

مراحل الانتقال الديموغرافي وعلاقتها بالتنمية الاقتصادية والاجتماعية في الأردن

احمد عواد الخوالدة*

ملخص

يهدف هذا البحث إلى تتبع مراحل التغيرات والتحولات الديموغرافية للمجتمع الأردني، وبناء نماذج واقعية لمراحل الانتقال الديموغرافي والوبائي ومعرفة الخصائص لكل مرحلة خلال الفترة الممتدة إبان فترة الحكم العثماني حتى وقتنا الحاضر، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي والمنهج الاستقرائي لتحقيق أهدافها. وقد توصلت الدراسة إلى أن الأردن عبر المرحلة الأولى التي امتدت إبان العهد العثماني وحتى انتهاء الحرب العالمية الثانية 1945 ومن سماتها ارتفاع مستويات الخصوبة، والوفاة خلالها مع انخفاض العمر المتوقع عند الولادة (47 سنة) بالمتوسط. وانتقل الأردن إلى المرحلة الثانية التي امتدت منذ انتهاء الحرب العالمية الثانية وحتى أواخر الثمانينيات من القرن العشرين، وتميزت هذه المرحلة بنهضة اجتماعية وانتعاش اقتصادي وتنمية شاملة، وقد ثبتت تقريبا مستويات الخصوبة خلالها، وإن بدأت بانخفاض تدريجي بعدئذ، انخفضت فيها مستويات الوفيات بصورة كبيرة، وبذلك ارتفعت معدلات النمو السكاني، وولج الأردن المرحلة الثالثة للانتقال الديموغرافي التي ابتدأت منذ مطلع التسعينات، وحتى يومنا هذا حيث حقق الأردن خلالها نهضة تنموية كبيرة في شتى المجالات، وقد تزامن دخول الأردن هذه المرحلة مع بزوغ ظاهره الفرصة السكانية. وختمت الدراسة ببعض التوصيات.

الكلمات الدالة: الانتقال الديموغرافي، الفرصة السكانية.

المقدمة

الديموغرافي للمجتمعات البشرية، كما أن التغيرات الديموغرافية يصاحبها تطورات اقتصادية واجتماعية لها نتائجها على المجتمع ككل وتأتي هذه الدراسة لتتبع مراحل الانتقال الديموغرافي في المجتمع الأردني.

أهداف الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى تتبع مراحل التغيرات والتحولات السكانية للمجتمع الأردني على الوجه الآتي:

1. بناء نماذج واقعية لمراحل الانتقال الديموغرافي والوبائي لسكان الأردن باستعراض الأوضاع الصحية والبيئية والأمراض والأوبئة المصاحبة لها والخصائص الاقتصادية والاجتماعية والتنموية لكل مرحلة من مراحل الانتقال الديموغرافي الثلاث الرئيسية.

2. معرفة مزايا وخصائص كل مرحلة من مراحل الانتقال الديموغرافي.

3. معرفة الفرصة السكانية وموقعها من مراحل الانتقال الديموغرافي الثلاثة.

4. تحديد موقع الأردن من دول العالم المتقدمة والدول النامية بالنسبة لنظرية الانتقال الديموغرافي والفرصة السكانية.

منهجية الدراسة

أ. المنهج

اعتمد الباحث أسلوب التحليل الوصفي وذلك باستخدام المؤشرات الإحصائية لغايات الاستدلال والتحليل والقياس

تعد نظرية الانتقال الديموغرافي للسكان معالجة علمية منطقية لتغيرات وتحولات سكانية على امتداد الزمن لمجتمعات بشرية ضمن نطاق جغرافي وزمني محدد. وتشير النظرية إلى أن مؤشرات الخصوبة والوفاة تدوان بمستويات مرتفعة، وتتجهان للانحدار إلى مستويات منخفضة نتيجة نمو وتطور الفعاليات الاقتصادية والاجتماعية والتنموية، وبما تشمله من تطور الخدمات التعليمية والصحية والبيئية ومختلف الخدمات الاجتماعية الأخرى للسكان. وغالباً ما وصفت نظرية الانتقال الديموغرافي بأنها تنتظم في ثلاث مراحل رئيسية، حيث تبدأ بمعدلات منخفضة نسبياً للنمو السكاني نتيجة ارتفاع معدلات المواليد والوفيات معاً، يتبعها مرحلة الانفجار السكاني التي تتجم عن انخفاض معدلات الوفيات، وبقاء معدلات الخصوبة مرتفعة وتنتهي بالعودة مره أخرى إلى معدلات منخفضة للنمو السكاني، بسبب انخفاض مستويات الخصوبة والوفيات.

مشكلة الدراسة

إن فهم أنماط الانتقال الديموغرافي للسكان يرتبط جوهرياً بأطر التغيرات السكانية وفقاً لمفاهيم ونماذج نظرية الانتقال

* قسم الجغرافيا، كلية الآداب، جامعة اليرموك، إربد، الأردن. تاريخ استلام البحث 2015/7/12، وتاريخ قبوله 2015/9/13.

ج. فترة الدراسة

تتبع الدراسة التغيرات والتحولات الديموغرافية لسكان الأردن منذ الحكم العثماني، وخلال القرن العشرين، وحتى عام 2015 وذلك طبقاً لمراحل نظرية، الانتقال الديموغرافي للسكان المعروفة.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

الإطار النظري

يرجح معظم علماء الديموغرافيا بأن أول من وضع الأساس النظري لنظرية الانتقال الديموغرافي للسكان هما: دارين تومبسون، وفرانك نوتشتاين، واقترح تومبسون عام 1929 تصنيف دول العالم إلى ثلاث مجموعات رئيسية حسب مستويات واتجاهات الخصوبة والوفيات القائمة آنذاك (خليفه، 1986 ص28).

وقد وضع بلكر عام 1947 أول تصنيف مرحلي للنظرية (Blacker, 1947 p.6) واقترح خمس مراحل لها كما هي مبينة في الجدول (1):

الجدول (1) التصنيف المرحلي لنظرية الانتقال الديموغرافي التي وضعها بلكر عام 1947

المرحلة	معدل المواليد	معدل الوفيات	النمو السكاني
مرحلة المجتمع المتوقف	مرتفع	مرتفع	يكاد يكون معدوم
مرحلة التوسع المبكر	مرتفع	أخذ في الانخفاض	سريع
مرحلة التوسع المتأخر	أخذ في الانخفاض	أخذ في الانخفاض	اقل من المرحلة الثانية
مرحلة المجتمع المتوقف الحديثة	منخفض	منخفض	يكاد يكون معدوم
مرحلة النمو السالب	اقل من معدل الوفيات	منخفض	سالب

المصدر: Blacker, 1947.

إلى مرحلة أمراض الشيخوخة والتحضر وينطبق هذا النموذج على الدول المتقدمة مثل أوروبا الغربية، والولايات المتحدة، وكندا، وأستراليا.

• **النموذج الكلاسيكي المتسارع:** وهو نموذج شبيه بالكلاسيكي ومن خصائصه أن انتشار الإجهاض المتعمد يؤدي دوراً أساسياً في انخفاض الخصوبة، ويحدث هذا النموذج في فترة قصيرة نسبياً كما في اليابان، وبلدان شرقي أوروبا بما في ذلك روسيا.

• **النموذج متخلف الحدوث:** وهو النموذج الذي يحدث الآن في معظم البلدان النامية، بما في ذلك البلدان العربية، ومن ضمنها الأردن، وقد سمي كذلك لأن انخفاض معدل الوفيات تخلف إلى منتصف القرن العشرين، أي بعد مئة أو مئتي سنة منذ انخفاضه في أوروبا.

• **النموذج الانتقالي:** هذا النموذج متفرع من النموذج

العلمي، ومراجعة واستقراء الوقائع الحيوية لسكان الأردن خلال مراحل الانتقال الديموغرافي في الأردن.

ب. محددات الدراسة

واجهت هذه الدراسة صعوبات ومعوقات تمثلت بالآتي:

- عدم توفر بيانات إحصائية دقيقة وشاملة تعكس الوضع السكاني والصحي والتعليمي والاقتصادي والاجتماعي للمجتمع الأردني إبان فترة الحكم العثماني وخاصة أواخر تلك الحقبة، وحتى الثلاثينيات من القرن العشرين.
- إن ما يتوافر من معلومات ودراسات عن مراحل الانتقال الديموغرافي للمجتمع الأردني عبارة عن كتابات متناثرة هنا وهناك في بعض المصادر والتقارير السكانية الصادرة عن المؤسسات الرسمية في الأردن كدائرة الإحصاءات العامة، والمجلس الأعلى للسكان.
- جاءت الكتابات والمعلومات المتوافرة عن مراحل الانتقال الديموغرافي في الأردن موجزة، ولا تعكس بالتفصيل معطيات وخصائص كل مرحلة للانتقال الديموغرافي وانعكاساتها على المجتمع الأردني.

وقد أطلق بعض الديموغرافيين على هذه المراحل على الترتيب: البدائية، والانتقالية، والحديثة. وقد تناول عمران هذه النظرية من خلال ديناميكية الانتقال الديموغرافي والوبائي في العالم العربي باستعراض نماذج الانتقال الوبائي ابتداءً بمرحلة الأوبئة والمجاعات إلى مرحلة انحسار الأوبئة، ثم إلى مرحلة أمراض الشيخوخة والتحضر. وتعد هذه المراحل ثابتة لكافة المجتمعات البشرية، وتختلف في ما بينها حسب تاريخ بدء وانتهاء كل مرحلة، ومدى سرعة الانتقال من مرحلة لأخرى). عمران، 1988، ص 83-124). وقد تم تقسيم أقطار العالم إلى مجموعات تنتمي كل منها إلى نموذج من النماذج الأربعة التي تضمنتها مراحل الانتقال الوبائي والديموغرافي، وهذه النماذج هي:

• **النموذج الكلاسيكي:** يتميز هذا النموذج بأنه قد تم به انتقال كامل لنوع الأمراض السائدة من مرحلة الأوبئة والمجاعات

الخصوبة والوفيات العالية، والخصوبة العالية ثم نمط الوفيات المنخفضة، والخصوبة المنخفضة والوفيات المنخفضة، وكل نمط منها يتوقف على مستوى معين للتنمية الاقتصادية والاجتماعية التي تمر بها أي دولة وطبقاً لنظرية التحول الديموغرافي يتوقع أن يحدث في البلدان النامية مراحل وأنماط سكانية مماثلة لتلك التي مرت بها البلدان المتقدمة، والمعلوم أن مستوى الأنماط السكانية للبلدان النامية لم يكن مماثلاً لما حدث في البلدان المتقدمة، ولم يسر حسب المراحل التي تصورتها النظرية، نظراً لكون معدلات النمو السكاني في البلدان النامية أكبر من تلك في البلدان المتقدمة، وعليه فإن دائرة التحول الديموغرافي في البلدان النامية لم تكتمل بعد، ولم تصل بعد البلدان النامية إلى مستويات الخصوبة والوفيات المنخفضة، وذلك حسب ما تتوقعه نظرية التحول الديموغرافي، وهذا يفسر جانباً من الاختلافات الشاسعة بين البلدان المتقدمة والنامية في هذا المضمار.

- دراسة كنجلسي ديفس، (1963) والتي وصف فيها مراحل النظرية من حيث الانتقال من معدلات الولادة العالية والوفيات العالية إلى معدلات الولادة المنخفضة والتي قسمت العالم إلى ثلاث مجموعات رئيسية: المجموعة الأولى وتضم دول شمال وغرب أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية. والمجموعة الثانية وتضم دول إيطاليا، إسبانيا، ووسط أوروبا. والمجموعة الثالثة وتمثل بقية أقطار العالم.
- كذلك تناول كل من آرثرهويت وتوماس كين (1998) نظرية الانتقال الديموغرافي من خلال نموذج فنلندا باعتبارها دولة مرت بأربع مراحل من الانتقال الديموغرافي كما يبدو في الجدول (2):

الجدول (2) مراحل الانتقال الديموغرافي من وجهه نظر

ارثرهويت وتوماس كين 1998 نموذج فنلندا

المرحلة	الفترة	معدل المواليد بآلاف	معدل الوفيات بآلاف	معدل الزيادة %
الأولى	1790-1785	38	32	0.6
الثانية	1830-1825	38	24	1.4
الثالثة	1915-1910	29	17	1.2
الرابع	1990	13	10	0.3

المصدر: PRP, Haupt A & Tomas K, 1998 P 47

- دراسة المجلس الأعلى للسكان (2011)، وقد قسم هذه المراحل إلى أربع كالاتي:
- 1. المرحلة الأولى 1961-1952 تميزت هذه المرحلة

متخلف الحدوث، إذ حدث في بعض البلدان النامية نتيجة نجاح برامج تنظيم الأسرة مع ارتفاع مستوى المعيشة، وانخفاض معدلات المواليد في الحرب العالمية الثانية، حيث ابتدأ الانخفاض في أواخر الستينيات أو بداية السبعينيات، من أمثلة ذلك تايوان وكوريا الجنوبية وتايلند وسنغافورة وجامايكا وماليزيا واندونيسيا وتونس ولبنان وبلدان أخرى، هذا وتدرج البلدان العربية تحت إحدى هذه النماذج الأربع وهو النموذج متخلف الحدوث الذي تمر فيه الآن معظم الدول النامية، حيث أن انخفاض معدل الوفيات تخلف إلى منتصف القرن العشرين أي بعد مضي مئتي سنة من انخفاضه في أوروبا. وقد تطرق (عمران، 1988) إلى مزايا وخصائص الانتقال السريع الوبائي والديموغرافي في البلاد العربية، ومن ضمنها الأردن على الوجه الآتي:

- المرحلة الأولى للانتقال الوبائي والديموغرافي كانت طويلة الأمد، إذ امتدت منذ الحكم العثماني إلى منتصف القرن العشرين.
- بدأت الأوبئة بالانحسار أثناء وبعد الحرب العالمية الثانية نتيجة تدخل الخدمات الصحية المتطورة لمعالجة الأمراض السارية والأوبئة المعدية.
- نسبة حدوث الأمراض لم تتخفف بنفس النسبة كانخفاض الوفيات.
- لم تتخفف الخصوبة في البلدان العربية، بل استمرت على مستوياتها العالية ما عدا تونس، مصر، لبنان، المغرب. وقد اتسعت الفجوة بين الوفيات والمواليد، وحدث انفجار سكاني بين عامي 1947 و1958 في معظم البلدان العربية، ومن ضمنها الأردن.
- يلاحظ أن الانتقال الوبائي بين السكان البدو وسكان الأرياف أبداً منه في التجمعات الحضرية والمدن الكبرى.
- يساعد التقدم الاقتصادي في تسارع وتيرة مرحلة الانتقال الوبائي والديموغرافي من حيث الوفيات، إذ يزيد من انخفاض الوفيات بينما تستمر الخصوبة على ارتفاعها، وهذا مشاهد في دول البترول العربية والإسلامية.
- بدأت الخصوبة في الأردن بالانخفاض كما في تونس، لبنان، المغرب، تركيا ولكن هذا الانخفاض لم يصل بعد بنفس مستواه في تايوان وبعض دول جنوب شرقي آسيا كالفلبين وكوريا الجنوبية وسنغافورة (عمران، 1988، ص 42-76).

الدراسات السابقة

- دراسة الجلبي، (2011) والتي تضمنت ربط فعاليات التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وآثارها على الاتجاهات السكانية بنظرية الانتقال الديموغرافي من خلال ثلاث فرضيات للخصوبة والوفيات يمر بها كل مجتمع من المجتمعات النامية، وهي:

والتحضر ثابتة لكل المجتمعات البشرية ولكن تعود الاختلافات للأقطار وحسب ابتداء وانتهاء كل مرحلة ومدى سرعة الانتقال الوبائي من مرحلة لأخرى خاصة بالنسبة للمرحلة الثالثة. وإن نمط التغير السكاني خلال الماضي البعيد في الأردن بما في ذلك البلدان العربية كان من النوع المتوازن البطيء، وبمعنى آخر فإن الزيادة السكانية كانت بسيطة جداً، وامتدت لمئات السنين، بينما نلاحظ أن الزيادة خلال الفترة الحديثة من النوع التراكمي، حيث تراكمت زيادة السكان خلال سنوات قليلة نتيجة الانخفاض المستمر في معدل الوفيات، بينما بقي معدل المواليد مرتفعاً في بداية هذه المرحلة، ويعود انخفاض الوفيات كنتيجة حتمية لتغيرات تدريجية ومنظمة في أنماط الأمراض السائدة في المجتمع الأردني، ولذلك فقد جمعت هذه النظرية المفهومين الوبائي والديموغرافي معاً.

وقد وضعت نظرية الانتقال الديموغرافي أربعة نماذج كما أسلفنا حيث يندرج الأردن تحت إحدى هذه النماذج الأربعة، وهو النموذج متخلف الحدوث الذي تمر فيه الآن معظم البلدان النامية حيث أن انخفاض معدل الوفيات تخلف إلى منتصف القرن العشرين أي بعد مضي مئة أو مئتي سنة من انخفاضه في أوروبا. وقد تميز هذا النموذج بأن انخفاض الوفيات فيه سريع جداً، حيث انخفض معدل الوفيات من (25) بالألف إلى أقل من (15) بالألف خلال عقد أو عقدين من الزمن، بينما استغرق الانخفاض المماثل في أوروبا من 50 إلى 100 عام ويعود انخفاض الوفيات إلى أسباب طبية بحتة نظراً لشيوع استخدام المضادات الحيوية والمبيدات الحشرية ومكافحة الأوبئة بكافة أنواعها التي قامت بها المنظمات العالمية، وخاصة منظمة الصحة العالمية وهذا يعني أن انخفاض الوفيات هنا لم يعتمد على تحسن المستوى المعيشي والثقافي فقط (عمران، 1988، ص111).

وتتميز هذا النموذج أيضاً بوجود اختلال كبير بين معدلي المواليد والوفاة فبينما تتخفص الوفيات إلى معدلات قريبة من معدلات أوروبا، وتستمر المواليد بنفس المستويات التي كانت سائدة أيام القرون الوسطى في أوروبا، هذا وتعد معظم بلدان العالم الثالث، بما فيها البلدان العربية ومن ضمنها الأردن وكذلك البلدان الإسلامية ضمن هذا النموذج.

لا يمكن إعطاء وصف دقيق لمراحل الانتقال الديموغرافي في الأردن، وذلك لعدم توفر معلومات وبيانات إحصائية شاملة ودقيقة لفترات زمنية طويلة في الأردن بحيث تغطي الفترة منذ مطلع القرن العشرين وحتى نهاية الحرب العالمية الأولى، وبمعنى آخر خلال العقدين الأولين من هذه القرن سنكتفي بتتبع مراحل الانتقال الوبائي والديموغرافي منذ تأسيس إمارة

بارتفاع كبير في عدد سكان الأردن وبمعدل نمو سكاني 4.8% وارتفاع مستويات الإنجاب والوفاة.

2. **المرحلة الثانية 1961-1979:** تتميز بتسارع في عدد السكان كالمرحلة الأولى وانخفاض في مستويات الإنجاب والوفاة، وثبات معدل النمو السكاني، وقد شهدت هذه المرحلة حركة هجرة قسرية من الضفة الغربية للأردن نتيجة حرب حزيران 1967م.

3. **المرحلة الثالثة 1979-1994:** تتميز بتغيرات جوهرية في عناصر النمو السكاني خاصة الخصوبة والوفاة نظراً لانخفاض ملموس في معدلي المواليد الخام والإنجاب الكلي وتبع ذلك انخفاضاً ملموساً في معدلي الوفاة الخام ووفيات الأطفال الرضع وذلك كله أدى إلى انخفاض معدل النمو السكاني بشكل طفيف.

4. **المرحلة الرابعة 1994-2004:** شهدت هذه المرحلة المزيد من الانخفاض في مستويات الإنجاب والوفاة، حيث انخفض معدلا المواليد الخام والإنجاب الكلي، وصاحب ذلك انخفاض مستويات الوفاة وخاصة بين الأطفال الرضع.

وقد جاءت هذه الدراسة استكمالاً لتلك الدراسة التي امتدت إلى عام 2004 فقط، مع الأخذ بعين الاعتبار دخول الفرصة السكانية في الآونة الأخيرة، كما تميزت هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات وذلك بربط المتغيرات الديموغرافية بالمؤشرات الاجتماعية والاقتصادية.

الأردن ونظرية الانتقال الديموغرافي:

باستعراض ما تقدم ذكره يمكن تعريف نظرية الانتقال الديموغرافي للسكان بأنها تشخيص منطقي علمي لمراحل تحولات وتغيرات السكان وفق أنماط معينة على امتداد الزمن والأجيال. وقد تعارف الديموغرافيون على ثلاث مراحل للانتقال الديموغرافي للسكان:

المرحلة الأولى: تتميز بمعدلات مواليد ومعدلات وفيات مرتفعة ينجم عنها معدلات نمو سكاني منخفضة.

المرحلة الثانية: تتميز بمعدلات وفيات آخذة في الانخفاض ومعدلات مواليد تكاد تكون ثابتة وإن أبدت بعض الانخفاض مما ينجم عنه معدلات نمو سكاني مرتفعة.

المرحلة الثالثة: تتميز بمعدلات المواليد والوفيات بالانخفاض مما يتبعه معدل نمو سكاني منخفض.

وقد قسمت النظرية فترة الانتقال الديموغرافي للسكان إلى فترتين: الفترة القديمة التي سبقت منتصف القرن السابع عشر، والفترة الحديثة التي تلت ذلك، وحتى الآن. وتعد مراحل الانتقال الديموغرافي الثلاثة التي تضمنتها النظرية مرحلة الأوبئة والمجاعات ومرحلة انحسار الأوبئة ومرحلة أمراض الشيخوخة

قبيل منتصف هذا القرن وحتى عام 1960، وقد تبعت معدلات الوفيات الرضع نفس مسار معدلات الوفيات الخام، حيث كان المعدل يتراوح ما بين (113) إلى (122) بالألف من المواليد الأحياء خلال الخمسينات وحتى عام 1961، وانخفض إلى (37) بالألف حتى نهاية السبعينيات، ثم واصل الانخفاض تدريجياً حيث أصبح (9) بالألف في منتصف التسعينيات، وانخفض المعدل إلى (19) بالألف حتى عام (2009)، (الجدول 3، الجدول 4، الشكل 1، الشكل 2).

والحقيقة أنه وبالرغم من الانخفاض النسبي الحالي في معدلات وفيات الأطفال الرضع، إلا أن هذا المعدل ما زال مرتفعاً في الأردن مقارنة بالمستويات العالمية، وتعود أهم أسباب وفيات الرضع في الأردن إلى النزلات الرئوية الحادة والتهابات المعدة والأمعاء، وأمراض الإسهال والأمراض السارية التي يطعم لها، وسوء التغذية، والتشوهات الخلقية خاصة في القلب والجهاز العصبي، وهذه الأسباب تعود في معظمها لعوامل أخرى، مثل عدم كفاية العناية الطبية أثناء الحمل وبعد الولادة، وعدم مراعاة إجراءات التطعيم، وسوء التغذية، وإهمال الرضاعة من الثدي، وتلوث بيئة الطفل، وجهل الأم وسوء العادات الصحية، بالإضافة إلى آثار الحمل المتكرر، وقصر الفترة بين حمل وآخر وصغر سن الأم.

مراحل الانتقال الديموغرافي في الأردن:

المرحلة الأولى للانتقال الديموغرافي:

تميزت المرحلة الأولى للانتقال الديموغرافي والوبائي في الأردن بأنها طويلة الأمد، حيث امتدت منذ العهد العثماني، وحتى انتهاء الحرب العالمية الثانية، وقد تقاوم خطر الأوبئة الفتاكة خلال تلك الفترة مثل الجدري، والكوليرا، والطاعون، والتيفوئيد، والتيفوس، والدفتيريا، والملاريا، والبلهارسيا، والدوزنطاريا، والإسهالات الصيفية بين الأطفال، والحصبة، والالتهابات الرئوية والنزلات الشعبية. ويضاف إلى ذلك الأمراض المستوطنة كالسل الرئوي، والبلهارسيا، والملاريا، والرمد، وأمراض سوء التغذية، إضافة إلى الأمراض المتصلة بالحمل والولادة والنفاس. ونظراً لعدم وجود أي بيانات إحصائية لتغطية تلك الفترة، لذا لا يمكن توصيف الوضع الصحي والوبائي للسكان خلال تلك الفترة، وبوجه عام يمكن القول إن تلك الفترة تميزت بارتفاع كبير في معدلات وفيات الأطفال الرضع، حيث كانت أعلى من 200 بالألف من المواليد الأحياء، بينما كانت وفيات الأمهات بسبب مضاعفات الحمل الولادة والنفاس، تقدر ب(400) بالألف من حالات الولادة (وزارة الصحة 1951-1957).

شرق الأردن عام 1921 وحتى الآن، ولهذا سنلجأ إلى تقديرات خاصة عن الوضع الصحي والسكاني في الأردن يختلف حسب الافتراضات التي تبنى عليها خلال تلك الفترات، وسنلجأ إلى التقديرات والدراسات التي وضعها خبراء الأمم المتحدة.

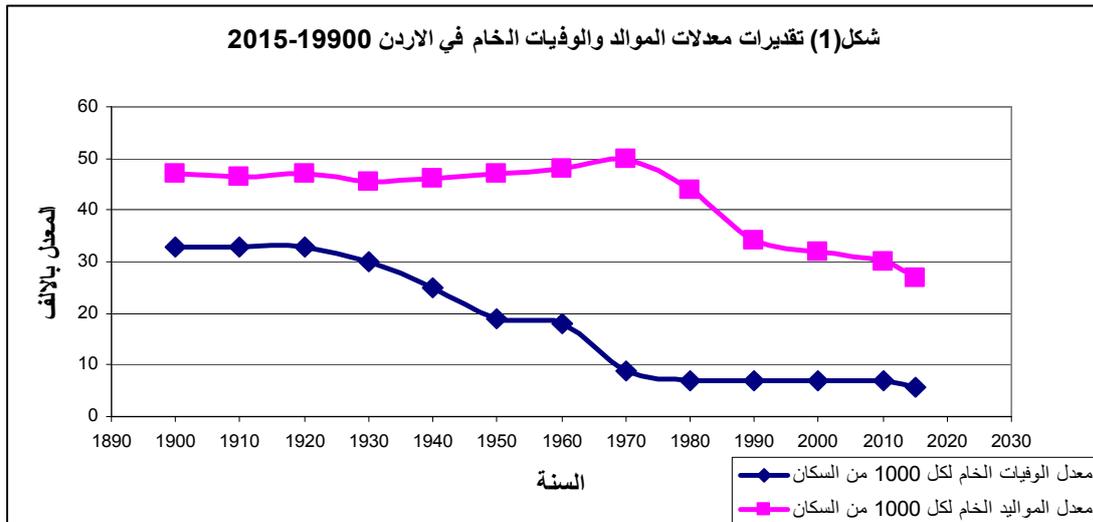
والحقيقة التي لا لبس فيها أن الخصوبة في الأردن كانت مرتفعة جداً خلال النصف الأول من القرن العشرين، ولكنها لم تبلغ مستوى الخصوبة الفسيولوجية العليا، نظراً لسوء الحالة الصحية، وتدني متوسط مستوى البقاء على قيد الحياة. ويتراوح معدل المواليد الخام المقدر خلال تلك الفترة ما بين (45) إلى (47) بالألف من السكان في شرق الأردن آنذاك. (الجدول 3) فقد مرت الأوضاع الصحية في إمارة شرقي الأردن بتغيرات جذرية خلال القرن العشرين خاصة خلال الفترة التي تلت الحرب العالمية الثانية. وبالرغم من عدم توفر المعلومات التفصيلية والدقيقة عن السكان والأوبئة والوفيات في الأردن إلا أن النموذج المتخلف الحدوث للانتقال الديموغرافي هو الذي ينطبق على الأردن، حيث يلاحظ أن الأردن قد مر في المرحلة الأولى للانتقال الديموغرافي، وعانى لفترة ما خلال هذه المرحلة التي تشكل الحلقة الأولى منذ زمن بعيد ولقرون، ثم ابتدأ بعد ذلك التغيير في نمط وهيكلية الأمراض السارية وغير السارية، وانخفاض معدلات الوفيات من الأمراض السارية والحادة بنفس الوقت، وابتدأت في الوقت نفسه الأمراض الانتكاسية تأخذ دوراً كأحد أسباب الوفاة.

والمعلوم أن معدل الوفيات الخام المقدر في الأردن تراوح ما بين 30 إلى 35 بالألف من السكان، وذلك منذ مطلع القرن العشرين وحتى نهاية عام 1935، وخلال الفترة التالية، وحتى عام 1950، حيث كانت هذه المعدلات تزيد على (25) بالألف من السكان، وخلال الأربعين عاماً التالية انخفضت معدلات الوفيات في الأردن بصورة كبيرة، فبعد أن كانت (25) بالألف خلال حقبة الخمسينيات، وصلت إلى (11) بالألف حتى نهاية السبعينيات، ثم استمرت في الانخفاض ببطء إلى أن أصبحت (7) بالألف خلال التسعينيات، ويتوقع أن تواصل انخفاضها ولكن ببطء أكبر لتصل (5.8) بالألف عام 2013 والحقيقة التي لا جدال فيها أن هذه الانخفاضات في معدلات الوفيات الخام متوقعة، وذلك لتطور الخدمات الصحية وارتفاع مستوياتها، إضافة إلى تحسين الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والمعيشية في الأردن وخاصة التعليم وتدني نسبة الأمية بين الجنسين، ونفس الشيء يمكن قوله بالنسبة للوفيات الرضع، حيث انخفضت معدلات وفيات الأطفال الرضع، كما هو متوقع، وذلك حسب نظرية الانتقال الوبائي والديموغرافي رغم أن البيانات الإحصائية غير كافية، وليست دقيقة بالنسبة للفترة

الجدول (3) تقديرات معدلات المواليد الخام والوفيات الخام في الأردن للفترة 1900-2015

السنة	معدل المواليد الخام لكل 1000 من السكان	معدل الوفيات الخام لكل 1000 من السكان
1900	47	33
1910	46.5	33
1920	47	33
1930	45.5	30
1940	46	25
1950	47	19
1960	48	18
1970	50	9
1980	44	7
1990	34	7
2000	32	7
2010	30	7
2015	27	5.8

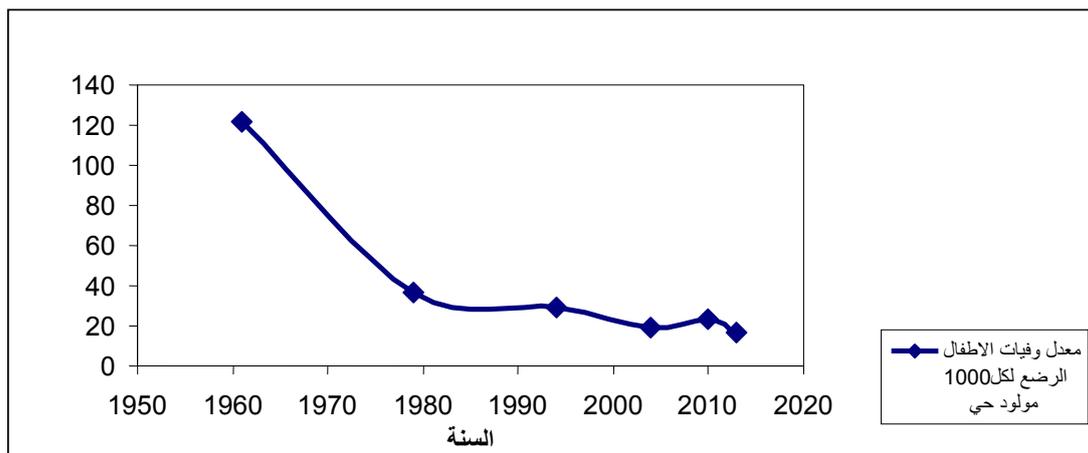
المصدر: عمل الباحث بالاعتماد على بيانات: دائرة الإحصاءات العامة 2013، دراسات- الاسكواش/ الأمم المتحدة، 1995-2000، اللجنة الوطنية للسكان، 1991، 1993، وزارة الصحة/التقارير الإحصائية السنوية.



الجدول (4) المؤشرات الديموغرافية الرسمية للأردن للفترة 1961-2013

السنة	معدل المواليد لكل ألف من السكان	معدل الوفيات لكل ألف من السكان	معدل الإنجاب الكلي مولود حي لكل سيدة	معدل وفيات الأطفال الرضع لكل 1000 مولود حي
1961	50	18	9	122
1979	47	11	7.4	37
1994	32	5	4.4	29
2004	29	7	3.6	19
2010	30.1	7	3.8	23
2013	27.6	5.8	3.5	17

المصدر: الإحصاءات العامة كتاب الإحصاء السنوي 2013



السبعينيات، ولكن أخذت بالانخفاض التدريجي مع إنشاء العديد من المؤسسات الطبية الحكومية والجامعية، ولكن لا يزال التسجيل الحيوي غير مكتمل حيث بلغت نسبة التغطية حالياً حوالي 75% بينما كانت لا تتجاوز 40% حتى منتصف السبعينيات. (معايطه، 1994ص12) وفيما يتعلق بالخصوبة في الأردن فقد استمرت بنفس مستوياتها المرتفعة حتى مطلع الثمانينيات، ثم بدأت بالانخفاض التدريجي بعد ذلك، ولهذا فقد اتسعت الفجوة بين المواليد والوفيات خاصة خلال الفترة 1947-1985، حيث بلغت معدلات الزيادة السكانية 3.5% في المتوسط (دائرة الإحصاءات العامة 2013 ص ج) وقد انخفضت الوفيات بصورة كبيرة خلال الفترة نفسها، حيث انخفض المعدل من (25) بالآلاف خلال الخمسينيات إلى (7) بالآلاف خلال حقبة التسعينيات، وحتى مطلع الألفية الثانية وأصبح المعدل (5.8) بالآلاف لعام 2013، وهذا أدى بالفعل إلى ما يسمى بالانفجار السكاني الذي يعاني وسيعاني منه الأردن مستقبلاً إضافة إلى الهجرات البشرية القسرية التي شهدتها الأردن مؤخراً، وخاصة تلك التي تلت أزمة الخليج (دائرة الإحصاءات العامة 2013).

والحقيقة أن انخفاض الوفيات أثناء الانتقال الوبائي والديموغرافي في الأردن كان معظمه من الأطفال، وخاصة الأطفال الرضع، وهذا الانخفاض لم يكن بنمط خطي منذ كان مرتفعاً خلال السبعينيات، ثم تباطأ بعد ذلك حتى أوائل السبعينيات، وانخفض معدل وفيات الأطفال الرضع من (125) بالآلاف حتى منتصف الخمسينيات وحتى عام 1961 إلى (37) بالآلاف حتى نهاية السبعينيات، ثم انخفض تدريجاً إلى (29) بالآلاف حتى منتصف التسعينيات، وانخفض المعدل إلى (19) بالآلاف حتى عام 2009، وانخفض المعدل بعد ذلك إلى (17) بالآلاف للفترة 2012-2013 (دائرة الإحصاءات العامة 2013 ص 1) أما معدل وفيات الطفولة (1-4) سنوات فقد انخفض من

وفيما يتعلق بالخصائص الاقتصادية والاجتماعية تفيد المؤشرات المتوفرة عن بعض هذه الخصائص أن نسبة الأمية كانت مرتفعة جداً بين السكان البالغين إذ كانت تتراوح ما بين 75% إلى 80% حسب التجمعات السكانية، وكان دخل الفرد بالأسعار الجارية منخفضاً جداً حيث لم يتجاوز 30 ديناراً في العام الواحد، وكانت نسبة السكان الحضر خلال تلك الفترة تتراوح ما بين 20% إلى 25% كحد أعلى في حين كانت الخدمات خلال تلك الفترة متدنية جداً، وتكاد تكون معدومة في بعض القطاعات والمرافق الحيوية، وقد كان الطابع المميز لهذه الفترة التخلف في سائر المجالات كذلك لم تتوفر معلومات أو بيانات إحصائية موثقة تعكس الأوضاع السائدة آنذاك (اللجنة الوطنية للسكان 1991).

المرحلة الثانية للانتقال الديموغرافي:

تبدأ المرحلة الثانية منذ انتهاء الحرب العالمية الثانية والفترة التي تليها، حيث ابتدأت الأوبئة بالانحسار، وذلك نتيجة ارتفاع مستوى الخدمات الصحية الناجمة عن مكافحة الأمراض المعدية، إضافة إلى انتشار استخدام المضادات والمبيدات الحشرية، وتحسين التغذية والأحوال البيئية. والملاحظ هنا أن معدلات إصابات الأمراض قد انخفضت بنفس نسبة انخفاض الوفيات، لأن وفيات الحالات المرضية هي التي انخفضت بصورة أكبر مع تحسن العلاج، هذا وكانت لا تزال أمراض كثيرة متفشية في الأردن، ولكن لا تؤدي إلى الوفاة بنفس النمط القديم، والأمثلة توضح ذلك، فمثلاً اختفت إصابات شلل الأطفال خلال معظم أعوام الثمانينيات، وكذلك لم يعد هناك إصابات دوسنتاريا فعلية منذ عام 1984، وكذلك لم تظهر إصابات دفتيريا أيضاً. (وزارة الصحة 2008 ص126) ولكن يلاحظ أن التسجيل الحيوي لإصابات الأمراض والوفيات الناجمة عنها لا تزال متدنية، وقد كانت نسبة نقص التسجيل مرتفعة جداً حتى منتصف

ارتفع معدل الأسيّة لكل 10.000 نسمة من سريرين إلى 18,4 سريرا، وارتفع عدد الأطباء لكل 10.000 نسمة من 1.5 طبيب إلى 11.3 طبيبا خلال الفترة مابين 1952 و1985 وتأسست خلال تلك الفترة كليات للطب وطب الأسنان والصيدلة والتمريض ومعاهد للمهن الطبية المساعدة في الجامعات الأردنية والقطاعات الصحية الرسمية، وكثفت وزارة الصحة خدماتها في حقل الرعاية الصحية الأولية مع التركيز على حملات التطعيم الوطنية، حيث ارتفعت نسبة التغطية بالمطاعيم ضد الشلل والثلاثي للأطفال دون السنة الأولى من العمر إلى 98% والحصبة إلى 87.5%، وذلك حتى أواخر الثمانينيات (وزارة الصحة 2008 ص3-9، وص197-131).

المياه: ارتفعت نسبة السكان المخدومين بشبكات المياه من 22% عام 1961 إلى 96% عام 1985، وازداد استهلاك الفرد من المياه ليصبح 88 لتراً في اليوم عام 1985 في إقليمي الشمال والجنوب و110 لتراً في إقليم الوسط.

الكهرباء: زاد معدل استهلاك الفرد من الكهرباء بصورة مطّردة خلال الثلاثين عاماً الماضية، حيث ارتفع معدل استهلاك من 72 ك/واط عام 1966 إلى 932 ك/واط عام 1985 أي بمعدل نمو سنوي يزيد على 14%، وهو معدل يفوق نسبتي نمو السكان والنتائج المحلي الإجمالي. وبلغ عدد القرى المكهربة 574 قرية أي حوالي 91% من مجموع سكان الريف، وازدادت نسبة السكان المزودين بالكهرباء إلى 93% في الريف والحضر من مجموع السكان (المجلس الأعلى للسكان 2010 ص5، 6).

الطرق والنقل: بلغ معدل الزيادة السنوية في عدد المركبات 19% سنويا خلال الفترة 1973-1984 (اللجنة الوطنية للسكان 1993 ص78).

الخدمات البريدية: ازداد عدد مراكز الخدمات البريدية إلى 773 مركزاً عام 1985 (اللجنة الوطنية للسكان 1993 ص78).

الإسكان: ازداد عدد الوحدات السكنية خلال الفترة 1951-1985 من 27264 وحدة سكنية إلى 456253 وحدة، أي بمعدل سنوي 7.6%، كذلك طرأ تحول كبير في نوعية مواد بناء المساكن (المجلس الأعلى للسكان 2010 ص5).

المرافق والخدمات: ازدادت نسبة الأسر التي استفادت من خدمات المياه والكهرباء بصورة كبيرة إذ ارتفعت نسبتها للمياه من 20.4% عام 1961 إلى 69.6 عام 1979 والكهرباء من 20.4% إلى 71.5% للفترة نفسها (المجلس الأعلى للسكان 2010 ص5، 6).

المرحلة الثالثة للانتقال الديموغرافي

تشير الدلائل أن الأردن قد دخل المرحلة الثالثة للانتقال

(27) بالآلاف في التسعينيات إلى (21) بالآلاف للفترة 2010-2013 (دائرة الإحصاءات العامة 2012).

وقد تميزت هذه المرحلة بنهضة اجتماعية وانتعاش اقتصادي، حيث تركزت الجهود الإنمائية أثر نكبة عام 1948 بضرورة تحقيق التنمية الاقتصادية الأساسية، وتطويرها واستغلال الموارد الطبيعية والتوسع في الخدمات الأساسية، وتشير البيانات المتوفرة أن معدل النمو السنوي للنتائج القومي الإجمالي بسعر السوق قد ارتفع بنسبة 7.5% للفترة 1952-1966، ولكن حدث تراجع كبير في معدلات النمو الاقتصادي نتيجة حرب حزيران عام 1967، في حين حصل انتعاش في معدلات النمو الاقتصادي خلال النصف الثاني من عقد السبعينيات، حيث حقق معدل الناتج القومي الإجمالي بسعر السوق ارتفاعاً بنسبة 11% خلال فترة 1980-1985، وبنفس الوقت ارتفع الدخل الحقيقي للفرد من 32 ديناراً عام 1953 إلى 65 ديناراً عام 1961، ثم أصبح 185 ديناراً عام 1975، وارتفع إلى 453 ديناراً عام 1980، وأصبح 689 ديناراً حتى عام 1985 (دائرة الإحصاءات العامة 2013 ص د).

وفيما يتعلق بالخدمات الأساسية والمرافق الحيوية فيمكن إجمال الوضع على الوجه الآتي:

التعليم: يعد التعليم من أبرز مظاهر التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الأردن، فقد بلغ معدل الزيادة السنوية في عدد الطلاب خلال الفترة منذ مطلع الخمسينيات وحتى منتصف الثمانينيات حوالي 7% وهو يساوي ضعف معدل النمو السكاني، مما يعكس مدى الإقبال المتزايد على التعليم خلال تلك الحقبة الزمنية، وقد صاحب تلك الفترة إنشاء أربع جامعات حكومية، و45 كلية مجتمع في مختلف التخصصات وحتى منتصف الثمانينيات، وارتفع عدد الطلبة الجامعيين من 167 طالباً عام 1962 إلى حوالي 22 ألف طالباً عام 1985، بالإضافة إلى التحاق 60 ألف طالب أردني بمختلف الجامعات في العالم، وبلغ عدد طلبة كليات المجتمع في الأردن (22) ألف طالب سنويا (دائرة الإحصاءات العامة 2013 ص149-171) وقد كان أبرز المخرجات الرئيسة للنظام التعليمي في الأردن تقلص نسبة الأمية من 67% عام 1961 إلى 33.5% عام 1979، أي إلى النصف تقريبا، وانخفضت النسبة إلى 23% تقريبا عام 1987، وارتفعت موازنة وزارة التربية والتعليم من 0.2 مليون دينار عام 1952 إلى 71 مليون دينار عام 1985 (دائرة الإحصاءات العامة 2013 ص ج).

الصحة: ارتفع عدد المراكز الصحية والعيادات التابعة لوزارة الصحة من 46 عيادة صحية عام 1952 إلى 190 مركزاً صحياً، و220 عيادة صحية قروية عام 1985، وارتفع عدد عيادات الأمومة والطفولة من عيادة واحدة فقط إلى 101 عيادة، كما

سن التعليم الأساسي (8-11) سنة إلى 98% بينما نسبة الالتحاق بالمرحلة الأساسية 95% تقريبا، وبالمرحلة الثانوية 70% وبالمرحلة الجامعية 23%، وحقق الأردن طفرة كبيرة في التعليم العالي، حيث أصبح عدد الجامعات الحالي 25 جامعة، منها 9 جامعات حكومية و16 جامعات أهلية تدرس مختلف صنوف العلوم والمعرفة، إضافة لكليات المجتمع والبالغة 45 كلية والمعاهد الفنية الأخرى في الأردن (دائرة الإحصاءات العامة 2013 ص 1-3) وفيما يتعلق بقطاع الصحة فقد بلغ معدل الأطباء 25 طبيبا لكل 10.000 نسمة لعام 2008، وهذا المعدل قريب من الدول المتقدمة والبالغ 27 بالمتوسط بينما المعدل الحالي للأطباء 32.6، أما معدل الممرضات والقابلات فيبلغ 33.2 لكل 10.000 نسمة ومعدل أسرة المستشفيات 19 لكل 10.000 نسمة حاليا. كذلك ارتفعت نسبة التغطية بالمطاعيم 100% ضد الشلل والثلاثي والحصبة والكبد الوبائي، وهي بذلك تعد مكتملة، وقد انعكس ذلك بانخفاض معدلات وفيات الأطفال الرضع (وزارة الصحة 2008 ص 197) وقد اهتمت الحكومة بخدمات الصحة الإنجابية بما فيها تنظيم الأسرة، مما يعزز من إمكانية تحقيق هدف خفض نسبة وفيات الأمهات بمقدار 75% مقارنة بمستواها عام 1990، حيث قدرت ب60 لكل 100.000 حالة ولادة، وقد انخفضت نسب الوفيات النفاسية إلى 19 لكل 100.000 حالة ولادة للفترة 2007-2008 مقارنة ب 41.4 للفترة 1995-1996، علما بأن نسبة الولادات الحالية بأشراف طبي بلغت 99% (HPC, 2009 P22).

هذا وقد انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع من 34 (بالألف من المواليد الأحياء عام 1990 ليصل إلى 19) بالألف عام 2007، ثم خفض المعدل إلى 17) بالألف عام 2013، كذلك انخفض معدل وفيات الأطفال دون 5 من العمر من 39 بالألف عام 1990 إلى 21 بالألف حتى عام 2013، ونتيجة لذلك فقد تجاوز توقع الحياة للفرد في الأردن 74.4 سنة حتى عام 2013 (ذكور 72.7 إناث 76.7) (دائرة الإحصاءات العامة 2013 ص 81-83).

وبذلك يعد الأردن أفضل وضعا من كثير من الدول النامية بالنسبة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع ونسبة الوفيات النفاسية ونسبة الولادات بأشراف طبي ونسبة الإنفاق على الصحة من الناتج القومي المحلي. وتعد المؤشرات الصحية والحيوية قريبة من مؤشرات الدول الصناعية المتقدمة وشبه المتقدمة. وحقق الأردن تقدما كبيرا في مجال المعالجات الطبية المتقدمة، كما في عمليات القلب المفتوح والمعالجة بالأشعة والنظائر المشعة والمعالجات للتخلص من حصى الكلية والمرارة بدون إجراء عمليات جراحية.

الوبائي والديموغرافي، وهو يعد الآن في بداية المرحلة، حيث جاءت الأمراض الانتكاسية، مثل أمراض القلب والسرطان وضغط الدم والحوادث من بين الأسباب الأولى للوفاة، وهذا يعود لحقيقة أن سرعة الانتقال الوبائي في الأردن تختلف كثيرا عما هي عليه في الأقطار العربية الشقيقة، فقد تأخر الانتقال نسبيا في الأردن كما في مصر وسوريا وتونس والمغرب، ولكن أخذ يتسارع حديثا وخاصة خلال حقبة الثمانينيات، حيث أن هناك دلائل تشير إلى أن الأردن زحف بسرعة نحو المرحلة الثالثة للانتقال الوبائي والديموغرافي، نظرا لكون أمراض القلب وضغط الدم، والحوادث وأمراض السرطان المختلفة تحتل حيزا كبيرا نسبيا بين أسباب الوفاة، علما أن أمراض الإسهال والأمراض المعدية الأخرى لا تزال منتشرة، ولم تتحسر بعد، ولكن لم تعد تشكل خطرا كما في السابق نظرا لبرامج مكافحة والاستقصاء الوبائي.

وتميزت هذه المرحلة بتحيز الانتقال الوبائي للإناث، نظرا لانخفاض وفيات الإناث، وارتفاع توقع الحياة بحيث يكون أكبر بين الإناث منه بين الذكور في الأردن، علما بأن متوسط توقع الحياة للإناث يزيد بأربع سنوات عنه بين الذكور، فقد بلغ توقع الحياة 68 سنة للإناث مقابل 64 سنة للذكور ولعل أسباب ذلك تعود إلى التحسن التراكمي في الوضع الاجتماعي للمرأة، وارتفاع مستواها العلمي والصحي، نظرا لتنظيم الخصوبة وتباعد الأحمال، كذلك فإن أمراض القلب لدى الإناث أقل انتشاراً بالمقارنة مع الذكور (دائرة الإحصاءات العامة 2013 ص 1-3).

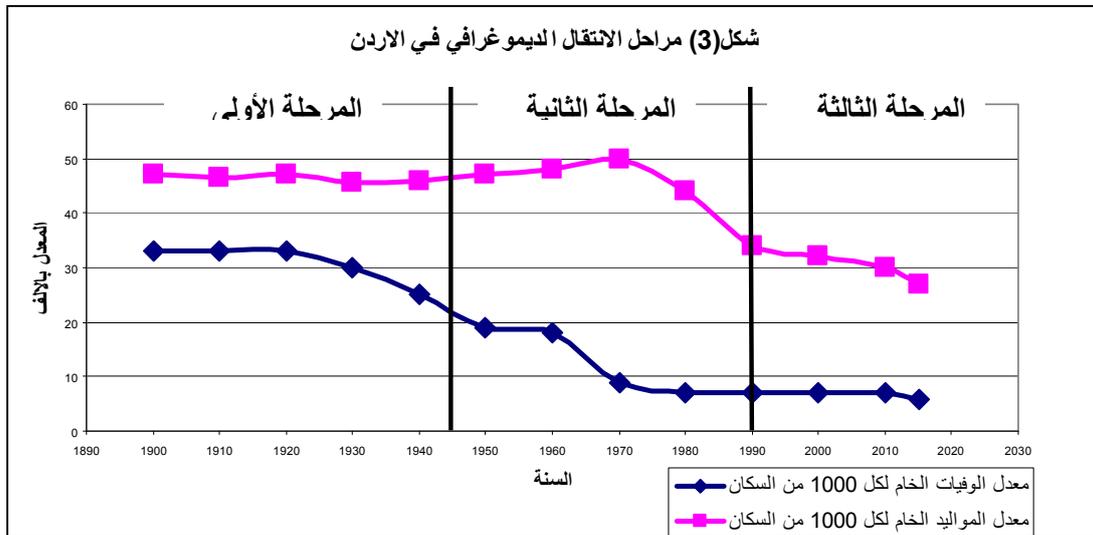
ويوجه عام يمكن القول أن سرعة الانتقال الوبائي خلال المراحل الثلاثة آفة الذكر تختلف من بلد لآخر، فهي تختلف في الأردن حسب مواقيت مراحل الانتقال عنها في بلدان عربية أخرى، وكذلك تختلف أيضا في المناطق التي يتكون منها الوطن نفسه، فهي في إقليم الشمال تختلف عنها في إقليم الجنوب في الأردن، كذلك هناك اختلافات أيضا حسب السن والجنس للسكان. ومن أبرز سمات هذه المرحلة التي تمتد منذ أواخر الثمانينيات حتى يومنا هذا الطفرة الكبيرة التي حققها الأردن في شتى المجالات كالتعليم والصحة والمرافق الحيوية والمجالات الأخرى، فقد حقق الأردن جهدا متميزا كما ونوعاً في خفض نسبة الأمية للفئات العمرية 15 عام فأكثر إلى حوالي 15.5% حتى نهاية عام 1992 وقد حصل الأردن على الجائزة الدولية التي نظمها اليونسكو لمعرفة جهود دول العالم في هذا المجال، وتقوم وزارة التربية والتعليم بإعداد وتنفيذ مشاريع قطاعية شاملة لمحو الأمية، بحيث أدى ذلك إلى خفض نسبة الأمية حاليا في الأردن والبالغة 6.7% (ذكور 10%، إناث 3.5%) بعد أن كانت نسبة الأمية حوالي 8% بحلول عام 2000 (دائرة الإحصاءات العامة 2013 ص 1-3) وقد وصلت نسبة الالتحاق بالمدارس في

2013 ص 1) وقد ارتفع معدل دخل الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بالدينار من 1630.8 ديناراً للفترة 2004/2005 إلى 3069.2 ديناراً للفترة 2009/2010، وأصبح المعدل 3652.6 ديناراً للفترة 2012/2013 (دائرة الإحصاءات العامة 2013 ص د).

ومما يدعم هذه النظرية ديموغرافياً ثبات معدل الوفيات تقريباً والبالغ 5.8 بالآلاف من السكان حالياً، وانخفاض الخصوبة التدريجي إلى 3.5 طفل لكل امرأة في سن الحمل أي انخفاض المعدل إلى النصف مقارنة بأواخر السبعينيات، والإقبال المتزايد للسيدات المتزوجات على استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت نسبة السيدات المستخدمات لتلك الوسائل 61.2% لعام 2013، بعد أن كانت النسبة 40.2% عام 1990، ومن المؤمل ارتفاع هذه النسبة قريباً في ضوء التطور الكبير الذي يشهده الأردن في مختلف المجالات (دائرة الإحصاءات العامة 2012 ص 61-64)، وقد ارتفعت موازنة وزارة الصحة بالنسبة للموازنة العامة للدولة إلى 11% تقريباً حتى عام 2013 (وزارة الصحة 2013 ص 3).

وتفيد مؤشرات الأداء الرئيسة المختارة للرعاية الصحية، كما هي واردة في الأجندة الوطنية أن النسبة المئوية للسكان الذين يعطيهم التأمين الصحي بلغ 70% حتى عام 2010 (الأجندة الوطنية، 2006-2015 ص 17).

وبخصوص المرافق السكانية الأخرى فقد ارتفعت نسبة السكان المخدومين بشبكات المياه إلى 98% ونسبة السكان المزودين بالكهرباء إلى 97% (دائرة الإحصاءات العامة 2013 ص 3) وفيما يتعلق بالمؤشرات الاقتصادية حتى نهاية عام 1992 فقد بلغ الناتج القومي الإجمالي 3158.5 مليون ديناراً بالأسعار الجارية، وبذلك يكون معدل دخل الفرد في الأردن 785.2 دينار وهذا يمثل مستوى جيداً حققه الاقتصاد الأردني رغم ما واجهه الأردن من ظروف قاسية في أعقاب حرب الخليج، وما نجم عن ذلك من تهجير قسري لـ 300.000 نسمة من الأردنيين العاملين في الكويت ودول الخليج العربي الأخرى، وانعكاس ذلك سلباً على الاقتصاد الأردني من جراء خفض التحويلات، إضافة إلى ذلك التخلخل السكاني الكبير الذي يواجه الأردن نتيجة ارتفاع نسبة السكان الحضر إلى 82.6% (دائرة الإحصاءات العامة



نمو سكاني أقل، وتغيرات كبيرة في التركيب العمري، حيث يتحول فيها التركيب العمري من تركيب فتي إلى تركيب تكون فيه غالبية السكان في أعمار القوى البشرية (15-64)، وطبقاً لذلك يتاح للاقتصاد الوطني خلال المرحلة الثالثة للانتقال الديموغرافي فرصة الاستفادة من هذا التغير في التركيب العمري لدفع النمو الاقتصادي بصورة أكبر، وتتاح هذه الفرصة لفترة زمنية محدودة، بحيث يعمل عدد أكبر من سكان المجتمع،

الفرصة السكانية ونظرية الانتقال الديموغرافي في الأردن

يتمحور مفهوم الفرصة السكانية حول ظاهرة النمو السكاني في أعمار القوى البشرية (15-64) بتفوق أكثر وكبير على نمو الفئات المعالة التي تتضمن الأطفال وكبار السن (أقل من 15 عام و فوق 64)، وتبين من خصائص مراحل الانتقال الديموغرافي الرئيسة أن الفرصة السكانية تقع في المرحلة الثالثة للانتقال الديموغرافي، حيث يبدأ معدل الإرتفاع بالتراجع مما ينجم عنه

وما قبله وبخاصة أمراض الملاريا والتدرن والجذري والحصبة والشلل والدفتيريا والتهاب السحايا، وقد كانت لهذه الأمراض الأثر الكبير والرئيس في الحد من الزيادة السكانية عبر القرون.

• إن الحد من معدلات انتشار الأمراض السارية والمعدية ومعدلات الوفاة بسببها خلال النصف الثاني من هذا القرن قد أدى إلى الارتفاع الكبير في معدلات النمو السكاني، والذي بلغ أقصى مده إلى أكثر من 4% خلال أعوام الثمانينات، وهذا المعدل هو من أكبر المعدلات في العالم.

• إن انتقال البلاد من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية من مراحل الانتقال الوبائي والديموغرافي قد أدى إلى حدوث الانفجار السكاني شأنها شأن الدول الأخرى التي شهدت مثل هذا الانفجار، وقد كان لذلك الانفجار الأثر الكبير في استنزاف الموارد الوطنية وعلى البيئة المحلية.

• إن الانتقال الوبائي والديموغرافي من المرحلة الثانية إلى بداية المرحلة الثالثة قد صاحبه ظهور مشاكل صحية معقدة متمثلة بالأمراض المزمنة، مثل أمراض القلب والشرابين والأورام الخبيثة والسكري والأمراض النفسية والحوادث وغيرها، والتي من المتوقع أن تزداد خلال الأعوام القادمة.

• وعلى الرغم من وجود سلبيات للانتقال الوبائي إلا أن الانتقال قد صاحبه ارتفاع في المستوى الصحي والاقتصادي والاجتماعي للسكان، فقد انخفضت معدلات الوفيات جميعها، وارتفع عمر الفرد المتوقع عند الولادة بشكل كبير، كما انخفضت معدلات انتشار الأمراض، مما مكن الفرد العيش دون آلام أو إعاقات مستمتعا بحياته أطول فترة ممكنة تزيد كثيرا على الفترات التي كان يعيشها أجدادنا وأباؤهم وأجدادهم.

• أظهرت الدراسة أنه طرأ تحسن ملحوظ في نسبة التبليغ عن الأمراض السارية، حيث وصلت النسبة إلى 75% بعد أن كانت دون الـ 50% حتى منتصف السبعينات. والنقص الحالي في نسبة التبليغ تعود إلى القطاع الخاص حيث لا يزال الأطباء الخاصون لا يبلغون عن جميع حالات الأمراض السارية التي يكتشفونها.

• غياب نظام مركزي حديث للمعلومات الصحية والحيوية يعنى بتجميع كافة بيانات الأمراض السارية والمزمنة والأخرى من إصابات ووفيات لكافة القطاعات الصحية في المملكة.

التوصيات

توصي هذه الدراسة بالآتي:

• اتباع سياسة سكانية واضحة، الهدف منها الحد من الزيادة السكانية من خلال وضع برامج لتنظيم الأسرة من أجل الوصول إلى معدل نمو سكاني متوازن مع التنمية الاقتصادية

ويعلون عدد أقل من صغار السن، وكبار السن، والمعلوم أن هذه الفرصة السكانية لا تستمر إلا لفترة محدودة نتيجة تقدم هذه الفئة في السن، ودخولها مرحلة سن التقاعد، فيزيد عدد العاملين في المجتمع، ويتحقق الانتفاع من هذه الظاهرة (الفرصة السكانية) إذا تواصل انخفاض معدلات الإنجاب وتدني نسبة صغار السن في المجتمع، وإضافة لذلك تحقق استجابات نحو الفرصة السكانية في إطار السياسات الاجتماعية والاقتصادية على الوطن ككل، وعلى القطاعات الاقتصادية الرئيسية في المجتمع، حيث تشد انتباه المخططين ووضع السياسات ومفديها إلى الكيفية التي يمكن بواسطتها الانتفاع من النسب المرتفعة الحالية والمنظرة من الشباب والبالغين، ممن هم في سن العمل لدعم وتطوير عجلة التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الأردن. وتؤدي الفرصة السكانية إلى حصول تغييرات اقتصادية واجتماعية إيجابية متمثلة في تعاضد حجم القوى العاملة، مما يؤدي إلى نمو الناتج القومي الإجمالي، وارتفاع مستوى الادخار، وخفض الإنفاق نتيجة انخفاض أعداد المواليد، وتحسن صحة الأطفال نتيجة تحسن مستوى التعليم والتغذية والحياة المعيشية والسكن، وتزايد الإنفاق على الخدمات الصحية، كذلك تنمية مهارات البالغين، وارتفاع نسبة الإناث في قوة العمل، وتعزيز مكانتهم في المجتمع، وتزايد مستويات سكان الحضر نتيجة ارتفاع أعداد العاملين في قطاعي الصناعة والخدمات. وهذا يتطلب كما أسلفنا الاستمرار في خفض معدلات الإنجاب، وتبني سياسات اجتماعية واقتصادية واستثمارية للاستفادة من العوائد المترتبة على ظاهرة الفرصة السكانية والاستجابة للتغيرات الناجمة عنها بما يضمن تحقيق نمو اقتصادي بنسب تفوق معدلات النمو السكاني لغايات زيادة نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي.

والمعلوم أن ظاهرة الفرصة السكانية في الأردن ستتحقق بحلول عام 2030 حسب السيناريو الثاني للإسقاطات السكانية، حيث إن نسبة السكان في أعمار القوى البشرية سترتفع إلى 69% ولأول مرة عام 2030، وستتخفض نسبة الإعالة إلى حوالي 45 لكل 100 فرد في سن القوى البشرية، وبذلك يصبح مستوى الإحلال 2.1 مولودا متوقعا للمرأة في سن الإنجاب عام 2003 (الفرصة السكانية في الأردن وثيقة سياسات 2009، ص 11).

النتائج والتوصيات

النتائج

تظهر هذه الدراسة النتائج التالية:

• إن الأمراض السارية والمعدية كانت تفتك بالآلاف من أبناء هذا البلد سنويا، وذلك خلال النصف الأول من هذا القرن

- ضرورة التشديد على التبليغ عن الأمراض السارية خاصة في القطاع الخاص، وذلك من خلال نقابة الأطباء وجمعيات الأطباء الخصوصيين لغايات اكتمال تسجيل كافة إصابات الأمراض السارية، ورفع نسبة التسجيل عما هي عليه الآن.
- الحاجة الماسة لإنشاء نظام معلومات مركزي خاص ببيانات ومعلومات وإصابات ووفيات الأمراض السارية والمزمنة والأخرى لكافة القطاعات الصحية في المملكة.
- تشجيع الدراسات والأبحاث الميدانية الخاصة بالاستقصاء الوبائي للأمراض السارية والأخرى في الأردن.
- الاستفادة من ظاهرة الفرصة السكانية التي سيمر بها الأردن مستقبلا واستثمارها أفضل استثمار باتباع التجربة التي مرت بها بلدان جنوب شرق اسيا تايوان، ماليزيا، اندونيسيا، تايلند.

المستدامة. على أن تركز البرامج على التوعية بمخاطر الزيادات وأثرها في صحة الأم والعائلة والبيئة والمجتمع وتوفير جميع وسائل تنظيم الأسرة مجانا.

- التركيز على برامج الوقاية من الأمراض المزمنة حيث أن الوقاية أقل كلفة بكثير من العلاج الذي يستنزف موارد البلاد، ولن يكون بمقدور الغالبية العظمى من السكان الحصول عليه مستقبلا نتيجة الزيادة الكبيرة في أعداد السكان وبخاصة كبار السن الذين سيصبحون المستهلكين الرئيسيين للخدمات.
- الاستمرار في برامج الوقاية من الأمراض السارية والمعدية مع التركيز نحو التوجه للقضاء على الممكن القضاء عليه بالتعاون مع الهيئات الدولية، مثلما تم القضاء على مرض الجدري، وإن التراخي عن أعمال الوقاية من تلك الأمراض قد يؤدي إلى ظهورها مجددا، وبشكل أكبر مما كانت عليه مستقبلا كما حصل في عدد من الدول النامية.

المصادر والمراجع

دائرة الإحصاءات العامة:

السكان والتنمية في الأردن، 1985.

الكتاب الإحصائي السنوي الأردني، 2013.

كثبيات الأردن بالأرقام 2008-2013.

مسح السكان والصحة الاسرية، 2012.

وزارة الصحة - قسم الإحصاءات والمعلومات:

التقارير الإحصائية السنوية للأعوام 1951-1957، 1977-1992

اللجنة الوطنية للسكان -الأمانة العامة:

السكان والخدمات الصحية 1991.

السكان وصحة الأم والطفل 1991.

المجلس الأعلى للسكان - الأمانة العامة:

تقارير: السكان والصحة 2010، السكان والتعليم والتعليم العالي 2010.

تقرير حاله سكان الأردن، 2010.

السكان والأسرة 2010، السكان والوضع المائي 2010.

الفرصة السكانية في الأردن - وثيقه سياسات، 2009.

الأجندة الوطنية، 2006-2015.

عمران، ع. سكان العالم العربي- حاضرا ومستقبلا، 1988.

الجلبي، ع. علم اجتماع السكان، 2011.

خليفه، ع. مبادئ علم السكان، 1986.

معايطه، ع. دراسة التسجيل الحيوي لواقعات الوفاة في الأردن، 1994.

اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي اسيا - خلفيه ديموغرافية، 1996.

Coale A. and Hover E. (1958) Population Growth and Economic Development in Low Income Countries, Princeton University Press, Princeton.

Gray, W. (1979) Population and health, University of London -LSHTM.

Haupt A. and Kane A. (1991) The Population Reference Bureau's.

Higher Population Council The National Maternal Mortality Study, Jordan 2007-2008.

kingsley Davis, Divdley kirk and Francis" chang in Individual Reproductive Behaviour and Cultural Values" lectures series on population, IUSSP-Busharest, 1974.

Promtion and expansion of Health Care Services of MOH, MOH 1989.

Weeks. R. (1986) Population, An Introduction to Concept and Issues.

Demographic Transition's Stages and their Relation to Economic and Social Development in Jordan

*Ahmad Al-Khawaldeh**

ABSTRACT

This research aims to follow up the demographic change and transformational stages in the Jordanian society, construct practical models for the epidemic and demographic transitional stages, identify the characteristics of each stage during the period extending from 1900 to 2015. An analytical descriptive and deduction methodology were used in this study to achieve the target aims. The results revealed that Jordan had witnessed three demographic transitional stages. Jordan passed through the first stage which extends from the Ottoman regime up to the end of the Second World War in 1945. This stage was distinguished by a high rise in fertility and mortality rates besides a decline in life expectancy, i.e. 47 years approximately. Jordan transferred to the second demographic stage which extends from the end of the Second World War up to the end of the eighties in the Twentieth Century. This stage was characterized by a social rise, economic revival and comprehensive development. Fertility levels were approximately stable during this stage though they decreased gradually afterwards. Moreover, the mortality levels decreased considerably. Jordan transferred to the third demographic transition stage which extends from the beginnings of nineties till up-to-date. In this stage, Jordan has achieved a considerable development and revival in all aspects of life. This stage coincided with the population opportunity phenomena. The study concludes with some recommendations.

Keywords: Demographic Transition, Demographic Opportunity.

* Faculty of Arts, The University of Jordan. Received on 12/7/2015 and Accepted for Publication on 13/9/2015.