



المشروع العربي لصحة الأسرة



المكتب المرجعي للسكان

دليل السكان الطبعة الرابعة طبعة جديدة معدلة

دليل موجز ومبسط للإعلاميين والإعلاميات والعاملين في مجال التعليم والطلبة
والمخططين وراسمي السياسات والبرامج والمهتمين بالدراسات السكانية

المكتب المرجعي للسكان

المشروع العربي لصحة الأسرة

دليل السكان الطبعة الرابعة طبعة جديدة معدلة

طبعة جديدة ومنقحة من الطبعة الخامسة لدليل السكان باللغة الإنجليزية الذي
أعدّه آرثر هويت و توماس .ت. كين، والطبعة الثالثة من الدليل باللغة العربية
والتي أصدرها المكتب المرجعي للسكان واللجنة الوطنية للسكان بالأردن.

2009

العنوان: دليل السكان

الطبعة الرابعة

إصدار: المشروع العربي لصحة الأسرة والمكتب المرجعي للسكان

* إعداد: د. ماجدة محمد عبد الحميد.

* مراجعة وتدقيق: - د. أحمد عبد المنعم - د. فرزانا رودى

* التصميم والإخراج: - رابح حليمي - أروى هاشم - منى السيد

صدرت الطبعات الخمس باللغة الإنجليزية أعوام 1978، 1985، 1988، 1991، 1998، 2004.

صدرت الطبعات الثلاث باللغة العربية أعوام 1980، 1994، 1998، وتم طبعها في عمان بالأردن.

للمزيد من المعلومات يرجى الإتصال:

- المكتب المرجعي للسكان:

Population Reference Bureau
1875 Connecticut Avenue, NW, Suite 520
Washington, DC 20009-5728 USA
تليفون: (202) 483-1100
فاكس: (202) 328-3937
E-mail: popref@prb.org
Website: <http://www.prb.org>

- المشروع العربي لصحة الأسرة
22 أش طه حسين- الزمالك- القاهرة
تليفاكس : 20227383634 +

البريد الإلكتروني: papfaminfo@papfam.org
الموقع الإلكتروني: <http://www.papfam.org>

شكر وتقدير

يتقدم المشروع العربي لصحة الأسرة والمكتب المرجعي للسكان بالشكر والتقدير إلى الدكتورة ماجدة محمد عبد الحميد أخصائي أول بمركز الأبحاث والدراسات السكانية بالجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء في مصر على جهودها في إعداد هذه الطبعة من الدليل، وإلى الدكتورة فرزانا رودي فاهيمي مديرة برنامج الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بالمكتب المرجعي للسكان والدكتور أحمد عبد المنعم مدير المشروع العربي لصحة الأسرة على ما قاموا به من جهود لمراجعة وتدقيق هذه الطبعة وإلى جميع من ساهم في إخراجه بهذه الصورة.

والشكر موصول إلى جميع الجهات المشاركة والداعمة للمشروع وخاصة صندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية وجامعة الدول العربية وإلى مؤسسة ماك آرثر (MacArthur Foundation) على دعمها للمكتب في إعداد هذه الطبعة الجديدة من الدليل.

تقديم

ينفذ قطاع الشؤون الاجتماعية في جامعة الدول العربية المشروع العربي لصحة الأسرة بدعم من عدة شركاء: برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية (أجفند)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، ومكتب إقليم العالم العربي للاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، وصندوق الأوبك للتنمية الدولية، والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا.

ويهدف المشروع العربي لصحة الأسرة إلى توفير البيانات الاقتصادية والاجتماعية والصحية والبيئية اللازمة لإنشاء قاعدة بيانات إقليمية وتعزيز قواعد البيانات الوطنية ومدها بالمعلومات التفصيلية حول صحة أفراد الأسرة العربية لمساعدة المخططين ومديري البرامج في رسم السياسات الصحية والتنمية. كما يحرص المشروع على تعزيز الكفاءات والقدرات الوطنية العاملة في مجالات الإحصاء وجمع وتجهيز وتحليل ونشر البيانات من خلال توفير الفرص التدريبية المختلفة وتشجيع وتفعيل تبادل الخبرات بين الدول العربية.

وتعتمد إستراتيجية المشروع على توثيق منهجية عمله وإصدارها في وثائق فنية وتوزيعها على أوسع نطاق لزيادة أعداد مستخدميها والمستفيدين منها وذلك بالتعاون والتنسيق بين الجهات العالمية العاملة في المجال للاستفادة من خبراتها ومواكبة المستجدات على الساحتين العربية والدولية.

كما يتبنى المشروع إستراتيجية تفعيل التعاون والتواصل والحوار بين منتجي البيانات ومستخدميها للوصول إلى أفضل النتائج التي تلبي احتياجات

المستخدمين، ويحرص بشكل خاص على تعزيز قدرات ودور الإعلاميين والاعلاميات في الحصول على المعلومات من مصادرها الموثوقة واستخدام ونشر البيانات والمؤشرات الإحصائية بشكل دقيق وعلمي يوفر جسرا موثوقا لايصالها لصانعي القرار والفئات المختلفة من الجماهير والقطاعات المستهدفة ويهيئ ساحة للنقاش والحوار الجاد حول قضايا الصحة والسكان والتنمية.

وفي هذا الإطار، يسرنا أن نقدم هذا الدليل "دليل السكان" للطلبة والإعلاميين والمخططين المهتمين بالسكان والصحة الإنجابية في صورة مبسطة واضحة بأمثلة من واقع بيانات الدول العربية.

ويسعدني أن يصدر هذا الدليل بالتعاون مع المكتب المرجعي للسكان وهو من الجهات الدولية الفاعلة في مجال الإعلام السكاني والتنموي ونشر البيانات السكانية والصحية في أولى خطوات تفعيل الشراكة والتعاون بين المكتب والمشروع العربي لصحة الأسرة، والتي سوف نواصل العمل على تعزيزها في المستقبل لإثراء المكتبة العربية في مجال السكان والصحة الإنجابية وتفعيل دور الإعلاميين والاعلاميات التنموي في نشر البيانات وتوسيع نطاق استخدامها في التخطيط التنموي ورسم السياسات والبرامج التنموية.

د. سيما بحوث
الأمين العام المساعد
رئيس قطاع الشؤون الاجتماعية

المحتويات

الصفحة	العنوان
1	1. مقدمة عامة عن السكان
3	2. أدوات القياسات الديموجرافية
5	3. التركيب العمري والنوعى للسكان
15	4. الخصوبة
23	5. العوامل المؤثرة على الخصوبة
27	6. الوفيات
35	7. الحالة المرضية أو المراضة
37	8. الزواجية
39	9. الهجرة
41	10. الأسر المعيشية والزواجية
43	11. التحضر وتوزيع السكان
45	12. التغير السكاني
55	13. السياسات السكانية
59	14. أهم مؤشرات الصحة الإنجابية

65	 الأهداف التنموية للألفية 15.
73	 مؤشرات تنمية الشباب 16.
75	 الغايات والأهداف المتعلقة برصد تقدم الشباب في سياق الاقتصاد العالمي 17.
79	 الملاحق
81	 معجم المصطلحات
95	 مصادر البيانات وجودتها
97	 موسوعة ديموجرافية ثلاثية اللغات
101	 المراجع
103	 أهم المؤسسات والمنظمات العاملة في مجالات البحوث والدراسات السكانية
107	 أهم الدوريات الخاصة الدراسات السكانية
109	 عناوين الأجهزة الإحصائية العربية

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان
17	جدول رقم (1): معدل الخصوبة العمرية لكل 1000 امرأة في بعض الفئات العمرية
19	جدول رقم (2): حساب معدل الخصوبة الكلية في مصر لعام 2006
21	جدول رقم (3): معدلات التكاثر الإجمالية والصافية في بعض الدول العربية
34	جدول رقم (4): جدول حياة مختصر للأردن عام 2006 حسب النوع

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان
8	شكل رقم (1): الهرم السكاني لمصر سنة 2006
8	شكل رقم (2): الهرم السكاني لمصر سنة 2006
11	شكل رقم (3): أنماط الأهرامات السكانية
19	شكل رقم (4): معدل الخصوبة الكلية في بعض الدول العربية
28	شكل رقم (5): معدل الوفيات حسب العمر لكل الف ساكن في البحرين سنة 2006
40	شكل رقم (6): الهرم السكاني للإمارات العربية المتحدة 2010
51	شكل رقم (7): مستقبل سكان العالم: الفرضيات الثلاثة

1. مقدمة عامة عن السكان

About Population

"بمناسبة اليوم العالمي للشباب، دعونا نعترف بما لدى الشباب من إمكانيات لمعالجة أكبر التحديات فيما يتعلق بقضايا تتراوح بين الفقر المدقع ووقف إنتشار فيروس نقص المناعة البشرية حيث يمثل صغار السن قوة حيوية لإحداث تغيير إيجابي، وبإمكانهم أن يساهموا في الجهود العالمية التي ترمى إلى التغلب على التهديد الذي يشكله تغير المناخ، وهو أحد تحديات عصرنا البارزة.

واليوم نجد أن حوالى ربع سكان العالم تتراوح أعمارهم بين 10 و25 سنة باستطاعتهم، إذا توفرت لديهم المعارف والمهارات، أن يصبحوا دعاة أقوىاء للتنمية المستدامة ولصون الموارد الطبيعية".

ثريا عبيد
المديرة التنفيذية
صندوق الأمم المتحدة للسكان
أغسطس 2008

خلال الثلاثين ثمانية التي استغرقتها قراءتك لهذا الجزء من رسالة المديرة التنفيذية الدكتورة ثريا عبيد فى شهر أغسطس 2008، ولد نحو 132 طفلا حيا فى العالم، وتوفى 54 شخصا، وشهد العالم زيادة صافية بلغت 78 ساكنا جديدا. ويعنى هذا اضافة حوالى 82 مليون شخص كل عام إلى سكان هذا الكوكب، الذين قدر عددهم فى أول أغسطس 2008 بحوالى 6.7 بليون نسمة.

إن كل فرد عضو فى مجموعة السكان، وأي تغيرات فى السكان تحدث أثرها فىنا جميعاً بصورة أو بأخرى. ولنمو السكان تأثير على كل جانب من جوانب الحياة. وكان لاتجاه السكان نحو الشيخوخة فى الدول الصناعية، مثل أوروبا واليابان والولايات المتحدة تأثير انعكس فى زيادة التركيز على خدمات الرعاية الصحية التي تقدم للمسنين، بينما تحتاج المجتمعات الفتية فى الدول النامية إلى خدمات موسعة فى مجالات التعليم والإسكان وفرص العمل. وفى كثير من الدول النامية يمكن أن تحبط

الجهود الرامية إلى زيادة حصة الفرد من المواد الغذائية وذلك بسبب الزيادة السريعة في عدد الأفواه التي يجب إطعامها.

ويمكن للأحداث التاريخية بدورها أن تؤثر تأثيرا كبيرا على السكان. فالحروب يمكن أن تهلك النسبة الكبرى من جيل من الرجال كما حدث خلال هذا القرن في العراق ودول أخرى كثيرة. ويمكن أن يؤدي رفع مستوى المعيشة إلى تخفيض معدل المواليد. كما أن التحسن في الرعاية الطبية يظهر أثره في النهاية في صورة زيادة العمر المتوقع وفي صورة تغيير أسباب الوفاة، في الوقت الذي قد يكشف ازدياد الوفيات أو الأمراض في مناطق جغرافية معينة عن تلوث بيئي غامض.

إن وراء معظم الأخبار الصحفية قصة خاصة بالسكان. غير أن أنباء السكان، بعكس أخبار الأحداث العالمية ذات الطابع القصصي، تروى على أفضل صورة في شكل أرقام ومعدلات. فلا يكفي أن يقال أن الجريمة متفشية، أو أن الناس يشعرون برخاء هذه الأيام وإنما يجب أن تحول هذه القصص الإخبارية إلى بيانات رقمية محددة: كم عدد الجرائم التي تحدث؟ وفي أي المناطق من الدولة؟ وأي الناس يتأثر بهذه الجرائم؟ لذا لابد من التعبير عن البيانات بصورة واضحة ودقيقة.

ولكن ليس كل فرد يراعي مثل هذه الدقة والعناية. فمن وقت لآخر تنشر أجهزة الإعلام تقارير تشير إلى معدل المواليد على أنه معدل نمو، أو تنشر أخبار هبوط معدل النمو في بعض الأحيان على أنه تناقص في عدد السكان.

وتعتمد الديموجرافيا على الأسلوب العلمي لدراسة السكان حيث يقوم الديموجرافيون بتحليل مستويات واتجاهات حجم وتركيب السكان وتقديم التفسيرات المختلفة للتغيرات السكانية وأثرها على المجتمعات البشرية. ويتم ذلك باستخدام بيانات التعدادات السكانية وسجلات المواليد والوفيات والمسوحات الميدانية بالعينة والسجلات المدرسية وسجلات السيارات وغيرها.

ويجرى تحليل هذه البيانات وعرضها في شكل أرقام مطلقة أو معدلات أو نسب وغير ذلك من المقاييس الإحصائية الديموجرافية المعروفة.

2. أدوات القياسات الديموجرافية

The Tools of Demography

العدد الإجمالي (Count)

الرقم المطلق للسكان أو أي حدث ديموجرافي يقع في منطقة محدودة وفي وقت محدد (مثلاً، بلغ عدد المواليد أحياء 1853746 في مصر في عام 2006). وتعتبر الأعداد الخام المتعلقة بالأحداث الديموجرافية أساس كل التحليلات الإحصائية الأخرى.

المعدلات (Rates)

هي تواتر الأحداث الديموجرافية بين السكان في فترة زمنية محددة (مثلاً، كان معدل المواليد 26 مولوداً حياً لكل ألف من السكان في مصر في عام 2006). وتبين المعدلات مدى تكرار وقوع الحدث ومدى شيعه. والمعدلات الخام هي تلك التي تحسب بالنسبة لمجموع السكان. أما المعدلات الخاصة فهي تلك التي تحسب بالنسبة لمجموعة فرعية محددة، هي في العادة مجموع الذين يتعرضون لوقوع الحدث (مثلاً، معدل الخصوبة العام هو عدد المواليد لكل ألف من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 - 49 سنة). وهكذا فالمعدلات يمكن أن تكون معدلات خاصة بالعمر، خاصة بالنوع، أو خاصة بالمهنة ... الخ.

النسبة (Ratio)

هي العلاقة الحسابية بين مجموعة فرعية من السكان ومجموعة فرعية أخرى من نفس السكان. ويعني هذا قسمة مجموعة فرعية على أخرى (مثلاً، نسبة النوع: 105 ذكر لكل 100 أنثى في مصر عام 2006).

التناسب (Proportion)

هو العلاقة بين مجموعة فرعية من السكان وبين إجمالي السكان. وهذا يعني قسمة مجموعة سكانية فرعية على مجموع السكان (مثلاً، كانت نسبة سكان الحضر 28 في المائة من إجمالي السكان في اليمن عام 2004).

الرقم الثابت (Constant)

هو رقم اختياري لا يتغير (مثلاً، 100 أو 1000 أو حتى 100000) يمكن أن تضرب فيه المعدلات أو النسب أو المقادير للتعبير عن هذه المقاييس بطريقة تجعلها تفهم بدرجة أكبر. فعلي سبيل المثال، بلغ معدل المواليد 0.0257 مولوداً حياً لكل شخص في مصر عام 2006، فإذا ضربنا هذا المعدل في رقم ثابت (1000) نحصل على نفس الإحصاء ولكن بالنسبة لكل ألف من السكان، وهي طريقة أوضح تعبيراً عن الشيء ذاته (26 مولوداً لكل 1000 من السكان). وتتسبب معظم المعدلات لكل ألف من السكان. وفي المعدلات التي تظهر على الصفحات التالية فإن "ك" تعني رقماً ثابتاً.

المقاييس الفوجية (Cohort Measures)

هي الإحصاءات التي تقيس الأحداث التي تحدث لفوج أو مجموعة من السكان تشترك في حدث ديموجرافي ويجرى ملاحظتها عبر الزمن. وأكثر الأفواج شيوعاً هي أفواج الميلاد، أي مواليد السنة أو الفترة الزمنية الواحدة. وتتضمن الأنواع الأخرى من هذه الإحصاءات أفواج الزواج أو أفواج الفصل المدرسي الواحد الخ.

مقاييس الفترة الزمنية (Period Measures)

هي الإحصاءات التي تقيس أحداثاً تقع لكل السكان أو لجزء منهم خلال فترة من الزمن، أي "الحصول على لقطة سريعة" للسكان في الواقع (مثلاً معدل الوفيات الإجمالي للسكان القطريين خلال عام 2006 هو 1.9 في الألف).

3. التركيب العمري والنوعى للسكان

Age - Sex Composition

يعتبر العمر والنوع من أكثر الخصائص الأساسية المميزة للسكان، ولكل مجتمع تكوينه السكاني المختلف من حيث العمر والنوع، أي عدد أو نسبة الذكور والإناث في كل فئة عمرية. ويمكن أن يكون لهذا التركيب أثر كبير على السلوك السكاني والاجتماعي والاقتصادي لهذا المجتمع في حاضره ومستقبله.

إن بعض الشعوب فتية نسبيا أي تتمتع بنسبة كبيرة من السكان في أعمار صغيرة. ومثالا على ذلك مدينة صناعية مزدهرة تضم نسبة كبيرة من العمال صغار السن مع عائلاتهم. وهناك شعوب أخرى مسنة نسبيا كما هو الحال مثلا في جماعة من المتقاعدين يعيشون حياة مشتركة في جنوب إنجلترا.

الشعوب الفتية (الشابة)
والمسنة (الهرة)
"Young"
And "Old"
Population

ولهذين المجتمعين تركيبات عمرية مختلفة بدرجة ملحوظة، ونتيجة لهذا فإنهما يختلفان من حيث نسبة السكان في قوة العمل أو في مراحل التعليم المختلفة، فضلا عن اختلاف الاحتياجات الطبية وأذواق المستهلكين بل وطابع الجريمة، ومن الواضح أن أي تكوين عمري للسكان له علاقة كبيرة بأسلوب حياتهم.

وتعتبر الدول النامية بصفة عامه مجتمعات فتية (شابة)، بينما تعتبر معظم الدول المتقدمة "مجتمعات مسنة (هرمة)" وتقل أعمار نصف سكان عدد كبير من الدول النامية عن 15 عاما، بينما قد يكون أقل من 4% من السكان فيها في سن الخامسة والستين فأكثر. ومن جهة أخرى فإن أقل من 20% من سكان عدد كبير من الدول المتقدمة تقل أعمارهم عن 15 سنة. بينما تكون أعمار 15% من السكان في سن 65 فأكثر.

العمر الوسيط Median Age

هو العمر الذي يكون عنده نصف عدد السكان أكبر سنا منه ونصفهم الآخر أصغر سنا منه.

"كان العمر الوسيط لسكان تونس 25.4 عاما في عام 2004"

بلغ العمر الوسيط في جيبوتي 19 عاما في عام 2002. وعلي النقيض من ذلك بلغ العمر الوسيط في لبنان 27 عاما في عام 2004، مما يدل على أن المجتمع الجيبوتي أكثر شباباً من المجتمع اللبناني.

نسبة النوع Sex Ratio

نسبة النوع هي نسبة الذكور إلى الإناث في مجتمع معين، ويعبر عنها عادة في صورة عدد الذكور لكل 100 من الإناث. وتبلغ نسبة النوع عند الميلاد في معظم الدول نحو 105 أو 106 من الذكور لكل 100 أنثى. غير أن هذه النسبة تتفاوت بعد الميلاد، نتيجة لاختلاف أنماط الوفيات والهجرة لكل من الذكور والإناث داخل المجتمع.

$$\text{نسبة النوع} = \frac{\text{عدد الذكور}}{\text{عدد الإناث}} \times 100 = \frac{37219056}{35578975} \times 100 = 105$$

"أي أن هناك 105 ذكراً لكل 100 أنثى في مصر عام 2006".

بلغت نسبة النوع في مصر للفئة العمرية 60-64 سنة في عام 2006 حوالي 112.

نسبة الإعاقة الديموجرافية (العمرية) Age Dependency Ratio

هي نسبة الأفراد في سن الإعاقة (أقل من 15 سنة وأكثر من 64 سنة) إلى الأفراد في سن العمل (15-64) بين السكان. وعندما لا تتوفر بيانات أكثر تفصيلاً، تستخدم نسبة الإعاقة غالباً كمؤشر للأعباء الاقتصادية التي يجب أن يتحملها ذلك الجزء المنتج من السكان، حتي ولو كان بعض الأشخاص الذين تم تعريفهم على أنهم "معالون" يباشرون عملاً منتجا، وبعض الأشخاص في السن "المنتج" معالين من الناحية الاقتصادية.

وتتميز الدول التي يوجد بها في العادة معدل مرتفع جدا من الخصوبة بأعلى نسب من إعالة صغار السن نتيجة لوجود نسبة كبيرة من الأطفال بين السكان.

$$\text{عدد السكان أقل من 15 سنة} \\ + \text{عدد السكان في سن 65 فأكثر} \times \text{ك} = \\ \text{عدد السكان في سن 15-64}$$

$$54.9 = 100 \times \frac{(2722256+23081638)}{46994137}$$

"بلغت نسبة الإعالة العمرية في جمهورية مصر العربية 55 في المائة عام 2006. و هذا يعني أن هناك 55 شخصا في أعمار يعتبرون فيها معالين لكل 100 شخص في سن العمل."

هى عدد الأطفال أقل من 15 سنة لكل 100 من السكان في سن العمل (15-64 سنة) في فترة زمنية محددة.

نسبة الإعالة
الديموجرافية للأطفال

Child Dependency
Ratio

$$\text{عدد السكان أقل من 15 سنة} \times \text{ك} = \\ \text{عدد السكان في سن 15-64}$$

$$49.1 = 100 \times \frac{23081638}{46994137}$$

"بلغت نسبة الإعالة الديموجرافية للأطفال في مصر 49.1 فى المائة عام 2006".

هى عدد الأفراد المسنين (65 سنة فأكثر) لكل 100 من السكان في سن العمل (15-64 سنة) في فترة زمنية محددة.

نسبة الإعالة
الديموجرافية لكبار السن

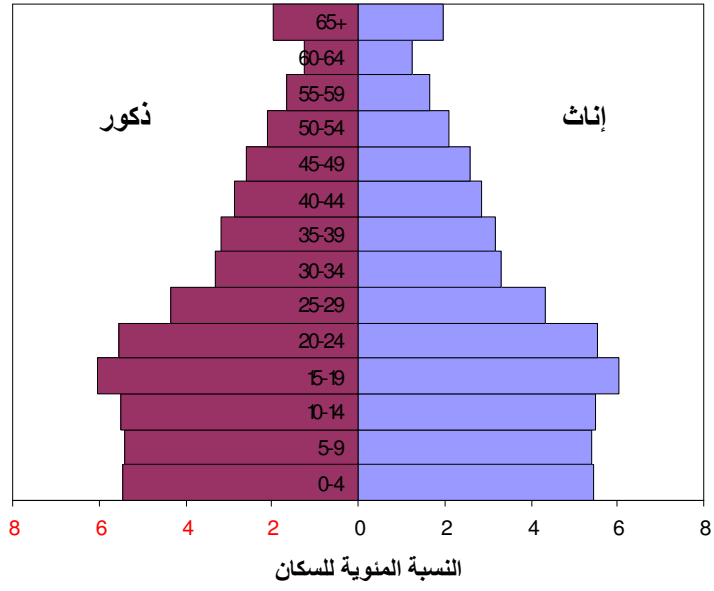
Old Age
Dependency Ratio

$$\text{عدد السكان في سن 65 فأكثر} \times \text{ك} = \\ \text{عدد السكان في سن 15-64}$$

$$5.8 = 100 \times \frac{(2722256)}{46994137}$$

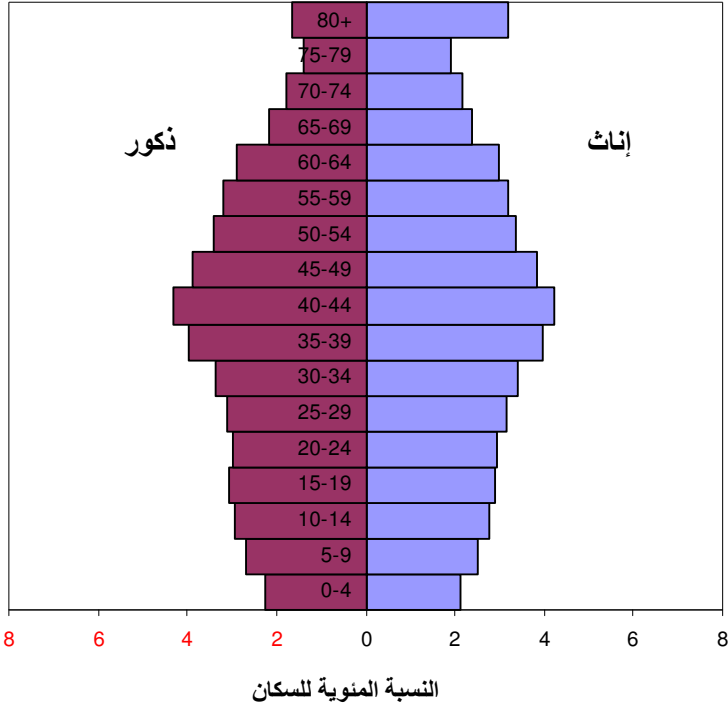
"بلغت نسبة الإعالة الديموجرافية لكبار السن في مصر 5.8 فى المائة عام 2006".

شكل رقم (1): الهرم السكاني لمصر عام 2006



الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، 2008

شكل رقم (2): الهرم السكاني لسويسرا عام 2006



الأمم المتحدة، 2008

الهرم السكاني Population Pyramid

يعرض الهرم السكاني بالرسم البياني تكوين السكان من حيث العمر والنوع. وبإبراز عدد أو نسبة الذكور والإناث في كل فئة من فئات العمر، يقدم الهرم صورة حية لخصائص أي مجتمع سكاني ويعادل مجموع الفئات العمرية والنوعية في الهرم السكاني 100% من السكان. كما يوفر الهرم السكاني طريقة سهلة لفهم التركيبة العمرية لأي مجتمع.

وكما هو موضح في الشكل رقم (1) الهرم السكاني لجمهورية مصر العربية عام 2006، فإن كل مستطيل أفقي يمثل مجموعة عمرية من 5 سنوات (0-4، 5-9 ...). وهكذا. والمستطيلات التي على اليمين تمثل الإناث بينما المستطيلات إلى اليسار تمثل الذكور. أهم المستطيلات هي الأربعة التي في الأسفل والتي تمثل الفئة العمرية من صفر إلى 19 سنة، حيث تبلغ حوالى 31.6 مليون نسمة، وهي تساوي حوالى 43% من السكان في مصر تقريبا، مما يبرهن بأن المجتمع المصري مجتمع قتي حيث أن معدل الولادات مرتفع منذ فترة طويلة وهذا بديهي في الدول النامية ومهم لاعتبارين أساسيين:

أولا: الأطفال يستهلكون نسبا عالية جدا من الموارد الوطنية فيما يتعلق بتوفير الخدمات الصحية والتعليمية لهم.

ثانيا: خلال العشرة إلى العشرين سنة القادمة سيصل أطفال اليوم إلى ذروة سن الانجاب وسيفوق عددهم بشكل كبير عدد السكان الذين يقعون فوق سن الانجاب وهكذا سيستمر التزايد السكاني دون توقف لمدة أقلها أربعون سنة قادمة بسبب إعداد المواليد الجدد الذين سينجبهم أطفال اليوم. يشار إلى هذه الظاهرة وهي متأصلة في المجتمعات اليافعة أو الفتية بالقوة الدافعة للسكان. أما الهرم السكاني الثاني (شكل رقم 2) فيمثل سويسرا وهو بلد صناعي ويبين توزيع سكاني لبلد قلت فيه الخصوبة وزادت فيه فئات المعمرين. أما الهرم السكاني لجمهورية مصر العربية فتكثر فيه نسبة فئات الأطفال والشباب ويقل فيه نسبيا عدد السكان في الفئات الأكبر سنا كما هو مبين بالشكل رقم (1).

الأنماط الثلاثة العامة Three General Patterns

يمكن أن يختلف سكان البلدان بصورة ملحوظة غير أنهم جميعا يتجهون إلى الاندراج ضمن ثلاثة نماذج عامة من التركيب العمري والنوعي:

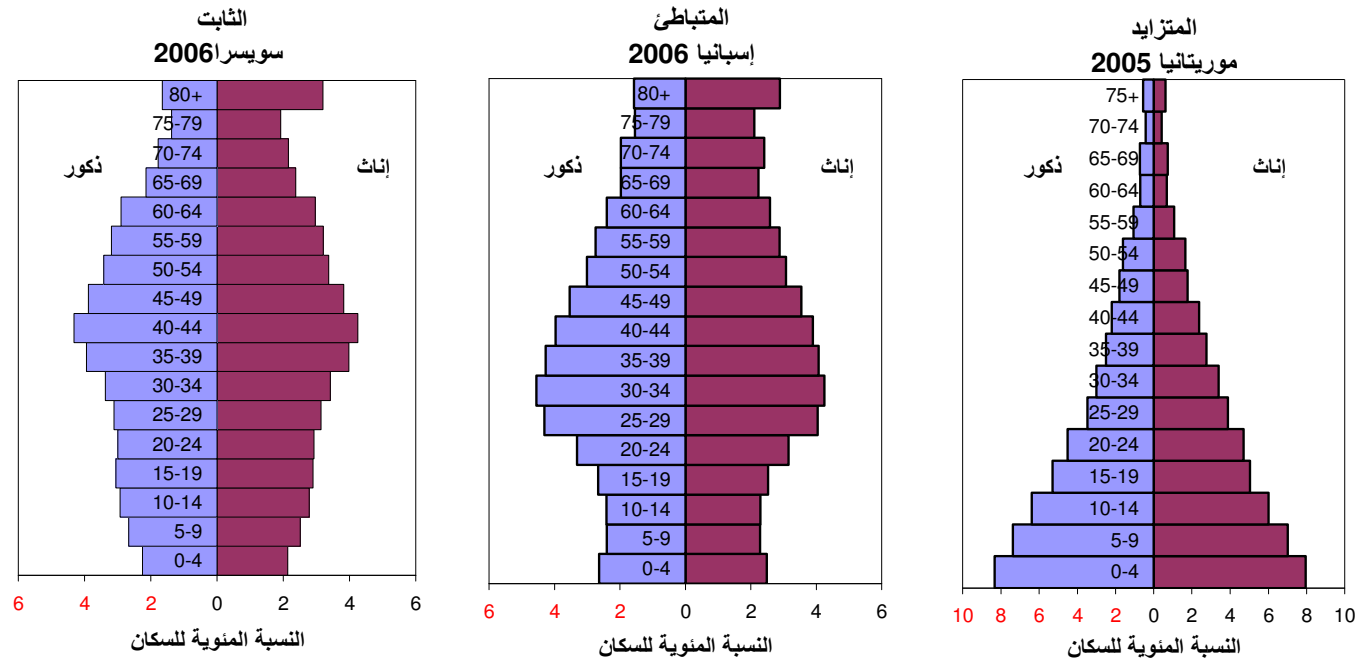
1- النمو المتزايد: ويتميز بوجود نسب أكبر من السكان في فئات العمر الأصغر.

2- النمو المتباطئ: ويتميز بوجود نسب أصغر من السكان في فئات العمر الأصغر.

3- النمو الثابت أو المتناقص: ويتميز بوجود أعداد متساوية من السكان تقريبا في جميع فئات العمر، وتتناقص تدريجيا في فئات الأعمار الأكبر.

ويعكس تركيب السكان في موريتانيا – كما نرى في الشكل رقم (3) النمط المتزايد من السكان، حيث يتبين أن كل مجموعة عمرية أكبر من التي ولدت قبلها. ويرجع ذلك إلى استمرار الارتفاع في معدلات المواليد. وفي إسبانيا حيث انخفضت معدلات الولادة في السبعينات نجد أن المجموعات العمرية الحديثة كانت أصغر بصورة تصاعدية مما أدى إلى تغير شكل الهرم من متزايد إلى (متناقص). ويمكن تصنيف سويسرا التي تتمتع بسكان تتساوى أعدادهم تقريبا في كل فئات العمر، بأنها قريبة من الشكل الثابت.

شكل رقم (3): أنماط الأهرامات السكانية



المصدر: الأمم المتحدة- 2008

ويلاحظ أن الهرم السكاني يلخص أثر الأحداث التاريخية التي أثرت بشكل واضح في تركيبة السكان مثل الحروب والفيضانات وانتشار الأوبئة الفتاكة التي تتسبب في وفاة أعداد كبيرة من السكان، إضافة إلى تغيرات مستويات الخصوبة والهجرة الدولية.

يختلف مدى تواتر الأحداث الديموغرافية (كالزواج والوفاة والإنجاب) بين مختلف الأعمار. فمن شأن السكان الذين يضمون أعدادا كبيرة نسبيا من كبار السن أن يكون لديهم أعدادا أكبر من الوفيات وأعداد أقل من المواليد كل عام بالمقارنة بمجموعة سكانية تتكون غالبيتها من عائلات صغيرة السن. وكنتيجة لذلك، فإن الدانمارك التي تتميز بوجود نسبة كبيرة من الأفراد الأكبر سنا بالمقارنة بسوريا، سيكون لديها عدد أكبر من الوفيات لكل ألف من السكان بالمقارنة بسوريا.

عند إجراء مقارنات بين السكان (على سبيل المثال أي البلاد لديها معدل خصوبة أعلى)، لابد أن نأخذ في الاعتبار أن اختلاف التركيب العمري لن يؤثر بشكل واضح على عملية المقارنة. فمعدلات الولادة والوفيات (أنظر صفحتي 15 و27) تتأثر بنسب الأفراد في فئات العمر المختلفة. ويمكن أن تؤدي إلى مقارنات مضللة بصورة أكبر بالنسبة لمعدل الوفيات الخام منها بالنسبة لمعدل المواليد كما في الشكل رقم (5) حيث تختلف معدلات الوفيات حسب العمر.

وحتى يتسنى لنا إجراء مقارنات دقيقة ومتسقة، يمكن أن تقارن المعدلات الخاصة بالعمر. فعلى سبيل المثال يمكن مقارنة معدل الوفيات السنوي للأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 60-64 سنة في مصر وفرنسا. ومن الواضح أن هذا لا يتأثر بعدد الأشخاص الذين هم في فئة العمر 60-64، إذ أنه يبين ببساطة احتمال وفاة شخص في هذه الفئة العمرية في أي من البلدين في سنة معينة.

وهناك طريقة أخرى للمقارنة بين السكان باستخدام طريقة المعايير عن طريق تطبيق معدلات الوفيات العمرية في دولة ما على التركيب العمري لدولة أخرى وذلك لإظهار كم من الوفيات ستحدث في الدولة الأولى في سنة معينة إذا كان لها نفس التركيب العمري للدولة الثانية.

"بلغ المعدل الخام للوفيات في الولايات المتحدة 8.1 حالة وفاة لكل 1000 من السكان في عام 2006. وبلغ معدل الوفاة الخام في مصر 6.3 في عام 2006 إلا أنه لو كان التركيب العمري في مصر مماثلاً للتركيب العمري الخاص بالولايات المتحدة في تلك السنة، فسوف يكون معدل الوفاة المعياري لمصر "أي المعايير حسب العمر) 8.13 في الألف، وهو أعلى من المعدل الخام للولايات المتحدة الأمريكية".

المقارنة بين السكان Comparing Populations

التركيب العمرى ونمو السكان Age Structure and Population Growth

فى هذا المثال استخدمنا التركيب العمرى لسكان الولايات المتحدة فى عام 2006 كمجتمع معيارى. وهذا يبقى معدل الوفاة المعايير فى الولايات المتحدة 8.1 فى الألف كما هو ويمكننا كذلك أن نستخدم الهيكل العمرى لمصر كمجتمع معيارى فى أي دولة ثالثة.

إلى جانب معدل المواليد فإن التركيب العمرى هو "المحرك" الديموجرافى الذى يزيد النمو السكانى أو يقلصه. وفى العديد من الدول النامية يضمن وجود نسب كبيرة من السكان صغار السن استمرار السكان فى النمو خلال فترات انخفاض الخصوبة، حتى بعد أن تنخفض الخصوبة إلى مستوى الإحلال أي "الأسرة ذات الطفلين" (أنظر القوة الدافعة للسكان صفحة 22).

ويمكن أن نلمس تأثير معدلات المواليد العالية على التركيب العمرى فى اليمن حيث بلغ متوسط عدد الأطفال لكل امرأة عام 2004 حوالي ستة مواليد لكل منهن. وبلغ عدد الأفراد فى الفئة العمرية 35-39 سنة 907781 نسمة، بينما بلغ تعداد السكان فى مجموعة العمر أقل من خمس سنوات 2938147 نسمة.

4. الخصوبة Fertility

تشير الخصوبة (Fertility) إلى السلوك الانجابي الفعلي لأى مجتمع. وتختلف عن الانجاب (Fecundity) والذي يعبر عن القدرة الفسيولوجية للأزواج على الإنجاب. وتتأثر الخصوبة وهى عدد المواليد أحياء فى مجموعة سكانية ما مباشرة بالقدرة على الإنجاب وبسن الزواج ، ومدى توفر واستخدام وسائل تنظيم الأسرة والتنمية الإقتصادية ومكانة المرأة والتركيب العمري والنوعى للسكان.

وسوف يتناول القسم الخامس عرضاً لأهم العوامل المباشرة التى تؤثر على الخصوبة.

يبين معدل المواليد (ويطلق عليه دائماً معدل المواليد الخام) عدد المواليد أحياء لكل ألف من السكان فى سنة معينة*. وتعتبر المواليد عنصراً من عناصر التغير فى حجم السكان، ويجب ألا يخلط بين معدل المواليد ومعدل النمو الذى يشمل كل عناصر التغير السكانى (انظر صفحة 45).

معدل المواليد Birth Rate

$$\text{عدد المواليد أحياء} \times \frac{1853746}{72212000} = 25.7 = 1000 \times \text{اجمالى السكان فى منتصف السنة}$$

كان هناك حوالى 26 مولود لكل 1000 من السكان فى مصر عام 2006.

وتتباين معدلات المواليد الخام حول العالم بدرجة كبيرة فمعدل المواليد فى زامبيا والذى بلغ 43.2 مولود لكل ألف يعد عاليا جداً، بينما يبلغ معدل المواليد فى اليابان 8.7 مولوداً لكل ألف وهو ما يعد منخفضاً جداً.

* تنسب معظم المعدلات السنوية (كمعدل المواليد) للأحداث الديموجرافية إلى عدد السكان فى منتصف العام (عدد السكان فى أول (تموز/ يوليو) الذى يعتبر متوسط عدد السكان الذين يتعرضون للحدث الديموجرافى خلال السنة).

معدل الخصوبة العام General Fertility Rate

معدل الخصوبة العام (ويطلق عليه ايضا اسم معدل الخصوبة) هو عدد المواليد احياء لكل الف من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين (15-49 سنة)* في سنة معينة.

ويعتبر معدل الخصوبة العام مقياسا أكثر دقة من معدل المواليد الخام حيث أنه ينسب المواليد بدرجة اقرب الى مجموعة العمر والنوع التي تتعرض لانجاب المواليد (أي النساء بين 15-49 سنة) ويزيل هذا أي تباينات يمكن أن تظهر نتيجة اختلاف توزيعات العمر والنوع في إجمالي السكان. وهكذا يكون المعدل العام للخصوبة مؤشرا أكثر دلالة على التغيرات في السلوك الانجابي من معدل المواليد الخام.

$$60 = 1000 \times \frac{177500}{2952600} = \text{ك} \times \frac{\text{عدد المواليد}}{\text{عدد النساء في العمر 15-49 سنة}}$$

"كان هناك 60 مولود لكل 1000 امرأة تتراوح اعمارهن بين (15-49) في تونس في عام 2007".

بلغ المعدل العام للخصوبة في الاردن 116 مولودا حيا لكل 1000 امرأة في عام 2004. وقد بلغ هذا المعدل في جمهورية مصر العربية 94 مولودا لكل 1000 امرأة تتراوح اعمارهن بين 15-49 في عام 2006.

يمكن أيضا التوصل إلى معدلات الخصوبة لفئة معينة من العمر لغرض المقارنة خلال فترة زمنية معينة وللتعرف على أوجه الاختلاف في ظاهرة الخصوبة في أعمار مختلفة.

معدل الخصوبة العمرية Age-Specific Fertility Rate

$$148 = 1000 \times \frac{56941}{3842830} = \text{ك} \times \frac{\text{عدد المواليد للنساء في فئة العمر 20-24}}{\text{عدد النساء في فئة العمر 20-24}}$$

"كان هناك 148 مولودا حيا لكل 1000 امرأة تتراوح أعمارهن بين 20-24 في جمهورية مصر العربية عام 2006".

بلغ عدد المواليد احياء 77 لكل ألف امرأة في الفئة العمرية 20-24 سنة في لبنان في عام 2004. اما في اليمن فبلغ هذا المعدل 245 مولوداً في عام 2003.

* يفترض عادة أن العمر الانجابي للنساء هو 15-49 سنة في معظم الدول وذلك لغايات احصائيته الا في الولايات المتحدة فيتم حسابه على اساس 15-44 سنة.

بمقارنة معدلات الخصوبة للنساء فى مختلف الأعمار في مصر، تبين أن هناك انخفاض فى معدلات الانجاب خلال الثلاث عشر سنة بمقدار 31 مولود وذلك للنساء في الفئة العمرية 20-24 سنة، يقل هذا الفارق الى 15 مولود للنساء فى الفئة العمرية 30-34 سنة خلال نفس الفترة.

جدول رقم (1): معدل الخصوبة العمرية لكل 1000 امرأة في بعض الفئات العمرية

العالم	24-20	29-25	34-30
1995	200	210	140
2000	196	208	147
2005	175	194	125
2008	169	185	122

"بلغ معدل الخصوبة العمرية للنساء المصريات 169 لكل ألف امرأة فى فئة العمر 20-24 سنة وذلك حسب المسح الديموجرافي الصحي الذي أجري في مصر عام 2008".

إن عدد الاطفال الذين تتجبههم المرأة بالفعل خلال فترة حياتها الإنجابية يمثل أحد مقاييس الخصوبة. وفي البلاد التي تتشابه فيها معدلات المواليد قد يتباين عدد الاطفال الذين تتجبههم النساء فى فئة العمر 20-24 عندما يختلف مثلا توقيت هذه المواليد. وعندما ينطبق هذا المقياس على النساء اللاتي تجاوزن سن 49 سنة يطلق على هذا المقياس اسم معدل الخصوبة المكتملة.

ويعتبر معدل الخصوبة المكتملة من المقاييس الفوجية التي تبين كم عدد الاطفال الذين انجبتهم دفعة (فوج) من النساء بالفعل خلال فترة قدرتهن على الانجاب.

"بلغ معدل الخصوبة المكتملة للمرأة اليمنية نحو 8.5 مولودا لكل امراه في عام 2001. وبلغ هذا المعدل 4.1 فقط في لبنان عام 2004".

ومن بين مناطق العالم، تميل الدول الافريقية إلى الاحتفاظ بأعلى معدل للخصوبة المكتملة.

وعلى الرغم من ذلك فاننا نحتاج إلى تلخيص ما نعيه عندما نستخدم تعبير " الخصوبة " الآن بدون الانتظار حتى نهاية سن أو سنوات القدرة على الإنجاب. وهنا تظهر الحاجة إلى استخدام تعبير " معدل الخصوبة الكلية ".

معدل الخصوبة المكتملة Completed Fertility Rate

معدل الخصوبة الكلية
Total Fertility Rate

هو متوسط عدد المواليد أحياء الذين يمكن أن تنجبهم كل امرأة خلال حياتها، إذا كانت ستسير خلال كل سنوات حياتها الإنجابية طبقاً لمعدلات الخصوبة العمرية في سنة معينة.

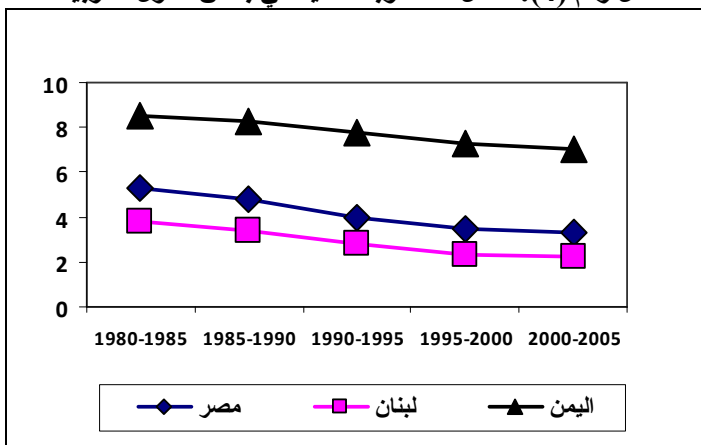
وبمعنى آخر: فإن معدل الخصوبة الكلية يلخص في رقم واحد خصوبة كل النساء عند نقطة معينة من الزمان. حيث يمثل العدد الاجمالي من المواليد أحياء الذي تستطيع المرأة انجابهم اذا اتيح لها نفس الفرصة للانجاب بين سن 15-19 سنة كما لكل النساء في هذه الفئة من العمر في سنة معينة، وبين سن 20-24 سنة... الخ وحتى سن 49 سنة. (لمعرفة طريقة حساب معدل الخصوبة الكلية انظر الجدول رقم 2).

إن معدل الخصوبة الكلية هو مقياس تركيبى بمعنى أنه من غير المحتمل على الإطلاق أن تسير امرأة خلال أحقاب ثلاثة طبقاً لمعدلات الخصوبة الخاصة حسب العمر لعام 1988 أو لأي عام آخر... فالواقع ان المعدلات الخاصة حسب العمر تتغير من سنة إلى أخرى، وان كان ذلك يتم تدريجياً.

فعلى سبيل المثال، قد تؤجل النساء في فئة العمر 15-19 سنة في عام 1988 انجاب الاطفال مدة أطول من النساء في نفس الفئة من العمر في عام 1970. وعندما يفعلن ذلك، فانهن يخفضن معدل الخصوبة الكلية قليلاً في عام 1988 ثم يرفعن المعدل بعد عدة سنوات عندما يبدأن في انجاب الاطفال بالفعل. وهكذا فالتغيرات من سنة إلى أخرى في معدل الخصوبة الكلية قد تعكس تغيرات في توقيتات المواليد وليس في متوسط عدد الاطفال الذين تنجبهم النساء. ومع ذلك فإن معدل الخصوبة الكلية من اهم مؤشرات الخصوبة إذ أنه يعطي أحسن تقدير ممكن عن عدد الأطفال الذين تنجبهم النساء حالياً.

ويوضح الشكل رقم (4) تطور معدلات الخصوبة الكلية في كل من مصر ولبنان واليمن.

شكل رقم (4): معدل الخصوبة الكلية في بعض الدول العربية



جدول رقم (2): حساب معدل الخصوبة الكلية في مصر لعام 2006

Calculating the Total Fertility Rate

عمر النساء	(1) عدد النساء	(2) المواليد لهذه الفئة من العمر	(3) المعدلات = (1) ÷ (2)
19-15	4160211	102422	0.025
24-20	3842830	569941	0.148
29-25	3235828	636264	0.197
34-30	2315135	330064	0.143
39-35	2345491	160154	0.068
44-40	2023008	45727	0.023
49-45	1796626	9174	0.005
الاجمالي =			0.609
المعدل = الاجمالي X 5			3.045

المعدلات في العمود (3) تبين احتمالات ان تنجب المرأة طفلا في كل عام من سنوات حياتها الانجابية. بمعنى ان هذه المعدلات تقارب "احتمال" انجاب طفل. وحصيله جمع هذه المعدلات يمثل عدد الاطفال الذين يمكن ان تتجهم ببلوغها سن 49. وهذا يعطينا معدل الخصوبة الكلية. لاحظ انه من الضروري ضرب المجموع في 5 حيث ان البيانات تمثل فئات من العمر تضم كل فئة منها خمس سنوات. وعليه فان كل امرأة تخضع للاحتمال السنوي للانجاب خمس مرات في كل فئة اي 0.025 عندما تكون في سن 19-15، 0.148 عندما تكون في (20-24)، وهكذا، وبالرغم من ان مفهوم معدل الخصوبة الكلية قد يبدو معقدا في البداية، فهو في حقيقة الامر على جانب كبير من البساطة.

"بلغ معدل الخصوبة الكلية في مصر عام 2006 حوالى 3.0 مولودا لكل امرأة (اي 3045 مولودا لكل 1000 من النساء) ومعنى هذا انه لو استمرت المعدلات الخاصة حسب العمر لعام 2006 بدون تغيير، فإن كل امرأة في مصر سوف تنجب 3 أطفال في المتوسط خلال سنوات قدرتها على الانجاب".

يزيد معدل الخصوبة على ستة أطفال لكل امرأة في كثير من الدول النامية بينما ينخفض في الدول المتقدمة إلى أقل من طفلين.

يشير معدل التكاثر (التوالد) الاجمالى الى متوسط عدد المواليد الاناث اللاتي يمكن ان تنجبن امرأة (مجموعة من النساء) اذا تعرضت لمعدلات الخصوبة العمرية السائدة فى سنة معينة طوال فترة حياتها الانجابية. ويلاحظ ان هذا المعدل لا يأخذ بعين الاعتبار الوفيات بين الاناث وهو بالتالى يشبه معدل الخصوبة الكلى الا أنه يحسب باستخدام المواليد الاناث فقط.

**معدل التكاثر
الاجمالى
Gross
Reproduction
Rate**

ويمكن حسابه من معدل الخصوبة الكلى بعد ضربه فى نسبة المواليد الاناث الى اجمالى المواليد. وباعتبار ان نسبة النوع عند الميلاد = 105 ذكر لكل 100 انثى فان هذه النسبة عند الميلاد $(205/100) = 0.488$ ، فعلى سبيل المثال: بلغ معدل الخصوبة الكلى فى اليمن خلال الفترة 1999-2003 حوالى 6.2 مولوداً لكل امرأة وبالتالي فان معدل التكاثر (التوالد) الاجمالى $0.488 \times 6.2 =$ أى حوالى 3 مواليد لكل امرأة.

معدل التكاثر (التوالد) الصافي: يساوى متوسط عدد المواليد الاناث الباقيين على قيد الحياه اللاتي يمكن ان تنجبن المرأة (أو مجموعة من النساء) اذا تعرضت لمعدلات الخصوبة العمرية ومعدلات البقاء على قيد الحياه فى سنة معينة. وهذا المعدل يشبه معدلى الخصوبة الكلى ومعدل التكاثر الاجمالى الا أنه يختلف عن المعدل الأول حيث أنه يتعلق بالمواليد الاناث الباقيين على قيد الحياه ويختلف عن المعدل الثانى فى أنه يأخذ بعين الاعتبار نسب البقاء على قيد الحياه، وبتطبيق ذلك على اليمن فان معدل التكاثر الصافى خلال الفترة المذكورة يبلغ حوالى 2.7 مولودة انثى لكل امرأة.

**معدل التكاثر
الصافي
Net
Reproduction
Rate**

جدول رقم (3): معدلات التكاثر الإجمالية والصافية في بعض الدول العربية

معدل التكاثر الصافي في الاعوام	معدل التكاثر الاجمالي في الاعوام	البلد
2003-1999	2003-1999	
2.69	3.02	اليمن
1.09	1.17	الجزائر
1.19	1.22	المغرب

من جدول رقم (3) يمكن القول بان معدل التكاثر (التوالد) الاجمالي بلغ في اليمن حوالي 3 مواليد اناث خلال الفترة 2003-1999 مقابل حوالي 2.7 مولودة انثى لمعدل التكاثر (التوالد) الصافي. وهذا يعني أنه اذا استمرت معدلات الخصوبة العمرية السائدة خلال الفترة المذكورة كما هي فان المرأة اليمنية سوف تنجب حوالي 3 بنات في المتوسط خلال حياتها الانجابية، واذا استمرت نسب البقاء على قيد الحياه السائدة في نفس الوقت على حالها فان 2.7 مولودة منهن سوف تبقى على قيد الحياه خلال حياة امها الانجابية، وهو ما يعبر عنه بمعدل التكاثر الصافي.

ويلاحظ انخفاض هذه المستويات في كل من الجزائر والمغرب بالمقارنة مع اليمن. ويرجع هذا التفاوت بين الدول في معدلات الإحلال الصافية إلى التفاوت في مستويات وفيات الاطفال والرضع.

هو مستوي الخصوبة الذي عنده ينجب فوج من النساء في المتوسط عدداً من البنات يكفي ليحل محلهن ويعبرمعدل التوالد الصافي الذي يساوي الواحد الصحيح عن مستوى الإحلال.

وعندما تصل الخصوبة لمستوي الإحلال يتوازن عدد المواليد تدريجيا مع عدد الوفيات، وفي حالة انعدام الهجرة من البلاد واليهاء، يتوقف نمو السكان في نهاية الأمر، ويصبح المجتمع مجتمعاً مستقراً.

ويلاحظ اليوم أن معظم الدول المتقدمة قد بلغت مستوى خصوبة الاحلال او اقل. حيث وصل معدل التوالد (التكاثر) الصافي في فنلندا 0.84 في عام 2000 أي ما يقل عن مستوى

خصوبة مستوى
الإحلال

Replacement
Level Fertility

الإحلال. ومع ذلك فلا يزال عدد سكان فنلندا مستمرا في النمو. كما يمكن أيضا استخدام معدل الخصوبة الكلية لبيان مستوى الإحلال للخصوبة وذلك ببيان متوسط عدد الاطفال الذي يكفي ليحل بالضبط محل الوالدين بين السكان. ويعتبر معدل الخصوبة الكلية في الدول المتقدمة 2.1 كافيا لتحقيق مستوى الإحلال. ويجب ان يزيد مستوى الإحلال لمعدل الخصوبة الكلية عن 2 (طفل واحد مقابل كل من الوالدين)؟ بسبب ان عدد المواليد الذكور يزيد قليلا عن عدد الاناث، وأن جميع البنات لا يبقين على قيد الحياة حتي نهاية حياتهن الانجابية. ولابد ان تزيد معدلات الخصوبة الكلية في الدول النامية عن 2.1 للوصول الى مستوى الإحلال نظراً لارتفاع معدلات الوفيات.

القوة الدافعة للسكان Population Momentum

وهي تشير إلى اتجاه السكان نحو الاستمرار في النمو حتى بعد وصول الخصوبة إلى مستوى الإحلال كما هو في فرنسا. فالمجتمع الذي يصل إلى مستوى الإحلال أو أقل بالنسبة للخصوبة، قد يستمر السكان في النمو لبضعة عقود من الزمن حيث أن الخصوبة المرتفعة في الماضي قد تكون سبباً في ارتفاع نسبة النساء في سن الإنجاب، ومن ثم تستمر زيادة اجمالي اعداد المواليد على اجمالي اعداد الوفيات وهكذا يمتد جيلان أو ثلاثة (من 50-70 سنة) قبل ان تتساوى اعداد المواليد واعداد الوفيات في المجتمع.

نسبة الأطفال للنساء Child-Woman Ratio

تشير الى عدد الاطفال الاقل من 5 سنوات لكل امرأة في سن الانجاب في سنة معينة. ويستخدم هذا المقياس كمؤشر تقريبي للخصوبة وعلي الاخص حينما لا تتوافر البيانات التفصيلية عن المواليد.

$$\text{عدد الاطفال اقل من 5 سنوات} \times \text{ك} = \frac{1000 \times 7718920}{19719129} = 391$$

عدد النساء اللاتي تتراوح اعمارهن بين 15-49

كان هناك 391 طفلا اقل من 5 سنوات لكل امرأة في سن الانجاب في مصر عام 2006.

بلغت نسبة الاطفال الى النساء 279 في عام 2007 في تونس، بينما كانت النسبة 355 في المغرب عام 2004.

5. العوامل المؤثرة على الخصوبة

Factors Affecting Fertility

تتأثر الخصوبة بعدة عوامل ثقافية وإجتماعية اقتصادية. ويتم هذا التأثير من خلال أربعة عوامل هي:

- نسبة النساء المتزوجات
- نسبة النساء اللاتي يستخدمن أى وسيلة لتنظيم الاسرة
- نسبة النساء فى حالة العقم المصاحب للإرضاع من الثدي
- مستويات الاجهاض المتعمد

وتساعد دراسة هذه العوامل الأربعة على فهم تغيرات مستويات الخصوبة فى الماضى وتوقعاتها فى المستقبل.

تتأثر نسبة النساء المتزوجات فى سن الانجاب بعدد من العوامل الديموجرافية مثل السن عند الزواج الأول واستمرار الزواج ومعدلات الطلاق والانفصال والترمى وإعادة الزواج. ويعبر عنها بنسبة النساء المتزوجات من اجمالى النساء فى سن الإنجاب.

نسبة النساء
المتزوجات

Percentage of
Married Women

عدد النساء المتزوجات فى الفئة العمرية 15-49 سنة x ك
اجمالى عدد النساء فى الفئة العمرية 15-49 سنة

$$54.6 = 100 \times \frac{10352}{18960} =$$

بلغت نسبة النساء المتزوجات فى سن الانجاب (15-49 سنة) حوالى 55 فى المائة من النساء فى نفس الفئة فى الاردن عام 2007. وبلغت هذه النسبة حوالى 65 فى المائة فى مصر عام 2008.

**نسبة النساء اللاتي
أرضعن من الثدي
Percentage of
Women
Breastfeeding**

تساعد معرفة نسبة النساء اللاتي يرضعن من الثدي في تحديد عدد النساء المعرضات للحمل حيث ان الرضاعة الخالصة تؤخر من عودة الدورة الشهرية بعد الولادة اي انها تزيد من فترة العقم المؤقت الناجم عن الارضاع من الثدي.

عدد النساء اللاتي لديهن رضع دون السنة ويرضعون x ك
عدد النساء اللاتي لديهن رضع دون السنة

$$71.8 = 100 \times \frac{1798}{2504} =$$

تبلغ نسبة النساء اللاتي يرضعن اطفالهن دون السنة 72 في المائة في الجماهيرية عام 2007 مقابل 91 في المائة في اليمن 2003.

**نسبة الاستخدام
الحالي لتنظيم الأسرة
Percentage of
Current
Contraceptive
Use**

تعرف نسبة الاستخدام الحالى لوسائل تنظيم الأسرة بعدد النساء المتزوجات في الفئة (15-49 سنة) ويستخدمن أي وسيلة لتنظيم الأسرة لكل 100 امرأة متزوجة في سن الإنجاب. وقد يعرف في بعض الأحيان بأنه معدل الاستخدام.

وقد يحسب لإجمالي النساء أو لأي مجموعة جزئية كما يمكن حسابها للوسائل الحديثة فقط.

عدد المتزوجات (15-49 سنة) وتستخدمن اي وسيلة تنظيم أسرة X ك
عدد النساء المتزوجات في فئة العمر (15-49 سنة)

$$57.1 = 100 \times \frac{5912}{10354} =$$

أى ان نسبة المتزوجات وتتراوح اعمارهن بين 15-49 سنة لاى وسيلة بلغت حوالى 57 في المائة في الاردن عام 2007 .

وقد حققت عدة دول عربية نسب مرتفعة مثل مصر وتونس والمغرب ومازالن هذه النسب متدنية في دول أخرى مثل جيبوتي وموريتانيا والسودان.

نسبة الاجهاض Abortion Ratio

نسبة الاجهاض هو الرقم التقديري لعدد حالات الاجهاض لكل 1000 من المواليد احياء في سنة معينة. ويجب عدم الخلط بين هذه النسبة ومعدل الاجهاض.

$$\text{عدد حالات الاجهاض} \times \text{ك} = \frac{10400}{177503} \times 1000 = 58.6$$

بلغ عدد حالات الاجهاض حوالي 59 لكل 1000 من المواليد احياء في تونس في عام 2007.

في عام 2006 كانت نسبة الاجهاض في اليابان 252.9 لكل 1000 من المواليد احياء.

معدل الإجهاض Abortion Rate

معدل الإجهاض هو الرقم التقديري لعدد حالات الإجهاض لكل 1000 امرأة تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة في سنة معينة. ويجب عدم الخلط بين هذا المعدل ونسبة الإجهاض.

$$\text{عدد حالات الاجهاض} \times \text{ك} = \frac{10400}{2952600} \times 1000 = 3.5$$

حدث نحو 4 حالات اجهاض في عام 2007 لكل 1000 امرأة تتراوح اعمارهن بين 15-49 سنة في تونس.

في عام 2006 بلغ معدل الإجهاض في المجر 5.8 حالة.

6. الوفيات Mortality

تعد حالات الوفيات في المجتمع عنصرا من عناصر التغير السكاني. وبالرغم من أن الوفاة مصير كل البشر، غير أن معدل حدوثها يتأثر بعدة عوامل كالعمر والنوع والمهنة والطبقة الاجتماعية، ويكشف هذا المعدل عن كثير مما يتعلق بمستوى معيشة السكان والرعاية الصحية المتوفرة لهم.

معدل الوفيات (وغالبا يطلق عليه معدل الوفيات الخام) هو عدد الوفيات لكل 1000 من السكان في سنة معينة.

$$\text{معدل الوفيات} \times \text{ك} = \frac{451863}{72212000} \times 1000 = 6.3$$

إجمالي السكان في منتصف السنة

معدل الوفيات
Death Rate

كان هناك 6.3 حالة وفاة لكل 1000 من السكان في جمهورية مصر العربية في عام 2006.

بلغ معدل الوفيات 3.1 لكل 1000 من السكان في سوريا عام 2004، بينما بلغ 1.9 لكل 1000 من السكان فقط في قطر في عام 2006.

وتتأثر معدلات الوفيات الخام مثلها مثل معدلات المواليد الخام بكثير من الخصائص السكانية المختلفة، وخاصة بالتركيب العمري، ولهذا فمن الحكمة عند مقارنة معدلات الوفاة بين الدول أن تعدل بما يتفق مع الفروق الناتجة عن التكوين العمري (انظر القسم الخاص بالمقارنة بين السكان صفحة رقم 12) قبل استخلاص أية نتائج عن الظروف الصحية والاقتصادية أو البيئية في أية دولة من الدول.

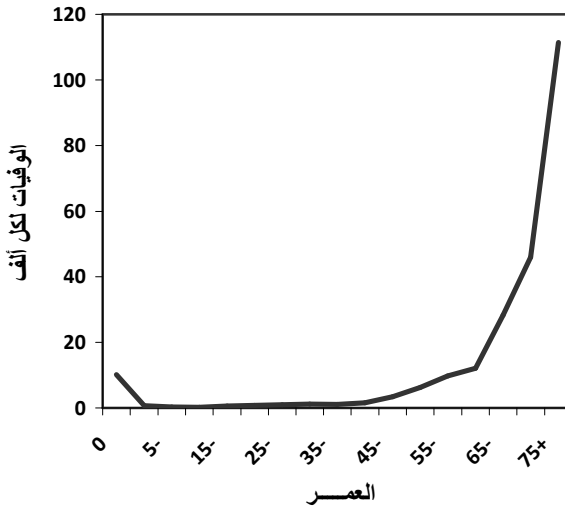
فعلى سبيل المثال، يزيد معدل الوفيات الخام في فرنسا عام 2005 عنه في البحرين، فيصل إلى 8.5 لكل ألف من السكان في فرنسا مقارنة 3.1 لكل ألف من السكان في البحرين عام 2006، على الرغم من الحقيقة التي مفادها أن توقع الحياة في فرنسا هو 80.3 عاما بالمقارنة بما لا يزيد عن 75.3 عاما في البحرين. ويرجع الاختلاف في معدل الوفيات الخام جزئيا إلى الاختلاف في التركيب العمري بين الدولتين. حيث أن 16.4 في المائة من سكان فرنسا "الدولة المسنة" في فئة العمر 65 سنة فأكثر حيث احتمال حدوث الوفاة أكبر، بينما يبلغ المسنون في البحرين "الدولة الفتية" 2.5 في المائة فقط من إجمالي سكانها.

وهكذا، فإن فرنسا تشهد من الوفيات بين إجمالي سكانها كل عام مايزيد على ما يحدث في البحرين، وذلك على الرغم من توفر ظروف صحية أفضل في فرنسا.

يمكن الحصول على معدلات وفيات خاصة بالعمر وذلك لمقارنة الوفيات في الأعمار المختلفة أو لمقارنة التغير في الوفيات بالنسبة لنفس فئة العمر عبر الزمن. كما يمكن أيضاً إجراء المقارنات المختلفة بين الدول والمناطق. وبما أن الوفيات تختلف بدرجة كبيرة بحسب النوع والعرق، فإن معدلات الوفيات العمرية غالباً مايمكن حسابها وعرضها حسب النوع ومحل الإقامة بين السكان.

معدلات الوفيات حسب العمر Age- Specific Death Rates

شكل رقم (5): معدل الوفيات حسب العمر لكل ألف من السكان
لمملكة البحرين عام 2006



$$3.1 = 1000 \times \frac{12701}{4058000} = \text{ك} \times \frac{\text{عدد الوفيات بين السكان في الفئة العمر 44-40 سنة}}{\text{إجمالي السكان في فئة العمر 44-40}}$$

بلغ معدل الوفيات في فئة العمر 44-40 في مصر 3.1 في الألف عام 2006 وعلى النقيض من ذلك كان معدل الوفيات فيها للأشخاص في الفئة 74-70 سنة 62.9 لكل 1000 من السكان.

لكل وفاة سبب. ويعبر في العادة عن معدل الوفيات حسب السبب على شكل عدد الوفيات لكل 100000 شخص لأن معدلات حدوث الوفاة بالنسبة لمعظم الأسباب منخفضة جداً.

معدلات الوفيات حسب السبب Cause - Specific Death Rate

$$\text{عدد الوفيات بسبب مرض السرطان} \times \frac{100000}{\text{اجمالي السكان}} = 35.5 = 100000 \times \frac{25662}{72212000}$$

توفي حوالي 36 فرداً من كل 100000 فرداً من السكان بسبب أمراض السرطان في مصر عام 2006.

يمكن التعبير عن الوفاة بسبب محدد في صورة نسبة مئوية من جميع الوفيات.

نسبة الوفيات بسبب معين (إلى اجمالي الوفيات) Proportion - Dying due to Specific Cause

$$\text{عدد الوفيات بسبب مرض السرطان} \times \frac{100}{\text{اجمالي الوفيات}} = 5.7 = 100 \times \frac{25662}{451863}$$

توفي حوالي 6 في المائة من اجمالي عدد الوفيات في مصر بسبب مرض السرطان عام 2006.

وتتفاوت اسباب الوفاة بدرجة كبيرة بين سكان دولة واخرى وبين فترة زمنية واخرى، وهي تخضع لعوامل مختلفة من بينها الظروف الصحية والبيئية. ففي الدول المتقدمة وايضاً نجد ان في بعض الدول النامية أصبحت أمراض القلب والدورة الدموية أهم أسباب الوفاة.

معدل وفيات الرضع Infant Mortality Rate

هو عدد الأطفال الذين توفوا قبل أن يتموا السنة الأولى من العمر في خلال سنة معينة منسوباً إلى إجمالي عدد المواليد أحياء خلال نفس السنة. ويندرج تحت هذا المؤشر مؤشرين آخرين هما معدل وفيات حديثي الولادة (وهم من توفوا وعمرهم أقل من 28 يوم) ومعدل وفيات مابعد حديثي الولادة (وهم من توفوا وعمرهم يتراوح بين 28 يوم وحتى أقل من 12 شهر من العمر).

وتعتبر هذه المعدلات من الناحية العلمية احتمالات وليست معدلات ولكن جرت العادة على تسميتها معدلات.

$$\text{معدل وفيات الرضع} = \frac{\text{عدد الوفيات بين الرضع أقل من سنة واحدة في سنة معينة}}{\text{إجمالي عدد المواليد أحياء خلال نفس السنة}} \times 1000$$

$$\text{معدل وفيات حديثي الولادة} = \frac{\text{عدد الوفيات بين الرضع الأقل من 28 يوم في سنة معينة}}{\text{إجمالي عدد المواليد أحياء خلال نفس السنة}} \times 1000$$

$$\text{معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة} = \frac{\text{عدد الوفيات بين الرضع في السن (بين 28 يوم وأقل من سنة) في سنة معينة}}{\text{إجمالي عدد المواليد أحياء خلال نفس السنة}} \times 1000$$

يمكن حساب هذه المعدلات حسب النوع (ذكور/ إناث) وحسب عدة متغيرات أخرى مثل محل الإقامة أو تعليم الأم.

$$\text{عدد الوفيات بين الرضع أقل من سنة واحدة} \times \text{ك} = \frac{19.8}{111053} \times 1000 = 2194$$

يقدر عدد وفيات الرضع الأقل من سنة واحدة من العمر في ليبيا بنحو 20 حالة وفاة من كل 1000 من المواليد أحياء في عام 2002.

ويعتبر هذا المعدل مؤشرا جيدا على الوضع الصحي لأي دولة، وفي معظم الدول الأقل نموا تسود معدلات مرتفعة من وفيات الرضع بصورة متزامنة مع معدلات مرتفعة من الخصوبة، لأن الوالدين يعتبران أن إنجاب عدد كبير من الاطفال هو ضمان لهما في مرحلة الشيخوخة.

هو عدد وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات خلال سنة ميلادية معينة لكل 1000 من إجمالي المواليد خلال نفس السنة.

**معدل وفيات الاطفال
دون الخامسة**

**Under 5
Mortality
Rate**

$$\text{عدد الوفيات بين الأطفال دون الخامسة في سنة معينة} \times \text{ك} = \frac{18.1}{2492} \times 1000 = 45$$

بلغ معدل وفيات الأطفال الليبيين دون الخامسة 18.1 عام 2007، وقد ارتفع قليلاً إلى 21 في الأردن لنفس العام مقابل 28.3 في مصر عام 2008 .

يمكن حساب هذا المؤشر لإجمالي الأطفال دون سن الخامسة كما يمكن حسابه لكل من الذكور والإناث على حدة.

تشير نسبة وفيات الأمهات الى عدد النساء اللاتي يتوفين نتيجة لمضاعفات مخاطر الحمل والولادة والنفاس في سنة معينة لكل 100000 ولادة حية في تلك السنة.

نسبة وفيات الأمهات Maternal Mortality Ratio

$$\text{عدد الوفيات بسبب الحمل أو الولادة أو النفاس} \times \text{ك} = \frac{100000 \times 64}{157832} = 40.5$$

العدد الكلي للمواليد أحياء

حدثت حوالي 41 حالة وفاة بسبب الحمل أو الولادة أو النفاس في المؤسسات العمومية لكل 100000 ولادة حية في تونس عام 2007، وتشير البيانات الحكومية بجمهورية مصر العربية أن هذه النسبة بلغت 65 حالة لكل 100000 ولادة حية عام 2006.

وفي بعض الأحيان يطلق على المؤشر معدل وفيات الأمهات بدلا من من نسبة حيث أن:

معدل وفيات الأمهات Maternal Mortality Rate

معدل وفيات الأمهات يساوي عدد وفيات الأمهات بسبب الحمل أو الولادة أو النفاس مقسوما على عدد النساء في سن الحمل أي النساء في سن الإنجاب أي في الفئة العمرية 15-49 سنة ويعبر عن وفيات الأمهات خلال سنة معينة لكل مئة ألف سيدة في سن الإنجاب. ويعكس معدل وفيات الأمهات نسبة وفيات الأمهات ومعدلات الخصوبة السائدة ويتأثر باحتمالات الحمل ومخاطر الولادة.

ومن الناحية العلمية تعرف وفاة الأمهات بأنها الوفيات التي تحدث أثناء الحمل أو عند الولادة أو خلال فترة النفاس (42 يوما التالية للولادة أو لانتهاؤ الحمل) لأي سبب له علاقة أو مرتبط بالحمل والولادة وليس لأي سبب أو حادث خلاف ذلك.

توقع الحياه عند الميلاد Life Expectancy at Birth

توقع الحياة أو العمر المتوقع هو المتوسط التقديري لعدد السنوات التي يتوقع ان يعيشها المرء، وذلك بناء على معدلات الوفاة الخاصة بالعمر في سنة معينة، وحيث أن هذا المقياس يختلف بدرجة كبيرة حسب النوع والعمر الحالي، فإن هذه الفئات تقدم عادة بصورة منفصلة. وعلى أية حال، فإن العمر المتوقع عند الميلاد هو أكثر المقاييس شيوعاً لتوقع الحياة.

ويعتبر العمر المتوقع عند الميلاد مؤشراً جيداً للظروف الصحية السارية. وهو مقياس إفتراضي يعتمد على المعدلات الحالية للوفيات وتغير المعدلات الفعلية عبر حياة الشخص حيث يتغير توقع الحياة للشخص مع تقدم عمره بسبب تغير اتجاهات الوفيات.

إذا لم تتغير معدلات الوفيات الخاصة بالعمر في اوائل القرن الحادى والعشرين، فانه يمكن التوقع بان يبقي الذكور الاردنيين من الذين ولدوا في عام 2005 على قيد الحياة لمدة 70.6 عاما في المتوسط. وبالمثل فان الاردنيات يتوقعن اجلاً يصل إلى 72.4 سنة.

وتتفاوت توقعات الحياة بدرجة كبيرة بين الدول. ففي اليمن بلغ العمر المتوقع نحو 60.2 سنة للذكور، 62.0 للاناث في عام 2004، بينما وصل في اليابان 79.0 سنة للذكور مقابل 85.8 سنة للاناث عام 2006.

ونظراً لاختلاف توقع البقاء على قيد الحياة حسب النوع والعمر فانه يحسب لكل مجموعة على حده. وتختلف مستويات توقع البقاء بين الدول اختلافاً جوهرياً. وقد تلاحظ ان المرأة اليابانية تحظى بأعلى مستوى للبقاء على قيد الحياة فى العالم حيث بلغ 85.8 سنة عام 2006. ويلاحظ أن توقع البقاء عند الميلاد يتأثر كثيراً بمعدلات وفيات الرضع حيث نجد ان الطفل الأردني يتوقع ان يعيش حوالى 69 سنة عام 2006 بينما يتوقع أن يعيش حوالى 70 سنة اذا أكمل عامه الأول من العمر.

يعد جدول الحياة من أكثر الادوات فاعلية التى يستخدمها الديموجرافيون، وهو يستعمل لمحاكاة تجربة الوفيات في مجتمع ما. ويكون ذلك بتطبيق معدلات الوفاة الخاصة بالعمر لسكان هذا المجتمع على سكان افتراضيين يبلغ مجموعهم 100000 نسمة، ولدوا جميعاً في نفس الوقت، وفي جدول الحياة يتناقص عدد هؤلاء السكان الافتراضيين بسبب الوفاة إلى أن يتوفى جميع الباقيين على قيد الحياة.

ويحتوي الجدول رقم (4) على أجزاء مختارة من جدول الحياة لكل من الذكور والاناث الأردنيين عام 2006 اعتماداً على معدلات الوفيات العمرية حسب فئات السن الخمسية.

فالعمود رقم (1) يحتوى على معدلات الوفيات التفصيلية حسب العمر بينما يحتوى العمود رقم (2) على احتمالات الوفاة بين العمر (س) والعمر س+ن حيث ن هى طول الفئة العمرية.

جدول الحياة The Life Table

والعمود رقم (3) يبين الأفراد الأحياء فى بداية كل فئة عمرية والذين يفترض أن يبلغ عددهم 100000 نسمة عند الفئة الأولى (أى عند الميلاد). ويظهر فى الفئة الثانية عدد الأفراد الباقين على قيد الحياة من المجموعة الافتراضية السابقة.

ويحتوى العمود (4) على عدد الأفراد الذين توفوا بين العمر (س) والعمر س+ن، أما العمود رقم (5) يمثل عدد السنوات التى يعيشها الأفراد فى الفئة العمرية. والعمود رقم (6) يحتوى على مجموع عدد السنوات التى يعيشها الفوج فى الفئة العمرية والفئات التى تليها، ويبين العمود رقم (7) متوسط عدد السنوات التى يتوقع أن يعيشها الفرد حتى الوفاة.

ويلاحظ أن الرقم الوارد فى العمود رقم (4) يساوى حاصل ضرب الرقم الوارد فى العمود رقم (2) مضروب فى الرقم المناظر فى العمود رقم (3). الرقم الوارد فى العمود رقم (7) يساوى خارج قسمة الرقم الوارد فى العمود رقم (6) على الرقم المناظر فى العمود رقم (3) لكل فئة عمرية.

مثال: بالنسبة للذكور الأردنيين فى الفئة العمرية 15-19 سنة عام 2006 يتوقع أن يعيش الفرد منهم 56.3 سنة. وتم الحصول على هذه النتيجة من خارج قسمة الرقم الوارد بالعمود (6) وهو 5451697 على الرقم المناظر له فى العمود العمود (3) وهو 96883. ويلاحظ أن توقع الحياة يرتفع كلما تقدم العمر حيث نجد أن الرجال الأردنيين الذين بقوا على قيد الحياة إلى الفئة العمرية 70-74 سنة يتوقع أن يعيشوا 10.5 سنوات وبالتالى يصبح توقع حياتهم 10.5+69.1 أى 79.6 سنة وهو ما يزيد عن توقع الحياة للذكور الذين يولدون الآن.

جدول رقم (4): جدول حياة مختصر للأردن عام 2006 حسب النوع

Table (4): Short Life Tables for Jordan 2006 by sex

متوسط عدد السنوات الباقية من العمر	مجموع السنوات التي يعيشها الفوج	عدد السنوات التي يعيشها الفوج بين الفئتين	عدد الوفيات خلال الفترة العمرية	عدد الأشخاص الباقين على قيد الحياة في بداية الفئة العمرية	احتمالات الوفاء	معدلات الوفيات	العمر
= (7) (3)/(6)	(6)	(5)	= (4) (3)x(2)	(3)	(2)	(1)	
الذكور الأردنيون عام 2006							
69.1	6911098	98003	2219	100000	0.02219	0.02264	أقل من سنة
69.7	6813096	390153	404	97781	0.00414	0.00104	4-1
66.0	6422943	486239	257	97376	0.00264	0.00053	9-5
61.1	5936704	485006	236	97119	0.00243	0.00049	14-10
							*
							*
4.3	63247	48526	9944	14677	0.67751	0.20492	89-85
3.1	14721	12455	3737	4733	0.78956	0.30006	94-90
2.3	2266	2009	849	996	0.85229	0.42255	99-95
1.7	257	257	147	147	1	0.57215	+100
النساء الأردنيات عام 2006							
73.7	7365656	98153	2053	100000	0.02053	0.02091	أقل من سنة
74.2	7267503	390935	356	97947	0.00364	0.00091	4-1
70.5	6876567	487416	216	97591	0.00222	0.00044	9-5
65.6	6389152	486426	180	97375	0.00184	0.00037	14-10
							*
							*
4.7	117223	85574	15242	24736	0.6162	0.17812	89-85
3.3	31649	26042	7142	9494	0.7523	0.27425	94-90
2.4	5607	4898	1960	2352	0.83341	0.40009	99-95
1.8	709	709	392	392	1	0.55291	+100

7. الحالة المرضية أو المراضة

Morbidity

تشير المراضة/ الحالة المرضية إلى مدى انتشار الأمراض والجراحات والاعاقات بين السكان. وقد تساعد البيانات المتعلقة بمدى تكرار وتوزيع المرض على مكافحته والحد من انتشاره وفي بعض الحالات يمكن أن تؤدي إلى التعرف على أسبابه.

يعبر معدل الإصابة عن عدد الأشخاص الذين يصابون بمرض ما خلال فترة زمنية محددة بالنسبة إلى 1000 أو 100000 من السكان المعرضين للإصابة بهذا المرض.

معدل الإصابة

Incidence

Rate

$$\text{معدل الإصابة} = \frac{\text{عدد الأشخاص الذين يصابون بمرض خلال فترة زمنية معينة} \times 1000}{\text{إجمالي السكان المعرضين للمرض خلال نفس الفترة}}$$
$$22.5 = \frac{4309 \times 100000}{19172000}$$

بلغ عدد حالات الإصابة الجديدة بمرض الدرن في سوريا حوالي 23 حالة لكل 100000 من السكان في عام 2007.

ويتفاوت معدل وقوع المرض وغيره من معدلات الإصابة بدرجة كبيرة بحيث يمكن استخدام أي مقدار ثابت للتعبير عن المعدل بطريقة واضحة (أحياناً "لكل 100" وأحياناً لكل ألف أو "لكل 100000").

معدل الانتشار هو عدد الأشخاص الذين يصابون بمرض معين في زمن معين لكل 1000 من السكان المعرضين للإصابة بالمرض. ويتضمن حساب هذا المعدل كل الحالات القائمة من قبل بالإضافة إلى الحالات الجديدة التي تظهر خلال الفترة المحددة. ومعدل الانتشار هو "لقطة سريعة" لوضع صحي قائم، حيث يصف الحالة الصحية للسكان في نقطة زمنية.

معدل الانتشار

Prevalence

Rate

$$18.9 = 1000 \times \frac{16000}{848000} \times \text{ك} = \frac{\text{عدد الأشخاص الذين يعانون من مرض معين}}{\text{إجمالي السكان المعرضين للمرض}}$$

كان معدل انتشار مرض الإيدز في عام 2007 في جيبوتي 18.9 لكل 1000 من السكان.

معدل تسجيل الحالات المرضية Case Rate

معدل التبليغ/ التسجيل هو عدد حالات الإصابة بمرض أو علة معينة تم تسجيلها لكل 100000 من السكان خلال سنة معينة. ومعدل التسجيل هو مقياس خاص لمعدل الإصابة، ولكنه يختلف عنه من حيث أنه يعتمد على أساس عدد الحالات التي يتم تسجيلها وهو ليس بالضرورة عدد الأشخاص الذين يصابون بالمرض (أي أن بعض الأشخاص قد يصابون بالمرض أكثر من مرة خلال الفترة المذكورة).

$$26.5 = 100000 \times \frac{5091}{19172000} \times \text{ك} = \frac{\text{عدد حالات الإصابة بمرض معين خلال سنة معينة}}{\text{إجمالي السكان في نفس السنة}}$$

سجلت 26.5 حالة إصابة بالدرن لكل 100000 من السكان في سوريا في عام 2007.

معدل الإماتة Case Fatality Rate

معدل الإماتة هو نسبة الأشخاص الذين يموتون بسبب مرض معين إلى الأشخاص المصابين بهذا المرض.

$$23.6 = 100 \times \frac{118}{500} \times \text{ك} = \frac{\text{عدد المرضى الذين يموتون بسبب المرض}}{\text{عدد الأشخاص الذين يصابون بالمرض}}$$

بلغ معدل الإماتة أي الوفاة بين المصابين بمرض الإيدز حوالي 24 في المائة من حالات الإصابة التي تم تسجيلها في سوريا خلال الفترة بين عام 1987 وعام 2007.

8. الزواجية

Nuptiality

تشير الزواجية إلى الزواج كظاهرة سكانية تشمل المعدل الذي تحدث به هذه الظاهرة وخصائص الذين يرتبطون برباط الزواج، وتشير كذلك إلى زوال تلك العلاقة عن طريق الطلاق أو الانفصال أو الترمل أو بطلان الزواج.

معدل الزواج

Marriage Rate

يعرف معدل الزواج (الإسم العلمي هو معدل الزواج الخام) بأنه عدد الزيجات لكل 1000 من إجمالي السكان في سنة معينة وهذا المعدل مبني على عدد الزيجات وليس على عدد الأشخاص الذين يتزوجون، أي يشمل الزيجات الأولى والتالية.

$$\text{عدد الزيجات} \times \text{ك} = \frac{522887}{72798031} \times 1000 = 7.2$$

بلغ معدل الزواج الخام عام 2006 في مصر 7.2 زيجة لكل ألف من السكان.

العمر الوسيط عند

الزواج الأول

Median Age at

First Marriage

يتزوج نصف الذين يتزوجون لأول مرة في سنة معينة قبل العمر الوسيط ونصفهم يتزوج بعد هذا العمر. ويحتسب العمر الوسيط عند الزواج لأول مرة عادة بصورة مستقلة بالنسبة لكل من الذكور والإناث، حيث أن الإناث يتزوجن عادة في أعمار أصغر. وللعمر الوسيط عند الزواج لأول مرة تأثير واضح على الخصوبة باعتباره من أهم محددات طول الفترة الإنجابية للمرأة العربية.

بلغ العمر الوسيط في لبنان للزيجات الأولى 32.8 سنة للذكور و28.8 للإناث في عام 2004 وفقاً لبيانات المسح اللبناني لصحة الأسرة.

ويتفاوت العمر الوسيط للزيجات الأولى بدرجة كبيرة حيث بلغ في مصر (20.6) سنة للإناث في عام 2008. بينما بلغ في الأردن بلغ 22.2 سنة في عام 2007.

معدل الطلاق

الخام

Divorce Rate

يشير إلى عدد حالات الطلاق في سنة معينة لكل 1000 من السكان خلال هذه السنة، ويحسب هذا المعدل باستخدام عدد حالات الطلاق وليس عدد الأشخاص الذين طلقوا.

$$\frac{\text{عدد حالات الطلاق خلال سنة معينة} \times \text{ك}}{\text{عدد السكان في نفس العينة}}$$

$$1.6 = 1000 \times \frac{715}{460194} =$$

أي أن معدل الطلاق الخام بلغ حوالي 1.6 حالة طلاق لكل ألف من السكان بين اللاجئين الفلسطينيين في سوريا عام 2007. وقد بلغ حوالي طلاق واحد لكل بلغ معدل الزواج الخام عام 2006 في مصر 7.2 زيجة لكل ألف من السكان.

9. الهجرة Migration

الهجرة هي حركة السكان، وبصورة أدق هي الحركة عبر حدود معينة لغرض الإقامة. وتعتبر الهجرة إلى جانب الخصوبة وظاهرة الوفاة عنصراً من عناصر تغير السكان. ويستخدم اصطلاحاً (الهجرة الوافدة) و(الهجرة الخارجة) للإشارة إلى الحركة بين الدول أى الهجرة الدولية. ويستخدم التعبيران الموازيان لهما وهما الهجرة الداخلية إلى والهجرة الداخلية من للتعبير عن الحركة الداخلية بين مناطق مختلفة داخل الدولة الواحدة أى الهجرة الداخلية.

معدل الهجرة الوافدة يمثل عدد المهاجرين الذين يصلون إلى مكان ما لكل 1000 من السكان في هذا المكان في سنة معينة.

معدل الهجرة
الوافدة

Immigration
Rate

$$22.4 = 1000 \times \frac{440980}{19685161} = \text{ك} \times \frac{\text{عدد المهاجرين الوافدين}}{\text{إجمالي السكان في المكان}}$$

بلغ معدل الهجرة الوافدة إلى اليمن حوالى 22 مهاجراً لكل 1000 من السكان المقيمين في عام 2004.

تلعب الهجرة الوافدة دوراً مهماً في نمو السكان في بعض الدول، ففي الكويت تمثل الهجرة الوافدة 64 فى المائة من اجمالي السكان عام 2000.

معدل الهجرة الخارجة هو عدد المهاجرين الذين يغادرون موطنهم الأصلي لكل 1000 من سكان هذا الموطن في نفس السنة.

معدل الهجرة
الخارجة

Emigration
Rate

$$25.3 = 1000 \times \frac{498337}{19685161} = \text{ك} \times \frac{\text{عدد المهاجرين إلى الخارج}}{\text{إجمالي السكان في الأصليين}}$$

قدر معدل الهجرة الخارجة من اليمن بما يعادل 25 لكل 1000 من اليمنيين في عام 2004 .

وفي السنوات الأخيرة حدثت طفرة كبيرة في الهجرة الخارجة من كل من الجزائر والمغرب وتونس حيث هاجر أكثر من أربعة ملايين شخصاً إلى أوروبا.

الهجرة الصافية Net Migration

يمكن التعبير عن تأثير محصلة عمليتي الهجرة الخارجة والهجرة الوافدة بالنسبة لسكان منطقة ما (بالزيادة أو النقصان) كهجرة صافية.

معدل صافي الهجرة Net Migration Rate

يبين معدل صافي الهجرة التأثير النهائي لمحصلة عمليتي الهجرة الداخلة والخارجة لسكان دولة ما، ويعبر عنه بالزيادة أو النقصان لكل 1000 من سكان الدولة في سنة معينة.

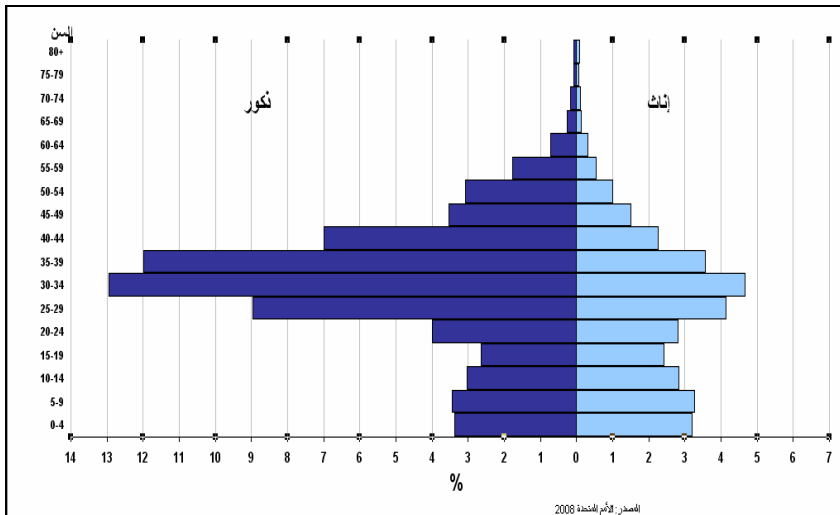
$$\text{عدد المهاجرين الوافدين} - \text{عدد المهاجرين المغادرين} \times \text{ك} = \frac{440980 - 498337}{19689161} \times 1000 = -2.9$$

شهدت اليمن نقصاً يبلغ حوالي 3 أشخاص لكل 1000 من السكان بسبب الهجرة للخارج في عام 2004.

وقد شهدت تونس معدلاً صافياً للهجرة مقداره (-4.7) لكل 1000 من السكان (أي مغادرة صافية سالبة قدرها حوالي 5 أشخاص لكل 1000 من السكان).

ويوضح الشكل رقم 6 أثر الهجرة على التركيب العمري والنوعي للسكان في الإمارات.

شكل رقم (6): الهرم السكاني للإمارات العربية المتحدة 2010



10. الأسر المعيشية والزواجية

Households and Families

الأسر المعيشية والأسر الزواجية هي الوحدات الأساسية التي تتكون منها المجتمعات البشرية. والاتجاهات في عدد الأسر المعيشية، وأنواعها وتركيباتها لها أهمية خاصة لعلماء الاجتماع وواضعي السياسات والعاملين في مجال التخطيط. وتقدم الخدمات الأساسية للأسر وليس للأفراد بعكس الخدمات الأخرى التي تقدم من خلال المساكن والمنشآت العامة مثل المستشفيات والسكنات العسكرية والسجون وغيرها.

تعرف الأسر المعيشية عادة بأنها شخص أو أكثر يعيشون في وحدة سكنية منفردة. وقد تضم الأسرة المعيشية أشخاصاً لا قرابة بينهم، أو أقرباء بالمولد أو الزواج أو التبني.

الأسرة المعيشية Household

وبالتعرف على عدد الأفراد الذين يمثلون الأسرة المعيشية (ولا ينطبق ذلك على البيوت الجامعية أو منشآت كالسجون)، يمكن أن نحسب متوسط حجم الأسرة.

$$4.2 = \frac{72349119}{17289299} = \frac{\text{عدد الأفراد بالأسر}}{\text{عدد الأسر}} = \text{متوسط حجم الأسرة}$$

بلغ متوسط حجم الأسرة في جمهورية مصر العربية 4.2 شخصاً في عام 2006. بلغ متوسط حجم الأسرة 5.5 شخصاً في سوريا عام 2004، ويتباين متوسط حجم الأسرة المعيشية من 2.3 شخصاً في السويد في التسعينيات إلى 7 أشخاص في اليمن عام 2003.

الأسرة الزوجية

Family

يتفاوت تعريف الأسرة من بلد إلى آخر، ففي النرويج يعتبر الشخص أسرة حيث يتكون نصف الأسر من فرد واحد وذلك عام 1997 . ومن الضروري أن يكون الشخص على علم باختلافات التعريفات عند المقارنات الدولية، وعادة ما تعرف الأسرة بأنها مجموعة أو أكثر يعيشون معاً ويرتبطون فيما بينهم بال ميلاد أو الزواج أو التبني، وقد تحتوى الأسرة على أشخاص لا تربطهم صلة قرابة.

$$\text{عدد الأسر الزوجية} \times \text{ك} = \frac{7849}{9085} \times 100 = 86.4$$

إجمالي الأسر

وفي عام 2006، بلغت نسبة الأسر الزوجية في تونس 86.4 في المائة.

وفي عام 1994 كانت نسبة الأسر الزوجية المكونة من زوجين 87.5 في المائة. كما بلغت نسبة الأسر الزوجية التي ترأسها امرأة 6 في المائة في نفس العام.

أسر أحادية الوالد

Single-Parent

Family

إن الأسر أحادية الأب أو الأم هي أسر تضم أطفالاً يعولها أب أو أم كنتيجة الطلاق، أو الانفصال، أو وفاة أحد الوالدين.

$$\text{أسر أحادية الأب أو الأم} \times \text{ك} = \frac{721}{9085} \times 100 = 7.9$$

إجمالي الأسر

إن ما يقرب من 7.9 في المائة من العائلات كان يعولها أب فقط أو أم فقط في عام 2006 في تونس.

وهذه النسبة أعلى مما كانت عليه عام 1994 إذ كانت 6.6% فقط.

11. التحضر وتوزيع السكان

Urbanization and Population Distribution

التحضر هو زيادة نسبة السكان الذين يقيمون في منطقة حضرية، وتشمل عملية انتقال السكان الى المدن أو الى أى مناطق كثيفة الاستيطان. وتوزيع السكان يشير الى انماط الاستيطان ومدى توزيع السكان داخل دولة أو منطقة أخرى.

الحضر Urban

يختلف بدرجة كبيرة تعريف البلدان لكلمة "الحضر" غير ان المصطلح يشير بصفة اساسية الى المدن التى يسكنها 2000 أو أكثر من السكان الذين يعملون بصفة اساسية فى نشاطات غير زراعية. وفى اليابان التى تزدهم بالسكان، تشير كلمة "الحضر" إلى السكان الذين يعيشون فى مدن تتألف من 50000 من السكان أو أكثر. وفى الولايات المتحدة تعد المناطق التى يعيش فيها 2500 من السكان أو أكثر مناطق حضرية.

وهناك تعريف إداري للحضر يعتمد على قرار السلطة المختصة باعتبار المنطقة حضرية.

نسبة الحضرين Percent Urban

يمكن التعبير عن السكان الذين يعيشون فى مناطق حضرية كنسبة مئوية من اجمالى السكان. وعادة ما يشكل السكان الباقون الذين لا يعيشون فى تلك المناطق سكان اهل الريف، وعلى الرغم من ان بعض البلاد تستخدم ايضا تعبيراً عن فئة وسيطة بين الريف والحضر تسمى " شبه الحضر".

$$\text{عدد الذين يعيشون فى المناطق الحضرية} = \frac{43.1}{100} \times 72798031 = 31370925$$

بلغت نسبة الحضرين من سكان مصر حوالى 43 فى المائة فى عام 2006.

فى عمان بلغت نسبة الحضرين 71.5% فى عام 2006، كما بلغت نسبة سكان المناطق الحضرية فى الجزائر 70 فى المائة عام 2008 وتعتبر ولايتى الجزائر ووهران أكثر المناطق تحضرًا.

نطاق المدينة الكبرى Metropolitan Area

تعرف نطاق المدينة الكبرى عادة بأنه تجمع سكاني كبير في منطقة تشتمل على مدينة رئيسية في مركزها تحيط بها ضواحي مرتبطة بها اجتماعيا واقتصادياً.

وقد بلغ عدد سكان منطقة الجزائر الكبرى 2947446 نسمة عام 2008، منهم 2669314 في مدينة الجزائر نفسها و278132 في الضواحي المجاورة والملاصقة.

كثافة السكان Population Density

يعبر عن كثافة السكان عادة بعدد السكان لكل وحدة من مساحة الارض. وغالبا ما تكون لأرقام كثافة السكان فائدة اكبر اذا قدمت كعدد السكان بالنسبة لكل وحدة من الارض الصالحة للزراعة أو التي يمكن سكتها.

وعلى سبيل المثال تم تقدير عدد السكان لكل كيلو متر مربع من اجمالي مساحة الارض في سوريا بحوالي 98.4 شخصا في عام 2005، غير ان نسبة الكثافة بلغت حوالي 328 شخصا لكل كيلو متر مربع من مساحة الارض التي يمكن زراعتها في عام 2005. وتشمل مقاييس الكثافة المفيدة الاخرى حساب متوسط عدد الاشخاص في كل بيت أو حجرة. وتستخدم هذه المقاييس احيانا لابرار الازدحام.

$$98.4 = \frac{18221000}{185180} = \frac{\text{اجمالي السكان}}{\text{اجمالي مساحة الارض (بالكيلو متر المربع)}}$$

بلغت كثافة السكان في سوريا حوالي 98 شخصا للكيلو متر المربع في عام 2005.

وعلى النقيض من ذلك، فقد قدرت كثافة السكان في الجزائر بحوالي 14 شخصا لكل كيلو متر مربع عام 2006. بينما بلغت 72 شخصا في مصر عام 2006.

12. التغير السكاني

Population Change

يتغير حجم السكان بتأثير ثلاثة عناصر هي المواليد، والوفيات، والهجرة. ومع توالي حالات الميلاد والوفاة والتنقل فإن العدد الاجمالي للسكان في منطقة ما يتغير. وخلال معظم مراحل التاريخ زاد تعداد سكان العالم ببطء شديد ولكن النمو السكاني تطور بسرعة خلال القرن العشرين.

معادله التوازن

The Balancing Equation

تعتبر معادلة التوازن من الطرق الاساسية لقياس التغير السكاني عبر الزمن. كما يمكن استخدامها لتقدير حجم السكان في سنة معينة بمعلومية عدد السكان في سنة سابقة وأعداد المواليد والوفيات وصافي الهجرة بين السنتين وذلك على النحو التالي:

$$س_2 = س_1 + (م - و) + (هـ - خ)$$

حيث ترمز (س₂) إلى عدد السكان في السنة المراد تقدير السكان فيها، وترمز (س₁) إلى عدد السكان في السنة السابقة، وترمز (م، و) إلى عدد المواليد والوفيات التي حدثت بين التاريخين، وترمز (هـ، و) إلى أعداد المهاجرين للخارج وأعداد المهاجرين الوافدين إلى الدولة من الخارج خلال الفترة بين التاريخين ويكون الفرق بينهما وهو ما يطلق عليه صافي الهجرة موجباً اذا كانت الدولة طاردة للسكان أو سالباً اذا كانت الدولة مستقبلة للسكان مثل دول الخليج العربية. وغالباً ماتوجد صعوبة في تقدير صافي الهجرة لعدم توفر بيانات دقيقة لحسابه. لذا يتم إهماله أى اعتبار قيمته صفر في معظم الحالات أو الدول.

$$20236925 = 19685161 + (782091 - 176970) + (440980 - 498337)$$

عدد سكان اليمن = عدد سكان اليمن + (عدد المواليد - عدد الوفيات) + (الهجرة إلى اليمن - الهجرة من اليمن)
في عام 2005 في عام 2004 في عام 2004 في عام 2004 في عام 2004

$$= 547764 \text{ فردا}$$

أي أن عدد سكان اليمن زاد بمقدار 547764 نسمة في عام 2005 عن سكان عام 2004

الزيادة الطبيعية هي الفائض (أو العجز) في عدد المواليد بالنسبة للوفيات بين السكان خلال فترة زمنية معينة.

الزيادة
الطبيعية

Natural
Increase

$$زط = م - و$$

حيث يرمز (زط) إلى الزيادة الطبيعية خلال فترة زمنية، وترمز (م) إلى عدد المواليد، وترمز (و) إلى عدد الوفيات خلال تلك الفترة.

معدل الزيادة الطبيعية هو المعدل الذي يزيد به السكان (أو ينقص) خلال سنة معينة بسبب فائض في المواليد (أو عجز) بالنسبة للوفيات، ويعبر عنه كنسبة إلى العدد الأساسي للسكان. ولا يشمل هذا المعدل النتائج المترتبة على الهجرة إلى البلاد أو منها.

معدل الزيادة
الطبيعية

Rate of Natural
Increase

$$\text{عدد المواليد عام 2006 - عدد الوفيات عام 2006} \times ك =$$

اجمالي السكان في منتصف عام 2006

$$19.4 = 1000 \times \frac{451863 - 1853746}{72212000}$$

بلغ معدل الزيادة الطبيعية 19.4 فردا لكل ألف نسمة في مصر عام 2006.

ويمكن أيضا حساب معدل الزيادة الطبيعية من باقى طرح معدل الوفيات من معدل المواليد.

$$\text{أى أن معدل المواليد - معدل الوفيات} = 25.7 - 6.3 = 19.4$$

وهي نفس النتيجة التي حصلنا عليها سابقا.

معدل النمو السكاني Population Growth Rate

معدل النمو هو المعدل الذي يزيد به السكان (أو ينقص) في سنة معينة بسبب الزيادة الطبيعية وصافي الهجرة، ويعبر عنه كنسبة مئوية من العدد الاساسي للسكان. ويدخل في حساب معدل النمو جميع عناصر نمو السكان، المواليد والوفيات، والهجرة. ويجب عدم الخلط بين هذا المعدل (معدل النمو) ومعدل المواليد المذكور في القسم الرابع.

$$\frac{\text{مواليد 2004} - \text{وفيات 2004} + \text{صافي الهجرة 2004}}{\text{إجمالي السكان في منتصف 2004}} \times 100 = \text{ك}$$

$$100 \times \frac{57357 - 176970 - 782091}{19685161} = 2.8\%$$

بلغ معدل النمو السكاني في اليمن حوالي 2.8 في المائة عام 2004.

ويمكن حساب معدل النمو باستخدام معدل الزيادة الطبيعية ومعدل صافي الهجرة على النحو التالي:-

$$\text{معدل النمو السنوي} = \text{معدل الزيادة الطبيعية} + \text{معدل صافي الهجرة}$$

$$= (\text{معدل المواليد} - \text{معدل الوفيات}) + \text{معدل صافي الهجرة} = 39.7 - 9.0 - 2.9 =$$

$$= 27.8 \text{ في الالف}$$

بلغ معدل نمو السكان في اليمن حوالي 28 في الألف عام 2004.

وبالقسمة على 10 يصبح معدل النمو 2.8% وهو نفس الرقم السابق الحصول عليه باستخدام الارقام المطلقة. أي أن معدل النمو السكاني في اليمن بلغ 2.8% عام 2004.

وتتميز معدلات المواليد والنمو السكاني بصفة التغير المستمر، وانخفاض معدل النمو لا يعني بالضرورة انخفاض عدد سكان منطقة ما (على الرغم من ان بعض وسائل الاعلام تهتم احيانا بابرار هذا التأويل الخاطيء)، وقد يعني ان عدد السكان ينمو بمعدل أبطأ. ويعني معدل النمو السلبي ان منطقة ما اخذت تفقد عددا من سكانها. ولا يوجد اليوم سوى دول معدودة تعاني من انخفاض في اجمالي عدد سكانها، غير ان العديد من الدول الاخرى تواجه تراجعا في معدلات النمو السكاني.

ينمو عدد سكان العالم العربي بمعدل سنوي يبلغ 2.6 في المائة خلال العقدين الماضيين. (أى كان يزيد بمقدار 26 لكل 1000 من السكان كل عام) ويعني معدل النمو هذا ان سكان الوطن العربي كانوا يزدون خلال هذه الفترة بحوالى 5.9 مليون نسمة كل عام.

ويعتبر معدل النمو السكاني فى دولة الامارات العربية المتحدة من أعلي معدلات النمو (حوالى 5 فى المائة) في العالم، ويرجع ذلك إلى ارتفاع معدل الزيادة الطبيعية ومعدل صافي الهجرة على السواء. وبالعكس نجد ان بلغاريا كانت تنكمش سكانيا بمعدل نمو سلبي سنوي يبلغ - 0.5 في المائة.

في بعض الأحيان قد لا يؤدي التعبير عن النمو على هيئة نسبة إلى اية معلومات مفيدة (هل يعتبر معدل نمو 3 في المائة معدل نمو سريع أم بطيء) الا انه قد تتوفر طريقة اكثر حيوية للتعبير عن النمو السكاني وذلك بحساب الوقت اللازم لتضاعف حجم سكان بلد ما في حالة استمرار معدل النمو السائد في وقت معين. وبالتقريب يتضاعف حجم سكان بلد ما في 70 عاما اذا كان معدل نمو سكانه واحدا في المائة، واذا كان معدل النمو 2 في المائة فان عدد السكان يتضاعف في 35 عاما، واذا كان 3 في المائة يتضاعف السكان في 23 سنة.

**الوقت اللازم
لتضاعف عدد
السكان
Doubling
Time**

وهناك طريقة مختصرة لتقدير الوقت اللازم لتضاعف عدد السكان وهو قسمة رقم 70 على معدل النمو معبرا عنه بنسبه مئوية.

وبافتراض معدل نمو 1,6% فإن الوقت اللازم لتضاعف حجم السكان هو:

$$44 \text{ سنة} = \frac{70}{1.6} = \frac{70}{\text{معدل النمو (\%)}}$$

إذا استمر معدل النمو في العالم كما هو عليه الحال في عام 1997، فإن عدد سكانه سوف يتضاعف في نحو 47 عاما أي في عام 2044.

يلزم للامارات العربية المتحدة إذا استمر معدل النمو السكاني بها حوالى 5% نحو 14 سنة كي يتضاعف عدد سكانها. وسوف تحتاج اليمن إلى 25 عاما على اساس معدل نمو 2.8%. وسوف تمضي عدة قرون قبل أن يتضاعف عدد سكان بلجيكا بمعدل نموها المنخفض الذي يبلغ 0.1% (700 سنة).

ان حساب الوقت الازم لتضاعف عدد السكان يعتبر فى احسن الاحوال وسيله اوليه لتقدير حجم السكان فى المستقبل لانه يفترض معدل نمو ثابتاً على مر العقود، بينما تتغير فى الواقع معدلات النمو بصوره دائمه، الا ان احتساب الوقت اللازم لتضاعف عدد السكان يقدم صورته لمدى سرعه نمو السكان فى الوقت الحاضر.

هذه النظرية هي من اوسع النظريات المعترف بها انتشارا والتي توضح اسباب التغير السكاني على امتداد الزمن. وتعتبر النظرية ان خصوبة السكان والوفاة تتحدران من مستويات مرتفعة الى مستويات منخفضة نتيجة للتطور الاقتصادي والاجتماعي. وانخفاض معدل الوفاة يسبق عادة انخفاض الخصوبة وينتج عن هذا ارتفاع نمو السكان خلال فترة التحول. وتعتبر فنلندا نموذجا طيباً لدولة مرت خلال اربع مراحل من التحول الديموجرافي.

نظرية التحول الديموجرافي The Demographic Transition Theory

معدل مواليد مرتفع، ومعدل وفيات مرتفع = زيادة قليلة (فنلندا
في الفترة بين عامي 1785 – 1790)
معدل المواليد 38 لكل 1000
معدل الوفيات 32 لكل 1000
معدل الزيادة الطبيعية 0,6 في المائة

المرحلة الأولى:

معدل مواليد مرتفع، معدل وفاة أخذ في الانخفاض = معدل نمو
مرتفع (فنلندا فيما بين عامي 1825 – 1830)
معدل المواليد 38 لكل 1000
معدل الوفيات 24 لكل 1000
معدل الزيادة الطبيعية 1,4 في المائة

المرحلة الثانية:

معدل مواليد أخذ في الانخفاض، ومعدل وفيات منخفض نسبياً
= نمو بطيء (فنلندا في الفترة بين عامي 1910 – 1915)
معدل المواليد 29 لكل 1000
معدل الوفيات 17 لكل 1000
معدل الزيادة الطبيعية 1,2 في المائة

المرحلة الثالثة:

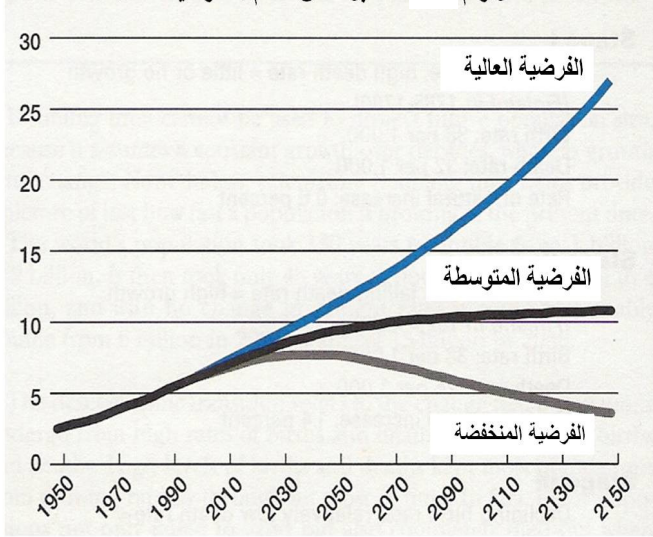
معدل وفيات منخفض، ومعدل مواليد منخفض = نمو سكاني
منخفض جداً (فنلندا في عام 1990)
معدل المواليد 13 لكل 1000
معدل الوفيات 10 لكل 1000
معدل الزيادة الطبيعية 0,3 في المائة

المرحلة الرابعة:

هناك في الحقيقة مرحلة خامسة من مراحل التحول الديموجرافي
جذبت في الآونة الأخيرة مزيداً من الانتباه. فعندما تنخفض
الخصوبة إلى مستويات متدنية جداً، فإن معدل نمو بطيء
للسكان سرعان ما يتحول إلى معدل نمو سلبي. فكثير من الدول
في أوروبا تتميز الآن بمعدلات خصوبة كلية أقل من مستوى
الاحلال أي طفلين لكل امرأة. وفي عام 1990 كانت معدلات
الخصوبة الكلية لاييطاليا واسبانيا 1.3 و 1.2 على التوالي من
بين أشد المعدلات انخفاضاً في العالم، ولم تكن معدلات
الخصوبة لدول أخرى أعلى من ذلك بكثير.

ما بعد التحول Beyond The Transition

شكل رقم 7 مستقبل سكان العالم : الفرضيات الثلاث



يبين الشكل رقم (7) الفرضيات الثلاثة المحتملة للنمو السكاني في المستقبل.

- **الفرض الأول (الخصوبة العالية):** وهو يفترض ان معدل الخصوبة الكلية سينخفض الى حوالى 2.5-2.6 عام 2050 ونتيجة لذلك يصل عدد سكان العالم 11.2 بليون نسمة عام 2050 و 1705 بليون عام 2100 و 27 بليون عام 2150.
- **الفرض المتوسط (الخصوبة المتوسطة):** ويفترض ان معدل الخصوبة الكلية سيصل الى مستوى الاحلال (2.1 طفلاً لكل امرأة) عام 2055 ونتيجة لهذا الفرض يصل سكان العالم حوالى 9.4 بليون عام 2050 و 10.4 بليون عام 2100 و 11 بليون عام 2150.
- **الفرض الثالث (الخصوبة المنخفضة):** ويفترض ان معدل الخصوبة الكلى يتراوح بين 1.35 ، 1.6 طفلاً لكل امرأة ونتيجة لهذا الفرض يصل سكان العالم 7.7 بليون عام 2050 ثم ينخفض الى 5.6 بليون عام 2100 والى 3.6 بليون عام 2150.

ويلاحظ ان اى من هذه الفروض الثلاثة لم يفترض ثبات الخصوبة على ماهى عليه الان وأنها اعتمدت على الاسقاطات التى اصدرتها الامم المتحدة عام 1998.

ووفقاً للتجربة المحدودة، يتضح أنه حتى اليوم فإن معدلات الخصوبة تميل الى الانخفاض دون مستوى الاحلال أو على الأقل تبقى عند هذا المستوى وقد أصبحت هذه الحقيقة قضية فى عدد من الدول المتقدمة، ومن المحتمل ان تصبح كذلك فى عدد آخر من الدول.

ان عدد سكان ألمانيا فى الوقت الحاضر يمكن ان ينخفض بنسبة الثلث فى منتصف القرن الحالى اذا استمرت المعدلات الحالية على ما هى عليه دون تغيير.

وقد انتهجت بعض الدول مثل فرنسا وتشيكوسلوفاكيا سياسات لتشجيع النمو دون تحقيق نجاح يذكر. فكثير من العوامل التى ساهمت فى تخفيض معدل الخصوبة فى المقام الاول، مثل نزول المرأة بصورة أوسع إلى ميادين العمل، وارتفاع تكاليف المعيشة. وتفضيلات الناس حول كيفية قضاء أوقاتهم يبدو انها عملت على الاحتفاظ بمعدلات الخصوبة عند مستوى منخفض. وفى بعض الدول حيث تنخفض معدلات الخصوبة جداً، فقد أصبحت احتياجات كبار السن وتوفير العمالة موضوعاً هاماً للمناقشات العامة فى هذه الدول.

يحدث النمو السكاني الثابت (الصفري) عندما تتساوى أعداد المواليد وأعداد المهاجرين الوافدين الى الدولة مع أعداد الوفيات والمهاجرين خارج الدولة. فالمجتمعات التى وصلت الى مستوى الاحلال يصبح مستوى الخصوبة غير مؤثر على النمو بسبب تأثير القوة الدافعة للسكان. فالمجتمعات الشابة سوف تستمر فى النمو لعدة أجيال بسبب وجود نسب كبيرة من الشباب فى فترة الحياة الإيجابية.

النمو السكاني الصفري (الثابت) Zero Population Growth

كانت زيادة الجنس البشرى بطيئة خلال معظم مراحل التاريخ. ولقد مضت مئات الآلاف من السنين قبل ان يصل اجمالى سكان العالم إلى حوالى ألف مليون نسمة عام 1800. غير ان هذا النمو بدأ عند ذلك فى التقدم السريع فى الوقت الذى انخفضت فيه معدلات الوفيات. ولم تمض سوى 130 عاماً حتى وصل عدد سكان العالم الى 2000 مليون قرب عام 1930، وثلاثين عاماً فقط ليصل الرقم الى ثلاثة آلاف مليون فى عام 1960، و15 عاماً فقط ليصل الى اربعة الاف مليون نسمة فى عام 1975 ولم يستغرق وصول تعداد سكان العالم الى 5 الاف مليون نسمة سوى 12 عاماً، وكان ذلك فى عام 1987 وحوالى 6 بليون عام 1999 وسوف يصل حوالى 9 بليون عام 2050.

نظرة تاريخية Historical Prospective

وفى عام 2002 كان المعدل العالمى للمواليد 21 مولودا حيا لكل 1000 من السكان وبلغ متوسط عدد المواليد لكل امرأة 3، و معدل الوفيات 9 لكل 1000 من السكان، كما كان معدل الزيادة الطبيعية 1,2 فى المائة سنويا فى اواخر الثمانينات. وهذا يمثل انخفاضا من الذروة التى بلغت هذه الزيادة وهو 2.1 فى المائة فى اواخر الستينات. على انه مازال عاليا بدرجة تكفى لتحقيق معدل سريع فى النمو بأية مقارنة. ولو ظل هذا المعدل ثابتا فان سكان العالم قد يبلغون 37 بليون عام 2150 ولا يستطيع أحد أن يتوقع ماذا يحدث، فسوف يتوقف منحنى النمو عن الارتفاع قبل وقت طويل من الوصول الى هذا الحد نتيجة لانخفاض معدل المواليد او ارتفاع معدل الوفيات او حدوث مزيج من الاثنين. (أنظر الشكل رقم 6).

ان خصائص النمو السكانى خلال القرن العشرين تعد فى الواقع فريدة فى تاريخ العالم. فقد ابتدأ العالم هذا القرن بأقل من بليونين من السكان وفى نهايته بلغ بما يزيد قليلا عن 6 بلايين نسمة. يعيش نحو 80 فى المائة منهم فى الدول النامية.

ما هى تأثيرات هذا النمو على التنمية الاقتصادية؟ بعض الناس يعتقدون أن نمو السكان والكثافة السكانية لهما تأثير حميد على التحضر وزيادة الانتاج. والبعض الآخر يعتقدون أن النمو السريع للسكان فى الدول النامية يعتبر من أهم العقبات الرئيسية لتحقيق التنمية.

منذ مؤتمر بوخارست عام 1974، قامت عدة دول نامية بجهود لتدعيم اقتصادها، وتقديم الخدمات الصحية لمواطنيها وزيادة دعمها لبرامج تنظيم الاسرة. وكنتيجة لهذه الانشطة الثلاثة، انخفضت معدلات الخصوبة الكلية بشكل كبير فى العالم الثالث، باستثناء الصين، وذلك من ستة أطفال لكل امرأة طوال سنوات حياتها الإنجابية فى اواخر الستينات إلى نحو 3.2 طفلا فى التسعينات.

وفى هذه الأثناء، انخفضت معدلات المواليد فى العالم الثالث، (باستثناء الصين) بنحو 31 فى المائه، وذلك بما يقرب من 42 مولودا لكل 1000 من السكان فى الستينات إلى نحو 29 مولودا لكل 1000 من السكان فى أواخر التسعينات. وكذلك معدلات الوفاة قد انخفضت ايضا خلال نفس الفترة بمقدار 41 فى المائة (من 17 الى 10 فى الالف)، لذا فان معدل الزيادة الطبيعية فى هذه الدول (باستثناء الصين،) لم يقل بشكل ملحوظ خلال نفس الفترة مثل معدلات المواليد (من 2,5 الى 1,9 فى المائة) حيث انخفض بمقدار 24 فى المائة.

وباختصار يمكن القول انه في خلال الخمس والعشرين سنة الماضية، انخفض معدل المواليد في الدول النامية بشكل كبير، بينما انخفض معدل النمو ببطئ، وقد ادى انخفاض الخصوبة المستمر والمتزامن مع زيادة توقع العمر عند الميلاد الى زيادة نسب كبار السن (ظاهرة التعمر او الشيخوخة) في كثير من الدول وخاصة الدول الاوربية مقابل انخفاض نسب الأطفال والشباب وقد نتج عن ذلك ارتفاع وسيط العمر في هذه المجتمعات.

يجب استبعاد الصين نظرا لانخفاض الخصوبة وزيادة فاعلية برنامج تنظيم الاسرة عند دراسة الأوضاع السكانية في الدول النامية.

13. السياسة السكانية

Population Policy

ماذا سيحدث خلال القرن الواحد والعشرين؟... هل ستحقق التنمية الاقتصادية والاجتماعية بوتيرة أسرع من النمو السكاني؟... هل سيتمكن العالم مستقبلاً من دعم ورعاية أعداد أكبر من السكان عما يقدمه الآن؟... هل ستظل دراسة أوضاع السكان هي المفتاح الرئيسى لفهم السلوكيات والاتجاهات فى المجتمعات؟

المؤتمرات الدولية للسكان International Population Conferences

عقدت خمسة مؤتمرات سكانية فى القرن العشرين، بدأت عام 1954 بلقاء خبراء السكان فى روما لتبادل الخبرات و اشاروا الى تبعات النمو السكاني وحذروا من هذه التبعات غير أنهم لم يصدرُوا أي اعلان او بيان رسمى عن هذا اللقاء.

وفى عام 1965، اجتمع الخبراء ثانية فى بلجراد بيوغوسلافيا لمناقشة الخصوبة وعلاقتها بالتنمية مما زاد الإهتمام بدراسة النمو السكاني كأحد العناصر الهامة فى عملية التنمية.

وفى عام 1974 عقد المؤتمر الدولى للسكان فى بوخارست/ رومانيا حيث اجتمع ممثلوا 136 دولة واعترفوا بصفة رسمية ولأول بضخامة وتشابك المشكلة السكانية. وقد تغير هدف المؤتمر من مجرد تبادل المعلومات والخبرات الى رسم السياسات وأصبحت المشكلة السكانية من أهم التحديات الدولية وخاصة وأنها تلازمت مع نمو أقتصادى بطئ فى الدول النامية. وقد أكدت هذه الدول على ان التنمية هى أفضل وسيلة للتغلب على تبعات النمو السكاني المتزايد. وقد وافق المجتمعون على خطة عمل عالمية للسكان تتضمن ان لكل الازواج والافراد الحق فى اختيار وحرية وبمسئولية عدد اطفالهم والفترات الزمنية الفاصلة بين كل طفل والطفل الذى يليه ولهم الحق فى الحصول على المعلومات والتعليم والوسائل التى تمكنهم من تحقيق ذلك.

وفى عام 1984 شارك ممثلون من 149 دولة فى المؤتمر الدولى للسكان الذى عقد فى مدينة المكسيك حيث قاموا بتقييم خطة عمل مؤتمر بوخارست و اقرارها مرة ثانية.

وعقد المؤتمر الخامس للسكان والتنمية" فى القاهرة عام 1994 بحضور ممثلون من 180 دولة وحوالى 1200 منظمة غير

حكومية، وقد انتهى المؤتمر الى اصدار برنامج وخطة عمل المؤتمر ليتم تنفيذها على مدار العشرين سنة التالية. وقد اكدت الخطة على انه لا يوجد حلاً واحداً للتغلب على النمو السكاني المتزايد ودعا المؤتمر الى ان السياسة السكانية يجب ان تتسع لتتضمن التنمية الاقتصادية وتحسين التعليم وزيادة تمكين المرأة وتحسين جودة الرعاية الصحية و الصحة الانجابية بما فيها خدمات تنظيم الأسرة، وأكد المؤتمر على ان صحة الافراد ورفاهتهم وتلبية احتياجات الأسرة من أهم الأهداف التنموية. وتضمنت وثائق المؤتمر ولأول مرة التعريف الواسع والشامل للصحة الانجابية على النحو التالي:-

"الصحة الإنجابية هي حالة رفاه كاملة بدنيا وعقليا واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعنى الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الانجاب، وحريتهم في تقرير الانجاب وموعده وتواتره. ويشتمل هذا الشرط الأخير، ضمناً، على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام اساليب تنظيم الاسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تختار بأمان فترة الحمل والولادة، وتهيئ للزوجين افضل الفرص لانجاب وليد متمتع بالصحة. وتمشياً مع هذا التعريف، تعرف الرعاية الصحية والانجابية بانها مجموعة من الاساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الانجابية والرفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الانجابية، وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية، لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب، والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي."

الفقرة 7-2 من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية
القاهرة 1994

بمناسبة مرور خمسة عشر عاماً على مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية 1994، عقدت جامعة الدول العربية بالتعاون مع

صندوق الأمم المتحدة للسكان ولجنة الأمم المتحدة الاجتماعية والاقتصادية لغربي آسيا واللجنة الدائمة للسكان بدولة قطر، مؤتمر السكان والتنمية في إقليم العالم العربي: الواقع والآفاق بمدينة الدوحة خلال الفترة ما بين 18-20 مايو. آيار 2009. ويعد هذا المؤتمر المحطة الرئيسية للمراجعة الثالثة بمناسبة مرور 15 عاما على انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD+15) بالقاهرة عام 1994، إضافة إلى أن هذا العام يشكل منتصف الطريق تقريبا نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية بحلول عام 2015.

وتمثلت أهداف المؤتمر أهداف المؤتمر في ما يلي:

1- أهداف اقليمية مشتركة.

- الإسراع في التحول الديمغرافي في البلاد العربية وصولا الى النافذة الديموغرافية.
- تمكين الشباب ودعم مشاركتهم في المجالات المختلفة، خاصة الاقتصادية والسياسية، نتيجة للبروز الديموغرافي للشباب، اقليميا وعلى مستوى البلدان العربية وباعتبار أن الشباب حصاد اساسي للنافذة الديموغرافية وقوة متواصلة العطاء التنموي لعدة عقود من الزمان.
- مواجهة فجوة النوع الاجتماعي بالمزيد من اتاحة الفرص للمرأة في التمكين كحق اساسي لها.
- التوظيف التنموي للهجرة الدولية العربية ضمن سياسات لتنظيم الهجرة والاستفادة من الكفاءات المهاجرة وتعبئة تحويلات المهاجرين وإدماجها في السياسات التنموية الانتاجية على وجه الخصوص.

2- أهداف نوعية تخص عددا من البلدان العربية:

- إعداد برنامج إقليمي للحد من وفيات الأمهات وخاصة في الدول التي تعاني من هذه الظاهرة.
- مواجهة عوامل تباطؤ تحول الخصوبة في البلدان التي تعاني من هذا التباطؤ.
- إعداد سياسات لمواجهة الخلل السكاني في بعض البلدان العربية من خلال سياسات لاعداد وتنظيم قوة العمل وبما يتسق والاهداف المرحلية لهذه البلدان.

دعم البلدان التى تعاني من الحروب والنزاعات المسلحة لصيانة حقوق سكانها من مختلف الفئات الاجتماعية بما فى ذلك المهاجرة منها الى دول الجوار وتضمنت أعمال المؤتمر مناقشة ودراسة المحاور التالية:

- الأوضاع السكانية 15 عاماً بعد مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية.
- تحديات سكانية نوعية.
- تمكين الشباب، الطريق الأنجع لتوظيف الفرصة الديموغرافية
- الهجرة والتنمية، الفرص والتحديات.
- المرأة والتنمية.

14. أهم مؤشرات الصحة الإنجابية

Reproductive Health Indicators

نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة: نسبة السيدات المتزوجات في سن الإنجاب (15-49) اللاتي يستخدمن أي وسيلة لتنظيم الأسرة أو المباشرة بين الولادات من بين إجمالي عدد المتزوجات وقت المسح.

نسبة الحاجة غير الملباه لتنظيم الأسرة: نسبة النساء المتزوجات حالياً وفي سن الإنجاب ويرغبن في تحديد النسل أو المباشرة بين الولادات ولايستخدمن حالياً وسائل تنظيم الأسرة من إجمالي عدد النساء المتزوجات اللواتي شملهن المسح.

معدل الإجهاض: عدد حالات الإجهاض لكل 1.000 امرأة في عمر من 15 – 44 أو 15-49 سنة فة سنة معينة وهذا المعدل يشير إلى مستوى الإجهاض في مجتمع.

نسبة الإجهاض: عدد حالات الإجهاض لكل 100 مولود حي (كتقدير لحالات الحمل) في سنة معينة وهذه النسبة تشير إلى احتمالات انتهاء الحمل بواسطة حدوث إجهاض.

معدل وفيات الامهات: هو عدد الامهات اللاتي يتوفين اثناء الحمل أو خلال 42 يوم بعد الولادة لكل 100.000 سيدة في عمر الحمل في سنة معينة لآ سبب له علاقة أو يزيد بالحمل ولكن ليس بسبب الحوادث ولا لأسباب أخرى ليس لها علاقة بالحمل ويعكس هذا المعدل نسبة وفاة الامهات ومعدل الخصوبة ويتأثر باحتمالية الحمل ومخاطر الولادة.

مؤشرات رعاية الأمومة والطفولة Maternal and Child Care Indicators

نسبة المواليد الذين حصلت أمهاتهم على رعاية صحية أثناء الحمل: هي نسبة المواليد التي حصلت أمهاتهم على رعاية صحية للحمل أثناء فترة الحمل خلال فترة زمنية محددة إلى إجمالي المواليد خلال نفس الفترة.

نسبة التطعيم ضد التيتانوس: نسبة المواليد الذين حصلت أمهاتهم على التطعيم ضد التيتانوس أثناء فترة الحمل خلال فترة زمنية محددة إلى إجمالي المواليد خلال نفس الفترة.

نسبة الولادات التي تمت تحت إشراف طبي: نسبة المواليد التي تمت ولادتهم تحت الإشراف الطبي (دكتور، ممرضة، داية مدربة) إلى إجمالي المواليد.

نسبة الولادات اللاتي حصلت أمهاتهن على رعاية ما بعد ولادتهن: خلال الأسابيع الستة التالية على عملية الولادة (فترة النفاس) خلال فترة زمنية محددة إلى إجمالي المواليد خلال نفس الفترة.

نسبة الأطفال الذين تم ارضاعهم رضاعة طبيعية مطلقة: نسبة الاطفال في فئة عمرية محددة الذين قامت أمهاتهم بغرضاعهم رضاعة طبيعية كاملة خلال الشهور الست الأولى من الميلاد دون أي اغذية مساعدة إلى إجمالي الأطفال في نفس الفئة العمرية وفي فترة مرجعية محددة.

وسيط فترة الرضاعة الطبيعية: هو العمر بالشهور الذي يقسم الأطفال إلى مجموعتين متساويتين عددياً، بمعنى ان نصف الأمهات توقفن عن ارضاع أطفالهن رضاعة طبيعية قبل هذا العمر ونصفهن مازلنا يرضعن أطفالهن بعده.

وسيط فترة الرضاعة الطبيعية المطلقة بالشهور: هو العمر بالشهور الذي يفصل الأطفال إلى مجموعتين متساويتين عددياً، بمعنى ان نصف الأمهات توقفن عن ارضاع أطفالهن رضاعة مطلقة قبل هذا العمر ونصفهن مازلنا يرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية مطلقة بعده.

نسبة إكمال التطعيمات ضد أمراض الطفولة: نسبة الأطفال الأطفال في فئة العمر (12-23 شهرا) الذين تلقوا تطعيمياً ضد الدرن وثلاث جرعات من الثلاثي و3 جرعات ضد الشلل وجرعة ضد الحصبة قبل بلوغهم العام الأول من العمر

في سنة معينة إلى إجمالي الأطفال في العمر 12-23 شهرا في نفس السنة في بلد معين أو منطقة معينة ويمكن حسابه لكل من الذكور والإناث على حدة وكذلك حسب تعليم الأم أو محل الإقامة. ويمكن أيضا حساب هذه النسبة لكل جرعة تطعيم على حدة.

الحالة التغذوية

للأمهات والأطفال

Maternal and Child Nutritional Status

الحالة التغذوية للأمهات: تعتبر الحالة التغذوية للأمهات مؤشرا هاما للصحة العامة ومحددا لنتائج الحمل والولادة ويمكن قياسها باستخدام الطول أو الوزن والطول معا. فطول الأم يعكس الحالة التغذوية السابقة ويعكس التأثير التراكمي للأوضاع الاقتصادية والاجتماعية وحصولها على التغذية المناسبة أثناء مرحلتها الطفولة والمراهقة. ويعتبر مؤشرا على المخاطر التي يمكن ان تتعرض لها الام خلال الولادات الصعبة في المستقبل.

مؤشر كتلة الجسم (BMI): ويعرف بأنه خارج قسمة الطول بالكيلو جرام مقسوما على مربع الطول بالمتر (كجم / م²) . وهو يوفر مقياسا أفضل للنحافة. وتصنف النساء حسب قيمة مؤشر كتلة الجسم على النحو التالي:

يغير عن نقص الوزن.	* اقل من 18.5
طبيعي.	* 18.5 – 24.9
زيادة وزن.	* 25.0 – 29.9
بدانة / سمنة.	* 30.0 فأكثر

الحالة التغذوية للأطفال: تعتبر الحالة التغذوية للأطفال دون الخامسة من بين أحد أهم المحددات الرئيسية للصحة والرفاهية للمجتمع، فتناول الغذاء غير المتوازن أو الذي لا يحتوي على عناصر النمو الرئيسية يؤدي إلى حالة تغذوية سيئة، كما تتأثر الحالة التغذوية بالوضع الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع.

وتتفاوت الطرق المختلفة للقياسات المستخدمة لتحديد الحالة التغذوية من حيث تعددها أو درجة تعقيدها تبعاً للهدف من استخدامها. وعادة ما يتم قياس طول ووزن الاطفال دون الخامسة وربطها بعمر الطفل لحساب مؤشرات قياسية للنمو الجسماني للطفل وتحديد حالته التغذوية وذلك من خلال المقاييس المتعارف عليها والموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية والتي تعتمد على مقارنة هذه المقاييس بمؤشرات المجتمع المرجعي. وتضم ثلاثة مقاييس أساسية هي:

- مقياس نقص الطول بالنسبة للعمر (التقزم) ويعبر عن قصر القامة وهو مؤشر لقياس نقص مزمن في تناول الأغذية أو تكرار الإصابة بالأمراض.

- مقياس نقص الوزن بالنسبة للطول ويعبر عن النحافة وهو مؤشر لسوء تغذية حاد حديث يرجع لعدم تناول مقادير كافية من الغذاء أو الإصابة الشديدة بمرض يعيق الطفل عن الاستفادة من الغذاء.

- مقياس نقص الوزن بالنسبة للعمر ويعبر عن نقص الوزن وهو مؤشر مركب لسوء التغذية وهو أكثر حساسية من المؤشرين السابقين.

وتصنف هذه المقاييس إلى متوسط أو حاد وتضم الأطفال الذين يقعون تحت (-2 انحراف معياري) من وسيط المجتمع المرجعي، وحاد فقط وتضم الأطفال الذين يقعون تحت (-3 انحراف معياري) من وسيط المجتمع المرجعي، فيكون قصر القامة متوسط أو حاد للأطفال الذين يقعون تحت (-2 انحراف معياري) لمقياس الطول بالنسبة للعمر أما قصر القامة الحاد فهو نسبة الأطفال الذين يقعون تحت (-3 انحراف معياري). وهكذا بالنسبة للمقياسين الآخرين.

نسبة الأطفال (اقل من خمس سنوات) المصابين بقصر القامة=

$$\frac{\text{عدد الأطفال المصابين بقصر القامة}}{\text{اجمالي عدد الأطفال دون الخامسة}} \times 100$$

نسبة الأطفال (اقل من خمس سنوات) المصابين بنقص الوزن=

$$\frac{\text{عدد الأطفال المصابين بنقص الوزن}}{\text{اجمالي عدد الأطفال دون الخامسة}} \times 100$$

نسبة الأطفال (اقل من خمس سنوات) المصابين بالنحافة=

$$\frac{\text{عدد الأطفال المصابين بالنحافة}}{\text{اجمالي عدد الأطفال دون الخامسة}} \times 100$$

معدل الرضاعة الطبيعية المستمرة: نسبة الرضع الذين تبلغ أعمارهم 12-15 و 20-23 الذين يرضعون رضاعة طبيعية حالياً من إجمالي عدد الاطفال البالغين 12-15 شهرا، وكذلك 20-23 شهرا الذين شملهم المسح.

التغذية المكملة لحليب الام في موعدها الصحيح: نسبة الرضع البالغين من العمر 6-9 أشهر والذين يرضعون رضاعة طبيعية بالإضافة الى أغذية مكملة له من إجمالي عدد الرضع 6-9 أشهر الذين شملهم المسح.

تكرار التغذية المكملة لحليب الأم: عدد الرضع الذين تبلغ أعمارهم 6-11 شهرا ويتغذون بالرضاعة الطبيعية وعلى غذاء مكمل لحليب الأم على الأقل بالحد الأدنى الموصى به يومياً (مرتين لمن تبلغ أعمارهم 6-8 أشهر، و 3 مرات لمن يبلغون 9-11 شهراً) على إجمالي عدد الرضع البالغة أعمارهم 6-11 شهرا والذين شملهم المسح.

15. الأهداف التنموية للألفية*

Millennium Development Goals

أقر زعماء ورؤساء 189 دولة في سبتمبر 2000 في مؤتمر قمة الأمم المتحدة للألفية على مجموعة من الأهداف المحددة زمنيا والقابلة للقياس وعددها ثمانية، أنبثق منها 18 غاية والتي من شأنها أن تحقق الأهداف الرئيسية وقد تحدد 48 مؤشرا لقياس التقدم نحو تحقيق هذه الأهداف بحلول عام 2015. وركزت هذه الأهداف على مكافحة الفقر والجوع والمرض والأمية والتدهور البيئي والتمييز ضد المرأة. وأطلق على هذه الغايات والأهداف "أهداف الألفية الإنمائية"، (الوثائق الرئيسية لإعلان الألفية، www.undp.org/mdg/).

وقد التزمت الدول الموقعة على الإعلان أن يصدر كل بلد تقريرا واحدا على الأقل عن الأهداف الإنمائية للألفية بحلول نهاية عام 2004، بحيث توفر هذه التقارير معلومات كاملة عن التقدم الذي تم تحقيقه من أجل بلوغ الأهداف. وستمثل تلك التقارير نقاط مرجعية لتحليل الاتجاهات والتعرف على الإنجازات والتحديات والعقبات التي تواجه كل دولة.

الأهداف الرئيسية للألفية والغايات والمؤشرات^أ

الهدف 1: القضاء على الفقر المدقع والجوع.

الغاية 1 - ألف: تخفيض نسبة السكان الذين يقل دخلهم اليومي عن دولار واحد إلى النصف في الفترة ما بين 1990 و 2015.

- المؤشر 1-1: نسبة السكان الذين يقل دخلهم عن دولار واحد في اليوم (تعادل القوة الشرائية).
- المؤشر 2-1: نسبة فجوة الفقر.
- المؤشر 3-1: حصة الخمس الأفقر من السكان في الاستهلاك الوطني.

الغاية 1 - باء: توفير العمالة الكاملة والمنتجة والعمل اللائق للجميع، بمن فيهم النساء والشباب.

- المؤشر 4-1: معدل نمو الناتج المحلي الإجمالي لكل شخص عامل.
- المؤشر 5-1: نسبة السكان العاملين إلى عدد السكان.
- المؤشر 6-1: نسبة السكان العاملين الذين يقل دخلهم عن دولار واحد في اليوم (تعادل القوة الشرائية).
- المؤشر 7-1: نسبة العاملين لحسابهم الخاص والعاملين من أفراد الأسرة المساهمين في نفقاتها إلى مجموع العاملين.

* <http://www.un.org>
القائمة المحدثة.

الغاية 1 - جيم: تخفيض نسبة السكان الذين يعانون من الجوع إلى النصف في الفترة ما بين 1990 و 2015.

- **المؤشر 1-8:** عدد الأطفال الناقصي الوزن الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات.
- **المؤشر 1-9:** نسبة السكان الذين لا يحصلون على الحد الأدنى من السرعات الحرارية.

الهدف 2: تحقيق تعميم التعليم الابتدائي.

الغاية 2 - ألف: كفالة تمكن الأطفال في كل مكان، سواء الذكور أو الإناث، من إتمام مرحلة التعليم الابتدائي، بحلول عام 2015.

- **المؤشر 2-1:** صافي نسبة القيد في التعليم الابتدائي.
- **المؤشر 2-2:** نسبة التلاميذ الذين يلتحقون بالدراسة في الصف الأول ويصلون إلى الصف الأخير من التعليم الابتدائي.
- **المؤشر 2-3:** معدل الإلمام بالقراءة والكتابة لدى الإناث والذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة.

الهدف 3: تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة.

الغاية 3 - ألف: إزالة التفاوت بين الجنسين في التعليم الابتدائي والثانوي ويفضل أن يكون ذلك بحلول عام 2005، وبالنسبة لجميع مراحل التعليم في موعد لا يتجاوز عام 2015.

- **المؤشر 3-1:** نسبة البنات إلى البنين في مراحل التعليم الابتدائي والثانوي والعالي.
- **المؤشر 3-2:** حصة النساء من الأعمال المدفوعة الأجر في القطاع غير الزراعي.
- **المؤشر 3-3:** نسبة المقاعد التي تشغلها النساء في البرلمانات الوطنية.

الهدف 4: تقليل وفيات الأطفال.

الغاية 4 - ألف: تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في الفترة ما بين 1990 و 2015.

- **المؤشر 4-1:** معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة.
- **المؤشر 4-2:** معدل وفيات الرضع.
- **المؤشر 4-3:** نسبة الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة المحصنين ضد الحصبة.

الهدف 5: تحسين الصحة الإنجابية.

الغاية 5 - ألف: تخفيض معدل الوفيات النفاسية بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين 1990 و 2015.

- المؤشر 5-1: معدل الوفيات النفاسية – الوفيات أثناء الولادة. (لكل 100 ألف).
- المؤشر 5-2: نسبة الولادات التي تجرى تحت إشراف أخصائيين صحيين مؤهلين طبيا (%).
- المؤشر 5-3: معدل استخدام وسائل منع الحمل.

الغاية 5 - باء: تعميم إتاحة خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015.

- المؤشر 5-4: معدل الولادات لدى المراهقات.
- المؤشر 5-6: الحصول على الرعاية الصحية قبل الولادة (زيارة واحدة على الأقل وأربع زيارات على الأقل).
- المؤشر 5-7: الحاجة غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة.

الهدف 6: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض.

الغاية 6 - ألف: وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بحلول عام 2015 وبدء انحساره اعتبارا من ذلك التاريخ.

- المؤشر 6-1: معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في صفوف السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة.
- المؤشر 6-2: استخدام الرفالات أثناء آخر عملية اتصال جنسي محفوفة بالمخاطر.
- المؤشر 6-3: نسبة السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة ويمتلكون معارف دقيقة شاملة عن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.
- المؤشر 6-4: نسبة اليتامى الذين يرتادون المدارس إلى غير اليتامى ممن تتراوح أعمارهم بين 10 سنوات و 14 سنة.

الغاية 6 - باء: تعميم إتاحة العلاج من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بحلول عام 2010 لجميع من يحتاجونه.

- المؤشر 6-5: نسبة السكان الذين بلغت إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية مراحل متقدمة وبإمكانهم الحصول على عقاقير مضادة للفيروسات الرجعية.

الغاية 6 - جيم: وقف انتشار الملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسية بحلول عام 2015 وبدء انحسارها اعتبارا من ذلك التاريخ.

- المؤشر 6-6: معدلات الإصابة والوفيات المرتبطة بالملاريا.
- المؤشر 6-7: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين ينامون تحت ناموسيات معالجة بمبيدات الحشرات ونسبة الأطفال دون سن الخامسة المصابين بحمى ويعالجون بالأدوية المناسبة المضادة للملاريا.
- المؤشر 6-8: معدلات الإصابة بالسل وانتشاره والوفيات المرتبطة به.
- المؤشر 6-9: نسبة حالات السل التي اكتشفت وتم شفاؤها في إطار العلاج القصير الدورة الخاضع للإشراف المباشر.

الهدف 7: كفالة الاستدامة البيئية.

الغاية 7 - ألف: إدماج مبادئ التنمية المستدامة في السياسات والبرامج القطرية وانحسار فقدان الموارد البيئية.

- المؤشر 7-1: نسبة مساحة الأراضي المغطاة بالغابات.
- المؤشر 7-2: مجموع انبعاثات ثاني أكسيد الكربون، لكل فرد ولكل دولار من الناتج المحلي الإجمالي (تعادل القوة الشرائية)، واستهلاك المواد المستنفدة للأوزون.
- المؤشر 7-3: نسبة الأرصد السميكية الموجودة ضمن الحدود البيولوجية الآمنة.
- المؤشر 7-4: نسبة الموارد المائية الكلية المستخدمة.

الغاية 7 - باء: الحد بقدر ملموس من معدل فقدان التنوع البيولوجي بحلول عام 2010.

- المؤشر 7-5: نسبة المناطق البرية والبحرية المحمية.
- المؤشر 7-6: نسبة الأجناس المهددة بالانقراض.

الغاية 7 - جيم: تخفيض نسبة الأشخاص الذين لا يمكنهم الحصول باستمرار على مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي الأساسية إلى النصف بحلول عام 2015.

- المؤشر 7-7: نسبة السكان الذين يستخدمون مصادر مياه للشرب محسنة.
- المؤشر 7-8: نسبة السكان الذين يستخدمون مرافق صحية محسنة.

الغاية 7 - دال: تحقيق تحسين كبير بحلول عام 2020 لمعيشة ما لا يقل عن 100 مليون من سكان الأحياء الفقيرة.

- المؤشر 7-9: نسبة سكان الحضر المقيمين في أحياء فقيرة.

الهدف 8: إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.

الغاية 8 - ألف: المضي في إقامة نظام تجاري ومالي يتسم بالانفتاح والتقييد بالقواعد والقابلية للتنبؤ به وعدم التمييز.

يشمل التزاما بالحكم الرشيد والتنمية وتخفيف وطأة الفقر - على الصعيدين الوطني والدولي.

الغاية 8 - باء: معالجة الاحتياجات الخاصة لأقل البلدان نموا.

وهي تشمل: دخول صادرات أقل البلدان نموا إلى الأسواق معفاة من التعريفات الجمركية وبدون الخضوع للحصص؛ وبرنامجا معززا لتخفيف عبء الديون الواقع على البلدان الفقيرة المثقلة بالديون وإلغاء الديون الثنائية الرسمية؛ وزيادة المساعدة الإنمائية الرسمية إلى البلدان التي أعلنت التزامها الحد من الفقر.

الغاية 8 - جيم: معالجة الاحتياجات الخاصة للبلدان النامية غير الساحلية والدول الجزرية الصغيرة النامية.

(عن طريق برنامج العمل من أجل التنمية المستدامة للدول الجزرية الصغيرة النامية وبرنامج الدورة الاستثنائية الثانية والعشرين للجمعية العامة).

الغاية 8 - دال: المعالجة الشاملة لمشاكل ديون البلدان النامية باتخاذ تدابير على الصعيدين الوطني والدولي لجعل تحمل ديونها ممكنا في المدى الطويل.

يجري رصد بعض المؤشرات المبينة أدناه بصورة مستقلة بالنسبة لأقل البلدان نموا وأفريقيا والبلدان النامية غير الساحلية والدول الجزرية الصغيرة النامية.

المساعدة الإنمائية الرسمية

• **المؤشر 8-1: صافي ومجموع المساعدة الإنمائية الرسمية وما يقدم منها إلى أقل البلدان نموا، كنسبة مئوية من الدخل القومي الإجمالي للدول المانحة الأعضاء في لجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التنمية والتعاون في الميدان الاقتصادي.**

• **المؤشر 8-2: نسبة المساعدة الإنمائية الرسمية الثنائية الكلية المخصصة حسب القطاع والمقدمة من الدول المانحة الأعضاء في لجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التنمية والتعاون في الميدان الاقتصادي إلى الخدمات الاجتماعية الأساسية (التعليم الأساسي والرعاية الصحية الأولية والتغذية والمياه المأمونة والصرف الصحي).**

- **المؤشر 8-3:** نسبة المساعدة الإنمائية الرسمية الثنائية غير المشروطة المقدمة من الدول المانحة الأعضاء في لجنة المساعدة الإنمائية التابعة لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي.
- **المؤشر 8-4:** المساعدة الإنمائية الرسمية التي تتلقاها في البلدان النامية غير الساحلية كنسبة من دخلها القومي الإجمالي.
- **المؤشر 8-5:** المساعدة الإنمائية الرسمية التي تتلقاها في الدول الجزرية الصغيرة النامية كنسبة من دخلها القومي الإجمالي.

الوصول إلى الأسواق

- **المؤشر 8-6:** نسبة مجموع واردات البلدان المتقدمة النمو المعفاة من الرسوم الجمركية (حسب القيمة وباستثناء الأسلحة) من البلدان النامية وأقل البلدان نمواً.
- **المؤشر 8-7:** متوسط التعريفات الجمركية التي تفرضها البلدان المتقدمة النمو على المنتجات الزراعية والمنسوجات والملبوسات الواردة من البلدان النامية.
- **المؤشر 8-8:** تقديرات الدعم الزراعي المقدم في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي كنسبة مئوية من ناتجها المحلي الإجمالي.
- **المؤشر 8-9:** نسبة المساعدة الإنمائية الرسمية المقدمة لبناء القدرات التجارية.

القدرة على تحمل الديون

- **المؤشر 8-10:** مجموع عدد البلدان التي وصلت إلى مرحلة اتخاذ القرار لصالح البلدان الفقيرة المثقلة بالديون والعدد (التراكمي) للبلدان التي وصلت إلى نقطة إنجاز المبادرة المتعلقة بتخفيف أعباء ديون البلدان الفقيرة المثقلة بالديون.
- **المؤشر 8-11:** مقدار عبء الديون الذي التزم بتخفيفه في إطار المبادرة المتعلقة بالبلدان الفقيرة المثقلة بالديون والمبادرة المتعددة الأطراف لتخفيف عبء الدين.
- **المؤشر 8-12:** تكاليف خدمة الدين كنسبة مئوية من صادرات السلع والخدمات.

الغاية 8 - هاء: التعاون مع شركات المستحضرات الصيدلانية لإتاحة العقاقير الأساسية بأسعار ميسورة في البلدان النامية.

- **المؤشر 8-13:** نسبة السكان الذين يمكنهم الحصول بشكل دائم على العقاقير الأساسية بأسعار ميسورة.

الغاية 8 - واو: التعاون مع القطاع الخاص لإتاحة فوائد التكنولوجيات الجديدة، وبخاصة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.

- المؤشر 8-14: الخطوط الهاتفية لكل 100 نسمة.
- المؤشر 8-15: المشتركون في شبكات الهاتف الخليوي لكل 100 نسمة.
- المؤشر 8-16: مستخدمو الإنترنت لكل 100 نسمة.

16. مؤشرات تنمية الشباب الرئيسية*

Core Youth Development Indicators

معلومات ديموجرافية عامة

1. إجمالي عدد الشباب في عمر 15 – 24 سنة
2. نسبة الشباب من إجمالي السكان
3. نسبة الشباب الذين سبق لهم الزواج

التعليم

4. نسبة الشباب الملمين بالقراءة والكتابة
5. نسبة القيد في التعليم الثانوي
6. صافي نسبة الالتحاق بالتعليم الثانوي
7. نسبة القيد في التعليم العالي
8. نسبة الانتقال للتعليم الثانوي

العمالة - التشغيل

9. معدلات البطالة بين الشباب
10. نسبة بطالة الشباب إلى بطالة الكبار
11. نسبة الشباب العامل إلى السكان العاملين
12. نسبة مساهمة الشباب في قوة العمل

الجوع والفقر

13. نسبة الشباب الذين يعانون من نقص حاد في الوزن
14. نسبة الشباب الذين يعانون من نقص في الوزن
15. نسبة الشباب الذين يعيشون في فقر مطلق (الحرمان الشديد من الحاجات الأساسية)
16. نسبة الشباب الذين يعيشون في فقر

الصحة

17. نسبة خصوبة المراهقات إلى الخصوبة الإجمالية
18. نسبة النساء الصغيرات المتزوجات اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة الحديثة
19. نسبة وفيات الأمهات
20. وفيات الشباب حسب الأسباب الثلاثة الأكثر شيوعا
21. احتمال وفاة الشباب في العمر 15 سنة قبل بلوغهم سن 25 سنة

البيئة

22. نسبة الشباب المحروم بشدة من المياه
23. نسبة الشباب المحروم بشدة من المرافق الصحية
24. نسبة الشباب المحروم بشدة من المأوى (المسكن)

المخدرات

25. نسبة الشباب الذي تعاطى المخدرات مرة واحدة على الأقل طوال حياته

جنوح الأحداث

26. نسبة الأطفال المدانون بجرائم وقد تم إيداعهم في مؤسسات مغلقة
27. العمر القانوني لمحاسبة الأفراد على خرقهم للقانون

الفتيات والنساء الصغيرات

28. نسبة النساء المختنات من إجمالي النساء
29. العمر القانوني للمشاركة في الانتخابات
30. العمر القانوني للزواج دون موافقة الأهل
31. وجود مجلس وطني للشباب

العولمة

32. نسبة الشباب المهاجرين الدوليين إلى نسبة المهاجرين البالغين
33. نسبة الطلاب الجامعيين المغتربين حسب البلد الذي يدرسون فيه

تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

34. نسبة الشباب الذين استخدموا الحاسب الآلي خلال الاثنى عشر شهر الماضية
35. نسبة الشباب الذين استخدموا الانترنت خلال الاثنى عشر شهر الماضية

فيروس نقص المناعة البشرية/ الايدز

36. نسبة الشباب المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز
37. نسبة الشباب الذين لديهم معرفة شاملة بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الايدز
38. نسبة الشباب الذين استخدموا الواقي عند ممارسة الجنس المحفوف بالمخاطر آخر مرة
- 38A. نسبة الشابات الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية

النزاع المسلح

39. عدد الشباب المهاجر حسب الموطن الأصلي

العلاقة بين الأجيال

40. وسيط عمر السكان

مؤشرات مقترحة إضافية

- نسب وفاة الشباب بسبب حوادث الطريق
- نسبة الشباب المدخنين
- نسبة الشباب الذين يتعاطون الكحوليات
- عدد الأطفال المحتجزين لكل 1000 من السكان
- نسب الشباب الذين وقعوا ضحايا لجرائم

17. الغايات والأهداف المتعلقة برصد تقدم الشباب في سياق الاقتصاد العالمي*

Goals and Targets for Monitoring the Progress of Youth in the Global Economy

العولمة

الهدف 1: تعزيز الفرص المتاحة للشباب للمشاركة في الاقتصاد العالمي

الغاية 1 - 1: بحلول عام 2015، صوغ وتنفيذ سياسات وبرامج ترمي إلى زيادة عدد الفرص التعليمية والتبادلات الثقافية عبر الحدود فيما بين الشباب

الغاية 1 - 2: بحلول عام 2015، زيادة عدد الاتفاقيات الدولية المتعلقة بالاعتراف بالمؤهلات التعليمية، بما فيها المهنية، بناء على الاتفاقات الدولية القائمة

الغاية 1 - 3: بحلول عام 2015، كفالة أن تتوافر لجميع الشباب، بمن فيهم الأشد ضعفا وتهميشا، إمكانية اكتساب الهوية القانونية

الغاية 2 - 1: فيما بين عامي 2005 و2015، تقليل نسبة الشباب المفتقرين إلى الحماية بمقدار النصف

الهدف 2 : تقليل التأثير السلبي للعولمة على الشباب إلى أدنى حد ممكن

الغاية 2 - 2: فيما بين عامي 2005 و2015، تحقيق زيادة بنسبة 50 في المائة في التغطية ببرامج الإدماج الاجتماعي الموجهة إلى الشباب المهمش، وبخاصة المهاجرون الشباب

الغاية 3 - 1: فيما بين عامي 2005 و2015، تصنيف نسبة الأسر المعيشية التي يرأسها شباب وتعيش في فقر مدقع، مع كفالة ألا تعاني الأسر التي يرأسها شابات من الفقر على نحو غير متناسب

الغاية 3 - 2: ما بين عام 2005 و2015، تصنيف نسبة الشابات والشبان الذين لا تتوافر لهم المياه والمرافق الصحية والطاقة الكهربائية والرعاية الصحية وغيرها من الخدمات الأساسية

الفقر والجوع:

الهدف 3 : القضاء على الفقر المدقع بالنسبة للشابات والشباب

الغاية 3 - 3: كفالة إشراك الشباب والشبان، عن طريق منظمات الشباب، في صوغ وتنفيذ ورصد وتقييم الاستراتيجيات الوطنية للتنمية و/أو الحد من الفقر

الغاية 3-4: فيما بين عامي 2005 و 2015 ، تصنيف نسبة الشباب المفتقرين إلى المأوى أو المسكن اللائق

الغاية 3 - 5: فيما بين عامي 2005 و 2015 ، تحقيق زيادة قدرها ٥٠ في المائة في نسبة الشباب والشبان الذين تتوافر لهم فرص الحصول على خدمات التمويل المتناهي الصغر أو غيرها من الخدمات المالية

الغاية 4-1: فيما بين عامي 2005 و 2015 ، تصنيف نسبة الشباب والشبان الذين يعانون من الجوع

الغاية 4 - 2: فيما بين عامي 2005 و 2015 ، تصنيف نسبة الشباب والشبان الذين لا تتوافر لهم سبل مضمونة للحصول على الغذاء المأمون والمغذي

الغاية 4 - 3: كفالة فرص الحصول المتكافئ على المعونة الغذائية حال لزومها للشباب والشبان في حالات الأزمات

الغاية 4 - 4: بحلول عام 2015 ، صوغ وتنفيذ سياسات ترمي إلى توفير المعلومات عن التغذية وأساليب المعيشة الصحية

الهدف 4 : كفالة التوافر العادل للأغذية المأمونة والمغذية لجميع الشباب والشبان

التعليم:

الغاية 5 - 1: تحقيق تعميم إمكانية الحصول على التعليم الأساسي الجيد وكفالة المساواة بين الجنسين في التعليم بحلول عام 2015

الغاية 5 - 2: فيما بين عامي 2005 و 2015 ، تحقيق زيادة قدرها 50 في المائة في نسبة الطلاب الذين يتمون مرحلة التعليم الثانوي

الغاية 5 - 3: بحلول عام 2015 ، صوغ وتنفيذ سياسات ترمي إلى تشجيع الانتقال إلى مراحل التعليم الجيد التالية للمرحلة الثانوية، بما في ذلك التعليم المهني والبرامج غير الرسمية وغيرها من فرص بناء القدرات

الهدف 5 : تعزيز فرص الحصول على التعليم الجيد وكفالة أن يكون تعليم الشباب بنوعيه الرسمي وغير الرسمي داعما لاستمرار عملية التعلم وتنمية المهارات مدى الحياة

الغاية 5 – 4: كفالة توافر فرص التعليم المهني والتقني والتدريب على المهارات لجميع الشباب بحلول عام 2015

الغاية 5 – 5: بحلول عام 2015 ، صوغ وتنفيذ نظم وطنية لضمان الجودة في التعليم بناء على معايير وأدوات متفق عليها دولياً

الغاية 5 – 6: بحلول عام 2015 ، تحقيق زيادة بمقدار الثلثين في نسبة الشابات والشبان الذين لديهم القدرة على استخدام الحواسيب والإنترنت بوصفهما أداة للتعلم واكتساب المعرفة

العمالة

الهدف 6 : زيادة فرص العمل الكريم والمنتج المتاحة للشابات والشبان

الغاية 6 – 1: فيما بين عامي 2005 و 2015 ، تصنيف نسبة الشباب غير المندرجين في إطار التعليم ولا في إطار العمالة

الغاية 6 – 2: فيما بين عامي 2005 و 2015 ، تصنيف نسبة الشباب العاملين في وظائف ذات وضع ضعيف

الغاية 6 – 3: بحلول عام 2015 ، تضيق الفجوة بين معدلات بطالة الشباب ومعدلات بطالة الكبار

الغاية 7 – 1: بحلول عام 2015 ، صوغ وتنفيذ سياسات وتشريعات وطنية بشأن العمالة تشمل على عناصر تستهدف الاهتمام باحتياجات الفئات الضعيفة المحددة من الشباب

الهدف 7 : القيام، بالتعاون مع الأطراف المعنية ذات الصلة، بصوغ وتنفيذ استراتيجيات وطنية لتوفير العمل الكريم والمنتج للشابات والشبان

الغاية 7 – 2: بحلول عام 2015 ، صوغ وتنفيذ سياسات وطنية ترمي إلى تعزيز عملية الانتقال بين طور التعليم وطور العمالة الكريمة والمنتجة

الغاية 7 – 3: بحلول عام 2015 ، صوغ وتنفيذ سياسات وطنية ترمي إلى كفالة توافر المعلومات والمعارف والخدمات المالية للشباب المحتمل أن يشتغلوا بالأعمال الحرة

الملاحق

معجم المصطلحات

Glossary

أجنبي يقيم بصورة غير شرعية: (نطلق عليه أحياناً صفة الأجنبي غير المسجل في الوثائق الرسمية) أجنبي يدخل البلاد دون أن تفحص أوراقه رسمياً أو بدون مستندات سليمة أو يكون قد خرق الشروط القانونية التي دخل على أساسها، كأن يبقى في بلد – على سبيل المثال – أكثر من المدة المقدرة له بمقتضى تأشيرة الدخول كسائح أو طالب.

الإحصاءات الحيوية: البيانات الديموجرافية الخاصة بالمواليد والوفيات ووفيات الأجنة والزواج والطلاق.

الإسقاطات السكانية: حساب التغيرات التي يتوقع حدوثها في المستقبل في عدد السكان، على أساس افتراضات معينة بالنسبة لمستقبل الاتجاهات في معدلات الخصوبة والوفاة والهجرة. وغالباً ما يستخدم خبراء الدراسات السكانية تنبؤات منخفضة، ومتوسطة، وعالية للسكان ذاتهم استناداً إلى افتراضات مختلفة حول كيفية تغير هذه المعدلات في المستقبل.

انعدام النمو السكاني: يتحقق استقرار في وضع السكان عندما يصل معدل نموهم إلى الصفر ويحدث هذا عندما يتعادل عدد المواليد بالإضافة إلى الهجرة الوافدة، مع عدد الوفيات بالإضافة إلى الهجرة الخارجة.

القوة الدافعة للسكان: اتجاه النمو السكاني نحو الاستمرار وذلك بعد أن تصل الخصوبة إلى المستوى الإحلالي نتيجة تركيز مجموعات السكان في سنوات الإنجاب.

انفجار سكاني: هو تعبير يستخدم في وصف الاتجاه العالمي للنمو السكاني المتزايد والسريع الذي يتميز به القرن العشرون والنتائج عن ارتفاع معدل المواليد العالمي بدرجة كبيرة عن معدل الوفيات العالمي.

الانكماش السكاني: حالة انخفاض عدد السكان.

التحليل لفترة معينة: ملاحظة السكان في فترة زمنية معينة. ومثل هذا التحليل يلتقط (لقطة سريعة) للسكان في فترة زمنية قصيرة نسبياً. وتعتبر معظم المعدلات التي تستخرج من بيانات الفترة الزمنية بأنها معدلات خاصة بفترة زمنية وذلك بالمقارنة مع المعدلات الفوجية.

التحليل الفوجي: ملاحظة السلوك الديموجرافي لفوج من السكان يشترك في صفة معينة على مدى الحياة أو خلال فترات زمنية عديدة. وعلى سبيل المثال، دراسة السلوك الإنجابي لفوج من النساء قد ولد بين عامي 1940، 1945 خلال جميع سنين قدرتهن على الإنجاب. وتعتبر المعدلات المشتقة من هذا التحليل الفوجي مقاييس فوجية. قارن ذلك بتحليل الفترة الزمنية.

التسجيل السكاني: نظام حكومي لتجميع بيانات عن الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية للسكان جميعاً أو لقسم منهم وتسجيلها بصورة مستمرة. وتعتبر الدنمارك والسويد بين الدول التي تحافظ على سجلات شاملة لأغراض الدراسات السكانية، وتقوم فيها بتسجيل الأحداث الرئيسية (الميلاد – الزواج – التنقل – الوفاة ... إلخ) التي تحدث لكل فرد، ومن ثم تتوفر في أي وقت معلومات حديثة عن السكان جميعاً. وهناك دول أخرى كالولايات المتحدة تنظم سجلات للأغراض الإدارية كسجلات الضمان الاجتماعي أو سجلات الناخبين ... إلخ.

تعداد السكان: دراسة دقيقة شاملة لمنطقة معينة تشمل عدد السكان بأكملهم وتجميع بيانات حول الجوانب الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية المتعلقة بهؤلاء السكان في زمن معين.

تعمر المجتمع السكاني: عملية تدريجية تزايد فيها نسبة الكبار والمسنين بين السكان، بينما تنخفض نسبة الأطفال والمراهقين. ويؤدي هذا إلى ارتفاع العمر الوسيط للسكان وتحدث ظاهرة التعمر عندما تنخفض معدلات الخصوبة في الوقت الذي يبقى العمر المتوقع ثابتاً أو يتحسن في الأعمار الأكبر.

سياسة الحد من النمو السكاني: هي السياسة التي تتبعها حكومة أو مجتمع أو جماعة ما لإبطاء النمو السكاني بمحاولة الحد من عدد المواليد، وقد يطلق ذلك على سياسات تنظيم الأسرة.

التركيب العمري والنوعى للسكان: هو تكوين السكان حسب عدد أو نسبة الذكور والإناث في كل فئة من فئات العمر. ويعتبر تكوين السكان حسب العمر والنوع النتيجة المجمعة لاتجاهات الماضي المتعلقة بالخصوبة والوفاة والهجرة. والبيانات الخاصة بالتركيب العمري والنوعى للسكان متطلب أساسي لوصف وتحليل أنواع كثيرة من البيانات الديموجرافية. انظر الهرم السكاني.

التنقل أو الحراك: التنقل الجغرافي للسكان.

تنظيم الأسرة: ما يلجأ إليه الزوجان لتنظيم عدد أطفالهما والفواصل الزمنية بين كل طفل وآخر. ويفهم تنظيم الأسرة في العادة على أنه استخدام وسائل تنظيم النسل لتجنب الحمل، ولكنه يشمل أيضاً الجهود التي يبذلها الزوجان لإحداث الحمل.

التميط (المعايرة): هو وسيلة فنية إحصائية تستخدم لتعزيز المقارنة بين السكان بالتحكم في تأثير اختلاف تكوينها العمري. وقد تستخدم هذه الوسيلة الفنية كذلك في التعديلات المتعلقة بعناصر أخرى.

التوزيع السكاني: نماذج الاستيطان وتوزيع السكان.

توقع الحياة: متوسط عدد السنوات الإضافية التي يمكن أن يعيشها إنسان إذا استمرت الاتجاهات الحالية للوفاة على حالها. وتوقع الحياة عند الميلاد هو الأكثر شيوعاً من حيث الاستخدام.

توماس ر. مالثوس: (ولد في عام 1776 وتوفي في عام 1834) رجل دين إنجليزي واقتصادي مشهور بنظريته (الموضحة في مقال حول مبدأ السكان) والتي جاء فيها أن سكان العالم يميلون إلى الزيادة أسرع مما تزيد الموارد الغذائية، وأنه ما لم يتم التحكم في الخصوبة عن طريق الزواج المتأخر أو التبتل، فيتعين أن تقع المجاعات والردائل والأمراض والحروب بدورها كوسيلة طبيعية لتحديد حجم السكان. انظر المalthوسية الجديدة أيضاً.

جدول الحياة: عرض جدولي للعمر المتوقع واحتمال الوفاة في كل سن لمجتمع سكاني معين، وطبقاً لمعدلات الوفيات الخاصة بالعمر السائدة في ذلك الوقت. وتقدم جداول الحياة صورة منظمة وكاملة لظاهرة الوفاة بين السكان.

الحالة المرضية (المراسة): مدى انتشار مرض أو علة بين السكان.

الحد الأقصى للسكان: هو الحجم الأقصى للسكان المقيمين في نظام اجتماعي بيئي معين الذين يمكن مدهم بأسباب الحياة.

الخصوبة: القيام الفعلي بعملية التناسل من جانب فرد أو زوجين أو جماعة أو مجتمع.

الديموجرافيا: المقطع الأول "ديمو" يعني باليونانية "الناس" والمقطع الثاني وهو "جرافي" ويعني "الدراسة" أى الدراسة العلمية للمجتمعات السكانية، وتشمل الدراسة الحجم والتركيب والتوزيع والتغير وغير ذلك من الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية وأسباب أي تغيرات في هذه العناصر وعواقب هذه التغيرات.

الزيادة الطبيعية: هي زيادة (أو نقصان) المواليد عن الوفيات بين السكان في فترة زمنية معينة.

زيادة السكان: الزيادة الإجمالية للسكان نتيجة تفاعل عناصر المواليد والوفيات والهجرة بين السكان في فترة زمنية معينة.

المسح: دراسة ميدانية على عينة من السكان ويستخدم عادة للتعرف على الخصائص الديموجرافية أو الاتجاهات الخاصة بشريحة من الشرائح السكانية.

الزواجية: مدى حالات الزواج وخصائصه وفك رباط الزواج بين السكان.

السكان: مجموعة من الكائنات الحية من نفس الفصيلة والنوع.

المجتمع الفتى: مجتمع يتصف بنسبة عالية نسبياً من الأطفال والصبية والشبان، ويتصفون بانخفاض العمر الوسيط، ومن ثم يتصفون بنمو عال محتمل.

المجتمع المستقر (أو ثابت النمو): مجتمع ينمو سكانه بمعدل غير متغير وتركيب عمري مستقر، بسبب بقاء معدلات المواليد والوفيات الخاصة بالعمر ثابتة على امتداد فترة كافية من الزمن.

المجتمع المعمر: سكان منطقة ما يتصفون بنسبة عالية نسبياً من الأشخاص في مرحلة متوسطة من العمر أو من المسنين ويزيد فيه وسيط العمر، ومن ثم فإنهم يتصفون باحتمال نمو أقل.

سنوات الإنجاب: مدة العمر التكاثري للمرأة الذي يفترض ولأغراض إحصائية أنه ما بين سن 15 – 49 عاماً. وفي الولايات المتحدة يستخدم السن 15 – 44 عاماً.

سياسة زيادة النسل: السياسة التي تتبعها حكومة أو مجتمع أو جماعة لزيادة نمو السكان بمحاولة زيادة عدد المواليد.

السياسة السكانية: الإجراءات الظاهرة أو الضمنية التي تتخذها الحكومات للتأثير على حجم السكان أو نموهم أو توزيعهم أو تكوينهم.

العدد الأمثل للسكان: العدد الأمثل للسكان الذي يمكن تحقيقه في سنة معينة بالمقارنة بالعدد الزائد عن الحد والعدد الذي ينقص عن الحد.

سن الإنجاب: انظر سنوات الإنجاب.

العمر الوسيط: العمر الذي يفصل السكان إلى مجموعتين متساويتين عددياً، بمعنى أن نصف السكان أصغر من هذا العمر ونصفهم أكبر منه.

فوج: مجموعة من السكان تشترك في ظاهرة ديموجرافية مؤقتة وتجري ملاحظاتهم عبر فترة زمنية. على سبيل المثال، مجموعة مواليد عام 1900 يعني أولئك الذين ولدوا في ذلك العام. وهناك أيضاً أفواج الزواج وفوج الفصل الدراسي ... إلخ.

الكثافة السكانية: عدد السكان لكل وحدة من مساحة الأرض. وعلى سبيل المثال، عدد الأشخاص لكل ميل مربع أو لكل كيلو متر مربع من الأرض الزراعية.

المalthوسية الجديدة: نظرية تؤيد تحديد النمو السكاني باستخدام وسائل منع الحمل (لم يؤيد مalthوس نفسه منع النسل كعلاج للنمو السكاني المتسارع).

متوسط العمر: الوسط الحسابي لأعمار السكان.

نطاق المدينة الكبيرة (المتروبوليتان): تجمع كبير للسكان، عادة ما تكون منطقة تضم 100000 أو أكثر من السكان، وتضم على الأقل مدينة واحدة يسكنها 50000 أو أكثر من السكان، وتلك المناطق الإدارية المتاخمة للمدينة والتي تندمج اجتماعياً واقتصادياً معها. وتتفاوت المعايير المحددة لنطاق المدينة الكبيرة من دولة إلى أخرى.

المجتمع الثابت: السكان في حالة ثبات حيث يبلغ فيه معدل النمو صفراً (بسبب تساوي معدل المواليد مع معدل الوفيات) والتكوين العمري فيه ثابت أيضاً.

المجتمع المغلق: حيث لا يتعرض السكان لأي هجرة وافدة أو نازحة ومن ثم فإن التغيرات في حجم السكان تحدث عن طريق المواليد والوفيات فقط.

توقع الحياة: الحد الأقصى للعمر الذي يمكن أن يصله البشر في ظل الظروف الحياتية.

رتبة المولود: عدد الأطفال أحياء الذين ولدتهم امرأة من قبل وإذا قلنا على سبيل المثال "نساء في المرتبة الثانية" فإن ذلك يعني أن كلا منهن أنجبت حتى الآن طفلين، وإذا قلنا "نساء في مرتبة الصفر" فمعناه أنهن لم ينجبن أطفالاً حتى الآن.

المستوى الإحلالي للخصوبة: هو مستوى الخصوبة الذي عنده يكون لدى جيل من النساء عدد من البنات (في المتوسط) يكفي ليحل محلهن. وبمقتضى هذا التعريف فإن مستوى الإحلال يساوي معدل التكاثر الصافي الذي تبلغ قيمته واحد صحيح. ويستخدم معدل الخصوبة الكلية أيضاً للدلالة على الخصوبة عند مستوى الإحلال. وفي الدول الأكثر تقدماً مثل الولايات المتحدة يعتبر معدل الخصوبة الكلية البالغ 2,1 هو المعدل عند مستوى الإحلال.

معادلة التوازن لنمو السكان: هي صيغة ديموجرافية أساسية تستخدم لتقدير إجمالي التغير السكاني بين فترتين زمنيتين – أو تقدير عنصر غير معروف من عناصر التغير السكاني شريطة أن تكون العناصر الأخرى معروفة.

وتشمل معادلة التوازن جميع عناصر التغير السكاني ...
المواليد، الوفيات، الهجرة للبلاد والهجرة الداخلية
والخارجية.

معدل الإجهاض: الرقم التقديري لعدد حالات الإجهاض لكل
1000 من النساء فيما بين سن 15 – 49 في سنة معينة.

معدل الخصوبة العام: (يشار إليه أيضاً بمعدل الخصوبة)
عدد المواليد أحياء لكل 1000 من النساء تتراوح أعمارهن
بين 15 – 49 فس سنة معينة.

معدل الخصوبة الكلية: متوسط عدد الأطفال الذين تتجهم
امراة (أو مجموعة من النساء) خلال حياتها (حياتهن) إذا
كانت ستسلك خلال سنوات حياتها الانجابية مسلكاً يتمشى
مع معدلات الخصوبة العمرية في سنة معينة. (انظر أيضاً
معدل التكاثر الإجمالي والصافي).

الخصوبة المكتملة: عدد الأطفال الذين يولدون لكل امرأة
ضمن فوج من النساء أكملن حياتهن الإنجابية. (متوسط
عدد المواليد احياء للنساء 45-49 سنة).

معدل الإصابة: عدد الأشخاص الذين يصابون بمرض منسوب
إلى السكان الذين يتعرضون للإصابة بالمرض لكل فترة
زمنية محددة.

معدل الانتشار: عدد الأشخاص الذين يعانون من مرض معين
في زمن ما بالنسبة للسكان المعرضين لهذا المرض.

معدل البقاء على قيد الحياة: نسبة الأشخاص في مجموعة
معينة (من حيث العمر أو النوع أو الحالة الصحية ... إلخ)
الأحياء في بداية فترة زمنية (وقد تكون خمس سنوات)
الذين يظلون على قيد الحياة في نهاية تلك الفترة.

معدل إعادة الزواج: عدد الزوجات لكل 1000 من الأشخاص
الذين سبق زواجهن (الأرامل والمطلقات) في سنة معينة.
ويحسب للرجال أيضاً.

معدل التكاثر الإجمالي: متوسط عدد البنات اللاتي يمكن أن
تلدهن امرأة (أو مجموعة من النساء) أحياء خلال حياتها

(حياتهن) إذا سلكت (سلكن) خلال سنوات قدرتها (قدرتهن) على إنجاب الأطفال مسلماً يتمشى مع معدلات الخصوبة العمرية لسنة معينة. انظر معدل التكاثر الصافي ومعدل الخصوبة الكلية.

معدل التكاثر الصافي: متوسط عدد البنات اللاتي يمكن أن تلدهن امرأة (أو مجموعة من النساء) إذا سلكت (سلكن) في حياتها (حياتهن) منذ مولدها بما يتمشى مع معدلات الخصوبة والوفيات الخاصة بالعمر السائدة في سنة معينة. وهذا المعدل يشبه معدل التكاثر الإجمالي، ولكنه يدخل في اعتباره أن بعض النساء سوف يتوفين قبل أن يكملن سنوات الإنجاب. ومعدل التكاثر الصافي يعني أن لكل جيل من الأمهات عدداً كافياً من البنات ليحل محلهن بين السكان. (انظر معدل التكاثر الإجمالي، الخصوبة عند مستوى الإحلال ومعدل الخصوبة الكلية).

معدل التبليغ عن الحالات: عدد الحالات المسجلة لمرض معين لكل 100000 من السكان في سنة معينة.

المعدل العمري: هو المعدل الذي يحسب لمجموعات عمرية معينة (وعلى سبيل المثال المعدلات العمرية للخصوبة، للوفيات، للأمية، للزواج، للقيود بالمدارس، للمشاركة في قوة العمل ... إلخ).

المعدل الخام: معدل أي حدث ديموجرافي على مستوى السكان جميعاً.

معدل الخصوبة الزوجية: عدد المواليد أحياء لكل 1000 من النساء المتزوجات اللواتي تتراوح أعمارهن فيما بين 15 – 49 في سنة معينة.

معدل الزيادة الطبيعية: زيادة (أو نقص) معدل المواليد على معدل الوفيات في فترة زمنية معينة.

معدل الزواج الخام: عدد الزيجات لكل 1000 من السكان في سنة معينة.

معدل الطلاق الخام: عدد حالات الطلاق لكل 1000 من السكان في سنة معينة.

معدل المواليد الخام: هو عدد المواليد لكل 1000 من السكان في منتصف سنة معينة. ويجب عدم الخلط بين معدل المواليد ومعدل النمو.

معدل النمو: المعدل الذي يزيد به السكان (أو يقلون) في منتصف سنة معينة بسبب الزيادة الطبيعية وصافي الهجرة ويعبر عنه في صورة نسبة من السكان الأصليين.

معدل الوفيات الخام: هو عدد الوفيات بين كل 1000 من السكان في منتصف سنة معينة.
نسبة الوفاة بين الحالات: نسبة الوفيات من مرض معين إلى عدد المصابين بهذا المرض.

نسبة وفيات الأمومة: عدد الوفيات بين النساء بسبب مضاعفات الحمل أو الولادة أو النفاس لكل 100000 من المواليد أحياء في سنة معينة.

معدل الوفيات حسب السبب: معدل الوفيات التي تعزي إلى سبب محدد لكل 100000 نسمة في سنة معينة.

معدل احتمال وفيات الرضع: عدد وفيات الرضع الأقل من عام في سنة معينة لكل 1000 من المواليد أحياء في تلك السنة.

معدل احتمال وفيات حديثي الولادة: عدد الوفيات بين الأطفال الأقل من 28 يوماً من العمر في سنة معينة لكل 1000 من المواليد أحياء في تلك السنة.

معدل احتمال وفيات ما حول الولادة: عدد وفيات الأجنة بعد 28 أسبوعاً من الحمل (وفيات الأجنة في مرحلة متأخرة) بالإضافة إلى عدد الوفيات من المواليد الأقل من سبعة أيام من العمر لكل 1000 من المواليد أحياء.

معدل الهجرة الخارجة: عدد المهاجرين الذين يغادرون منطقتهم الأصلية لكل 1000 من السكان في تلك المنطقة في سنة معينة.

معدل الهجرة الوافدة: عدد المهاجرين الوافدين الذين يصلون إلى جهة معينة لكل 1000 من سكان تلك الجهة في سنة معينة.

الحضر: تختلف الدول بدرجة كبيرة في تعريفها لما يعتبر حضرياً أو ريفياً من السكان، وهناك نوعان من التعريفات يعتمد أحدهما على خصائص المكان والتحديد الإداري لهذا المكان والتعريف الثاني يعتمد على عدد السكان في هذا المكان، وتنتشر سنوياً قائمة بالتعريفات الخاصة بالحضر في الكتاب الديموجرافي السنوي للأمم المتحدة.

التحول الديموجرافي: التحول التاريخي في معدلات المواليد والوفيات من مستويات عالية إلى مستويات منخفضة. وانخفاض الوفيات يسبق عادة انخفاض الخصوبة، ومن ثم يؤدي ذلك إلى نمو سكاني سريع خلال فترة التحول.

الانخفاض الداخلي للسكان: تغير في توزيع السكان من طابع المجموعات الضئيلة المشتتة التي تعتمد على تنوعات بيئية مختلفة إلى مجتمعات صناعية أو زراعية يتكاثف الاستيطان فيها بدرجة نسبية. ويعتبر زيادة سكان الحضر من الظواهر الحديثة الرئيسية للانفجار الداخلي للسكان.

نسبة الإجهاض: الرقم التقديري لعدد حالات الإجهاض لكل 1000 من المواليد أحياء في سنة معينة.

نسبة الأطفال إلى النساء: عدد الأطفال أقل من الخامسة من العمر لكل 1000 امرأة من السكان بين سن 15 - 49. ويستخدم هذا المقياس غير الدقيق والذي يعتمد على البيانات الأساسية للتعداد أو المسح عندما لا تتاح بيانات أكثر تحديداً حول الخصوبة.

نسبة الأعمالة الاقتصادية: نسبة الأشخاص الذين هم خارج القوى العاملة إلى الأشخاص الذين هم داخل القوى العاملة.

نسبة الإعالة الديموجرافية: نسبة الأشخاص الذين هم في سن أقل من 15 سنة والأشخاص الذين هم في سن 65 سنة أو أكثر إلى الأشخاص الذين هم في سن 15 - 64.

نسبة النوع: هي عدد الذكور لكل مائة من الإناث بين السكان.

نظرية "الطرد والجذب": هي نظرية هجرة ترجح أن الظروف في المنطقة الأصلية (كالفقر والبطالة) تدفع السكان خارج تلك المنطقة إلى أماكن أخرى تمثل مناطق جذب إيجابية (بسبب توفر عناصر رئيسية كمستويات المعيشة المرتفعة وفرص العمل).

الهجرة: تنقل الناس عبر حدود معينة لغرض الإقامة الجديدة الدائمة فيها. وتنقسم إلى هجرة دولية (أو الهجرة بين الدول) وهجرة داخلية (الهجرة من مكان إلى آخر داخل الدولة الواحدة).

الهجرة الداخلية الخارجة: عملية مغادرة شخص للمنطقة الإدارية التي يقيم فيها بغرض الإقامة في تقسيم إداري آخر بنفس الدولة أو المحافظة.

الهجرة الدولية إلى الخارج: عملية مغادرة المرء إلى دولة أخرى بغرض الإقامة الدائمة.

الهجرة الداخلية الوافدة: عملية دخول منطقة إدارية داخل البلد (على سبيل المثال مديرية أو محافظة) من منطقة إدارية أخرى بغرض الإقامة.

الهجرة الصافية: هي الأثر الصافي للهجرة إلى منطقة إدارية معينة والهجرة الخارجة منها في فترة زمنية معينة، ويعبر عنها في صورة زيادة أو نقص.

الهجرة الدولية الوافدة: عملية دخول دولة ما انتقالاتاً من دولة أخرى بغرض الإقامة.

هجرة العقول: هو نزوح قدر كبير من السكان أصحاب المهارات والكفاءات العلمية والفنيين وفي العادة يتجهون إلى دول تتيح لهم فرصاً اقتصادية واجتماعية أفضل (وعلى سبيل المثال نزوح الأطباء من دولة نامية لممارسة الطب في دولة متقدمة).

الهرم السكاني: نوع خاص من الرسوم البيانية يحدد بالأعمدة الأفقية توزيع السكان حسب العمر والنوع بشكل هرمي، وتظهر البيانات الخاصة بالسكان الأصغر سناً في قاعدة الهرم. والبيانات الخاصة بالذكور على اليسار والبيانات الخاصة بالإناث على اليمين.

الوقت اللازم لتضاعف السكان: عدد السنوات التي تلزم سكان منطقة ما كي يتضاعف عددهم الحالي على أساس المعدل الراهن للنمو السكاني.

فترة طفرة المواليد: هي الفترة التي تلت الحرب العالمية الثانية من عام 1946 – 1964 وكانت تتميز بارتفاع سريع في معدلات الخصوبة وفي العدد المطلق للمواليد.

فترة تقلص الإنجاب: هي الفترة التي جاءت مباشرة في أعقاب فترة طفرة المواليد و تتميز بانخفاض سريع في معدلات الخصوبة إلى مستويات متدنية لم تسجل من قبل ذلك.

تحديد النسل: ما يلجأ إليه الزوجان لتقليل احتمال الحمل. وكثيراً ما يستعمل تعبير تحديد النسل كمترادف لتعبيرات موانع الحمل وتحديد الخصوبة وتنظيم الأسرة.

القدرة الحملية للمجتمع: أقصى حجم سكاني يمكن ان يتحملة المجتمع في ظل نظام بيئي معين.

الأسرة المعيشية: شخص أو أكثر يشغلون وحدة سكنية.

معدل النمو الهندسي: يعتمد حساب معدل النمو السكاني بالطريقة الهندسية على اعتبار ان السكان يتزايدون باستمرار نتيجة زيادة حجم السكان وبالتالي يكون معدل النمو السكاني خاضعاً للتغير السنوي المركب حيث يزيد حجم السكان في بداية كل فترة مؤدياً الى زيادة اكبر في الفترة التالية اعتماداً على نظرية المتوالية الهندسية.

معدل النمو الأسّي: يعتمد حساب هذا المعدل على ان عملية النمو متواصلة ومستمرة وليست زيادة منتظمة، كما في الطريقة الهندسية وهو يعطى معدلات اكثر دقة من المعدل الهندسي اعتماداً على نظرية المتوالية الهندسية.

تعريف الهبة الديمغرافية: تعرّف "الهبة الديموجرافية" أو "النافذة الديموجرافية" بطرق وأساليب عديدة تختلف في تعابيرها ومصطلحاتها ولكنها تتفق كلها في المضمون الذي ملّخصه " انها المرحلة التي يبلغ فيها مجتمع ما الذروة في حجم السكان في سن العمل مقابل أدنى نسبة للسكان المعالين أي الأطفال والمسنين"، وهي مرحلة تدوم فترة

معنية، حدّدها البعض بجيل، يختل بعدها التوازن الإيجابي بين الفئات النشيطة والسكان المعالين وخاصة المسنين، كما يختصرها البعض في كونها "انفجار في جيل النشيطين".

مولود ناقص النمو: هو المولود الذى يزن أقل من 2.500 جرام عند ميلاده.

مراضة الامهات: هى الاعتلال او الاعاقة التى تحدث نتيجة أو على علاقة بالحمل أو الولادة أو فى فترة ما بعد الولادة (النفاس).

وفيات الامهات: هو وفاة الام وهى حامل أو أثناء الولادة أو خلال 42 يوما (6 أسابيع) من انتهاء الحمل ودائما ما يكون سبب الوفاة لسبب أو يزيد بالحمل أو بالتدخل فيه ولا يشمل الولادة بالحوادث أو أسباب أخرى ليس لها علاقة بالحمل.

العنف المبني على النوع: هو عنف موجه نحو شخص على أساس النوع أو الجنس ويشمل أى أفعال تؤدى إلى إيذاء أو معاناه بدنية أو عقلية أو جنسية أو تهديد أو اكراه أو تقييد للحرية ومن الأمثلة للعنف المبني على النوع العنف الجنسى –العنف الأسرى–الاجبار على ممارسة البغاء والممارسات التقليدية الضارة (مثل ختان الإناث والقتل بسبب الشرف والزواج القصرى).

العنف الأسرى: العنف الذى يحدث فى إطار الأسرة أو بين أفراد بينهم علاقات حميمية مثل ضرب الزوجات أو العنف ضد الأطفال، والمصطلح الأكثر دقة "هو العنف مع الشريك المقرب" ويعرف بأنه عنف أو تهديد بعنف جنسياً أو عضوياً أو نفسياً أو عاطفياً بواسطة شريك حالى أو سابق أو صديق أو صديقة حالياً أو سابقاً.

العنف ضد المرأة: هو أى عمل ينتج عنه أذى عضوى، جنسياً، أو عقلياً أو معاناه للنساء.

الغايات والاهداف الانمائية للألفية: هى مجموعة من الغايات والاهداف أقرها قادة العالم فى اجتماع الألفية للأمم المتحدة فى سبتمبر 2000 للقضاء على الفقر والجوع والمرض والامية والتغير المناخى والتمييز ضد المرأة.

الإنصاف: هو المساواة فى الفرص بين الإناث والذكور.

مصادر البيانات

Data Sources

تعدد البيانات السكانية من أهم الركائز الرئيسية اللازمة لعمليات التخطيط والتنمية الاقتصادية والاجتماعية حيث تساعد هذه البيانات في التعرف على خصائص المجتمع وأهم المشكلات السكانية وتساعد في إيجاد الحلول الناجحة لحلها والتغلب عليها.

ويجب ان تكون البيانات ذات مصداقية وموثوق بها وتعكس الواقع الفعلى لمجتمع الدراسة ويتم جمع البيانات السكانية من عدة مصادر أهمها:

التعدادات السكانية والتي تجرى بصفة دورية كل خمس أو عشر سنوات، وهى عملية حصر شامل لكافة الافراد وخصائصهم وظروفهم المعيشية فى بلد معين فى زمن معين.

السجلات الحيوية وهى التسجيل القانونى والاحصائى لبيانات الواجهات الحيوية مثل المواليد والوفيات والزواج والطلاق. وتتوقف دقة هذه السجلات على مدى شمول التسجيل ودقته.

المسوحات بالعينة وهو اسلوب لجمع البيانات تتعلق بخاصية او على مجموعة خصائص من جزء من المجتمع يسمى بالعينة . وتعطى المسوحات بالعينة نتائج على مستوى عال من الدقة اذا ماتوفرت الشروط الفنية لاختيار العينة وضمان تمثيلها للمجتمع.

السجلات السكانية أو الادارية والتي بدأ استخدامها يتزايد فى الوقت الحاضر وقد طرأ تحسن كبير فى العقود الاخيرة فى هذا المجال من حيث مدى توافر البيانات وجودتها نتيجة ماتقوم به المؤسسات الدولية والاقليمية فى مجال توحيد التعريفات وتطوير اساليب ومنهجيات جمع البيانات وتجهيزها وتحليلها سواء بالنسبة للتعدادات السكانية أو المسوحات بالعينة . مما زاد من جودة البيانات وتوسيع قاعدة المقارنات بين الدول. وتتوفر البيانات السكانية من خلال:

- الكتاب الديموجرافي السنوى الصادر عن الامم المتحدة منذ عام 1948 يقدم ثروته غنية من المعلومات عن السكان، ومعدلات المواليد والوفيات، وتوقع الحياة، وسكان المدن والعديد من الجداول الخاصة بالتعدادات الرسمية للسكان، كما يحتوي الكتاب السنوي على تعليقات وتفسيرات موجزة تعطي تعريفات ومؤشرات على جودة البيانات.
- كتاب الإحصاء السنوى والذي يصدر كذلك عن الامم المتحدة.
- المجموعة الاحصائية للبلاد العربية والتي تصدر عن جامعة الدول العربية: كتاب "اسقاطات سكان العالم" والذي يصدره قسم السكان بالامم المتحدة مرة كل عامين وهذه النشرة لها قيمة خاصة لما تحتويه من سلسلة زمنية من المعلومات الديموجرافية الثابتة والتي يتم اعادة تقييمها باستمرار عندما تجد معلومات اخرى.
- تقرير السكان والاحصاءات الحيوية الصادر عن مكتب احصاء الامم المتحدة وهو تقرير ربع سنوي يحتوي على احدث المعلومات الخاصة بالسكان ومعدلات المواليد والوفيات ووفيات الرضع.
- التقارير النوعية التي تصدرها منظمات الامم المتحدة المتخصصة بصفة دورية (غالباً) سنوياً مثل صندوق الامم المتحدة للسكان واليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية وكذلك البنك الدولي والمنظمات العربية الاقليمية.
- المجموعات الاحصائية التي تصدر عن الاجهزة الاحصائية بالدول العربية بصفة دورية وغالباً ماتكون سنوية.
- تقارير المسوحات التي يجريها المشروع العربي لصحة الأسرة PAPFAM والمسوحات المشابهة مثل المسح الديموجرافي الصحي العالمي (DHS) والمسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS) والمسح العالمي للصحة (WHO).

موسوعة ديموجرافية ثلاثية اللغات

Trilingual Thesaurus of Demographic Terms.

<u>English/بالإنجليزية</u>	<u>Arabic/بالعربية</u>	<u>French/بالفرنسية</u>
Vital statistics	الاحصاءات الحيوية	Statistiques d'état civil
Population projection	الاسقاط السكاني	Projection de population
Survey	المسح	Enquête
Population momentum	القوة الدافعة للسكان	Elan démographique
Period analysis	التحليل لفترة معينة	Analyse transversale
Census	التعداد العام	Recensement
Urbanization	التحضر	Urbanisation
Mobility	الحراك	Mobilité
Family planning	تنظيم الأسرة	Planning familial
Standardization	المعايرة	Normalisation
Fecundity	القدرة على الانجاب	Fertilité
Population distribution	توزيع السكان	Repartition de la population
Doubling time	فترة تضاعف السكان	Temps de doublement
Expectation of life	توقع الحياة	Esperance de vie
Life table	جدول الحياة	Table de mortalité
Morbidity	الحالة المرضية أو المرضاة	Morbidité
Fertility	الخصوبة	Fecondité
Demography	الديموجرافيا	Demographie
Negative population growth	تناقص عدد السكان	Croissance negative de population

Natural increase	الزيادة الطبيعية	Accroissement naturel
Population increase	الزيادة السكانية	Accroissement de la population
Nuptiality	الزواجية	Nuptialité
Population	السكان	Population
Childbearing years	سنوات الانجاب	Années de procreation
Pronatalist policy	سياسة مؤيدة للانجاب	Politique Pronataliste
Population policy	السياسة السكانية	Politique en matiere de Population
Net migration	صافى الهجرة	Migration nette
Optimum population	عدد السكان الامثل	Population optimale
Median age	العمر الوسيط	Age médian
Population density	كثافة السكان	Densité de population
Mean age	متوسط العمر	Age moyen
Young population	مجتمع فتى	Population jeune
Zero population growth	مجتمع عديم النمو	Croissance zero de population
Old population	مجتمع معمر	Population vieille
Stationary population	المجتمع الثابت	Population stationnaire
Stable population	المجتمع المستقر	Population stable
Life span	أمد الحياة	Longevité
Parity	الانجابية	Parité
Replacement level fertility	مستوي خصوبة الاحلال	Fecondité de remplacement
Balancing equation	معادلة التوازن	Equation d'équilibre
Abortion rate	معدل الاجهاض	Taux d'avortement
General fertility rate	معدل الخصوبة العام	Taux general de fecondite

Total fertility rate	معدل الخصوبة الكلية	Indice synthétique de fécondité
Completed fertility rate	معدل الخصوبة المكتملة	Taux de descendance complete
Incidence rate	معدل الاصابة	Taux d'incidence
Prevalence rate	معدل الانتشار	Proportion de malades
Survival rate	معدل البقاء على قيد الحياة	Taux de survie
Gross reproduction rate	معدل التكاثر الاجمالي	Taux brut de reproduction
Net reproduction rate	معدل التكاثر الصافي	Taux net de reproduction
Case rate	معدل التبليغ عن الحالات	Taux de Cas
Age specific rate	معدل خاص بالعمر	Taux par age
Crude rate	معدل خام	Taux brut
Net migration rate	معدل صافي الهجرة	Taux net de migration
Rate of natural increase	معدل الزيادة الطبيعية	Taux d'accroissement naturel
Marriage rate	معدل الزواج	Taux de mariage
Divorce rate	معدل الطلاق	Taux de divorce
Birth rate	معدل المواليد	Taux de natalité
Growth rate	معدل النمو	Taux de croissance
Death rate	معدل الوفيات	Taux de mortalité
Case fatality rate	معدل الوفاة بين الحالات	Taux de létalité
Maternal mortality rate	معدل وفيات الامومة	Taux de mortalité maternelle
Cause specific death rate	معدل الوفيات حسب السبب	Taux de mortalité par Cause
Infant mortality rate	معدل وفيات الرضع	Taux de mortalité infantile
Neo-natal mortality rate	معدل وفيات الرضع المبكرة	Taux de mortalité neonatale
Emigration rate	معدل الهجرة الخارجة	Taux d'émigration

Immigration	معدل الهجرة الوافدة	Taux d'immigration
Urban area	منطقة حضرية	Zone urbaine
Abortion ratio	نسبة الإجهاض	Rapport d'avortement
Child-woman ratio	نسبة الأطفال للنساء	Rapport enfants-femmes
Age dependency ratio	نسبة الإعالة العمرية	Rapport de dépendance en fonction de l'âge
Sex ratio	نسبة النوع	Rapport de masculinité
'Push-pull' hypothesis	فرضية " الطرد والجذب "	Hhypothèse du tandem
Exponential growth	النمو الأسى	Croissance exponentielle
Migration	الهجرة	Migration
Population pyramid	الهرم السكاني	Pyramide des âges
Mortality	الوفاة	Mortalité
Natality	الإنجاب	Natalité

المراجع

References

- الجهاز المركزي للإحصاء (2006) كتاب الإحصاء السنوي ، صنعاء.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء "2007" كتاب الإحصاء السنوي 2006 - القاهرة.
- الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري (2008) المسح العنقودي الثالث متعدد المؤشرات - تونس.
- الديوان الوطني للإحصائيات (2008) "الجزائر في أرقام" - الجزائر.
- الزناتي، فاطمة وآن واي (2009) المسح السكاني الصحي- مصر 2008، وزارة الصحة السكان وآخرون - القاهرة.
- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية (الاسكوا) 2005، تقرير السكان والتنمية العدد الثاني "النافذة الديموجرافية فرصة للتنمية في البلدان العربية " نيويورك.
- المعهد الوطني للإحصاء (2005)، التعداد العام للسكان والسكني عام 2004 - تونس.
- المكتب المركزي للإحصاء (2008)، المجموعة الإحصائية السنوية "الإصدار 61"، دمشق.
- الهيئة السورية لشؤون الأسرة (2008)، حالة سكان سورية التقرير الوطني الأول، دمشق.
- الهيئة العامة للاجئين الفلسطينيين العرب (2008)، المسح العنقودي متعدد المؤشرات الثالث في المخيمات وتجمعات اللاجئين الفلسطينيين في سوريا، دمشق.
- إدارة الإحصاءات الوطنية والدراسات الديموجرافية (2004) والمسح الجبوتي لصحة الأسرة، التقرير الرئيسي - جبوتي.

- إدارة السياسات السكانية والهجرة (2006) التقرير الإقليمي لهجرة العمل العربية - جامعة الدول العربية - القاهرة.
- دائرة الإحصاءات العامة (2008) مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن 2007، عمان- الأردن.
- عبد المجيد فراج " 1975 الأسس الإحصائية للدراسات السكانية - دار التربية للطباعة - القاهرة.
- مرال توتليان ومريانا الخياط وأحمد عبد المنعم (2005)، المسح اللبناني لصحة الأسرة "التقرير الرئيسي" وزارة الشؤون الاجتماعية والمشروع العربي لصحة الأسرة القاهرة.
- مركز التدريب والدراسات السكانية (2001)، أساسيات علم السكان: طرق وتطبيقات جامعة صنعاء - اليمن.
- هشام مخلوف وعزت الشيشيني، (2006)، السكان والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة (تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في مصر) جمعية الديموجرافيين المصريين - القاهرة .
- وزارة الصحة والمشروع العربي لصحة الأسرة ومؤسسة ماكروا انترناشونال الدولية (2005)، الرباط - المغرب.
- Kpedekpo, "G M K" The essentials of Demographic analysis, New Delhi.
- Siegel, J. and Swanson, D (2004) The method sand Materials of Demography, Elsevier press, New York.

أهم المؤسسات والمنظمات العاملة في مجالات البحوث والدراسات السكانية

Organisations working on Population Research and Studies

African Population and Health Research Center (APHRC)
www.aprhrc.org

Allan Guttmacher Institute
www.guttmacher.org

Alliance for Cervical Cancer Prevention
www.alliance-cxca.org

Center for Migration Policy
www.migrationpolicy.org

Center for Reproductive Rights
reproductiverights.org

Committee for International Cooperation in National Research in
Demography
www.cicred.org

Demographic and Health Surveys
www.measuredhs.com

Demographic Yearbook
unstat.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2006.htm

Disease Control Priorities Project (DCPP)
www.dcp2.org

Global Health Council
www.globalhealth.org

GlobalHealthReporting
www.globalhealthreporting.org

The East-West Center
www.eastwestcenter.org

Eurostat (Statistical Office of the European Commission)
epp.eurostat.ec.europa.eu

IIASS (International Institute for Applied Systems Analysis)
www.iiasa.ac.at

INED (Institute national d'études démographiques)
www.ined.fr

Info Project
www.infoforhealth.org

International Consortium for Emergency Contraception
www.cecinfo.org

International Labour Organization
www.ilo.org

Ipas
www.ipas.org

Millennium Project.
www.millenniumproject.org

Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS)
www.unicef.org/statistics

National Academy of Sciences
www.nasonline.org

Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM)
www.papfam.org

Popline (your connection to the world's reproductive health literature)
db.jhuccp.org/ics-wpd/popweb

Population Council
www.popcouncil.org

Population Index
popindex.princeton.edu

Population Policies and Migration (League of Arab States)
www.poplas.org

Population Reference Bureau
www.prb.org

Population and Vital Statistics Reports
unstats.un.org/unsd/demographic/products/vitstats

Statistics Canada
www.statcan.gc.ca

Save the Children
www.savethechildren.org

UN Economic and Social Commission for Asia and the Pacific
(ESCAP)
www.unescap.org

UN Economic Commission for Latin America and the Caribbean
(ECLAC)
www.eclac.org

UN Population Division
www.un.org/esa/population

The UN Refugee Agency
www.unhcr.org

UN Statistics Division
unstats.un.org/unsd

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
www.unaids.org

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)

www.unesco.org

UNICEF (United Nations Children's Fund)

www.unicef.org

UNFPA (United Nations Population Fund)

www.unfpa.org

USAID (United States Agency for International Development)

www.usaid.gov

U.S. Census Bureau

www.census.gov

U.S. Center for Disease Control and Prevention (CDC)

www.cdc.gov

The World Bank

www.worldbank.org

World Health Organization

www.who.int

أهم الدوريات الخاصة الدراسات السكانية

Journals of Population Studies

- Demography, a scholarly journal published quarterly by the Population Association of America.

- Population and Development Review, a quarterly journal of scholarly articles on Population-development issues, published by the Population Council, New York.

- International Family Planning Perspectives, a quarterly journal published by the Alan Guttmacher Institute.

- Population, a scholarly bimonthly journal, published by the Institut national d'etudes demographiques, Paris.

- Population Reports, periodic reports of population developments published by the Population Information Program, Johns Hopkins University.

- Population Studies, a scholarly journal published three times a year by the Population Investigation Committee, London School of Economics, London.

عناوين الأجهزة الإحصائية العربية

اسم الدولة	الموقع
المملكة الأردنية الهاشمية	www.dos.gov.jo
دولة الإمارات العربية المتحدة	www.economy.ae
مملكة البحرين	www.cio.gov.bh
الجمهورية التونسية	www.ins.nat.tn
الجمهورية الجزائرية	www.ons.dz
المملكة العربية السعودية	www.cdsi.gov.sa
جمهورية السودان	www.cbs.gov.sd
الجمهورية العربية السورية	www.cbssyr.org
جمهورية العراق	www.iraqcosit.org
سلطنة عُمان	www.mone.gov.om/arabic/index.asp
دولة فلسطين	www.pcbs.gov.ps
دولة قطر	www.qsa.gov.qa
دولة الكويت	www.cso.gov.kw
الجمهورية اللبنانية	www.cas.gov.lb
الجمهورية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى	www.gia.gov.ly
جمهورية مصر العربية	www.capmas.gov.eg
المملكة المغربية	www.hcp.ma
الجمهورية الإسلامية الموريتانية	www.ons.mr
الجمهورية اليمنية	www.cso-yemen.org
جمهورية جيبوتي	www.ministere-finances.dj/le_ministere_organstat.html
إدارة الإحصاء – جامعة الدول العربية	www.arabstatistics.org



يقوم المكتب بتعريف الناس
حول العالم بقضايا السكان
والصحة والبيئة ودعمهم
في استخدام هذه المعلومات
من أجل التقدم والرفاهية
للأجيال الحالية والقادمة.

يهدف المشروع إلى توفير بيانات
تفصيلية ودقيقة حول صحة
الأسرة العربية من خلال إجراء
مسوحات ميدانية ودراسات
نوعية، وتعزيز وتدعيم القدرات
الوطنية العاملة في المجال.