

الوضعية الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات في الوطن العربي

الأستاذة: خليفاي فهيمة

جامعة الجزائر 2

قسم علم الاجتماع تخصص ديموغرافيا

الملخص

يشكل الأطفال شريحة كبيرة و مهمة في الهرم السكاني للدول العربية ، و لتقييم الوضع الصحي لهم يجب التقيد بالمعايير التي وضعت عالميا كانتشار بعض الأمراض و ومعدلات الوفاة الناتجة عن هذه الأمراض و عن الحالة الغذائية و الرضاعة الطبيعية و التحصين ضدّ الأمراض و عن نسبة الأطفال الذين حصلوا على فيتامين " أ " التكميلي الذي يقوي مقاومة الطفل للأمراض و يقلل احتمالية و فاتهم و عن نسبة الأطفال الذين يستفيدون من المياه الصالحة للشرب و مرافق الصرف الصحي. الكلمات المفتاحية : - الوفيات والأمراض- الوضع التغذوي- التحصين ضد الأمراض - شبكات الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب.

Résumé

Les enfants constituent la plus grande et importante partie dans la structure démographique des états arabes, Pour évaluer leur état de sante , Il faut respecter les normes qui ont développés au niveau mondial telles que la propagation de certaines maladies et les taux de mortalité causé par ces maladies et l'état nutritionnel et l'allaitement et la vaccination contre les maladie et la proportion d'enfant qui ont reçu la vitamine A supplémentaire qui renforcent la résistance de l'enfant et réduit la probabilité de leur décès et la proportion d'enfants qui bénéficient de l'eau potable et de l'assainissement.

Mot clé : mortalité et morbidité- l'état nutritionnel- vaccination- l'eau potable et l'assainissement.

المقدمة

يشق الملاين من الأطفال طريقهم عبر الحياة و هم يعانون من الفقر و سوء التغذية و الإهمال و التعرض للخطر و تشكل الحياة بالنسبة لهم صراعا يوميا من

أجل البقاء. فالحرمان في هذه الفترة يلزمهم طوال حياتهم لأن الذين يهملون ولا يلقون الرعاية اللازمة وأصيبوا بضرر فريما لن يشفوا منه تماما وربما يحول بينهم وبين بلوغ طاقتهم الكامنة كأطفال أكبر سنا ويافعين أو راشدين في نهاية المطاف. أما سوء التغذية فهو لا يضعف الأطفال جسديا فحسب بل إنه يفسد مقدرتهم على التحصيل العلمي أيضا كما يعتبر العامل الرئيسي في أكثر من نصف إجمالي وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومن المؤكد أنّ تحسين التغذية يساعد على تجنب وفيات الأطفال الناجمة عن الإسهال وذات الرئة والمalaria وفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز والحصبة كما انه سيخفض وفيات ما حول الولادة⁽¹⁾.

تعرف الحالة الصحية للأطفال في بعض الدول العربية تدهورا كبيرا ، فأكثر من نصف سكان المنطقة يعيشون في جوع و حاجة مفتقرين إلى الحد الأدنى من سبل العناية بعائلاتهم أو الحفاظ على مستواهم المعيشي و الحياتي ، ضف إلى ذلك التقلب الذي أحدثته الأزمة الاقتصادية و ندرة الموارد المائية و النزاعات المسلحة التي تحصد أرواح الأبرياء فكل هذه العوامل ساهمت بشكل أو بآخر في تدني الوضع الصحي لأطفال المنطقة⁽²⁾.

أولا- الوفيات والأمراض :

لقد شهدت المنطقة العربية خلال العقود الماضية تحسنا في المجال الصحي و يمكن ملاحظة ذلك في زيادة 23 سنة على العمر المتوقع عند الولادة و إنقاص معدل وفيات الأطفال من 152 إلى 39 من كل ألف ولادة حية⁽³⁾. إذ يتراوح مؤشر متوسط العمر المتوقع عند ميلاد الطفل العربي 45.8 سنة كحد أدنى في دولة جيبوتي و 76.5 سنة كحد أعلى في دولة الكويت ، وأن متوسطه الإجمالي بلغ 66.7 سنة و قد قفز إليها بعد أن كان على التوالي 36 و 59.5 و 47.5 سنة عام 1960 و 49.2 و 75.4 و 62.3 سنة عام 1995⁽⁴⁾. و يمكن تمييز ثلاثة أقاليم في الوطن العربي طبقا للأوضاع الصحية فيها و هي إقليم الوضع الصحي الحسن و يتجسد هذا الإقليم في دول الخليج العربي بالإضافة إلى لبنان ، إقليم الوضع الصحي المقبول ويشمل كل من ليبيا و الجزائر و الأردن و فلسطين و سوريا و مصر و تونس و المغرب و العراق ، إقليم الوضع الصحي الغير مقبول و يتمثل في باقي الدول العربية ذات التنمية البشرية المنخفضة و هي موريتانيا و الصومال و جيبوتي و السودان و اليمن ويعول هذا الإقليم نحو 21% من إجمالي سكان الوطن العربي و يستحوذ على نحو 37%

من إجمالي المساحة ⁽⁵⁾ و يعود تفسير هذا التوزيع إلى الأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية و الحضارية المتفاوتة السائدة في البلدان العربية، فحيث تتوافر الموارد يتمكن السكان من تحصيل كم هائل من المعلومات يساعدهم على رفع وعيهم العام و تحسين أنماط معيشتهم و لمزيد من التفصيل ومعرفة أكثر عن الحالة الصحية لهذه الدول سوف نستعرض الجدول التالي:

جدول رقم (01) : معلومات عن الحالة الصحية في الوطن العربي خلال الفترة (1960-2000).

توقع الحياة	توقع الحياة	وفيات الأطفال معدل	معدل الوفيات الرضع		
1970-1975	1995-2000	1960	2000	1960	2000
67.3	75.9	128	13	89	9
63.5	72.9	203	11	130	7
62.6	71.7	239	19	145	14
62.5	74.9	223	10	149	8
حالة صحية متوسطة					
52.9	70.0	270	32	159	26
53.9	71.4	292	23	170	18
65.0	69.9	85	30	65	25
49.0	70.9	280	22	164	17
56.6	70.2	139	30	97	25
55.6	69.5	254	30	170	26
54.5	68.9	255	39	152	33
57.0	68.9	201	29	136	24
52.1	66.3	282	52	189	42
52.9	66.6	220	60	135	47
57.0	62.4	171	121	117	93
48.9	58.8	265	80	200	60
حالة صحية متدنية					
43.7	55.0	210	115	125	81
43.5	53.5	310	164	180	101
42.1	58.0	340	95	220	76
41.0	50.4	289	178	186	115
54.1	66.3	232.8	58	148.9	42

المصدر: البنك الدولي (2002).

المصدر: البنك الدولي (2002) / نقلا عن المعهد العربي للتخطيط: اقتصاديات الصحة، العدد 22، الكويت، 2003، ص 14.

من خلال قراءتنا لهذا الجدول نلاحظ أن متوسط معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات انتقل من 233.8 وفاة لكل ألف مولود حي عام 1960 إلى 58 وفاة لكل ألف مولود حي عام 2000.

و ابتداء من سنة 2002 حققت خمس دول من منطقة شمال إفريقيا (الجزائر - مصر - ليبيا - المغرب - تونس) مستويات خفض مهمة ، حيث بلغ معدل الخفض السنوي في المتوسط 6.6 % .

أما في منتصف الستينيات فقد بلغ احتمال وفاة الطفل قبل بلوغه خمس سنوات خمسة أضعاف نظيره في نهاية التسعينيات ، كما تؤكد التقديرات التغير في النمط العمري للوفيات بين الأطفال حيث تناقصت المعدلات بصفة عامة وتركزت الوفيات بشكل متزايد في الشهور الأولى من الحياة ⁽⁶⁾. أما حسب نتائج المسح الديموغرافي والصحي لسنة 2008 فإن المعدل بلغ 54 وفاة لكل ألف مولود حي في الفترة 4 سنوات قبل إجراء المسح وانتقل هذا المعدل إلى 28 وفاة لكل ألف مولود حي ⁽⁷⁾.

أما في لبنان فتبين نتائج (المسح اللبناني 2005) أن معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بلغ 19.2 في الألف كما يلاحظ ارتفاع معدلات الوفاة بين الإناث عنها عن الذكور ⁽⁸⁾. أما في سوريا فلقد أوضحت نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 انخفاضاً في معدلات الوفاة حيث انتقل المعدل من 30 بالألف عام 1993 إلى 22 بالألف عام 2003 ⁽⁹⁾.

وفيما يخص دولة السودان فحسب النتائج التي جاء بها المسح المنزلي 2006 فإن معدل وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة بلغ 41 بالألف و 112 بالألف على التوالي ⁽¹⁰⁾. كما أن أطفال السودان يواجهون تهديداً يومياً نتيجة الملاريا والأمراض الناتجة عن الإسهال والإصابات التنفسية الحادة وكذا الأمراض التي يتم الوقاية منها بواسطة إعطاء اللقاحات وأمراض سوء التغذية ، فالبنية التحتية الأساسية الخاصة بالصحة محدودة ولقد خفضت النزاعات التي استمرت لعقود من الزمن القدرات الوطنية بدرجة كبيرة .

أما في اليمن وحسب النتائج التي جاء بها المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 فإن معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات قدر حوالي 23 % وهو أقل من تقديرات مسح المشروع العربي لصحة الأسرة لعام 2003 (102 لكل 1000 مولود حي) ⁽¹¹⁾.

أما في جيبوتي وحسب المسح 2004 فإن هناك ارتفاعاً في معدلات وفيات الرضع والأطفال إذ بلغ المعدل 99.8 لكل 1000 مولود حي، أما معدل وفيات الأطفال دون الخامسة فلقد بلغ 127 بالألف (122.4 ذكور مقابل 131.5 إناث) ⁽¹²⁾.

أما فيما يخص النتائج المتحصل عليها من إحصاءات 2010 - 2012 فإن هناك تفاوت في الإنخفاض في معدلات الوفاة لكل الدول العربية ، فمنها من استطاعت أن تلحق بدرجة التقدم وتحقيق هدف الألفية الرامي إلى تخفيض

معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات وهي دول المشرق العربي مثل قطر والإمارات العربية المتحدة والبحرين وعمان وهناك دول متوسطة الخفض حيث بلغ متوسط المعدلات فيها 23.4 بالآلف وهناك من مازالت بعيدة جدا عن تحقيق الهدف إذ مازال معدل الوفاة مرتفع حيث قدّر في الصومال 108 بالآلف والسودان 103 بالآلف ، موريتانيا 111 بالآلف ، جيبوتي 91 بالآلف ، جزر القمر 86 بالآلف ، اليمن 77 بالآلف.

وفيما يخص أهم الأمراض التي يعاني منها الأطفال في الدول العربية ، فنجد أمراض الجهاز التنفسي وخصوصا التهاب الرئوي والإسهال إذ تعتبر من بين الأسباب الشائعة لوفيات الرضع والأطفال دون الخامسة من العمر.

فحسب النتائج التي جاء بها المسح العنقودي المتعدد المؤشرات في سوريا (2006) أنّ نسبة الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح بلغت 8.1% وتبلغ أعلى نسبة للإصابة في عمر (6-11) شهرا وتنخفض نسبة الإصابة كلما ارتفع المستوى التعليمي للام وهي أعلى في الأسر الفقيرة منها عن الأسر الغنية⁽¹³⁾. أما حسب النتائج التي جاء بها المسح اليمني (2003) أنه أصيب نحو 20% من الأطفال بحالات حادة للحصى والسعال وصعوبة التنفس وهذا خلال الأسبوعين السابقين للمسح⁽¹⁴⁾.

كما تفيد الإحصاءات العالمية لسنة 2010 أنّ أكثر الأمراض انتشارا في الوطن العربي والتي تسبب في وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات هي التهابات التنفسية والإسهال حيث بلغ متوسط هذه الأمراض عند الدول التي تعرف حالة صحية متوسطة (الجزائر- مصر- العراق- الأردن- لبنان - ليبيا- المغرب - عمان- سوريا - تونس) على التوالي 12.3% و 6.4%. أما الدول التي تعرف حالة صحية متدنية (السودان - موريتانيا - جزر القمر- اليمن - جيبوتي) فبلغ متوسط الإصابة 17.8% لحالات التهابات التنفسية و 17.5% لحالات الإسهال، كما بينت الإحصاءات أن من بين أسباب الوفيات بين الأطفال الأقل من خمس سنوات نجد الإصابة بالمalaria في 25% من الحالات في السودان و 6% في الصومال، أما الحصبة فلقد تسببت في وفاة 5% من أطفال الصومال⁽¹⁵⁾.

ثانيا- الوضع التغذوي :

1- مشكل سوء التغذية:

تظهر البيانات الإحصائية وجود أطفال دون الخامسة من العمر يعانون من انخفاض في الوزن وهذا راجع إلى مشكلات خاصة بسوء التغذية. ففي الوقت الذي تختفي فيه مثل هذه الظواهر في الدول المتقدمة إلا أنها مازالت قائمة في الدول النامية بصفة عامة والدول العربية بصفة خاصة.

ففي الصومال بلغت نسبة نقص الوزن بين الأطفال الأقل من خمس سنوات 26% أما في اليمن و السودان فقد بلغت نسبة 40%⁽¹⁶⁾. أما في سوريا فتبين النتائج التي جاء بها المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 أنه يوجد تقريبا واحدا من كل عشرة أطفال دون الخامسة يعاني نقصا في الوزن أي حوالي 9.7% و 2.3% مصابون بالهزال أو النحافة الشديدة مقارنة بأطوالهم و أنّ 10.1% يعانون من قصر القامة⁽¹⁷⁾.

و الشيء الملفت للنظر أيضا أن مشكل نقص التغذية يمثل مصدرا آخر للقلق حتى عند الدول الغنية فهو يصل إلى 14% في الإمارات و 10% في الكويت . وفي هذا الصدد بينت إحصاءات منظمة الصحة العالمية أنّ أهم العوامل التي تسبب التفاوت في المستوى الصحي في البلدان العربية هي مستوى الدخل و مكان السكن و مستوى التحصيل العلمي للام ، فالأطفال الذين تتوفر عندهم هذه المؤشرات يتمتعون بعناية و رعاية صحية أفضل ثلاث مرات أو أربعا منها لدى الأطفال في العائلات ذات الدخل الأقل⁽¹⁸⁾.

فإذا كان سوء التغذية من المشاكل التي تعاني منها بعض البلدان العربية على المستويين المطلق و النسبي فإنّ البدانة الزائدة هي أيضا تمثل خطرا صحيا في المنطقة ، فلقد بدأت السمنة تؤثر في الأطفال عبر العالم العربي في مختلف مراحل حياتهم ، ففي السنوات الأولى يشكل الإطعام من الزجاجة و الأغذية العديمة الفائدة و أنماط الحياة الحضرية غير الصحية بعض العوامل المسببة لذلك.

ويبين تقرير التنمية الإنسانية العربية 2009 أنه بالرغم من تعايش الفقر و سوء التغذية في البلدان العربية فإنّ الفقر لا يرتبط بالضرورة بقصور التغذية عندما تميل أنماط استهلاك في أوساط الفقراء إلى أطعمة زهيدة الكلفة و مغذية⁽¹⁹⁾.

وفيما يلي جدول مركب يستعرض التغير في المؤشرات الثلاثة الأساسية لقياس الوضع التغذوي في الدول العربية .

الجدول رقم (02): مركب يوضح لنا نسب الأطفال الذين يعانون من مشكل سوء التغذية للسنوات (2000-2006) و(2006-2010) و الذين يعانون من التقزم والزيادة في الوزن للفترة (2008-2012).

% الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون (2008-2012)		% الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون (2006-2010)*			% الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون (2000-2006)			الدول العربية
الزيادة في الوزن	التقزم	النمو المتعثر متوسط وحد	الهزال متوسط وحد	نقص الوزن متوسط وحد	النمو المتعثر متوسط وحد	الهزال متوسط وحد	نقص الوزن متوسط وحد	
12.9	15	15	4	2	11	3	4	الجزائر
		-	-	-	10	5	9	البحرين
9.3	30.4	-	-	-	44	8	5	جزر القمر
8.1	30.8	31	10	23	33	21	29	جيبوتي
20.5	28.9	29	7	6	18	4	6	مصر
11.8	22.6	-	-	-	21	5	8	العراق
4.4	7.7	8	2	2	9	2	4	الأردن
		-	-	-	24	11	10	الكويت
		-	-	-	11	5	4	لبنان
		-	-	-	15	3	5	ليبيا
1.2	22.3	23	7	15	35	13	32	موريتانيا
10.7	14.9	23	10	9	18	9	10	المغرب
-	12.3	-	-	-	10	7	18	عمان
		-	-	-	10	1	3	فلسطين
1.7	9.8	-	-	-	8	2	6	قطر
		-	-	-	20	11	14	المملكة العربية السعودية
4.7	42	42	12	23	38	11	36	الصومال
-	35	40	16	27	43	16	41	السودان
		28	12	10	22	9	10	سوريا
14.3	10.1	9	3	3	18	2	4	تونس
		-	-	-	17	15	14	إمارات العربية المتحدة
5	57.7	58	15	43	53	12	46	اليمن

المصدر: البيانات الغير معلمة مأخوذة من مرجع منظمة الأمم المتحدة للطفولة : وضع أطفال

العالم 2008 ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، 2008 ، ص .. ص

118 119 120 121.

(*) منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) :وضع أطفال العالم 2012، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، ص .. ص، 92 93 94 95.

(**): برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2014، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، نيويورك ، 2014 ، ص ... ص 182-183-184-185.

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن هناك تباين ملموس من بلد عربي لأخر في مدى التقدم في مكافحة مشكل سوء التغذية ، فالدول التي حققت تقدما ملحوظا هي جيبوتي و السودان و موريتانيا غير أن هذا المشكل مازال يشكل خطرا نتيجة الفقر الذي يمس 36.2% من السكان والنزاع المسلح فيها.

2 – الرضاعة الطبيعية:

لنمط التغذية تأثير هام على صحة الأطفال ، فالرضاعة الطبيعية الحصرية خاصة لفترة 6 أشهر الأولى هي ذلك النمط المطلوب في تغذية الرضع ، وهذا لما لها من مزايا عظيمة. فلبن الأم يحتوي على كل المغذيات و الأضداد و الهرمونات ومضادات التأكسد التي يحتاجها الرضيع لكي ينمو.

لكن رغم كل المعلومات الهامة للرضاعة الطبيعية إلا أن عادات ممارستها لا تزال ضعيفة وهو ما قد يكون مسؤولا عن المعدلات الغير مقبولة لسوء التغذية في بعض البلدان العربية المرتفعة الدخل.

أما البلدان التي تصل فيها معدلات الاقتصار على الرضاعة الطبيعية إلى ادنى مستوى فهي قطر و الكويت و الجزائر و السودان و اليمن و في مقابل ذلك فإن 80% الأمهات في سوريا يمارسن الرضاعة الطبيعية.

وفي فترة التسعينات وفي محاولة لمعالجة هذه القضية قامت بعض الدول وهي العراق و عمان و المغرب و سوريا و الأراضي الفلسطينية المحتلة و بلدان الخليج بالترويج للرضاعة الطبيعية من خلال مبادرات المستشفيات صديقة الرضع.

وقد أدت هذه الجهود إلى تحقيق زيادة بنسبة 10% في معدلات الاقتصار على الرضاعة الطبيعية كما لوحظ حدوث تحسينات في التغذية التكميلية و في استمرار الرضاعة الطبيعية للسنة الثانية من العمر و مع ذلك فقد أدى الافتقار إلى الدعم المتواصل لهذه العملية ورصدها إلى تضائل الرضاعة الطبيعية وانخفاض عدد المستشفيات صديقة الرضع ، وبدأت مؤخرا بعض البلدان مثل لبنان و منطقة الخليج في الترويج من جديد للرضاعة الطبيعية⁽²⁰⁾.

و حسب آخر الإحصاءات للرضاعة الطبيعية المستقاة من الجداول الإحصائية لوضع أطفال العالم 2012 فالنتائج المتوصل إليها موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (03) : مركب يوضح التغير في نسب الرضاعة الطبيعية ونسب الأطفال الذين يستخدمون الملح المعالج باليود في الدول العربية (2006-2010) و نسب الأطفال الذين تلقوا رضاعة في الفترة اقل من 6 أشهر في الفترة (2008-2012).

الدول العربية	% للأطفال سبق لهم الرضاعة الطبيعية (2010-2006)			% الرضاعة (2012-2008)*	% للأسر التي تستعمل الملح المعامل باليود
	أقل من 6 أشهر	أغذية مكمل من 6 - 8 أشهر	من 20 - 23 شهرا		
الجزائر	7	29	22	7.0	61
البحرين	-	-	-	-	-
جزر القمر	-	-	-	-	-
جيبوتي	1	23	18	1.0	0
مصر	52	66	35	53.2	79
العراق	-	-	-	19.6	-
الأردن	22	66	11	22.7	-
الكويت	-	-	-	-	-
لبنان	-	-	-	14.8	-
ليبيا	-	-	-	-	-
موريتانيا	46	61	47	45.9	23
المغرب	31	66	15	31.0	21
عمان	-	-	-	-	-
فلسطين	27	-	-	27.0	86
قطر	-	-	-	-	-
المملكة العربية السعودية	-	-	-	-	-
الصومال	9	15	35	9.0	1
السودان	34	56	35	41.0	11
سوريا	43	-	25	-	79
تونس	6	61	15	6.0	-
إمارات العربية المتحدة	-	-	-	-	-
اليمن	12	76	-	12.0	30

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2012، المكتب الإقليمي

للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن 2012، ص ... ص، 92 93 94 95.

(*) : تقرير التنمية البشرية 2014، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، نيويورك ، 2014 ، ص ...ص

من خلال هذا الجدول يتبين لنا أن الأمهات اللواتي يرضعن أطفالهن لفترة أقل من 6 أشهر هي في تراجع مستمر. فتحقيق التغذية المثلى للرضيع والطفل الصغير وما يتصل من ذلك من تغذية الأم سوف يؤدي إلى أفضل النتائج بالنسبة لحياتهم ونموهم وتطورهم ويقلل من الأمراض المزمنة ، كما أن نقص التغذية بالعناصر الدقيقة يهدد حياة الأطفال ونموهم البدني و الدهني⁽²¹⁾ .

ثالثا - التحصين ضد الأمراض :

لقد تبنت جميع الدول العربية إرشادات منظمة الصحة العالمية الخاصة بتطعيمات الطفولة وذلك بان يحصل جميع الأطفال خلال العام الأول من العمر على تطعيم ضد الدرن (BCG) وثلاث جرعات من طعم الثلاثي للحماية من الدفتيريا والسعال الديكي و التيتانوس وثلاث جرعات من طعم شلل الأطفال وجرعة من طعم الحصبة و جرعة من طعم الكبد الوبائي .

و تشير البيانات المسجلة في التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي أنّ مؤشر نسبة الأطفال المحصنين تحصيلنا تاما في سن 12-23 شهرا في البلدان العربية قد تراوح بين 32.3% كحد أدنى في السودان و 99.59% كحد أعلى في قطر بمتوسط قدره 77.6%⁽²²⁾ .

تنقسم البلدان العربية من حيث نسب التحصين إلى ثلاث فئات ، أربعة منها في الفئة المنخفضة النسبة وهي السودان، جيبوتي و الصومال و العراق و دولتان في الفئة الوسطى وهي اليمن و فلسطين بينما تصنف الدول الباقية الأخرى في الفئة المرتفعة النسبة في التحصين ضد السل.

فحسب بيانات تقرير وضع أطفال العالم 2012 فإن هناك تحسن ملحوظ في نسب التغطية التحصينية للأطفال لدى جميع الدول العربية لسنة 2010 إذ فاقت في مجملها 80% .

لقد وصلت التغطية التحصينية باللقاح الثلاثي وضدّ الشلل إلى ما يفوق 90% ، أما بالنسبة للحصبة فبلغت النسبة 99% في قطر والبحرين كحد أقصى و 46% في الصومال كحد أدنى، كما سجلت لبنان 53% و موريتانيا 67%، وهذه النسب تعد منخفضة على المستوى المطلوب، أما بالنسبة للإلتهاب الكبد الوبائي فالكثير من الدول استطاعت أن تصل إلى نسب تغطية مهمة إلا في حالة العراق و موريتانيا ونفس الشيء بالنسبة للتحصين ضدّ الأنفلونزا المستدمية.

رابعا - شبكات الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب :

مع التزايد المتسارع في عدد السكان و تعاظم الضغوط على البيئة الهشة في المنطقة العربية بات التلوث المائي مشكل يدق ناقوس الخطر في هذه الدول . فنسبة السكان الذين يستعملون مصادر محسنة للمياه ارتفعت قليلا بين عامي 1990 و 2004 من 83% إلى 85%، و ارتفعت من 65 إلى 68% في الدول العربية الأقل نموا⁽²³⁾. إلا أنه مازال العديد من السكان في الدول العربية يفتقرون إلى كميات كافية من المياه النظيفة ، الشيء الذي بات يشكل تهديدا لأمن الإنسان بصفة عامة والأطفال الصغار بصفة خاصة .

كما يرتبط تلوث المياه بالتفاوت في حصول الناس في المنطقة العربية على خدمات الصرف الصحي فأكثر من 60% من السكان في البلدان الأقل نموا (جزر القمر- السودان- موريتانيا) ليست لديهم خدمات صرف صحي محسنة . اما على المستوى الإقليمي فإن قرابة 30% من السكان لا يستطيعون الوصول إلى تلك الخدمات⁽²⁴⁾.

فحسب النتائج التي جاء بها تقرير وضع أطفال العالم 2012 حول النسب المئوية للسكان الذين يستعملون مصادر مياه محسنة و الذين استفادوا من مرافق صرف صحية فإن الدول العربية التي حققت تغطية كاملة في هذا المجال نجد قطر و الإمارات العربية المتحدة و لبنان ب 100%، و الكويت ب 100% للسكان الذين يستخدمون مرافق صرف صحي سليمة و 99% للسكان الذين يستعملون مياه صالحة للشرب.

فيما يخص (الجزائر و جيبوتي و العراق و عمان و المغرب و سوريا و تونس) فتتراوح فيا نسبة السكان الذين يحصلون على مياه صالحة للشرب من 79% إلى 94%، أما بالنسبة ل الصومال و موريتانيا والسودان و اليمن فنسب استخدام المياه الصالحة للشرب تبقى ضئيلة وبنسب أعلى في الحضر وهذا ب 30%، 49%، 57%، 62% على التوالي. أما بالنسبة لنسب استخدام مرافق الصرف الصحي فهي منخفضة تماما عندها إذ تبلغ 23% في الصومال و 24% في السودان و 36% في موريتانيا و 52% في اليمن و 56% في جيبوتي ونجد هذه النسب منخفضة جدا في المناطق الريفية إذ تصل إلى 6% في الصومال⁽²⁵⁾.

من خلال هذه المعطيات نستنتج أن الدول العربية في مجملها باستثناء دول الخليج مازالت بعيدة من تحقيق الأمن في الصرف الصحي و المياه الصالحة للشرب و بالتالي الارتقاء إلى حالة صحية أفضل لأطفالها مازال بعيدا عند مجملها خاصة المناطق الريفية منها. كما أن العديد من الدول العربية تعاني من مشكل التلوث البيئي الناتج من مخلفات المصانع، فمعظم هذه المصانع توجد داخل الحيز العمراني ولم يتم نقلها بعد.

ونتيجة لهذا مازال النشاط الملوث للبيئة يهدد ذكاء الأطفال ونموهم النفسي و الجسدي ويساعد على زيادة عدد المعاقين ذهنيا ، لهذا لا بد من إعادة النظر في التشريعات المتعلقة بالبيئة و الدعوة إلى إجراء المزيد من التعديلات لتتلاءم أكثر مع الصحة ، خاصة ما يتعلق بالبيئة الزراعية نظرا لارتباطها المباشر باحتياجات الإنسان من مأك و ملبس .

الخاتمة

الطفولة مرحلة لا نظير لها في نمو الطفل و نمائه، لكنها أيضا المرحلة التي يصاب بها بمشاكل صحية خطيرة ، ومن المهم النظر إلى صحة الطفل من خلال نهج يشمل تركيزه على مدى الحياة بما يتماشى مع النهج القائم على حقوق الإنسان بدءا من الولادة إلى الطفولة وصولا على المراهقة.

فحق الطفل في الصحة هو التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه ، وبأن تبذل الدول قصارى جهدها لتضمن أن لا يحرم الطفل من حقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية ، وعليها اخذ التدابير لخفض وفيات الرضع و الأطفال ، ومكافحة الأمراض و سوء التغذية ، وتوعية الآباء بالتغذية السليمة للطفل و بأهمية الرضاعة الطبيعية ، ومبادئ حفظ الصحة ، و الإصحاح البيئي والابتعاد عن السلوكات التي تضر بصحة الأطفال.

وما يمكن أن نقوله عن الدول العربية هو صحيح أنها حققت تقدما مشهودا في مجال الحد من مسببات الوفاة و من ثم إطالة العمر المتوقع عند الميلاد ، لكن التحديات مازالت قائمة إذ هناك تفاوت كبير بين هذه الدول خاصة الفقيرة و التي ابتليت بويلات الحروب الأهلية و بمشكلة ما يسمى بالربيع العربي ومنه فبلوغ مرامي الألفية لم تتحقق رغم توفر الأموال عند البعض منها .

قائمة الهوامش :

- (1)- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2008 ، بقاء الأطفال على قيد الحياة ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، 2008 ، ص 11.
- (2)- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 ، تحديات امن الإنسان في البلدان العربية ، المكتب الإقليمي للدول العربية ، بيروت ، لبنان ، 2009 ، ص 1.
- (3) - برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 ، مرجع سابق ، ص 149.
- (4) - المجلس العربي للطفولة و التنمية: التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي، دليل تنمية الطفل العربي، العدد التاسع، 2006، ص 39.
- (5)- احمد حامد علي الأعبيدي: الأمن الصحي في الوطن العربي بمنظور جيو سياسي، دراسات إقليمية ، جامعة الموصل ، ص 23 .
- (6)- جمعية التنمية الصحية و البيئة : الحالة الصحية و الخدمات الصحية في مصر ، دراسة تحليلية للوضع الراهن و رؤى مستقبلية ، برنامج السياسات و النظم الصحية ، 2005 ، مصر ، ص 107.
- (7) - Ministry of health, Unicef : Egypt demographic and health survey 2008 , USAID , Cairo , Egypt , 2009 , p117.
- (8)- جامعة الدول العربية و وزارة الشؤون الإجتماعية و إدارة الإحصاء المركزي : المسح اللبناني لصحة الأسرة ، المشروع العربي لصحة الأسرة ، 2005 ، ص 36.
- (9)- المكتب المركزي للإحصاء، اليونيسف، جامعة الدول العربية : المسح العنقودي متعدد المؤشرات سوريا 2006 ، شباط 2008 ، ص 23.
- (10) - ministry of health (moh) and central bureau of statistics : sudan house hold health survey , 2006 , p22.
- (11)- وزارة الصحة و السكان واليونيسف : المسح العنقودي متعدد المؤشرات في اليمن 2006 ، المشروع العربي لصحة الأسرة ، 2006 ، ص 9.
- (12)- جامعة الدول العربية : المسح الجيوتي لصحة الأسرة ، التقرير الرئيسي ، المشروع العربي لصحة الأسرة ، فبراير 2004 ، ص 89.
- (13)- المكتب المركزي للإحصاء واليونيسف و المشروع العربي لصحة الأسرة : المسح العنقودي متعدد المؤشرات في سوريا 2006 (متابعة أوضاع النساء و الأطفال) : الجمهورية السورية، 2008 ، ص 34.
- (14)- وزارة الصحة و السكان و الجهاز المركزي للإحصاء و جامعة الدول العربية : المشروع اليمني لصحة الأسرة ، التقرير الرئيسي ، المشروع العربي لصحة الأسرة ، اليمن 2003 ، ص 59.
- (15)- منظمة الصحة العالمية: الإحصاءات الصحية العالمية 2010 ، إدارة الإحصاءات الصحية ، جنيف ، 2010 ، صص 63-69.
- (16)- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 ، مرجع سابق ، ص 153.
- (17)- المكتب المركزي للإحصاء، اليونيسف، جامعة الدول العربية : المسح العنقودي متعدد المؤشرات سوريا 2006 ، مرجع سابق ، ص 25.
- (18)- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 ، مرجع سابق ، ص 153.
- (19)- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي و المكتب الإقليمي للدول العربية: تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 (موجز التقرير) ، تحديات أمن الإنسان في البلدان العربية ، بيروت لبنان ، 2009 ، ص 13.
- (20)- اليونيسف و جامعة الدول العربية: ميثاق حقوق الطفل العربي، المكتب الإقليمي لليونيسيف في الشرق الأوسط ، عمان ، 2001 ، صص 55-56.
- (21)- نفس المرجع ، ص 53.
- (22)- المجلس العربي للطفولة و التنمية : التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي، مرجع سابق ، ص 47.
- (23)- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية العربية الإنسانية ، المكتب الإقليمي للدول العربية ، 2009 ، ص 44.
- (24)- نفس المرجع ، ص 46.

(25)- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2012، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، 2012، ص 96..99.

قائمة المراجع:

(1)- احمد حامد علي العبيدي: الأمن الصحي في الوطن العربي بمنظور جيو سياسي، دراسات إقليمية، جامعة الموصل

(2) - المجلس العربي للطفولة و التنمية: التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي، دليل تنمية الطفل العربي، العدد التاسع، 2006.

(3)- المكتب المركزي للإحصاء،اليونيسيف،جامعة الدول العربية :المسح العنقودي متعدد المؤشرات سوريا 2006،شباط 2008.

(4)- المكتب المركزي للإحصاء واليونيسيف و المشروع العربي لصحة الأسرة : المسح العنقودي متعدد المؤشرات في سوريا 2006 (متابعة أوضاع النساء والأطفال) ، الجمهورية السورية، 2008.

(5)- اليونيسيف و جامعة الدول العربية: ميثاق حقوق الطفل العربي، المكتب الإقليمي لليونيسيف في الشرق الأوسط، عمان، 2001.

(6) - برنامج الأمم المتحدة الإنمائي: تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009، المكتب الإقليمي للدول العربية، بيروت، لبنان، 2009.

(7)- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2014، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، نيويورك ، 2014

(8)- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية البشرية 2013،المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، نيويورك ، 2013.

(9)- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والمكتب الإقليمي للدول العربية: تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2009 (موجز التقرير)، تحديات أمن الإنسان في البلدان العربية ، بيروت لبنان ، 2009 .

(10)- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي : تقرير التنمية العربية الإنسانية ، المكتب الإقليمي للدول العربية ، 2009.

(11)- جمعية التنمية الصحية و البيئة :الحالة الصحية و الخدمات الصحية في مصر ، دراسة تحليلية للوضع الراهن و رؤى مستقبلية ، برنامج السياسات و النظم الصحية ، مصر، 2005 .

(12)- جامعة الدول العربية و وزارة الشؤون الاجتماعية و إدارة الإحصاء المركزي : المسح اللبناني لصحة الأسرة ، المشروع العربي لصحة الأسرة ، 2005 .

(13)- جامعة الدول العربية : المسح الجبوتي لصحة الأسرة ، التقرير الرئيسي، المشروع العربي لصحة الأسرة ، فبراير 2004.

(14) -منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2012، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، 2012 .

(15)- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع أطفال العالم 2008 ، بقاء الأطفال على قيد الحياة ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، عمان ، الأردن ، 2008 .

(16)- منظمة الصحة العالمية : إحصاءات عالمية 2010 ، إدارة الإحصاءات الصحية ، جنيف ، 2010.

(17)- وزارة الصحة و السكان واليونيسيف :المسح العنقودي متعدد المؤشرات في اليمن 2006 ، المشروع العربي لصحة الأسرة ، 2006.

(18)- وزارة الصحة و السكان و الجهاز المركزي للإحصاء و جامعة الدول العربية : المشروع اليمني لصحة الأسرة ، التقرير الرئيسي ، المشروع العربي للصحة الأسرة ، اليمن ، 2003.

(19) - Ministry of health,Unicef : Egypt demographic and health survey 2008 ,USAID ,Cairo ,Egypt,2009..

(20)-ministry of health (moh) and central bureau of statistics :sudan house hold health survey ,2006.