

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي
الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي: دراسة جغرافية
د/ السيد محمد علي محمود

ملخص البحث:

ظهر مفهوم جودة الحياة المرتبطة بالصحة لأول مرة في العلوم الطبية في السبعينيات من القرن العشرين، ورغم أن هذا القرن شهد إنجازات استثنائية في الطب، إلا أن نظام الرعاية الصحية وجد نفسه في أزمة. ليس بسبب العوامل الاقتصادية فقط ولكن أيضاً بسبب الطبيعة المتغيرة للمرض، والذي ترتبط أسبابه بشكل متزايد بنمط حياة الفرد، ولا تمثل جودة الحياة المرتبطة بالصحة سوى بعداً واحداً من أبعاد جودة الحياة.

وهدفت الدراسة إلى رصد تطور مؤشرات جودة الحياة الصحية على مستوى الوطن العربي، وإبراز التباينات المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بدول الوطن العربي، ومقارنة مؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي بأقاليم العالم المختلفة، والتعرف على أنماط جودة الحياة الصحية بدول الوطن العربي.

وتضمنت الدراسة ستة مباحث عرض المبحث الأول نشأة ومفهوم جودة الحياة وجودة الحياة الصحية ومؤشراتها، وناقش المبحث الثاني تغطية السكان بخدمات مياه الشرب والصرف الصحي، وتناول المبحث الثالث والرابع الإنفاق على الصحة، والإمكانات المادية والبشرية، وناقش المبحث الخامس توقع الحياة عند الميلاد ووفيات الأطفال والأمهات، وعرض المبحث السادس الرضا عن الخدمات الصحية وأنماط جودة الحياة الصحية.

أظهرت الدراسة حدوث تحسن نسبي بمؤشرات جودة الحياة الصحية مع التطور الزمني مع اختلاف درجات التحسن بين المؤشرات المختلفة، ورغم هذا التحسن إلا أن مؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي مازالت دون مستواها بالعديد من أقاليم العالم عدا إقليمي جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء، وتباينت أنماط جودة الحياة الصحية بالوطن العربي وتمثل أفضل نمط بدول الخليج العربي، بينما تمثل أدنى نمط لجودة الحياة الصحية بدول: الصومال والسودان وجيبوتي واليمن وموريتانيا.

وأوصت الدراسة بضرورة اعتماد سياسة سكانية متوازنة لارتباطها الشديد بالمشكلات الصحية، وزيادة تخصيص الموارد لإمدادات المياه والصرف الصحي، وتخصيص ميزانية مناسبة لقطاع الرعاية الصحية، والاهتمام بتوفير وتدريب الكوادر الصحية، والقيام بحملات إعلامية لرفع درجة الوعي الصحي للسكان بصفة عامة والمرأة بصفة خاصة، والاهتمام بالرعاية الصحية لكل من الأم والطفل أثناء الحمل والولادة وتوفير التطعيمات التي تعطى للأطفال.

المقدمة:

الصحة جزء أساسي من جودة حياة الإنسان، وذلك لما للصحة من تأثيرات مباشرة في العديد من جوانب الحياة الاجتماعية والاقتصادية، فالمجتمع المريض لا يستطيع الإنتاج بالشكل المطلوب. ومن ناحية أخرى فإن جودة الحياة الصحية تعد

ثمرة من ثمار التنمية الاقتصادية والبشرية، فهي تعكس محصلة التفاعل بين الأرض بكافة مواردها والإنسان بمختلف قدراته، وعليه تتأثر جودة الحياة الصحية تأثيراً كبيراً بمستوى الموارد والتنمية الاقتصادية في الدولة، كما تلعب الأولوية التي تعطى للاستثمار في المجال الصحي قياساً إلى الاستثمارات الأخرى دوراً هاماً، إضافة إلى فاعلية وعدالة تقديم الخدمات الصحية، وتلعب الجوانب الثقافية والاجتماعية دوراً مهماً أيضاً، حيث أن انخفاض مستوى التعليم يؤدي إلى ضعف في إدارة الشؤون الصحية وغياب الوعي بالمخاطر السلوكية على الصحة. ويمكن اعتبار الصحة أيضاً شكلاً من أشكال رأس المال البشري. ويمكن أن يؤثر سوء الصحة على التقدم العام للمجتمع. والمشاكل الجسدية / أو العقلية لها أيضاً تأثير ضار جداً على الرفاه الذاتي.

وتعمل الصحة الجيدة على زيادة إنتاجية العمل مما يؤدي في النهاية إلى تسريع وتيرة النمو الاقتصادي. وتوفر الصحة الجيدة أيضاً فرصاً للأفراد في الحصول على عمل بأجر أفضل ومن المتوقع أن تحسن مستويات التعليم ونوعيته.

أهمية الدراسة:

تمثل جودة الحياة الصحية محوراً أساسياً من محاور جودة حياة الإنسان، وتعد أحد العناصر الأساسية لتمكين الإنسان من التمتع بحياة مثمرة اجتماعياً واقتصادياً، ومن ثم فإن تحسين الحالة الصحية وتوفير أعلى مستوى ممكن من الحماية والرعاية الصحية للسكان يمثل إحدى الأولويات الأساسية للمجتمع محلياً وعالمياً.

أهداف الدراسة:

- رصد تطور مؤشرات جودة الحياة الصحية على مستوى الوطن العربي.
- إبراز التباينات المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بدول الوطن العربي.
- مقارنة مؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي بأقاليم العالم المختلفة.
- التعرف على أنماط جودة الحياة الصحية بدول الوطن العربي.

منهجية الدراسة:

اعتمدت الدراسة على منهج التحليل المكاني Spatial Analysis Approach في إظهار الفروق والتباينات المكانية بين دول الوطن العربي فيما يتعلق بمؤشرات جودة الحياة الصحية، والمنهج السببي التأثيري Cause-Effect Approach للتعرف على أسباب التباينات المكانية المتعلقة بمؤشرات جودة الحياة الصحية، والمنهج التطوري Evolutionary Approach لدراسة وفهم تطور مؤشرات جودة الحياة الصحية خلال سنوات مختلفة.

الدراسات السابقة:

دراسة (محمود، ٢٠٠٦) بعنوان "العمران وفقاً لجودة الحياة بين الواقع والمستقبل في محافظة المنوفية"، وهدفت الدراسة إلى الوقوف على التباين المكاني لمستويات جودة الحياة على مستوى قري ومدن محافظة المنوفية من خلال المؤشرات

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي الاقتصادية والاجتماعية والعمرانية والخدمية وسبل الارتقاء بالمحلات العمرانية المتردية الجودة^(١).

دراسة (Juczynski, 2006) بعنوان "جودة الحياة المرتبطة بالصحة"، وتناولت مفهوم جودة الحياة والمقاربات المختلفة للمفهوم، كما تناولت مفهوم وقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة^(٢).

دراسة (بوحليقة، ٢٠١٣) بعنوان "جودة الحياة في مدينة طبرق"، وهدفت الدراسة إلى تشخيص التفاوت المكاني في مستويات جودة الحياة بين أحياء المدينة على ضوء جملة من المؤشرات العمرانية والاقتصادية والاجتماعية ومؤشرات الخدمات بأنواعها، وخلصت الدراسة إلى تنميط أحياء المدينة إلى ثلاثة أنماط طبقاً للجودة^(٣).

دراسة (Murgas, 2006) بعنوان "المفهوم الجغرافي لجودة الحياة"، وخلصت الدراسة أن جودة الحياة تتكون من بعدين شخصي وموضوعي وأن إدراك جودة الحياة من قبل الجغرافي تستند إلى البعد المكاني الذي يتم فيه تهيئة الظروف من أجل حياة جيدة^(٤).

دراسة (Olajuyigbe, 2013) بعنوان "تقييم جودة الحياة باستخدام نظم المعلومات الجغرافية"، وتناولت الدراسة فاعلية تقييم جودة الحياة في تحديد مشاكل المناطق يجعلها طريقة مناسبة في دراسات الفقر ووضع استراتيجيات لمعالجته، واعتمدت الدراسة على اثنا عشر مؤشراً في مختلف مجالات الحياة الاجتماعية والاقتصادية والمادية وتم إجراء فحص الارتباط التلقائي المكاني للمؤشرات لتحديد طريقة التنبؤ المكاني التي استخدمت لتعيين كل مؤشر^(٥).

دراسة (David & others, 2001) بعنوان "جودة الحياة في ريف آسيا"، وتناول من خلالها مفهوم جودة الحياة ومؤشرات قياسها والتدابير النوعية والكمية لمجالات

(١) السيد محمد علي محمود، العمران وفقاً لجودة الحياة بين الواقع والمستقبل في محافظة المنوفية، دراسة جغرافية، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة المنوفية، ٢٠٠٦.

(٢) Juczynski, Z., Health-related quality of life: theory and measurement, acta universitatis lodziensis folia psychological 10, 2006.

(٣) عبد العزيز عبد الكريم بو حليقة، جودة الحياة في مدينة طبرق، دراسة جغرافية، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة عين شمس، ٢٠١٣.

(4) Murgas, F., Geographical conceptualization of quality of life. Ekologia (Bratislava), Vol. 35, No. 4, p. 309–319, 2016.

(5) Olajuyigbe, A. E, & Adegboyega, S.A, Assessment of Quality of Life Using Geographical Information System Approach for Poverty Alleviation Decision-Making, International Journal of Sustainable Land Use and Urban Planning, Vol. 1 No. 1, pp. 1-20, (2013). Available at (<https://www.researchgate.net/publication>).

د/ السيد محمد علي محمود

جودة الحياة، بالإضافة إلى أنماط جودة الحياة واتجاهاتها في ريف آسيا وأهمية الجودة المؤسسية وانعكاساتها على جودة الحياة^(٦).

مباحث الدراسة:

المبحث الأول: نشأة ومفهوم جودة الحياة وجودة الحياة الصحية ومؤشراتها:

المبحث الثاني: التغطية بخدمات مياه الشرب والصرف الصحي.

المبحث الثالث: الإنفاق على الصحة.

المبحث الرابع: الإمكانيات المادية والبشرية.

المبحث الخامس: توقع الحياة عند الميلاد ووفيات الأطفال والأمهات.

المبحث السادس: الرضا عن الخدمات الصحية وأنماط جودة الحياة الصحية.

المبحث الأول: نشأة ومفهوم جودة الحياة وجودة الحياة الصحية ومؤشراتها:

ترجع نشأة مفهوم جودة الحياة إلى القرن الثامن عشر، حين عُرِفَت المجتمعات على كونها أدوات تمد المواطنين بالاحتياجات الأساسية للحياة الجيدة. وتم ترسيخ هذا التعريف في القرن التاسع عشر من خلال أن أفضل مجتمع هو الذي يتمتع أكبر عدد من أفراده بأكثر سعادة ممكنة. وبناء على هذا المفهوم ومع بدايات القرن العشرين، تم تعزيز الجهود الرامية إلى تمكين المجتمعات اقتصادياً واجتماعياً للوصول إلى حالة الرفاه من خلال مكافحة الجهل والفقر والمرض^(٧)، وتُعرف جودة الحياة بأنها عملية مركبة ومتكاملة تتضمن توافر كافة الاحتياجات والإمكانيات المادية للفرد والأسرة، كالمأكل والمشرب والملبس والمسكن، وكذلك الحاجات غير المادية (الاجتماعية)، كالتعليم والصحة والنقل والمواصلات والبيئة النظيفة الخالية من التلوث. ولا شك أن هذه الحاجات ليست استاتيكية أو ثابتة، وإنما هي ذات طبيعة دينامية ومتطورة من خلال ارتباطها بتطور المجتمع وتقدمه^(٨). في حين يرى البعض أن جودة الحياة (Quality of Life) مفهوم يرتبط بعدة مفاهيم أخرى كالرفاه (welfare) والتقدم (Progress) والتنمية (Development) والتحسين (Improvements) وإشباع الحاجات (Satisfaction of Needs) والفقر (Poverty)^(٩). بينما ظهر مفهوم جودة الحياة المرتبطة بالصحة لأول مرة في العلوم الطبية في السبعينيات من القرن العشرين، ورغم أن هذا القرن شهد إنجازات استثنائية في الطب، إلا أن نظام الرعاية الصحية وجد نفسه في أزمة. ليس بسبب العوامل الاقتصادية فقط ولكن أيضاً الطبيعة المتغيرة للمرض، من الحاد إلى المزمن الذي ترتبط أسبابه بشكل متزايد بنمط حياة

(6)David E. B., &others, The Quality Of Life in Rural Asia, Published in the United States by Oxford University Press Inc., New York , 2001.

(٧) أحمد عبد العزيز أحمد البقلي، مفهوم نوعية الحياة: النشأة، والتطور، ورقة بحثية مقدمة إلى معهد التخطيط القومي- المركز الديموجرافي، المؤتمر السنوي الثالث والأربعين، قضايا السكان والتنمية- الواقع وتحديات المستقبل ما بعد ٢٠١٥، القاهرة: ١٧-١٨ ديسمبر ٢٠١٤، ص٢.

(٨) نصير عبد الزاق البصري، فاطمة جمال حسين، مؤشرات جودة الحياة في مدينة النجف الأشرف (دراسة تحليلية مقارنة لقطاعات خدمية منتخبة)، مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، المجلد العشرون: العدد ٣، ٢٠١٧، ص٢٤٢.

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي

الفرد⁽¹⁰⁾، ولا تمثل جودة الحياة المرتبطة بالصحة سوى بعد واحد من أبعاد جودة الحياة، وتشمل تلك الجوانب من جودة الحياة التي يمكن أن تظهر بوضوح أنها تؤثر على الصحة – سواء الجسدية أو العقلية وتم قياس جودة الحياة الصحية في هذه الدراسة باستخدام مؤشرات موضوعية وذاتية: المؤشرات الموضوعية وهي تلك المؤشرات القابلة للقياس الكمي والتي تتعلق بالمتغيرات المؤسسة لجودة الحياة الصحية (مؤشرات مرتبطة بالمدخلات وأخرى متعلقة بالمخرجات) ويمكن ملاحظتها من البيانات الإحصائية، والمؤشرات الذاتية وهي تشير إلى حجم استفادة أفراد المجتمع من المدخلات، بحيث تقيس هذه المؤشرات كفاءة أداء المتغيرات الموضوعية المتعلقة بالمدخلات استناداً إلى قدر الإشباع الذي تحقق للأفراد من خلال أداء هذه المتغيرات، ومدى أو درجة رضاء الأفراد عن ذلك، وقد تم تقييمها من خلال نسبة الرضا عن الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين بدول الوطن العربي.

المبحث الثاني: التغطية بخدمات مياه الشرب والصرف الصحي:

الماء هو جوهر الحياة وأحد حقوق الإنسان الأساسية الضرورية للجميع وللتنمية المستدامة، كما أن الصرف الصحي مع مياه الشرب من العوامل المحددة لجودة الحياة وخدمة صحية أساسية بدونها لن يكون هناك أي تحسن في الصحة العامة والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، حيث يؤدي نقص مياه الشرب والصرف الصحي غير الكافي عامل رئيسي في استمرار ارتفاع معدلات الأمراض المرتبطة بالصحة في البلدان النامية وتشكل عقبة رئيسة أمام التخفيف من حدة الفقر وتؤدي حتماً إلى تدهور البيئة.

(١-٢) التغطية بخدمات مياه الشرب:

يعد توفير مياه آمنة وموثوق بها وبأسعار معقولة ويمكن الوصول إليها بسهولة أمراً ضرورياً لصحة جيدة وقد قدر أن الحد الأدنى ٧,٥ لترات من المياه للشخص الواحد في اليوم الواحد المطلوبة في المنزل للشرب، وإعداد الغذاء، والنظافة الشخصية، وأكثر من ذلك المتطلبات الأساسية للمياه، على الأقل هناك حاجة إلى ٥٠ لتراً للشخص الواحد في اليوم لضمان جميع النظافة الشخصية، والنظافة الغذائية، واحتياجات التنظيف المنزلي وغسيل الملابس⁽¹¹⁾. ويؤثر نقص إمدادات المياه على الصحة من خلال التسبب في الإسهال الحاد المعدي، تكرر أو نوبات الإسهال المزمنة، وبعض الأمراض التي تنشأ من الأنواع الكيميائية مثل الزرنيخ والفلورايد. يمكن أن تؤثر أيضاً على الصحة عن طريق الحد من الإنتاجية والحفاظ على النظافة الشخصية⁽¹²⁾. وأشارت دراسة حديثة للعوائد الاقتصادية على الاستثمارات في

(10) Karimi, M., Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference?, 2016, p.7. Available at (<https://www.researchgate.net>)

(11) Paul, R. H., & others, Water Supply and Health, PLoS Medicine, Volume 7, Issue 11, November 2010, p.1 Available at (<http://www.plosmedicine.org>).

(12) Op.Cit.

د/ السيد محمد علي محمود

إمدادات المياه والصرف الصحي إلى أن كل دولار ينفق على إمدادات المياه وخدمات الصرف الصحي يمكن أن يؤدي إلى عودة اقتصادية من بين ٥ دولارات و ٤٦ دولاراً، مع أعلى عوائد في المناطق الأقل نمواً^(١٣).

يعرض الجدول (١) والشكل (١) التوزيع الجغرافي النسبي لتغطية السكان بخدمات مياه الشرب الأساسية على مستوى دول الوطن العربي ويتبين منهما ما يأتي:

بلغت نسبة تغطية السكان بخدمات مياه الشرب الأساسية ١٠٠٪ في أربع دول هي: قطر والإمارات والبحرين والكويت، تلتها الأردن ٩٩٪، مصر ٩٨٪. **جدول (١) التوزيع النسبي لتغطية بخدمات مياه الشرب بدول الوطن العربي عام ٢٠١٥.**

الدولة	الخدمة الأساسية (٥)	معالجة مياه (١٠)	معالجة مياه (١٠)	الخدمة الأساسية (٥)	معالجة مياه (١٠)	معالجة مياه (١٠)	الخدمة الأساسية (٥)	معالجة مياه (١٠)	معالجة مياه (١٠)
قطر	١٠٠	٠	٠	٨٨	٠	١٢	٠	٠	٠
السعودية	٩٧	٠	٣	٩٨	٠	١	٠	٠	٠
الإمارات	١٠٠	٠	٠	٩٧	٠	٢	٠	٠	٠
البحرين	١٠٠	٠	٠	٨٦	٠	٢	٣	٠	٠
الكويت	١٠٠	٠	٠	٨٣	٠	٧	٣	٠	٠
ليبيا	٩٧	٠	٣	٧٠	٠	٢١	٥	٠	٠
عمان	٩١	٩	٠	٨٤	٠	٦	١	٠	٠
لبنان	٩٢	٨	٠	٧٠	٠	١٥	٠	٠	٠
الأردن	٩٩	٠	١	٥٩	٠	٢٦	٩	٠	٠
تونس	٩٥	٤	١	٧٧	٠	١٥	٢	٠	٠
الجزائر	٩٣	٦	١	٤٠	٠	١٩	١٢	٠	٠

Source: World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2017, Progress on drinking water, sanitation and hygiene: 2017 update and SDG baselines. pp. 58-75.

وبلغت ٩٧٪ بدول: المملكة العربية السعودية وليبيا وسوريا، بينما بلغت ٩٥٪ في تونس، ٩٣٪ بالجزائر، ٩٢٪ لبنان، ٩١٪ عمان، وتراوح ما بين ٨٠٪-٩٠٪ بدول: فلسطين والعراق وجزر القمر والمغرب حيث بلغت النسب بها ٨٨٪، ٨٦٪، ٨٤٪،

(¹³)Haller, L., Hutton, G., & Bartram, J., (2007) Estimating the costs and benefits of water and sanitation improvements at global level. J Water Health 5: 467-480.

(*) أساسية: مياه الشرب من مصدر محسن، بشرط ألا يزيد الوقت المبدول في الحصول عليها عن ٣٠ دقيقة ذهاباً وإياباً، شاملاً الانتظار في طابور.

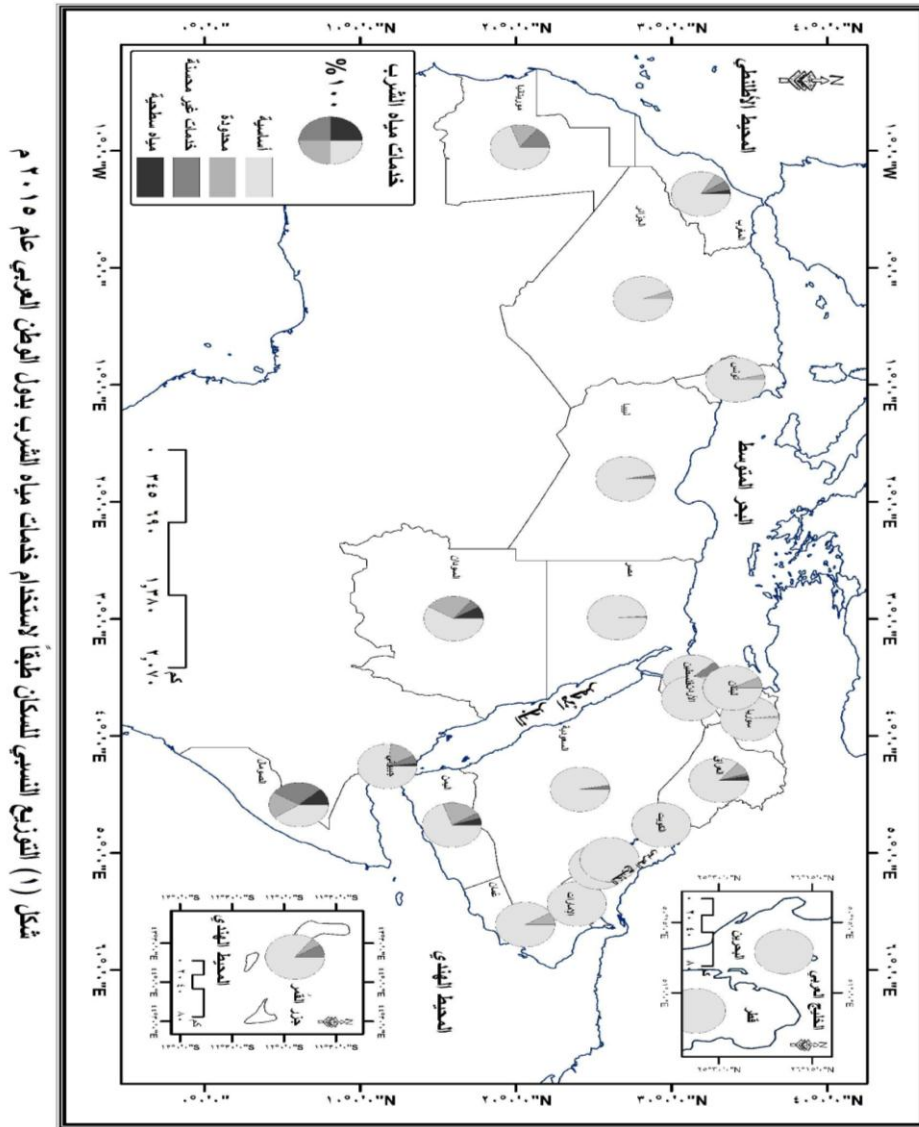
(**) مياه الشرب من مصدر محسن ويزيد الوقت المبدول في الحصول عليها عن ٣٠ دقيقة ذهاباً وإياباً، شاملاً الانتظار في طابور.

(***) خدمات غير محسنة: مياه الشرب من بئر محفورة غير محمية أو من نبع مياه غير محمي.

(****) مياه سطحية: مياه الشرب مباشرة من النهر أو السد أو البحيرة أو البركة أو الجدول أو القنال أو قناة الري.

عن World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF), Progress on drinking water, sanitation and hygiene, 2017,p.8.

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي
 ٨٣٪ على الترتيب، بينما انخفضت نسب تغطية السكان بخدمات مياه الشرب الأساسية
 عن ٨٠٪ بدول جيبوتي ٧٧٪، اليمن وموريتانيا ٧٠٪ بكل منهما، السودان ٥٩٪
 وبلغت حدها الأدنى في دولة الصومال ٤٠٪ من جملة السكان.



بلغت نسبة تغطية السكان بخدمات مياه الشرب المحدودة أقصاها في دولة السودان
 ٢٦٪، تلتها دول: اليمن ٢١٪، الصومال ١٩٪، واليمن وجيبوتي ١٥٪ بكل منهما،

د/ السيد محمد علي محمود

لبنان ٨٪، العراق وعمان ٩٪ بكل منهما ، والمغرب ٧٪، ٦٪ بكل من الجزائر وجزر القمر، بينما بلغت ٤٪، ٢٪، ١٪ بدول تونس وسوريا ومصر على الترتيب. سجلت نسبة التغطية بخدمات مياه الشرب غير المحسنة حدها الأقصى بدولة الصومال ٢٩٪ من جملة السكان، تلتها موريتانيا ١٥٪، فلسطين ١٢٪، جزر القمر ٩٪، المغرب ٧٪، السودان وجيبوتي ٦٪ بكل منهما، ٤٪ باليمن، ٣٪ بكل من المملكة العربية السعودية وليبيا، ٢٪ بالعراق ، بينما بلغت ١٪ بدول: الأردن وتونس والجزائر ومصر وسوريا. بلغت نسبة تغطية السكان بمياه الشرب السطحية أقصاها في دولة الصومال ١٢٪، تلتها دول: السودان ٩٪ واليمن ٥٪ و ٣٪ بكل من العراق والمغرب، و ٢٪ بجيبوتي، بينما بلغت بجزر القمر ١٪.

(٢-٢) التغطية بخدمات الصرف الصحي:

يمكن أن يكون لتحسين الصرف الصحي تأثير كبير على الصحة والاقتصاد والأمن الشخصي والكرامة. وتعمل الاستثمارات في الصرف الصحي على تقليل تكاليف الرعاية الصحية وزيادة الإنتاجية، مع زيادة الوقت المتاح للعمل والمدرسة. كما أشارت بعض الدراسات أن إنفاق دولار واحد على الصرف الصحي يمكن أن تولد حوالي عشرة دولارات ذات فائدة اقتصادية، بشكل رئيسي من خلال وقت العمل المنتج المكتسب من الأمراض، ويمكن أن تنقذ الوقاية من الأمراض المتعلقة بالمياه والصرف الصحي ٧ مليارات دولار في السنة من تكاليف النظام الصحي، علاوة على ذلك، في معظم العالم النامي في أي وقت عدد كبير من أسرة المستشفى يشغلها أشخاص يعانون من أمراض الإسهال^(١٤). ويُعزى ١,٧٣ مليون حالة وفاة كل عام إلى إمدادات المياه غير المأمونة والصرف الصحي، بما في ذلك نقص النظافة^(١٥)، وأشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن ١٠٪ من عبء المرض العالمي يرجع إلى نقص إمدادات المياه وسوء الصرف الصحي والنظافة الصحية^(١٦)، سوء الصرف الصحي والنظافة والمياه مسؤولة عن حوالي ٥٠٪ من عواقب الطفولة ونقص الوزن

(14)United States Agency International development(USAID), Sanitation Water and Development Strategy Implementation Brief, 2016, p.3.

(15)World Health Organization, Economic and health effects of increasing coverage of low cost household drinking-water supply and sanitation interventions to countries off-track to meet MDG target 10, Public Health and the Environment World Health Organization Geneva, 2007, p.10.

(16)Fewtrell, L., Annette, P., & Bos, R., Water, Sanitation and Hygiene: Quantifying the Health Impact at National and Local Levels in Countries with Incomplete Water Supply and Sanitation Coverage, Environmental Burden of Disease Series, No. 15, Public Health and the Environment Geneva 2007, p.1. Available at (<https://www.researchgate.net>).

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي
عند الأم، في المقام الأول من خلال التآزر بين أمراض الإسهال ونقص التغذية، حيث يزيد التعرض لأحدهما التعرض للآخر.

تلعب الاستثمارات في مجال الصرف الصحي دوراً حاسماً في الحد من مرض الإسهال، الذي لا يزال السبب الرئيسي وراء وفاة الكثير على مستوى العالم. في عام ٢٠١٥، شكل الإسهال ٨ في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة على مستوى العالم، أو حوالي ٥٣١٠٠٠ حالة وفاة سنوياً، لكن الصرف الصحي الكافي يمثل حاجزاً وقائياً أساسياً لانتقال مرض البراز الفموي، بينما أشارت دراسات التحليل التالية لاستكشاف تأثير توفير الصرف الصحي على انتشار الإسهال المبلغ عنها تقدير مجمع بتخفيض قدره ٣٠٪ في انتشار الإسهال وتصل إلى ٦٠٪ انخفاض في المناطق القاطنة بالفقراء خاصة التي تراعي شروط الصرف الصحي الأساسية^(١٧).

يبين الجدول (٢) والشكل (٢) التوزيع النسبي لتغطية السكان بخدمات الصرف الصحي بدول الوطن العربي عام ٢٠١٥ ويتضح منهما ما يأتي:

تم تغطية جميع السكان بخدمات الصرف الصحي الأساسية بدول: قطر والسعودية والإمارات والكويت والبحرين وليبيا. بينما بلغت نسب التغطية بخدمات الصرف الصحي الأساسية ٩٩٪ في عمان تلتها دول: الأردن وفلسطين ولبنان بنسب ٩٧٪، ٩٦٪، ٩٥٪ على الترتيب، بينما بلغت ٩٣٪ بدول تونس ومصر وسوريا، وتراوحت ما بين ٥٠٪ - ٩٠٪ بدول: الجزائر والعراق والمغرب واليمن وجيبوتي حيث بلغت نسب التغطية بها ٨٧٪، ٨٦٪، ٨٣٪، ٦٠٪، ٥١٪ على الترتيب، وانخفضت نسب التغطية بخدمات الصرف الصحي الأساسية عن ٥٠٪ بدول موريتانيا والسودان وجزر القمر والصومال وبلغت نسب التغطية بها ٤٥٪، ٣٥٪، ٣٤٪، ١٦٪ على الترتيب.

(17)United States Agency International development(USAID), Op. Cit, pp.1-2.

د/ السيد محمد علي محمود

جدول (٢) التوزيع النسبي للتغطية بخدمات الصرف الصحي بدول الوطن العربي عام ٢٠١٥.

الخدمة الدولة	أساسية(*)	محدودة**	محصنة***	التغطية العراق****	الخدمة الدولة	أساسية	محدودة	محصنة	العراق التغطية في الخدمات
قطر	١٠٠	٠	٠	٠	فلسطين	٩٦	٤	٠	٠
السعودية	١٠٠	٠	٠	٠	مصر	٩٣	٤	٣	٠
الإمارات	١٠٠	٠	٠	٠	سوريا	٩٣	٤	٢	١
البحرين	١٠٠	٠	٠	٠	العراق	٨٦	١٠	٤	٠
الكويت	١٠٠	٠	٠	٠	المغرب	٨٣	٨	١	٨
ليبيا	١٠٠	٠	٠	٠	اليمن	٦٠	٤	١٦	٢٠
عمان	٩٩	١	٠	٠	جزر	٣٤	٦	٥٩	١
لبنان	٩٥	٢	٣	٠	موريتانيا	٤٥	١٢	١٣	٣٠
الأردن	٩٧	١	٢	٠	السودان	٣٥	٩	٣٠	٢٦
تونس	٩٣	٥	١	١	جيبوتي	٥١	٤	٢٢	٢٣
الجزائر	٨٧	٩	٣	١	الصومال	١٦	١١	٣٤	٣٩

Source: World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2017, Progress on drinking

سجلت نسب تغطية السكان بخدمات الصرف الصحي المحدودة أقصاها بدولة موريتانيا ١٢٪، تلتها الصومال ١١٪، والسودان ٩٪، والمغرب ٨٪، وجيبوتي ٦٪، وفلسطين ٦٪، بينما بلغت ٤٪ بدول: مصر وسوريا والجزائر واليمن وجزر القمر، و ٢٪ بالأردن، و ١٪ بكل من عمان وفلسطين.

(*) أساسية: الانتفاع من مرافق محسنة غير مشتركة مع أسر معيشية أخرى.

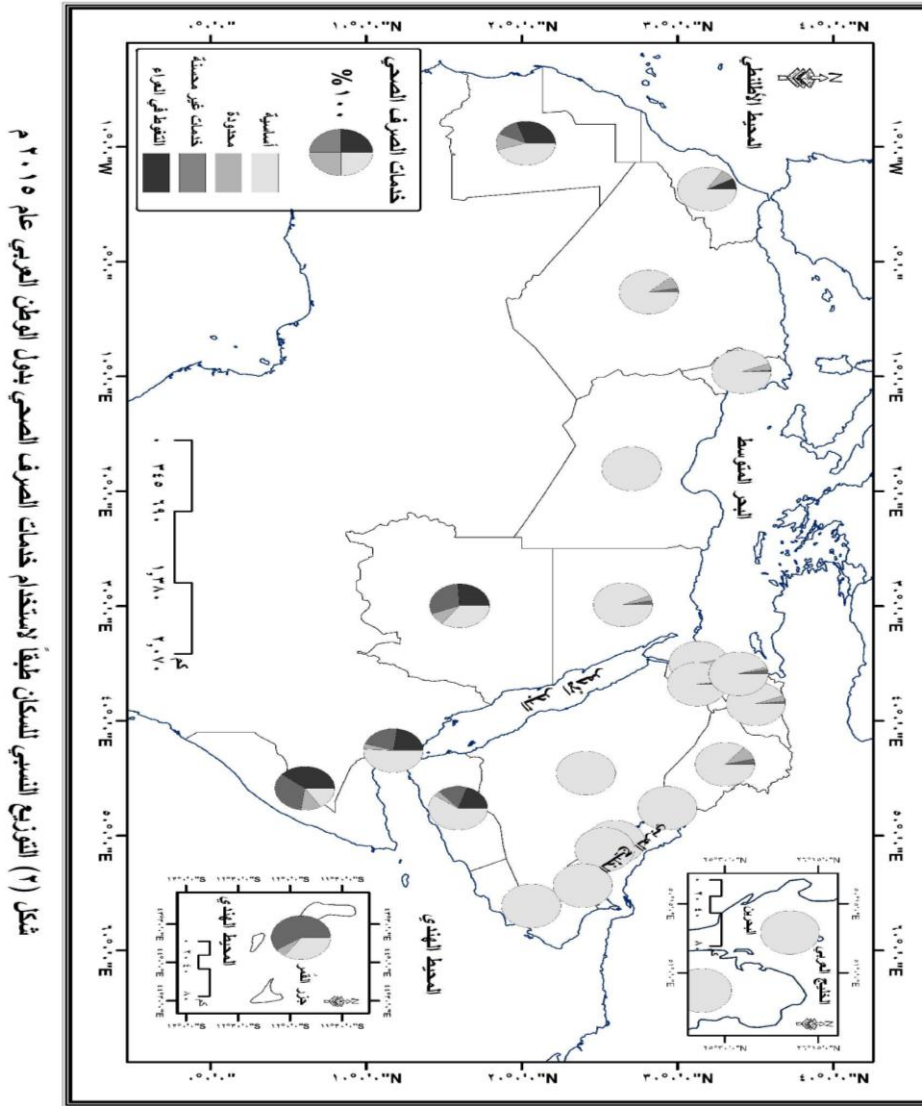
(**) محدودة: الانتفاع من مرافق محسنة مشتركة بين أسرتين معيشيتين أو أكثر.

(***) غير محسنة: الانتفاع من المراحيض الخفية غير المزودة ببلاطة أو بمنصة، أو من المراحيض الأرضية المعلقة، أو المراحيض الدلوية.

(****) التغطى في العراق: التخلص من الغائط البشري في الحقول أو الغابات أو الأحراج أو مسطحات المياه المفتوحة أو الشواطئ أو المساحات المكشوفة الأخرى، أو النفايات الصلبة الأخرى. عن

World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF), Progress on drinking water, sanitation and hygiene, 2017, p. 8.

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي



شكلت نسب تغطية السكان بخدمات الصرف الصحي غير المحسنة ما يقرب من ثلاث أخماس (٥٩٪) من سكان دول جيبوتي، وما يزيد قليلاً عن ثلث سكان الصومال (٣٤٪)، ٣٠٪ من سكان السودان، وما يزيد عن خمس سكان دولة جزر القمر (٢٢٪)، و١٦٪، ١٣٪ من سكان اليمن وموريتانيا على التوالي، ٣٪ من سكان الأردن وتونس وسوريا، ٢٪ من سكان فلسطين، و ١٪ من سكان لبنان والمغرب.

د/ السيد محمد علي محمود

بلغت نسبة السكان الذين يتخلصون من الغائط البشري في العراق أقصاها في دولة الصومال وشكلت ما يقرب من خمسي (٣٩٪) من جملة السكان، تلتها موريتانيا ٣٠٪، بينما بلغت ٢٦٪ بالسودان، ٢٣٪، ٢٠٪، ٨٪ بدول: جيبوتي واليمن والمغرب على الترتيب، في حين بلغت ١٪ بدول تونس والجزائر وسوريا وجزر القمر.

المبحث الثالث: الإنفاق على الصحة:

الموارد المالية هي مدخلات أساسية وتمثل أحد اللبانات الأساسية للأنظمة الصحية، هذه ضرورية لشراء الأدوية واللوازم، وبناء المرافق الصحية، ودفع أجور العاملين بالصحة. ومع ذلك، محدودية الموارد المالية قيد تواجده معظم النظم الصحية^(١٨). إلا أن الاستثمارات الإضافية في الرعاية الصحية من شأنها أن تعزز رأس المال البشري وتحسن من النمو الاقتصادي. أشار ويلسون (١٩٩٩) إلى أن الإنفاق على الرعاية الصحية يشبه الاستثمار في رأس المال البشري الذي من المتوقع أن يزيد من وتيرة النمو الاقتصادي^(١٩). وأشارت الدراسات التجريبية أن هناك علاقة ارتباط سلبية بين الإنفاق على الصحة ومعدل وفيات الرضع، وإيجابية العلاقة بين الإنفاق الصحي الحكومي والعمر المتوقع عند الولادة. مع الأخذ في الاعتبار أن أدوات إدارة الجودة مثل الميزانية التي توضع بشكل جيد صياغة وتنفيذاً ورصداً ضرورية في إنتاج وضع صحي أفضل^(٢٠).

جدول (٣) تطور الإنفاق العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي ونصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بالدولار بالوطن العربي خلال الفترة (٢٠١٥-٢٠٠٠).

المؤشر العام	نسبة الإنفاق العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي	نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بالدولار الأمريكي
٢٠٠٠	٤,٠	١١٥
٢٠٠٥	٣,٥	١٣٩
٢٠١٠	٤,٠	٢٤٩
٢٠١٥	٥,٠	٣٤٥

Source: World Development Indicators (WDI) is the World Bank's premier compilation of cross-country

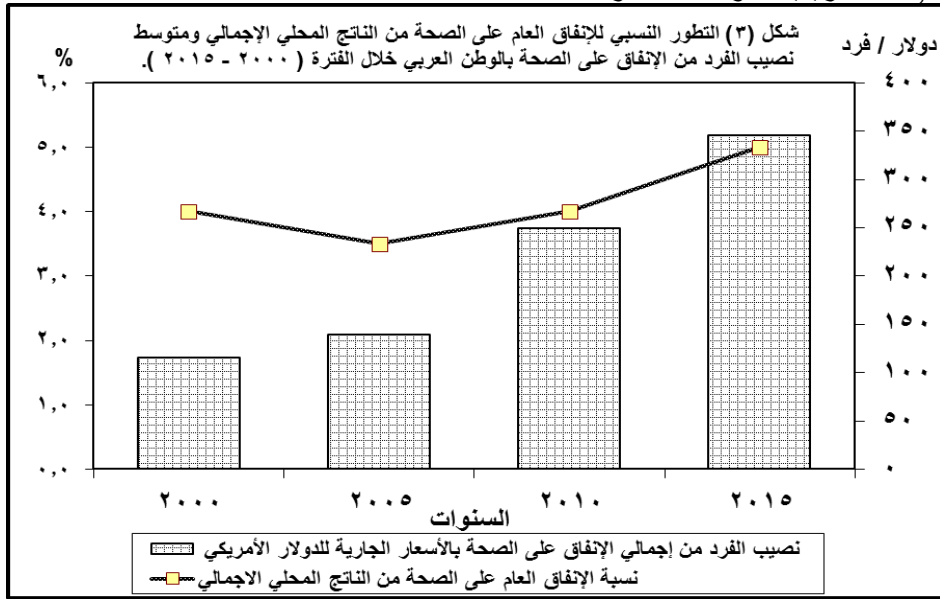
(18)Dieleman, J., Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, Vol 393 June 1, 2019. P. 2234. Available at (<http://www.thelancet.com>).

(19)Khan, H. N., Health Care Expenditure and Economic Growth in SAARC Countries (1995 – 2012): A Panel Causality Analysis, The International Society for Quality-of-Life Studies (ISQOLS) 2015, Available at (<https://www.springer.com>).

(20)Ahmad, R., & Hasan, J., Public Health Expenditure, Governance and Health Outcomes in Malaysia, Jurnal Ekonomi Malaysia 50(1) 2016 , pp.31-32. Available at (<https://www.researchgate.net>).

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي

يتبين من الجدول (٣) والشكل (٣) ما يأتي: بلغت نسبة الإنفاق العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي بالوطن العربي ٤٪ عام ٢٠٠٠، تراجعت هذه النسبة إلى ٣,٥٪ عام ٢٠٠٥، بينما ارتفعت مرة أخرى لتصل إلى ٤٪ عام ٢٠١٠، واستمرت في الارتفاع البطيء إلى أن وصلت ٥٪ عام ٢٠١٥، وتنخفض بذلك عن نسبة الإنفاق العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي على مستوى العالم التي ارتفعت من ٨,٦٪ عام ٢٠٠٠، لتصل إلى ٩,٩٪ عام ٢٠١٥، وتمثل أيضاً أدنى نسبة من الإنفاق العام على الصحة بين أقاليم العالم حيث بلغت هذه النسبة أقصاها في أوروبا ووسط آسيا ٩,٣٪، ٨,٦٪ بأمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، ٦,٥٪ شرق آسيا والمحيط الهادي، ٥,٣٪ بأفريقيا جنوب الصحراء^(٢١).



ارتفع نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بالدولار في الوطن العربي من ١١٥ دولاراً للفرد عام ٢٠٠٠، وصل إلى ١٣٩ دولاراً للفرد عام ٢٠٠٥، واستمر في الارتفاع ليبلغ ٢٤٩ دولاراً للفرد عام ٢٠١٠ حتى وصل ٣٤٥ دولاراً للفرد عام ٢٠١٥، ورغم هذا الارتفاع إلا أنه أقل من نصيب الفرد على مستوى العالم الذي ارتفع من ٤٧٣ دولاراً للفرد عام ٢٠٠٠ إلى أن وصل ١٠٠٧ دولاراً للفرد عام ٢٠١٥، كما ينخفض نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بالوطن العربي عن مثيله على مستوى أقاليم العالم عدا إقليم أفريقيا جنوب الصحراء الذي بلغ نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة به ٨٦ دولاراً، بينما بلغ نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في

(21)World Bank, World Development Indicators (WDI) is the World Bank's premier compilation of cross-country comparable data on development , 2019.

د/ السيد محمد علي محمود

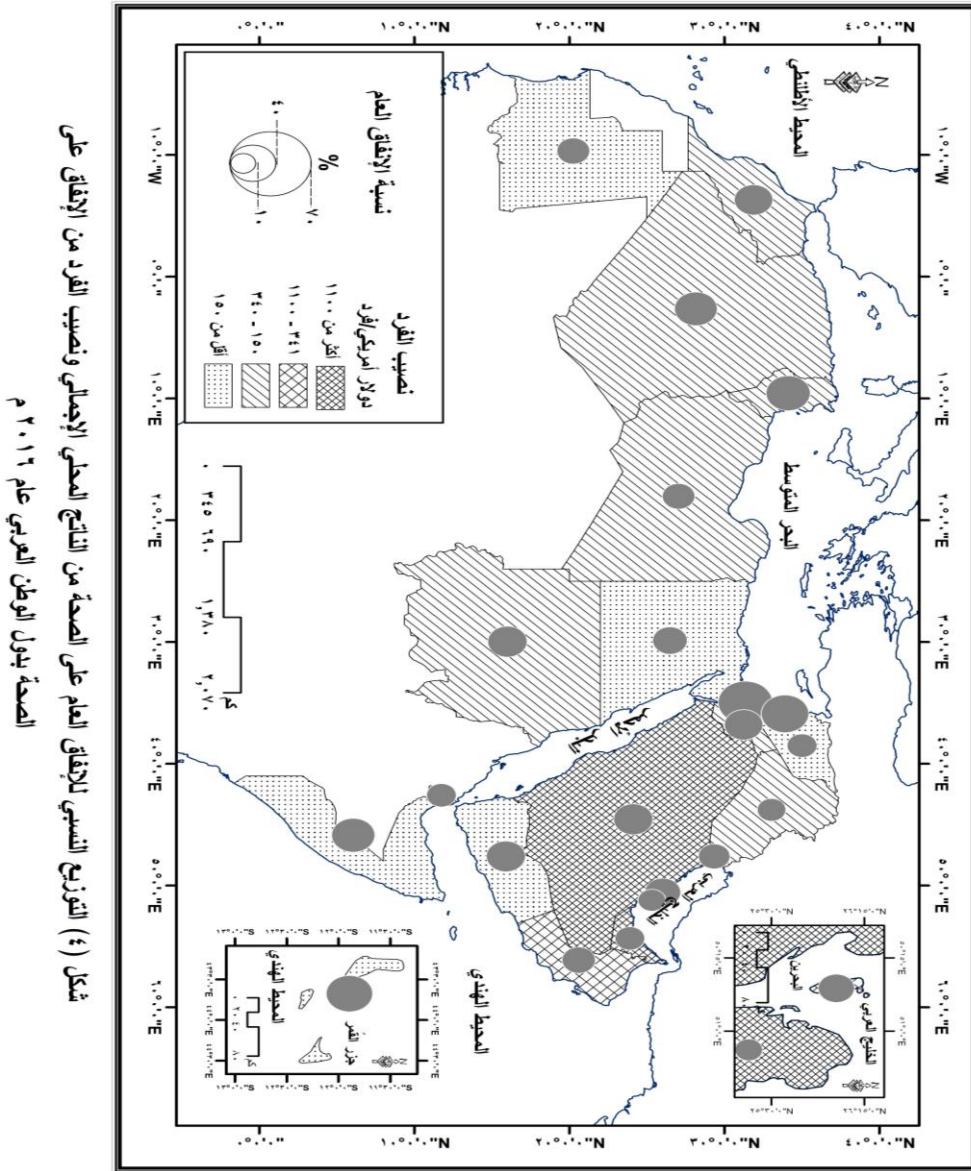
أوروبا ووسط آسيا ٢٠٩٩ دولاراً، وأمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي ٧٦٥ دولاراً، وشرق آسيا والمحيط الهادي ٦٠٢ دولاراً عام ٢٠١٥ (٣٢).

جدول (٤) التوزيع النسبي للإنفاق العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي والإنفاق الصحي للفرد (بالأسعار الجارية للدولار) بدول الوطن العربي عام ٢٠١٦.

الدولة	المؤشر	نسبة الإنفاق العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي	الإنفاق الصحي للفرد (بالأسعار الجارية للدولار)	الدولة	المؤشر	نسبة الإنفاق العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي	الإنفاق الصحي للفرد (بالأسعار الجارية للدولار)
قطر	٣,١	١٨٢٧	١٣١	مصر	٤,٢	١٣١	١٣١
السعودية	٥,٨	١١٤٧	٦٦	سوريا	٣,٥	٦٦	٦٦
الإمارات	٣,٥	١٣٢٣	١٥٣	العراق	٣,٤	١٥٣	١٥٣
البحرين	٥,٢	١٠٩٩	١٧١	المغرب	٥,٥	١٧١	١٧١
الكويت	٤,٠	١٠٦٨	٧٢	اليمن	٦,٠	٧٢	٧٢
ليبيا	٤,١	٣١٣	٥٩	جزر القمر	٨,٠	٥٩	٥٩
عمان	٣,٨	٦٤٨	٤٧	موريتانيا	٤,٦	٤٧	٤٧
لبنان	٧,٤	٦٦٢	١٥٢	السودان	٦,٣	١٥٢	١٥٢
الأردن	٦,٣	٢٢٤	٧٠	جيبوتي	٤,٤	٧٠	٧٠
تونس	٦,٧	٢٥٧	١٥	الصومال	٦,٧	١٥	١٥
الجزائر	٧,١	٢٦٠	٣٤٠	الوطن العربي	٤,٩	٣٤٠	٣٤٠
فلسطين	١٠,١	٢٨٤	١٠٢٦	العالم	٩,٩	١٠٢٦	١٠٢٦

Source: World Development Indicators (WDI) is the World Bank's premier compilation of cross-country comparable data on

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي



يوضح الجدول (٤) والشكل (٤) التوزيع الجغرافي النسبي للإنفاق العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي ونصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بالدولار الأمريكي ويتبين منهما ما يأتي:

د/ السيد محمد علي محمود

بلغت نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي بالوطن العربي ٤,٩٪، وتنخفض بذلك عن نسبتها على مستوى العالم والتي بلغت ٩,٩٪ عام ٢٠١٦، وارتفعت نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي عن مستواها بالوطن العربي باثنتا عشرة دولة، تشمل دول المغرب العربي، والمملكة العربية السعودية والبحرين واليمن من دول شبه الجزيرة العربية، والصومال وجزر القمر من دول القرن الأفريقي، وفلسطين ولبنان والأردن من إقليم الهلال الخصيب، بالإضافة إلى السودان.

انخفضت نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي عن مستواها بالوطن العربي بعشر دول هي: مصر وموريتانيا وليبيا وجيبوتي من الدول العربية بقارة أفريقيا، وعمان والكويت والإمارات وسوريا والعراق وقطر من الدول العربية بقارة آسيا، وانخفضت نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي بجميع دول الوطن العربي عن مستواها العالمي عدا دولة فلسطين التي ارتفعت عن المستوي العالمي وبلغت نسبة الإنفاق بها ١٠,١٪ من الناتج المحلي الإجمالي.

بلغ متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بالوطن العربي ٣٤٠ دولاراً وينخفض بذلك عن متوسط نصيب الفرد على مستوى العالم ١٠٢٦ دولاراً عام ٢٠١٦، وارتفع متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة عن مستواه بالوطن العربي بسبع دول عربية تمثلت في جميع دول الخليج العربي، حيث بلغ أعلى معدل للفرد بدولة قطر ١٨٢٧ دولاراً، تلتها الإمارات ١٣٢٣ دولاراً، ثم السعودية والبحرين والكويت ولبنان وعمان حيث بلغ نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة ١١٤٧، ١٠٩٩، ١٠٦٨، ٦٦٢، ٦٤٨ دولاراً على الترتيب عام ٢٠١٦.

انخفض متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة عن مستواه بالوطن العربي بخمس عشرة دولة، تشمل جميع الدول العربية بقارة أفريقيا، بالإضافة إلى دول: فلسطين والأردن وسوريا والعراق شمال شرق الوطن العربي، فضلاً عن دولة اليمن إحدى دول شبه الجزيرة العربية عند المدخل الجنوبي للبحر الأحمر، وبلغ أدنى نصيب للفرد من الإنفاق على الصحة بدولة الصومال ١٥ دولاراً للفرد، تسبقها موريتانيا ٤٧ دولاراً للفرد، وسوريا ٦٦ دولاراً للفرد، اليمن ٧٢ دولاراً للفرد عام ٢٠١٦.

المبحث الرابع: الإمكانيات المادية والبشرية:

تم تحليل الإمكانيات المادية من خلال عدد الأسرة في المستشفيات ونصيب السكان منها، بينما تتمثل الإمكانيات البشرية في الطاقم الطبي والمرضات من خلال عدد الأطباء والمرضات بالنسبة للسكان.

(٤-١) نصيب السكان من الأسرة (سرير/ ١٠٠٠٠ نسمة).

يمثل عدد الأسرة الطبية مؤشراً على حجم أو سعة الكفاية للمؤسسات الصحية في استقبال المرضى الراقدين من سكان الدولة وتقديم الخدمات الصحية المناسبة، وبلغ نصيب السكان من الأسرة على مستوى الوطن العربي ١٦ سريراً/ ١٠٠٠٠ نسمة،

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي
وينخفض بذلك عن معدل العالم الذي يبلغ ٢٧ سريراً/ ١٠٠٠٠ نسمة عام ٢٠١٦، كما
ينخفض عن معدل العديد من أقاليم العالم حيث بلغ نصيب السكان من الأسرة ٥٩
سريراً/ ١٠٠٠٠ نسمة بأوروبا ووسط آسيا عام ٢٠١٣، ٤٥ سريراً/ ١٠٠٠٠ نسمة
بشرق آسيا والمحيط الهادي عام ٢٠١٢، ٢٩ سريراً/ ١٠٠٠٠ نسمة بأمريكا الشمالية
عام ٢٠١٤، و٢٣ سريراً/ ١٠٠٠٠ نسمة بأمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي
عام ٢٠١٤.

يوضح الجدول (٥) والشكل (٥) التوزيع الجغرافي لنصيب السكان من الأسرة
والأطباء والمرضات بدول الوطن العربي عام ٢٠١٦ ويتضح منهما ما يلي:
يتفاوت نصيب السكان من الأسرة على مستوى دول الوطن العربي، حيث ارتفع
المعدل بتسع دول عربية عن مستواه بالوطن العربي، تركزت بجميع دول الخليج
العربي عدا دولتي: قطر والإمارات، كما تمثلت بتونس والجزائر بالمغرب العربي،
بالإضافة إلى ليبيا والذي سجل المعدل بها أقصاه بدول الوطن العربي ٣٧ سريراً/
١٠٠٠٠ نسمة، تلتها دولة لبنان ٢٩ سريراً/ ١٠٠٠٠ نسمة، بالإضافة إلى دولة جزر
القمر.

انخفض نصيب السكان من الأسرة بثلاث عشرة دولة عن مستواه بالوطن العربي،
تركزت بجميع الدول العربية شمال قارة أفريقيا عدا دولة الجزائر، كما تمثلت بجميع
دول إقليم الهلال الخصيب عدا دولة لبنان، كما ضمت دولتي: الصومال وجيبوتي من
دول إقليم القرن الأفريقي وجزر القمر، بالإضافة إلى دولة موريتانيا المطلة على
المحيط الأطلنطي جنوب غرب الوطن العربي، ودولة اليمن بإقليم شبه الجزيرة
العربية. وسُجل أدنى معدلات لنصيب السكان من الأسرة بدول: الصومال والسودان
واليمن وموريتانيا حيث بلغ المعدل بها ٩ و ٨ و ٧ و ٥ أسرة/ ١٠٠٠٠ نسمة على
الترتيب عام ٢٠١٦.

جدول (٥) توزيع عدد الأسرة والأطباء والمرضات لكل ١٠٠٠٠ نسمة بدول الوطن العربي عام ٢٠١٦م.

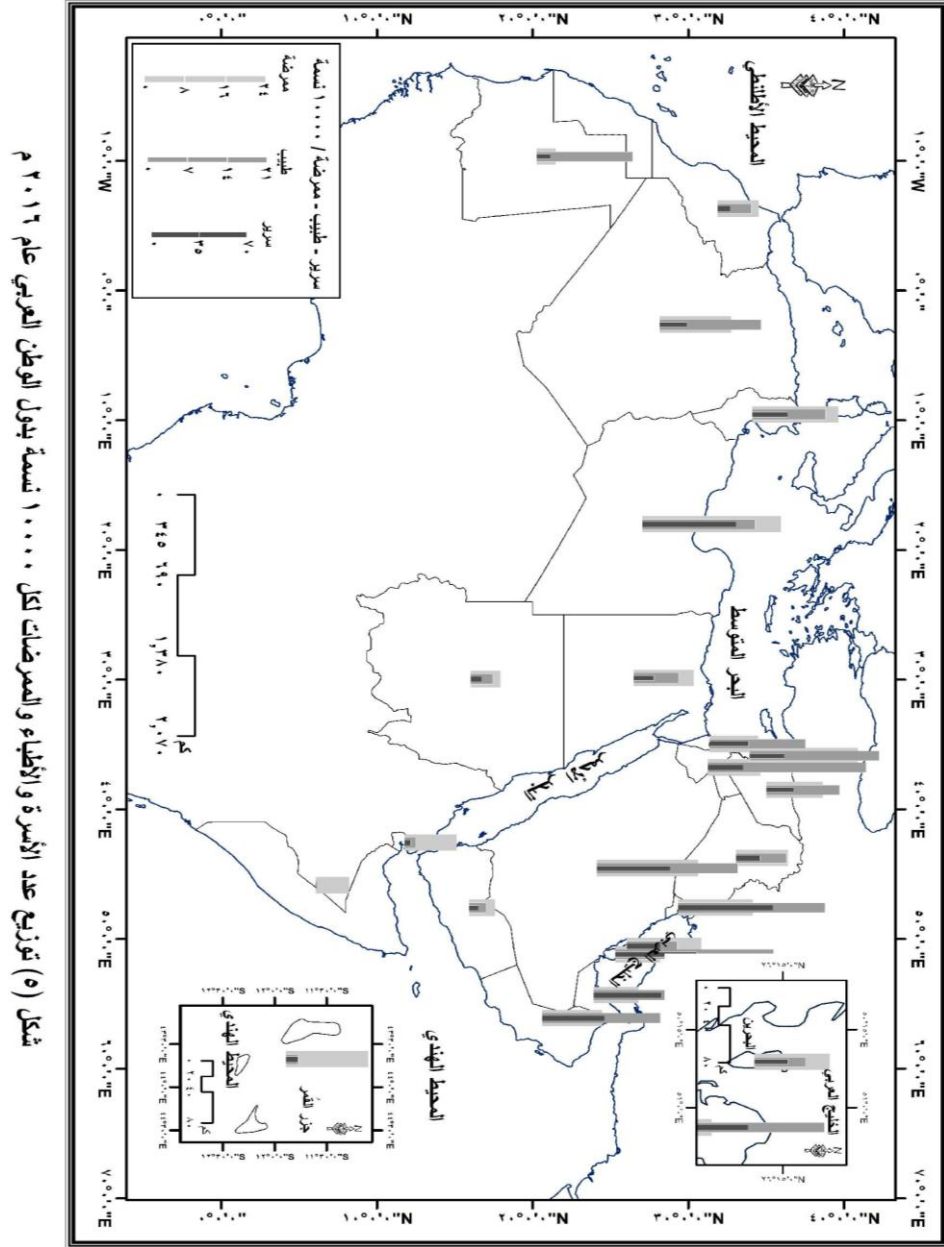
المؤشر	عدد الأسرة	عدد الأطباء	عدد المرضات	المؤشر	عدد الأسرة	عدد الأطباء	عدد المرضات
قطر	١٢	٢٨	٦٠	مصر	١٦	٨	١٥
السعودية	٢٧	٢٥	٥٤	سوريا	١٥	١٣	٢٠
الإمارات	١٢	٢٢	٥٠	العراق	١٤	٩	١٨
البحرين	٢٠	٩	٢٥	المغرب	١١	٦	٩
الكويت	٢٠	٢٦	٧٠	اليمن	٧	٣	٧
ألبانيا	٣٧	٢٠	٦٩	جزر القمر	٢٢	١,٧	٩
عمان	١٦	٢١	٤٦	موريتانيا	٥	١٧	١٠
لبنان	٢٩	٢٣	٢٤	السودان	٨	٤	٨
الأردن	١٤	٢٨	٢٦	جيبوتي	١٤	٢,٢	٥
تونس	٢٣	١٣	٢٦	الصومال	٩	٠,٢	٠,٦
الجزائر	١٩	١٨	٢٠	الوطن	١٦	١١	٢١
فلسطين	١٣	١٧	٢٩	العالم	٢٧	١٥	٣٤

Source: World Development Indicators (WDI) is the World Bank's premier compilation of cross-country

(٤-٢) نصيب السكان من الأطباء (طبيب / ١٠٠٠٠ نسمة).

يعتبر الأطباء العماد الرئيسي لفرق الرعاية الصحية وهم الممارسون الوحيدون المرخص لهم من قبل جهات الاختصاص بالدولة لتشخيص المشكلات الطبية وعلاجها، وهم يشكلون أحد أهم مصادر مدخلات الرعاية الصحية، وقد بلغ نصيب السكان من الأطباء بالوطن العربي ٧ أطباء / ١٠٠٠٠ نسمة عام ١٩٩٠ ارتفع هذا المعدل حتى وصل إلى ١١ طبيباً / ١٠٠٠٠ نسمة عام ٢٠١٦، ورغم ذلك الارتفاع إلا أن نصيب السكان من الأطباء بالوطن العربي أقل من المستوى العالمي الذي ارتفع من ١٣ طبيباً إلى ١٥ طبيباً خلال الفترة ما بين عامي ١٩٩٠-٢٠١٦، كما انخفض نصيب السكان من الأطباء بالوطن العربي عن نظيره بجميع أقاليم العالم عدا إقليم أفريقيا جنوب الصحراء والتي بلغ نصيب السكان من الأطباء به طبيبان / ١٠٠٠٠ نسمة، بينما بلغ هذا المعدل ٣٤ طبيباً بأوروبا ووسط آسيا، و٢٦ طبيباً بأمريكا الشمالية، و٢٢ طبيباً بأمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، و١٦ طبيباً بشرق آسيا والمحيط الهادي.

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي



تفاوتت نصيب السكان من الأطباء على مستوى دول الوطن العربي، وسجلت ثلاث عشرة دولة معدل أعلى من مستواه بالوطن العربي، تركزت في جميع دول

الخليج العربي عدا دولة البحرين، كما تمثلت بدولتي: الجزائر وتونس من دول المغرب العربي، بالإضافة إلى دول: الأردن ولبنان وفلسطين وسوريا شمال شرق الوطن العربي، فضلاً عن ليبيا وموريتانيا، وبلغ المعدل أقصاه بدولتي: قطر والأردن ٢٨ طبيياً أي ما يزيد عن ضعف المعدل على مستوى الوطن العربي، تلتها دول: الكويت والسعودية ولبنان والإمارات وعمان حيث بلغ نصيب السكان من الأطباء بها ٢٦ و ٢٥ و ٢٣ و ٢٢ و ٢١ طبيياً/ ١٠٠٠٠ نسمة، بينما سجل المعدل ٢٠ طبيياً في ليبيا، ١٨ طبيياً بالجزائر، ١٧ طبيياً بكل من فلسطين وموريتانيا، و ١٣ طبيياً بكل من تونس وسوريا.

انخفض نصيب السكان من الأطباء عن نظيره بالوطن العربي بتسع دول، تمثلت في دول القرن الأفريقي والتي شكل نصيب السكان من الأطباء بها أدنى معدلاته على مستوى دول الوطن العربي حيث بلغ ٠,٢ طبيياً/ ١٠٠٠٠ نسمة بالصومال ويمثل أدنى معدل على مستوى الوطن العربي، وطيبان/ ١٠٠٠٠ نسمة بدولتي: جيبوتي، وجزر القمر، بينما بلغ المعدل ٣ و ٤ و ٦ و ٨ أطباء/ ١٠٠٠٠ نسمة بدول: اليمن والسودان والمغرب ومصر على الترتيب، وسجل المعدل ٩ أطباء/ ١٠٠٠٠ نسمة بكل من دولتي: العراق والبحرين.

(٣-٤) نصيب السكان من الممرضات (ممرضة/ ١٠٠٠٠ نسمة).

تعد مهنة التمريض وظيفة لها أسس علمية وثقافية تفترن بوجود مهارات خاصة تفرض على ممارسيها قدراً كبيراً من الاستقرار النفسي والصبر لأنها إحدى العناصر الفاعلة في تقديم خدماتها المتمثلة برعاية المرضى على مدار الساعة وتطبيق خطة العلاج التي يصفها الأطباء^(٢٣).

بلغ نصيب السكان من الممرضات بالوطن العربي ٢١ ممرضة/ ١٠٠٠٠ نسمة، وينخفض بذلك عن المعدل العالمي والذي بلغ ٣٤ ممرضة/ ١٠٠٠٠ نسمة عام ٢٠١٦، كما ينخفض المعدل بالوطن العربي عن مثيله بجميع أقاليم العالم عدا إقليم أفريقيا جنوب الصحراء والذي بلغ المعدل به ١٠ ممرضات/ ١٠٠٠٠ نسمة، بينما بلغ المعدل أقصاه على مستوى العالم بأمريكا الشمالية ٨٧ ممرضة/ ١٠٠٠٠ نسمة، تلاه إقليم أوروبا ووسط آسيا ٨١ ممرضة/ ١٠٠٠٠ نسمة، بينما سجل المعدل ٤٧ و ٢٩ و ٢٣ ممرضة/ ١٠٠٠٠ نسمة بأقاليم: أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، وشرق آسيا والمحيط الهادي، والشرق الأوسط وشمال أفريقيا على الترتيب عام ٢٠١٦.

يتفاوت نصيب السكان من الممرضات على مستوى دول الوطن العربي وسجلت نصف عدد دول الوطن العربي معدل أعلى من نظيره على مستوى الوطن العربي، تركزت في جميع دول الخليج العربي، بالإضافة إلى دول: فلسطين والأردن ولبنان

(٢٣) عادل عبد الأمير عبود، التباين المكاني لمؤشرات التنمية الصحية وآفاقها المستدامة في محافظة البصرة (دراسة في جغرافية التنمية)، مجلة دراسات البصرة، السنة الحادية عشر، العدد (٢١)، ٢٠١٦، ص ١١١.

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي

شمال شرق الوطن العربي، فضلاً عن دولتي: ليبيا وتونس من الدول العربية الأفريقية، وبلغ المعدل أقصاه بدولة الكويت ٧٠ ممرضة/١٠٠٠٠ نسمة. انخفض نصيب السكان من الممرضات بنصف عدد دول الوطن العربي عن مستواه بالوطن العربي، تركزت بجميع الدول العربية الأفريقية عدا دولتي: ليبيا وتونس، كما تمثلت بدول: سوريا والعراق شمال شرق الوطن العربي، واليمن إحدى دول شبه الجزيرة العربية، وبلغ المعدل أدناه بدولة الصومال ٠,٦ ممرضة/١٠٠٠٠ نسمة، بينما بلغ ٥ و ٧ و ٨ ممرضات/١٠٠٠٠ نسمة بدول: جيبوتي واليمن والسودان على الترتيب، و ٩ ممرضات/١٠٠٠٠ نسمة بدولتي: المغرب وجزر القمر، و ١٥ و ١٨ و ٢٠ ممرضة/١٠٠٠٠ نسمة بدول: مصر والعراق وسوريا على التوالي.

المبحث الخامس: توقع الحياة عند الميلاد ووفيات الأطفال والأمهات:

(١-٥) توقع الحياة عند الميلاد بالوطن العربي:

العمر المتوقع عند الميلاد^(*) هو أحد أهم مؤشرات الحالة الصحية للبلد لأنه يعكس الوفيات الإجمالية لسكان البلد وتحليل للعوامل التي تؤثر عليه. وعليه، فإن انخفاض متوسط العمر المتوقع يعكس بعض المشاكل في القطاع الصحي للبلد^(٢٤). ويتأثر توقع الحياة عند الميلاد بالعديد من العوامل وتشمل: الدخل المالي ومستوى الحياة ومدى توافر المرافق الصحية والسياسات الحكومية الصحية، وتوفير التعليم، كما يتأثر بالوضع الثقافي والاجتماعي والاقتصادي والسياسي^(٢٥)، كما يوجد علاقة ارتباط إيجابية بين المتغيرين: العمر المتوقع عند الميلاد والنفقات الصحية وكان أعلى تأثير للإنفاق على النتائج الصحية لفئة البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى والدخل المنخفض ويقل التأثير لمجموعة بلدان الدخل المرتفع^(٢٦).

(*) العمر المتوقع عند الولادة: عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها مولود جديد إذا بقيت أنماط معدلات الوفاة المسجلة حسب الفئات العمرية عند ولادته على حالها طيلة حياته، البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها، التحديث الإحصائي عام ٢٠١٨، ص ٣٧.

(24)Mlambo, C., Life Expectancy In Zimbabwe: An Analysis Of Five Decades, International Business & Economics Research Journal – May/June 2015, Volume 14, Number 3, p.418. Available at (<http://www.researchgate.net/publication>).

(25)Khan, A., Factors effecting life expectancy in developed and developing countries of the world (An approach to available literature), International Journal of Yoga, Physiotherapy and Physical Education ,Volume 1, Issue 1, November 2016, Page 04-06. Available at (<http://www.researchgate.net/publication>)

(26) Jaba, E., & others, The relationship between life expectancy at birth and health expenditures estimated by a cross-country and time-series analysis, Procedia Economics and Finance 15, 2014, p.112 .Available at (<http://www.sciencedirect.com>)

د/ السيد محمد علي محمود

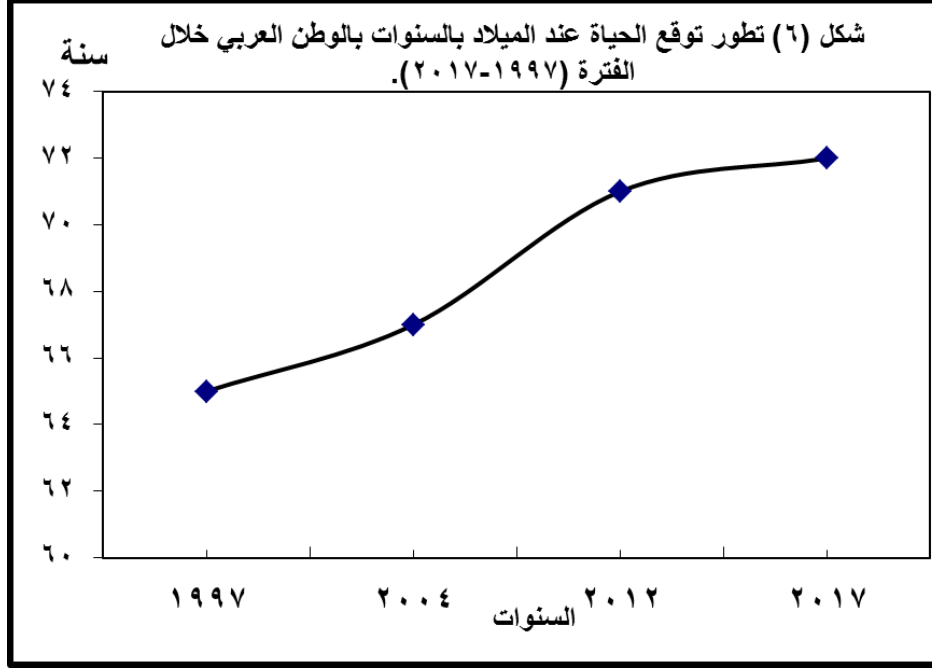
جدول (٦) تطور توقع الحياة عند الميلاد بالسنوات على مستوى الوطن العربي والعالم خلال الفترة (١٩٩٧-٢٠١٧).

السنوات	١٩٩٧ (*)	٢٠٠٤ (**)	٢٠١٢ (***)	٢٠١٧ (****)
الوطن العربي	٦٥	٦٧	٧١	٧٢
العالم	٦٧	٦٧	٧٠	٧٢

(*)United Nations Development Program (UNDP)
Human Development and Poverty in the Arab States
March 2000 Moez Doraid, p.45.
(**) البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، رصد التنمية البشرية: تعظيم خيارات البشر، مؤشرات التنمية في العالم، ٢٠٠٦، ص ٢٨٦.
(***) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية في العالم ٢٠١٣، ص ١٥٩.
(****) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها، التحديث الإحصائي لعام ٢٠١٨، ص ٢٥.

يبين الجدول (٦) والشكل (٦) تطور توقع الحياة عند الميلاد بالسنوات على مستوى الوطن العربي والعالم خلال الفترة (١٩٩٧-٢٠١٧). ويتضح منهما ما يأتي:
تقارب توقع الحياة عند الميلاد بالسنوات على المستويين العربي والعالمي خلال الفترة (١٩٩٧-٢٠١٧). حيث بلغ توقع الحياة عند الميلاد ٦٥ سنة بالوطن العربي، مقابل ٦٧ سنة على مستوى العالم عام ١٩٩٧، بينما بلغ توقع الحياة عند الميلاد ٦٧ سنة على المستويين العربي والعالمي عام ٢٠٠٤، في حين بلغ ٧١ سنة على مستوى الوطن العربي، نظير ٧٠ سنة على مستوى العالم عام ٢٠١٢، بينما تعادل توقع الحياة عن الميلاد على المستويين العربي والعالمي ٧٢ سنة عام ٢٠١٧.

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي



يتباين توقع الحياة عند الميلاد بين الوطن العربي وأقاليم العالم المختلفة حيث انخفض توقع الحياة عند الميلاد بالوطن العربي عن نظيره بأقاليم: أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ٧٦ سنة، وشرق آسيا والمحيط الهادي ٧٥ سنة، وأوروبا وآسيا الوسطى ٧٣ سنة، بينما ارتفع توقع الحياة عند الميلاد بالوطن العربي عن مستواه بإقليمي: جنوب آسيا ٦٩ سنة، وأفريقيا جنوب الصحراء ٦١ سنة عام ٢٠١٧^(٢٧).

يعكس الجدول (٧) والشكل (٧) التوزيع الجغرافي لتوقع الحياة عند الميلاد بالسنوات بدول الوطن العربي ويتبين منهما ما يأتي:

يرتفع توقع الحياة عند الميلاد عن ٧٦ سنة بخمس دول تركزت في الطرف الجنوبي الشرقي من الوطن العربي وتمثلت بدول: قطر ٨٠ سنة وتمثل أعلى توقع للحياة عند الميلاد بدول الوطن العربي، والإمارات ٧٨ سنة، والبحرين ٧٧ سنة، وعمان ٧٧ سنة، كما تمثلت بدولة لبنان شمال شرق الوطن العربي ٧٩ سنة وتمثل ثاني أكبر معدل لتوقع الحياة عند الميلاد بالوطن العربي بعد دولة قطر.

(٢٧) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها، التحديث الإحصائي لعام ٢٠١٨، ص ٢٥.

جدول (٧) توزيع توقع الحياة عند الميلاد بالسنوات بدول الوطن العربي عام ٢٠١٧م.

الدولة	توقع الحياة عند الميلاد	الدولة	توقع الحياة عند الميلاد
قطر	٨٠	مصر	٧٢
السعودية	٧٥	سوريا	٧١
الإمارات	٧٨	العراق	٧٠
البحرين	٧٧	المغرب	٧٦
الكويت	٧٥	اليمن	٦٦
ليبيا	٧٣	جزر القمر	٦٤
عمان	٧٧	موريتانيا	٦٤
لبنان	٧٩	السودان	٦٥
الأردن	٧٤	جيبوتي	٦٦
تونس	٧٦	الصومال	٥٧
الجزائر	٧٦	الوطن العربي	٧٢
فلسطين	٧٤	العالم	٧٢

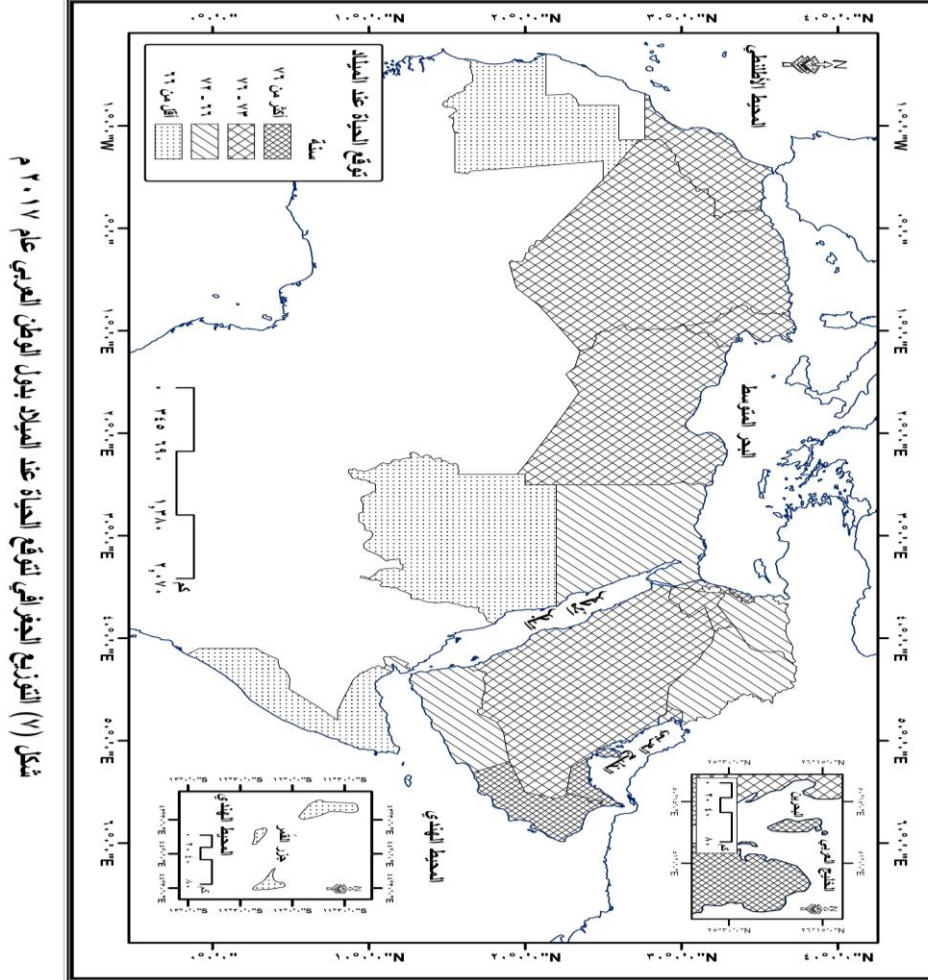
المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها،

يتراوح توقع الحياة عند الميلاد ما بين ٧٣-٧٦ سنة بثمانى دول بالوطن العربي، تركزت بدول المغرب العربي (تونس والجزائر والمغرب)، وتعادل توقع الحياة عند الميلاد بها جميعاً ٧٦ سنة عام ٢٠١٧، كما تمثل بهذه الفئة دول: المملكة العربية السعودية والكويت من دول الخليج العربي، والأردن وفلسطين من إقليم الهلال الخصيب، بالإضافة إلى ليبيا.

يتراوح توقع الحياة عند الميلاد ما بين ٦٦-٧٢ سنة بخمس دول عربية، تمثلت في دول: مصر ٧٢ سنة وتعادل توقع الحياة عند الميلاد بها نظيره على المستويين العربي والعالمى، سوريا والعراق وبلغ توقع الحياة عند الميلاد بهما ٧١، ٧٠ سنة على التوالي، واليمن وجيبوتي على جانبي المدخل الجنوبي للبحر الأحمر وتعادل توقع الحياة عند الميلاد بكل منهما ٦٦ سنة.

ينخفض توقع الحياة عند الميلاد عن ٦٦ سنة بأربع دول عربية، تمثلت في دول: السودان وبلغ توقع الحياة عند الميلاد بها ٦٥ سنة، وجزر القمر ٦٤ سنة، وموريتانيا في أقصى الطرف الجنوبي الغربي بالوطن العربي وبلغ توقع الحياة عند الميلاد بها ٦٤ سنة، والصومال وسجل أدنى توقع للحياة على مستوى دول الوطن العربي ٥٧ سنة.

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي



(٥-٢) وفيات الأطفال بالوطن العربي:

تمثل معدلات الوفيات بشكل عام والأطفال والرضع بشكل خاص مؤشرات أساسية للأوضاع الصحية والمعيشية السائدة في المجتمع. كما أن اتجاهاتها وتطورها تلقي الضوء على مدى نجاح السياسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية، ويعتبر معدل وفيات الرضع والأطفال مؤشراً لقياس مدى التقدم الاجتماعي والاقتصادي السائد في أي دولة^(٢٨)، كما أن معدل وفيات الأطفال الرضع مرتبط بمجموعة متنوعة من العوامل، بما في ذلك الحالة الصحية للمرأة، وجودة الخدمات الطبية والاجتماعية

(٢٨) أيمن زهري، مستويات ومحددات وفيات الرضع والأطفال في جيبوتي، صحة الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات، جامعة الدول العربية، المجلد الأول، العدد الأول، يناير ٢٠٠٨، ص ١.

د/ السيد محمد علي محمود

والوصول إليها، وممارسات الصحة العامة ومعدل الخصوبة والدخل والإنفاق على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، ونسبة النساء في قوة العمل، وتعليم الأمهات والذي يعد من أهم العوامل المحددة لوفيات الأطفال^(٢٩).
جدول (٨) تطور معدل وفيات الأطفال لكل ألف مولود حي على مستوى الوطن العربي والعالم خلال الفترة (١٩٩٧-٢٠١٨).

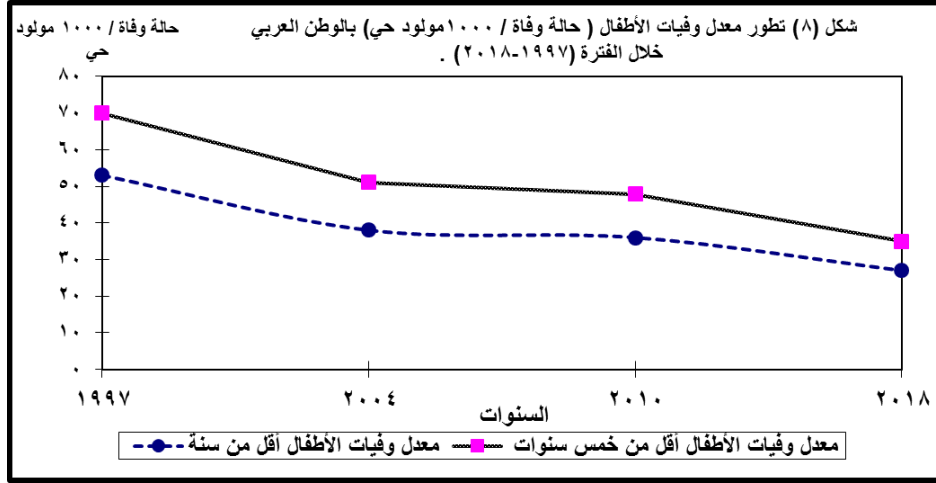
المعدل السنوي		وفيات الأطفال أقل من سنة		وفيات الأطفال دون ٥ سنوات	
الوطن	العالم	الوطن	العالم	الوطن	العالم
١٩٩٧ (*)	٥٣	٥٨	٧٠	٨٥	٣٨
٢٠٠٤ (**)	٣٨	٥١	٤٨	٥٥	٣٦
٢٠١٠ (***)	٣٦	٤٠	٣٥	٣٩	٢٧
٢٠١٨ (****)	٢٧	٢٩	٣٥	٣٩	٢٧

(*)United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report 1995. (***)Human Development Report 2006 Published for the United Nations Development Programme (UNDP) Beyond scarcity: Power, poverty and the global water crisis 2006,p. 318,
(**)Human Development Report 2006 Published for the United Nations Development Programme (UNDP) Beyond scarcity: Power, poverty and the global water crisis 2006,p. 318,
(***) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية ٢٠١٣، نهضة الجنوب تقدم بشري في عالم التنوع ، ص ١٦٩. world-development- (****) development-indicators was updated on October 2019. Available at (<https://www.databank.worldbank.org/source>) .

ويعرض الجدول (٨) والشكل (٨) تطور معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال أقل من خمس سنوات على المستويين العربي والعالمي ويتبين منهما ما يلي: انخفض معدل وفيات الأطفال أقل من سنة بالدول العربية من ٥٣ حالة وفاة عام ١٩٩٧ إلى ٢٧ حالة وفاة عام ٢٠١٨ بنسبة تراجع بلغت ٤٩٪ خلال هذه الفترة، ويقل بذلك عن معدل وفيات الأطفال الرضع على مستوى العالم الذي انخفض من ٥٨ حالة وفاة عام ١٩٩٧، بينما بلغ ٢٩ حالة وفاة عام ٢٠١٨، بينما بلغت نسبة تراجع المعدل

(29) OSAWE, O. W., Determinant of Infant Mortality Rate: A Panel Data Analysis of African Countries, Developing Country Studies, Vol.4, No.18, 2014, pp.111-112 Available at (<https://www.researchgate.net>).

الأبعاد المكائنية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي
العالمي ٥٠٪، وينخفض معدل وفيات الرضع بالوطن العربي عن معدله بأقاليم: جنوب آسيا ٣٥ حالة وفاة، أفريقيا جنوب الصحراء ٥٣ حالة وفاة، بينما يرتفع عن معدل وفيات الأطفال الرضع بأقاليم: أمريكا الشمالية ٦ حالات وفاة، شرق آسيا والمحيط الهادي ١٣ حالة وفاة، أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي ١٤ حالة وفاة^(٣٠).



تراجع معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بالوطن العربي من ٧٠ حالة وفاة عام ١٩٩٧ لتصل إلى ٣٥ حالة وفاة عام ٢٠١٨ بنسبة انخفاض بلغت ٥٠٪، وينخفض بذلك عن معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات على مستوى العالم والذي تراجع من ٨٥ حالة وفاة عام ١٩٩٧ ليصل إلى ٣٩ حالة وفاة عام ٢٠١٨، بنسبة تراجع بلغت ٥٤٪ خلال الفترة (١٩٩٧-٢٠١٨).

يرتفع معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بالوطن العربي عن معدله بأقاليم: أمريكا الشمالية ٦ حالات وفاة، أوروبا ووسط آسيا ٩ حالات وفاة، شرق آسيا والمحيط الهادي ١٥ حالة وفاة، أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي ١٦ حالة وفاة، بينما ينخفض معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بالوطن العربي عن نظيره بأقاليم: أفريقيا جنوب الصحراء ٧٨ حالة وفاة، وجنوب آسيا ٤٢ حالة وفاة، ويبلغ المعدل بالدول الأقل نمواً ٤٢ حالة وفاة عام ٢٠١٨^(٣١).

(30) world-development-indicators was updated on October 2019, Available at (<https://databank.worldbank.org/source>).

(31) Op. Cit.

جدول (٩) معدل وفيات الأطفال لكل ألف مولود حي بدول الوطن العربي عام

٢٠١٨.

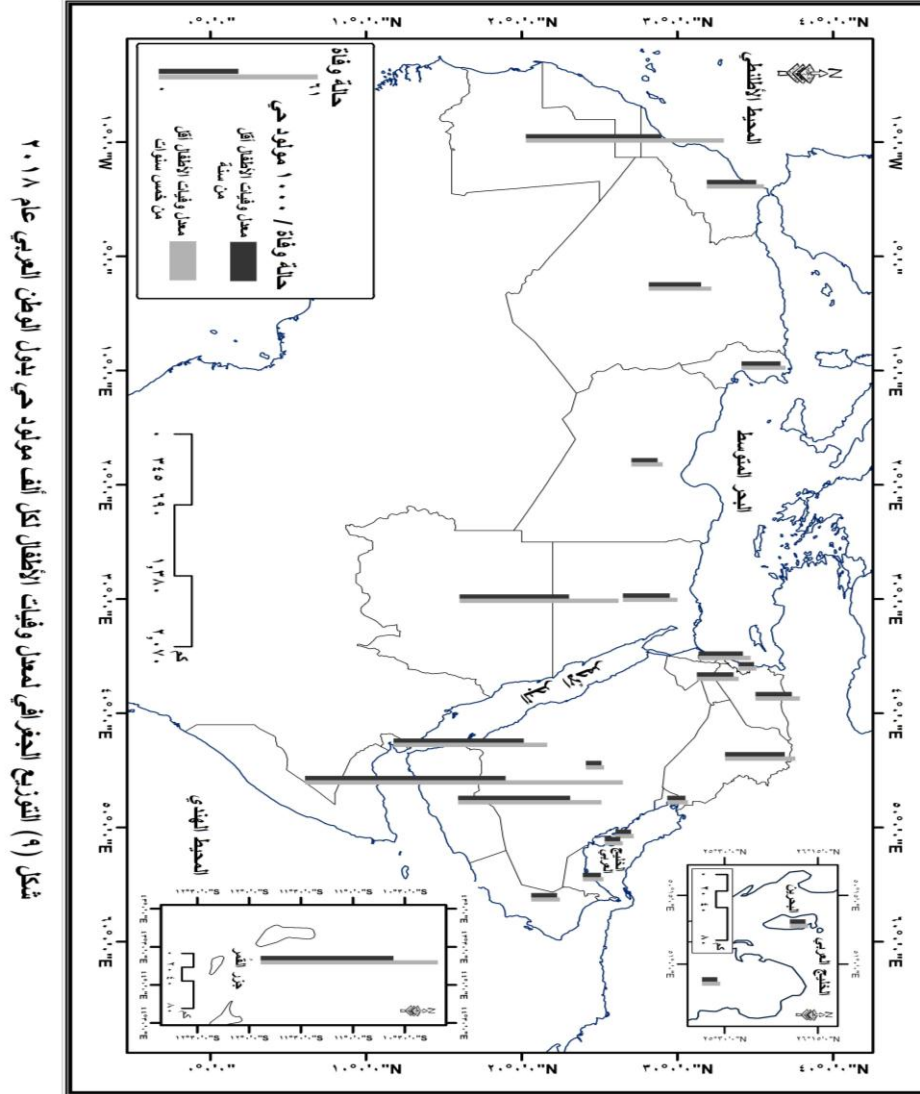
المؤشر	المؤشر	الدولة	المؤشر	المؤشر	الدولة
الرضع (أقل من سنة)	الرضع (أقل من سنة)	الرضع (أقل من سنة)	الرضع (أقل من سنة)	الرضع (أقل من سنة)	الرضع (أقل من سنة)
٦	٧	قطر	٦	٧	قطر
٦	٧	السعودية	٦	٧	السعودية
٧	٨	الإمارات	٧	٨	الإمارات
٦	٧	البحرين	٦	٧	البحرين
٧	٨	الكويت	٧	٨	الكويت
١٠	١٢	ليبيا	١٠	١٢	ليبيا
١٠	١١	عمان	١٠	١١	عمان
٦	٧	لبنان	٦	٧	لبنان
١٤	١٦	الأردن	١٤	١٦	الأردن
١٥	١٧	تونس	١٥	١٧	تونس
٢٠	٢٤	الجزائر	٢٠	٢٤	الجزائر
١٧	٢٠	فلسطين	١٧	٢٠	فلسطين
٣٠	٣٩	العالم	٣٠	٣٩	العالم

Source: world-development-indicators was updated on

يوضح جدول (٩) والشكل (٩) معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون خمس سنوات لكل ألف مولود حي عام ٢٠١٨ ويتبين منهما ما يأتي:

يبلغ معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون خمس سنوات أقل من ١٠ حالات وفاة/ ألف مولود حي في ست دول تركزت في جميع دول الخليج العربي عدا دولة عُمان، كما تمثلت بدولة لبنان إحدى دول إقليم الهلال الخصيب، وبلغ معدل وفيات الرضع ٦ حالات وفاة، والأطفال دون خمس سنوات ٧ حالات وفاة بأربع دول هي: قطر والسعودية والبحرين ولبنان، بينما بلغ معدل وفيات الرضع ٧ حالات وفاة، والأطفال دون خمس سنوات ٨ حالات وفاة بدولتي: الإمارات العربية المتحدة والبحرين عام ٢٠١٨.

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي



ويعود هذا الانخفاض إلى الرفاهية الاقتصادية التي تتمتع بها هذه الدول الناجمة عن عوائد النفط وارتفاع نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة وارتفاع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للسكان، والإنجازات التي حققتها هذه الدول في مجال التنمية البشرية أمن لها مكانة مهمة ومتقدمة ضمن الدول التي حققت نسباً مرتفعة إلى مرتفعة

د/ السيد محمد علي محمود

جداً ضمن معايير التنمية البشرية التي يعتمدها البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة^(٣٢). بالإضافة إلى الاهتمام بتحصين الأطفال الرضع ويعكس ذلك تدني نسب الأطفال غير المحصنين ضد الحصبة والتي بلغت ١٪ بدول الإمارات وقطر والبحرين والكويت، ٤٪ بالسعودية علماً بأن هذه النسبة ١٥٪ على مستوى الوطن العربي، وتدني نسب الأطفال غير المحصنين ضد الخناق والشهاق والكزاز حيث بلغت ١٪ بكل من الكويت والسعودية، ٢٪ بدولتي: قطر والبحرين، ٣٪ بالإمارات، بينما بلغت ١٢٪ على مستوى الوطن العربي عام ٢٠١٧^(٣٣).

دول يتراوح معدل وفيات الرضع والأطفال دون خمس سنوات بها ما بين ١٠-٣٠ حالة وفاة، وتشمل جميع دول إقليم الهلال الخصيب عدا دولة لبنان، كما تضم دولة عُمان وجميع دول شمال أفريقيا عدا دولتي: موريتانيا والسودان.

يرتفع معدل وفيات الرضع والأطفال دون خمس سنوات عن ٤٠ حالة وفاة/ ألف مولود حي في ست دول ضمت اليمن إحدى دول شبه الجزيرة العربية وبلغ معدل وفيات الرضع بها ٤٣ حالة وفاة، بينما سجل معدل وفيات الأطفال دون خمس سنوات ٥٥ حالة وفاة، كما ضمت دول القرن الأفريقي (جزر القمر وجيبوتي والصومال) وبلغ معدل وفيات الرضع بها ٥١، ٥٠، ٧٧ حالة وفاة على الترتيب، بينما بلغ معدل وفيات الأطفال دون خمس سنوات بها ٦٨، ٥٩، ١٢٢ حالة وفاة على التوالي، بينما سجل معدل وفيات الرضع ٤٢، ٥٢ حالة وفاة بكل من السودان وموريتانيا على التوالي، في حين بلغ معدل وفيات الأطفال دون خمس سنوات ٦١، ٧٦ حالة وفاة على الترتيب.

ويرجع ذلك لارتفاع نسبة الأطفال الرضع غير المحصنين ضد الخناق والشهاق والكزاز حيث بلغت ٢٤٪، ٢٦٪، ٤٨٪ بكل من اليمن وجيبوتي والصومال، وبلغت نسب الرضع غير المحصنين ٣٥٪، ٢٥٪، ٥٤٪ بالدول السالفة الذكر على الترتيب، بينما ارتفعت نسب الأطفال دون خمس سنوات الذين يعانون من سوء التغذية حيث بلغت ٢٧،٩٪ في موريتانيا، ٣٨،٢٪ بالسودان، ٤٦،٤٪ باليمن، وبلغت ٣١٪، ٣٣،٥٪، ٢٥،٣٪ بدول القرن الأفريقي: جزر القمر وجيبوتي والصومال على الترتيب^(٣٤).

ويتضح من ذلك أن الفوارق في وفيات الأطفال بالوطن العربي مرتبط بالثروة والحالة الاجتماعية والاقتصادية ومعدلات معرفة القراءة والكتابة بين الإناث

^(٣٢) ذنون يونس العبيدي، مها عبدالله حسين الراشدي، التباين المكاني لمعدل وفيات الأطفال الرضع في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية للمدة (١٩٩٠-٢٠١٥)، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، جامعة الموصل، المجلد ١٤، العدد (٢) ٢٠١٨، ص ٥٢٤.

^(٣٣) البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها، التحديث الإحصائي لعام ٢٠١٨، ص ٤٨-٥١.

^(٣٤) البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها، التحديث الإحصائي لعام ٢٠١٨، مرجع سبق ذكره، ص ٤٨-٥١.

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي والذكور، ونصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي السنوي، ونسبة السكان الحاصلين على خدمات مياه الشرب والصرف الصحي الآمنة، وإتاحة الوصول الكافي إلى المرافق الصحية⁽³⁵⁾.

(3-5) وفيات الأمهات بالوطن العربي:

تشير وفيات الأمهات إلى "وفاة امرأة أثناء الحمل أو في غضون ٤٢ يومًا من انتهاء الحمل، بغض النظر عن مدة الحمل وموقعه، لأي سبب يتعلق أو يتفاقم بسبب الحمل أو إدارته باستثناء أسباب الوفاة العرضية"⁽³⁶⁾. ورغم إعلان المجتمع الدولي مرارًا وتكرارًا التزامه بالحد من المستويات المرتفعة لوفيات الأمهات في البلدان النامية، وركز الهدف السادس من الأهداف الإنمائية للألفية على خفض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع بحلول عام ٢٠١٥. وكان هناك جهد كبير للحد من وفيات الأمهات على مستوى العالم من خلال استراتيجيات مختلفة⁽³⁷⁾. حيث انخفض معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة على مستوى العالم من (٣٨٥ حالة وفاة) عام ١٩٩٠ ليصل إلى (٢١٦ حالة وفاة) عام ٢٠١٥. إلا أنه بلغ عدد وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة على مستوى العالم (٣٠٣٠٠٠ حالة وفاة)، يتركز منها بالدول العربية (١٥٠٠٠ حالة وفاة) تمثل ٥٪ من جملة وفيات الأمهات على مستوى العالم عام ٢٠١٥.

جدول (١٠) تطور معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة لكل مائة ألف مولود حي بالوطن العربي خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٥).

السنوات	١٩٩٠	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠٠٥	٢٠١٠	٢٠١٥
معدل وفيات الأمهات	٣٠٦	٢٨٥	٢٥٠	٢١٦	١٨١	١٦٢
الوطن العربي	٣٨٥	٣٦٩	٣٤١	٢٨٨	٢٤٦	٢١٦
العالم						

Source: **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015**
Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group
and the United Nations Population Division, p. 63

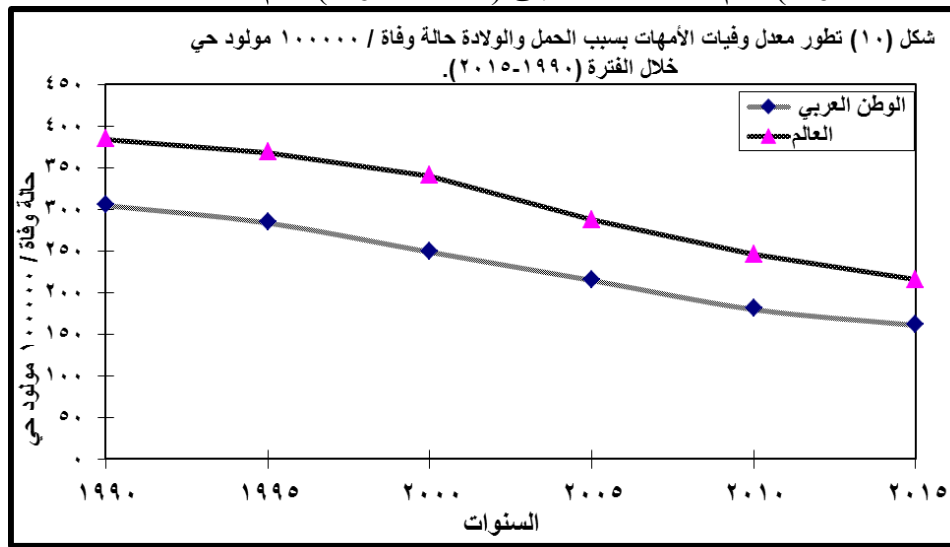
⁽³⁵⁾Khawaja, M., & Others, Disparities in child health in the Arab region during the 1990s, International Journal for Equity in Health 2008, , p.3. Available at (<http://www.equityhealthj.com>).

⁽³⁶⁾World Health Organization (2007). Progress News Letter, Retrieved on 22/10/2014 from Available at (http://www.who.int/reproductive_health/progress/letr/org).

⁽³⁷⁾ United Nation, (2008). Multi-Sectoral Determinants of Maternal Mortality in Viet nam. This Paper presented in Workshop on Multi-Sectoral Determinants of Maternal Mortality in the ESCAP region, 20-22 October 2008, Hefei, Anhui Province, China.

د/ السيد محمد علي محمود

يبين الجدول (١٠) والشكل (١٠) تطور معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة في الوطن العربي خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٥) ويتضح منهما ما يأتي:
انخفض معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بالوطن العربي بمعدل يفوق نظيره على مستوى العالم، حيث انخفض معدل وفيات الأمهات بالوطن العربي من (٣٠٦ حالة وفاة) عام ١٩٩٠ ليصل إلى (٢١٦ حالة وفاة) عام ٢٠١٥، بنسبة تراجع بلغت ٤٧٪، بينما بلغت نسبة تراجع معدل وفيات الأمهات ٤٤٪ على مستوى العالم خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠١٥)، حيث انخفض المعدل على مستوى العالم من (٣٨٥ حالة وفاة) عام ١٩٩٠ ليصل إلى (٢١٦ حالة وفاة) عام ٢٠١٥.



ينخفض معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بالوطن العربي عن نظيره بأقاليم: شرق وجنوب أفريقيا (٤٥٥ حالة وفاة)، غرب ووسط أفريقيا (٦٧٦ حالة وفاة)، بينما ارتفع المعدل بالدول العربية عن مثيله بأقاليم: آسيا والمحيط الهادي (١٢٧ حالة وفاة)، أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى (٢٥ حالة وفاة)، أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي (٦٨ حالة وفاة) عام ٢٠١٥.

ويرجع انخفاض معدل وفيات الأمهات بالوطن العربي إلى العديد من الأسباب منها:
ارتفاع المستوى التعليمي للإناث حيث ارتفع متوسط نصيب الإناث من سنوات التعليم من ٤,٩ سنة تعليمية خلال الفترة (٢٠٠٢-٢٠١٢) لتصل إلى ٦,٢ سنة تعليمية عام ٢٠١٧. وانخفاض معدل الخصوبة الكلية للمرأة العربية من ٤,٨ طفل لكل امرأة عام ١٩٩٢ ليصل إلى ٢,٦ طفل لكل امرأة عام ٢٠١٧. وارتفاع نسبة الولادات التي تمت تحت إشراف عاملين صحيين ماهرين من ٧٢٪ خلال الفترة (١٩٩٦-٢٠٠٤) لتصل إلى ٨٦,٥٪ خلال الفترة من (٢٠٠٧-٢٠١٧)، وتراجع معدل ولادات المراهقات في المرحلة العمرية (١٥-١٩ سنة) من ٧٣,٩ طفل/ ١٠٠٠ امرأة عام

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي
 ١٩٩٠، ليصل إلى ٤٦,٣ طفل/١٠٠٠ امرأة عام ٢٠١٧، بالإضافة إلى ارتفاع نسبة استخدام وسائل منع الحمل من ٣٤٪ خلال الفترة (١٩٨٦-١٩٩٣) لتصل إلى ٤٨,٢٪ عام ٢٠١٧.

الأبعاد المكانية لوفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة بالوطن العربي:
 لاتزال وفيات الأمهات تمثل مشكلة صحية عامة رائدة في العالم النامي، وتشمل أسباب الوفاة أثناء الحمل فقر الدم والملاريا والولادة المسدودة والإجهاض غير الآمن وتسمم الدم والتهابات الأمهات والنزيف. وتعتبر العوامل التالية مسؤولة عن وفيات الأمهات في العالم النامي: الإفراط في الثقة- عندما تكون المرأة أكثر ثقة، لمجرد أنها أنجبت الكثير من الأطفال في الماضي، فإنها قد تبقى في انتظار وإطالة أمدها ويمكن أن يؤدي إلى نزيها حتى الموت إذا قررت إنجاب طفلها بنفسها بدون مساعدة طبية، وزيارات ما قبل الولادة غير المنتظمة، وعدم كفاية المعدات اللازمة لرعاية الطوارئ والتوليد، وعدم كفاية الموظفين المؤهلين، والحمل في سن المراهقة، والعوامل الاجتماعية الثقافية^(٣٨)، وبلغ عدد وفيات الأمهات (٢٩٥٠٠٠ حالة وفاة) على مستوى العالم عام ٢٠١٧، يتركز منها (١٤٠٠٠ حالة وفاة) بالوطن العربي، تمثل ٤,٧٪ من جملة عدد وفيات الأمهات بالعالم، وبلغ معدل وفيات الأمهات بالوطن العربي (١٥١ حالة وفاة/ ١٠٠٠٠٠ مولود حي)، وينخفض بذلك عن معدل العالم (٢١١ حالة وفاة) عام ٢٠١٧.

جدول (١١) توزيع معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة لكل مائة ألف مولود حي بدول الوطن العربي عام ٢٠١٧م.

الدولة	وفيات الأمهات	الدولة	وفيات الأمهات
قطر	٩	مصر	٣٧
السعودية	١٧	سوريا	٣١
الإمارات	٣	العراق	٧٩
البحرين	١٤	المغرب	٧٠
الكويت	١٢	اليمن	١٦٤
ليبيا	٧٢	جزر القمر	٢٧٣
عمان	١٩	موريتانيا	٧٦٦
لبنان	٢٩	السودان	٢٩٥
الأردن	٤٦	جيبوتي	٢٤٨
تونس	٤٣	الصومال	٨٢٩
الجزائر	١١٢	الوطن العربي	١٥١
فلسطين	٢٧	العالم	٢١١

Source: Trends in maternal mortality: 2000 to 2017 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, pp.71-76.

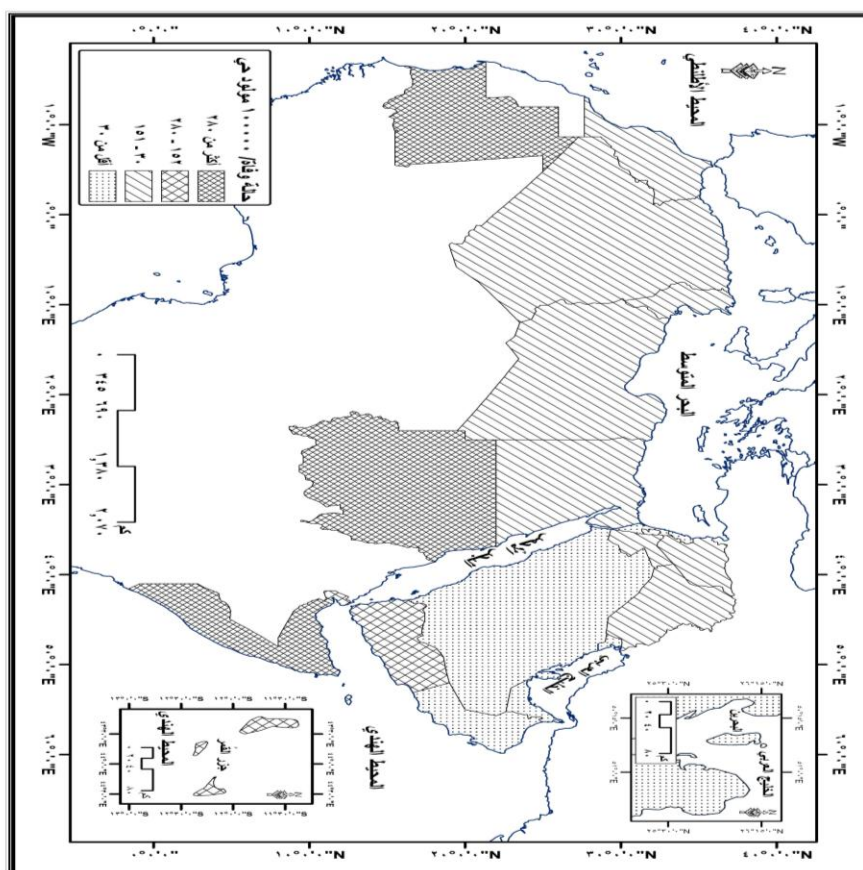
⁽³⁸⁾Isyaku, A. M., &Tilde, B. Y., Maternal Mortality in Developing Countries: A Threat to the Millennium Development Goal, Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS) e-ISSN: 2320-1959.p- ISSN: 2320-1940 Volume 4, Issue 5 Ver. I (Sep. - Oct. 2015), PP 18-19. Available at (<http://www.iosrjournals.org>).

د/ السيد محمد علي محمود

يعرض الجدول (١١) والشكل (١١) تباين توزيع معدل وفيات الأمهات بدول الوطن العربي عام ٢٠١٧ ويتبين منهما ما يأتي:

دول يرتفع معدل وفيات الأمهات بها عن ١٥٠ حالة وفاة/١٠٠٠٠٠ مولود حي: ويتمثل بهذه الفئة ست دول تضم دول القرن الأفريقي وجزر القمر (الصومال ٨٢٩ حالة وفاة، وجزر القمر ٢٧٣ حالة وفاة، وجيبوتي ٢٤٨ حالة وفاة)، كما تمثلت في دول موريتانيا والسودان واليمن حيث بلغ معدل وفيات الأمهات بها ٧٦٦، ٢٩٥، ١٦٤ حالة وفاة على الترتيب.

انخفض معدل وفيات الأمهات عن ١٥ حالة وفاة/١٠٠٠٠٠ مولود حي في أربع دول، تمثلت في جميع دول الخليج العربي عدا المملكة العربية السعودية، وبلغ أدنى معدل لوفيات الأمهات بالوطن العربي بدولة الإمارات العربية المتحدة ٣ حالات وفاة، تلتها قطر ٩ حالات وفاة، والكويت ١٢ حالة وفاة، والبحرين ١٤ حالة وفاة.



الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي

(٦-١) رضا المستفيدين عن خدمات الرعاية الصحية بالوطن العربي:

إن رضا المستفيدين عن الخدمة المقدمة لهم من أهم المعايير التي تمكن أي منظمة خدمية من التأكد من جودة خدماتها، لذلك فهي تسعى إلى العمل على الحصول على مستوى رضا عالي من المستفيدين من خدماتها، وفي هذا الصدد يمكن تعريف الرضا عن الخدمة المقدمة على أنه "مستوى من إحساس الفرد الناتج عن المقارنة بين الأداء المدرك وتوقعاته" فإذا كان أداء الخدمة أقل من توقعاته فسيكون عنده عدم رضا عن الخدمة والعكس صحيح^(٣٩)، والرضا دالة في مجموعة من المتغيرات من بينها الجودة والتوقعات، فليس دائماً الجودة المدركة تعتبر مبرراً لحالة الرضا فهناك الكثير من حالات الرضا رغم انخفاض مستوى الجودة، وفي الجهة المقابلة وبالرغم من مستوى الجودة العالية يكون هناك حالة عدم رضى^(٤٠).

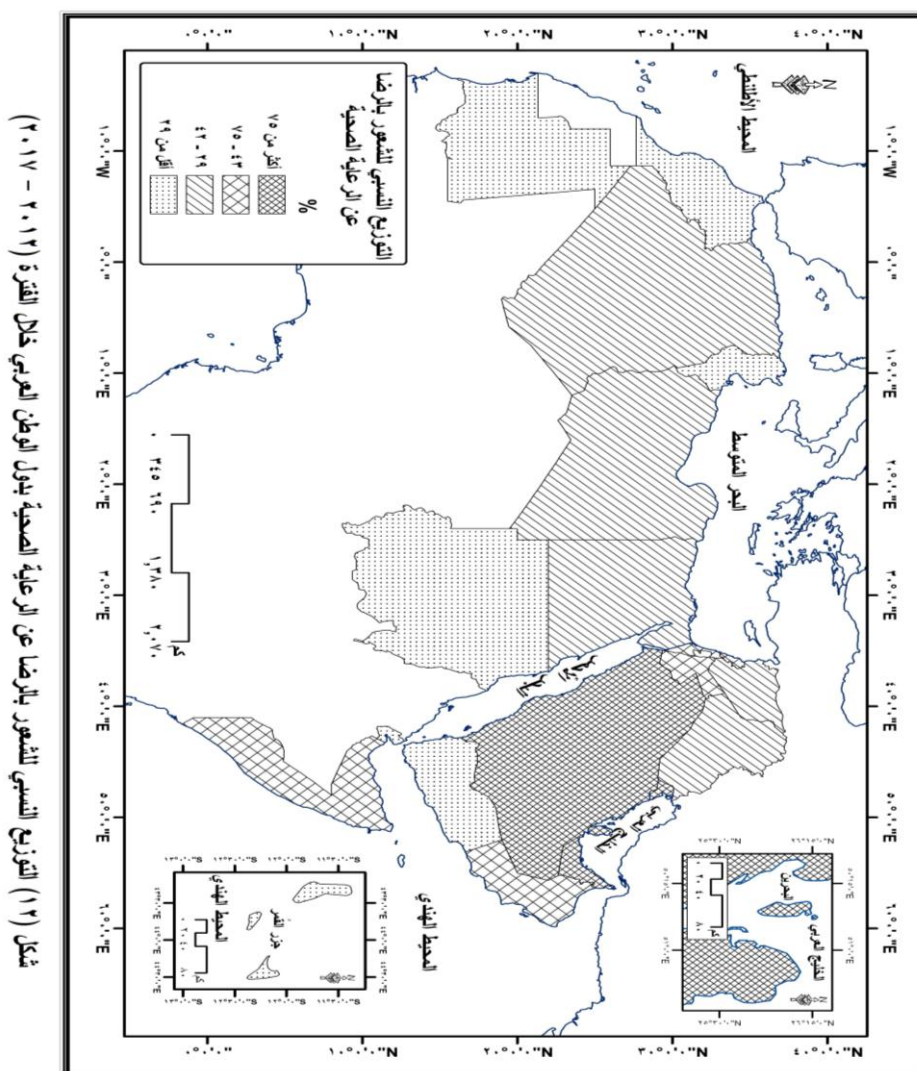
جدول (١٢) التوزيع النسبي للشعور بالرضا عن خدمات الرعاية الصحية بدول الوطن العربي خلال الفترة (٢٠١٢ - ٢٠١٧ م).

الدولة	نسبة الرضا	الدولة	نسبة الرضا
قطر	٨٩	فلسطين	٦١
السعودية	٨٠	مصر	٣٦
الإمارات	٩٢	سوريا	٣٨
البحرين	٨٠	العراق	٣٧
الكويت	٧٩	المغرب	٢٧
ليبيا	٤٢	اليمن	٢٢
عمان	٧٥	جزر القمر	٢٤
لبنان	٤٩	موريتانيا	٢٧
الأردن	٦٧	السودان	٢٢
تونس	٢٦	جيبوتي	٢٣
الجزائر	٣٨	الصومال	٥٥

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ادلة التنمية البشرية ومؤشراتها، التحديث الإحصائي لعام ٢٠١٨، ص ص: ٧٢-٧٥.

^(٣٩) حسن مفتاح الصغير، مختار عطية بن سعد، جودة الخدمات الصحية وأثرها على رضا المستفيدين منها بحث تطبيقي على مستشفى الخمس العام التعليمي، المؤتمر الاقتصادي الأول للاستثمار والتنمية في منطقة الخمس، ٢٥-٢٧ ديسمبر ٢٠١٧، ص ٨.

^(٤٠) لغواطي مريم، أثر جودة الرعاية الصحية على رضا المريض: دراسة حالة المؤسسات العمومية الاستشفائية شديغافارا بمستغانم، رسالة ماجستير كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، الجزائر، ٢٠١٧، ص ٤٠.



شكل (١٢) التوزيع النسبي للشعور بالرضا عن الرعاية الصحية بدول الوطن العربي خلال الفترة (٢٠١٢ - ٢٠١٧)

يبين الجدول (١١) والشكل (١١) التوزيع النسبي للشعور بالرضا عن خدمات الرعاية الصحية بدول الوطن العربي خلال الفترة (٢٠١٢-٢٠١٧) ويعكس ذلك جودة الحياة الصحية الذاتية ويتضح منهما ما يأتي:

ترتفع نسبة الشعور بالرضا عن خدمات الرعاية الصحية عن ٧٥% في خمس دول تركزت في شرق الوطن العربي وتمثلت في جميع دول الخليج العربي عدا دولة عُمان، وبلغت أعلى نسبة للشعور بالرضا عن خدمات الرعاية الصحية في دولة

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي

الإمارات ٩٢٪، تلتها دول: قطر والمملكة العربية السعودية والبحرين والكويت بنسب رضا بلغت ٨٩٪، ٨٠٪، ٨٠٪، ٧٩٪ على الترتيب.

تراوحت نسب الرضا عن الرعاية الصحية ما بين ٧٥٪-٤٣٪ تمثلت في خمس دول: عمان والأردن وفلسطين والصومال ولبنان وبلغت نسب الرضا بها ٧٥٪، ٦٧٪، ٦١٪، ٥٥٪، ٤٩٪ على الترتيب.

تراوحت نسب الرضا عن الرعاية الصحية ما بين ٤٢٪-٢٨٪ في خمس دول: تمثلت في أقصى الطرف الشمالي الشرقي من الوطن العربي بدولتي: العراق وسوريا بنسب رضا بلغت ٣٧٪، ٣٨٪ على التوالي، كما تمثلت في دول: مصر وليبيا والجزائر وبلغت نسب الرضا بها ٣٦٪، ٤٢٪، ٣٨٪ على الترتيب.

تنخفض نسب الرضا عن الرعاية الصحية عن ٢٨٪ في سبع دول، تمثلت في غرب الوطن العربي بدولتي المغرب وموريتانيا المطلتان على المحيط الأطلنطي، بالإضافة إلى تونس إحدى دول المغرب العربي، كما تمثلت بدولتي: اليمن وجيبوتي عند المدخل الجنوبي للبحر الأحمر، فضلاً عن السودان وجزر القمر، وسجلت أعلى درجات الرضا عن الرعاية الصحية بدول الوطن العربي في دولتي: اليمن والسودان حيث تساوت نسب الرضا بكل منهما ٢٢٪ خلال الفترة (٢٠١٢-٢٠١٧).

(٦-٢) أنماط جودة الحياة الصحية بدول الوطن العربي:

تم تقييم جودة الحياة الصحية بدول الوطن العربي بناء على اثنتا عشر مؤشراً (*) بعض هذه المؤشرات ترتبط بعلاقة طردية وبعضها يرتبط بعلاقة عكسية مع جودة الحياة الصحية، تم إعطاء كل مؤشر ١٠٠ درجة تحصل عليه أفضل الدول التي حققت جودة حياة صحية بذلك المؤشر ثم يتم حساب درجات المؤشر للدول الأخرى بالقياس إلى ذلك ثم تُجمع درجات هذه المؤشرات للوصول إلى درجات مؤشرات جودة الحياة الصحية.

(*) المؤشرات التي ترتبط بعلاقة طردية بجودة الحياة الصحية هي: التغطية بخدمات مياه الشرب الأساسية والتغطية بخدمات الصرف الصحي الأساسية، ونسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي، ونصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بالدولار، وعدد الأسرة والأطباء والمرضات/١٠٠٠٠ نسمة، وتوقع الحياة عند الميلاد بالسنوات، ونسبة الرضى عن الخدمات الصحية، بينما المؤشرات التي ترتبط بعلاقة عكسية مع جودة الحياة الصحية هي: معدل وفيات الأطفال أقل من سنة ووفيات الأطفال دون خمس سنوات، ومعدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة. ويتم الحصول على درجات المؤشرات كالتالي:

معدل مؤشر الدولة

$$\text{درجة المؤشرات الطردية} = \frac{\text{معدل مؤشر الدولة}}{\text{أعلى معدل للمؤشر بين الدول}} \times 100$$

أدنى معدل للمؤشر بين الدول

$$\text{درجة المؤشرات العكسية} = \frac{\text{أدنى معدل للمؤشر بين الدول}}{\text{معدل مؤشر كل دولة}} \times 100 \text{ من عمل الباحث}$$

وتم استخدام هذه الطريقة نظراً لدقتها وعدم الدقة التي تعترى طريقة الرتب وتمثلت في تساوي الفوارق ما بين الرتب في ظل عدم تساوي الفوارق ما بين نسب ومعدلات المؤشرات.

د/ السيد محمد علي محمود

يوضح الجدول (١٣) والشكل (١٣) أنماط جودة الحياة الصحية بدول الوطن العربي وتنقسم إلى أربعة أنماط تتمثل فيما يأتي:

النمط الأول: دول ذات جودة حياة صحية مرتفعة (أكثر من ٨٠٠ درجة).

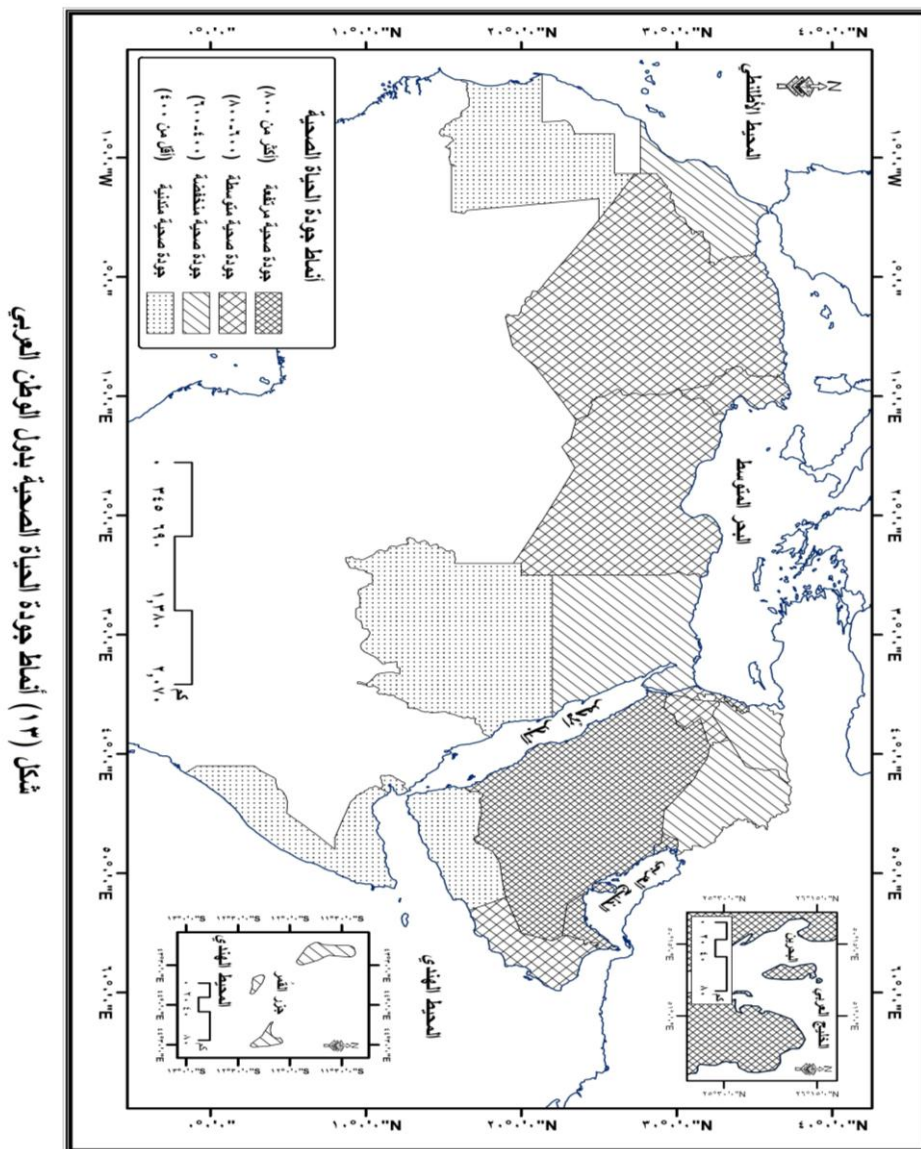
ويتركز هذا النمط في ست دول تقع جميعها شرق الوطن العربي وتتمثل في جميع دول الخليج العربي عدا دولة عُمان، كما يتمثل بدولة لبنان شمال شرق الوطن العربي، ويضم هذا النمط ٥٨,٦ مليون نسمة عام ٢٠١٨، تعادل ١٤٪ من جملة سكان الوطن العربي، وتتباين مستويات جودة الحياة الصحية بين دول ذلك النمط وبلغت جودة الحياة الصحية أقصاها على مستوى دول الوطن العربي بدولة قطر ٩٧٩ درجة، تلتها دول: الإمارات والسعودية والكويت ولبنان والبحرين وبلغت درجات جودة الحياة الصحية بها ٩٦٠ و ٩٥٤ و ٩٢٢ و ٨٦٢ و ٨٣٥ درجة على الترتيب.

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي

جدول (١٣) توزيع درجات مؤشرات جودة الحياة الصحية على مستوى دول الوطن العربي.

مجموع درجات المؤشرات	الرضا عن الرعاية الصحية	وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة	وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات	وفيات الأطفال أقل من سنة	توقع الحياة عند الميلاد بالسنوات	عدد المعرضات/١٠٠٠ نسمة	عدد الأطباء/١٠٠٠ نسمة	عدد الأسرة/١٠٠٠ نسمة	نسبة الفرد من الإفاق على الصحة بالمولد الأمريكي	الإفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي	التغطية بخدمات الصرف الصحي الأساسية	التغطية بعمارة الشرب الأساسية	درجات المؤشرات الدولة
٩٧٩	٩٧	٣٣	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٨٦	١٠٠	٣٢	١٠٠	٣١	١٠٠	١٠٠	قطر
٩٥٤	٨٧	١٨	١٠٠	١٠٠	٩٤	٧٧	٨٩	٧٣	٦٣	٥٦	١٠٠	٩٧	السعودية
٩٦١	١٠٠	١٠٠	٨٨	٨٦	٩٨	٧١	٧٩	٣٢	٧٢	٣٥	١٠٠	١٠٠	الإمارات
٨٣٥	٨٧	٢١	١٠٠	١٠٠	٩٦	٣٦	٣٢	٥٤	٦٠	٤٩	١٠٠	١٠٠	البحرين
٩٢٣	٨٦	٢٥	٨٨	٨٦	٩٤	١٠٠	٩٣	٥٤	٥٨	٣٩	١٠٠	١٠٠	الكويت
٧٨٤	٤٦	٤	٥٨	٦٠	٩١	٩٩	٧١	١٠٠	١٧	٤١	١٠٠	٩٧	ليبيا
٧٧٠	٨٢	١٦	٦٤	٦٠	٩٦	٦٦	٧٥	٤٣	٣٥	٤٣	٩٩	٩١	عمان
٨٦١	٥٣	١٠	١٠٠	١٠٠	٩٩	٣٧	٨٢	٧٨	٣٦	٧٩	٩٥	٩٢	لبنان
٦٩٧	٧٣	٧	٤٤	٤٣	٩٣	٣٧	١٠٠	٣٨	١٢	٥٤	٩٧	٩٩	الأردن
٦٢٧	٢٨	٧	٤١	٤٠	٩٥	٣٧	٤٦	٦٢	١٤	٦٩	٩٣	٩٥	تونس
٦٠١	٤١	٣	٢٩	٣٠	٩٥	٢٩	٦٤	٥١	١٤	٦٥	٨٧	٩٣	الجزائر
٦٧٧	٦٦	١١	٣٥	٣٥	٩٣	٤١	٦١	٣٥	١٦	١٠٠	٩٦	٨٨	فلسطين
٥٤٠	٣٩	٨	٣٣	٣٣	٩٠	٢١	٢٩	٤٣	٧	٤٦	٩٣	٩٨	مصر
٥٦٩	٤١	١٠	٤١	٤٣	٨٩	٢٩	٤٦	٤١	٤	٣٥	٩٣	٩٧	سوريا
٤٩٣	٤٠	٤	٢٦	٢٦	٨٨	٢٦	٣٢	٣٨	٨	٣٣	٨٦	٨٦	العراق
٤٨٥	٢٩	٤	٣٢	٣٢	٩٥	١٣	٢١	٣٠	٩	٥٤	٨٣	٨٣	المغرب
٣٦٥	٢٤	٢	١٣	١٤	٨٣	١٠	١١	١٩	٤	٥٥	٦٠	٧٠	اليمن
٤٠٧	٢٦	١	١٠	١٢	٨٠	١٣	٧	٥٩	٦	٧٥	٣٤	٨٤	جزر القمر
٣٧٩	٢٩	٠	٩	١٢	٨٠	١٤	٦١	١٤	٣	٤٢	٤٥	٧٠	موريتانيا
٣٣٦	٢٤	١	١١	١٤	٨١	١١	١٤	٢٢	٨	٥٦	٣٥	٥٩	السودان
٣٥٥	٢٥	١	١٢	١٢	٨٣	٧	٧	٣٨	٧	٣٥	٥١	٧٧	جيبوتي
٢٩٤	٦٠	٠	٦	٨	٧١	١	١	٢٤	١	٦٦	١٦	٤٠	الصومال

المصدر: عمل الباحث بناءً على مؤشرات جودة الحياة الصحية.



ويرجع ارتفاع جودة الحياة الصحية بدول الخليج العربي إلى تمتعها بالرفاهية الاقتصادية الناجمة عن عوائد النفط وارتفاع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للسكان، بالإضافة إلى الإنجازات الكبيرة التي حققتها هذه الدول في مجال التنمية البشرية أمن لها مكانة مهمة ومتقدمة ضمن الدول التي حققت نسباً مرتفعة جداً ضمن دليل التنمية البشرية التي يعتمدها برنامج الأمم المتحدة للتنمية، بالإضافة إلى ارتفاع

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي

نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بمعدل القوة الشرائية بالدولار ٢٠١١ بهذه الدول حيث بلغ ١١٦٩٣٦ دولاراً بدولة قطر ويمثل أعلى نصيب للفرد على مستوى العالم، بينما بلغ بدولة الكويت ٦٥٥٣١ دولاراً، والإمارات ٦٧٢٩٣ دولاراً، والمملكة العربية السعودية ٤٩٠٤٥ دولاراً، والبحرين ٤٣٢٩١ دولاراً، بينما بلغ نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالوطن العربي ١٦٤٧٢ دولار، مقابل ١٥٤٣٩ دولاراً للفرد على مستوى العالم عام ٢٠١٧^(٤١).

النمط الثاني: دول ذات جودة حياة صحية متوسطة (٦٠٠-٨٠٠ درجة).

يشمل هذا النمط ست دول تتمثل بالتساوي بين الجانبين الأفريقي والآسيوي، يتركز ثلاث منها في الجانب الأفريقي وهي دول: ليبيا وتونس والجزائر حيث بلغت درجات جودة الحياة الصحية بها ٧٨٤ و٦٢٩ و٦٠٢ درجة على التوالي، بينما تمثلت في الجانب الآسيوي بدول: عُمان إحدى دول الخليج العربي والأردن وفلسطين من دول إقليم الهلال الخصيب، ويقطن دول هذا النمط ٧٩,٩ مليون نسمة عام ٢٠١٨، توازي ١٩٪ من جملة سكان الوطن العربي.

النمط الثالث: دول ذات جودة حياة صحية منخفضة (٤٠٠-٦٠٠ درجة).

يضم هذا النمط خمس دول، اثنتان منها بالجانب الآسيوي وهما دولتي: سوريا والعراق في شمال شرق الوطن العربي، كما يتمثل بثلاث دول بقارة أفريقيا هي دول: مصر والمغرب وجزر القمر، وتستحوذ دول ذلك النمط على ١٩٠,٥ مليون نسمة عام ٢٠١٨، تمثل ٤٥,٤٪ من جملة سكان الوطن العربي.

النمط الرابع: دول ذات جودة حياة صحية متدنية (أقل من ٤٠٠ درجة).

يتمثل بهذا النمط خمس دول، تتركز جميعها بالجانب الأفريقي عدا دولة اليمن بالجانب الآسيوي عن المدخل الجنوبي للبحر الأحمر، ويضم الجانب الأفريقي دول: موريتانيا في أقصى جنوب غرب الوطن العربي، والسودان جنوب الوطن العربي، ودولتي: جيبوتي والصومال المطلتين على المحيط الهندي بالقرب من المدخل الجنوبي للبحر الأحمر، ويبلغ عدد السكان بدول هذا النمط ٩٠,٧ مليون نسمة عام ٢٠١٨، توازي ٢١,٦٪ من جملة سكان الوطن العربي. وجاءت الصومال في المركز الأخير من حيث جودة الحياة الصحية وسجلت جودة الحياة الصحية بها ٢٩٤ درجة ويرجع ذلك إلى الصراعات الداخلية منذ عقود مع فراغ السلطة الذي خلفه الإطاحة بنظام بري في عام ١٩٩١ والدخول في صراعات عنيفة بين الفصائل من أجل السلطة^(٤٢)، وأدى عدم الاستقرار السياسي المطول وانعدام الأمن إلى تدمير البنية التحتية الصحية وهروب عدد كبير من المهنيين الطبيين كما هو الحال في منظمة

(٤١) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها: التحديث الإحصائي لعام ٢٠١٨، ص ٥٦، ٥٩.

(٤٢) Adam, M. A., & Others, The most fragile state: Healthcare in Somalia, 2014, p.28. Available at (<https://www.researchgate.net/publication>).

د/ السيد محمد علي محمود

أطباء بلا حدود^(٤٣). وانعدام الأمن البيئي ويصنف الصومال بأنها ضعيفة من قبل البيئة، مع حالات الجفاف المتكررة التي تؤدي إلى المجاعات والأزمات الإنسانية، وتشير التقديرات إلى أن ٢٦٠٠٠٠٠ شخص لقوا حتفهم نتيجة المجاعة في الصومال (مركز أنباء الأمم المتحدة ٢٠١٣)^(٤٤)، ومستويات عالية من سوء التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة وانتشار العديد من الأمراض المعدية والطفيلية لا سيما الملاريا عند الرضع، والسل في البالغين، وتقشي الكوليرا بالإضافة إلى ضعف التمويل الصحي كل ذلك العوامل أدت إلى تدني الأوضاع الصحية بالصومال^(٤٥).

النتائج:

- تتباين نسب التغطية بخدمات مياه الشرب الأساسية على مستوى دول الوطن العربي وسجلت دول الخليج العربي باستثناء عُمان أفضل نسب للتغطية بمياه الشرب، بينما سجلت دول: الصومال والسودان وموريتانيا واليمن أدنى نسب للتغطية بمياه الشرب.
- تتفاوت نسب التغطية بخدمات الصرف الصحي الأساسية وسجلت أفضل نسب للتغطية بدول الخليج العربي وليبيا بنسبة ١٠٠٪، بينما سجلت أدنى نسب بدول: الصومال وجزر القمر والسودان وموريتانيا وجيبوتي واليمن.
- تمثل نسبة الإنفاق العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي بالوطن العربي أدناها على مستوى العالم وأقاليمه المختلفة رغم ارتفاع النسبة من ٤٪ عام ٢٠٠٠ إلى ٥٪ عام ٢٠١٥.
- رغم ارتفاع نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بالوطن العربي من ١١٥ دولاراً للفرد عام ٢٠٠٠ ليصل إلى ٣٤٥ دولاراً للفرد عام ٢٠١٥ إلا أنه ما زال دون مستواه العالمي الذي يبلغ ١٠٠٧ دولاراً للفرد عام ٢٠١٥، وما دون نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بجميع أقاليم العالم عدا إقليم أفريقيا جنوب الصحراء.
- يتفاوت نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بين دول الوطن العربي وسجلت أفضل دول قطر ١٨٢٧ دولاراً/ فرد، بينما بلغ أدناه بدولة الصومال ١٥ دولاراً للفرد عام ٢٠١٦.
- ينخفض نصيب السكان من عدد الأسرة والأطباء والممرضات بالوطن العربي عن نظيره على مستوى العالم وأقاليمه المختلفة عدا أفريقيا جنوب الصحراء.
- يتفاوت نصيب السكان من الأسرة والأطباء والممرضات على مستوى دول الوطن العربي وبلغ معدل الأسرة للسكان أقصاها بدولة ليبيا ٣٧.

(43)Brown, B., Beyond the Brink: Somalia's Health Crisis, Topical Review Digest: Human Rights in The Middle East & North Africa, 2011, p.8. Available at (<https://www.du.edu.korbel.Hrhw>).

(44)Adam, M. A., & Others, Op.Cit, p.30.

(45) Op. Cit, p.31.

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي

سريراً/١٠٠٠٠ نسمة، بينما بلغ معدل الأسرة أدناه بدولة موريتانيا ٥ أسرة/١٠٠٠٠ نسمة، في حين بلغ معدل الأطباء للسكان أقصاه بدولة قطر والأردن ٢٨ طبيباً/١٠٠٠٠ نسمة، وسجل المعدل أدناه بدولة الصومال ٠,٢ طبيباً/١٠٠٠٠ نسمة، وسجلت دولة الكويت أقصى معدل للممرضات ٧٠ ممرضة/١٠٠٠٠ نسمة، بينما سجلت أدناها بدولة الصومال ٠,٦ ممرضة/١٠٠٠٠ نسمة عام ٢٠١٦.

- ارتفع توقع الحياة عند الميلاد بالوطن العربي من ٦٥ سنة عام ١٩٩٧ ليصل إلى ٧٢ سنة عام ٢٠١٧، وتعادل مع نظيره العالمي في السنة الأخيرة، ورغم ارتفاع المعدل إلا أنه ما زال دون توقع الحياة بأقاليم العالم الأخرى عدا إقليمياً: جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء.
- يتباين توقع الحياة عند الميلاد بدول الوطن العربي وسجلت قطر أعلى توقع للحياة بدول الوطن العربي ٨٠ سنة، بينما سجلت الصومال أدنى معدل ٥٧ سنة عام ٢٠١٧.
- ينخفض معدل وفيات الأطفال أقل من سنة والأطفال دون خمس سنوات بالوطن العربي عن نظيره على مستوى العالم خلال الفترة (١٩٩٧-٢٠١٨)، ورغم ذلك الانخفاض إلا أنه ما زال أعلى من معدل وفيات الأطفال بأقاليم العالم الأخرى عدا إقليمياً: جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء.
- أظهرت الدراسة تفاوت معدل وفيات الأطفال أقل من سنة والأطفال دون خمس سنوات بدول الوطن العربي وسجلت أدنى المعدلات بدول: قطر والسعودية ولبنان والكويت، بينما ارتفع المعدل بدول: الصومال وموريتانيا وجزر القمر والسودان وجيبوتي واليمن.
- أبرزت الدراسة تراجع معدل وفيات الأمهات بالوطن العربي من ٣٠٦ حالة وفاة عام ١٩٩٠ لتصل إلى ١٥١ حالة وفاة عام ٢٠١٧، وتنخفض عن المعدل العالمي الذي تراجع من ٣٨٥ حالة وفاة إلى ٢١١ حالة وفاة لنفس العامين السابقين.
- أبرزت الدراسة تفاوت معدل وفيات الأمهات بدول الوطن العربي وبلغ أدناه بدولة الإمارات ٣ حالات وفاة، بينما بلغ أقصاه بالصومال ٨٢٩ حالة وفاة.
- أظهرت الدراسة تباين نسب الرضى عن خدمات الرعاية الصحية بدول الوطن العربي وبلغت أعلى نسبة للرضى بدولة الإمارات ٩٢٪ بينما بلغت أدنى نسبة للرضى بدول السودان ٢٢٪ خلال الفترة (٢٠١٢-٢٠١٧).
- تتباين جودة الحياة الصحية بدول الوطن العربي وتمثل أفضل نمط لجودة الحياة الصحية بدول الخليج العربي عدا دولة عُمان، وسجلت دولة قطر أفضل درجات لجودة الحياة الصحية بدول الوطن العربي، بينما تمثل أدنى نمط لجودة الحياة الصحية بدول: الصومال والسودان وجيبوتي واليمن وموريتانيا، وبلغت أدنى درجات جودة الحياة الصحية بدولة الصومال.

- لا بد من اعتماد سياسة سكانية متوازنة، لارتباطها الشديد بالمشكلات الصحية فمؤشرات الزيادة السكانية ومعدل الخصوبة والأمية لها تأثيراتها المباشرة على الواقع الصحي لأي دولة وخاصة الدول النامية.
- ضرورة زيادة تخصيص الموارد لإمدادات المياه والصرف الصحي من أجل توفير خدمات مياه الشرب والصرف الصحي الآمنة وخاصة بدول: السودان والصومال وموريتانيا وجزر القمر وجيبوتي واليمن.
- الاهتمام بتخصيص ميزانية مناسبة لقطاع الرعاية الصحية تساعد في توفير خدمات الرعاية الصحية، وزيادة التنمية الاقتصادية من أجل زيادة نصيب الفرد من الدخل والإنفاق الصحي وخاصة بالدول غير النفطية.
- الاهتمام بتوفير وتدريب وتأهيل الكوادر الصحية بالدول التي تعاني من وجود عجز بهذه الكوادر.
- القيام بحملات إعلامية واسعة من أجل رفع الوعي الصحي للمرأة وتعريف النساء بأهمية الرضاعة الطبيعية وفوائدها الصحية سواء للأم أو للطفل، وزيادة الفاعلية الخاصة بنشر وسائل تنظيم الأسرة.
- ضرورة الاهتمام بصحة المرأة وتعليمها لما لهذه العوامل من أثر هام ومباشر في خفض وفيات الرضع والأطفال وجعل المرأة قادرة على تحديد خياراتها الإيجابية بما يؤثر إيجابيا على صحتها وصحة أبنائها.
- ضرورة زيادة أعداد الوحدات والمراكز الصحية ورفع كفاءتها لتقديم خدمات الصحة الإيجابية المتكاملة، وتوفير التطعيمات التي تعطى للأطفال، وكذلك الرعاية الصحية لكل من الأم والطفل أثناء الحمل والولادة.

المصادر والمراجع:

المصادر باللغتين العربية والإنجليزية:

- ١- البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، رصد التنمية البشرية: تعظيم خيارات البشر، مؤشرات التنمية في العالم، ٢٠٠٦.
- ٢- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية في العالم ٢٠١٣.
- ٣- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها، التحديث الإحصائي ٢٠١٨.
- ٤- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية ٢٠١٣، نهضة الجنوب تقدم بشري في عالم التنوع.
- ٥- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية: الحسابات الصحية الفلسطينية عام ٢٠١٦، فبراير ٢٠١٩.
- 6- Human Development Report 2006 Published for the United Nations Development Programme (UNDP) Beyond scarcity: Power, poverty and the global water crisis 2006.

الأبعاد المكانية لمؤشرات جودة الحياة الصحية بالوطن العربي

- 7- United Nations Development Program (UNDP) Human Development and Poverty in the Arab States March 2000.
- 8- United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report, 1995.
- 9- **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015** Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.
- 10- **Trends in maternal mortality: 2000 to 2017 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.**
- 11- World Development Indicators (WDI) is the World Bank's premier compilation of cross-country comparable data on development , 2019.
- 12- World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2017, Progress on drinking water, sanitation and hygiene: 2017 update and SDG baselines.

قائمة المراجع باللغة العربية:

- ١- أحمد عبد العزيز أحمد البقلي، مفهوم نوعية الحياة: النشأة، والتطور، ورقة بحثية مقدمة إلى معهد التخطيط القومي- المركز الديموجرافي، المؤتمر السنوي الثالث والأربعين، قضايا السكان والتنمية- الواقع وتحديات المستقبل ما بعد ٢٠١٥، القاهرة: ١٧-١٨ ديسمبر ٢٠١٤.
- ٢- أيمن زهري، مستويات ومحددات وفيات الرضع والأطفال في جيبوتي، صحة الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات، جامعة الدول العربية، المجلد الأول، العدد الأول، يناير ٢٠٠٨.
- ٣- حسن مفتاح الصغير، مختار عطية بن سعد، جودة الخدمات الصحية وأثرها على رضا المستفيدين منها بحث تطبيقي على مستشفى الخمس العام التعليمي، المؤتمر الاقتصادي الأول للاستثمار والتنمية في منطقة الخمس، ٢٥-٢٧ ديسمبر ٢٠١٧.
- ٤- ذنون يونس العبيدي، مها عبدالله حسين الراشدي، التباين المكاني لمعدل وفيات الأطفال الرضع في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية للمدة (١٩٩٠-٢٠١٥)، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، جامعة الموصل، المجلد ١٤، العدد (٢)، ٢٠١٨.
- ٥- السيد محمد علي محمود، العمران وفقا لجودة الحياة بين الواقع والمستقبل في محافظة المنوفية، دراسة جغرافية، رسالة ماجستير غير منشوره، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة المنوفية، ٢٠٠٦.
- ٦- عادل عبد الأمير عبود، التباين المكاني لمؤشرات التنمية الصحية وآفاقها المستدامة في محافظة البصرة (دراسة في جغرافية التنمية)، مجلة دراسات البصرة، السنة الحادية عشر، العدد (٢١)، ٢٠١٦.

٧- عبد العزيز عبد الكريم بو حليقة، جودة الحياة في مدينة تطبرق، دراسة جغرافية، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة عين شمس، ٢٠١٣.

٨- لغواطي مريم، أثر جودة الرعاية الصحية على رضا المريض: دراسة حالة المؤسسات العمومية الاستشفائية شبيغيفارا بمستغانم، رسالة ماجستير كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، الجزائر، ٢٠١٧.

٩- نصير عبد الزاق البصري، فاطمة جمال حسين، مؤشرات جودة الحياة في مدينة النجف الأشرف (دراسة تحليلية مقارنة لقطاعات خدمية منتخبة)، مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، المجلد العشرون: العدد ٣، ٢٠١٧.

قائمة المراجع باللغة الإنجليزية:

1. Adam, M. A., & Others, The most fragile state: Healthcare in Somalia, 2014. Available at (<https://www.researchgate.net/publication>).
2. Ahmad, R., & Hasan, J., Public Health Expenditure, Governance and Health Outcomes in Malaysia, Jurnal Ekonomi Malaysia 50(1) 2016. Available at (<https://www.researchgate.net>).
3. Brown, B., Beyond the Brink: Somalia's Health Crisis, Topical Review Digest: Human Rights in The Middle East & North Africa, 2011. Available at (<https://www.du.edu.korbel.Hrhw>).
4. David., E. B., & others, The Quality Of Life in Rural Asia, Published in the United States by Oxford University Press Inc., New York , 2001.
5. Dieleman, J., Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050, Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, Vol 393 June 1, 2019. Available at (<http://www.thelancet.com>).
6. Fewtrell, L., Annette, P., & Bos, R., Water, Sanitation and Hygiene: Quantifying the Health Impact at National and Local Levels in Countries with Incomplete Water Supply and Sanitation Coverage, Environmental Burden of Disease Series, No. 15, Public Health and the Environment Geneva 2007, Available at (<https://www.researchgate.net>).
7. Haller, L., Hutton, G., & Bartram, J., (2007) Estimating the costs and benefits of water and sanitation improvements at global level. J Water Health.
8. Isyaku, A. M., & Tilde ,B. Y., Maternal Mortality in Developing Countries: A Threat to the Millennium Development Goal, Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS) ISSN: 2320–1940 Volume 4, Issue 5, 2015. Available at (<https://www.iosrjournals.org>).
9. Jaba, E., & others, The relationship between life expectancy at birth and health expenditures estimated by a cross-country and time-series analysis, Procedia Economics and Finance 15, 2014. Available at (<http://www.sciencedirect.com>).
10. Juczynski, Z., Health-related quality of life: theory and measurement, acta universitatis lodzianis folia psychological 10, 2006.

11. Karimi, M., Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference. 2016. Available at (<https://www.researchgate.net>).
12. Khan, A., Factors effecting life expectancy in developed and developing countries of the world (An approach to available literature), International Journal of Yoga, Physiotherapy and Physical Education , Volume 1; Issue 1; November 2016. Available at (<http://www.researchgate.net/publication>).
13. Khan, H. N., Health Care Expenditure and Economic Growth in SAARC Countries (1995–2012): A Panel Causality Analysis, The International Society for Quality-of-Life Studies (ISQOLS) 2015. Available at (<https://www.springer.com>).
14. Khawaja, M., & Others, Disparities in child health in the Arab region during the 1990s, International Journal for Equity in Health, 2008. Available at (<http://www.equityhealthj.com>).
15. Mlambo, C., Life Expectancy In Zimbabwe: An Analysis Of Five Decades, International Business & Economics Research Journal – May/June 2015, Volume 14, Number 3. Available at (<http://www.researchgate.net/publication>).
16. Murgas, F., Geographical conceptualization of quality of life. Ekologia (Bratislava), Vol. 35, No. 4, 2016.
17. Olajuyigbe, A.E., & Adegboyega, S.A., Assessment of Quality of Life Using Geographical Information System Approach for Poverty Alleviation Decision-Making, International Journal of Sustainable Land Use and Urban Planning, Vol. 1 No. 1, (2013). Available at (<https://www.researchgate.net/publication>).
18. Osawe, O. W., Determinant of Infant Mortality Rate: A Panel Data Analysis of African Countries, Developing Country Studies, Vol.4, No.18, 2014. Available at (<https://www.researchgate.net>).
19. Paul, R., & others, Water Supply and Health, PLoS Medicine, Volume 7, Issue 11, 2010. Available at (<http://www.plosmedicine.org>).
20. United Nation, Multi-Sectoral Determinants of Maternal Mortality in Vietnam. This Paper presented in Workshop on Multi-Sectoral Determinants of Maternal Mortality in the ESCAP region, 20-22 October 2008, Hefei, Anhui Province, China.
21. United States Agency International development (USAID), Sanitation Water and Development Strategy Implementation Brief, 2016.
22. World Health Organization, Economic and health effects of increasing coverage of low cost household drinking-water supply and sanitation interventions to countries off-track to meet MDG target 10, Public Health and the Environment World Health Organization Geneva 2007.
23. World Health Organization (2007). Progress News Letter, Retrieved on 22/10/2014. Available at (http://www.who.int/reproductive_health/progress/letr/org).

The spatial dimensions of the quality indicators for healthy life in the Arab world: " A geographical study".

By: Dr. ElSayed Mohammed Ali Mahmoud

Research Summary

The concept of quality of life related to health appeared for the first time in the seventies of the last century, and despite the fact that this century has witnessed extraordinary achievements in the field of medicine, the health care system found itself in a crisis not only because of economic factors but also because of the changing nature of the disease, whose causes are increasingly related to the individual's lifestyle, and the health-related quality of life represents only one dimension of the quality of life.

The study aimed to monitor the development of indicators of quality of healthy life at the level of the Arab world, to highlight the spatial variations of indicators of quality of healthy life in the countries of the Arab world, and to compare the indicators of quality of life in the Arab world with different regions of the world, and to identify the patterns of the quality of healthy life in the countries of the Arab world.

The study included six topics, the first topic presented the emergence and concept of the quality of life and the healthy quality of life and its indicators, the second topic discussed population coverage with drinking water and sanitation services, while the third and fourth topics dealt with spending money on health, material and human capabilities, and the fifth topic discussed life expectancy at birth and child mortality and mothers, the sixth topic offered satisfaction with health services and the patterns of the quality of healthy life.

The study showed a relative improvement in the indicators of the quality of healthy life with the temporal development with different degrees of improvement between the various indicators, and despite this improvement, the indicators of the quality of healthy life in the Arab world are still below the level in many regions of the world except for the regions of South Asia and sub-Saharan Africa, and the patterns of the quality of healthy life have varied in the Arab world whereas it's the best style in the Arab Gulf countries, while it represents the lowest quality of healthy life in countries: Somalia, Sudan, Djibouti, Yemen and Mauritania

The study recommended the necessity of adopting a balanced population policy due to its strong association with health problems, increasing the allocation of resources for water supply and sanitation, allocating an appropriate budget for the health care sector, paying attention to providing and training health personnel, and conducting media campaigns to raise the level of health awareness of the population in general and women in particular, and Paying attention to the health care of every mother and child during pregnancy and childbirth and providing the vaccinations that are given to children.