض الانسداد الرئوي المزمن

Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2016.: المصدر:  
Available at <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> (accessed on 12 May 2018).

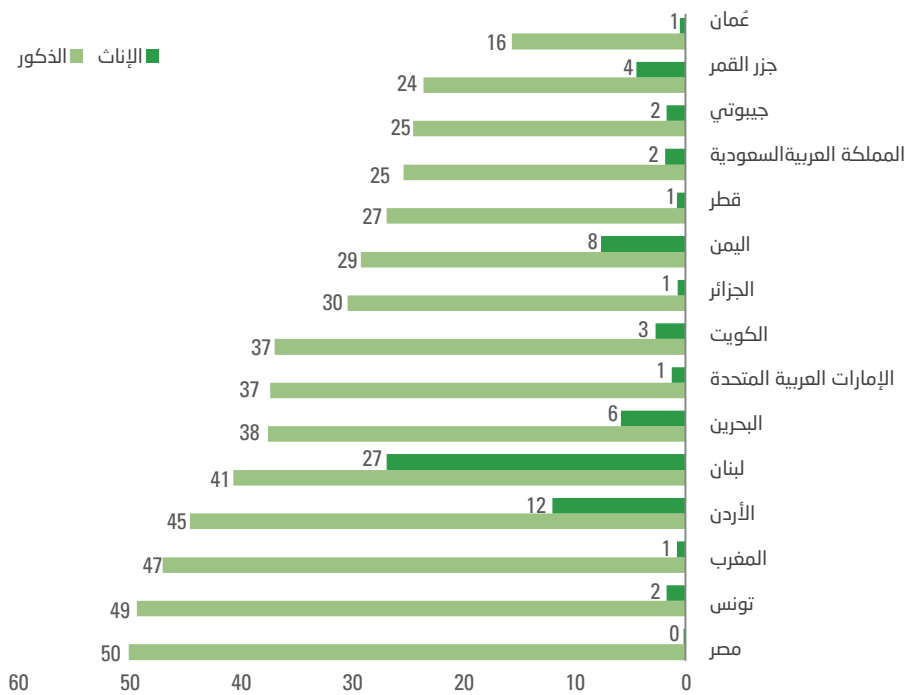
واو. التدخين

إن الخيارات المتعلقة بأسلوب الحياة، مثل النظام الغذائي المُتَّبَع، وممارسة التمارين الرياضية، وتعاطي التبغ والكحول، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بجودة الصحة أو ترديها. الرجال أكثر ميلاً إلى التدخين من النساء، ولكن النساء أكثر عرضة لزيادة الوزن بسبب سوء النظام الغذائي وعدم ممارسة التمارين الرياضية.

وينتشر استخدام التبغ على نطاق واسع في العديد من بلدان المنطقة مع وجود فجوة

ملحوظة في النوع الاجتماعي (الشكل 20). وقد سجّلت النساء في لبنان أعلى معدلات لاستخدام التبغ، حيث يدخن ما يزيد عن ربع النساء (27 في المائة) تليها الأردن (12 في المائة) واليمن (8 في المائة). أما في مصر، لم تستهلك النساء كميات كبيرة من الدخان. في المقابل، وصل أعلى مستوى للتدخين لدى الرجال في مصر وفي تونس حيث يدخن نصف الرجال تقريباً. وفي لبنان يدخن 41 في المائة من الرجال. وترتفع كذلك معدلات استهلاك التبغ بين الرجال في الأردن، والإمارات العربية المتحدة، والبحرين، والجزائر، والكويت، والمغرب. وسُجّلت أدنى نسبة استهلاك للتبغ في عُمان، بنسبة 16 في المائة للرجال و1 في المائة للنساء.

**الشكل 20.** معدل انتشار تعاطي التبغ حالياً بين الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فأكثر، 2016 (النسبة المئوية)



المصدر: UNSD, "SDG indicators", Global SDG Indicators database: بيانات الأردن من: المسح الديمغرافي والصحي 2017-2018 وبيانات تونس من: المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2018.

**1 من كل 4 نساء في لبنان تدخن، وهي أعلى نسبة تدخين بين النساء في الدول العربية**



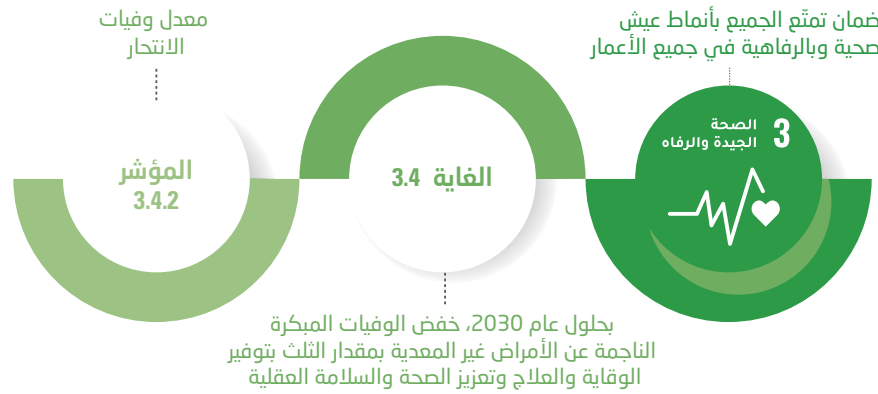
**1 من كل 2 من الرجال في مصر يدخن؛ وهي أعلى نسبة تدخين بين الرجال في الدول العربية**



## زاي. الانتحار

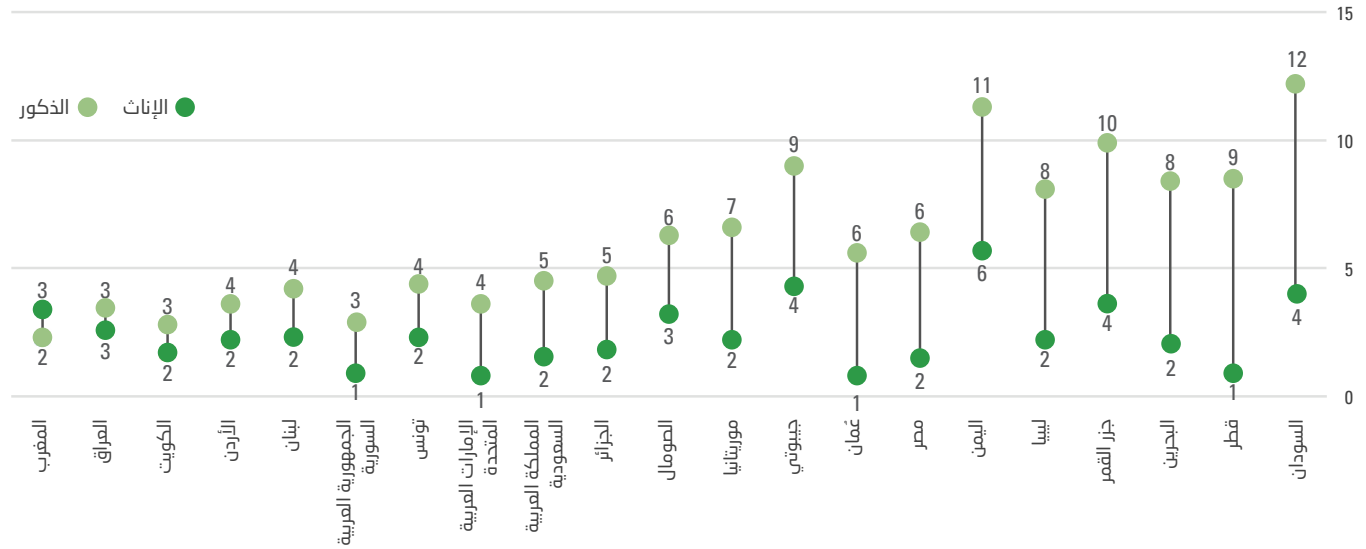
يموت قرابة 800,000 شخص كل سنة بسبب الانتحار، أي شخص واحد كل 40 ثانية. الانتحار ظاهرة عالمية تحدث في مختلف مراحل العمر. ويمكن تطبيق التدخلات الفعالة والقائمة على الأدلة على مستوى السكان والمجموعات السكانية الفرعية وعلى مستوى الأفراد لمنع الانتحار ومحاولات الانتحار. وتشير الدلائل إلى أن مقابل كل شخص بالغ قضي منتحراً، كان هناك أكثر من 20 شخصاً آخرًا حاولوا الانتحار<sup>8</sup>.

وثمة فجوة عكسية في النوع الاجتماعي في معدلات الانتحار بين الذكور والإناث في البلدان العربية. فقد ارتفعت معدلات الانتحار لدى الذكور عن الإناث، باستثناء المغرب (3 في المائة من حالات الانتحار بين الإناث و2 في المائة بين الذكور).



ولوحظت أكبر الفجوات في السودان وقطر بفارق 8 نقاط مئوية وفي البحرين بفارق 7 نقاط مئوية، وفي جزر القمر وليبيا واليمن بفارق 6 نقاط مئوية. وسُجِّل أصغر فارق في الفجوة في الأردن والكويت والعراق بفارق نقطة مئوية واحدة (الشكل 21).

الشكل 21. معدل وفيات الانتحار، 2016 (النسبة المئوية)



المصدر: UNSD, "SDG indicators", Global SDG Indicators database.

## حاء. صحة الأمهات والخصوبة

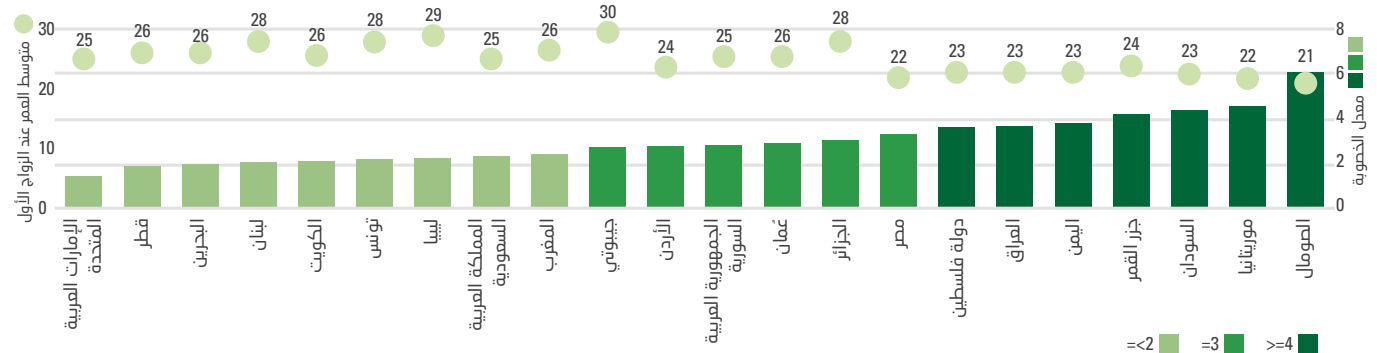
«لا ينبغي أن تموت أي امرأة وهي تمنح الحياة». صندوق الأمم المتحدة للسكان

يؤكد منهاج عمل بيجين أن «حق جميع النساء في التحكم في جميع الأمور المتعلقة بصحتهن، وخاصة تلك المتعلقة بخصوبتهن، أمر أساسي لتمكين المرأة»<sup>9</sup> ويرتبط هذا

معدل الخصوبة العالمي أدنى بقليل من 2.5 مواليد أحياء لكل امرأة في الوقت الحالي. وقد انخفضت معدلات الخصوبة العالمية إلى النصف على مدى السنوات الخمسين الماضية. وارتبط تطور المجتمعات الحديثة مع انخفاض كبير في عدد المواليد الأحياء لكل امرأة. ففي مرحلة ما قبل الحداثة، كان من الشائع أن تبلغ معدلات الخصوبة من 4.5 إلى 7 مواليد أحياء لكل امرأة.

ارتباطاً وثيقاً بحقوق المرأة المتعلقة بالحصول على خدمات الصحة الإنجابية، فضلاً عن استقلاليتها في ما يتعلق بتنظيم الأسرة، وعلى قدرتها على التأثير في صنع القرار على مستوى الأسرة. إن عدم التمكن من اختيار عدد الأطفال، ومدى المباحة بينهم، وتوقيت إنجابهم ينعكس على تمكين المرأة، ولا سيما على حقها في التعليم والقدرة على المشاركة في القوى العاملة.

الشكل 22. معدل الخصوبة الكلي (المواليد الأحياء لكل امرأة) ومتوسط العمر عند الزواج الأول، بالسنوات، أحدث البيانات المتاحة



المصدر: DESA, World Population Prospects 2019 (New York, 2019) (TFR); and DESA, Population Division, "World Marriage Data 2017" (mean age at first marriage).

وفي ذلك الوقت، كان من شأن ارتفاع معدل الوفيات في سن مبكرة الإبقاء على معدل النمو السكاني عند مستوى منخفض. بدأت معدلات النمو السكاني بالتسارع مع تحسن صحة السكان وانخفاض معدلات الوفيات. ومن ثم وصل هذا النمو السكاني السريع إلى نهايته مع انخفاض معدلات الخصوبة لتقارب مولودين اثنين أحياء لكل امرأة<sup>10</sup>.

وتشير الأرقام على مدى العقدين الماضيين، أي ما بين عامي 1995 و2005 وما بين عامي 2005 و2015 إلى انخفاض طفيف في معدلات الخصوبة الكلية في البلدان العربية. ففي الفترة ما بين عامي 1995 و2005، بلغ المتوسط الإقليمي لمعدلات الخصوبة الكلية نسبة 4.3 وانخفض إلى 3.2 في الفترة ما بين عامي 2005 و2015. وعلى الرغم من الانخفاض، كانت هذه المعدلات لا تزال نسبياً أعلى من المتوسط العالمي البالغ 2.5 في عام 2015.

تبلغ معدلات الخصوبة العالية حالياً في بعض البلدان العربية من 4 إلى 6 مواليد أحياء لكل امرأة. فعلى سبيل المثال،

ارتبطت معدلات الصومال (6.1)، وموريتانيا (4.6)، والسودان (4.4)، وجزر القمر (4.2) واليمن (3.8) بمتوسط العمر المنخفض نسبياً عند الزواج الأول (أقل من 24 سنة) للإناث، فضلاً عن حالات الزواج دون سن 18 في تلك البلدان التي تسببت بشكل كبير في ارتفاع معدلات الخصوبة (الشكل 22).

ومع انخفاض معدلات الخصوبة وتحسن الحالة الصحية، سوف تنتقل بلدان المنطقة إلى تركيبة سكانية يقل فيها عدد المعالين ويزداد عدد الأشخاص القادرين على المشاركة في النشاط الاقتصادي، وهذا محرك رئيسي للتنمية المستدامة. ويتطلب تحقيق هذا العائد الديمغرافي التخطيط بعناية ورسم السياسات بدقة<sup>11</sup>.

## طاء. التعليم والثروة والخيارات الإنجابية

ثمة ارتباط كبير بين معدلات الخصوبة والتحصيل التعليمي للمرأة، فضلاً عن وضعها الاقتصادي. فالمرأة التي تحظى بتعليم جيد تميل إلى إنجاب عدد أقل من

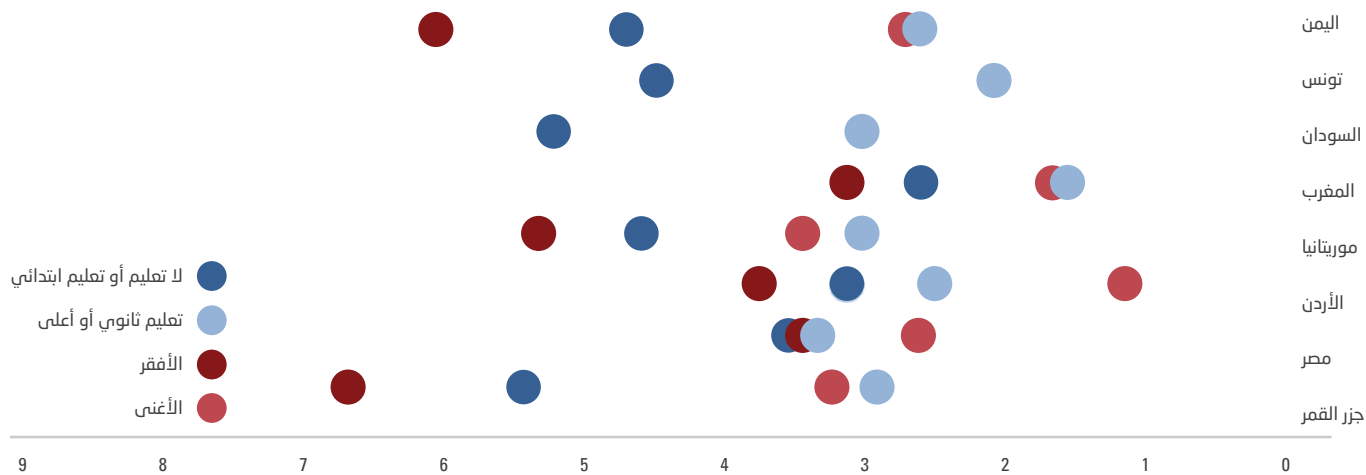
الأطفال. وبصورة مماثلة، عادة ما تنخفض معدلات الخصوبة عند النساء الثريات، على النحو المبين في الشكل 23. في اليمن، على سبيل المثال، كان معدل خصوبة النساء غير المتعلّمات 4.8 مواليد أحياء لكل امرأة، وفي المقابل، كان معدل الخصوبة للنساء المتعلّمات 2.8 مواليد أحياء لكل امرأة. وبالمثل، تُظهر البيانات المتعلقة باليمن أن معدل خصوبة النساء الفقيرات كان ضعف المعدل لدى النساء الثريات (الشكل 23).

## باء. استخدام وسائل منع الحمل

ان استخدام وسائل منع الحمل أعلى بين أثرى النساء المتعلّمات اللاتي يعشن في المناطق الحضرية.

دفع الخوف من الاكتظاظ السكاني العديد من البلدان على اعتماد برامج لتنظيم الأسرة ركزت بالدرجة الأكبر على الحد من أعداد السكان بدلاً من التركيز على احتياجات النساء أو رغباتهن تبعاً للوضع الخاص بكل امرأة. وساهمت العديد من برامج تنظيم الأسرة على

الشكل 23. معدل الخصوبة الكلي (المواليد الأحياء لكل امرأة) حسب المستوى التعليمي والثروة، أحدث البيانات المتاحة



المصدر: ICF 2015, The DHS Program STATcompiler؛ وبيانات المغرب من: تعداد العام 2014.

تعزيز معايير النوع الاجتماعي القائمة، فكان ينصب التركيز عادةً على النساء - وبالذات على النساء المتزوجات - وافترضت هذه البرامج أن دور المرأة الرئيسي يتلخص في كونها زوجة وأم. ولم يوجّه إلا القليل من البرامج للرجال، باستثناء الجهود الرامية إلى زيادة استخدام الواقي الذكري<sup>12</sup>.

في عام 1994، اتفقت 179 حكومة على أن الأفراد يمتلكون الحق في أن يقرروا بإرادتهم الحرة ما إذا كانوا يرغبون في تكوين أسرة ومتى يرغبون بذلك، وينبغي أن تتوفر لهم السبل لتحقيق ذلك. ومع ذلك، تشير التقديرات إلى أن 225 مليون امرأة في البلدان النامية غير قادرة على ممارسة هذا الحق لأنها لا تستخدم وسائل منع الحمل أو لا تتاح لها إمكانية الحصول عليها. وتؤدي الطلبات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة إلى حوالي 60 مليون حالة حمل غير مقصودة سنوياً في البلدان النامية<sup>13</sup>.

وعلى الرغم من أن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، متاحة بشكل متزايد للمقيمين في المدن الميسوري الحال والمتعلمين، فإن إمكانية الحصول على الخدمات

محدود في بعض البلدان الفقيرة والمجتمعات الريفية، وفي صفوف الشباب بمن فيهم المراهقين. ووفقاً لصندوق الأمم المتحدة للسكان «إن تضاؤل عدم تلبية الاحتياجات يقلص الفوارق في استخدام وسائل تنظيم الأسرة ما بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية، وما بين النساء الأقل تعليماً والأكثر تعليماً، وما بين الفقراء وغير الفقراء»<sup>14</sup>. في الدول العربية، تعاني 16 في المائة من النساء المتزوجات أو المرتبطات من عدم تلبية احتياجاتهن في مجال تنظيم الأسرة<sup>15</sup>.

تبلغ الاحتياجات غير الملباة لأكثر من 20 في المائة من النساء المتزوجات أقصى مستوياتها في خمس دول عربية، إذ قُدّر أن 40 في المائة من النساء في ليبيا، و34 في المائة من النساء في موريتانيا، وثلث النساء في جزر القمر والسودان واليمن لا يمكنهن الاستفادة من وسائل تنظيم الأسرة في عام 2019. وتجاوزت معدلات الخصوبة في هذه البلدان أيضاً معدل ثلاثة مواليد أحياء لكل امرأة.

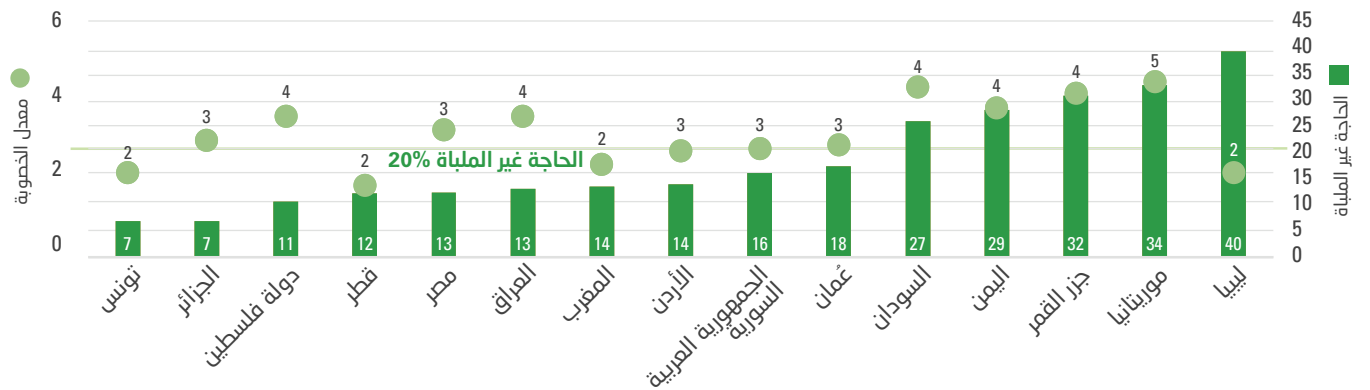
وسُجّلت أدنى معدلات الاحتياجات غير المستجابة لتنظيم الأسرة بنسبة أقل

من 15 في المائة في الأردن، وتونس، والجزائر، والعراق، ودولة فلسطين، وقطر، ومصر، والمغرب (الشكل 24).

يمكن لحالات الحمل غير المرغوب فيه أو غير المخطط له أن تؤثر بشكل سلبي على صحة المرأة. وعلى الصعيد العالمي، تموت حوالي 303,000 امرأة (أي 830 امرأة في اليوم)<sup>16</sup> و3 ملايين طفل حديث الولادة سنوياً بسبب المضاعفات المتصلة بالحمل والولادة. ويحدث ما يقرب من جميع هذه الوفيات في البلدان النامية، حيث تفضي 10 إلى 15 في المائة من حالات الحمل إلى وفاة الأمهات بسبب عمليات الإجهاض غير الآمنة<sup>17</sup>.

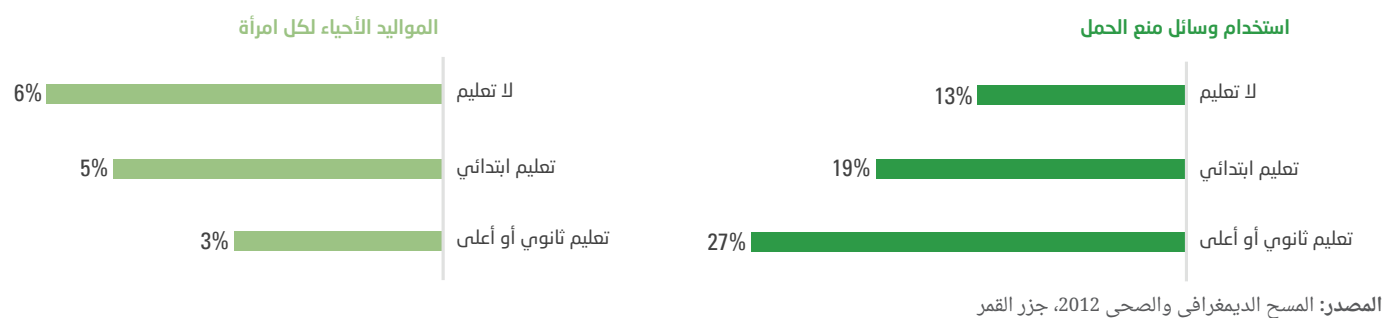
بشكل عام، ترغب النساء المتعلّقات بتأسيس أسرة صغيرة الحجم، ولهذا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة لبلوغ حجم الأسرة المرغوب. أما النساء غير المتعلّقات في الأردن وجزر القمر والمغرب واليمن على سبيل المثال أنجبن المزيد من الأطفال واستخدمن وسائل تنظيم الأسرة بشكل أقل من النساء المتعلّقات إلى حد ما (الاشكال 25، 26، 27 و28).

**الشكل 24. نسبة النساء (15-49 سنة) اللاتي هن بحاجة إلى خدمات تنظيم الأسرة غير الملباة (النسبة المئوية) ومعدل الخصوبة (المواليد الأحياء لكل امرأة)، أحدث البيانات المتاحة**



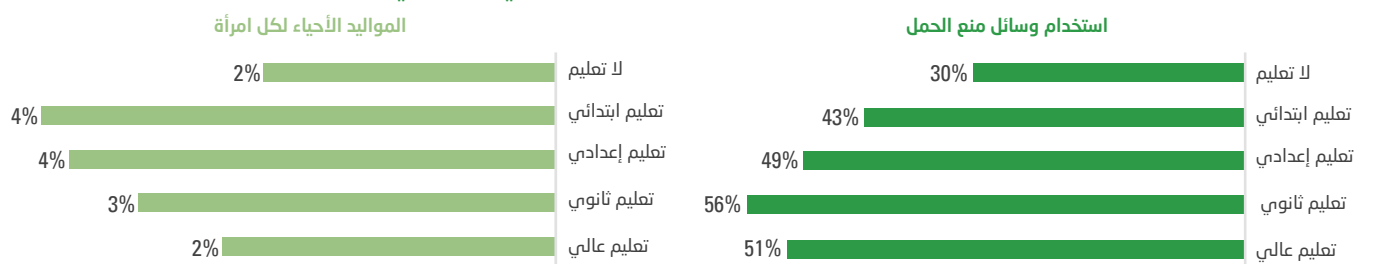
المصدر: DESA, Population Division, "World Contraceptive Use 2019" (unmet need for family planning); and DESA, World Population Prospects 2019 (New York, 2019) (TFR).

## الشكل 25. انتشار استخدام وسائل منع الحمل ومعدل الخصوبة حسب المستوى التعليمي للمرأة في جزر القمر، 2012



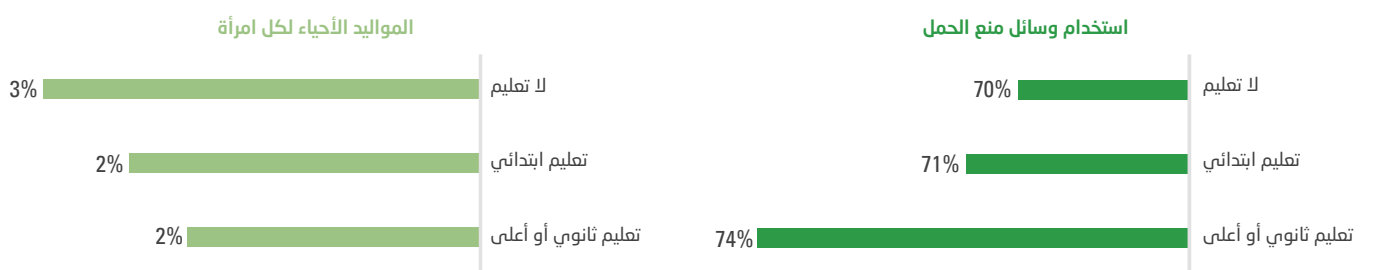
المصدر: المسح الديمغرافي والصحي 2012، جزر القمر

## الشكل 26. انتشار استخدام وسائل منع الحمل ومعدل الخصوبة حسب المستوى التعليمي للمرأة في الأردن، 2018



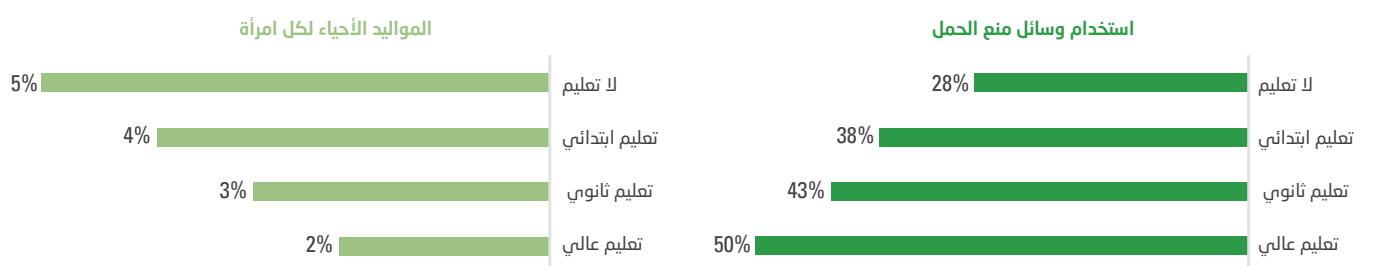
المصدر: المسح الديمغرافي والصحي 2017-2018، الأردن

## الشكل 27. انتشار استخدام وسائل منع الحمل ومعدل الخصوبة حسب المستوى التعليمي للمرأة في المغرب، 2018



المصدر: المسح الديمغرافي والصحي 2018، المغرب

## الشكل 28. انتشار استخدام وسائل منع الحمل ومعدل الخصوبة حسب المستوى التعليمي للمرأة في اليمن، 2013



المصدر: المسح الديمغرافي والصحي 2013، اليمن



وليس من قبيل المصادفة أن ترتفع معدلات الخصوبة في السودان، والصومال، وجزر القمر، وموريتانيا، واليمن بشكل متواز مع الانخفاض الكبير في استخدام وسائل تنظيم الأسرة. وشهدت جميع هذه البلدان أيضاً ارتفاع معدلات وفيات الأمهات، بالإضافة إلى الزواج المبكر للفتيات (الشكل 30).

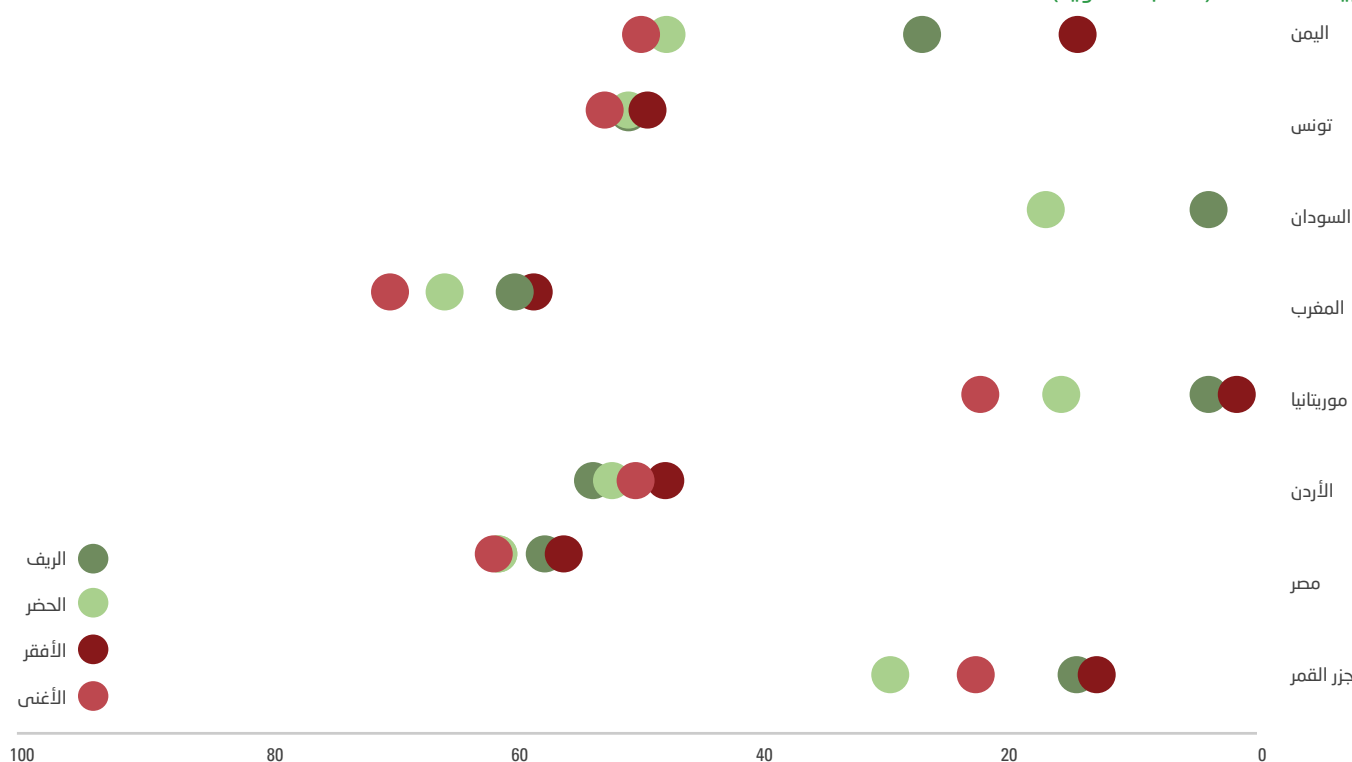
النساء الثريات لوسائل منع الحمل قرابة 14 مرة عن النساء في الخمس الأفقر من السكان. وفي اليمن، زادت هذه الاحتمالية أربع مرات لاستخدام وسائل منع الحمل وفي المغرب تضاعفت هذه الاحتمالية.

النساء اللاتي يعشن في المناطق الريفية محرومات أيضاً من استخدام أي وسيلة من وسائل منع الحمل بالمقارنة مع النساء في المناطق الحضرية. وفي موريتانيا، على سبيل المثال، زادت احتمالية استخدام النساء في الحضر لأي وسيلة من وسائل منع الحمل حوالي سبع مرات عن النساء في الريف. وسُجّلت أعلى الفجوات بين المناطق الريفية والحضرية في تونس (26 نقطة مئوية)، واليمن (21 نقطة مئوية)، وجزر القمر (15 نقطة مئوية)، وموريتانيا والسودان (13 نقطة مئوية لكلي البلدين) (الشكل 29).

وقد تضاعف استخدام وسائل منع الحمل الحديثة على نطاق العالم من نسبة 36 في المائة في عام 1970 إلى 64 في المائة في عام 2016. يبين الشكل 29 استخدام وسائل منع الحمل من قبل النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 سنة و49 سنة. وتتباين النسبة المئوية بشكل كبير بين البلدان المختلفة، إذ أن أكثر من ثلثي النساء المتزوجات في المغرب يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة بالمقارنة مع أقل من 10 في المائة في السودان.

وهناك فروق هائلة في قدرة حصول المرأة على وسائل منع الحمل حسب وضعها الاجتماعي والاقتصادي. فالنساء من الخمس الأفقر من السكان تعانين من محدودية القدرة على الحصول على وسائل منع الحمل. وفي موريتانيا، زادت احتمالية استخدام

**الشكل 29. نسبة النساء المتزوجات اللاتي يستخدمن حالياً أي وسيلة من وسائل منع الحمل حسب الموقع الجغرافي والثروة، أحدث البيانات المتاحة (النسبة المئوية)**



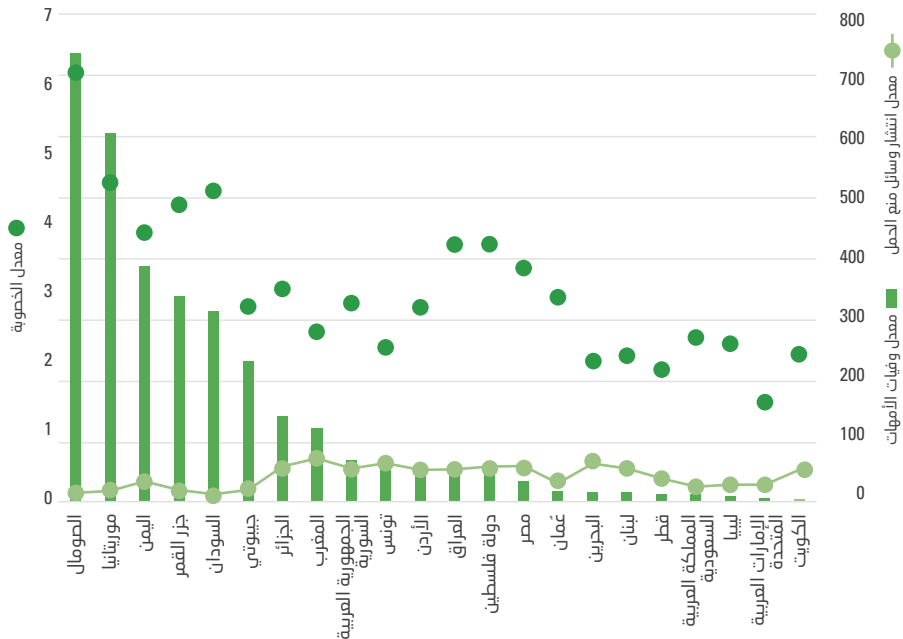
المصدر: ICF 2015, The DHS Program STATcompiler; وبيانات تونس من: المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2018.

## كاف. العناية الطبية قبل الولادة وخدمات الصحة الإنجابية

تبين أحدث البيانات زيادة انتشار معدلات العناية الطبية قبل الولادة في المناطق الحضرية مقارنة مع المناطق الريفية، باستثناء الأردن. فقد سجل الأردن أعلى معدلات للعناية الطبية قبل الولادة (92 في المائة في الريف والحضر)، تليها تونس (77 في المائة في الريف و89 في المائة في الحضر)، ومصر (81 في المائة في الريف و88 في المائة في الحضر)، وجزر القمر (49 في المائة في الريف و50 في المائة في الحضر). وسجلت موريتانيا أدنى معدلات للعناية الطبية قبل الولادة في المناطق الريفية (11 في المائة) والحضرية (24 في المائة) (الشكل 31).

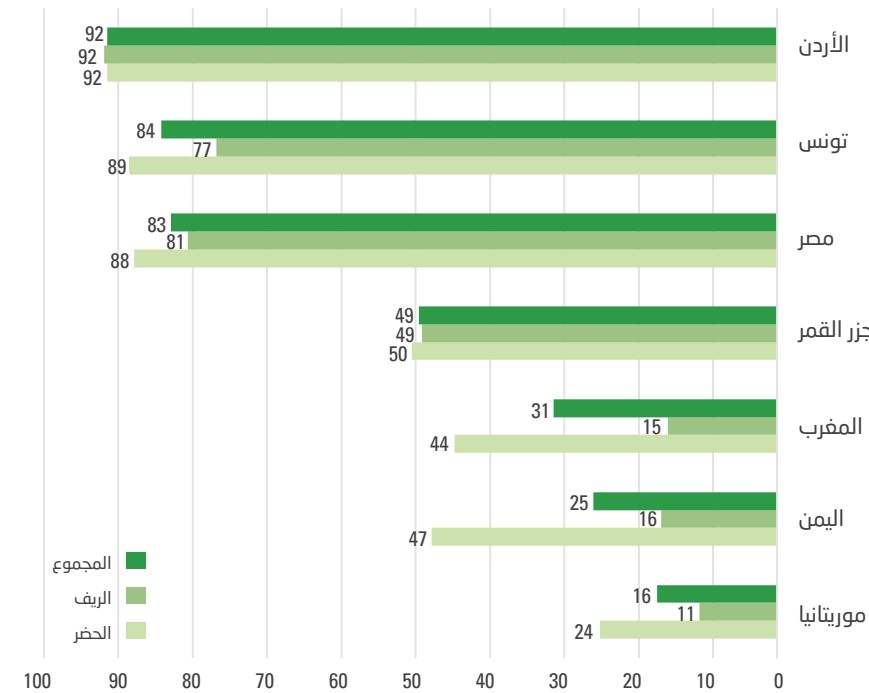
ولا تزال نسبة استخدام خدمات الصحة الإنجابية في الدول العربية منخفضة بالنسبة للفئات المحرومة، مع تباينات ملحوظة بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية، وحسب مستوى ثروة الأمهات وتعليمهن. الأمهات المتعلّقات أكثر ميلاً من الأمهات غير المتعلّقات في استخدام خدمات الصحة الإنجابية، كما يتبين بوضوح في جزر القمر، والمغرب، وموريتانيا، واليمن. وبالمثل، يتدنى احتمال استخدام النساء الأكثر فقراً لخدمات الصحة الإنجابية مقارنة بالنساء الأكثر ثراءً. ولزيادة إمكانية استخدام خدمات الصحة الإنجابية، يتعين توعية المرأة بشأن فوائد خدمات الصحة الإنجابية، والتعزيز من قدرة المرأة على اتخاذ القرارات والتصدي للعوائق الشائعة مثل الافتقار إلى وسائل النقل. غير أن البيانات المتعلقة بالأردن تبين تفاوتاً محدوداً للغاية بين النساء من خلفيات مختلفة (الشكل 32).

**الشكل 30.** انتشار استخدام وسائل منع الحمل (أي وسيلة كانت) في أوساط المتزوجات حالياً (15-49 سنة)، معدل الخصوبة الكلي (المواليد الأحياء لكل امرأة) ونسبة وفيات الأمهات (الوفيات لكل 100,000 مولود حي)



المصدر: DESA, Population Division, "World Contraceptive Use 2019" (contraceptive use); DESA, World Population Prospects 2019 (New York, 2019) (TFR); and WHO, Global Health Observatory data repository (last updated on 18 October 2019) (MMR).

**الشكل 31.** الزيارات السابقة للولادة أثناء الحمل: أربع زيارات أو أكثر حسب الموقع الجغرافي (النسبة المئوية)



المصدر: ICF 2015, The DHS Program STATcompiler؛ وبيانات تونس من: المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2018.

**الشكل 32. نسبة المواليد الأحياء المولودين في مرفق صحي حسب المستوى التعليمي للأم والثروة، أحدث البيانات المتاحة (النسبة المئوية)**



المصدر: ICF 2015, The DHS Program STATcompiler.



## لام. الكادر الطبي المؤهل

إن العناية الطبية قبل الولادة وحضور الكادر الطبي المؤهل للولادة أمر ضروري لإنهاء وفيات الأمومة التي يمكن الوقاية منها. الهدف 3 المتعلق بالصحة الجيدة والرفاه يتضمن مؤشراً لنسبة الولادات التي تجرى تحت إشراف الكادر الطبي المؤهل (مؤشر 3.1.2)، ويُستخدم هذا المؤشر أيضاً لرصد الأهداف الإنمائية للألفية.

وقد حدثت زيادة كبيرة في المنطقة في نسبة الولادات التي يشرف عليها الكادر الطبي المؤهل فارتفعت من 61 في المائة من الولادات في عام 2000 إلى 86 في المائة في عام 2015. وفي 14 بلداً، أشرف الكادر الطبي المؤهل على أكثر من 90 في المائة من الولادات. أما أدنى معدلات حضور الكادر الطبي المؤهل فكانت في الصومال (9 في المائة)، ومن ثم اليمن (45 في المائة) وموريتانيا (69 في المائة) (الشكل 33).

البيانات الواردة من الدول العربية تؤكد أن النساء من الشريحة الخمسية الأشد فقراً من السكان محرومات بشكل خاص من الفوائد المرتبطة بوجود الكادر الطبي المؤهل أثناء الولادة. وإن احتمال ولادة المرأة في الشريحة الخمسية الأثرى في

موريتانيا بحضور الكادر الطبي المؤهل يزيد ست مرات على احتمال استفادة النساء في الشريحة الخمسية الأفقر من هذا الإشراف. وبالمثل، فإن احتمال ولادة النساء الأكثر ثراءً في اليمن تحت إشراف الكادر الطبي المؤهل يزيد تقريباً أربع مرات على احتمال استفادة النساء الفقيرات من ذلك.

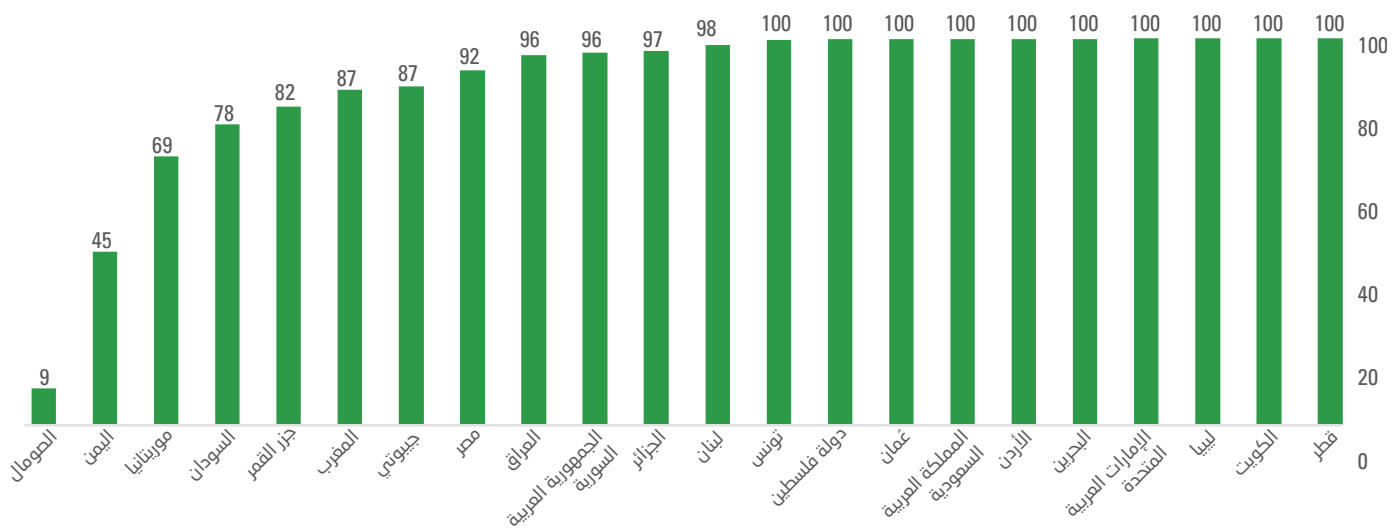
وقد استثنيت أيضاً النساء اللاتي يعشن في المناطق الريفية: الفجوة المطلقة في معدلات إشراف الكادر الطبي المؤهل بين سكان المناطق الحضرية والريفية تقلصت بنسبة 7 نقاط مئوية فقط خلال 25 سنة، وذلك من 37 نقطة مئوية (حوالي عام

1990) إلى 30 نقطة مئوية (حوالي عام 2014)<sup>18</sup>. وعلى الرغم من بعض المكاسب التي تحققت على مر السنين، لا تزال هناك فجوات كبيرة بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية.



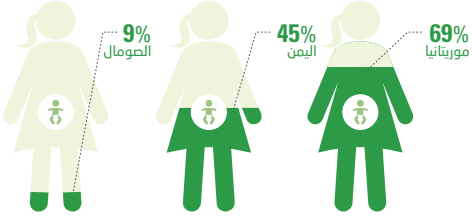
غالباً ما تفتقر النساء الفقيرات اللاتي يعشن في المناطق الريفية إلى المساعدة أثناء الولادة

### الشكل 33. نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف الكادر الطبي المؤهل، آخر سنة (النسبة المئوية)

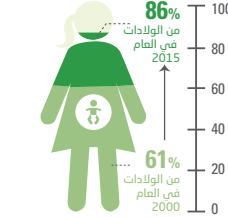


المصدر: "SDG 3.1.2 skilled attendance at birth", UNICEF/WHO joint database, وبيانات تونس من: المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2018.

ومع ذلك، لا تزال المعدلات منخفضة في 3 بلدان



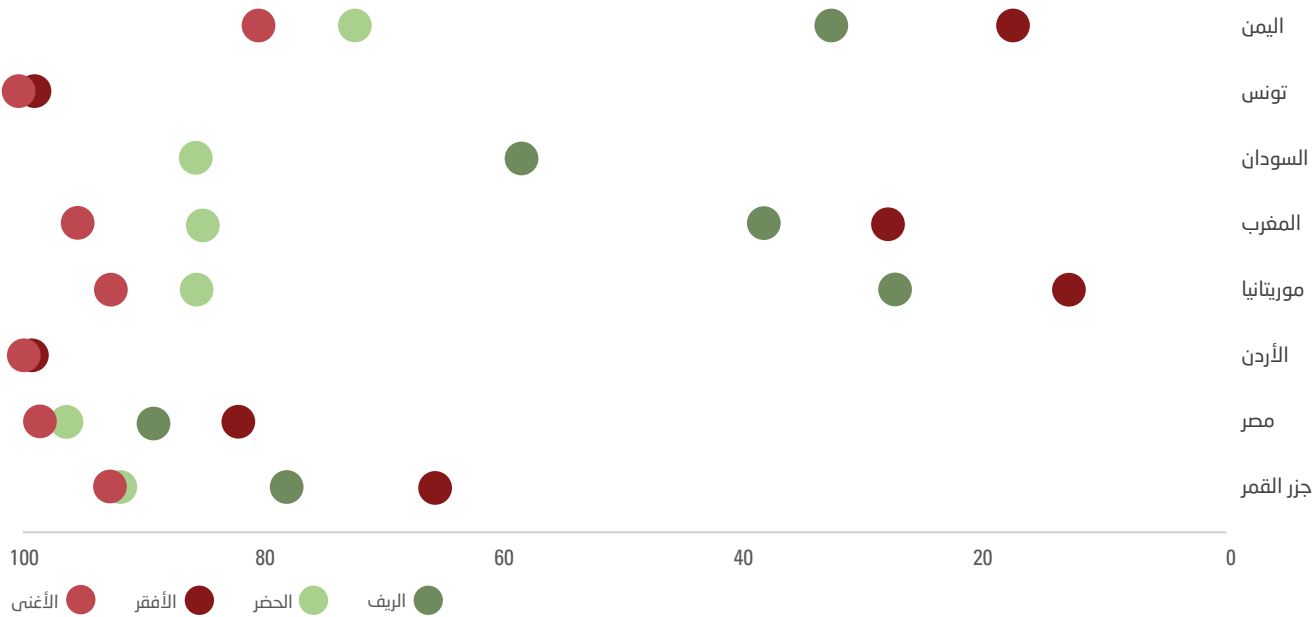
المتوسط الإقليمي



حدثت زيادة كبيرة في المنطقة في نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف الكادر الطبي المؤهل

سُجّلت أكبر الفجوات بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية في موريتانيا بفارق 57 نقطة مئوية، وفي المغرب بفارق 46 نقطة مئوية، وفي اليمن بفارق 39 نقطة مئوية، وفي تونس بفارق 37 نقطة مئوية، وفي السودان بفارق 27 نقطة مئوية (الشكل 34).

### الشكل 34. نسبة النساء اللاتي تلقين المساعدة أثناء الولادة من عاملين صحيين مؤهلين حسب الموقع الجغرافي والثروة، أحدث البيانات المتاحة (النسبة المئوية)



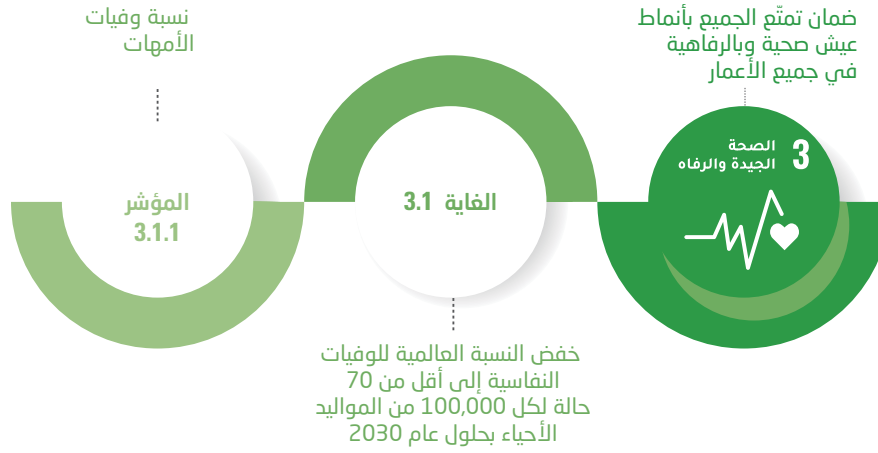
المصدر: ICF 2015, The DHS Program STATcompiler, وبيانات تونس من: المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2018.

## ميم. وفيات الأمهات

لا تزال معدلات وفيات الأمهات مرتفعة في الصومال وموريتانيا واليمن وجزر القمر والسودان.

إن صحة مئات الآلاف من النساء الحوامل وحياتهن معرضة للخطر من جراء النزاعات والكوارث الطبيعية، وهذا هو الحال بالنسبة للعديد من النساء في الدول العربية. فالنساء والفتيات المراهقات تتحملن أعباءً استثنائيةً في خضم الحروب والكوارث التي تخلف وراءها الاضطرابات والتدمير. وبدون الحماية المعهودة من قبل الأسرة والمجتمع المحلي، كثيراً ما تقع النساء والمراهقات ضحايا للعنف الجنسي، والحمل غير المرغوب فيه، والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي. وبالإضافة إلى ذلك فإن ظاهرة زواج الأطفال آخذة في الازدياد<sup>19</sup>.

ووفقاً لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، فإن «توفير خدمات الصحة الإنجابية الجيدة، وتحسين صحة الحوامل وتغذيتهم تكتسي أهمية محورية ليس من أجل الحد من معدلات الاعتلال ووفيات



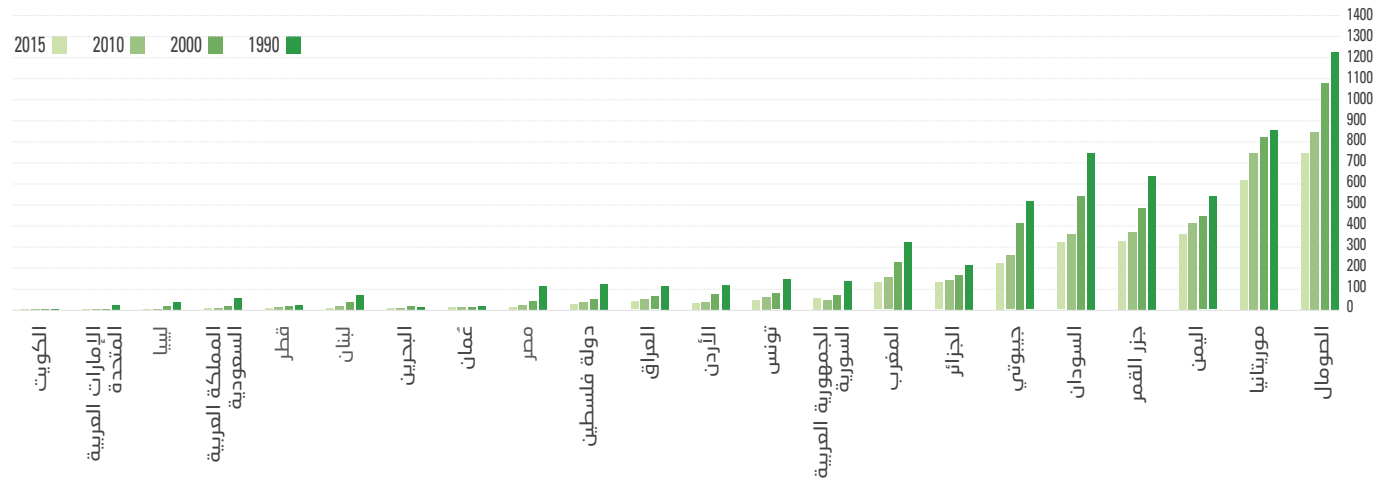
250 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي في عام 2000 إلى 149 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي في عام 2017. عالمياً فإن ما يقارب 830 امرأة تموت كل يوم لأسباب تتعلق بالحمل أو الولادة. وهذا يمثل نحو امرأة واحدة كل دقيقتين<sup>21</sup> (الشكل 35).

وأفيد أيضاً بأن مقابل كل امرأة تفقد حياتها أثناء الولادة، ثمة 20 أو 30 امرأة أخرى يتعرضن للإصابة أو الأمراض المعدية أو الإعاقة.

الأمهات فحسب، بل أيضاً في معالجة الكثير من الأسباب الكامنة وراء وفيات المواليد والأطفال<sup>20</sup>. وقد انخفضت وفيات الأمهات بدرجة كبيرة على مدى العقود الأخيرة. ومنذ عام 2000، انخفضت وفيات الأمهات بنسبة 38 في المائة في جميع أنحاء العالم (انخفض عدد الوفيات بين النساء والفتيات من 342,000 في عام 2000 إلى 211,000 في عام 2017).

وشهدت البلدان العربية أيضاً انخفاضاً مماثلاً بنحو 40 في المائة. تشير التقديرات إلى أن معدل وفيات الأمهات انخفض من

الشكل 35. اتجاهات في تقديرات نسبة وفيات الأمهات (الوفيات لكل 100,000 مولود حي)، 1990-2015



المصدر: WHO, Global Health Observatory data repository (last updated on 18 October 2019).

ومعظم هذه الوفيات والإصابات يمكن الوقاية منها تماماً<sup>22</sup>. في معظم الدول العربية يقل معدل وفيات الأمهات كثيراً عن نسبة 75 وفاة لكل 100,000 مولود حي. ومع ذلك، فإن هذه المعدلات مرتفعة بشكل خاص في الصومال (732 وفاة لكل 100,000 مولود حي) تليها موريتانيا (602)، واليمن (385) وجزر القمر (335) والسودان (311)، وجيبوتي (229)، والجزائر (140) والمغرب (121).

وتمكن بلدان عربيان اثنان فقط الإمارات العربية المتحدة والكويت من خفض نسبة وفيات الأمهات إلى مستوى متدن مقارنة بالمعايير الدولية (لا يزيد عن 5 وفيات

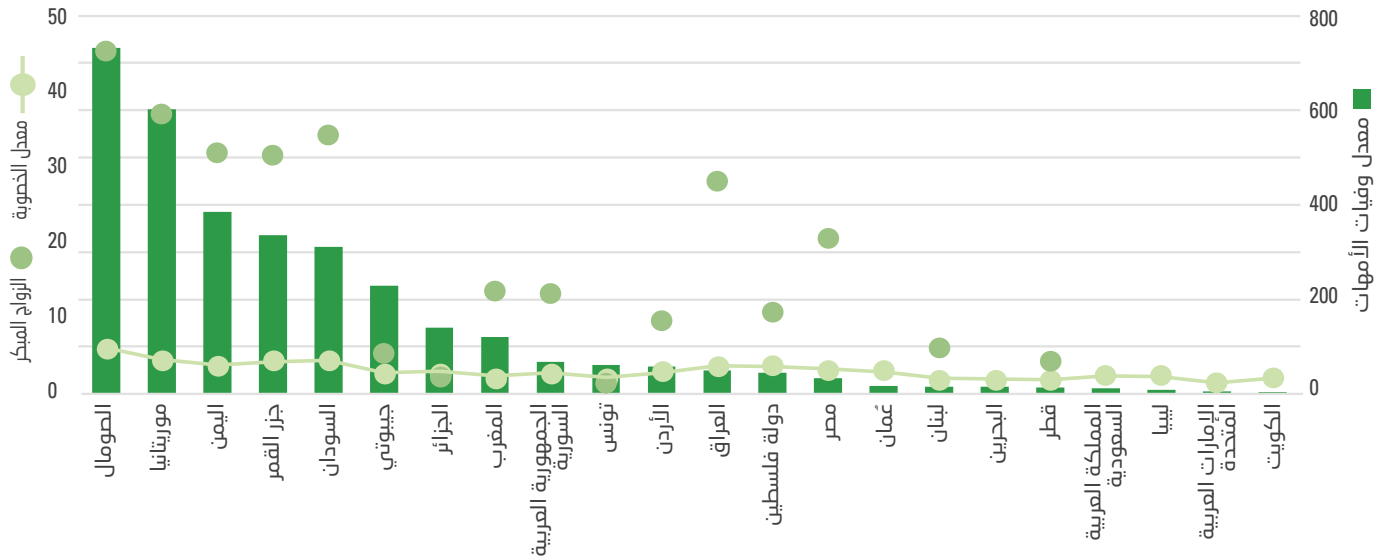
لكل 100,000 مولود حي). وسجلت بلدان الخليج الأخرى وهي البحرين، وعمان، وقطر، والمملكة العربية السعودية مستويات منخفضة نوعاً ما (ما بين 10 و20 وفاة لكل 100,000 مولود حي)، ولكن لا تزال هذه الأرقام أعلى نسبياً من البلدان ذات درجة التحكم المماثلة بالموارد الاقتصادية.

ويصنف لبنان كذلك ضمن فئة المستويات المعتدلة المماثلة لبلدان الخليج، بينما قُدرت نسبة وفيات الأمهات في ليبيا بحوالي 9 حالات وفاة لكل 100,000 مولود حي. وشهدت البلدان الأخرى مثل الأردن، وتونس، والعراق، ودولة فلسطين، ومصر

بين 30 و60 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي. وبالنظر إلى أن معظم وفيات الأمهات كان يمكن الوقاية منها، ينبغي تركيز الاهتمام على تلك الدول التي ترتفع فيها هذه الوفيات.

ترتبط وفيات الأمهات بالزواج المبكر ومعدل الخصوبة الكلي. وكما هو مبين في الشكل 36، تسجل الصومال أعلى نسبة من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 20 و24 سنة واللاتي تزوجن قبل سن 18 (45.3 في المائة) وهي تسجل أيضاً أعلى معدل خصوبة كلي يتمثل في 6.1 مواليد أحياء لكل امرأة.

**الشكل 36. نسبة وفيات الأمهات (الوفيات لكل 100,000 مولود حي) وعلاقتها بالزواج المبكر (النسبة المئوية) والخصوبة (المواليد الأحياء لكل امرأة)**

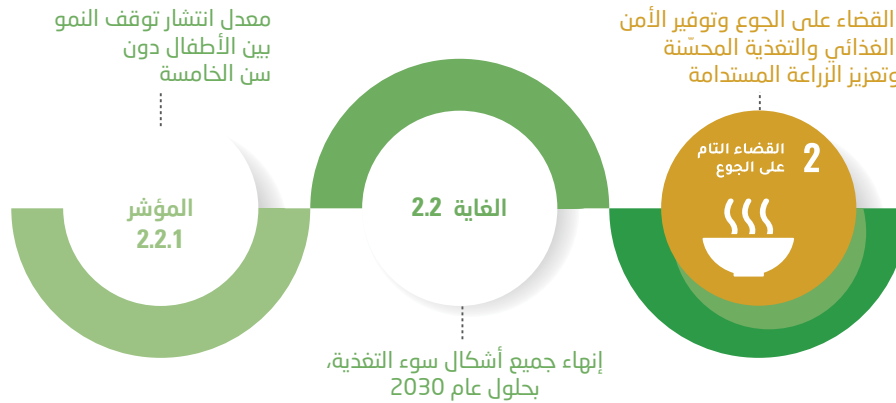


المصدر: WHO, Global Health Observatory data repository (last updated on 18 October 2019) (MMR); DESA, *World Population Prospects 2019* (New York, 2019) (TFR); المسح الديمغرافي والصحي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات الأحدث (يمكن الاطلاع على الملحق-صحة الأمهات) (الزواج المبكر).

## صحة الأطفال والمراهقين

«لا يمكننا أن نفرط بأطفالنا وهم ثروتنا. لن نفرط بطفلٍ آخر، ليس الآن، وليس بعد الآن».

نيلسون مانديلا وغراسا ماشيل



### نون. تغذية الاطفال

إن الأطفال الذين يعانون سوء التغذية، ولا سيما سوء التغذية الحاد الوخيم، أكثر عرضة للوفاة بسبب أمراض الطفولة الشائعة مثل الإسهال والالتهاب الرئوي والمalaria. وتساهم العوامل المتصلة بالتغذية في نحو 45 في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة<sup>23</sup>.

وقد أضرّ **التقزم** بما يقدر بـ 21.9 في المائة (149 مليون) طفل دون سن الخامسة على الصعيد العالمي في عام 2018. وعلى الرغم

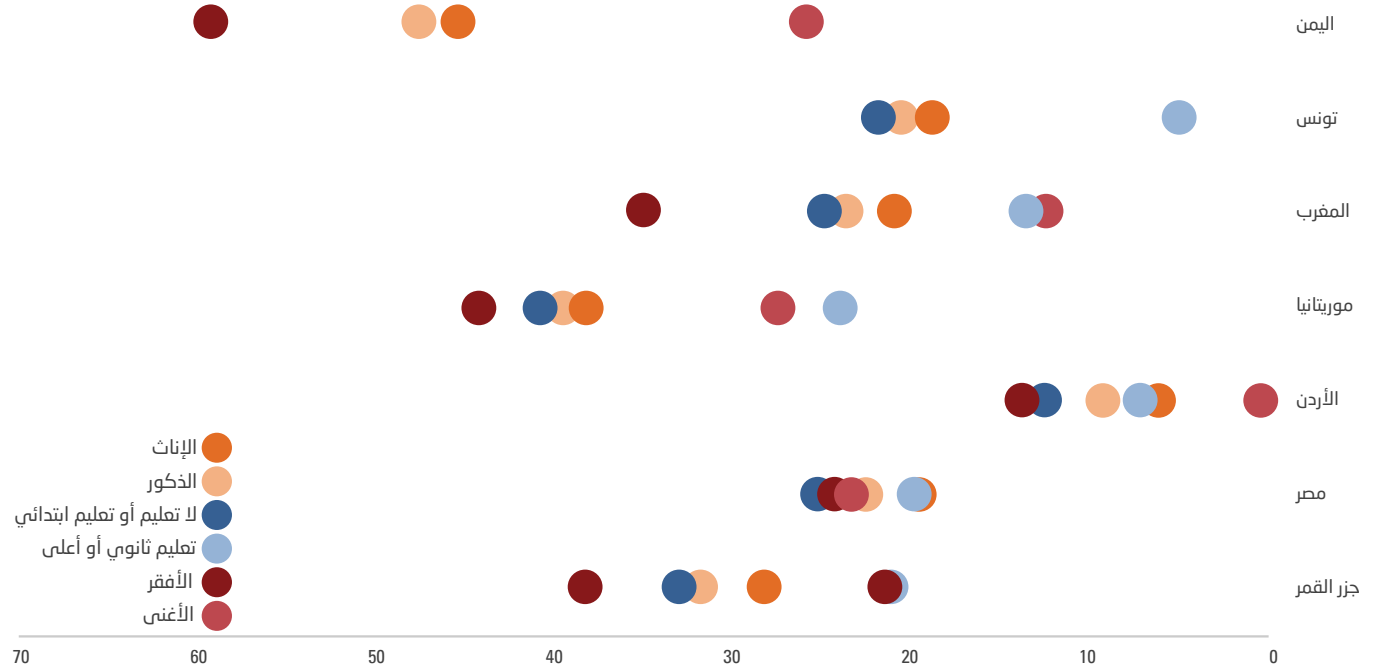
توجد فجوات في النوع الاجتماعي رئيسية ما بين الأطفال الإناث والذكور، على الرغم من أن أحدث البيانات المتعلقة بالتفاوتات في صحة الأطفال تشير إلى أن نسبة التقزم كانت أعلى قليلاً عند الفتيان منها عند الفتيات في جميع البلدان العربية الستة التي تتوافر بشأنها بيانات كما هو مبين في **الشكل 37**.

وتتباين معدلات انتشار التقزم بين الفتيات والفتيان في نفس البلد. في عام 2003، بيّن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني أن معدل انتشار التقزم ونقص الوزن لدى

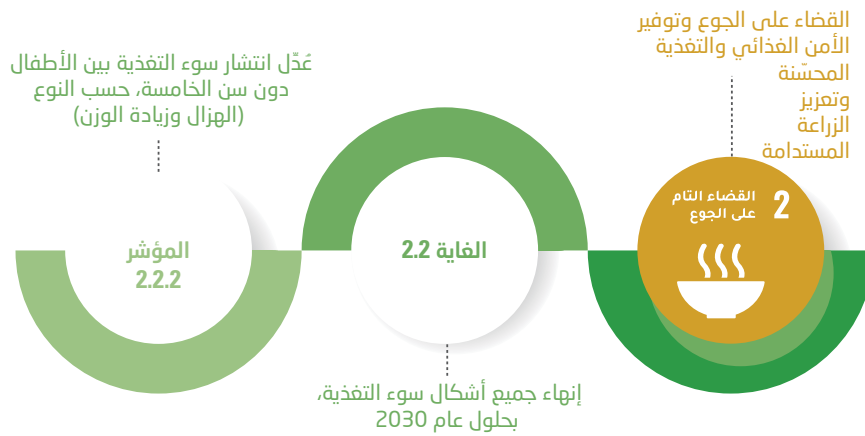
من تراجع التقزم بنسبة حوالي 10 نقاط مئوية على الصعيد العالمي، لم يتراجع هذا الرقم سوى بنسبة 6 نقاط مئوية في المنطقة. ويعاني طفل واحد على الأقل من بين كل ستة أطفال دون سن الخامسة من التقزم في المنطقة (15.1 في المائة في غرب آسيا و17.2 في المائة في شمال أفريقيا) أو ما مجموعه 9.1 مليون طفل<sup>24</sup>.

يقل انتشار التقزم مع الزيادة في مستوى ثروة الأم وتحصيلها التعليمي، وإلى حد أقل، هو أقل انتشاراً في المناطق الحضرية منه في المناطق الريفية. ولا

**الشكل 37. نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم، حسب المستوى التعليمي للأم والثروة، أحدث البيانات المتاحة (النسبة المئوية)**



المصدر: ICF 2015, The DHS Program STATcompiler.



دون سن الخامسة يعانون من زيادة الوزن في جميع أنحاء العالم. وخلال الفترة ما بين عامي 2000 و2018، شهدت الدول العربية ارتفاعاً في النسبة المئوية لزيادة الوزن لدى الأطفال دون سن الخامسة بنحو نقطتين مئويتين (غرب آسيا من 6.7 إلى 9.0 في المائة وشمال أفريقيا من 8.1 إلى 10.6 في المائة). ويوجد نحو 5.5 مليون طفل يعاني من زيادة الوزن في الدول العربية<sup>26</sup>.

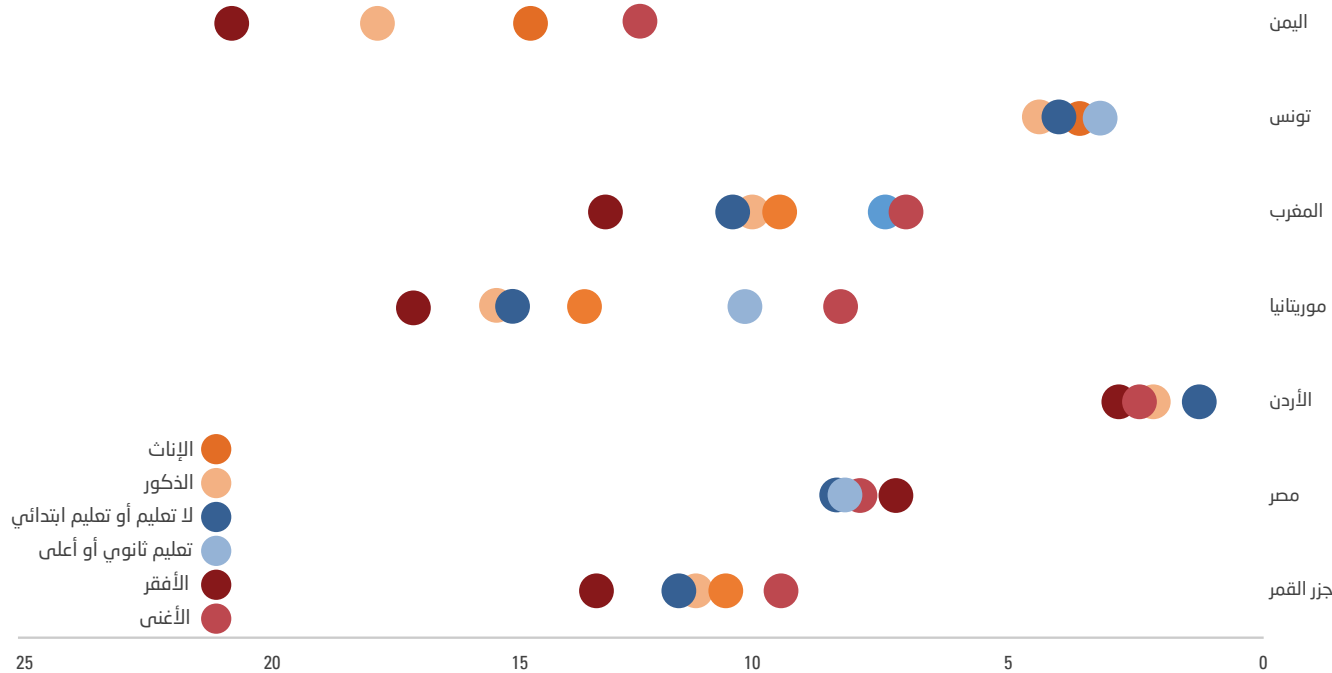
الهزال بين الفتيات والفتيان مع تراجع التفاوت في مستوى الثروة وانخفاض عدد النساء غير المتعلّقات، كما شهدنا في المغرب وجزر القمر. ولا وجود لفجوة في النوع الاجتماعي تقريباً في الأردن وتونس، حيث النسبة المئوية للأمهات غير المتعلّقات منخفضة والتفاوت بين شرائح الثروة الخمسية ضئيل (الشكل 38).

تشير التقديرات في العام 2018 إلى أن 5.9 في المائة من الأطفال (40 مليون)

الأطفال الفلسطينيين من الفتيات كان أعلى من معدل الفتيان. ومع ذلك، أظهر مسح الأسرة الفلسطيني في عام 2010 أن نسبة انتشار نقص الوزن والتقزم والهزال بين الأطفال الذكور دون الخامسة من العمر أعلى من نسبة انتشارها بين الإناث<sup>25</sup>.

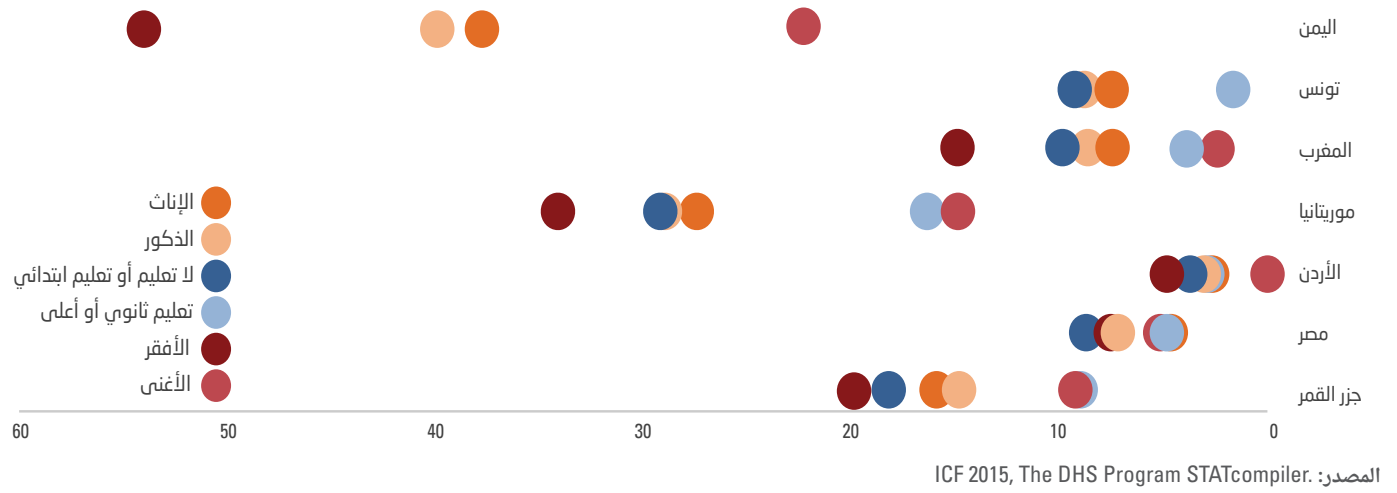
استمر الهزال في عام 2018 بتهديد حياة ما يقدر بـ 7.3 في المائة من الأطفال (49 مليون طفل) دون سن الخامسة على الصعيد العالمي. وفي العام نفسه، وصل عدد الأطفال دون سن الخامسة المصابين بالهزال في غرب آسيا وشمال أفريقيا 3.5 مليون طفل. وعلى الرغم من عدم وجود فجوات رئيسية في النوع الاجتماعي، فإن فجوة الهزال بين الإناث والذكور تتقلص مع انخفاض الفقر في البلدان. وقد سجّل اليمن أكبر فجوة في النوع الاجتماعي، تليه موريتانيا. وفي كلا البلدين تميل نسبة الهزال أن تكون أعلى بين الذكور منها بين الإناث، ولا سيما بين أفقر الأسر وتلك التي تفتقد أمهاتها تماماً إلى التعليم أو إلى بعض التعليم. وتتقلص فجوة

الشكل 38. نسبة الأطفال الذين يعانون من الهزال، حسب المستوى التعليمي للأم والثروة، أحدث البيانات المتاحة (النسبة المئوية)



المصدر: ICF 2015, The DHS Program STATcompiler.

**الشكل 39.** نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن، حسب المستوى التعليمي للأم والثروة، أحدث البيانات المتاحة (النسبة المئوية)



انخفاض معدلات وفاة أطفال الأمهات المتعلّقات مقارنة بأطفال الأمهات غير المتعلّقات. ويبيّن الشكل 40 المتعلق بمعدل وفيات المواليد المتأخرة حسب التحصيل التعليمي للأم أن معدل وفيات الأطفال المولودين لأمهات أنهين تعليمهن الابتدائي فقط كان أعلى من وفيات أولئك الذين ولدوا لأمهات أنهين مرحلتي التعليم الثانوي والعالي.

### سين. وفيات الأطفال

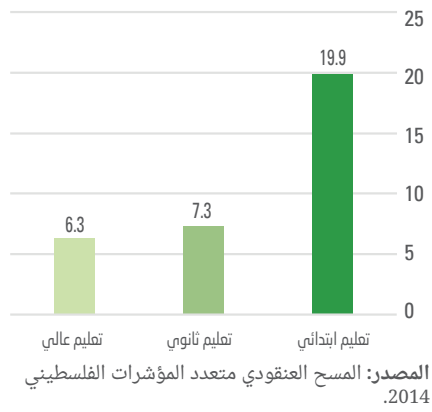
تعكس وفيات الأطفال، وهي أحد المؤشرات الرئيسية لرفاه الطفل، التنمية الاجتماعية والاقتصادية للبلد. وهي تدل على إمكانية حصول الأطفال على التدخلات الصحية الأساسية، مثل اللقاحات، والعلاج الطبي، والتغذية الكافية. وعلى مدى العقدين الماضيين، أحرز العالم تقدماً كبيراً في الحد من وفيات الأطفال. منذ عام 1990، انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الصعيد العالمي بنسبة 58 في المائة، وذلك من 93 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي في عام 1990 إلى 39 حالة في عام 2017. ومع ذلك، في عام 2017 فقط، لقي ما يقدر بـ 6.3 مليون طفل ومراهق حتفهم، أغلبهم نتيجة أسباب يمكن الوقاية منها، وحصلت أغلبية الوفيات (85 في المائة) خلال السنوات الخمس الأولى من الحياة<sup>28</sup>.

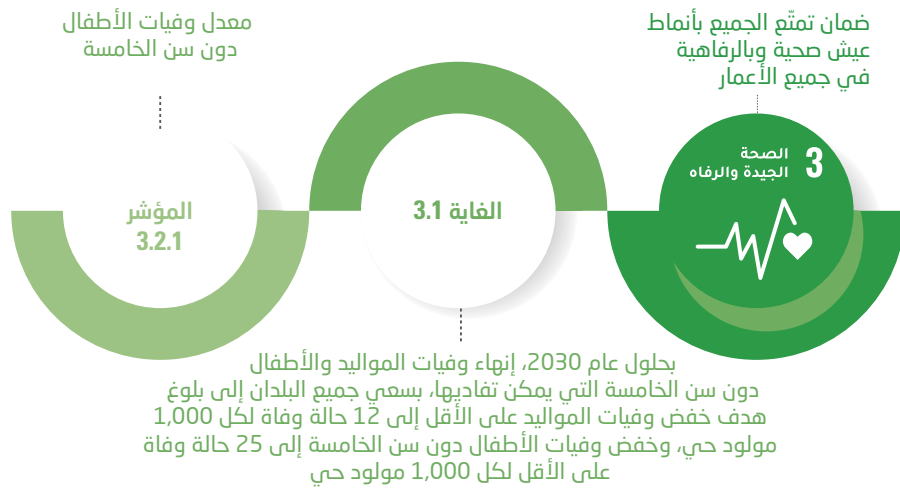
وثمة علاقة عكسية ما بين التحصيل التعليمي للأم ووفيات الرضع. وتضمنت بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS) الخاصة بدولة فلسطين في عام 2014 أدلة على

ويعكس انتشار نقص الوزن بين الأطفال دون سن الخامسة نمو الطفل. فحسب ورقة تقنية نشرتها منظمة الصحة العالمية في عام 2010، قُدّر أن 30 في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة حول العالم تُعزى إلى سوء التغذية. وفي المنطقة العربية، فإن نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن قد زادت من 14 في المائة في عام 1990 إلى 17 في المائة في عام 2004<sup>27</sup>.

وعلى غرار الهزال والتقزم، لا توجد فجوات كبيرة في النوع الاجتماعي، بيد أن الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن يعيشون في الغالب في المناطق الريفية، وهم من بين أفقر الفئات، ومستوى تعليم أمهاتهم محدود أو معدوم. وتقلّ فجوة النوع الاجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن مع تراجع الفقر. وفي جميع البلدان تقريباً (باستثناء جزر القمر) التي تتوافر فيها بيانات بهذا الشأن، سجّلت لدى الأطفال الذكور معدلات نقص وزن أعلى بقليل من معدلات الإناث (الشكل 39).

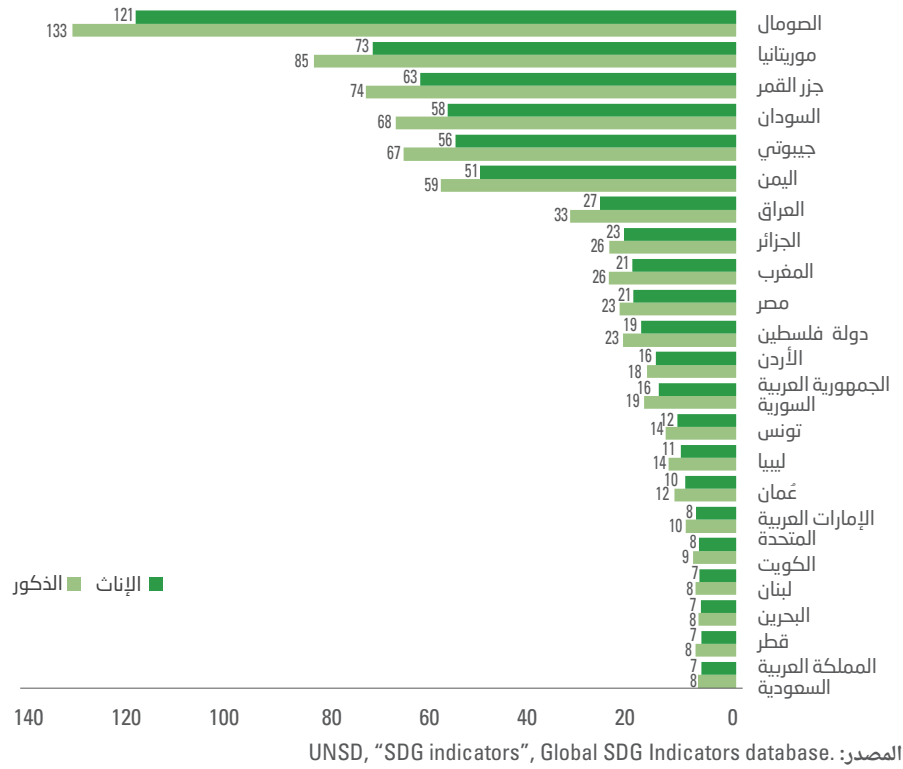
**الشكل 40.** وفيات المواليد المتأخرة، حسب المستوى التعليمي للأم في دولة فلسطين، 2014 (النسبة المئوية)





وفيما يتعلّق بالبلدان المتبقية، وهي جزر القمر، والسودان، والصومال، وجيبوتي، والعراق، وموريتانيا، واليمن، يتعين تسريع وتيرة التقدم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030. في جميع البلدان العربية، كانت معدلات وفيات الأطفال الذكور دون سن الخامسة أعلى من الإناث. وكانت فجوة النوع الاجتماعي لصالح الذكور في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة هي الأعلى في الصومال بين جميع البلدان العربية، حيث وصلت إلى 13 نقطة مئوية (الشكل 41).

**الشكل 41. معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)، آخر سنة**



### وفيات الأطفال دون سن الخامسة:

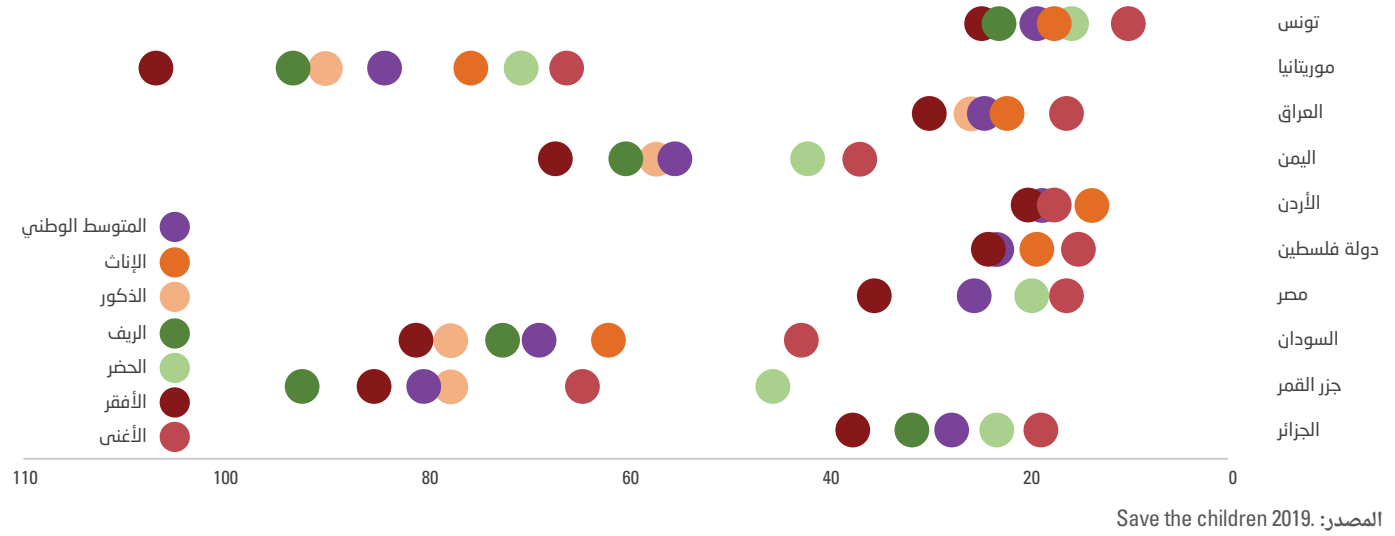
لقد أحرز العالم تقدماً ملحوظاً على مستوى بقاء الأطفال على قيد الحياة في العقود القليلة الماضية، وتحسنت فرص البقاء على الحياة للملايين من الأطفال اليوم مقارنة بما كانت عليه في عام 1990-1995. ففي عام 2018، لقي طفل واحد من بين كل 26 طفل حتفه قبل بلوغه سن الخامسة، مقارنة بطفل واحد من بين كل 11 طفل في عام 1990<sup>29</sup>. ويموت معظم الأطفال دون سن الخامسة من أسباب يمكن الوقاية منها أو علاجها مثل المضاعفات أثناء الولادة، والالتهاب الرئوي، والإسهال، والإنتان الوليدي، والمalaria. وفي المتوسط، تزيد معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة بين الأطفال في المناطق الريفية بنسبة 50 في المائة عن معدلات الأطفال في المناطق الحضرية<sup>30</sup>.

ويتواصل التراجع في عدد البلدان التي تشهد تفاوتاً بين الإناث والذكور في وفيات الأطفال. وفي المتوسط، من المتوقع أن يزيد احتمال وفاة الأطفال الذكور قبل بلوغ سن الخامسة مقارنة بالإناث. وقُدِّر معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الصعيد العالمي في عام 2018 بـ 41 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي للفتيان و36 للفتيات.

وفي المنطقة العربية، انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بأكثر من النصف خلال الفترة نفسها (1990-2018)، وانخفضت المعدلات بنسبة 56 نقطة مئوية للذكور و58 نقاط مئوية للإناث. ولكن أوجه عدم المساواة ظلّت قائمة داخل البلدان وفي ما بينها.

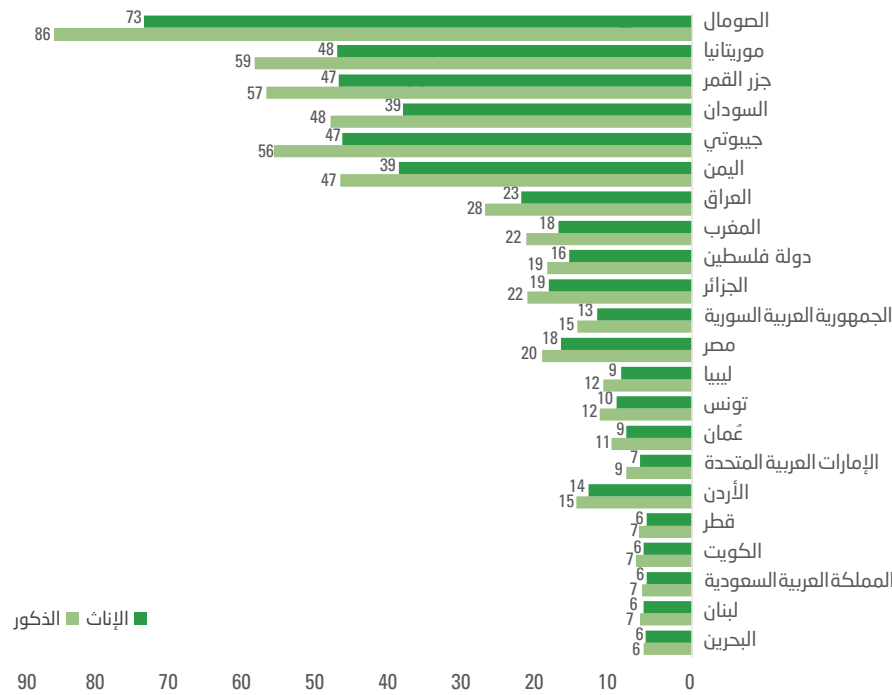
تشير أحدث البيانات إلى أن معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في 118 بلداً أقل عن غاية هدف التنمية المستدامة المنشودة والمتمثلة بما لا يزيد عن 25 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي، وكان 15 بلداً من هذه البلدان من المنطقة العربية.

**الشكل 42. معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)، حسب الموقع الجغرافي والثروة، أحدث البيانات المتاحة**



الرضع للذكور 29 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي مقارنة مع 24 حالة للإناث. وزادت وفيات الرضع الذكور عن الإناث بفارق حوالي 10 نقاط مئوية في جزر القمر، وجيبوتي، والسودان، والصومال، وموريتانيا (الشكل 43).

**الشكل 43. معدل وفيات الرضع (الوفيات لكل 1,000 مولود حي)، آخر سنة**



وتصل وفيات الأطفال دون سن الخامسة أعلى الدرجات في الشريحة الخمسية الأشد فقراً من السكان وفي أوساط الذين يعيشون في المناطق الريفية، وتبلغ أدناها في أوساط الأكثر ثراءً والذين يعيشون في المناطق الحضرية. يبين الشكل 42 أن معدلات وفيات الأطفال الإناث والذكور دون سن الخامسة ارتفع في كل البلدان بالترابط مع احتمال الفقر والإقامة في المناطق الريفية. غير أن فجوة النوع الاجتماعي في معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة انخفضت مع تراجع الفقر.

**وفيات الرضع:** وبالمثل، فإن معدل وفيات الرضع للذكور أعلى منها للإناث. وتبين البيانات والدراسات المتعلقة بالسنة الأولى من الحياة في جميع أنحاء العالم بوضوح أن معدلات وفيات الرضع أعلى لدى الذكور منها لدى الإناث، حيث تلعب العوامل البيولوجية دوراً هاماً في ارتفاع معدل الوفيات الرضع من الذكور. في عام 2018، بلغ معدل وفيات الرضع العالمي للذكور 31 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي مقارنة مع 27 حالة للإناث. وفي الدول العربية، بلغ معدل وفيات