

صحة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

دورية علمية متخصصة محكمة

يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة

جامعة الدول العربية



صحة
الأسرة
تراث
أمتنا

I- أبحاث ودراسات باللغة العربية:

- تقييم مؤشرات كفاءة سوق العمل المصري مقارنة بالدول العربية استناداً إلى تقرير التنافسية العالمي 2018 - 2019. (محمد أحمد الخولي)
- دور الأم في مواجهة مخاطر البيئة الداخلية على صحة الطفل في الجزائر. (فاطمة الزهراء سي الطيب، خليفة يعلاوي).
- محددات بظالة المرأة في المملكة العربية السعودية. (سلوى الخياط).
- العنف ضد المرأة في السلم والنزاعات المسلحة بين المعنى والمواجهة، (اغتصاب الإناث نموذجاً). (مجدي محمد جمعة).

II- أبحاث ودراسات باللغات الأجنبية:

- التغيرات في أبعاد استقلالية المرأة في مصر بين عامي 2000 و 2014. (باللغة الانجليزية)، (صفاء إبراهيم، منى توفيق يوسف).
- الفقر وتأثيره على استخدام خدمات رعاية الأمومة في اليمن، 2013. (باللغة الانجليزية)، (مها صالح العولقي، منى توفيق يوسف).
- تأثير تعمر السكان على التوازن المالي لأنظمة التقاعد، حالة الجزائر. (باللغة الفرنسية)، (صليحة واضح، آسيا شريف).

المجلد الحادي عشر - العدد السادس والعشرون - يوليو 2018



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

الهيئة العلمية (حسب الترتيب الأبجدي)

- أ.د. أحمد رجاى رجب
أ. أحمد عبد الناظر
أ.د. أحمد العتيق
أ.د. الزبير عروس
أ.د. آسيا شريف
د. أيمن زهرى
أ.د. توفيق بن خوجة
أ.د. حلا نوفل
د. رامت مهاني
د. ساهر وصفي شقيدف
د. سلمى جلال
أ.د. شبيب دياب
د. عبد العزيز فرح
أ.د. عبد الله علاق
د. عبد الله الزعبي
د. عادل التاجوري
أ.د. عثمان محمد نور
د. عزت الشيشيني
أ.د. فوزي عبد الرحمن
أ.د. محمد نجيب عبد الفتاح
أ. مصطفى أزلماط
د. منى توفيق يوسف
د. مواهب المويلحي
- أستاذ الصحة الإنجابية – جامعة الأزهر. مصر.
مدير مركز بحوث الصحة الإنجابية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري. تونس.
أستاذ علم النفس البيئي، معهد الدراسات والبحوث البيئية - جامعة عين شمس. مصر.
أستاذ علم الاجتماع، جامعة الجزائر، باحث بمركز بحوث الاقتصاد التطبيقي للتنمية. الجزائر.
أستاذة بالمدرسة الوطنية العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي. الجزائر.
خبير في قضايا السكان والهجرة. مصر.
مدير عام المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة بدول مجلس التعاون الخليجي. السعودية.
أستاذ الدراسات السكانية والديموغرافية، الجامعة اللبنانية، لبنان.
مستشار إقليمي بمكتب منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بالقاهرة. سوريا.
خبير تقييم البرامج والأنظمة الصحية. الأردن.
خبيرة في قضايا الصحة والسكان والتنمية. مصر.
أستاذ علم الاجتماع بالجامعة اللبنانية. لبنان.
خبير في استراتيجيات السكان والتنمية، السودان.
أستاذ بحوث العمليات، رئيس مجلس إدارة مصلحة الإحصاء والتعداد، ليبيا.
خبير السكان والتنمية، الأردن.
خبير صحة الطفل والتغذية، مركز بحوث التغذية البشرية بفرنسا، ليبيا.
أستاذ علم السكان ومستشار مبادرة حماية الأطفال في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، السودان.
مستشار ديموغرافي، المركز الديموغرافي بالقاهرة، مصر.
أستاذ أنثروبولوجيا، كلية البنات، جامعة عين شمس، مصر.
أستاذ الدراسات السكانية والاجتماعية، معهد البحوث والدراسات الإحصائية. جامعة القاهرة، مصر.
خبير القضايا الصحية والديموغرافية، المغرب.
خبير القضايا الصحية والديموغرافية، عضو هيئة التدريس، المركز الديموغرافي بالقاهرة، مصر.
طبيبة وباحثة في مجال الصحة الإنجابية والسكان. مصر.



صحة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

رئيس التحرير

معالي السفيرة الدكتورة هيفاء أبو غزالة

الأمين العام المساعد، رئيس قطاع الشؤون الاجتماعية

سكرتارية التحرير

رابح حليمي

فتيحة أوقيرتي

الآراء الواردة في المجلة لا تعبر بالضرورة عن رأي جامعة الدول العربية، أو الجهة التي يعمل فيها الكاتب.



شروط النشر

- أن تكون المادة العلمية المقدمة مرتبطة بصحة الأسرة والسكان.
- ألا يكون قد سبق نشرها في أي دورية أخرى.
- تستوفي الشروط والمواصفات العلمية للأبحاث والدراسات.
- الدراسات التي لم تقبل لا ترد إلى أصحابها.
- ترسل المواد العلمية وجميع المراسلات على العنوان التالي:
- 22 أش طه حسين- الزمالك- الدور الثالث شقة 13- القاهرة.
- أو البريد الإلكتروني: rabahhalimi@gmail.com
familyhealth.unit@las.int
- تليفون/ فاكس: +202 - 27383634

تقديم

حرصاً من وحدة الدراسات والمسوحات الميدانية الاجتماعية في جامعة الدول العربية على توسيع قاعدة مستخدمي بيانات المسوحات القطرية وتعظيم الاستفادة منها، وتشجيعاً للباحثين والدارسين وخاصة الشباب منهم، ولتسهيل نشر الدراسات والبحوث التي يقومون بإعدادها، وتبادل خبراتهم بما يساعد في تطوير وتفعيل الشراكة والتعاون جنوب - جنوب في المنطقة العربية.

يسرنا تقديم العدد السادس والعشرون من دورية "صحة الأسرة العربية والسكان: بحوث ودراسات" الذي يشهد تنوعاً أكبر في موضوعاته والذي تم إضافة دراسات فيه باللغة الفرنسية زيادة على اللغتين العربية والإنجليزية والتي نأمل أن تكون إضافة جديدة لإثراء الناحية المعرفية بالموضوعات المختلفة حول قضايا صحة الأسرة والسكان والقضايا التنموية بصفة عامة، كما نرحب بأرائكم ومقترحاتكم لتطويرها وإخراجها في أفضل صورة.

والله ولي التوفيق

رئيس التحرير

صحة الأسرة العربية والسكان
بحوث ودراسات
دورية علمية متخصصة محكمة
تصدرها وحدة الدراسات والمسوحات الميدانية الاجتماعية
جامعة الدول العربية.

في هذا العدد:

الصفحة	الموضوع
23-1	<p>1- تقييم مؤشرات كفاءة سوق العمل المصري مقارنة بالدول العربية استنادا إلى تقرير التنافسية العالمي 2018-2019.</p> <p>- محمد أحمد الخولي،.....</p>
40-25	<p>2- دور الأم في مواجهة مخاطر البيئة الداخلية على صحة الطفل في الجزائر.</p> <p>- فاطمة الزهراء سي الطيب، خليدة يعلاوي.....</p>
72-57	<p>3- مهددات بطالة المرأة في المملكة العربية السعودية</p> <p>- سلوى لطفي الخياط.....</p>
96-73	<p>4- العنف ضد المرأة في السلم والنزاعات المسلحة بين المعنى والمواجهة، (اغتصاب الإناث نموذجا).</p> <p>- مجدي محمد جمعة،.....</p>

رقم الإيداع:

م06/دوري(2018)/ع.26(0616)

تقييم مؤشرات كفاءة سوق العمل المصري مقارنة بالدول العربية استناداً إلى تقرير التنافسية العالمي 2018-2019

محمد أحمد الخولي¹

- مستخلص

تساعد الاهتمام العالمي بمؤشرات التنافسية الدولية والعمل على استعراض مخرجاتها في المنتدى الاقتصادي العالمي بشكل سنوي، ولاسيما تلك المتعلقة برصد كفاءة سوق العمل باعتبارها من إحدى الركائز الأساسية لأي دولة تسعى جدياً إلى تحقيق التقدم الاقتصادي الداعم لفرص التنمية المستدامة، كما أصبحت دراسة مؤشرات التنافسية لأسواق العمل في الدول العربية من أهم أولويات قضايا التنمية البشرية والاقتصادية لضمان الوصول إلى أعلى مستويات التنافسية المنشودة عالمياً في ظل ما تعانيه مهارات العمالة العربية من نقص مستويات التأهيل المطلوبة لمتطلبات سوق العمل دولياً أو إقليمياً، وذلك نظراً لكون قدرات تلك العمالة لا تقي بالمتطلبات القياسية في معظم الأحوال، وغير متواكبة مع تحديات ومستجدات العصر الحالي القائمة على الذكاء الاصطناعي والتحول الرقمي وتقنيات الجيل الخامس 5G. لذا اهتمت الدراسة الحالية برصد وتقييم حالة كفاءة مؤشرات سوق العمل المصري بشكل خاص، ولاسيما في ظل ما شهدته مصر من ضعف مؤشرات كفاءة سوق العمل خلال الفترة الماضية وفقاً لتقارير التنافسية الدولية (2011-2015).

قد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الاستدلالي في جمع المؤشرات وتقييمها للبيانات المتضمنة في تقرير التنافسية العالمي للفترة 2018/2017 الصادر من قبل المنتدى الاقتصادي العالمي من أجل الوقوف على مستوى مؤشرات كفاءة سوق العمل المصري مقارنة بالدول العربية بهدف المساهمة في تحسين الوضع الاقتصادي التنافسي لسوق العمل المصري على صعيد الدول العربية والعالمية عن طريق رصد أهم مواطن التحسين المنشودة لرفع كفاءة سوق العمل المصري. وقد أظهرت أهم نتائج الدراسة أن مصر حققت أعلى نسبة تغير في مستوى التنافسية العالمي خلال الفترة 2018-2017 مقارنة بباقي الدول العربية، كما بلغت مصر المرتبة 134 عالمياً في مستوى تقييم كفاءة سوق العمل، حيث جاءت في المراتب الأخيرة عربياً حيث تلتها دولتي تونس واليمن. وكانت أقوى علاقة ارتباطية لمؤشرات كفاءة سوق العمل المصري بين كل من قدرة الدولة على الاحتفاظ بالمواهب وبين قدرتها على اجتذاب واستقطاب المواهب حيث بلغت قيمة معامل الارتباط 0.992. بينما كانت أقل علاقة ارتباطية بين كل من مؤشر مشاركة الإناث في نسبة القوى العاملة إلى الرجال وبين مؤشر مقابلة الأجر والإنتاجية حيث بلغت قيمة معامل الارتباط 0.190 وهي غير دالة إحصائياً.

وكانت أهم توصيات الدراسة لرفع كفاءة سوق العمل المصري ضرورة العمل على إنشاء سوق عربي مشترك مع الاهتمام بنشر الوعي اللازم بمؤشرات كفاءة سوق العمل وطرق احتسابها ومؤشرات تقييمها وفقاً لدليل التنافسية العالمي حتى يتم إدراجها في جميع الخطط التحسينية والتطويرية لدى الجهات والوزارات المختلفة بالدولة لرصد مستوى التقدم المحرز في هذه المؤشرات بشكل مستمر.

الكلمات الدالة: مصر، كفاءة، سوق العمل، التنافسية، الدول العربية.

¹ أستاذ مشارك بقسم الرياضيات والإحصاء والتأمين، كلية العلوم الإدارية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، مصر، mohkholy5@hotmail.com

Evaluating the Indicators of the Efficiency of the Egyptian Labor Market Compared to the Arab Countries Based on the Global Competitiveness Report 2018-2019. (Mohamed Ahmed ELkhouli)

- **Abstract:** Recently, global interest in international competitiveness indicators has become increasing, along with the keen to review the outputs of these indicators at the World Economic Forum on an annual basis, especially those related to monitoring the efficiency of the labor market as one of the main pillars of any country seriously seeking to achieve economic progress in support of sustainable development opportunities. As the study of indicators of competitiveness of labor markets in the Arab countries has become one of the most important priorities of human and economic development issues to ensure reaching the highest levels of competitiveness desired globally in light of the lack of qualification of Arab labor skills required for labor market requirements internationally or regionally. And this is due to the abilities of Arab labor in most cases does not meet the standard requirements in line with the challenges and developments of the current era such as the artificial intelligence, digital transformation and 5G technologies. Therefore, the current study focused on monitoring and evaluating the state of efficiency of the Egyptian labor market indicators, especially in light of the weakness in the labor market efficiency indicators in Egypt during the past period according to international competitiveness reports (2011-2015).

The study based on a descriptive and deductive approach by using data from the Global Competitiveness Report 2017/2018 issued by the World Economic Forum in order to identify the level of indicators of the efficiency of the Egyptian labor market compared to the Arab countries. Thus, these indicators were collected and evaluated in order to contribute to improving the competitive economic situation of the Egyptian labor market at the level of Arab countries and international level simultaneously. Then, it will try to monitor the most important points of improvement to raise the efficiency of the Egyptian labor market. The most important results of the study has shown that Egypt achieved the highest level of change percentage in the level of global competitiveness during the period between 2017 and 2018 compared to the rest of the Arab countries. The level of evaluation to the efficiency of the labor market's Egypt has ranked 134 globally, and in the last ranks at the Arab countries level and before both of Tunisia and Yemen. There is a strong correlation of the Egyptian labor market efficiency indicators was between the state's ability to retain talents and the ability to attract those talents; where the correlation coefficient amounted to 0.992 and it was statistically significant. While the lowest correlation was between the female participation in the labor force to men ratio and the wage and productivity index; where the correlation coefficient amounted to 0.190 and it was not statistically significant.

The most important recommendations of the study to improve the efficiency of the Egyptian labor market were the necessity to establish a common Arab market. As well as the need to raise public awareness of labor market efficiency indicators, and the optimal methods of calculating and evaluating these indicators according to the Global Competitiveness Index in order to be included in all development plans of the various authorities and ministries in Egypt, thus it will be easy to monitor the progress for these indicators continuously.

Key Words: Egypt, efficiency, labor market, competitiveness, Arab Countries.

I- مدخل عام للدراسة

1-1 - خلفية الدراسة:

أصبح هناك اهتمام متزايد على مستوى دول العالم بمؤشرات التنافسية الدولية التي تصدر سنويا في المنتدى الاقتصادي العالمي، ولاسيما مؤشرات كفاءة سوق العمل باعتبارها إحدى الركائز الأساسية لدليل التنافسية لرصد مستوى التقدم الاقتصادي لأي دولة. وتعتبر الآن عملية تحسين مؤشرات كفاءة سوق العمل تستقطب اهتمام عدد كبير من الباحثين ومخططي برامج القوى العاملة وصانعي السياسات حيث أنها تساهم في تقييم أداء سوق العمل ومدى قدرته على التنافس مقارنة بباقي دول العالم بشكل عام، (الفلاح، 2016). يشهد الاقتصاد العالمي عموما بيئة ديناميكية متسارعة بها العديد من المتغيرات مما يستدعي بأسواق العمل سرعة الاستجابة لها باعتبارها تلعب دورا استراتيجيا وهاما في عملية التنمية الاقتصادية، مما يقتضي كذلك ضرورة العمل المستمر على اقتراح الحلول المتطورة للتعرف على مدى التطور الحادث في أسواق العمل ولاسيما في البلدان النامية بهدف الاستفادة من أفضل الممارسات وآليات تطبيقها (سلطان، 2015)، وذلك لأن نجاح رفع كفاءة مؤشرات أسواق العمل تعد مرتكزا أساسيا لأي دولة تسعى جديا إلى التطور الاقتصادي وسد احتياجات السكان الأساسية في إطار دعم فرص خطة التنمية المستدامة. وتُعرّف مؤشرات سوق العمل بأنها بمثابة أدوات كمية أو نوعية تستخدم لرصد مستوى التغير أو التقدم في منظومة سوق العمل وما يرتبط بها من منظومات أخرى فهي تعد أدوات لتلخيص حالة مستوى سوق العمل وتقييم مدى كفاءته والحكم عليه بشكل مثالي، (مريان وآخرون، 2006).

وتعتبر دراسة متطلبات أسواق العمل في ضوء المتغيرات الدولية في المجتمعات العربية إحدى الوسائل الداعمة لتحقيق التنمية من أجل اللحاق في أسرع وقت ممكن بالتطورات الفنية والتطبيقية من خلال مستويات متعددة من المعارف والمهارات عبر الربط في الدول العربية بين نظم التعليم وبين تلبية مخرجات نوعية تساهم في سد احتياجات أسواق العمل المحلية والأجنبية، وبما يساهم في تعزيز معايير التنافسية داخليا وخارجيا (الشافعي، 2005). وتُعد بيانات السكان والقوى العاملة أحد اهتمامات الحكومات والمنظمات العربية والدولية بشكل عام، وما يرتبط بها من مؤشرات تساهم في دعم المجالات التنظيمية الإحصائية والتخطيطية، باعتبار أن الموارد البشرية عنصر فعال في عمليات التخطيط الداعمة لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وهذا بدوره يتطلب العمل الجاد إلى لتوفير المؤشرات والمعلومات عن المورد البشري وما يرتبط ببيئة سوق العمل وتقييم

تداخلاتها مع بذل جهد أكبر من أجل تحسين جودة هذه البيانات لدعم الخطط والسياسات القومية للدول العربية على وجد التحديد. ولاسيما في ظل مستجدات العصر الحالي وتقنياته التي فرضها على سوق العمل الدولي والعربي تحديداً، ولذا تولدت أهمية رصد وتحليل المؤشرات ذات العلاقة بحالة سوق العمل من أجل دراسة سبل تلبية احتياجاته المعرفية والتنموية الاقتصادية (الخولي، 2008). وذلك لضمان الوصول إلى أعلى مستويات التنافسية العالمية الممكنة في ظل ضمان جودة الممارسات والعمليات والخدمات والمخرجات بما يعود بالنفع على تطور الوضع الاقتصادي.

ويُعتبر مفهوم سوق العمل وفقاً لمنظمة العمل الدولية بأنه البيئة التي تضمن الموازنة بين العمالة المتوفرة وبين الوظائف مقابل الحصول على أجور نقدية أو عينية، ومن ثم تشكل القوى العاملة المصدر الرئيسي الذي تزود أسواق العمل بالعمالة المؤهلة المطلوبة (منظمة العمل الدولية، 2009)، كما يُعرّف سوق العمل أيضاً بأنه المنطقة الجغرافية (مدن/ أقاليم/ دول) التي تتوفر لها الموارد البشرية من القوة العاملة المؤهلة والمدربة والجاهزة للعمل في جميع الأوقات. بينما تُعرّف مؤشرات سوق العمل بأنها بمثابة أدوات كمية أو نوعية يتم الاعتماد عليها في وصف حالة التغيرات الحادثة أو مدى التقدم لمنظومة سوق العمل لأي دولة، وما قد يرتبط بها من منظومات ومؤشرات أخرى تساهم في رصد حالة سوق العمل وتقييم مدى كفاءته الظواهر بين المناطق الجغرافية المختلفة وبالتالي تُمكن من مقارنة كفاءة منظومة سوق العمل لأي دولة بدول أخرى، (مريان وآخرون، 2006).

لذا فقد تم إجراء الدراسة الحالية للتعرف على حالة كفاءة سوق العمل المصري خلال 2017-2018 في ضوء رصد إحصائيات مؤشرات التنافسية لمنتهى الاقتصاد العالمي من أجل توفير معلومات تساهم في رصد واقع مدى التطور الاقتصادي في مصر مع مقارنته بالأوضاع المشابهة في بعض الدول العربية الأخرى مستندة إلى دراسة المؤشرات نفسها المتاحة ببياناتها بدقة واتساق، الأمر الذي من شأنه أن يساهم في تقليل التفاوتات النسبية لهذه المؤشرات مستقبلاً لما يصب في جانب تحسين كفاءة سوق العمل المصري ومن ثم التأثير الإيجابي على التنمية الاقتصادية تبعاً لذلك، وزيادة إدراك مؤسسات الدولة عموماً بجوانب التحسين المنشودة التي لها دور معنوي في تحسين الوضع الاقتصادي حتى يتم الاستعادة المثلى من تلك المؤشرات وتحسين كفاءة سوق العمل المصري عالمياً، بالإضافة إلى رغبة الدراسة في المساهمة بتقديم مؤشرات نوعية ومعلومات جديدة لدى صانعي القرار ومخططي برامج الاقتصاد والقوى العاملة بشكل يساعد في

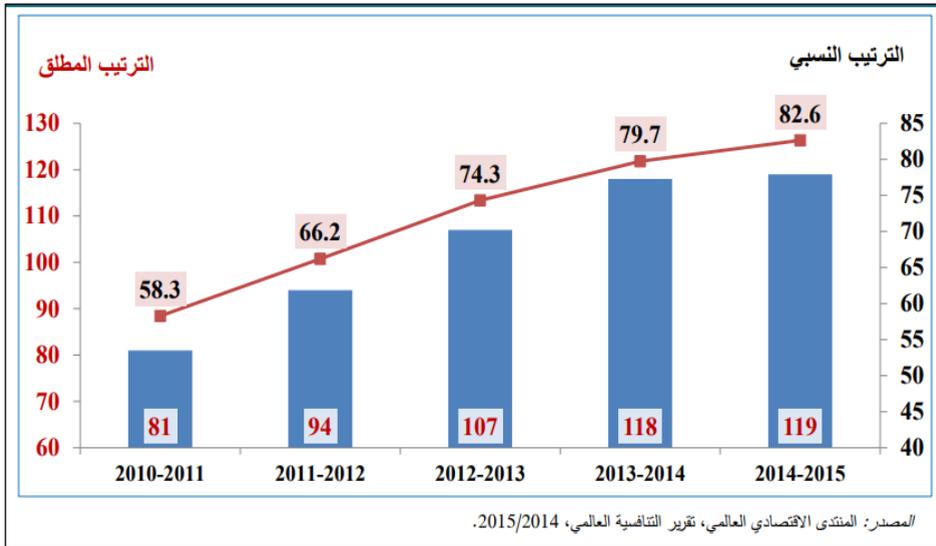
تطوير خطط العمل والاستراتيجيات الاقتصادية الداعمة لأسواق العمل وتحديث مستهدفاتها قدر المستطاع بشكل يتناسب مع توقعات الدولة والمجتمع المصري خلال المرحلة الحالية، وما يواجهها من تحديات سواء على المستوى المحلي أو الإقليمي أو الدولي.

1-2- مشكلة الدراسة

نظرا لما تمثله قضية مهارات القوى العاملة في الدول العربية غير المؤهلة للعمل دوليا مقدمة أولويات قضايا التنمية البشرية والاقتصادية بالدولة على السواء، حيث أن قدراتها لا تقي بالمتطلبات القياسية لسوق العمل في معظم الأحوال نظرا لكونها غير متواكبة مع تحديات العصر ومستجداته التنافسية العالمية، وغير قادرة على مواجهة تحديات الثورة الصناعية الرابعة ومتطلبات التحول التكنولوجي والذكي في أسواق العمل، فضلا عن التكنولوجيا القائمة على تبني تقنية الذكاء الاصطناعي والتحول للاقتصاد الرقمي واستخدام تقنيات الجيل الخامس 5G باعتبارها الثور الصناعية التالية في مجال تكنولوجيا الاتصالات.

مما استدعي إلى ضرورة رصد وتقييم حالة كفاءة مؤشرات سوق العمل المصري بشكل خاص حيث أسفرت مشكلة الاختلال الكمي أو النوعي لمتطلبات كفاءة سوق العمل عن زيادة معدلات البطالة بأنواعها بالإضافة إلى انخفاض مستويات المعيشة إلى حد كبير، وأيضاً انطلاقاً مما شهدته جمهورية مصر العربية من ضعف مؤشرات التنافسية العالمي لفترات متتالية خلال الخمس العوام الماضية (2011-2015). وقد أشارت نتائج تقارير التنافسية خلال تلك المرحلة الماضية إلى أنه أبرز مؤشرات الضعف في كفاءة سوق العمل هو انخفاض مشاركة الإناث في سوق العمل، وعدم الاعتماد على الإدارة الاحترافية فضلا عن عدم الربط بين الإنتاجية والأجر، هذا بالإضافة إلى عدم تفعيل المشاركة بين القطاع الخاص والقطاع العام في الاستثمار في البنية التحتية، والتعليم، والتدريب نتيجة لعدم توافر البيئة التنظيمية والتشريعية الكافية لتنظيم المسؤوليات والأدوار لدعم كفاءة سوق العمل (حلمي، والغمراوي، 2016). كما أعزى تقرير التنافسية المصرية تراجع مصر إلى ضعف كفاءة سوق العمل وعدم جدوى المؤسسات التعليمية وعدم استقرار الاقتصاد الكلي، وهذا يستلزم التأكيد على أهمية البحوث والدراسات الداعمة لجذب فرص الاستثمار والتنمية الاقتصادية (عبد الفضيل، 2009). ويوضح الشكل التالي مؤشر التنافسية العالمي لجمهورية مصر العربية خلال الخمس العوام الماضية (2011-2015) على النحو التالي:

شكل (1)
مؤشر التنافسية العالمي لجمهورية مصر العربية خلال الخمس العوام الماضية (2011-2015)



ومن هذه المنطلقات السابقة فقد تبلورت مشكلة الدراسة بشكل رئيسي إلى ضرورة المساهمة الجادة في إلقاء الضوء على أهم جوانب التحسين في مؤشرات كفاءة سوق العمل المصري التي اعتمد عليها المنتدى الاقتصادي الدولي في تقريره الأخير (2017-2018) لرصد مدى التغير الذي حدث في تلك المؤشرات باعتبارها انعكاسا حقيقيا لمستوى التنافسية العالمية لكل دولة لرصد التطور الاقتصادي، ومن ثم نشر الوعي بأهم المؤشرات الإيجابية أو السلبية لكفاءة سوق العمل سواء لدى مؤسسات القطاع الحكومي أو المؤسسات ذات العلاقة بالقطاع الخاص سواء المحلي أو الإقليمي أو الدولي، أي التي لديها اهتمام بكفاءة سوق العمل المصري، وذلك تقاديا للمؤشرات السلبية والحد منها والاستفادة قدر المستطاع من المؤشرات الإيجابية وتعزيزها، إلى جانب التعرف في الوقت نفسه على نسبة التغير التي شهدتها حالة سوق العمل في مصر خلال الفترة (2017-2018) مقارنة بغيرها من الدول العربية التي لها نفس الظروف المماثلة أو لديها أنظمة متطورة ساهمت في رفع كفاءة سوق العمل لديها، ولاسيما في ظل اعتبار مصر إحدى الدول العربية بشكل خاص التي تعاني من ضعف الأوضاع الاقتصادية نتيجة عدد من مراحل التغير التي مرت بها مصر مؤخرا وما تعرضت له من صدمات اقتصادية سواء في القطاع السياحي أو غيره، ومن ثم تحديد أهم المقترحات والتوصيات التي تساهم في تعزيز مسيرة سوق العمل المصري بما يساهم في تعزيز فرص التنمية المستدامة في مصر بحلول 2030 المنشودة على المستوى الدولي.

1-3- مبررات الدراسة

- إلقاء الضوء على المستوى التنافسي لكفاءة سوق العمل المصري مقارنة بالدول العربية، ولاسيما لرصد التطور الحادث في التنمية الاقتصادية في مصر لشد الانتباه لتلك المؤشرات من كافة المؤسسات الداعمة لسوق العمل المصري في ضوء المعايير المعمول بها على المستوى العالمي.
- السعي الجاد لإمداد صانعي القرار ومخططي البرامج بالقوى العاملة وأسواق العمل في مصر ببعض المؤشرات والمعلومات التي لها دور في تطوير الوضع الاقتصادي بإلقاء الضوء سواء على أهم الإيجابيات أو نقاط التحسين الممكنة على المدى القريب أو البعيد.
- دعم أنظمة الجودة وبرامج الإصلاح في مجال تحسين كفاءة سوق العمل المصري بما يضمن الشفافية والشمولية من أجل تبني الحلول والمقترحات والاطلاع على أفضل الممارسات الداعمة لتحسين الكفاءة سواء على الصعيد المحلي أو الإقليمي أو الدولي.

1-4- أهداف الدراسة

- **الهدف العام:** المساهمة في تحسين الوضع الاقتصادي التنافسي لسوق العمل المصري على الصعيد العربي والعالمي.

الأهداف الفرعية:

- تقييم مدى التغير في كفاءة سوق العمل المصري مقارنة ببعض الدول العربية والمتوسط العالمي استنادا إلى الإحصاءات العالمية لتقرير التنافسية الدولي لعام 2018/2017.
- رصد أهم نقاط أو مواطن التحسين المنشودة لرفع كفاءة سوق العمل المصري في ضوء ما أسفرت عنه النتائج.

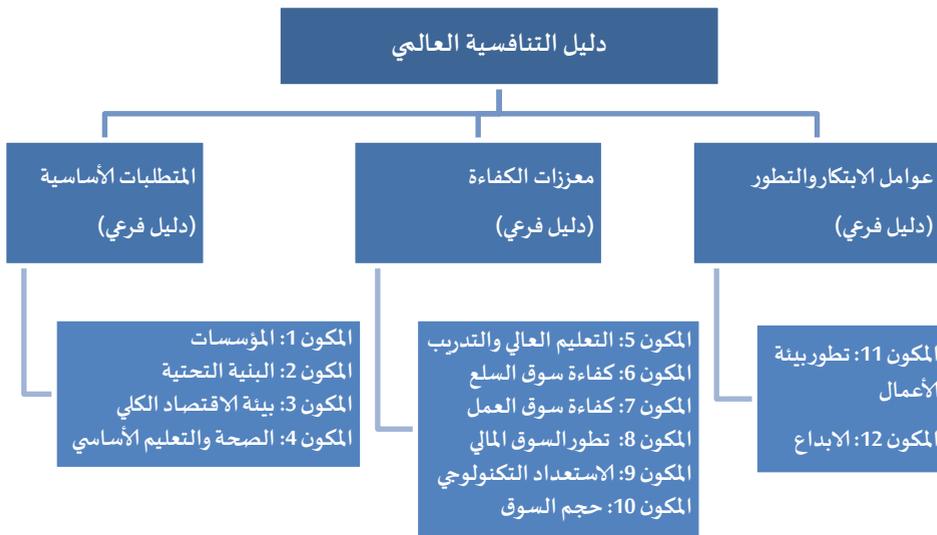
1-5- منهجية الدراسة

تعتمد الدراسة الحالية على التحليل الوصفي من حيث كونها تعتمد على التوصل إلى مجموعة مؤشرات جديدة لها دور معنوي في تحسين كفاءة سوق العمل المصري وكذلك الأمر في نطاق الاستفادة المثلي بالنسبة للمؤسسات المهتمة بسوق العمل وتطور أدائه بالدول العربية، وبما يعين صانعي القرار ومخططي البرامج سواء على المستوى القومي أو الدولي من رسم الخطط والسياسات المستقبلية لتحسين كفاءة أسواق العمل العربية بشكل عام وضمان استمرار آليات التحسين بشكل أمثل، وقد اعتمدت المنهجية المتبعة للدراسة الحالية في سبيل تنفيذ أهدافها على

تحديد المجال المكاني المتمثلا في الدول العربية مع التركيز بشكل خاص على جمهورية مصر العربية محل اهتمام ورقة العمل الحالية من اجل تعزيز سبل وآليات المقارنة فيما يخص مؤشرات كفاءة سوق العمل على مستوى كل دولة عربية، والتي تم التوصل إليها في ضوء استطلاع نتائج تقرير التنافسية العالمي للفترة (2018/2017) الصادر من قبل المنتدى الاقتصادي العالمي أي أن الدراسة اعتمدت في جمع المؤشرات وتقييمها على مصادر البيانات غير المباشرة. ويتكون دليل التنافسية العالمي من 3 أدلة فرعية تضم 12 مكون، ولكل مكون مجموعة من المؤشرات موضحة كما بالشكل التالي:

شكل (2)

المكونات الرئيسية والأدلة الفرعية لدليل التنافسية العالمية GCI



- المصدر: دليل التنافسية العالمي 2018/2017.

وسوف تركز الدراسة الحالية على رصد مؤشرات المكون رقم (7) باعتباره أحد مكونات الدليل الفرعي لمعززات الكفاءة حيث أن هذا الدليل الفرعي بكافة مكوناته يمثل أساس لمحركات كفاءة الاقتصاد العالمي، ويعكس هذا المكون مدى كفاءة سوق العمل بكل دولة، ومنها مصر وباقي الدول العربية، وسوف تقوم الدراسة بحصر مؤشرات هذا المكون باعتبارها تمثل مؤشرات كفاءة سوق العمل على مستوى الدول العربية بالتقييم والمقارنة من أجل الوقوف بشكل رئيسي على مدى كفاءة سوق العمل المصري محور اهتمام الدراسة الحالية مع مقارنة ضمنية مع باقي الدول العربية الأخرى لكل مؤشر من مؤشرات كفاءة سوق العمل التي تضمنها هذا المكون.

1-6- الدراسات السابقة

من المعروف أن الدول العربية بشكل عام تواجه في المرحلة الحالية وتحديدا مصر العديد من المشاكل والتحديات الاقتصادية والتنمية في ظل مستجدات العصر وتطوراته المتلاحقة، ولاسيما الأوضاع غير المستقرة في ظل ما تشهده ظروف معظم الدول العربية من قلة الاستقرار الأمني والسياسي، ولذا أصبحت مشاكل تحسين الوضع الاقتصادي تنصدر أولويات وبؤرة اهتمامات القيادات والمؤسسات الحكومية بمختلف الدول العربية، وفي إطار الحرص المستمر من قبل الجهات المعنية على متابعة المؤشرات التي ترصد هذا الوضع بشكل مستمر، ولاسيما فيما يخص مؤشرات بيئة سوق العمل المصري أو العربي باعتبارها دلائل أساسية للتعبير عن مدى قوة اقتصاد أي دولة، فضلا عن إظهار مدى قدرتها على جذب فرص الاستثمار والمستثمرين لتنفيذ مختلف المشروعات الكبرى التي تساهم في حل مشكلات البطالة، باعتبار أن هناك مناخ قوي يعكس وجود كفاءة عالية لمؤشرات كفاءة سوق العمل داخل الدولة، ولذا فقد اهتمت العديد من البحوث والدراسات بتقييم الوضع الاقتصادي لمختلف الدول، مع تحليل وفحص مكونات وركائز التنافسية العالمية، ولاسيما من خلال التركيز على كفاءة سوق العمل.

فجدد دراسة (عبد الحليم، 2017) رصدت أهم اتجاهات ومؤشرات سوق العمل في الجزائر، كأداة لتلخيص حالة سوق العمل حتى يمكن الاستناد عليها في تطوير سياسات القوى العاملة والتشغيل في مختلف البرامج التنموية، لما قد يكون لها أثر في خفض معدلات البطالة وأظهرت انعكاسات ذلك على تنمية المجتمع. بينما أكدت دراسة (الزهرة، 2017) أن احتياجات سوق العمل متغيرة ومتجددة باستمرار وفي حاجة مستمرة إلى رصد المؤشرات التي تعكس مدى ملاءمة الموارد البشرية وتوافقها مع احتياجات سوق العمل، وما هي العوامل الأخرى ذات العلاقة التي تتحكم في قدرة سوق العمل على سد احتياجات المجتمع مع الحاجة إلى تحليل إحصائيات تعكس حالة سوق العمل ومستجداته. وإن توافر مؤشرات ومعلومات عن حالة سوق العمل يحقق أغراض متعددة منها ما يساهم في دعم صناعة القرار وتمكين الحكومات من إجراء التخطيط السليم لاستخدام القوى العاملة على مستوى الدولة ولا يمكنها إجراء ذلك في ظل غياب تدفق وفير ومتواصل للمعلومات والبيانات حول الوضع الراهن لسوق العمل واتجاهاته، كما تساعد في مواجهة الخلل في بيئة سوق العمل.

كما هدفت دراسة (المزين، 2012) إلى التعرف على ظاهرة الحراك المهني من خلال التركيز على تحليل اتجاهات سوق العمل المصري للفترة (1988-2006)، ودراسة التغيرات التي طرأت على حالة كفاءة السوق المصري من خلال إتباع برنامج الخصخصة والاهتمام بتوسيع دور

القطاع الخاص، وتزايد التدفقات من الاستثمارات. كما اهتمت دراسة (بلعربي ولرميني، 2015) بتحليل توجهات سوق العمل الجزائري بهدف تحديد مدى قدرته على الحد من مشكلة البطالة وتحسين الوضع الاقتصادي. وأيضاً دراسة (بومخلوف آخرون، 2013) أظهرت أهمية تطور سوق العمل من خلال تنسيق وتكامل العلاقة فيما بين الجهات التعليمية وبين الجهات الاقتصادية والإيمائية داخل الدول باعتبارها علاقة حيوية للجانبين. بينما ذهبت دراسة (ميزات، 2012) إلى دراسة الاتجاهات الحديثة والتحديات الحالية لسوق العمل، كما بينت أن الصورة البانورامية لسوق العمل هي انعكاس لرصد مدى تغير حالة سوق العمل وما يرتبط به من ظواهر اجتماعية واقتصادية.

وجاءت دراسة (بلعربي وشعيب، 2007) لتؤكد على حاجة سوق العمل إلى المزيد من البحوث والدراسات التي تساهم في التركيز على رصد حالة سوق العمل وتقييمها باستمرار كحل استراتيجي يعود بالمنفعة على اقتصاد الدولة وتنمية المجتمع. كما توصلت دراسة (محمد، 2015) أن أهم المعوقات لسوق العمل غياب التنسيق الجيد بين مؤسسات التعليم ومنظمات المجتمع وبين مؤسسات سوق العمل فضلاً عن عدم وجود مؤشرات دقيقة وواضحة ترصد حالة سوق العمل من حيث الاحتياجات، وأكدت الدراسة نفسها على أهمية توفير مؤشرات داعمة لرصد احتياجات التطور في سوق العمل والحاجة إلى المزيد من الدراسات والتقارير التي تساهم في تحليل وتقييم بيانات عن أسواق العمل بشكل مستمر.

1-7- التعقيب على الدراسات السابقة

قد تبين من خلال استعراض الدراسات والبحوث السابقة النقاط الآتية:

- أكدت معظم الدراسات على ضرورة إيجاد الحلول والمقترحات التي تساهم في تطوير وتحسين النظام الاقتصادي على مستوى الدول العربية.
- أكدت على ضرورة موازنة استراتيجيات وخطط وبرامج القوى العاملة والمؤسسات التعليمية ذات العلاقة مع مؤشرات كفاءة سوق العمل.
- أكدت على أهمية التقييم الدوري والفحص والتحليل لمؤشرات كفاءة سوق العمل، ولاسيما لدعم فرص التنمية الاقتصادية والمستدامة.
- أكدت على أهمية البحوث والدراسات لرصد مدى التقدم الحادث في كفاءة سوق العمل على مستوى الدول العربية ومقارنتها بالمعايير الدولية كمستهدفات يتم دراسة أفضل سبل الوصول إليها وفقاً للخطط والرؤى الاستراتيجية لكل دولة عربية.

مما سبق يتضح لنا الفرصة في تحديد النقاط التي لم تتناولها الدراسات السابقة لكي يتم تناولها في هذه الدراسة حيث نجد أنه على الرغم من اهتمام الكثير من الدراسات والبحوث برصد الوضع الاقتصادي في مصر أو الدول العربية ورصد أهم العوامل المؤثرة عليها، إلا أنها لم تتطرق بشكل كافي لمتابعة مدى التطور الحادث أو التغيير في مستوى مؤشرات كفاءة سوق العمل لمصر المتعارف عليها عالميا من أجل المساهمة نوعا ما في الوقوف على مدى التقدم في الوضع الاقتصادي في مصر ومقارنته بغيرها من الدول العربية الأخرى المماثلة أو المتفوقة في مجال تطبيق أفضل الممارسات الداعمة لكفاءة سوق العمل كدول الخليج العربي، وبما يمكن من الوصول إلى أهم المؤشرات التي تمثل أهم جوانب قوة لكفاءة سوق العمل في مصر مع رصد أهم نقاط الضعف كذلك أو جوانب التحسين المنشودة، وبما يساهم في نشر الوعي اللازم لدى مؤسسات المجتمع المصري الحكومية والخاصة على السواء، ولاسيما بين المخططين في القطاع الاقتصادي والقوى العاملة من أجل تبني إدراج تلك المؤشرات التي هي بحاجة إلى تعزيز ضمن السياسات القومية أو العربية المستهدفة بتحسين الوضع العام لسوق العمل المصري على أسس علمية سليمة حتى تكون بمثابة داعم قوي في صناعة القرار في تعامله مع أهم هذه المؤشرات بشكل أمثل في تبني أنسب الخطط والبرامج الداعمة لزيادة كفاءة سوق العمل.

II- نتائج الدراسة ومناقشتها

2-1- تقييم النمو السكاني في مصر بالمقارنة مع نظيرتها من الدول العربية

من المؤكد أن متغير النمو السكاني يعد أحد عوامل الضغط على كفاءة مؤشرات سوق العمل إلا لم تستغل هذه الزيادة بشكل إيجابي ووفقا لخطط وسياسات مدروسة على المستوى المحلي والإقليمي والدولي. وتعد جمهورية مصر العربية بشكل عام ذات كثافة سكانية عالية مقارنة بالدول العربية الأخرى وأن عدد سكانها 90 مليون نسمة أي بنسبة 24% من إجمالي سكان المنطقة العربية تقريبا، وهذا في حد ذاته يشكل صعوبات وتحديات كبيرة أمام صانعي القرار المصري في إطار توليد السياسات والاستراتيجيات المحلية والقومية للتطوير والتحسين لقطاع القوى العاملة في مصر بما يتناسب مع النمو السكاني، ألا أنها تأتي في المرتبة رقم 16، بالنسبة لمتوسط النمو السكاني السنوي حيث بلغ 2.29، بينما كانت أعلى متوسط نمو سكاني لدولة البحرين حيث بلغ 7.35 لتحتل المرتبة الأولى في أعلى متوسط نمو سكاني ثم تلتها سلطنة عمان في المرتبة الثانية حيث بلغ متوسط النمو السكاني 5.13. إلا أنها أقل متوسط نمو سكاني كان لدولة تونس حيث بلغ 1.04، بينما تلتها في المرتبة التالية دولة ليبيا حيث بلغ نسبته 1.13. ويبين الجدول (1) تقديرات متوسطات النمو السكاني للدول العربية حسب المصادر الرسمية لكل دولة على النحو الآتي:

جدول (1)

تقديرات عدد السكان في مصر مقارنة ببعض الدول العربية وفقا لأخر مصدر رسمي عام 2015

الدولة	تقدير السكان بداية يوليو 2015	متوسط النمو السنوي	عدد السكان وفقا للتقدير الرسمي للدولة
مصر	88,523,000	2.29	90,063,000
الجزائر	39,903,000	2.07	39,500,000
السودان	38,435,000	3.07	38,435,252
العراق	36,575,000	2.9	36,575,000
المغرب	33,680,000	1.24	33,337,529
السعودية	31,521,000	2.44	31,521,418
اليمن	26,745,000	2.95	24,527,000
سوريا	23,270,000	2.45	21,377,000
تونس	11,118,000	1.04	10,982,754
الصومال	10,972,000	1.54	10,806,000
الإمارات	8,933,000	1.57	8,264,070
الأردن	6,837,000	2.75	6,388,000
ليبيا	6,278,000	1.13	6,278,000
فلسطين	4,683,000	2.92	4,550,368
لبنان	4,288,000	1.78	3,759,100
سلطنة عمان	4,181,000	5.13	4,226,061
الكويت	4,161,000	3	4,039,445
موريتانيا	3,632,000	2.43	3,631,775
قطر	2,113,000	4.29	2,120,129
البحرين	1,781,000	7.35	1,234,571
جيبوتي	961,000	2.67	864,618
جزر القمر	783,000	2.62	724,300
الإجمالي	389,373,000	2.36	383,205,390

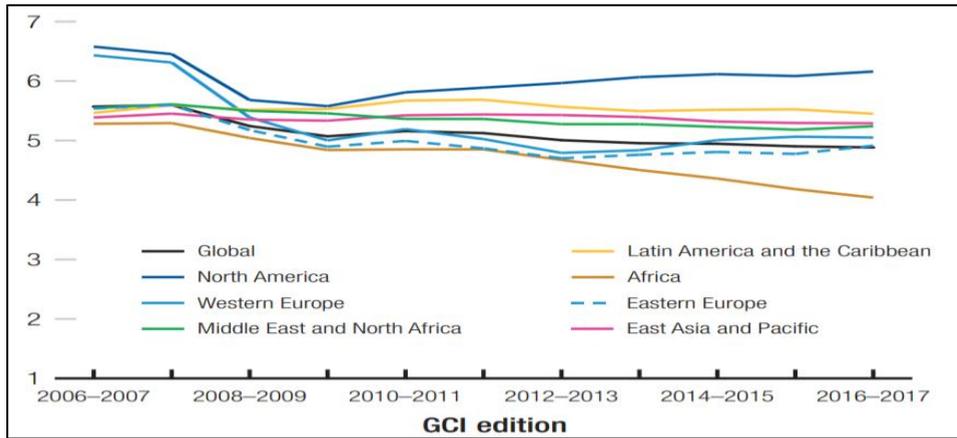
المصدر: الجدول من إعداد الباحث استنادا إلى بيانات التعداد المنشورة إلكترونيا لكل دولة.

2-2- تقييم مستوى دليل التنافسية لإقليم الشرق الأوسط مقارنة بالأقاليم الأخرى

نجد أن تقييم مكونات دليل تقرير التنافسية الدولي ل 12 مكون حسب الأقاليم المقسمة وفقا للتقرير يتراوح من درجة واحدة إلى 7 درجات وفقا لمنهجية التقرير، وكما أوضحت النتائج وجود ثبات نوعا ما في اتجاه مستوى التنافسية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا خلال الفترة من

2006 حتى 2017، وقد كان هناك تذبذب طفيف جدا في مستوى التنافسية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حيث تراوحت درجاتها إلى 5 ونصف تقريبا خلال نفس الفترة، وقد جاء مستوى التنافسية لهذا الإقليم أقل من درجة تقييم كل من إقليم أمريكا الشمالية وكذلك إقليم غرب أوروبا، ألا أنها كذلك جاءت متقدمة مقارنة بالمستوى العالمي للتنافسية، وأيضا كانت متقدمة في مستوى التنافسية مقارنة بكل من إقليم أفريقيا وإقليم شرق أوروبا، كما هو موضح في الشكل التالي:

شكل (3)
اتجاهات مستوى التنافسية لأقاليم العالم للفترة (2017-2006)



- المصدر: تقرير التنافسية العالمية 2018/2017

ويرجع تحسن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في أدائها التنافسي مقارنة بالمستوى العالمي عام 2018/2017، إلى أن الأسعار الجديدة المنخفضة للنفط والغاز الطبيعي تجبر العديد من الدول العربية على تنفيذ إصلاحات لزيادة التنوع في مصادر الدخل وإيجاد مصادر بديلة لأسواق العمل لإنعاش الاقتصاد وتقدمه ولاسيما في أعقاب الأزمة المالية الخيرة وما مرت به كثير من ظروف عدم الاستقرار لدى بعض الدول العربية ومن ضمنها مصر. وقد كشفت نتائج تقرير التنافسية الدولية أن مصر تعتبر من الدول العربية التي شهدت أعلى نسبة تحسن في أدائها التنافسي هذا العام 2018/2017 حيث بلغت درجة التقييم التنافسي 3.39 من إجمالي 7 درجات ورتبتها رقم (100) عالميا، وذلك مقارنة بالعام السابق 2017/2016 حيث بلغت درجة التقييم التنافسي 3.67 من إجمالي 7 درجات ورتبتها رقم (115) عالميا، وذلك فيما يخص منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، بينما دولة الإمارات العربية المتحدة كانت في مقدمة صدارة الدول العربية من حيث درجة دليل التنافسية العالمية في عام 2018/2017 حيث بلغت درجة تقييمها 5.30 درجة واحتلت المرتبة رقم (17) عالميا من حيث دليل القدرة التنافسية.

جدول (2)

نسبة التغير في مستوى التنافسية العالمي للفترتين 2017/2016 و 2018/2017 على مستوى الدول العربية

نسبة التغير % في مستوى التنافسية	عام 2018/2017		عام 2017/2016		الدولة
	الرتبة عالميا	الدرجة من 7	الرتبة عالميا	الدرجة من 7	
0.8%	17	5.3	16	5.26	الإمارات
-2.3%	25	5.11	18	5.23	قطر
-0.2%	30	4.83	29	4.84	السعودية
1.6%	44	4.54	48	4.47	البحرين
-2.2%	52	4.43	38	4.53	الكويت
0.7%	62	4.31	66	4.28	سلطنة عمان
0.2%	65	4.3	63	4.29	الأردن
1.0%	71	4.24	70	4.2	المغرب
2.3%	86	4.07	87	3.98	الجزائر
0.3%	95	3.93	95	3.92	تونس
6.3%	100	3.9	115	3.67	مصر
0.0%	105	3.84	101	3.84	لبنان
5.1%	133	3.09	137	2.94	موريتانيا
4.7%	137	2.87	138	2.74	اليمن

- المصدر: من إعداد الباحث، علما بان بعض الدول العربية لم يتوافر لها بيانات في التقرير.

أظهرت نتائج جدول (2) أن أعلى نسبة تغير حدثت خلال الفترة ما بين عامي 2017/2016 و 2018/2017 كانت لمصر مقارنة بباقي الدول العربية، بينما تصدرت كل من الإمارات وقطر والسعودية على التوالي صدارة الدول العربية في درجة تقييم التنافسية العالمي، وجاءت كل من مصر ولبنان وموريتانيا واليمن في أسفل درجات مستوى التقييم، وهو ما يستلزم معه بذل جهود أكثر على المستوى الحكومي والقومي لإنعاش مستوى التنافسية في مصر استنادا إلى جميع المكونات والأدلة الفرعية التي يتكون منها دليل التنافسية خلال الفترة القادمة بهدف إنعاش الاقتصاد والسعي إلى تعزيز فرص التنمية المستدامة ولاسيما فيما يخص الجانب الاقتصادي.

أما بالنسبة لرصد كفاءة سوق العمل أحد ركائز أو مكونات دليل التنافسية العالمي، فإنها تتكون من عدد (10) من المؤشرات المتضمنة في رصد وتقييم حالة كفاءة سوق العمل، وذلك على النحو التالي:

- مستوى التعاون في العلاقات بين أرباب العمل والعمالة.
- مستوى المرونة في تحديد الأجور.
- ممارسات التوظيف والأشغال.

- تكاليف التكرار (أسابيع من الراتب).
- مستوى تأثير فرض الضرائب على الحوافز للعمل.
- مقابلة الأجر والإنتاجية.
- مستوى الاعتماد على الإدارة المهنية.
- قدرة الدولة على الاحتفاظ بالموهبة.
- قدرة الدولة على اجتذاب المواهب.
- نسبة مشاركة الإناث في القوى العاملة مقارنة بالذكور.

- تقييم كفاءة سوق العمل في مصر مقارنة بالدول العربية

يستعرض الجدول التالي مقارنة درجة تقييم كفاءة سوق العمل حسب الدول العربية التي أتيحت لها بيانات في ضوء الاستناد إلى تقرير التنافسية الدولي للفترة 2018/2017، وذلك على النحو التالي:

جدول (3)

درجة تقييم كفاءة سوق العمل المصري مقارنة ببعض لدول العربية في ضوء تقرير التنافسية العالمية 2018/2017

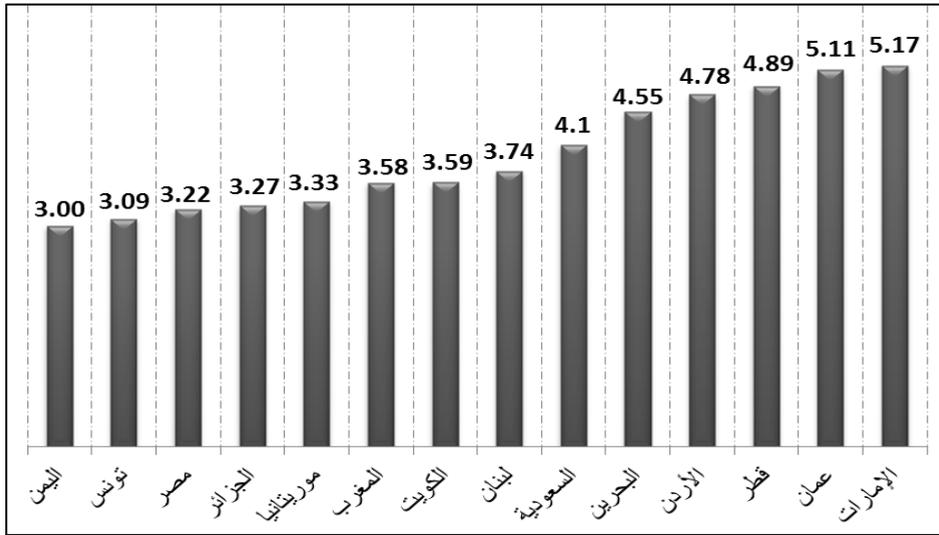
الرتبة عالميا	الدرجة	الدولة
134	3.22	مصر
11	5.17	الإمارات
12	5.11	سلطنة عمان
19	4.89	قطر
22	4.78	الأردن
37	4.55	البحرين
80	4.1	السعودية
109	3.74	لبنان
119	3.59	الكويت
120	3.58	المغرب
129	3.33	موريتانيا
133	3.27	الجزائر
135	3.09	تونس
136	3.00	اليمن

المصدر: الجدول من إعداد الباحث استنادا إلى تقرير التنافسية العالمية 2018/2017.

وقد أظهرت نتائج الجدول السابق أن دولة الإمارات العربية المتحدة تتصدر الدول العربية في ضمان كفاءة سوق العمل حيث احتلت المرتبة 11 عالمياً، تلتها سلطنة عمان حيث الترتيب العالمي رقم (12)، بينما جاءت مصر ضمن الدول العربية المحتلة المراتب الأخيرة في كفاءة سوق العمل حيث احتلت المرتبة 134 عالمياً، تلتها كل من دولتي تونس واليمن حيث احتلت المرتبة 135 و136 على التوالي عالمياً. وسوف يظهر الشكل التالي درجات تقييم كفاءة سوق العمل للدول العربية مرتبة تصاعدياً كما يلي:

شكل رقم (3)

كفاءة سوق العمل للدول العربية وفقاً لتقرير التنافسية العالمي 2018/2017



المصدر: الشكل من إعداد الباحث استناداً إلى تقرير التنافسية العالمية 2018/2017.

- تقييم مؤشرات كفاءة سوق العمل المتضمنة في الدليل الفرعي

وللوصول إلى صورة أكثر تفصيلاً عن مستوى التنافسية العالمية للدول العربية حسب المؤشرات المتضمنة في المكون الرئيسي كفاءة سوق العمل، وذلك باعتباره أحد المكونات الرئيسية التي يتكون منها الدليل الفرعي معززات الكفاءة، لذا فسوف يستعرض الجدول التالي عدد (10) مؤشرات تعكس مستوى كفاءة سوق العمل المصري مقارنة بالدول العربية على النحو التالي:

جدول رقم (4)

تقييم مؤشرات كفاءة سوق العمل المصري مقارنة ببعض لدول العربية في ضوء تقرير التنافسية العالمية 2018/2017

(10) مشاركة الإناث في نسبة القوى العاملة إلى الرجال		(9) قدرة الدولة على استقطاب المواهب		(8) قدرة الدولة على الاحتفاظ بالموهبة		(7) مستوى الاعتماد على الإدارة المهنية		(6) مقابلة الأجر والإنتاجية		(5) مستوى تأثير فرض الضرائب على الحوافز للعمل		(4) تكاليف التكرار (أسابيع من الراتب)		(3) ممارسات التوظيف والأشغال		(2) مستوى المرونة في تحديد الأجور		(1) مستوى التعاون في العلاقات بين أرباب العمل والعمالة		الدولة
131	0.31	116	2.4	103	2.9	92	3.9	107	3.4	55	4.1	129	36.8	70	3.7	98	4.5	104	4	مصر
121	0.46	2	6.1	2	5.8	18	5.6	4	5.3	3	6.1	9	4.3	4	5.5	8	6	9	5.6	الإمارات
116	0.57	7	5.5	9	5.2	23	5.4	8	5.2	2	6.2	101	23.2	9	5.1	11	5.9	16	5.4	قطر
133	0.26	24	4.5	27	4.5	52	4.5	35	4.5	30	4.5	102	23.7	37	4.2	29	5.4	45	4.7	السعودية
120	0.47	22	4.6	31	4.4	35	4.8	24	4.7	7	5.3	16	6.7	29	4.4	21	5.6	23	5.2	البحرين
115	0.58	89	3	86	3.2	122	3.4	113	3.3	40	4.3	118	28.1	62	3.8	72	4.8	54	4.5	الكويت
126	0.36	29	4.3	36	4.2	60	4.5	73	3.8	6	5.3	136	NA	121	3.1	56	5	52	4.5	عمان
135	0.23	78	3.2	67	3.4	84	4	53	4.2	93	3.6	11	4.3	43	4.1	43	5.3	38	4.8	الأردن
130	0.34	69	3.3	90	3.2	79	4	96	3.6	52	4.2	88	20.7	109	3.3	36	5.4	115	3.8	المغرب
134	0.24	127	2	123	2.5	132	2.9	116	3.3	85	3.7	74	17.3	104	3.3	94	4.6	107	3.9	الجزائر
125	0.36	119	2.3	111	2.7	88	3.9	126	3.1	87	3.7	92	21.6	130	2.7	128	3.7	123	3.7	تونس
128	0.35	105	2.6	105	2.9	96	3.8	59	4.1	44	4.3	63	15.1	50	4	65	5	83	4.2	لبنان
122	0.46	126	2.1	113	2.6	137	2.1	137	2.4	51	4.2	37	10.5	107	3.3	82	4.7	44	4.7	موريتانيا
127	0.36	129	2	130	2.1	134	2.4	124	3.2	98	3.5	115	27.4	122	3	76	4.8	116	3.8	اليمن

المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على تقرير التنافسية الدولي 2018/2017.

وقد أظهرت نتائج الجدول السابق ما يلي:

- بالنسبة لمؤشر مستوى التعاون في العلاقات بين أرباب العمل والعمالة، جاء ترتيب مصر في المرتبة العاشرة عربياً، بينما احتلت المرتبة رقم 104 عالمياً، وقد جاءت رتبة كل من الإمارات وقطر والبحرين على التوالي في الصدارة بالنسبة لهذا المؤشر مما يظهر بوضوح ضعف مستوى العلاقات بين أصحاب الأعمال والموظفين في مصر، مقارنة بعدد من الدول العربية الأخرى كالإمارات وقطر والبحرين، وبالطبع تتطلب التنمية الاقتصادية العناية بهذا المؤشر باعتباره مرتبط باستقطاب العمالة وقدرتها على الإنجاز والإبداع وتحقيق الإنتاجية المستهدفة، فضلاً عن أن جودة بيئة العمل هي بمثابة استدامة رأس المال البشري كما أصبح نجاح منظمات الأعمال المعاصرة مرتبط بمدى قدرتها على إشباع احتياجات العاملين بها مع تحسين جودة ونوعية بيئة العمل للوصول إلى التنمية المنشودة.
- بالنسبة لمؤشر مستوى المرونة في تحديد الأجور، فقد جاء ترتيب مصر في المرتبة قبل الأخيرة عربياً بينما احتلت المرتبة 98 عالمياً، ثم تلتها تونس في المرتبة الأخيرة عربياً، وقد جاءت كل من الإمارات وقطر والبحرين في صدارة الدول العربية على التوالي، أي مازالت كفاءة تحديد الأجور في مصر لم تصل درجة الدقة الكافية أسوة ببعض الدول العربية التي تقدمت في هذا المؤشر، وهذا يستلزم النظر إليه بعين الاعتبار من قبل مخططي الاقتصاد والقوى العاملة.
- بالنسبة لمؤشر ممارسات التوظيف والأشغال احتلت مصر المرتبة الثامنة عربياً بينما المرتبة 70 عالمياً، وتصدرت كل من الإمارات وقطر والبحرين على التوالي الصدارة لهذا المؤشر.
- بالنسبة لمؤشر تكاليف التكرار (أسابيع من الراتب) وهي تشير إلى تكرار دفعات متأخرة تدفع للعاملين محسوبة على أساس أجور العمالة ومدة الخدمة التي قضاها أو يقضيها العامل، واحتل مصر المرتبة الأخيرة عربياً بالنسبة لهذا المؤشر بينما المرتبة 129 عالمياً وتأتي كل من الأردن والإمارات والبحرين على التوالي في صدارة الدول العربية لهذا المؤشر، وهو مؤشر يتطلب سد الاحتياجات الأساسية للعاملين.
- بالنسبة لمؤشر مستوى تأثير فرض الضرائب على الحوافز للعمل، فقد جاءت مصر في المرتبة العاشرة عربياً بينما المرتبة 55 عالمياً، وجاءت كل من قطر والإمارات وسلطنة عمان على التوالي في صدارة الدول العربية لهذا المؤشر، وهو مؤشر يعبر عن تأثير الضرائب المفروضة في سوق العمل على الحوافز المخصصة للعاملين مما يقلل من كفاءة سوق العمل على سد

احتياجات العمالة وتحقيق توقعاتهم بشكل مثالي، ويستلزم معه دراسة كافة الضرائب والتشريعات التي ترتبط بهذا الأمر خصوصا أنه يستقطب المستثمرين والشركات الأجنبية والإقليمية، كما يؤثر بالتأكيد على هجرة العمالة المؤهلة داخليا أو خارجيا نتيجة هذه التشريعات والهروب منها كما يحدث في عدد من الدول المتقدمة.

- بالنسبة لمؤشر مقابلة الأجر والإنتاجية فقد جاء مصر في المرتبة التاسعة عربيا بينما المرتبة 107 عالميا، وجاءت كل من الإمارات وقطر والبحرين على التوالي في صدارة الدول العربية لهذا المؤشر.

- بالنسبة لمؤشر مستوى الاعتماد على الإدارة المهنية فقد جاءت مصر في المرتبة الثامنة عربيا بينما المرتبة 92 عالميا، وجاءت كل من الإمارات وقطر والبحرين على التوالي في صدارة الدول العربية لهذا المؤشر.

- بالنسبة لمؤشر قدرة الدولة على الاحتفاظ بالموهبة فقد جاءت مصر في المرتبة التاسعة عربيا بينما المرتبة 103 عالميا، وجاءت كل من الإمارات وقطر والمملكة العربية السعودية على التوالي في صدارة الدول العربية لهذا المؤشر.

- بالنسبة لمؤشر قدرة الدولة على اجتذاب المواهب فقد جاءت مصر في المرتبة العاشرة عربيا بينما المرتبة 116 عالميا، وجاءت كل من الإمارات وقطر والبحرين على التوالي في صدارة الدول العربية لهذا المؤشر.

- بالنسبة لمؤشر مشاركة الإناث في نسبة القوى العاملة إلى الذكور فقد جاءت مصر في المرتبة الحادية عشر عربيا بينما المرتبة 131 عالميا، وجاءت كل من الكويت وقطر والبحرين على التوالي في صدارة الدول العربية لهذا المؤشر، وهذا المؤشر تحديدا يساهم في تمكين المرأة والدفع قدما إلى تحسين مؤشرات التنمية المستدامة والبشرية بشكل مباشر.

ويستعرض الجدول (5) المصنوفة الارتباطية بين مؤشرات كفاءة سوق العمل للوقوف على مدى الارتباط بين تلك المؤشرات حتى يتم وضعها بعين الاعتبار من قبل صانعي القرار ومخططي البرامج المستقبلية والحالية للقوى العاملة والتنمية الاقتصادية على مستوى الدول العربية ولاسيما في إطار التكامل العربي وأوجه التنسيق والتعاون المنشود لدعم أفضل الاتجاهات التنموية لسوق العمل العربي، وذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (5)

المصفوفة الارتباطية لمؤشرات كفاءة سوق العمل للدول العربية في ضوء تقرير التنافسية العالمية 2018/2017

متغيرات الدراسة	مستوى المرونة في تحديد الأجور	ممارسات التوظيف والاشغال	تكاليف التكرار (أسابيع من الراتب)	مستوى تأثير فرض الضرائب على الحوافز للعمل	مقابلة الأجر والإنتاجية	مستوى الاعتماد على الإدارة المهنية	قدرة الدولة على الاحتفاظ بالموهبة	قدرة الدولة على اجتذاب المواهب	مشاركة الإناث في نسبة القوى العاملة إلى الرجال	مستوى التعاون في العلاقات بين أرباب العمل والعمالة
مستوى التعاون في العلاقات بين أرباب العمل والعمالة	**0.783	**0.871	-0.547	**0.812	**0.746	0.642	**0.856	**0.835	**0.506	1.000
مشاركة الإناث في نسبة القوى العاملة إلى الرجال	0.285	0.384	0.210	0.599	0.190	0.222	0.370	0.388	1.000	
قدرة الدولة على اجتذاب المواهب	**0.829	**0.813	-0.348	**0.910	**0.894	**0.900	**0.992	1.000		
قدرة الدولة على الاحتفاظ بالموهبة	**0.796	**0.835	-0.353	**0.910	**0.887	**0.904	1.000			
مستوى الاعتماد على الإدارة	**0.648	**0.733	-0.224	**0.794	**0.900	1.000				
مقابلة الأجر والإنتاجية	**0.830	0.878	-0.350	**0.760	1.000					
مستوى تأثير فرض الضرائب على الحوافز للعمل	**0.728	**0.754	-0.269	1.000						
تكاليف التكرار (أسابيع من الراتب)	-0.427	-0.383	1.000							
ممارسات التوظيف والاشغال	**0.830	1.000								
مستوى المرونة في تحديد الأجور	1.000									

المصدر: الجدول من إعداد الباحث استنادا إلى تقرير التنافسية العالمية 2018/2017.

أظهرت نتائج الجدول السابق أن مؤشرات كفاءة سوق العمل ذات أقوى علاقة ارتباطية كانت بين قدرة الدولة على الاحتفاظ بالمواهب وبين قدرتها على اجتذاب واستقطاب المواهب حيث بلغت قيمة معامل الارتباط 0.992، وهي ذات دلالة معنوية عند مستوى أقل من 0.05، وهو يعكس مؤشر قوى على أن استقطاب العمالة الموهوبة والمؤهلة لسوق العمل يرتبط أيضا بقدرة الدولة على الاحتفاظ بها بدلا من هجرة تلك المواهب إلى أسواق عمل أخرى مؤهلة مثل السوق الأوروبي أو الدول المتقدمة عموما، مما قد يفقد السوق العربي ولاسيما المصري قدرة تلك المواهب على إحداث التغييرات المطلوبة للتنمية الاقتصادية والمساهمة الحقيقية في تقدم الدولة اقتصاديا، وهذا يستلزم أخذه بعين الاعتبار من قبل المخططين وصانعي القرار بشكل رئيسي، وقد تلتها في قوة علاقة قيمة معامل الارتباط كل من قدرة الدولة على اجتذاب المواهب وبين مستوى تأثير فرض الضرائب على الحوافز للعمل، وكذلك قدرة الدولة على الاحتفاظ بالمواهب وبين مستوى تأثير فرض الضرائب على الحوافز للعمل بنفس قيمة معامل الارتباط 0.910 وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل من 0.05، وهو يدل على أثر فرض الضرائب الحوافز المخصصة وبالتالي لها دور كبير في الاحتفاظ أو استقطاب المواهب ومن ثم التأثير على كفاءة سوق العمل، ثم جاءت يعقبهما العلاقة الارتباطية ما بين مستوى الاعتماد على الإدارة المهنية وبين مقابلة الأجر والإنتاجية حيث بلغت قيمة معامل الارتباط 0.900 وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل من 0.05، وأيضا يشير إلى مدى تأثير الإدارة المهنية في إدارة الأعمال داخل بيئة عمل السوق العربي على زيادة الإنتاجية بما يعادل الأجر المخصصة لتلك العمالة، وهذا من شأنه أيضا وضعه بعين الاعتبار عند وضع الخطط والسياسات التحسينية لتطوير كفاءة سوق العمل العربي من قبل صانعي القرار.

III- التوصيات

- ضرورة إنشاء سوق عربية مشتركة وتشكيل لجنة مخصصة لدراسة أفضل السبل والطرق لإحياء تلك الفكرة وليكن من أولويات تلك اللجنة الاهتمام بتطوير وتحسين مؤشرات كفاءة سوق العمل على مستوى مختلف الدول العربية، ولاسيما أخذها بعين الاعتبار من قبل صانعي القرار على مستوى الدول العربية، ولاسيما مصر لرفع كفاءة سوق العمل المصري، وتعزيز تنافسية العمالة المصرية ولما لها من دور في حل مشكلات البطالة وفتح أسواق جديدة لاستقطاب العمالة المصرية وتعزيز تنافسيتها مرة أخرى بشكل يلبي توقعات المجتمع المصري ويحقق التنمية الاقتصادية المنشودة.
- نشر الوعي اللازم على مستوى الوزارات والجهات الحكومية المعنية بالقوى العاملة والتنمية ولاسيما المصرية بمؤشرات كفاءة سوق العمل وطرق احتسابها ومؤشرات تقييمها ومدى تأثير

- ذلك على الدرجة الكلية لتقييم دليل التنافسية العالمي لكل دولة حتى يتم إدراجها في جميع الخطط التحسينية والتطويرية لدى تلك الجهات بشكل مستمر .
- الاهتمام بمؤشرات الاستقطاب والاحتفاظ بالعمالة الموهوبة والمؤهلة وتعيين الإدارة الفنية المهنية المؤهلة لإدارة أسواق العمل العربي ولاسيما المصري لما لها من دور كبير في تعزيز الإنتاجية ورفع كفاءة سوق العمل وتحسين مستوى التنمية الاقتصادية للدول، ومن ثم أثرها تباعا لتحسين رفاهية وجودة معيشة المجتمعات العربية محور رئيسي وجوهري لأساس عملية تنمية بشرية أو مستدامة.

- قائمة المراجع

- المراجع باللغة العربية

- آلاء زيدات وآخرون، (2014): "مدى ملاءمة كفاءة خريجي تخصص إدارة الأعمال المعاصرة في جامعة بوليتكنك فلسطين لمتطلبات واحتياجات سوق العمل المحلي من وجهة نظر المشغلين"، كلية العلوم الإدارية والمعلومات، جامعة بوليتكنك، فلسطين.
- أمنية حلمي، وطارق الغمراوي (2016): "الاقتصاد المصري في ضوء نتائج تقرير التنافسية العالمي 2014-2015"، المركز المصري للدراسات الاقتصادية، 2016.
- بدوي الحسين، (2017): "دراسة كفاءة السوق وما مدى تأثير بعض المتغيرات الاقتصادية على مؤشر البورصة"، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير .
- بلال الفلاح، (2016): "تقييم كفاءة سوق العمل الفلسطيني"، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية (ماس).
- رهيبي سعيد محمد، (2015): "مخرجات كلية المجتمع وسوق العمل في الجمهورية اليمنية"، دراسات عربية في التربية وعلم النفس، رابطة التربويين العرب، العدد 65.
- الزهرة مولاي، (2017): "سوق العمل والموارد البشرية"، مجلة آفاق لعلم الاجتماع، المجلد 3، العدد 1، علم الاجتماع والديموجرافيا، جامعة البلديّة، الجزائر.
- عبد الحلیم جلال، (2017): "اتجاهات سوق العمل في الجزائر"، جامعة محمد الأمين دباغين سطيف، مجلة وحدة البحث في تنمية وإدارة الموارد البشرية، المجلد 8، العدد 2، ديسمبر.
- عبد القادر بلعربي وشعيب بونوة، (2007): "تفتح الاقتصاد وسوق العمل في الجزائر"، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة تلمسان، الجزائر.

- عبد القادر بلعربي، نجلاء لرميني، (2015): "سوق العمل وتحديات البطالة في الجزائر"، مجلة رؤى اقتصادية، المجلد 8، جامعة الوادي، الجزائر.
- عزة شعبان المزين، (2012): "الحراك المهني في سوق العمل بين النظرية والتطبيق: دراسة حالة لسوق العمل المصري في الفترة من 1988 إلى 2006"، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة.
- محمد الخولي، (2008): "مؤشرات المستفيدين من التعليم الجامعي في مصر: الواقع والاتجاهات في ضوء ثقافة الجودة"، الناشر: مجلة السكان والتنمية، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة، المجلد 41، العدد الثاني، مصر.
- محمد الشافعي، (2005): "واقع وآفاق التعليم الفني والتدريب المهني واحتياجات سوق العمل في الدول العربية"، ندوة متطلبات أسواق العمل في ضوء المتغيرات الدولية، منظمة العمل العربية.
- محمد بومخلوف وآخرون (2013): "علم الاجتماع و سوق العمل"، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.
- محمد صايب ميزات، (2012): "بانوراما سوق العمل في الجزائر: اتجاهات حديثة وتحديات جديدة"، مجلة إنسانيات، المجلد 16، الجزائر.
- مصطفى عبد الفضيل، (2009): "ضعف كفاءة سوق العمل وعدم استقرار الاقتصاد الكلي: تراجع ترتيب مصر في تقرير التنافسية"، مقالة بموقع مصرس الإلكتروني.
- المنتدى الاقتصادي الدولي (2017): "تقرير التنافسية العالمي 2018/2017".
- منظمة العمل الدولية (2009): "نوع الجنس، العمل، الاقتصاد غير المنظم: قاموس المصطلحات"، منشورات منظمة العمل الدولية، جنيف، سويسرا.
- مونية سلطان، (2015): "كفاءة الأسواق المالية الناشئة ودورها في الاقتصاد الوطني" دراسة حالة بورصة ماليزيا"، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- نادر مريان وآخرون، (2006): "دليل مؤشرات سوق العمل"، المركز الوطني لتنمية الموارد البشرية، دائرة المكتبة الوطنية، المملكة الأردنية الهاشمية.

دور الأم في مواجهة مخاطر البيئة الداخلية على صحة الطفل في الجزائر

فاطمة الزهراء سي الطيب¹

خليدة يعلاوي²

- مستخلص

لقد شهد المستوى الصحي للأطفال في الجزائر تحسنا ملحوظا، وعلى الرغم من أن معظم الأطفال بغض النظر عن خلفياتهم قد استفادوا من هذا التحسن، خاصة بعد تكثيف البرامج الصحية التي ركزت بالدرجة الأولى على توفير التطعيم وتعميمه، إلا أنه لا يزال الأطفال دون الخامسة من العمر يعانون من بعض الأمراض مثل أمراض الجهاز التنفسي.

والإسهال، المرتبطة بشكل كبير بالعوامل البيئية سواء الخارجية أو الداخلية ممثلة في خصائص المسكن، وهي البيئة التي ينمو فيها الطفل خلال سنواته الأولى ويكون فيها عرضة لمختلف الملوثات، وهو ما يشكل خطرا على صحته بل وعلى حياته، خاصة في غياب رعاية صحية جيدة التي من الضروري أن تكون داخل البيت وتحت إشراف الأم و ذلك بتوفير بيئة صحية وأمنة.

وقد بينت المسوح الوطنية العلاقة القائمة بين مراضة ووفيات الأطفال دون سن الخامسة وعوامل البيئة الداخلية، خصائص المسكن، كما برز من خلال الدراسة التي أجريتها سنة 2015 أهمية الدور الذي تلعبه الأم في مواجهة مخاطر البيئة الداخلية التي يتعرض لها الطفل وذلك من خلال وعيها بمخاطر التلوث البيئي الداخلي، وإدراكها للممارسات الوقائية والإسعافات الأولية في حال إصابة طفلها بالحوادث المنزلية.

الكلمات الدالة: الجزائر، الأم، الطفل، البيئة الداخلية، الرعاية الصحية، المراضة.

-Abstract

The health level of children in Algeria has improved markedly, and although most children regardless of their backgrounds have benefited from this improvement, especially after the intensification of health programs that focused primarily on the provision and generalization of vaccination, but Children under the age of five suffer from some disorders such as respiratory diseases.

Diarrhea, which is strongly associated with environmental factors, whether external or internal, is represented in the characteristics of the dwelling. It is the environment in which the child grows during his early years and is exposed to various contaminants, which constitutes a danger to his health and even his life, especially in the absence of good health care.

¹ أستاذة محاضرة بقسم علم الاجتماع والديموغرافيا، العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر، sitayebfz@yahoo.fr

² أستاذة محاضرة بقسم علم النفس، العلوم الاجتماعية - جامعة البليدة-2.

Within the home and under the supervision of the mother by providing a healthy and safe environment.

National surveys have already shown the relationship between morbidity and mortality of children under five years of age and factors of the internal environment, characteristics of housing, and the study we conducted in 2015 highlighted the importance of the role of the mother in facing the risks of the internal environment of the child through awareness of the risks of environmental pollution and awareness of preventive practices and first aid in the event of injury to the child of domestic accidents.

Key Words: Algeria, mother, child, interior environment, healthcare, morbidity.

I- مدخل عام للدراسة

تعتبر البيئة الحاضنة الكبرى للإنسان كونها تؤثر وتتأثر به فهذه العلاقة متجذرة من أصوله الخلقية والتكوينية. إنَّ محافظة الإنسان على البيئة بفطرتها الأولى يعود مردود ذلك بالإيجاب على صحته ونموه وتطوره، وعلى النقيض من ذلك فكُلُّما أفسد الإنسان البيئة التي تحضنه عاد ذلك بالضرر المباشر وغير المباشر على حياته بكل جوانبها الصحية والاقتصادية وطبيعة حياته بأسرها.

جاء تعريف البيئة في مؤتمر ستوكهولم المنعقد في 1972 بأنها "كلّ شيء يحيط بالإنسان، والبيئة هي المحيط الذي يعيش فيه الإنسان وجميع الكائنات الحية ويشمل الهواء، الماء، التربة والغذاء" (أحمد عبد الرحمن النجدي، منصور أحمد عبد المنعم وآخرون، 2003).

ومنه هناك عدّة مجالات للبيئة كالبيئة السكنية الداخلية والخارجية، البيئة المناخية، والبيئة الاجتماعية، أي بمعنى آخر يمكننا ربط موضوع البيئة بالجانب الاجتماعي أو الاقتصادي أو السياسي أو الصحي، ويبقى السؤال المطروح ما هي من بين هذه المواضيع التي باتت تجلب اهتمام و نقاش واسع من قبل مختلف الدول.

من أهم الجهود البشرية في عصرنا الحالي هو إيجاد البيئة الملائمة التي يتكيف معها ذلك الكائن ضعيف البنية الذي يتأثر بأدنى العوامل المحيطة به، فالعالم في الوقت الراهن يواجه أزمة بيئية وصحية غير مسبوقة. فعلى الرغم من التقدم في مجال الصحة والبيئة، إلّا أنّ الوضع يقترب من حافة كارثة كونية.

إنّ الاهتمام بصحة الطفل قضية هامة تخص الجميع، حيث أضحت تأثير البيئة المحيطة بهذا الأخير مصدر قلق العديد من البلدان المتقدمة وحتى النامية. فلا يمكننا تجاهل تلك العلاقة الترابطية الموجودة بين البيئة وصحة الطفل، فبعدما كان التحدث عن البيئة الخارجية وتأثيرها على الصحة نجد في القرنين الأخيرين الاهتمام منصب حول الأخطار المترتبة عن البيئة الداخلية، أو ما يعرف بخصائص المسكن، على صحة الطفل.

1-1- مشكلة الدراسة

تعد سنة 2015 السنة التي تم اتفاق مختلف دول العالم لبلوغ الأهداف الإنمائية للألفية التي وضعتها الجمعية العامة لمنظمة الأمم المتحدة عام 2000. من بين هذه

الأهداف تحسين صحة الطفل من خلال تخفيض عدد وفيات الأطفال من 12 مليون سنة 1990 إلى أقل من 4 ملايين بحلول عام 2015.

من بين الأمراض التي تحصد سنويا أرواح العديد من الأطفال دون سن الخامسة خاصة في الدول النامية، بما فيها الجزائر، هي أمراض الجهاز التنفسي والإسهال. وقد تبين أن العوامل المؤدية لمرضاة الطفل وإصابته بأمراض الجهاز التنفسي هي تلوث الهواء الداخلي للمسكن، نتيجة استخدام الوقود الصلب وتعاطي التبغ، بالإضافة إلى الهواء الخارجي الملوث المحيط بالمسكن. أما عن العوامل المسببة للإسهال فتتمثل في البيئة غير الصحية الناتجة عن استعمال الماء غير الصالح للشرب، عدم وجود الصرف الصحي ونقص النظافة. وبالتالي تشكل العوامل البيئية والبيئة الداخلية على وجه الخصوص أو ما يعرف بخصائص المسكن مسبا رئيسيا للاعتلالات التي تصيب الطفل دون سن الخامسة، لاسيما أمراض الجهاز التنفسي والإسهال، بالإضافة إلى الحوادث المنزلية التي قد تؤدي بحياته في غياب رعاية صحية جيدة.

لقد ركزت المسوحات والدراسات الوطنية التي أنجزت في الجزائر، بما فيها المسح الوطني حول صحة الأم والطفل سنة 1992، والمسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002، على إبراز العلاقة الموجودة بين البيئة الداخلية ووفيات ومرضية الأطفال دون سن الخامسة، ولكن تغاضت عن الدور الذي يمكن أن تلعبه الأم من خلال الرعاية التي تقدمها لمواجهة تأثيرات البيئة غير الصحية على صحة طفلها والتقليل من حدتها وخطورتها التي قد تؤدي إلى وفاته.

ستحاول هذه الدراسة تسليط الضوء على العلاقة القائمة بين عوامل البيئة الداخلية، أو خصائص المسكن، وصحة الطفل دون الخامسة من العمر من خلال أهم النتائج التي توصلت إليها المسوح الوطنية ونخص بالذكر مسح 1992 ومسح 2002.

كما ستحاول إبراز دور الأم في مواجهة مخاطر هذه العوامل البيئية على صحة الطفل، من خلال الرعاية الصحية، التي توفرها اعتمادا على جملة من المعارف والممارسات، التي تنتهجها للحفاظ على صحة طفلها، وذلك من خلال نتائج الدراسة التي تم إنجازها على عينة من الأمهات على مستوى الجزائر العاصمة.

1-2- الهدف من الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى معرفة درجة تأثير البيئة الداخلية للمسكن على مرضة الطفل، وكذا معرفة دور الأم في تقديم الرعاية الصحية اللازمة والفعالة لتجنب أو التقليل من مخاطر البيئة الداخلية على صحة الطفل الأقل من 5 سنوات.

1-3- مصدر البيانات

اعتمدت الدراسة الحالية على المسوح الوطنية المتمثلة في المسح الوطني حول صحة الأم والطفل لسنة 1992، والمسح الوطني حول صحة الأسرة لسنة 2002، بالإضافة إلى الدراسة الميدانية التي أجريت على عينة من الأمهات على مستوى مصلحة طب الأطفال بالمستشفى الجامعي لحسين داي-نفيسة حمود- بالجزائر العاصمة، واللاتي لديهن طفل واحد على الأقل دون الخامسة من العمر، ويكون قد أصيب بإحدى أمراض الجهاز التنفسي، الإسهالات بأنواعها أو حادث من الحوادث المنزلية. وبالتالي تكونت عينة الدراسة من 150 طفلا. وقد تم جمع البيانات خلال الفترة الزمنية الممتدة ما بين 2015-2016 من قبل طلبة تحت إشراف الباحث.

1-4- البيئة الداخلية (المسكن) وصحة الطفل

يعتبر المسكن ذلك المكان الذي يوفر الصحة الجسدية والعقلية ويمنح ساكنيه الأمان والطمأنينة، (Emmanuel Evens et autres, 2000)، فهل كلّ المساكن لديها هذه الميزة؟

تعتقد بعض الأمهات أنّ طفلها في أمان طالما أنّه داخل المنزل والخطورة في نظرهن تكمن في خروج الطفل إلى المحيط الخارجي، غير أنّ أحدث الدراسات أكدت أنّ الأخطار يمكن أنّ تلاحق الصغير خارج المنزل كما داخله. (مجد رفعت، 1987) حيث ركزت على تأثير خصائص المسكن على صحة الطفل من جهة ومعارف وممارسات الأمّ في مواجهة انعكاسات هذه العوامل البيئية على صحة طفلها دون الخامسة من العمر نظراً لضعف مناعة جسمه في مقاومة مختلف الأمراض من جهة أخرى.

لقد أظهرت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأمّ والطفل لسنة 1992 أنّ البيئة التي يعيش فيها الطفل لها تأثير كبير على صحته وأنّ للمؤشرات البيئية مثل المصدر

الرئيسي لمياه الشرب، والصرف الصحي، ونظافة المنطقة المحيطة بالمسكن ونوعية الأرضية الأساسية للمسكن علاقة مباشرة بانتشار كل من الإسهال وأمراض الجهاز التنفسي، كما اتضح إن لخصائص المسكن تأثير على انتشار الحوادث المنزلية بين الأطفال.

تبيّن أنّ الإسهال ينتشر في أوساط الأطفال المقيمين بالمنازل التي لا تحصل على المياه من شبكة عامة في حين تقل نسب الإصابة بهذا النوع من المرض بين الأطفال في الأسر التي تستخدم المراحيض المتصلة بشبكات الصرف الصحي، وحسب نظافة المنطقة المحيطة بالمسكن وطبيعة الأرضية، (ترابية، إسمنت أو فينيل) اتضح أن النوع الأول من الأرضية يزيد من احتمال إصابة الطفل بالإسهال بينما تقل بشكل واضح مع النوع الثاني، (إسمنت أو فينيل).

من جهة أخرى تختلف عوامل الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي بين الأطفال الأقل من 5 سنوات من العمر حسب مكان الإقامة حضر أو ريف، حيث ترتفع نسب الإصابة بهذه الأمراض بين الأطفال القاطنين بالمناطق التي تنتشر فيها مياه المجاري أو مياه راكدة، فهم أكثر عرضة للإصابة بالسعال الحاد أو صعوبة في التنفس أو الاثتان معاً. وبشكل عام تنتشر هذه الأمراض في المناطق الحضرية لسببين رئيسيين هما: تلوث الهواء وطبيعة أرضية المسكن إسمنت أو فينيل.

كما تناول هذا المسح الحوادث المنزلية التي يتعرض لها الأطفال دون الخامسة من العمر باختلاف أنواعها، (جروح، حروق، كسور، تسمم)، فتبين من خلال النتائج أن الذكور أكثر عرضة لهذه الحوادث من الإناث، خاصة لحالات الكسور أو التسمم، في حين الإناث يتعرضن بشكل أكبر لحالات الحروق أو الكسور التي تكون لها في الغالب عواقب طويلة المدى. ويتعرض الأطفال لنسبة كبيرة من هذه الحوادث داخل المسكن بحوالي 66.9% مقابل 26.7% تقع خارجه. (وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، 1994).

من جهة أخرى ركز المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002 على إبراز العلاقة بين العوامل البيئية المتمثلة في بعض الظروف المحيطة وخاصة المسكن وخصائصه بمعدل وفيات الأطفال، حيث اتضح أنّ معدلات وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات ترتفع كلما كان الطفل يسكن بمنزل تقليدي، أو عندما لا تحصل الأسرة على الماء من شبكة

عامة، وكذلك في حالة انعدام مكان مخصص لرمي القمامة، حيث تبين أن المعدل يبلغ 29.8 في الألف عندما تكون الشبكة العامة هي مصدر المياه الصالحة للشرب ليرتفع إلى 39.9 في الألف إذا كان مصدر آخر، أما بالنسبة للارتباط بشبكة الصرف الصحي فإن المعدل يبلغ 42.2 في الألف عندما يكون المسكن غير مرتبط بالشبكة بينما لا يتعدى 29.4 في الألف إذا كان مرتبط بالشبكة.

كما يلاحظ أن طريقة التخلص من القمامة تمثل أحد العوامل التي تؤدي إلى تباينات في مستوى وفيات الأطفال، حيث أن المعدل قدر بحوالي 24.2 في الألف إذا كانت العملية تتم عن طريق جامع القمامة ويرتفع إلى 38.6 في الألف إذا كانت طريقة أخرى. (وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، 2004).

1-5- مميزات المسكن وتأثيرها على صحة الطفل

إن البيئة الداخلية أو المسكن هو ذلك المبنى المخصص لسكن أسرة أو أكثر ومزود عادة باللوازم السكنية الملائمة، ويقاس حجم المسكن بعدد حجراته.

كما يعرف المسكن أيضا بأنه إيواء أو توطين الناس سواء كانوا عائلات أو أفراد في منشأ أي مسكن معد لإقامتهم بشكل طبيعي، ويشمل المسكن البناء وكل ملحقاته وتجهيزاته الضرورية التي تخدم ساكنيه بأسلوب صحيح. فالمسكن هو ذلك المكان أو البناء الذي يستعمله الإنسان كماوى له، ومن الضروري أن تحتوي بيئة هذا المكان على التسهيلات والخدمات الضرورية والإمكانات واللوازم المطلوبة والمرغوب فيها حتى تحقق السلامة والصحة البدنية والعقلية والاجتماعية للعائلة ككل والفرد، الطفل على وجه الخصوص.

من المعلوم أنه إذا اجتمعت مجموعة من الخصائص، أربعة وأكثر، في مسكن واحد يعتبر غير صحي وغير صالح للسكن بدرجة واضحة، وحددت هذه الخصائص كالآتي:

- تلوث مصدر المياه.
- وجود مرحاض خاص مشترك خارج المبنى.
- وجود مصدر المياه خارج المبنى.
- وجود حمام مشترك خارج المبنى.

- يشترك في غرفة واحدة أكثر من 1.5 فرد في المتوسط.
- وجود ازدحام في غرفة النوم.
- انعدام الكهرباء.
- عدم وجود نوافذ في الغرفة. (تالا قطيشات وآخرون، 2002).

II- نتائج الدراسة ومناقشتها

اعتمادا على التعريفات السابقة للمسكن وخصائصه ومدى ارتباطها بإصابة الطفل دون الخامسة من العمر بأمراض الطفولة والتي تم تحديدها في ثلاث أنواع رئيسية: أمراض الجهاز التنفسي، الإسهال والحوادث المنزلية، جاءت نتائج الدراسة على أساس المحاور التالية:

2-1- نوع المسكن وعلاقته بنوع المرض الذي يصيب الطفل

توضح بيانات الجدول (1) العلاقة بين نوع المسكن ونوع المرض الذي يصاب به الطفل، تبين من خلال نتائج الجدول أن 66.7% من الأطفال الأقل من 5 سنوات القاطنين ببيوت قصديرية أصيبوا بإحدى أمراض الجهاز التنفسي، من مميزات هذا النوع من المساكن الأخيرة أنها باردة وكثيرا ما يعاني ساكنوها من تسرب مياه الأمطار خلال فصل الشتاء. بالمقابل يلاحظ أن 33.3% من الأطفال القاطنين في قيو/غرفة واحدة أصيبوا بحالة إسهال على اختلاف درجاته. في حين كان الأطفال في الفيلات أكثر تعرضا لحادث منزلي بنسبة قدرت ب 34.4%.

جدول (1): نسب إصابة الأطفال دون الخامسة بالأمراض التنفسية والإسهال والحوادث المنزلية حسب نوع المسكن

الإجمالي	الحوادث المنزلية	الإسهال	أمراض الجهاز التنفسي	اعتلال الطفل نوع المسكن
100	34.4	15.6	50	فيلا
100	26.8	19.7	53.5	شقة
100	33.3	-	66.7	بيت قصديري
100	24	32	44	بيت تقليدي
100	33.3	33.3	33.3	قيو/ غرفة واحدة
100	28.6	20.7	50.7	الإجمالي

المصدر: تم إعداد الجدول من نتائج الدراسة الميدانية.

نستخلص إذا أن نوع المسكن يؤثر بشكل مباشر على نوع المرض الذي يتعرض له الطفل الأقل من 5 سنوات، حيث كلما كان المسكن غير صحي (بيت قصديري، قبو...) ولا يحتوي على شروط النظافة كلما كان الطفل أكثر عرضة للإصابة بأمراض الجهاز التنفسي والإسهال، كما بينت نتائج الدراسة أن تواجد الطفل بمسكن مزدحم وعدم امتلاكه لغرفة خاصة به يجعل نسبة الإصابة بهذه الأمراض مرتفعة (56% و 26.7% على التوالي)، بل تزداد حدتها حيث أن أغلبية الأطفال الذين لا يملكون غرفة نوم خاصة بهم اشتدت حالتهم وأصيبوا بالتهاب في القصبات الهوائية بنسبة بلغت 72.9%.

بالإضافة إلى ذلك اتضح أن توفر المسكن على الخدمات الضرورية الأساسية وفي مقدمتها المياه الصالحة للشرب يلعب دور كبير في الحفاظ على صحة الطفل وعدم إصابته بالمرض، الشيء الذي أكدته نتائج الدراسة حيث تبين أن أغلب الأطفال دون الخامسة من العمر أصيبوا بإسهال حاد نتيجة عدم توفر مسكنهم على مياه صالحة للشرب بصفة دائمة، حيث بلغت النسبة 80%، وترتفع النسبة كلما كان التزود بالمياه من مصادر مثل بئر أو خزان عمومي لتبلغ 100% مقابل 65.2% عندما يكون المصدر شبكة المياه.

في حين ارتبطت الإصابة بالحوادث المنزلية بالمسكن الذي تقل أو تتعدم فيه الاحتياطات اللازمة للوقاية من هذه الحوادث، (الالتزام بمواصفات ارتفاع النوافذ عن أرضية الغرف، وضع سياج واقى على السلم،...).

2-2- تأثير تهوية وتنظيف المسكن والرطوبة وطرق التخلص من النفايات على مرض الطفل
بينت البحوث والدراسات أن الهواء داخل المسكن أكثر تلوثا وخطورة من الخارج، بسبب تفاعل الملوثات السامة الخارجية التي تدخل إلى المسكن مع الملوثات الناتجة عن بعض المصادر المتواجدة داخله وهو ما يخلق مشاكل صحية خاصة عند الأطفال.

- **التهوية:** تعتبر التهوية المناسبة في المطبخ أحد أهم العوامل التي تحد من انتشار مختلف أمراض الجهاز التنفسي حيث تعمل على تنقية الهواء من الملوثات والروائح الناتجة عن احتراق غاز ثاني أكسيد الكربون المنبعث من المطبخ، الذي ينتشر بكل أرجاء المنزل ويعمل على نشر العفن إذا لم يجد منفذا له. الشيء الذي ينعكس على صحة الطفل ويجعله أكثر عرضة للإصابة بأمراض الجهاز التنفسي في مقدمتها التهاب القصبات الهوائية، كما

تبينه نتائج الجدول (2)، حيث ترتفع نسبة الأطفال دون الخامسة الذين تعرضوا لهذا المشكل الصحي كلما قلت أو انعدمت التهوية في المسكن لتبلغ 92.9% و 100% على التوالي.

جدول (2): نسب الأطفال دون الخامسة الذين يصابون بالأمراض التنفسية حسب نوع المرض التنفسي ومدى تهوية المسكن

الإجمالي	السل	الربو	التهاب القصبات الهوائية	التهاب الأذن الوسطى	التهاب اللوزتين	سعال	نوع الاعتلال / مدى تهوية المسكن
100	1.9	5.6	64.8	3.7	5.6	18.5	نعم
100	-	-	100	-	-	-	لا
100	-	-	92.9	-	-	7.1	أحيانا
100	1.4	4.2	71.8	2.8	4.2	15.5	الإجمالي

المصدر: تم إعداد الجدول من نتائج الدراسة الميدانية.

وبالتالي فإن التهوية الجيدة تقلل من احتمال الإصابة بمختلف أمراض الجهاز التنفسي، حيث ينصح بضرورة تهوية المسكن يوميا لمدة 10 دقائق بما يسمح بتجديد الهواء الداخلي للمسكن والتقليل من تركيز الملوثات المتواجدة به.

- **تنظيف المسكن:** كما أن التنظيف اليومي للمسكن يقلل من الإصابة بالأمراض التنفسية لدى الطفل الأقل من 5 سنوات، حيث بينت نتائج الدراسة أن النسبة تتخفض كلما كان التنظيف يومي لتبلغ 67.8% مقابل 100% إذا كان التنظيف مرة في الأسبوع و 90.9% إذا كان التنظيف مرتين في الأسبوع.

- **الرطوبة:** من جهة أخرى، يتسبب انتشار الرطوبة في المسكن نتيجة انعكاسات المحيط الخارجي، بدوره في إصابة الطفل الأقل من 5 سنوات بأمراض الجهاز التنفسي، حيث لوحظ من خلال نتائج الدراسة أن أدنى نسبة للإصابة بهذه الأمراض سجلت عند الأطفال الذين يقطنون في مسكن لا يقع على مقربة من بحر أو واد أو مصنع بحوالي 42.9% مقابل 68.2% بالنسبة للأطفال الذين يقع مسكنهم على مقربة من البحر. كما أن أغلبية الأطفال الذين تنتشر في مسكنهم الرطوبة ساءت حالتهم الصحية وأصيبوا بالتهاب القصبات الهوائية، حيث بلغت نسبتهم 76.5%.

وفي غياب العلاج والمتابعة الطبية تتطور هذه الحالات إلى مرض الربو الذي يعد مرحلة متطورة من المشاكل الصحية التي تصيب الجهاز التنفسي للطفل جراء الرطوبة المنتشرة داخل المسكن والتي تعمل على نمو العثة والعفن الذي يزيد من حالة السعال لدى الطفل ليتطور فيما بعد إلى مرض الربو المزمن، (Denis Caillaud, 2005).

- طرق التخلص من النفايات: بالإضافة إلى ذلك نجد أن عملية التخلص من النفايات تؤثر بشكل مباشر على صحة الطفل وإصابته بالأمراض، حيث تبين نتائج الجدول (3) أن معظم الأطفال الذين يقطنون في منطقة يتم فيها التخلص من النفايات عن طريق الحرق يعانون من مختلف أمراض الجهاز التنفسي بنسبة بلغت 83.3%، في حين أصيب 31.3% من الأطفال القاطنين في منطقة تتراكم فيها النفايات بشكل مكثف بالإسهال، حسب ما تظهره نتائج الجدول (3).

جدول (3): نسبة إصابة الأطفال دون الخامسة بالأمراض التنفسية والإسهال حسب نوع المرض وطرق التخلص من النفايات

نوع المرض	أمراض الجهاز التنفسي	الإسهال	الإجمالي
طرق التخلص من النفايات			
الحرق	83.3	16.7	100
التراكم	68.8	31.3	100
الإجمالي	75.0	25.0	100

المصدر: تم إعداد الجدول من نتائج الدراسة الميدانية.

2-3- دور الأم في مواجهة تأثيرات البيئة الداخلية على صحة الطفل

تم قياس الوعي الصحي للأم في الدراسة بعدة متغيرات من بينها التشخيص المبكر للمرض والذي له أهمية كبيرة في التقليل من خطورته وتجنب المضاعفات خاصة عندما يتعلق الأمر بأمراض الجهاز التنفسي التي تصيب الأطفال دون الخامسة من العمر، وخطورة التدخين داخل المسكن، والإسعافات الأولية.

- وعي الأم بالكشف المبكر: تبين من خلال النتائج إدراك الأم لأهمية الكشف المبكر، حيث بلغت نسبة الأمهات اللواتي صرحن بأنهن عرضن أطفالهن المصابين بأمراض الجهاز التنفسي إلى الكشف المبكر 47% مقابل 24% لم يقمن بذلك، وكان

السبب في ذلك بنسبة 78.6% جهلهم للأعراض الأولية لهذه الأمراض المتمثلة في انسداد في الأنف، البلغم، وضيق التنفس، واعتبار هذه الأخيرة لا خطورة لها ويمكن معالجتها بطرق تقليدية أو تقديم دواء معروف للطفل.

من جهة أخرى، نجد أن الممارسات الوقائية التي تتبعها الأم تلعب دورا كبيرا في تجنب إصابة طفلها دون الخامسة من العمر بمختلف أمراض الطفولة لاسيما أمراض الجهاز التنفسي، الإسهال والحوادث المنزلية حيث تبين أن معظم الأمهات التي أصيب أطفالهن بمختلف أمراض الجهاز التنفسي مدركات لأهمية تهوية المسكن لتفادي المضاعفات الصحية، بنسبة بلغت 95.8%، وكذا بضرورة تنظيف المسكن حيث صرحت 59 مبحوثة من مجموع 71 قيامهن بتنظيف المسكن يوميا (83.1%) إدراكا منهن بأهمية ذلك للحفاظ على صحة أطفالهن، وهو ما تؤكدته نتائج الجدول 4 حيث ترتفع نسبة إصابة الأطفال دون الخامسة من العمر بالتهاب القصبات الهوائية كلما قل تنظيف المسكن بنسبة قدرت بحوالي 91% مقابل 67.8% في حالة التنظيف اليومي للمسكن.

جدول (4): نسب الأطفال دون الخامسة الذين يصابون بالأمراض التنفسية حسب نوع المرض التنفسي ومدى تنظيف المسكن

نوع المرض التنفسي / مدى تنظيف المسكن	سعال	التهاب اللوزتين	التهاب الأذن الوسطى	التهاب القصبات الهوائية	الربو	السل	الإجمالي
كل يوم	18.6	5.1	3.4	67.8	3.4	1.7	100
مرة في الأسبوع	-	-	-	100	-	-	100
مرتين في الأسبوع	-	-	-	90.9	9.1	-	100
الإجمالي	15.5	4.2	2.8	71.8	4.2	1.4	100

المصدر: تم إعداد الجدول من نتائج الدراسة الميدانية.

- إدراك الأم لخطورة التدخين داخل المسكن: تبين من خلال نتائج الدراسة إدراك الأمهات لخطورة التدخين داخل المسكن وانعكاساته على الحالة الصحية للطفل، حيث صرحت أغلبية الأمهات (43 أم من مجموع 71) أنهن لا يسمحن بذلك (60.6%) ويزيد إصرارهن على منع التدخين داخل المسكن في حالة ما كان طفلهن مصاب بالتهاب القصبات الهوائية، حيث بلغت النسبة 79.1%، (الجدول 5). وهو ما يشير إلى وعي الأمهات وإدراكهن لمخاطر التدخين وما يحدثه من مضاعفات على حالة الطفل المصاب التي قد تتجر عنها الإصابة بمرض مزمن وهو الربو.

جدول (5): التدخين داخل المسكن وعلاقته بنوع المرض التنفسي

الإجمالي	السل	الربو	التهاب القصبات الهوائية	التهاب الأذن الوسطى	التهاب اللوزتين	سعال	نوع المرض التنفسي التدخين داخل المسكن
100	-	-	60.7	10.7	3.6	25	نعم
100	2.3	4.7	79.1		4.7	3.9	لا
100	1.4	4.2	71.8	2.8	4.2	15.5	الإجمالي

المصدر: تم إعداد الجدول من نتائج الدراسة الميدانية.

- وعي الأم بضرورة الإسعافات الأولية: من جهة أخرى، بينت نتائج الدراسة أن الأمهات مدركات لأهمية الإسعافات الأولية في حالة تعرض الطفل دون الخامسة من العمر إلى حادث منزلي، حيث صرحت 28 مجوثة من مجموع 40 (أي 70%) بضرورة هذه الإسعافات كخطوة أولى لتجنب المضاعفات قبل نقله إلى المستشفى ولكن يرتبط ذلك بدرجة خطورة الإصابة، حيث تتجنب الأمهات تقديم الإسعافات الأولية لأطفالهن وتفضلن نقلهن مباشرة إلى المستشفى كلما كانت الإصابة بليغة، إذ قدرت نسبة اللواتي صرحن بذلك 16.7% في حالة الحروق وبنسبة أكبر 83.3% في حالة الكسور، (الجدول 6).

جدول (06): تقديم الأم للإسعافات الأولية وعلاقته بنوع الحادث الذي تعرض له الطفل

الإجمالي	تسمم	كسور - جروح عميقة	حروق	نوع الحادث إسعاف الطفل
100	14.3	71.33	14.3	نعم
100	-	83.33	16.7	لا
100	10	75	15	الإجمالي

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

وتجدر الإشارة إلى أن الأمهات اللواتي قمن هذه الإسعافات إلى طفلهن الذي تعرض لحادث منزلي استعملن الطريقة الصحيحة في ذلك بنسبة 100%، بتقديم الحليب في حالة التسمم، ولف العضو المصاب أو رشه بغاز خاص بالرضوض في حالة الكسر نتيجة سقوطه، والماء البارد في حالة الحروق.

III- التوصيات

3-1- النتائج

تعددت الدراسات التي تناولت موضوع البيئة بصفة عامة والبيئة الداخلية للمسكن بصفة خاصة، وبينت مدى تأثيرها على صحة الطفل، والدراسة الحالية تناولت تأثير البيئة الداخلية على الطفل دون 5 سنوات ودور الأم في مواجهة مخاطرها وتوصلت إلى أن مميزات المسكن، تؤدي إلى إصابة الطفل بأمراض خطيرة، كما بينت أن الأم تلعب دورا هاما في مواجهة مخاطر البيئة الداخلية على صحة الطفل، من خلال وعيها بضرورة تهوية المنزل، تنظيفه وإدراكها بالممارسات الوقائية والإسعافات الأولية في حال تعرض أطفالها للحوادث المنزلية.

3-2- التوصيات

- من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج يمكن الخروج بالتوصيات التالية:
- توعية الأمهات بمخاطر التلوث البيئي الداخلي وكيفية التصدي له، بغية الحفاظ على صحة أبنائهن وأسرتهن.
- ضرورة اهتمام وزارة السكن والعمران بالمناطق التي تقام فيها البناءات، كأن تكون بعيدة عن المصانع والضوضاء وكل مسببات التلوث البيئي.
- حملات توعوية من طرف وزارة البيئة تستهدف المؤسسات التربوية على أهمية المحافظة على نظافة المحيط، والانعكاسات السلبية المنجزة عن التلوث البيئي سواء كان داخلي أو خارجي.
- تشجيع الجمعيات الناشطة في مجال حماية البيئة.
- أهمية القيام بحملات التشجير لما لها من انعكاسات إيجابية على نظافة الهواء وحمايته من التلوث.

- إدراج مادة التربية البيئية في البرامج الدراسية منذ التحضير لتوعية الأطفال بمخاطر النفايات على صحتهم.
- تشجيع البحوث العلمية في مجال البيئة والصحة العامة.
- توعية الرأي العام بمخاطر التلوث البيئي على الصحة العامة والنفسية للفرد.

- قائمة المراجع

- المراجع باللغة العربية

- أحمد عبد الرحمن النجدي، منصور أحمد عبد المنعم وآخرون (2003)، الدراسات الاجتماعية ومواجهة قضايا البيئة، القاهرة، دار القاهرة للنشر، القاهرة.
- تالا قطيشات وآخرون (2002)، مبادئ الصحة والسلامة العامة، الأردن، دار المسيرة للنشر.
- محمد رفعت (1987)، قاموس العائلة الطبي، ط1، لبنان، دار مكتبة الهلال.
- مزارى حبيبة (2016)، تأثير البيئة الداخلية للمسكن على صحة الطفل، رسالة ماجستير في الديموغرافيا، جامعة الجزائر 2.
- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات (1994)، جامعة الدول العربية، مسح حول صحة الأم والطفل 1992، التقرير الرئيسي، الجزائر.
- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات (2004)، جامعة الدول العربية، المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، الجزائر.

- المراجع باللغة الأجنبية

- Caillaud Denis, (2005), Moisissures dans l'aire intérieur, France, Imprimerie Labrador, France, N27.
- Institut national de santé publique, (2014), Rapport annuel des accidents domestiques des enfants 0-15, Alger.

-
- Médina Sylvia, (2012), Un aire irrespirable, notre environnement une menace pour notre santé, France, N8.
 - Ministère de la santé et de la population, direction de la prévention, (2012), Programme national de lutte contre la diarrhée, Alger.
 - OMS, (2013), Rapport sur la santé dans le monde, Luxembourg.
 - PCSEE «Ce qu'il faut savoir sur la santé des enfants et l'environnement», brochure, Toronto, Sans Date.
 - Unicef, OMS, (2013), Mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et diarrhée d'ici 2025, France.

محددات بطالة المرأة في المملكة العربية السعودية

سلوى لطفي الخياط¹

- مستخلص

منذ بداية العقد العالمي للمرأة وحتى مؤتمر بكين عام 1996 ازداد الاهتمام بقضية تمكين المرأة، وإتاحة الفرصة لها لممارسة دورها بفعالية مثل الرجل، والمساهمة في صنع القرار في مختلف مجالات الحياة الثقافية، والاجتماعية، والسياسية، والاقتصادية. فإن لمشاركة المرأة السعودية في سوق العمل أهمية كبيرة؛ نظراً لكونها تُشكل جزءاً لا يُستهان به من المجتمع، إذ تُشكل ما نسبته 49% من السكان السعوديين و49% من الطلاب الجامعيين، ولكنها بالرغم من ذلك فإن المرأة السعودية في سن العمل تمثل ما نسبته 21% من إجمالي قوة العمل فقط.

تهدف هذه الدراسة إلى محاولة الوقوف على أهم أسباب البطالة لدى المرأة السعودية. كذلك محاولة الوصول لحلول المشكلات التي تقابل المرأة غير العاملة. ويعتمد البحث على منهجين الأول التحليل الوصفي من تصنيف وعرض البيانات. والثاني في استخدام احد طرق التحليل الإحصائي المتقدم وذلك باستخدام التحليل التمييزي المتدرج. وقد تم استخدام أسلوب العينة العمدية وقد تم تصميم استبانة إلكترونية ووزعت بشكل عشوائي للنساء العاملات والغير عاملات وكان حجم العينة 508 امرأة.

وقد تناولت الدراسة إسهامات الدولة في التقليل من البطالة في السعودية من خلال برنامج "هدف" وبرنامج "السعودة" وبرنامج "طاقات". وقد خلص البحث إلى نتائج وتوصيات أهمها: يجب أن يتم عمل لجان لتطوير المناهج التعليمية بما يتناسب مع متطلبات سوق العمل حتى يقل عدد الباحثات عن عمل. كذلك زيادة مساهمة القطاع العام مع القطاع الخاص في زيادة الرواتب بما يتناسب مع متطلبات الحياة للمواطنة السعودية.

الكلمات الدالة: مصر، كفاءة، سوق العمل، التنافسية، الدول العربية.

-Abstract: Determinants of Saudi Women's Unemployment

From the beginning of the International Decade of Women to the Beijing Conference in 1996, the issue of women's opportunity to work and highlight their role in society, such as men, has increased and contributed to decision-making in

¹ أستاذ مشارك في الإحصاء التطبيقي، جامعة جدة، كلية العلوم بالفيصلية، المملكة العربية السعودية. وأستاذ مساعد بقسم الإحصاء والرياضة والتأمين، كلية التجارة بجامعة كفر الشيخ، جمهورية مصر العربية. dr.salwahussien@yahoo.com

various spheres of cultural, social, political and economic life. Saudi women's participation in the labor market is of great importance because they form a large part of the society, accounting for 49% of the Saudi population and 49% of university students. However, Saudi women of working age represent 21% Work force only.

This study aims to reach the main causes of unemployment among Saudi women. As well as trying to solve problems that confront women and prevent them from working. The research relies on two methods: descriptive analysis of classification and presentation of data. And the second in the use of one of the methods of advanced statistical analysis using the analysis of gradual differentiation. The sample method was used and an electronic questionnaire was designed and randomly distributed to working and non-working women. The sample size was 508 women.

The study discussed the contribution of the State in reducing unemployment in Saudi Arabia through the program of the goal and the program of Saudization and the program energies. The study concluded with the results and recommendations of the most important: The work of committees to develop educational curricula commensurate with the requirements of the labor market so as to reduce the number of female job seekers. As well as increasing the contribution of the public sector with the private sector in increasing salaries commensurate with the life requirements of Saudi citizenship.

Key Words: Saudi Arabia, Saudi women's, unemployment, labor market, Saudization.

I- مدخل عام للدراسة

للرأة السعودية دور بارز ومشرق في التنمية الاقتصادية في المملكة، فقد تميّزت المرأة عبر العصور القديمة والحديثة بمشاركتها الفاعلة في شتى المجالات؛ وما زالت المرأة حتى العصر الحالي تتعب وتكد في سبيل بناء الأسرة ورعاية البيت، حيث يقع على عاتقها كأم مسؤولية تربية الأجيال، وتحمل كزوجة أمر إدارة البيت واقتصاده، وذلك ما يجعل المهام التي تمارسها المرأة في مجتمعاتنا لا يمكن الاستهانة بها، أو التقليل من شأنها.

ومنذ بداية العقد العالمي للمرأة وحتى مؤتمر بكين عام 1996 ازداد الاهتمام بقضية تمكين المرأة، وإتاحة الفرصة لها لممارسة دورها بفعالية مثل الرجل، والمساهمة في صنع القرار في مختلف مجالات الحياة الثقافية، والاجتماعية، والسياسية، والاقتصادية. وقد أولت العديد من المنظمات والهيئات والدول الاهتمام بهذا المجال، وأشارت هذه الفعاليات بكافة أشكالها المتنوعة إلى أهمية تمكين المرأة، وإعطائها الحق الكامل بالعمل في كافة الميادين.

ويتم تشجيع المرأة على المساهمة في سوق العمل من مدخل مكافحة الفقر، ورفع المستوى المعيشي للسكان من خلال دعم ميزانية الأسرة بما يوفّر عمل المرأة لها من دخل، وخاصةً إذا كانت هي المعيل الأساسي للأسرة.

إن لمشاركة المرأة السعودية في سوق العمل أهمية كبيرة؛ نظراً لكونها تُشكّل جزءاً لا يُستهان به من المجتمع، إذ تُشكّل ما نسبته 49% من السكان السعوديين و49% من الطلاب الجامعيين، ولكنها بالرغم من ذلك فإن المرأة السعودية في سن العمل تمثل ما نسبته 21% من إجمالي قوة العمل فقط.

ووفقاً للهيئة العامة للإحصاء فقد بلغ عدد الباحثين عن عمل من الذكور 216352 مقارنةً بالإناث الباحثات عن عمل اللاتي بلغ عددهن 859581، 34% منهن من الفئة العمرية (25-26) سنة و55.6% منهن حاصلات على بكالوريوس أو ليسانس.

وفي ضوء ذلك فقد كشف منتدى جدة للموارد البشرية، عن جملة من التحديات ستواجه أسواق العمل السعودية، مع مطلع 2030، من أبرزها آلية التعامل مع تخرج أكثر من 300 ألف طالب وطالبة من الدراسة الجامعية والكليات والمعاهد المتخصصة، ومدى قدرة الجهات المعنية على توفير الوظائف التي تستوعب هذه الأعداد في فترة محددة، فيما

قدر المنتدى حجم الإنفاق العالمي على التعليم الابتدائي 129 مليار دولار، فيما يتضاعف هذا الإنفاق في المراحل المتقدمة.

وحذر المنتدى من تنامي البطالة، والتي ارتفعت بين فئة الشباب عن المعدلات الطبيعية مقارنة بعدد من دول الجوار، والذي وصل إلى 5 أضعاف معدل البطالة بصفة عامة، وذلك بسبب عدم التوافق بين المهارات الموجودة والمهارات المطلوبة في سوق العمل المحلية، والتي تسهم في اتساع الفارق بين العرض والطلب للوظائف المتاحة.

الجدير بالذكر أن المملكة العربية السعودية شهدت خلال السنوات القليلة الماضية تطورًا كبير في إفساح المجال للمرأة للمشاركة بشكل فعال في التنمية الاقتصادية، والعمل على إيجاد فرص عمل مناسبة لها مع الحفاظ على خصوصيتها، وتهيئتها للقيام بأدوار تبدو جديدة عليها في مجالات العمل والعطاء والكسب.

إن هذا الاهتمام الكبير بقضية بطالة المرأة يأتي بلا شك من أهمية ظاهرة البطالة نفسها وما يترتب عليها من آثار جسيمة ذات مساس ببنية المجتمع، وبخاصة تلك المتعلقة بالآثار الاجتماعية والاقتصادية والصحية على أفراد المجتمع ومؤسساته. ولعل الوصول إلى أهم العوامل التي تتسبب في بطالة المرأة السعودية في المملكة ومحاولة إيجاد حلول مقترحة لمعالجة هذه الأسباب حتى يتسنى لنا تحقيق هدف رؤية 2030 من تقليل نسبة البطالة.

1-1- مشكلة الدراسة

تعتبر قضية بطالة المرأة من القضايا التي تواجه صنّاع القرار في المملكة نتيجة الزيادة الكبيرة في أعداد الباحثات عن عمل مقارنةً بمحدودية الفرص الوظيفية المتاحة.

- أهم مسببات البطالة في المرأة السعودية.
- ماهي معوقات عمل المرأة وخروجها للعمل.
- أسباب عدم استيعاب سوق العمل لكل الخريجات بكل تخصصاتهن.
- عدم الإقبال على العمل في القطاع الخاص وتفضيل البطالة وانتظار فرصة العمل في القطاع العام.

1-2- الهدف من الدراسة

- تهدف هذه الدراسة إلى ما يأتي:
- محاولة الوقوف على أهم أسباب البطالة لدى المرأة السعودية.

- محاولة الوصول لحلول للمشكلات التي تقابل المرأة الغير عاملة.
- تذليل عقبات العمل في القطاع الخاص كحل لتقليل البطالة لدى المرأة.

1-3- فروض الدراسة

محددات بظالة المرأة السعودية وتعني أهم العوامل التي تواجهها المرأة في البحث عن عمل وماهي الأسباب التي تتدخل في تفضيلها للعمل في قطاع دون الآخر.

- تأثير عامل السن على حصول المرأة على عمل.
- تأثير الحالة الاجتماعية على حصول المرأة على عمل.
- تأثير المؤهل الدراسي على حصول المرأة على عمل.
- تأثير عدد الأبناء على حصول المرأة على عمل.
- تأثير من هو ولي الأمر على إمكانية حصول المرأة على عمل.
- تأثير الدخل الشهري للأسرة على حصول المرأة على عمل قد يناسب قدراتها وخبراتها.

1-4- منهجية الدراسة

تعتمد الدراسة على منهجيتين، الأولى التحليل الوصفي في جمع وتصنيف وعرض البيانات. والثانية في استخدام احد طرق التحليل الإحصائي المتقدمة وذلك باستخدام تحليل التمييزي المتدرج.

1-5- مجتمع الدراسة والعينة

- مجتمع الدراسة:

الإناث في سن العمل في المجتمع السعودي، وبلغ العدد الإجمالي للنساء السعوديات (15 سنة وأكثر) في آخر تعداد سنة 2017 حوالي 6.974.834، وبالرغم من اهتمام وزارة العمل السعودية بتوظيف النساء السعوديات في جميع المجالات إلا أنه حسب إحصائية من الهيئة العامة للإحصاء في الربع الثاني من عام 2017 فإن عدد موظفي الدولة السعوديين يبلغ 352.449 موظف، وتمثل المرأة 33.5% منهم فقط.

وفي المقابل حسب المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية، ووزارة الخدمة المدنية ووزارة العمل والتنمية الاجتماعية فقد بلغ عدد المشتغلين (سعوديين وغير سعوديين) 13.841.158 موظف يشكل السعوديون (ذكورًا وإناث) 22% بينما الغير سعوديين يشكلون 78% منهم.

- العينة:

تم استخدام أسلوب العينة العمدية وقد تم تصميم استبانة إلكترونية ووزعت بشكل عشوائي للنساء العاملات والغير عاملات وكان حجم العينة 508.

1-6- حدود الدراسة ومجالاتها

حددت هذه الدراسة في ضوء مجالاتها وهي كما يلي:

أولاً: المجال المكاني:

يتحدد المجال المكاني للدراسة في:

- المناطق الإدارية في المملكة العربية السعودية وهي خمس (المنطقة الوسطى، المنطقة الغربية، المنطقة الشرقية، المنطقة الجنوبية، المنطقة الشمالية).

ثانياً: المجال الزمني:

- تم تطبيق الدراسة في الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي 1438هـ-1439هـ، الفترة التي جمعت فيها البيانات ثم تم تحليلها من 1439/1/15هـ إلى 1439/3/15هـ. (أكتوبر - ديسمبر 2017م).

ثالثاً: المجال البشري:

- المرأة السعودية في سن العمل سواء التحقت بعمل أم لا.

1-7- الدراسات السابقة

1- دراسة بعنوان "أثر البطالة في البناء الاجتماعي للمجتمع دراسة تحليلية للبطالة وأثرها في المملكة العربية السعودية"، للأستاذ المساعد بعلم النفس، قسم الاجتماع، (محمد عبد الله بكر، 2004).

البطالة ظاهرة وجدت في أغلب المجتمعات الإنسانية في الماضي والحاضر، ولا يكاد مجتمع من المجتمعات الإنسانية على مر العصور يخلو من هذه الظاهرة أو المشكلة بشكل أو آخر؛ لذا تهدف هذه الدراسة إلى تحديد حجم البطالة ونسبتها في المملكة العربية السعودية، وتحليل طبيعة العلاقة بين حالة البطالة ونسبتها في المملكة العربية السعودية، وتحليل طبيعة العلاقة بين حالة البطالة ومستويات التأهيل العلمي للقوى العاملة والعاطلين عن العمل، إضافة إلى تحليل العلاقة بين حالة البطالة وحوادث الجريمة في المناطق الإدارية للمملكة، وذلك من خلال توظيف بيانات إحصاءات النتائج التفصيلية للتعداد العام للسكان والمساكن بالمملكة لعام 1413هـ-1992م.

أكدت نتائج تحليل الانحدار وهو الأسلوب الإحصائي المستخدم في التحليل أن الحالة التعليمية للقوى العاملة تعد المتغير الأساسي الذي يسهم في تفسير اختلاف حجم البطالة ونسبتها في المناطق الإدارية، كما أكدت وجود علاقة اطرادية بين ارتفاع نسبة البطالة والجريمة وقضايا المخدرات، وتتطور هذه العلاقة من خلال الحالة التعليمية للمتطلين عن العمل، بحيث كلما انخفض المستوى التعليمي للعاطلين عن العمل ارتفع عدد قضايا المخدرات في المنطقة.

2- دراسة بعنوان "القياس الكمي لخطر البطالة في المملكة العربية السعودية"، للدكتور (محمود عبد العال مشعال، 2013).

لقد سجلت معدلات البطالة في المملكة العربية السعودية ارتفاعا في عام 2012، فقد بلغ ترتيبها على مستوى العالم 31 بمعدل 12.1%، وهو معدل يتجاوز ضعف أو ثلاثة أضعاف معدل البطالة في الدول المصدرة للعمالة الوافدة إليها، ويرجع ذلك إلى وجود بعض العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر في خطر البطالة يجب أن تؤخذ في الاعتبار. لذلك تهدف هذه الدراسة إلى استخدام أحد الأساليب الإحصائية (تحليل الانحدار المتعدد) لدراسة المتغيرات التي تؤثر في خطر البطالة في المملكة العربية السعودية، ويعتبر وسيلة للوصول إلى التنبؤ بالظاهرة في المستقبل وتقدير قيمة الخطر وأثره على المجتمع السعودي، مع تحديد العبء السنوي لبطالة الخريجين خلال الفترة السابقة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الاستثمار هو أكثر العوامل تأثيرا على خطر البطالة كما تم التنبؤ بالخطر خلال الفترات القادمة، حيث وصل معدل البطالة في عام 2017 إلى 14%، كما تم تقدير العبء السنوي لخطر البطالة خلال الفترة القادمة حيث تصل في عام 2017 إلى 981 مليون ريال.

3- دراسة بعنوان "المشاريع النسائية الصغيرة ودورها في حل مشكلة البطالة في المملكة العربية السعودية"، للدكتور (مها بنت محمد العجمي، 2015).

تهدف الدراسة إلى التعرف على دور المشاريع التجارية الصغيرة لعلاج البطالة النسائية في السعودية. تم استخدام الاستبانة وشملت على أربعة متغيرات رئيسية: المتغير القانوني، المتغير الاجتماعي، المتغير المالي، المتغير المعنوي. تم التطبيق على عينة عشوائية من (300) مواطنة. وتكونت نتائج الدراسة من الآتي:

- أن المشاريع التجارية الصغيرة وسيلة ناجحة للقضاء على البطالة النسائية في السعودية وأنها وسيلة ناجحة لتحسين وضعهن المادي والذي يوفر لهن الاستقلالية المالية والمعنوية.
- أن هناك علاقة ارتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين التوجيه المناسب الحكومي أو الخاص عند البدء بالمشروع التجاري الصغير ووجود تصنيف إداري موحد بوزارة التجارة السعودية.
- أن من أكثر الصعوبات التي واجهت المشروعات النسائية الصغيرة هي عدم توفير تمويل مناسب للمشروع سواء كان تمويلاً عائلياً أو تمويلاً حكومياً.
- أن هناك علاقة ارتباط عكسية ذات دلالة إحصائية بين مدى مناسبة عمل المرأة السعودية في المشروعات التجارية الصغيرة ومواجهتها للرفض الأسري أو الاجتماعي عند البدء بالمشروع.
- أن هناك علاقة ارتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين مناسبة عمل المرأة السعودية في المشروعات الصغيرة ومساعدة زوجها أو أحد أقاربها في إدارة المشروع.
- أن هناك علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين مستوى التعقيدات القانونية والنظامية للمشروعات الصغيرة التي تواجه المرأة السعودية ومعاناتها في مواجهة المشاكل القانونية عند تأسيسها مشروعها.
- أن هناك علاقة ارتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين تلقي المساعدات المالية للمشروعات الصغيرة والتصنيف القانوني للجهات الممولة.

4- دراسة بعنوان "عوامل البطالة في مدينة الرياض (الخصائص والآثار)" للمحاضر في جامعة الملك سعود، (نوال حجي حمود الحربي، 2016).

تركز هذه الدراسة على موضوع البطالة في المملكة العربية السعودية التي بدأت تمثل أحد أهم القضايا الوطنية الملحة، ذات الانعكاسات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية بالمملكة. وتُعنى هذه الدراسة بالتعرف على أسباب البطالة بالمملكة العربية السعودية من واقع المسح الميداني للعاطلين عن العمل في مدينة الرياض، إلى جانب خصائصها وآثارها، وذلك حسب وجهات نظر المتعطلين، رجالاً ونساءً، الذين اشتملت عليهم الدراسة الميدانية. وقد اعتمدت الدراسة بشكل رئيس على بيانات عينة من المتعطلين المراجعين لمكتب العمل بالرياض في عام (1432-1433) للتعرف على أسباب وآثار مشكلة البطالة، وتحقيقاً لأهداف الدراسة تم اتباع المنهج الوصفي التحليلي في دراسة أوضاع البطالة في المملكة

وتحليل بياناتها وعرض نتائجها باستخدام عدد من الأساليب الإحصائية المختلفة كالنسب المئوية والأشكال البيانية، هذا إلى جانب استخدام الخرائط. وكشفت نتائج الدراسة أن أهم أسباب البطالة بالمجتمع السعودي من وجهة نظر المتعطلين في مدينة الرياض هي: عدم توافر فرص عمل كافية؛ حيث بلغت النسبة نحو (26%)، يليها "الواسطة" و"المحسوبية" بنسبة بلغت (22%)، ثم شرط الخبرة التي لا تتوافر لدى معظم الشباب (18%). وأوضحت الدراسة بعض الآثار المترتبة على البطالة من وجهة نظر المتعطلين؛ حيث يأتي عدم الشعور بالاستقلال الذاتي بالمرتبة الأولى بنسبة (19%)، يليه انحراف أحد أفراد الأسرة وبالمرتبة الثالثة يأتي الفقر بنسبة (13%).

5- دراسة بعنوان "المرأة السعودية والمشاركة في صنع واتخاذ القرار-اتجاه الطالبة الجامعية السعودية نحو تمكين المرأة من المشاركة في صنع واتخاذ القرار"، للدكتورة (آمال صلاح عبد الرحيم، 2014).

تهدف هذه الدراسة التي تعد من الدراسات ذات الطابع العلمي الاستكشافي إلى التعرف على اتجاه الطالبة الجامعية السعودية نحو تمكين المرأة من المشاركة في صنع واتخاذ القرار: السياسي والاقتصادي والاجتماعي في المجتمع السعودي.

وقد استخدمت الباحثة المنهج العلمي الذي يستخدم لدراسة أية مشكلة أو ظاهرة مهما كان نوعها معتمدة على أدوات منهجية مثل طريقة المسح الاجتماعي، والمقارنة، والتاريخية.

وتكون مجتمع الدراسة من الطالبات الجامعيات في أقسام كلية الآداب بجامعة الملك سعود/ مركز الدراسات الجامعية للبنات للعام الدراسي 1432/1433هـ من خلال عينة بلغ حجمها 495 مفردة.

توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج المتعلقة بالوضع الراهن لمشاركة المرأة السعودية في صنع واتخاذ القرار، والعوامل التي تسهم في تمكينها من هذه المشاركة، والسلبيات التي تحول دون ذلك، والإيجابيات التي تشكل عوامل دافعة لهذا التمكين، إضافة إلى ربط بعض المتغيرات مثل متغير التخصص الدراسي، وجنسية الأم، والمستوى الدراسي ... إلخ. إذ تحققت تساؤلات الدراسة التي جسدت أهمية مشاركة المرأة السعودية في صنع واتخاذ القرار الاقتصادي والاجتماعي والسياسي في المجتمع السعودي الذي بات متيقناً

بجميع شرائحه الاجتماعية وتنظيماته، وأنظمتها وقوانينه، وهيئاته الرسمية والأهلية أن المرأة هي حليف الرجل في البناء والتطور والتقدم.

6- دراسة بعنوان "المرأة السعودية من التهميش إلى التمكين في التعليم والعمل"، للدكتورة (هند عقيل الميزر، 2015).

لقد رفع الدين الإسلامي الحنيف من مكانة المرأة وأصفها وأعطاهها جميع حقوقها، وقد أنزل الله سبحانه وتعالى أحكاماً خاصة بالنساء تجعل المرأة شريكه للرجل بما يلائم طبيعتها وتكوينها وفطرتها، وقد جاءت نصوص القرآن الكريم في خطاب الرجل والمرأة مطلقة دون تحديد الجنس.

ومن هذه الحقوق التي منحها الإسلام لها حق التعليم والعمل وقد حفل التاريخ الإسلامي بالكثيرات من المشتغلات بالعلم والفقه والأدب، وقد أولت الدولة السعودية المرأة اهتماماً كبيراً فأقرت لها حق التعليم والعمل والرعاية الاجتماعية والصحية وحق التملك وإدارة الأعمال وشغل الوظائف القيادية وغيرها، بل وتعزيز دورها في مختلف المجالات على الرغم من التحديات الكامنة في الموروث الثقافي والاجتماعي. وفي ظل هذه الحقوق تمكنت المرأة السعودية من تحقيق الكثير من الإنجازات وأن تبرز شخصيتها وثبتت ذاتها.

وقد تم تمكين المرأة السعودية في مجالي التعليم والعمل على نحو تدريجي إلى أن وصل بها إلى قمة الهرم التعليمي والوظيفي في المؤسسات التعليمية السعودية وفي مؤسسات العمل المتباينة، وحازت الكثير من المراتب الوظيفية العليا، كنائب وزير، ومدير جامعة.

7- دراسة بعنوان "تمكين المرأة السعودية كأحد الحلول للفقر"، للدكتورة "شروق بنت عبد العزيز بن صالح الخليف، 2015).

حاولت الدراسة الحالية دراسة وتحليل أحداث البحوث والدراسات العالمية (عربياً وأجنبياً) عن الفقر المؤنث وتمكين المرأة، وتحديد أهم القضايا التي توصلت إليها الدراسات والبحوث التي تم إجراؤها في مجال الفقر المؤنث وتمكين المرأة.

وباعتبار أن هذه الدراسة إحدى الدراسات الوصفية التحليلية، من خلال منهج المسح المكتبي التحليلي، وعن طريق استخدام أداة تحليل المحتوى، مع الوضع في الاعتبار بأن

الباحثة قد حلت عشرين بحثاً - ثلاثة عشر بحثاً عربياً وسبعة بحوث أجنبية كأمثلة فقط- وفقاً لطبيعة هذه الدراسة والفترة الزمنية لها، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج التي أجابت على تساؤلاتها، وتم من خلالها التوصل إلى رؤية أكاديمية للخدمة الاجتماعية في القضايا البحثية والمهنية لبحوث تمكين المرأة وتأييث الفقر.

8-1- بعض الجوانب المرتبطة ببطالة المرأة السعودية

تعدُّ البطالة من القضايا التي تُؤثِّرُ على المجتمع بشكلٍ سلبيٍّ؛ لأنها تنتشرُ بين فئاتِ الشَّبابِ القادرين على العمل، لذلك لا تُستخدَمُ مُطلقاً مع الكبار في السنِّ، أو الأطفال، أو الأفراد الذين يُعانون من أمراضٍ عقليةٍ وذهنيَّة، أو حاجاتٍ جسديَّة خاصة تمنعهم من القيام بأيِّ نوعٍ من الأعمال، والتي تُشكِّلُ عوائقَ لهم؛ فهؤلاء يُصنَّفون خارج القوى العاملة للدولة.

- تعريف البطالة ومعدلاتها

- **تعريف البطالة:** البطالة هي حالة عدم وجود فرص عمل مشروعة لمن توافرت له القدرة والرغبة في العمل. وحسب تعريف منظمة العمل الدولية (ILO) فإن البطالة هي النسبة المئوية للباحثين عن عمل من مجموع القوى العاملة. والبطالة بموجب هذه التعريف تعني "الفرق بين حجم العمل المعروض عند المستويات السائدة للأجور في ظل ظروف معينة للعمل، وحجم العمل المستخدم عند هذه المستويات، خلال فترة زمنية معينة.

- **تعريف العاطل عن العمل:** كما تعرف منظمة العمل الدولية العاطل عن العمل بأنه كل شخص قادر على العمل وراغب فيه ويبحث عنه ويقبله عند مستوى الأجر السائد، ولكن دون جدوى. وبناء على هذا التعريف يمكن وجود حالات عديدة لا يمكن أن يعتبر فيها الأفراد عاطلين عن العمل مثل التلاميذ والمعاقين والمسنين والأطفال، والعجزة وكبار السن والذين أُحيلوا إلى التقاعد.

- **مُعدَّل البطالة:** مُعدَّل البطالة هو النسبة المئوية للبطالة في مجتمع ما، والتي يتمُّ قياسها بالاعتماد على معرفة العدد الإجمالي للأفراد العاطلين عن العمل، والعدد الإجمالي للأفراد القادرين على العمل، ويعتمدُ تحديدهُ هذا المُعدَّل على معرفة مجموعة من النسب المئوية.

- معدلات البطالة في السعودية:

أظهرت نشرة الهيئة العامة للإحصاء السعودية "GaStat"، أن معدل البطالة لإجمالي السكان السعوديين من 15 سنة فأكثر بلغ خلال الربع الثاني من عام 2017 حوالي 12.8% بواقع 7.4% للذكور و33.1% للإناث.

وذكرت الهيئة في بيان أن تقديرات مسح القوى العاملة، تظهر معدل 6% للبطالة في المملكة لإجمالي السكان من عمر 15 سنة فأكثر بواقع 3.3% للذكور و22.9% للإناث.

كما بينت النتائج أن 11.6% من المتعطلين السعوديين سبق لهم العمل، وأن 32.9% من المتعطلين السعوديين الذين سبق لهم العمل تركوا عملهم بسبب التسريح من صاحب العمل، كما أظهرت نتائج المسح أن 9.6% من المتعطلين السعوديين سبق لهم التدريب.

ووفقاً لبيانات السجلات الإدارية لدى الأجهزة الحكومية للربع الثاني من عام 2017 أن إجمالي السعوديين الباحثين عن عمل بلغ 1.075.33 فرداً، يمثل الذكور منهم 216.352 فرداً وتمثل الإناث منهم 859.581.

كما بينت النتائج من واقع بيانات السجلات الإدارية أن أعلى نسبة للسعوديين الباحثين عن عمل كانت في الفئة العمرية (25-29) سنة وذلك بنسبة بلغت 34.2%. كما أوضحت النتائج من واقع بيانات السجلات الإدارية أن نصف السعوديين الباحثين عن عمل يحملون الشهادة الجامعية حيث بلغت نسبتهم 50.5%.

- إسهامات الدولة في تقليل البطالة في السعودية:**- برنامج هدف:**

تشكل تنمية الموارد البشرية السعودية أبرز الأهداف التي تسعى الدولة إلى تحقيقها ضمن جهودها الرامية إلى تعزيز النمو الاقتصادي، ومن هنا جاء اتخاذ حكومة خادم الحرمين الشريفين -حفظه الله- لعدد من الإجراءات والقرارات الهادفة إلى توظيف الوظائف، وتهيئة وإعداد الشباب السعودي لتحمل مسؤولياته للمشاركة في مسيرة

التنمية، إضافة إلى تشجيع ومساعدة شركات القطاع الخاص على توظيف السعوديين، والاستفادة من خدماتهم وإمكاناتهم. وقد أعطى القائمون على السياسة الاقتصادية في المملكة الأولوية القصوى لهذه القضية، وعملوا على إيجاد وتطوير الآليات الحديثة الفعالة لتسريعها وتوجيهها بشكل يتلاءم مع متطلبات سوق العمل المحلية لضمان المردود الأعلى كماً ونوعاً، ودعم الاقتصاد الوطني.

ومن هذا المنطلق جاء إنشاء صندوق تنمية الموارد البشرية (هدف) كمشروع طموح يضمن الاستثمار الناجح في مواردنا البشرية.

- برنامج السعودية:

السعودية مصطلح يطلق على عملية إحلال المواطنين السعوديين مكان العمالة الوافدة في وظائف القطاع الخاص.

لقد تحمل القطاع الحكومي العبء الأكبر في توفير فرص العمل للعمالة السعودية في المراحل الأولى للتنمية، ومع تشبعه بالوظائف واكتفائه منها، وتزايد نسبة العمالة الأجنبية في هيكل العمالة المدنية في المملكة؛ اتجهت الدولة إلى سعودة الوظائف اعتباراً من خطة التنمية الثالثة 1405/1400هـ، ثم تضمنت خطتها التنمية الخامسة والسادسة إنفاذ مسؤولية توفير النسبة الغالبة من فرص العمل المطلوبة للعمالة الوطنية من خلال تدبير فرص عمل جديدة لها وإحلالها محل العمالة الأجنبية للقطاع الخاص، كما صدرت عدة قرارات وزارية تضمنت بعض التعليمات والإجراءات للإسراع بتنفيذ عملية السعودية.

- برنامج طاقات:

طاقات هي مبادرة وطنية أنشأت لتكون أكبر منصة افتراضية لسوق العمل في المملكة العربية السعودية وتمتد لتغطي القطاعين العام والخاص.

بدعم من وزارتي العمل والخدمة المدنية أطلق صندوق تنمية الموارد البشرية (هدف) البوابة الوطنية للعمل (طاقات) سعياً إلى توفير الدعم المطلوب للباحثين عن العمل

وأصحاب الأعمال والمراكز التدريبية، وزيادة فرص حصول الباحثين عن عمل على وظيفة مناسبة ومساعدتهم على تحقيق المهارات المطلوبة في سوق العمل.

II- التحليل الإحصائي باستخدام التحليل التمييزي التدريجي

2-1- تحليل دالة التمايز Discriminant Function Analysis

يوجد أكثر من طريقة تُعرف بها دالة التمايز، أحدها تعرف أنها توفيقه خطية Linear Combination لمتغيرات منبئة Predictors لأفضل رقم للمجموعة التي تنتمي إليها البيانات.

* النموذج واختبارات التحليل:

نفرض أن لدينا متغيرًا تابعًا يمثل بأكواد كل منها يمثل مجتمعًا أو مجموعة معينة، نفرض أن لدينا **P** من المتغيرات المستقلة يمكن قياسها في كل مجتمع وأن العلاقة بين رقم المجموعة (المتغير التابع) والمتغيرات المقاسة علاقة خطية تأخذ الشكل الآتي:

نفرض أن لدينا متغيرًا تابعًا يمثل بأكواد كل منها يمثل مجتمعًا أو مجموعة معينة، نفرض أن لدينا **P** من المتغيرات المستقلة يمكن قياسها في كل مجتمع وأن العلاقة بين رقم المجموعة (المتغير التابع) والمتغيرات المقاسة علاقة خطية تأخذ الشكل الآتي:

$$Z = b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_pX_p \quad \dots\dots\dots (1)$$

المعاملات في العلاقة الخطية (1) b_0, b_1, \dots, b_p تمثل ترجيحات أو أوزان للنموذج يمكن تقديرها بالقيم $\hat{b}_0, \hat{b}_1, \dots, \hat{b}_p$ طبقًا لمعيار إحصائي، بعد تقدير الأوزان في النموذج يمكن تقسيم الاختلاف في مجموع المربعات الكلي للنموذج $\sum (Z_{ij} - \bar{Z})^2$ إلى مركبتين كالتالي:

$$\sum (Z_{ij} - \bar{Z})^2 = \sum (\bar{Z}_i - \bar{Z})^2 + \sum (Z_{ij} - \bar{Z}_i)^2$$

$$\text{Total SS} = \text{Between SS} + \text{Within SS}$$

$$\text{TSS} = \text{BSS} + \text{WSS}$$

Z_{ij} ترمز إلى قيمة المتغير التابع للمفردة i في المجموعة j ، \bar{Z} ترمز للوسط الحسابي العام للمتغير التابع، \bar{Z}_j ترمز للوسط الحسابي للمجموعة j ويسمى المركز Centroid وهو متوسط أكواد التمييز للمجموعة j . مجموع المربعات هذا يعتبر أساساً لأجراء تحليل التمايز فهو يلعب نفس الدور الذي يلعبه مجموع المربعات الكلي للمتغير التابع في الانحدار المتعدد وتحليل التباين، كذلك يمكن إجراء اختبارات عامه للتمايز وكذلك بعض الاختبارات الجزئية باستخدام هذه المربعات.

كما في تحليل الانحدار عند إجراء التحليل هناك عدة طرق للمعالجة الإحصائية منها أن كل المتغيرات التي تستخدم في التنبؤ (المستقلة) يمكن أن تدخل في النموذج المقدر دفعه واحدة بالطريقة Enter أو تدخل خطوة خطوة بطريقة Stepwise وهكذا، يوجد ثلاثة مداخل للمعالجة الإحصائية في تحليل التمايز وهي:

- التحليل المباشر **Direct**: وفيه تدخل كل المتغيرات دفعة واحدة في التحليل.
- التحليل الهرمي **Hierarchical**: وفيه تدخل المتغيرات المستقلة في التحليل بطريقة يحددها المستخدم ولأسباب إحصائية، تختلف طريقة الإدخال باختلاف المستخدم.
- التحليل التريجي **Stepwise**: وفيه تحدد الحزمة غيابياً طبقاً لأسلوب إحصائي معين كيفية دخول واستبعاد المتغيرات المستقلة إلى النموذج ولا يختلف هذا الأسلوب باختلاف المستخدمين.

ملاحظة: في تحليل التمايز يكون لدينا اختبار إحصائي للدالة كما هو الحال في تحليل التباين كما يمكن استخدام اختبار لمعامل كل منبئ Predictor. من هذا يتضح مدى التشابه بين تحليل التمايز وتحليل الانحدار وكذلك تحليل التباين.

تتم معالجة تحليل التمايز في الحزمة SPSSWIN باستخدام التحليل المباشر Enter أو الخطوة خطوة Stepwise، وحيث أن إدخال المتغيرات للنموذج دفعة واحدة معروف وشائع الاستخدام فسيتم الحديث عن الأسلوب الذي تتبعه الحزمة في إدخال واستبعاد متغيرات طبقاً لطريقة الخطوة خطوة. في طريقة الخطوة خطوة طريقة الإدخال والاستبعاد

تعتمد على متغير إحصائي معروف يسمو وليكس لمبدأ Wilks' Lambda ويرمز لها بالرمز Λ وهو إحصائي تحسبه الحزمة ويظهر ضمن مخرجاتها، يحسب إحصائي الاختبار Λ لكل متغير منبئ (مستقل) على حده ويعرف بصفة عامة بأنه النسبة بين مجموع مربعات بين المجموعات WSS إلى مجموع المربعات الكلي TSS أي أن:

$$\Lambda = \frac{\sum (Z_{ij} - \bar{Z}_j)^2}{\sum (Z_{ij} - \bar{Z})^2}$$

يتوزع إحصائي الاختبار Λ حسب توزيع كا2 بدرجات حرية (P-1) حيث P تمثل عدد المعالم في النموذج، قيمة إحصائي الاختبار تعطي ضمن نتائج جدول تحليل التباين لاختبار التمايز كمخرج من مخرجات الحزمة SPSS. إدخال واستبعاد المتغيرات للنموذج الخطوة خطوة يعتمد على A كالتالي:

- تحسب الحزمة إحصائي الاختبار Λ لكل متغير على حده، تدخل الحزمة أولاً إلى النموذج المتغير الذي له أصغر Λ ، ثم تقدر معالم النموذج المقترح.
- للمتغيرات التي لم تدخل في النموذج تختار الحزمة المتغير الذي له أصغر Λ وتدخله للنموذج ثم تختبر هل الإضافة للنموذج معنوية ام لا بملاحظة معنوية Λ .
- تكرر الحزمة العملية إلى أن ندخل جميع المتغيرات للنموذج أو نتوقف عن الإدخال عندما تكون Λ غير معنوية.

تحدد معنوية الإدخال وكذلك التغيير في نسبة F خطوة خطوة عن طريق مقارنة F المحسوبة في كل خطوة إدخال أو الاستبعاد، للتبسيط وفهم العملية نفرض أن لدينا مجموعتين فقط الأولى بها عدد من المعالم P ونريد أن نقارنها بمجموعة بها عدد أقل من المعالم وليكن (P-1)، إحصائي الاختبار يكون كالاتي:

$$F = \left[\frac{1 - (\Lambda_{p-1})/(\Lambda_p)}{(\Lambda_{p-1})/(\Lambda_p)} \right] \left(\frac{N - g - 1}{g - 1} \right)$$

تمثل N حجم العينة الكلي، g عدد مجموعات التمايز، Λ_p يمثل وليكس لمبدأ إذا كان عدد المتغيرات هو p ، إحصائي الاختبار يتوزع F بدرجات حرية $(g-1, N-g-1)$ ، بعد تحديد إحصائي الاختبار نختبر الفروض الأتية:

الفرض العدمي: استبعاد أحد المتغيرات غير معنوي أو أن التغيير لا يؤدي إلى أي تحسين في النموذج.

الفرض البديل: الاستبعاد المعنوي.

لقبول أو رفض الفرض العدمي تقارن قيمة إحصائي الاختبار المحسوبة عند مستوى معنوية معين بقيمة جدولية عند درجات الحرية المشار إليها ونأخذ القرار، يمكن استخدام قيمة P -value في الرفض أو القبول.

* جودة توفيق النموذج:

للحكم على جودة توفيق النموذج تستخدم الحزمة طرقاً عديدة سنتحدث باختصار عن بعضها حتى يستطيع المستخدم أن يتفهم الموضوع والنتائج المستخرجة من الحزمة كالاتي:

أ- **قيم إيجين Eigenvalues:** سنرمز لقيم إيجن بالرمز λ ويتم الحصول عليها كأحد مخرجات الحزمة وتحسب من المعادلة:

$$\lambda = \frac{BSS}{WSS} = \frac{\sum(\bar{Z}_i - \bar{Z})^2}{\sum(Z_{ij} - \bar{Z}_j)^2}$$

عندما تكون $\lambda = 0$ فإن النموذج المقترح يكون ليس له قوة للتمايز ($BSS=0$) أو أن قوته للتمايز معدومة، كبر قيمة λ يعطي قوة أكبر للتمايز للنموذج والعكس صحيح. تعطى الحزمة نتائج قيم أيقن في جدول تحت عنوان Eigenvalues بالإضافة إلى قيم إيجين يحتوي الجدول على ثلاثة نتائج أخرى وهي:

- الارتباط المقبول Canonical Correlation سيتم التطرق له فيما يلي.
- النسبة التجميعية Cumulative % هذا الرقم يعطي النسبة المئوية التجميعية للتمايز الذي يفسر من خلال دالة التمايز المقدره وكلما كان كبيراً كلما كان جيداً.

- نسبة التباين % of Variance هذه النسبة تعطي النسبة المئوية من التباين الذي يفسر من خلال دالة التمايز وكلما كان كبيراً كان جيداً.

ب- الارتباط المقبول **Canonical Correlation**: سنرمز لهذا المعامل بالرمز η وهو يحسب أيضا كما ذكرنا ضمن مخرجات الحزمة ضمن جدول قيم ايجن وسحب من المعادلة التالية:

$$\eta = \sqrt{\frac{\lambda}{1 + \lambda}} = \frac{BSS}{\sqrt{TSS}}$$

وهو يمثل ارتباط المتغيرات المنبئة مع أهداف (أكواد) دالة التمايز في النموذج، مربع ذلك المقدر η^2 يسمى معامل التحديد Coefficient of Determination والقيمة $1 - \eta^2$ تمثل معامل الا تحديد، زيادة معامل التحديد تزيد من القدرة التفسيرية للنموذج المقدر، معامل التحديد هنا يلعب نفس الدور الذي يلعبه في تحليل الانحدار بمعنى أن كبره يكون مطلوباً وجيداً.

ج- وليكس لمبدأ **Wilks Lambda**: سبق الحديث عنه ورمزنا له بالرمز Λ ويكون من مخرجات الحزمة ويمكن حسابه أيضا من المعادلة:

$$\Lambda = (1 - \eta^2) = \frac{1}{1 + \lambda} = \frac{WSS}{TSS}$$

وهو يتوزع حسب توزيع كا2 بدرجات حرية (1-p)، إذا كان مجموعتين فقط فإن إحصائي الاختبار يستخدم لاختبار الفرض العدمي القائل أن متوسط الأهداف (الأكواد) المختلفة للمجموعتين متساوي أي أن الفرض يكون كالاتي:

$$H_0: \bar{Z}_1 = \bar{Z}_2 = \bar{Z}$$

عدم معنوية الاختبار يعني لا فرق بين متوسطات الأهداف لمجموعتي التمايز، القيم المختلفة في مراحل الاختبار المختلفة تعطى في الجدول تحت عنوان Wilks Lambda. وكلما كانت قيمتها صغيرة كان ذلك أفضل ويمكن اختبارها عن طريق ².

وتكون قيمة Λ واحد عندما تكون المتوسطات متساوية وتقترب من الصفر عندما يكون اختلاف بين المتوسطات. وإذا كان كل زوج من متوسطات المجتمعين متساويين (أو متساويين تقريباً) قل الأمل في العثور على دالة تمايز بين المجتمعين بكفاءة. ولهذا يجب العناية باختيار المتغيرات التي تستخدم في دوال التمايز بحيث تكون فروق معقولة بين متوسطاتها.

ويمكن استبعاد بعض المتغيرات غير الهامة في الدخول في دالة التمايز (أي دخول أهم المتغيرات التي توضح دالة التمايز) وهي ما تناظر في الانحدار العادي (Stepwise) ويدخل المتغير الأول الذي يكون له أقل Λ وبذلك يستبعد المتغيرات التي ليس لها معنوية في دالة التمايز.

* شروط الاختبار Assumptions Testing

1. حجم العينة Sample Size:
2. الخطية Linearity:
3. شرط الطبيعية Normality:
4. الارتباط الذاتي Multicollinearity:

- المتغيرات التابعة والمستقلة في الدراسة

- المتغيرات التابعة:

اعتبرنا $Q5 =$ سنوات الخبرة هي المتغير التابع.

- المتغيرات المستقلة:

- Q1 - العمر.
- Q2 - الحالة الاجتماعية.
- Q3 - عدد الأبناء.
- Q4 - المستوى التعليمي

- Q6- نوع السكن.
 Q7- طبيعة السكن.
 Q8- المنطقة.
 Q9- الصلة بولي الأمر.
 Q12- دخل الأسرة الشهري.
 Q15- أسباب امتناع المرأة عن العمل بالوظائف ذات ساعات العمل الطويلة.
 Q16- تأييد ولي الأمر لعمل المرأة.
 Q17- تأثير ارتفاع أسعار البرامج التدريبية التي تؤهل الخريجات للعمل زيادة البطالة.
 Q18- تأثير تفضيل المرأة للعمل المكتبي على زيادة البطالة.
 Q19- تأثير وقت الفراغ في قبول العمل في أي قطاع.
 Q20- تأثير العمالة الأجنبية على العمالة السعودية.
 Q21- تأثير الموافقة على العمل خارج مدينة المعيشة على زيادة البطالة.
 Q22- تأثير عدم إتقان اللغة الإنجليزية على زيادة البطالة.
 Q23- تأثير الحاجة الاقتصادية والاجتماعية على القبول بعمل لا يتناسب مع المؤهل العلمي.
 Q24 - تأثير القطاع الخاص في مواجهة البطالة والحد منها.
 Q25 - تأثير انخفاض الرواتب في القطاع الخاص بالبطالة.
 Q26 - تأثير عدد ساعات العمل اليومية الطويلة في القطاع الخاص على البطالة.
 Q27 - تأثير مبادرات تمويل المشاريع الصغيرة على البطالة.
 Q28- تأثير قلة الوظائف المتاحة وازدياد عدد المتعطلات عن العمل على البطالة.
 Q29 - تأثير البطالة على الاستقلالية الاقتصادية.
 Q30 - تأثير الاختلاط في بيئة العمل على زيادة البطالة.

2-2- نتائج التحليل

يتم في الجدول (1 و2) عرض معلومات عن البيانات التي تم إدخالها، وعدد الحالات في كل تقسيم من تقسيمات المتغير التابع (y) والقيم المفقودة أن وُجدت، وهل تم ترجيح البيانات المُدخلة بأوزان معينة أم لا؟ (لم يستخدم الترجيح)، ويوضح أيضا بعض المقاييس الإحصائية للمتغيرات على مستوى المجموعات.

الجدول (1)

Analysis Case Processing Summary

Unweighted Cases		N	Percent
Valid		508	100.0
Excluded	Missing or out-of-range group codes	0	.0
	At least one missing discriminating variable	0	.0
	Both missing or out-of-range group codes and at least one missing discriminating variable	0	.0
	Total	0	.0
Total		508	100.0

الجدول (2)

من 1 - 2	Q1	3.039	1.0190	51	51.000
	Q2	1.392	.6951	51	51.000
	Q3	1.314	.8122	51	51.000
	Q4	3.941	.3694	51	51.000
	Q6	1.745	.7167	51	51.000
	Q7	1.333	.4761	51	51.000
	سوات من 3 - 5	Q1	3.759	1.0231	29
Q2		2.000	.9636	29	29.000
Q3		2.172	1.1361	29	29.000
Q4		4.034	.4988	29	29.000
Q6		1.966	.6805	29	29.000
Q7		1.448	.5061	29	29.000
سوات من 6 أكثر		Q1	4.737	.6131	57
	Q2	2.246	.7387	57	57.000
	Q3	2.842	1.0315	57	57.000
	Q4	3.982	.5172	57	57.000
	Q6	1.596	.5298	57	57.000
	Q7	1.404	.4950	57	57.000
	Total	Q1	2.813	1.2804	508
Q2		1.490	.7256	508	508.000
Q3		1.640	1.0669	508	508.000
Q4		3.819	.5242	508	508.000
Q6		1.713	.6909	508	508.000
Q7		1.315	.4650	508	508.000

يُوضح الجدول (3) مقياس ويلكس لمبدأ وهو يتوزع حسب توزيع F بدرجات حرية 3 و405، ويساعد هذه المقياس على إبقاء المتغيرات أو استبعادها من التحليل، ويتضح من الجدول أن (Q1- وQ2- وQ3- وQ4- وQ9- وQ12) معنوية عند 5% بينما لم تثبت معنوية باقي المتغيرات مع اقتراب (Q21- وQ22) من المعنوية.

(3) الجدول

Tests of Equality of Group Means

	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.
Q1	.640	94.403	3	504	.000
Q2	.820	36.912	3	504	.000
Q3	.812	38.802	3	504	.000
Q4	.965	6.146	3	504	.000
Q6	.989	1.890	3	504	.130
Q7	.989	1.924	3	504	.125
Q8	.996	.706	3	504	.548
Q9	.868	25.578	3	504	.000
Q12	.979	3.528	3	504	.015
Q15	.994	1.038	3	504	.375
Q16	.996	.594	3	504	.619
Q17	.993	1.205	3	504	.307
Q18	.997	.489	3	504	.690
Q19	.995	.845	3	504	.470
Q20	.997	.548	3	504	.650
Q21	.986	2.393	3	504	.068
Q22	.987	2.207	3	504	.086
Q23	.996	.648	3	504	.585
Q24	.997	.559	3	504	.642
Q25	.996	.609	3	504	.609
Q26	.988	2.058	3	504	.105
Q27	.995	.872	3	504	.455
Q28	.989	1.789	3	504	.148
Q29	.995	.838	3	504	.473
Q30	.991	1.506	3	504	.212

يُوضح الجدول (4) مصفوفة الارتباط بين المتغيرات المستقلة.

(4) الجدول

Pooled Within-Groups Matrices

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q6	Q7	Q8	
Correlation	Q1	1.000	.447	.591	.067	.068	.031	-.032-
	Q2	.447	1.000	.499	-.015-	.125	.159	-.097-
	Q3	.591	.499	1.000	-.138-	.017	.089	-.017-
	Q4	.067	-.015-	-.138-	1.000	-.007-	-.011-	.014
	Q6	.068	.125	.017	-.007-	1.000	.196	-.123-
	Q7	.031	.159	.089	-.011-	.196	1.000	-.046-
	Q8	-.032-	-.097-	-.017-	.014	-.123-	-.046-	1.000
	Q9	.548	.492	.635	-.023-	.146	.214	-.057-
	Q12	-.059-	-.075-	.030	.095	-.302-	-.142-	.054
	Q15	.075	.026	.081	-.089-	.048	-.046-	-.004-
	Q16	.014	.050	.095	-.132-	-.007-	.079	.016
	Q17	.010	.043	.088	.015	.021	.004	-.072-
	Q18	-.034-	-.098-	-.119-	-.005-	.017	.026	.068
	Q19	.132	.091	.139	-.007-	.018	.033	.044
	Q20	.086	-.012-	.034	-.075-	.071	.062	-.090-
	Q21	.083	.112	.150	-.077-	.025	.060	.061
	Q22	.038	-.048-	-.022-	-.022-	-.061-	-.006-	.025
	Q23	.157	.100	.179	.057	.023	.038	.005
	Q24	.020	-.025-	.065	-.020-	.033	-.008-	.007
	Q25	-.087-	-.097-	-.036-	-.040-	-.041-	.005	.013
	Q26	-.058-	-.072-	-.119-	.039	-.044-	-.061-	-.017-
	Q27	-.076-	-.087-	-.051-	-.004-	-.050-	-.043-	.009
	Q28	-.123-	-.073-	-.017-	-.085-	.044	.037	-.034-
	Q29	-.005-	.069	.090	-.080-	.010	-.055-	-.061-
	Q30	.340	.212	.273	.044	.124	.037	.044

يوضح الجدول (5) التباين بين المجموعات الأربعة ل y وعدد متساو بمصفوفة التباين

(5) الجدول

Analysis 1

Box's Test of Equality of Covariance Matrices

Log Determinants

Q5N	Rank	Log Determinant
معامل لم	3	-2.017-
من 1 - 2	3	-2.056-
سنوات من 3 - 5	3	-1.828-
سنوات من 6 أكثر	3	-2.568-
Pooled within-groups	3	-1.979-

The ranks and natural logarithms of determinants printed are those of the group covariance matrices.

Test Results

Box's M		46.618
F	Approx.	2.520
	df1	18
	df2	51258.500
	Sig.	.000

Tests null hypothesis of equal population covariance matrices.

يُوضح الجدول (6) ماهي المتغيرات التي أُدخلت في التحليل بطريقة الخطوة خطوة، دخول المتغير في التحليل يُبنى على القاعدة أن المتغير الذي يجعل القيمة الكلية لإحصائي الاختبار ويلكس لمبدأ نهاية عظمى هو الذي يدخل ثم المتغير الآخر الذي يليه وهكذا. إحصائي الاختبار ويلكس لمبدأ للمتغيرات Q1&Q3&Q30 هو 0.616، 0.640، 0.601 على التوالي ويعطي معلومات عن المتغيرات التي تدخل في التحليل، تم عرض إحصائي الاختبار F ومستوى المعنوية المصاحب له في الجدول.

جدول (6)

Variables Entered/Removed ^{a,b,c,d}													
Step	Entered	Wilks' Lambda											
		Statistic	df1	df2	df3	Exact F				Approximate F			
						Statistic	df1	df2	Sig.	Statistic	df1	df2	Sig.
1	Q1	.640	1	3	504.000	94.403	3	504.000	.000				
2	Q3	.616	2	3	504.000	45.971	6	1006.000	.000				
3	Q30	.601	3	3	504.000					31.549	9	1221.887	.000

At each step, the variable that minimizes the overall Wilks' Lambda is entered.

- Maximum number of steps is 50.
- Minimum partial F to enter is 3.84.
- Maximum partial F to remove is 2.71.
- F level, tolerance, or VIN insufficient for further computation.

يبين الجدول (7) خطوات إدخال المتغيرات للتحليل حيث تم إدخال المتغير Q1 ثم أُضيف إليه المتغير Q3 وفي آخر خطوة تم إضافة المتغير Q30، ويوضح الجدول إحصائي الاختبار المصاحب للمتغيرات أيضا.

الجدول (7)

Variables in the Analysis				
Step		Tolerance	F to Remove	Wilks' Lambda
1	Q1	1.000	94.403	
2	Q1	.651	53.471	.812
	Q3	.651	6.614	.640
3	Q1	.616	58.256	.811
	Q3	.645	6.395	.624
	Q30	.876	4.049	.616

يُبين الجدول (8) المتغيرات التي استبعدت من التحليل في كل خطوة. الجدولين التاليين لهما علاقة بكل من قيم إيجن Eigenvalues ومعنوية "ولكس لمبدأ" وعلاقتها بتحليل التمايز ومنه نعرف نسبة التباين المحسوبة من دالة التمايز المولدة. وكذلك معنوية الدالة، (لدينا 4 مجموعات وبالتالي يكون لدينا 3 دوال تمايز).

الجدول (8)

Variables Not in the Analysis					Variables Not in the Analysis						
Step	Tolerance	Min. Tolerance	F to Enter	Wilks' Lambda	Step	Tolerance	Min. Tolerance	F to Enter	Wilks' Lambda		
0	Q1	1.000	1.000	94.403	.640	2	Q2	715	582	3.022	.605
	Q2	1.000	1.000	36.912	.820		Q4	.947	.619	2.330	.607
	Q3	1.000	1.000	38.802	.812		Q6	.995	.648	2.273	.608
	Q4	1.000	1.000	8.146	.965		Q7	.991	.646	1.013	.612
	Q6	1.000	1.000	1.890	.989		Q8	.999	.650	.301	.615
	Q7	1.000	1.000	1.924	.989		Q9	.551	.513	.366	.615
	Q8	1.000	1.000	.706	.996		Q12	.990	.645	3.749	.602
	Q9	1.000	1.000	25.578	.868		Q15	.992	.650	1.109	.612
	Q12	1.000	1.000	3.528	.979		Q16	.988	.643	.412	.614
	Q15	1.000	1.000	1.038	.994		Q17	.990	.644	1.480	.611
	Q16	1.000	1.000	.594	.996		Q18	.984	.641	.114	.616
	Q17	1.000	1.000	1.205	.993		Q19	.977	.647	2.489	.607
	Q18	1.000	1.000	.489	.997		Q20	.992	.647	1.030	.612
	Q19	1.000	1.000	.845	.995		Q21	.977	.641	1.028	.612
	Q20	1.000	1.000	.548	.997		Q22	.995	.648	2.199	.608
	Q21	1.000	1.000	2.393	.986		Q23	.964	.643	1.454	.611
	Q22	1.000	1.000	2.207	.987		Q24	.995	.648	.458	.614
	Q23	1.000	1.000	.648	.996		Q25	.992	.647	.141	.615
	Q24	1.000	1.000	.559	.997		Q26	.986	.644	.754	.613
	Q25	1.000	1.000	.609	.996		Q27	.994	.649	.946	.612
	Q26	1.000	1.000	2.058	.988		Q28	.980	.638	.961	.612
	Q27	1.000	1.000	.872	.995		Q29	.987	.642	.592	.614
	Q28	1.000	1.000	1.789	.989		Q30	.876	.616	4.049	.601
	Q29	1.000	1.000	.838	.995						
	Q30	1.000	1.000	1.506	.991						
1	Q2	.800	.800	4.294	.624	3	Q2	714	579	3.200	.590
	Q3	.651	.651	6.614	.616		Q4	.945	.599	2.531	.592
	Q4	.996	.996	2.863	.629		Q6	.982	.615	2.031	.594
	Q6	.995	.995	2.339	.631		Q7	.991	.616	1.060	.598
	Q7	.999	.999	.924	.637		Q8	.996	.616	.248	.600
	Q8	.999	.999	.302	.639		Q9	.549	.511	.274	.600
	Q9	.700	.700	1.250	.635		Q12	.987	.613	3.358	.590
	Q12	.997	.997	4.016	.625		Q15	.989	.616	.939	.598
	Q15	.994	.994	1.352	.635		Q16	.987	.615	.503	.600
	Q16	1.000	1.000	.595	.638		Q17	.990	.615	1.475	.596
	Q17	1.000	1.000	1.115	.636		Q18	.982	.616	.087	.601
	Q18	.999	.999	.159	.640		Q19	.953	.616	1.719	.595
	Q19	.983	.983	2.603	.630		Q20	.985	.610	1.263	.597
	Q20	.993	.993	1.128	.636		Q21	.943	.615	1.293	.597
	Q21	.993	.993	1.396	.635		Q22	.995	.614	2.056	.594
	Q22	.999	.999	2.303	.632		Q23	.952	.616	1.137	.597
	Q23	.975	.975	1.368	.635		Q24	.988	.615	.301	.600
	Q24	1.000	1.000	.623	.638		Q25	.985	.614	.108	.601
	Q25	.992	.992	.114	.640		Q26	.955	.614	1.052	.598
	Q26	.997	.997	1.200	.636		Q27	.994	.615	.917	.598
	Q27	.994	.994	.983	.637		Q28	.979	.604	.987	.598
	Q28	.985	.985	1.305	.635		Q29	.985	.612	.514	.600
	Q29	1.000	1.000	.625	.638						
	Q30	.884	.884	4.261	.624						

يوضح الجدول (9) معامل ارتباط Canonical Correlation الذي يقيس نسبة الارتباط لكل مجموعة من مجموعات المتغير التابع والمتغيرات المستقلة. كلما زادت قيمة أيجن كلما اتضح الفرق بين مجموعات المتغير التابع (y)، والمتغير التابع يُقسم إلى 4 مجموعات ولذلك يوجد 3 معادلات تمايز. ملخص نتائج دوال التمايز:

قيم أيجن 0.598 & 0.041 & 0.000، ومعامل الارتباط التوافقي 0.612 & 0.197 & 0.010، ومربع معامل الارتباط يمثل 0.37 & 0.03 & 0.0001 على التوالي يفسر التباين في هيكل العلاقة بهذا النموذج.

الجدول (9)

Summary of Canonical Discriminant Functions

Eigenvalues

Function	Eigenvalue	% of Variance	Cumulative %	Canonical Correlation
1	.598 ^a	93.6	93.6	.612
2	.041 ^a	6.4	100.0	.197
3	.000 ^a	.0	100.0	.010

a. First 3 canonical discriminant functions were used in the analysis.

يبين الجدول (10) معنوية النموذج حيث بلغ ويلكس لامبدا 0.601 والذي يتبع توزيع χ^2 بدرجات حرية 9 وبالتالي يُمكن الاعتماد على هذا النموذج ليميز بين أوجه العلاقة بين الأربع مجموعات والمتغيرات الأخرى.

جدول (10)

Wilks' Lambda

Test of Function(s)	Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig.
1 through 3	.601	256.038	9	.000
2 through 3	.961	20.077	4	.000
3	1.000	.046	1	.830

في الجدول (11) تم عرض المعاملات العيارية لدالة التمايز للمتغيرات الداخلة في التحليل، ومنه يمكن الوصول إلى دالة التمايز التي تربط المتغير التابع بالمتغيرات الداخلة في التحليل.

الجدول (11)

Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients

	Function		
	1	2	3
Q1	1.031	-.743-	.090
Q3	.047	1.201	-.326-
Q30	-.261-	.182	1.020

يُوضح الجدول (12) معاملات الارتباط التجميعية داخل المجموعات بين دالة التمايز والمتغيرات جميعها ومنه يتضح ارتباط قوي بين المتغيرات الداخلة في التحليل ودوال التمايز. توضح أهمية النسبة لأوزان المتغيرات المستقلة التي أدخلت لنموذج التمييز بين المجموعات الأربعة، يُفسر أنه أعلى نسبة $Q1=0.969$ لمعادلة (1)، $Q3=0.811$ لمعادلة (2)، $Q30=0.961$ لمعادلة (3). كما أن المعامل المعياري (من جدول 11) $Q1$ للمعادلة الأولى يساوي 1.031 و $Q3$ للمعادلة الثانية يساوي 1.201، و $Q30$ للمعادلة الثالثة يساوي 1.020.

والمعاملات الغير عيارية (من جدول 13) $Q1$ للمعادلة الأولى 1.003 و $Q3$ للمعادلة الثانية 1.245 و $Q30$ للمعادلة الثالثة 2.053.

الجدول (12)

Structure Matrix

	Function		
	1	2	3
Q1	.969*	.028	.244
Q9 ^b	.525*	.404	.114
Q2 ^b	.429*	.305	.093
Q28 ^b	-.127*	.070	-.010-
Q20 ^b	.104*	-.032-	-.057-
Q27 ^b	-.071*	-.012-	-.028-
Q3	.585	.811*	.005
Q4 ^b	.050	-.207*	.096
Q23 ^b	.127	.128*	.125
Q29 ^b	-.015-	.121*	.021
Q18 ^b	-.043-	-.116*	.046
Q17 ^b	.011	.100*	-.015-
Q16 ^b	.025	.100*	-.053-
Q7 ^b	.026	.091*	.011
Q24 ^b	.000	.080*	.073
Q22 ^b	.032	-.051*	.038
Q30	.102	.257	.961*
Q21 ^b	.037	.157	.176*
Q19 ^b	.091	.105	.167*
Q26 ^b	-.014-	-.136-	-.164*
Q6 ^b	.038	-.008-	.127*
Q25 ^b	-.063-	.002	-.107*
Q12 ^b	-.042-	.068	-.082*
Q15 ^b	.059	.056	.067*
Q8 ^b	-.045-	.011	.047*

Pooled within-groups correlations between discriminating variables and standardized canonical discriminant functions
Variables ordered by absolute size of correlation within function.

*. Largest absolute correlation between each variable and function.

b. This variable not used in the analysis.

من الجدول (13) نستطيع التوصل إلى 3 دوال تمايز غير عيارية مقدرة:

$$y_1 = -2.083 + 1.003x_1 + 0.049x_3 - 0.526x_{30}$$

$$y_2 = -0.577 - 0.723x_1 + 1.245x_3 + 0.336x_{30}$$

$$y_3 = -2.883 + 0.087x_1 - 0.338x_3 + 2.053x_{30}$$

الجدول (13)**Canonical Discriminant Function Coefficients**

	Function		
	1	2	3
Q1	1.003	-.723-	.087
Q3	.049	1.245	-.338-
Q30	-.526-	.366	2.053
(Constant)	-2.083-	-.577-	-2.883-

Unstandardized coefficients

يوضح الجدول (14) المركزية "Centroids" لكل مجموعة من مجموعات المتغير التابع، ويتم حساب هذه الجدول عن طريق التعويض بوسط المجموعة في دوال التمايز الغير عيارية المقدره.

الجدول (14)**Functions at Group Centroids**

Q5N	Function		
	1	2	3
نعمل لم	-.404-	.059	-.001-
من 1 - 2	.245	-.593-	-.003-
سنوات من 3 - 5	.940	.003	.037
سنوات من 6 أكثر	1.929	.147	-.010-

Unstandardized canonical discriminant functions evaluated at group means

يعرض (الجدول 15) ملخص لمعالجة التصنيف

الجدول (15)**Classification Statistics****Classification Processing Summary**

Processed		508
Excluded	Missing or out-of-range group codes	0
	At least one missing discriminating variable	0
Used in Output		508

- يوضح الجدول (16) نتيجة التصنيف باستخدام الدالة المقدره حيث نجد أن:
- 339 سيده تم تقسيمهن تقسيمًا صحيحًا وبالاستبعاد بنسبة 91.4% لم تعملن من جملة 371 سيده.
 - 2 من السيدات تم تقسيمهن تقسيمًا صحيحًا وبالاستبعاد بنسبة 3.9%، خبرة 1-2 سنة من جملة 51 سيده.
 - صفر من السيدات تم تقسيمهن تقسيمًا صحيحًا وبالاستبعاد بنسبة 0% خبرة 3-5 سنوات من جملة 29 سيده.
 - 48 سيده تم تقسيمهن تقسيمًا صحيحًا وبالاستبعاد بنسبة 84.2%، خبرة 6 سنوات فأكثر من جملة 57 سيده.

جدول (16)

Classification Results^{a,c}

Q5N	Predicted Group Membership	Total				
		تعمل لم	من 1 - 2	سنوات من 3 - 5	سنوات من 6 أكثر	
Original	Count	339	2	0	30	371
	من 1 - 2	42	2	0	7	51
	سنوات من 3 - 5	19	1	0	9	29
	سنوات من 6 أكثر	8	1	0	48	57
	%	91.4	.5	.0	8.1	100.0
Cross-validated ^b	Count	339	2	0	30	371
	من 1 - 2	44	0	0	7	51
	سنوات من 3 - 5	19	1	0	9	29
	سنوات من 6 أكثر	9	5	0	43	57
	%	91.4	.5	.0	8.1	100.0
	من 1 - 2	86.3	.0	.0	13.7	100.0
	سنوات من 3 - 5	65.5	3.4	.0	31.0	100.0
	سنوات من 6 أكثر	14.0	1.8	.0	84.2	100.0
	من 1 - 2	15.8	8.8	.0	75.4	100.0

a. 76.6% of original grouped cases correctly classified.

b. Cross validation is done only for those cases in the analysis. In cross validation, each case is classified by the functions derived from all cases other than that case.

c. 75.2% of cross-validated grouped cases correctly classified.

III- النتائج والتوصيات

1-3- النتائج

- هناك تأثير معنوي لكل من المتغيرات التالية على سنوات الخبرة:
 - Q1- العمر.
 - Q2- الحالة الاجتماعية.
 - Q3- عدد الأبناء.
 - Q4- المستوى التعليمي.
 - Q9- من هو ولي الأمر.
 - Q12- دخل الأسرة الشهري.

ويكاد المتغيران Q21- تأثير الموافقة على العمل خارج مدينة المعيشة على زيادة البطالة، وQ22- تأثير عدم إتقان اللغة الإنجليزية على زيادة البطالة، أن يقتربا من المعنوية وقيمتهم $0.068 > 0.05$ ولكن بفارق بسيط قد يتغير إذا إزداد حجم العينة.

- إنخفضت المتغيرات المعنوية عندما إجتمعت في النموذج وأصبحت المتغيرات الأكثر معنوية مجتمعة بعد تطبيق أسلوب Stepwise هي:

Q1- العمر.

Q3- عدد الأبناء.

Q30- تأثير الاختلاط في بيئة العمل على زيادة البطالة.

- العلاقة بين المتغير "فئات العمر وسنوات الخبرة":

نلاحظ أن أعلى عدد من السيدات اللاتي لم يعملن يتركز في الفئة العمرية (20-25) سنة أي بعد إنهاء تعليمهن الجامعي، ثم يقل عدد الباحثات عن عمل مع التقدم في العمر.

- العلاقة بين المتغير "عدد الأبناء وسنوات الخبرة":

نلاحظ أنه كلما زاد عدد الأبناء تنازلت المرأة عن شروط العمل والتحققت بالعمل كلما زاد عدد الأبناء نتيجة الاحتياج المادي وضرورة راتبها ولكن الفئة الأولى لا يوجد أبناء وعدد العاطلات كبير لأنهن لم يكملن دراستهن أو هن في طور تطوير أنفسهن حتى يتسنى لهن الحصول على عمل مناسب.

- العلاقة بين المتغير "القبول بالعمل في بيئة وظيفية مختلطة وسنوات الخبرة":

لوحظ أن 170 امرأة في حالة بطالة توافقت على العمل في بيئة مختلطة وفي نفس في المقابل هناك 201 امرأة لا تعملن أي عاطلات ولا توافقت على العمل المختلط.

3-2- التوصيات

من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج يمكن الخروج بالتوصيات التالية:

- العمل على تشكيل لجان لتطوير المناهج التعليمية بما يتناسب مع متطلبات سوق العمل حتى يقل عدد الباحثات عن عمل.

- العمل على زيادة فرص تعليم المرأة بما يساعدها على الالتحاق بسوق العمل والعمل على رفع المكانة الاجتماعية لها.
- السعي إلى إنشاء المشروعات كثيفة العدد بما يمكن من استيعاب العمالة بصورة أكبر وخاصة بين الإناث.
- زيادة مساهمة القطاع العام مع القطاع الخاص في زيادة الرواتب بما يتناسب مع متطلبات الحياة للمواطنة السعودية.
- تنظيم دورات تدريبية متخصصة لإعداد الخريجات والباحثات عن عمل حتى يمكن تأهيلهن للأعمال المتاحة.
- أهمية وضع برامج توعوية موجهة لأولياء الأمور حتى ييسروا على بناتهن العمل في كافة المجالات مع توضيح عدم خطورة العمل وخاصة في أوقات تناسب المرأة السعودية، والاختلاط بالعمل طالما في الحدود المسموح بها.
- عقد دورات تدريبية من قبل الشركات والوزارات لتأهيل النساء وإعطائهن الخبرة الكافية لمتطلبات الوظائف وعمل إختبارات قبول في الوظائف للتأكد من خبرتهن.

- قائمة المراجع

- المراجع باللغة العربية

- أحمد عبد المنعم، عبد الحميد العباسي، "الأساليب الإحصائية الحديثة لتحليل البيانات باستخدام الحزم الإحصائية"، القاهرة.
- آلاء حمودات، الدالة التمييزية وطرق تحديد متغيراتها، جامعة الموصل، العراق، 2005.
- آمال صلاح عبد الرحيم، "المرأة السعودية والمشاركة في صنع واتخاذ القرار- اتجاه الطالبة الجامعية السعودية نحو تمكين المرأة من المشاركة في صنع واتخاذ القرار"، مركز بحوث الدراسات الإنسانية - عمادة البحث العلمي - جامعة الملك سعود - شؤون اجتماعية، العدد 123، 2014.
- سامية سالم، وسمير عاشور، "العرض والتحليل الإحصائي باستخدام Spss"، القاهرة.. الطبعة الثالثة، 2009.

- شروق عبد العزيز بن صالح الخليف، "تمكين المرأة السعودية كأحد الحلول للفقر المؤنث" Journal of Social Affairs 2015 Vol.32 Issue 125, pp.83-106، 2015.
- عبد الله الشتيوي وآخرون، "توظيف المرأة السعودية في القطاعين العام والخاص"، مجلس الغرف السعودية، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، 1429هـ.
- علي آل عبد القادر، "المرأة، الإرادة والتحدى"، الدار السعودية للنشر والتوزيع، 2004.
- محمد عبد الله البكر، "أثر البطالة في البناء الاجتماعي للمجتمع"، مجلة العلوم الاجتماعية، 2004، 263-295.
- محمود عبد العال مشعال، "القياس الكمي لخطر البطالة في المملكة العربية السعودية"، مجلة العلوم التجارية، 2013، 462-483.
- مها العجمي، "المشاريع النسائية الصغيرة ودورها في حل مشكلة البطالة في المملكة العربية السعودية"، مجلة جامعة أم القرى للعلوم الاجتماعية، 2015، 247-297.
- نوال حجي حمود الحربي، "عوامل البطالة في مدينة الرياض - الخصائص والآثار"، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، المجلد 32، العدد 65، الرياض، 2016، 91-132.
- هند عقيل الميزر، "المرأة السعودية في التمهيش إلى التمكين في التعليم والعمل"، المجلة العربية للدراسات الأمنية - العدد (68)، 2015، 127-154.

- المراجع باللغة الأجنبية

- Calcoullos, T. (1970), "Discriminant Analysis and Application", Academic Press, New York.
- Flury, B. and Riedwyl H. (1985), "T - Tests, the Linear Two-Group Discriminant function and their Computation by Linear Regression", The American Statistician.
- Knke, J. D. (1982), "Discriminant Analysis with Discret and continuous variables", Biometrika.
- Matthew Goldstein and William R. Dillon, (1978), "Discrete Discriminant Analysis", John Wiley and Sons.

العنف ضد المرأة في السلم والنزاعات المسلحة بين المعنى والمواجهة (اغتصاب الإناث نموذجاً)

مجدي محمد جمعة¹

- مستخلص

جاءت الشريعة الإسلامية بمبادئ لإصلاح شأن المرأة، نذكر منها التساوي مع الرجل في أصل الخلق وفي القيمة الإنسانية المشتركة ونبذ العنف.

والعنف الذي يُعتد به في القانون الجنائي المصر، هو العنف الذي يؤدي إلى تحقيق نتيجة غير مشروعة مُجرمة قانوناً ومُطابقة للنموذج التشريعي.

ولقد انتهج المشرع في سياسته التشريعية الجنائية النص على حماية المرأة من الأذى سواء من الناحية الجسمانية أو الجنسية.

وانتشرت مؤخراً جرائم العنف ضد المرأة، فقد أثرت الظروف الاجتماعية والسياسية في العالم ومصر وبعض الدول العربية بعد أحداث ثورة 25 يناير عام 2011 على معدلات ارتكاب الجرائم.

وتُهدد جريمة إغتصاب الإناث أمن واستقرار المجتمعات لأنها تؤدي إلى بث الرعب والخوف في قلوب الأمنين، وذلك مما ينجم عن هذه الجريمة من اعتداء على حرية المرأة الجنسية التي سُلبت إرادتها وتم الاعتداء على شرفها وعرضها بما لا ترضاه، وتم اغتصاب الإناث في زمن السلم وفي زمن النزاعات المسلحة الدولية ويُشكل اغتصاب الإناث جريمة بموجب القوانين الجنائية الداخلية للدول، كما أنه يشكل جريمة بموجب القانون الدولي الإنساني.

وقد أوضحت الدراسة ان الضرر المترتب على عدم تنفيذ القانون الدولي الإنساني تنفيذاً فعلياً في ظل ظروف النزاعات المسلحة الدولية خاصة في شأن حماية المرأة غالباً ما يكون ضرراً يتعدى تداركه أو إصلاحه، وهكذا تبدو الضرورة الملحة لتفعيل تنفيذ هذا القانون، بما يشمل من ضمانات، حيث اشتملت صكوك القانون الدولي الإنساني على مجموعة عديدة من الآليات الدولية لضمان تنفيذه.

وقد صدر في مصر قرار رئيس مجلس الوزراء بشأن إنشاء اللجنة القومية لتنفيذ القانون الدولي الإنساني، تضم مثلاً لوزير الداخلية، كما تم إنشاء قطاع لحقوق الإنسان وكذلك تفعيل دور مركز الإعلام الأمني بوزارة الداخلية المصرية في التوعية للوقاية من الجرائم.

وينبغي أن تكون المرأة على دراية بالنصوص التي تكفل لها الحماية القانونية، وأن تتمسك بتطبيقها عند الحاجة إليها كما يجب على الهيئات المعنية بحقوق المرأة أن تكثف من دورها التوعوي والمجتمعي لتفعيل الحماية القانونية والقضائية والأمنية للحقوق الإنسانية للمرأة.

الكلمات الدالة: العنف الجنسي، اغتصاب النساء، النزاعات المسلحة.

¹ دكتور راند في علوم الشرطة، تخصص علوم جنائية، كلية الدراسات العليا، أكاديمية الشرطة، جمهورية مصر العربية.

-Abstract: Violence against women in peace and armed conflict between meaning and confrontation, (Female rape as a model).

Islamic law came with principles to reform the affairs of women we mention equality with men in the origin of creation, in common human value, and in rejecting violence.

Violence that is considered significant in the Egyptian criminal law is violence that leads to the achievement of an illegal, criminal and legally binding result that is identical to the legislative model.

In his criminal legislative policy, the legislator has adopted a provision to protect women from harm, whether physical or sexual violent crimes against women have recently spread, as social and political conditions in the world, Egypt and some Arab countries - after the events of the January 25, 2011 revolution - affected rates of crime.

The crime of female rape threatens the security and stability of societies because it leads to spreading terror and fear in the hearts of the safe. This results in an attack on the sexual freedom of women who were robbed of their will, and their honor and offer were assaulted in a manner that does not satisfy them, and women were raped in peacetime and in times of conflict. International armed

Female rape is a crime under the internal criminal laws of states, and it is also a crime under international humanitarian law.

The study showed that the harm resulting from the lack of effective implementation of international humanitarian law in light of the circumstances of international armed conflicts, especially in the matter of protecting women, is often irreversible or irreparable harm, and thus the urgent necessity to activate the implementation of this law, including the guarantees it includes, appears to include International humanitarian law instruments contain a variety of international mechanisms to ensure its implementation.

In Egypt, a decision was issued by the Prime Minister regarding the establishment of the National Committee for the Implementation of International Humanitarian Law, which includes a representative of the Minister of Interior. A human rights sector has also been established, as well as activating the role of the Security Information Center at the Egyptian Ministry of Interior in raising awareness of crime prevention.

Women should be aware of the texts that guarantee them legal protection, and adhere to their application when needed, and the women's rights bodies must intensify their awareness and community role to activate legal, judicial and security protection of women's human rights.

Key Words: Sexual Violent, Protection of women, Armed conflict.

I- مدخل عام للدراسة

لقد تزايدت أعمال العنف ضد المرأة حتى أصبحت تمثل مشكلة تحتاج إلى العديد من الدراسات التي تهدف تحليلها واقتراح أساليب مختلفة للعلاج، وهذا التزايد في درجات العنف ظهر في أنماط السلوك المختلفة للأفراد، حتى أصبح في شكل جرائم ترتكب ضد الأفراد، (أحمد المجدوب، 2003).

وتستوي في نظر القانون كافة الوسائل التي يستخدمها الجاني، ولا يشترط أن يتربص العنف أثراً بجسم المجني عليها أو الجاني، بينما يشترط في إحداث العنف أن يكون موجهاً إلى جسد الأنثى نفسها، وتقدير مدى جسامة العنف الذي يشكل الإكراه المادي أو المعنوي، ومدى تأثيره على إرادة المجني عليها هو مسألة موضوعية، يترك لتقدير قاضي الموضوع في كل حالة على حدة.

وتتمثل مشكلة الدراسة في أن جرائم الاغتصاب قد طفت على سطح الأحداث في الآونة الأخيرة في جميع أنحاء العالم، وهذه الجرائم تتسم بأقصى درجات العنف المتجه نحو المرأة لما لهذه الجرائم من آثارها النفسية والاجتماعية على ضحيتها.

ولذا فإن هذه الدراسة تهدف بصفة أساسية إلى إلقاء الضوء على أهم أنواع ومصدر العنف الذي تتعرض له المرأة في أوقات السلم وعند حدوث النزاعات المسلحة والتي زاد انتشارها في العصر الحديث في العديد من بلدان العالم وفي المنطقة العربية.

ويشكل اغتصاب الإناث جريمة بموجب القوانين الجنائية الداخلية للدول، كما أنه يشكل جريمة بموجب القانون الدولي الإنساني، غير أنه في القانون الدولي الإنساني لم يرد تعريف دقيق ومحدد للاغتصاب، فمعظم الصكوك الدولية تعالج هذا النوع من الجرائم بصورة مختلفة، منظوراً إليه من ناحية الجناة أو من ناحية الضحايا، (اسماعيل عبد الرحمن محمد، 2000)، والصورة الواضحة أنه يرتكب من مقاتلي إحدى الدول الأطراف في النزاع المسلح ضد المدنيين من مواطني الدولة الأخرى الطرف الآخر، كما أنه قد يأتي بصورة واضحة في بعض الصكوك الدولية أو يأتي بصورة ضمنية، (Bassiouni and Manikas,).

ويحمي المشرع العرض بحمايته للحرية الجنسية للأفراد ويحظر الاعتداء عليها، حيث يضع المشرع قيوداً قانونية معينة، ويرتب على خرق هذه القيود عقوبات رادعة، (عبد الحكم فودة، 1994).

ويهدف التنظيم الاجتماعي والقانوني للحرية الجنسية إلى تحقيق غرضين: أحدهما توجيه الحياة الجنسية إلى غرضها الاجتماعي كباعث على الزواج، وكرابطة وثيقة بين الزوجين ووسيلة إلى الإنجاب، وأساساً للعائلة الشرعية التي هي بدورها نواة للمجتمع، أما الغرض الثاني فهو تقادي أن تكون الفوضى الجنسية سبيلاً إلى الفساد الأخلاقي والأمراض البدنية والنفسية وإنحلال العائلة مما ينعكس في النهاية على المجتمع، (محمود نجيب حسنى، 1981).

II - اغتصاب الإناث في زمن السلم وزمن النزاعات المسلحة الدولية

تُهدد جريمة إغتصاب الإناث أمن واستقرار المجتمعات لأنها تؤدي إلى بث الرعب والخوف في قلوب الأمنين، وذلك مما ينجم عن هذه الجريمة من اعتداء على حرية المرأة الجنسية التي سُلبت إرادتها وتم الاعتداء على شرفها وعرضها بما لا ترضاه، وتم ذلك سواء في العصر القديم أو في العصر الحدي، وكذلك تم اغتصاب الإناث في زمن السلم وفي زمن النزاعات المسلحة الدولية.

ونتناول في هذه الدراسة اغتصاب الإناث في العصر الحديث في زمن السلم وفي زمن النزاعات المسلحة الدولية ومما لا شك فيه أن حماية الأعراض والذود عنها بكل قوة مقصد من مقاصد الشريعة الإسلامية الغراء التي أباحت للإنسان المسلم أن يدافع عن عرضه وشرفه بكل ما أوتي من قوة وإن أدى ذلك إلى هلاك الأرواح.

أولاً: اغتصاب الإناث في العصر الحديث في زمن السلم:

تُعتبر جريمة الاغتصاب من الجرائم التي تسهم ثقافة المجتمع في تشكيلها، أكثر مما تسهم في تشكيل جريمة أخرى، ويُعرف الاغتصاب "بأنه الوقاع غير المشروع بأنثى مع العلم بإنقاء رضاها"، (حسن المرصفاوي، 1978)، وقد إشتراط المشرع أن تقوم الجريمة بدون إرادة المجني عليها، ويتحقق ذلك إما بوقوع إكراه أو كل مؤثر يقع على المجني عليها ويكون من شأنه أن يحرّمها الإختيار في الرضاء وعدمه، سواء أكان هذا المؤثر آتياً من قبل الجاني كالتهديد أو ما شابه، أم كان ناشئاً عن حالة قائمة بالمجني عليها كالنوم أو ما شابه ذلك، والإكراه المادي يتمثل في مسلك الجاني الذي يتسم بالعنف واستعمال القوة البدنية، بهدف إحباط مقاومة المجني عليها وإخضاعها له ليتحقق الهدف من ارتكاب الجريمة.

وتستوي في نظر القانون كافة الوسائل التي يستخدمها الجاني، ولا يشترط أن يترك العنف أثراً بجسم المجني عليها أو الجاني، بينما يشترط في إحداث العنف أن يكون موجهاً إلى جسد الأنثى نفسها، وتقدير مدى جسامة العنف الذي يشكل الإكراه المادي أو المعنوي،

ومدى تأثيره على إرادة المجني عليها هو مسألة موضوعية، يترك لتقدير قاضي الموضوع في كل حالة على حدة.

ثانياً. اغتصاب الإنانث في العصر الحديث في زمن النزاعات المسلحة الدولية:

تطور مفهوم الجرائم ضد الإنسانية وأنماطها² قبل محاكمات نورمبرج، فلم يرد تعبير الجرائم ضد الإنسانية في قوانين الحرب السابقة على ميثاق نورمبرج لسنة 1945³.

غير أنه وردت إشارات عديدة لتعبير القوانين الإنسانية The Laws of Humanity فقد أشارت مقدمة إتفاقيتي لاهاي الثانية لسنة 1899 والرابعة لسنة 1907 بشأن قوانين وأعراف الحرب إلى تعبير القوانين الإنسانية، وإن لم يرد بهما تعريف محدد للقوانين الإنسانية، غير أنها حددت الغرض من هذا النص وهو شعور واضعي الإتفاقيه بعدم إكتمال قوانين الحرب بعد، بحيث لم تشتمل على التعرض لكل انتهاكات هذه القوانين، ويبقى المدنيون والمحاربون في حماية المبادئ العامة لقانون الأمم Principles of the Law of Nations التي تجد مصدرها في العرف السائد بين الأمم المتحضرة والقوانين الإنسانية The Laws of Humanity.

ويتفق الباحث مع البعض في أنه لا يمكن حمل هذا النص على أنه يعبر عن الجرائم ضد الإنسانية، بل أنه بمنزلة توجيه نظر المجتمع الدولي إلى أن هناك بعض أنماط السلوك لم تشملها المعاهدة القائمة وتمثل انتهاكاً لقوانين الإنسانية يلزم تجريمها، وأن أهمية هذا النص تكمن في أنه كان باعاً أولياً على تجريم بعض أنماط السلوك التي تمثل جرائم ضد الإنسانية، (اسماعيل عبد الرحمن محمد، 2000).

وعند النظر في الجرائم التي ارتكبتها ألمانيا وحلفاؤها إبان الحرب العالمية الأولى أثناء انعقاد المؤتمر التمهيدي للسلام الذي عُقد سنة 1919. "Conference of Paris 1919"، وكذا إتفاقية فرساي للسلام الموقعة في باريس سنة

² صدر التصريح الذي تناول تعبير الجرائم ضد الإنسانية في 28 مايو لسنة 1915م، في كل من فرنسا وبريطانيا وروسيا، حيث ادعت تلك الدول أن قيام الحكومة التركية بإرتكاب مذابح ضد الأقلية من الأرمن في تركيا تمثل جرائم ضد الإنسانية. Sunga, op, cit, p.43.

³ نتج عن محاكمات نورمبرج توقيع عقوبات جنائية على كبار مجرمي الحرب الألمان، بالإستناد إلى المسؤولية الجنائية لهؤلاء الجناه عن الجرائم التي ارتكبوها إبان الحرب العالمية الثانية، كما نوه حكم المحكمة إلى إمكانية تكرار هذه الأفعال في حروب مستقبلية، الأمر الذي دعا الجمعية العامة لمنظمة الأمم المتحدة أن تتخذ من التدابير ما يلزم لضمان ألا تذهب الدروس المستفادة من محاكمات نورمبرج.

1919، أوكلت إلى لجنة لتقصي الحقائق عن مخالفات قوانين وعادات الحرب التي وقعت أثناء الحرب العالمية الأولى.

وقد حصرت هذه اللجنة إثنين وثلاثين عملاً تُعد جرائم حرب أو ما عبرت عنه بأنه خرق جسيم لقوانين وعادات الحرب "Breaches of the Laws and Customs of War" من أهمها عمليات القتل والمذابح على نطاق واسع، وتعذيب المدنيين، وإبعاد المدنيين قسراً والاعتصاف، وخطف الفتيات الصغار والنساء لإجبارهن على البغاء، وإبعاد المدنيين ووضعهم في ظروف غير إنسانية، والزامهم بالقيام بأعمال تتصل بالعمليات الحربية وتدمير الأماكن الدينية والتعليمية والتاريخية والأثرية، ورغم إخفاق المجتمع الدولي في أعقاب الحرب العالمية الأولى في محاكمة مجرمي الحرب، فإن المبادئ التي تمت صياغتها في معاهدة فرساي 1919. التي أشارت إلى جرائم الحرب والجرائم ضد الإنسانية تعد حلقة أساسية في حلقات تبلور مفهوم وصور جرائم الحرب، (اسماعيل عبد الرحمن محمد، 2000).

وقد ذهب الوفد الأمريكي في تقريره إلى الاعتراض على إدراج جريمة مخالفة القوانين الإنسانية، وأسس إعتراضه على أنه ليس هناك تحديد واضح لتعبير الإنسانية Humanity وأنه متغير ويخضع للأهواء والضمير الفردي للقاضي Conscience of individual judge ونادى إلى الأخذ بفكرة العدالة المعروفة في النظام الأنجلو / أمريكي The place of equity in Anglo-American legal system التي يمكن الاعتماد عليها واعتبارها جزءاً من النظام القانوني، وما يدعم ذلك أن فكرة العدالة في النظام الأنجلو/ أمريكي تقوم على مدى توافر عنصر الضرر Tort الذي يأخذ مكانه بتوسع في نظم العدالة المختلفة، الأمر الذي يجعله مفيداً في تحديد درجات المسئوليتين الجنائية والمدنية.

وتجدر الإشارة إلى أن حوادث إغتصاب الإناث وغيرها من أنماط الإعتداء الجنسي التي تمت في الفترة من 1991 إلى نهاية 1993، وقعت على إقليم يوغوسلافيا السابقة.

وتبين للجان التحقيق والمراقبين وشهود العيان، أن هذه الجرائم كانت تتم في إطار سياسة منهجية عامة وعلى نطاق واسع مما يعكس إرادة الدولة في ارتكاب تلك الجرائم،

فضلاً عن أنها كانت تُرتكب أثناء العمليات العدائية العسكرية، الأمر الذي جعل مُعدي ميثاق يوغسلافيا، يعالجون جرائم الاغتصاب في إطار منظومة الجرائم ضد الانسانية.

وتتجلى أهمية دور النوع في عمليات دعم السلام في وجود المرأة في بعثات حفظ السلام ويزيد من فرص الوصول إلى المرأة على المستوى المحلي ومساندتها، بل أن هذا الوجود يجعل الذكور المنوط بهم حفظ السلام أكثر ميلاً للتأمل والتدبر وأكثر إحساساً بالمسئولية، أضف إلى ذلك أنه يوسع نطاق المهارات والأساليب المتاحة داخل تلك البعثات، وغالباً ما يسهم في إنكماش الصراع والمواجهة، وأن الدمج بين الجنسين في هذه الحالة ليس عادلاً فقط وإنما هو مفيد أيضاً، وذلك بإدارة عمليات حفظ السلام بمنظمة الأمم المتحدة، (إسماعيل سراج الدين، بدون سنة نشر).

(Mainstreaming a Gender Perspective in Multidimensional Peace Operational, 2000).

ومن أجل توفير الحماية لكافة ضحايا النزاعات المسلحة، سواء تعلق الأمر بنزاع مسلح دولي أو غير دولي، فإن القانون الدولي الإنساني لا يميز أي فئة من الأفراد على حساب غيرها.

ومن حيث كونهم أفراداً لا يشاركون مباشرة في الأعمال العدائية، يحظي الأطفال بحماية عامة تمنحهم ضمانات أساسية ومثلهم في ذلك مثل كافة المدنيين الآخرين، فانهم يتمتعون بالحق في إحترام حياتهم وسلامتهم البدنية والمعنوية، وتحظر أعمال الإكراه والإيذاء البدني والتعذيب والعقوبات الجماعية والإقتصاص، وإيذاء الأطفال أو إيذاء غيرهم من المدنيين.

وفي واقع الأمر بلغ الكفاح من أجل كفالة حماية الأطفال المعرضين للنزاعات المسلحة وضمان حقوقهم نقطة تحول، فعلى مستوى الموثيق والمعاهدات الدولية توجد حالياً مجموعة شاملة من الصكوك والقواعد والالتزامات، وتوفر هذه المجموعة أدوات فعالة وأساساً محدداً تحديداً جيداً لعملية إنفاذ القواعد والالتزامات من أجل كفالة حماية للأطفال المعرضين للنزاعات المسلحة، وتحقيق هذا الهدف سيتطلب إلتزاماً جدياً من جانب أصحاب المصلحة على الصعيد الدولي والمحلي، إلى جانب إطار من التعاون وبروح من وحدة الهدف، (محمود سعيد محمود سعيد، 2007).

III- أوجه الإتفاق والإختلاف في مفهوم اغتصاب الإناث

إنتشرت جرائم الاغتصاب في المجتمعات المعاصرة، مما يهدد أمن هذه المجتمعات وإستقرارها، لأنها تؤدي إلى بث الرعب والخوف في قلوب الأمنين.

وسنتناول مفهوم اغتصاب الإناث في الفقه الإسلامي وفقه القانون الوضعي، ثم مفهوم اغتصاب الإناث في القانون الدولي الإنساني وأخيراً أوجه الإتفاق والإختلاف في مفهوم اغتصاب الإناث بين الفقه الإسلامي والقانون الوضعي والقانون الدولي الإنساني وذلك على النحو التالي:

- مفهوم اغتصاب الإناث في الفقه الإسلامي وفقه القانون الوضعي

سنتناول مفهوم اغتصاب الإناث في الفقه الإسلامي ثم في القانون الوضعي المصري، (نسرين خالد، 2005)، وذلك على النحو التالي:

أولاً - مفهوم اغتصاب الإناث في الفقه الإسلامي:

في البداية نعرف الجريمة في اللغة ثم من حيث الأطلاق ثم تعريف الجريمة في الفقه الإسلامي ثم مفهوم جريمة الاغتصاب، وأخيراً سنتناول مقاصد الشريعة الإسلامية والتشريعات الوضعية من تجريم الاعتداء على الأعراض والحُرّمات الجنسية، وذلك كما يلي:

أ - معنى اغتصاب الإناث:

سنتناول جريمة اغتصاب الإناث في اللغة ثم في الفقه الإسلامي، وذلك على النحو التالي:

- معنى اغتصاب الإناث في اللغة:

الغصب هو أخذ الشيء ظلماً، يقال غصب الشيء يغصبه غصباً وإغتصبه فهو غاصب، ويقال غصبها نفسها، اذا واقعها كرهاً فاستعاره للجماع، ومن هنا قيل غصب الرجل المرأة نفسها إذا زنى بها كرهاً وإغتصبها نفسها كذلك فيقال اغتصبت المرأة نفسها ربما قيل على نفسها، (لسان العرب لابن منظور)، قال الله تعالى: "وَكَانَ وِزَاءُ هُمْ مَلِكٌ يَأْخُذُ كُلَّ سَفِيحَةٍ عَصَباً"، (سورة الكهف، جزء من آية 79).

- مفهوم جريمة اغتصاب الإناث في الفقه الإسلامي:

جريمة اغتصاب الإناث لا تختلف في مفهومها عن جريمة الزنى، (عبد الفتاح بهيج عبد الدايم علي العواري، 2010)، سوى أن اغتصاب المرأة يتم بإكراهها على الزنى دون رضاها أو بأي وسيلة أخرى من الوسائل التي من شأنها أن تعدم الرضا وتفسد الإختيار مثل النوم والإسكار.

وبالبحث في مذاهب فقهاء الشريعة الإسلامية، لم نجد تعريفاً محدداً لجريمة الاغتصاب إلا أنه قد تم الرجوع إلى بعض النصوص الفقهية التي تبين (حكم المستكرهه على الزنى) وذلك في كل من المذهب الحنفي، والمالكي، والشافعي والحنبلي، والظاهري، والشيعة الزيدية، والشيعة الإمامية والأباضية، حيث يمكن القول بوجه عام أن جريمة اغتصاب النساء في نظر الفقهاء المسلمين تتحقق بقيام الرجل بإكراه المرأة على الزنى.

ويكاد يجمع فقهاء الشريعة الإسلامية على أن الإكراه هو من أقوى الوسائل إلى تساعد على قيام جريمة اغتصاب الإناث، بالإضافة إلى وسائل أخرى مثل النوم والجنون والصغر والجوع والعطش والإضطرار، وهو ما نص عليه فقهاء الحنفية والمالكية والشافعية والحنابلة والإمامية، أما بقية المذاهب الأخرى: الظاهرية والزيدية والأباضية فقد أخذوا بالمفهوم الضيق لجريمة اغتصاب الإناث، فالجريمة عندهم تقف عند حد الإكراه، (محمد الشحات الجندي، بدون سنة نشر).

IV- مقاصد الشريعة الإسلامية والتشريعات الوضعية من تجريم الاعتداء على الأعراس والحرّامات الجنسية:

تواجه المرأة العنف خاصةً الاعتداء على الأعراس والحرّامات الجنسية، (أحمد أمين قانون العقوبات القسم الخاص، بدون سنة نشر)، (عزت محمد النمر، بدون سنة نشر)، ونجد أن الشريعة الإسلامية في تنظيمها وتجريمها للعلاقات والأفعال الجنسية الخارجة عن نطاقها الشرعي، مقصدها من هذا التنظيم هو حماية القيم الدينية والاجتماعية والإنسانية، في حين أن التشريعات الوضعية لم تُجرّم هذه العلاقات إلا إذا شكلت اعتداءً على أمن المجتمع واستقراره، (عبلة عبد العزيز عامر، 2010).

وتحمي الشريعة الإسلامية الأعراس، ويُعد ذلك مقصداً من المقاصد الضرورية في الشريعة الإسلامية، وتلك المقاصد هي حفظ الدين والنفس والنسل والمال والعقل، وفي ذلك دليل على وجوب ممارسة كل علاقة جنسية بين الرجل والمرأة في إطارها الشرعي، وهو الزواج الشرعي الصحيح المستوفي لكافة أركانه وشروطه، وتحريم كل ما عدا ذلك من علاقات جنسية شاذة، (عبلة عبد العزيز عامر، 2010)، والبحث في موضوع الإنجاب للتعرف على ما هو مباح وما هو مجرّم، (محمود أحمد طه، 2010-2011)، حيث تثار تساؤلات عديدة تتعلق بمدى مشروعية وسائل الإنجاب⁴، ومدى مشروعية صورة أخرى قريبة منها،

⁴ تقتصر الصورة الطبيعية للإنجاب على تلك التي تتم نتيجة التقاء الذكر بالأنثى جنسياً. فعل الوطء. والذي ينجم عنه قذف ماء الرجل في مهبل الأنثى، ليلتقي الحيوان المنوي بالبويضة فتتكون النطفة التي هي بداية الحمل، لتكتمل عقب ذلك بقية مراحل الحمل إلى أن يأذن الله للجنين بالخروج طفلاً بطريق الولادة.

توصل إليها الطب حديثاً، تُمكن من يعاني من عدم القدرة علي الإنجاب عن طريق تلقيح مني الرجل ببويضة الأنثى صناعياً، (مجد على الباز، بدون سنة نشر).

أولاً- تعريف جريمة اغتصاب الإناث في فقه القانون الوضعي:

الجريمة هي الواقعة المنطبقة على أحد نصوص التجريم اذا أحدثها إنسان أهلاً للمسئولية الجنائية، (علي راشد، 1974). وتُعتبر جريمة اغتصاب الإناث من الجرائم التي تسهم ثقافة المجتمع في تشكيلها، أكثر مما تسهم في تشكيل جريمة أخرى، ويُعرف الاغتصاب "بأنه الوقاع غير المشروع بأنثى مع العلم بإنقاء رضاها"، (حسن المرصفاوى، 1978)، وقد إشتراط المشرع أن تقوم الجريمة بدون إرادة المجني عليها، ويتحقق ذلك إما بوقوع إكراه أو كل مؤثر يقع على المجني عليها ويكون من شأنه أن يحرمها الإختيار في الرضاء وعدمه، سواء أكان هذا المؤثر آتياً من قبل الجاني كالتهديد أو ما شابه، أم كان ناشئاً عن حالة قائمة بالمجني عليها كالنوم أو ما شابه ذلك، والإكراه المادي يتمثل في مسلك الجاني الذي يتسم بالعنف وإستعمال القوة البدنية، بهدف إحباط مقاومة المجني عليها وإخضاعها له ليتحقق الهدف من ارتكاب الجريمة.

* **المادة 267** من قانون العقوبات المصري: نصت على "من واقع أنثى بغير رضاها، يعاقب بالإعدام أو السجن المؤبد، ويُعاقب الفاعل بالإعدام إذا كانت المجني عليها لم يبلغ سنها ثماني عشرة سنة ميلادية كاملة أو كان الفاعل من أصول المجني عليها أو من المتولين تربيتها أو ملاحظتها أو ممن لهم سلطة عليها أو كان خادماً بالأجر عندها أو عند من تقدم ذكرهم، أو تعدد الفاعلون للجريمة"، (المادة رقم 267 من المرسوم بقانون رقم 11 لسنة 2011)، ويعتبر ركن الإكراه من أبرز أركان جريمة اغتصاب الإناث، سواء كان هذا الإكراه مادياً أم معنوياً، وجريمة اغتصاب الإناث لا تتحقق إلا باتصال الرجل بالمرأة اتصالاً جنسياً، ومعاشرة المرأة، وذلك بسلوك إيجابي من جانب الرجل، ولا بد لقيام جريمة اغتصاب الإناث من أن يتم ذلك الاتصال (بدون رضى صحيح) من المرأة ورغماً عنها، والاعتصاب يدخل في المفهوم الواسع للزنى؛ حيث ورد النص على جريمة الاغتصاب في الباب الرابع من الكتاب الثالث، (حسني إبراهيم صالح عبيد، 2002)⁵.

⁵ - وإن اتجهت بعض التشريعات الغربية إلى حماية الحرية الجنسية حماية مطلقة، فلا تجيز للزوج موافقة زوجته إلا برضاها وإلا عد مرتكباً لجريمة الاغتصاب، مثل معظم قوانين الولايات المتحدة الأمريكية "د. أشرف شمس الدين، الحماية الجنائية للحق في صيانة العرض، رسالة دكتوراه، كلية الحقوق - جامعة القاهرة، 1995م، رقم 106 ص 172.

*** علة التجريم:**

يُعد فعل الاغتصاب أفحش وأفحش أنواع السلوك الإجرامي المتضمن الإعتداء على العرض، (عبد الفتاح بهيج عبد الدايم علي العواري، 2010)، فالجاني في هذه الجريمة يقوم بممارسة نشاط إجرامي جنسي بدون رضاه المجني عليها، حيث يكرهها على سلوك جنسي لم تتجه إرادتها إلى مباشرته، مما يشكل إعتداءً على حريتها الجنسية التي هي محل الحماية الجنائية.

ولا يقتصر أمر هذا الفعل الفاحش عند هذا الحد، ولكنه يتعدى ذلك حيث يعتدى على حقوق الآخرين فهو يعتدى على الحرية العامة للمجني عليها، وعلى حضانة جسمها مما يترتب حدوث أضرار بالغة في الصحة النفسية والعقلية والشرف وفرص زواجها وإستقرارها العائلي إن كانت متزوجة، أو يترتب أمومة غير شرعية لا ترغب فيها، مصحوبة بأضرار مادية ومعنوية لها أو يدفعها الاغتصاب إلى الإنتحار خوفاً من الفضيحة والعار لأهلها، وترتب على ذلك عواقب وخيمة تصيب الرأي العام، (محمود نجيب حسنى، 1981).

من أجل ذلك كان تجريم الاغتصاب، حمايةً لحق الأنثى سواء كانت متزوجة أو غير متزوجة، وصوناً لشرفها وعرضها، وكذلك حمايةً لأمن المجتمع وإستقراره.

ثانياً: مفهوم الاغتصاب في القانون الدولي الإنساني

انطلق القانون الدولي الإنساني من أرض المعارك لتتأكد الفكرة الإنسانية الهادفة إلى السيطرة على الضرورة الحربية في قلب المعركة، ومع تطور الفكر الاستراتيجي لوسائل القتال كان لزاماً أن يتطور القانون الدولي الإنساني في أكثر من إتجاه، مروراً بمراحل متعددة من عصر إلى آخر، وتمثل هذا التطور في العدد الكبير من المعاهدات والإتفاقيات الدولية متعددة الأطراف التي عُقدت في نهاية القرن التاسع عشر والقرن العشرين، إلى أن تبلورت قواعد ذلك القانون من أفرع القانون الدولي العام، لتظهر لنا في صورتها الحالية.

ونتناول ماهية القانون الدولي الإنساني، ثم نتناول ماهية الاغتصاب في القانون الدولي الإنساني، وأخيراً نتناول آليات تفعيل القانون الدولي الإنساني، على النحو التالي:

- يرى الباحث أن عقد الزواج الصحيح في مصر ومعظم الدول الإسلامية يبيح استمتاع الزوج بزوجه بغير رضائها ولا يُعد ذلك اغتصاباً، ولكن يسأل الزوج عن أية أضرار بدنية أو نفسية أو مادية تحدث للمرأة من جراء استخدام الزوج للعنف ضد زوجته لإرغامها على الموافقة.

أولاً- ماهية القانون الدولي الإنساني:

يوجد إتجاهان في تحديد ماهية القانون الدولي الإنساني حيث يتسم الإتجاه الأول بأنه واسع إلى حد كبير بينما يتسم بأنه ضيق كثيراً من مفهوم القانون الدولي الإنساني:

أ- الإتجاه الواسع في تعريف القانون الدولي الإنساني:

يذهب أصحاب هذا الإتجاه من الفقه إلى تعريف القانون الدولي الإنساني بأنه "ذلك القسم من القانون الذي تسوده المشاعر الإنسانية ويهدف لحماية الإنسان، (محمد مصطفى بونس، 1989)، وبذلك يشمل هذا التعريف كل القواعد القانونية الدولية المكتوبة والعرفية التي ترمي إلى إحترام الإنسان والحفاظ عليه وعلى سلامته الجسدية والنفسية وحياته، وبذلك يكون هذا التعريف الواسع للقانون الدولي الإنساني قد تَضَمَّنَ كل قوانين الحرب وحقوق الإنسان، والواقع أن هناك العديد من الإنتقادات قد وجهت إلى هذا التعريف الواسع أهمها ما يلي:

يؤدي هذا التعريف الواسع إلى تداخل بين القانون الدولي الإنساني وبين حقوق الإنسان، وبالتالي يؤدي ذلك إلى خلط بين هذا القانون والنظم القانونية الوطنية للدول مما يؤدي إلى فقدان القانون الدولي الإنساني لطابعه الدولي.

هذا التعريف الواسع يدمج كل قواعد وقوانين الحرب داخل القانون الدولي الإنساني، وهذا أمر غريب ومفارقة غير مقبولة إذ أن هذه القواعد لا تتصل بحماية الإنسان، وإنما تنظم العمليات الحربية، ولا علاقة لها بحماية حياة وجسد وكرامة الإنسان.

ب - الإتجاه الضيق في تعريف القانون الدولي الإنساني:

يَضيق أنصار هذا الإتجاه من مفهوم القانون الدولي الإنساني، حيث يرون أنه عبارة عن قوانين أو لوائح جنيف التي تهتم بحماية العسكريين من غير المقاتلين أو من خارج العمليات العسكرية مثل الجرحى والمرضى وأسرى الحرب، والتي تهتم كذلك بالمدنيين وإبقائهم خارج حدود العمليات العسكرية، (J.S Picta, 1966)، وبذلك يرى أنصار هذا الإتجاه أن اتفاقيات جنيف فقط هي وحدها التي يتكون منها القانون الدولي الإنساني، حيث إنها هي التي تضمن وتحمي حقوق الإنسان أثناء حدوث النزاعات المسلحة، بينما حقوق الإنسان تكون محمية وقت السلم بموجب قوانين الدول الوطنية التي لها كيانات مستقلة عن القانون الدولي العام بفروعه المختلفة.

والحقيقة أن شراح القانون الدولي قد اختلفوا فيما بينهم بوجه عام حول طبيعة العلاقة بين القانون الدولي الإنساني وحقوق الإنسان، حيث يرى البعض منهم أن هناك علاقة متبادلة ومستقلة بينهما، حيث أن القانون الدولي الإنساني يحكم العلاقة بين الدول المتعددية، بينما ينظم قانون حقوق الإنسان العلاقة بين الشعوب وحكوماتهم، (محمد مصطفى يونس، 1989).

أما بعض الفقه الآخر فيرى إتحاداً تاماً بين كل من القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان لأن، وفقاً لرأيهم، حقوق الإنسان هي أسس القانون الدولي الإنساني.

بينما يذهب البعض الثالث من الفقه إلى أن كل من القانون الدولي الإنساني وقانون حقوق الإنسان مكملان لآخر، ولكنهما متحداً وليسا متناقضان، (منتصر سعيد حمودة، 2010).

ويتفق الباحث مع البعض في تعريف القانون الدولي الإنساني بأنه عبارة عن "مجموعة من القواعد القانونية الدولية التي تهتم بحماية الإنسان وقت الحروب والنزاعات المسلحة والتي وردت في إتفاقيات جنيف لعام 1949، وكذلك البروتوكولين الملحقين بهم لعام 1977".

ثانياً - ماهية الاغتصاب في القانون الدولي الانساني:

يشكل الاغتصاب وغيره من صور الإعتداء الجنسي جريمة بموجب القوانين الجنائية الداخلية للدول، كما أنه يشكل جريمة بموجب القانون الدولي الإنساني، غير أنه في القانون الإنساني الدولي لم يرد تعريف دقيق ومحدد للاغتصاب، وغير ذلك من صور الإعتداء الجنسي، فمعظم الصكوك الدولية تعالج هذا النوع من الجرائم بصورة مختلفة، منظوراً إليه من ناحية الجناة أو من ناحية الضحايا، والصورة الواضحة أنه يرتكب من مقاتلي إحدى الدول الطرف في النزاع العسكري ضد المدنيين من مواطني الدولة الأخرى الطرف، كما أنه قد يأتي بصورة واضحة في بعض الصكوك الدولية أو يأتي بصورة ضمنية، (Bassiouni and Manikas).

ونتناول مفهوم الاغتصاب في القانون الدولي الإنساني، وذلك على النحو التالي:

جاء النص على تحريم الاغتصاب وغيره من أنماط الإعتداء الجنسي بصورة ضمنية في اتفاقية لاهاي عام 1907. المتعلقة بقوانين وأعراف الحرب البرية، إذ نصت المادة 46 من الاتفاقية على أنه "يجب احترام شرف الأسرة وحقوقها
.Family Honor and Rights

ويعني الاغتصاب، إيلاج العضو الذكري أو أي عضو آخر أو جسم غريب في مكان عفة المرأة "المهبل" عنوة، أما باقي صور الإعتداء الجنسي فتشمل أي سلوك عدواني على الأعضاء التناسلية بصفة عامة مثل فتحة الشرج Anus أو الثديين Breasts ومن ثم فإن صور الإعتداء الجنسي الأخرى تقع على المرأة والرجل والطفل، في حين أن الاغتصاب لا يقع إلا على المرأة⁷.

ثالثاً: آليات تفعيل القانون الدولي الانساني:

الضرر المترتب على عدم تنفيذ القانون الدولي الإنساني تنفيذاً فعلياً في ظل ظروف النزاعات المسلحة الدولية خاصة في شأن حماية المرأة غالباً ما يكون ضرراً يتعدى تداركه أو إصلاحه، وهكذا تبدو الضرورة الملحة لتفعيل تنفيذ هذا القانون، بما يشمل من ضمانات، حيث اشتملت صكوك القانون الدولي الإنساني على مجموعة عديدة من الآليات الدولية لضمان تنفيذه، وقد صدر قرار رئيس مجلس الوزراء المصري رقم 149 بتاريخ 23 يناير سنة 2000، بشأن إنشاء اللجنة القومية للقانون الدولي الإنساني، تضم ممثلاً لوزير الداخلية.

قامت وزارة الداخلية بتشكيل لجنة عليا لحماية حقوق الإنسان منذ عام 1999، وفي عام 2012 تم إنشاء قطاع بالوزارة لحقوق الإنسان، مع تفعيل دور مركز الإعلام الأمني بوزارة الداخلية في التوعية للوقاية من الجرائم.

V- مقارنة بين مفهوم اغتصاب الإناث بين الفقه الإسلامي والقانون الوضعي والقانون الدولي الانساني

توجد أوجه اتفاق وأوجه اختلاف بين ما جاء في الفقه الإسلامي والقانون الوضعي والقانون الدولي الإنساني، وذلك على النحو التالي:

أولاً: أوجه الاتفاق:

يتفق القانون الدولي الإنساني مع القانون الوضعي والفقه الإسلامي، في أنه يكفي لقيام الركن المادي لجريمة اغتصاب الإناث تغييب حشفة الذكر أو قدرها عند مقطوعها في

⁷ «Rape is defined as an consensual vaginal penetration by a penis or other body part, or foreign object, sexual assault includes any conduct or other form of sexualized violence such as mutilations of the genitalia, the anus or breasts», Bassiouni and Manikas,op, cit, p. 555.

المكان المعد لذلك ولا يشترط تحقق الشهوة للرجل الجاني المُغتصب، سواء في ذلك، أنزل أم لم ينزل.

يشترط في القانون الدولي الانساني، وقانون العقوبات المصري، ورأي بعض الفقهاء في الفقه الإسلامي: أن تكون المرأة المجني عليها في جريمة الاغتصاب على قيد الحياة، أما إذا وقع الفعل على امرأة متوفاة فلا تتحقق الجريمة لأن المرأة الميتة ليس لها إرادة يعتد بها.

حيث أنه يشترط لتحقيق الجريمة أن يكون الإيلاج في فرج آدمي حي، إلا أن بعض الفقهاء المسلمين قالوا بوجود الحد في وطء الميتة لأنه يشبهه وطء الحية⁸.

ثانياً: أوجه الاختلاف:

ونتناول ذلك في الفقه الإسلامي، في القانون الوضعي، وأخيراً في القانون الدولي الإنساني.

- في الفقه الاسلامي:

يجرم كل إتصال جنسي يقع بين الرجل والمرأة خارج إطار الزواج، فإذا توافرت شروط الزنى أو الاغتصاب فإنه يوجب الحد، ولا عبء برضاء الرجل أو المرأة على ذلك الفعل وإتفاقهما على ذلك لا يعفيهما من العقاب.

أما في القانون الوضعي، والقانون الدولي الإنساني، فالهدف هو حماية الحرية الجنسية للأفراد من الإكراه وذلك بمنع الإعتداء على شرف وعرض المرأة.

يذهب الرأي الراجح في الفقه الاسلامي:

إلى أن الوطء المحرم يتحقق بإيلاج الرجل ذكره في الموضع الطبيعي للمرأة وهو الفرج وغير الطبيعي وهو الدبر، وهو ما ذهب إليه جمهور الفقهاء من المالكية والشافعية والحنابلة وأبو يوسف، ومحمد من الحنفية، والشيعنة الزيدية والإمامية والإباضية.

2- في القانون الوضعي:

⁸ يقول ابن قدامة في ذلك: "وإن وطئ ميتة ففيه وجهان: أحدهما عليه الحد، وهو قول الأوزاعي لأنه وطئ في فرج آدمية فأشبهه وطئ الحية، ولأنه أعظم دنبا وأكثر إثما، لأنه انضم إلى الفاحشة هناك حرمة الميتة، والثاني: لا حد عليه، وهو قول الحسن، قال أبو بكر: وبهذا أقول، لأن الوطء في الميتة كلا وطء، لأنه عضو مستهلك، ولأنه لا يشتهي مثلها، وتعافها النفس فلا حاجة إلى شرع الزجر عنها، والحد إنما وجب زجراً. المعنى لابن قدامة: ج 10 . ص 148.

فإنه لا يتحقق الركن المادي لجريمة الاغتصاب، إلا بالوطء في الموضع الطبيعي للمرأة وهو القبل، أما الإتيان من الخلف أو الدبر فيعتبر جريمة هتك عرض، لا تقوم به جريمة الاغتصاب.

3- في القانون الدولي الإنساني:

في إطار الجرائم ضد الإنسانية فإنه يلزم أن يرتكب الاغتصاب في إطار سياسة إضطهاد عامة ضد جماعة السكان المدنيين، ويلزم التتويه هنا إلى أن عدم توافر هذا الشرط لا يعني إفلات الجاني من العقاب بل إنه والحالة هذه تدخل الأفعال التي يرتكبها في منظومة جرائم الحرب متى تمت بصورة فردية.

وبموجب إتفاقية حظر إبادة الجنس البشري يندرج الاغتصاب في إطار المادة الثانية من الإتفاقية بشرط أن يجري إرتكاب السلوك المحظور في إطار "نية تستهدف بصورة كاملة أو جزئية تدمير جماعة وطنية أو إثنية أو عنصرية أو دينية، ويعني الاغتصاب، إبلاح العضو الذكري أو أي عضو آخر أو جسم غريب في مكان عفة المرأة "المهبل" عنوة، حيث إن الاغتصاب لا يقع إلا على المرأة.

مع ملاحظة أن القانون الوضعي المصري، قد رفع عقوبة الاغتصاب إلى حد الإعدام في المادة 290 عقوبات، ولكن بشرط أن يصاحب جريمة الاغتصاب، إختطاف للأنثى المغتصبة، أما إذا انتفى الشرط (الإختطاف) فلا تطبق على الجاني عقوبة الإعدام.

6- الخاتمة والتوصيات

تناول موضوع الدراسة وهو من الموضوعات المهمة في ضوء ارتفاع معدلات العنف ضد المرأة في الآونة الأخيرة والاهتمام العالمي بحماية حقوق الإنسان "بصفة عامة"، وحقوق المرأة "بصفة خاصة" في العديد من دول العالم ومن بينها عدة دول عربية تشهد حالياً نزاعات مسلحة.

وقد تضمنت استعراضاً للعنف ضد المرأة واغتصاب الإناث في العصر الحديث في زمن السلم وزمن النزاعات المسلحة الدولية من ناحية القانون الجنائي الذي يهتم بتحقيق أمن وسلامة المجتمع وصيانة مصالحه وقيمه الأساسية بما يفرضه من عقوبات رادعة، وبيان أوجه الإلتفاق والإختلاف في مفهوم اغتصاب الإناث مع فقه الشريعة الإسلامية وقواعد

القانون الدولي الانساني، ودراسة القواعد والنصوص المتعلقة بتجريم العنف ضد المرأة واغتصاب الإناث وذلك في محاولة لتحليلها وتوضيح ما يشوبها من غموض أو قصور في تحقيق الحماية. وقد توصلت الدراسة إلى أهم النتائج والتوصيات التالية:

أولاً - النتائج:

تعرضت المرأة في النزاعات المسلحة الدولية لمستويات مرتفعة من العنف، ومن أهمها الاغتصاب المنظم.

واهتمت بعض المواثيق والاتفاقيات الدولية المتعلقة بحماية حقوق الإنسان بالقضاء على العنف ضد المرأة سواء في زمن السلم أو زمن النزاعات المسلحة الدولية، وقد برز الاهتمام بمواجهة الاغتصاب وغيره من صور الاعتداء الجنسي على المرأة في العديد من الاتفاقيات، وقد انضمت مصر لمسيرة حقوق الإنسان والجهود الدولية الخاصة بها منذ نشأة منظمة الأمم المتحدة من خلال مشاركتها في الأعمال التحضيرية للإعلان العالمي لحقوق الإنسان وتوقيعها عليه، وتصديقها على الكثير من المواثيق والعهد الدولي المعنية بحقوق الإنسان ومن بينها ما يتعلق منها بنبذ التمييز والعنف ضد المرأة.

ويتفق الباحث مع البعض في تعريف القانون الدولي الإنساني بأنه عبارة عن "مجموعة من القواعد القانونية الدولية التي تهتم بحماية الإنسان وقت الحروب والنزاعات المسلحة والتي وردت في إتفاقيات جنيف لعام 1949. وكذلك البروتوكولين الملحقين بهم لعام 1977.

وينص المشرع المصري على أن عقوبة جريمة الاغتصاب في القانون الجنائي هي السجن في حالة (الاغتصاب الذي لم يقترن بظرف مشدد) والاعدام في حالة الاغتصاب المقترن بالظرف المشدد.

وقد اوضحت الدراسة ان الضرر المترتب على عدم تنفيذ القانون الدولي الإنساني تنفيذاً فعلياً في ظل ظروف النزاعات المسلحة الدولية خاصة في شأن حماية المرأة غالباً ما يكون ضرراً يتعذر تداركه أو إصلاحه، وهكذا تبدو الضرورة الملحة لتفعيل تنفيذ هذا القانون، بما يشمله من ضمانات، حيث اشتملت صكوك القانون الدولي الإنساني على مجموعة عديدة من الآليات الدولية لضمان تنفيذه.

وقد صدر في مصر قرار رئيس مجلس الوزراء رقم 149 بتاريخ 23 يناير سنة 2000، بشأن إنشاء اللجنة القومية لتنفيذ القانون الدولي الإنساني، تضم ممثلاً لوزير الداخلية.

وقامت وزارة الداخلية بتشكيل لجنة عليا لحماية حقوق الإنسان منذ عام 1999، وفي عام 2012 تم إنشاء قطاع بالوزارة لحقوق الإنسان، مع تفعيل دور مركز الإعلام الأمني بوزارة الداخلية في التوعية للوقاية من الجرائم.

وينبغي أن تكون المرأة على دراية بالنصوص التي تكفل لها الحماية القانونية، وأن تتمكن بتطبيقها عند الحاجة إليها كما يجب على الهيئات المعنية بحقوق المرأة أن تكثف من دورها التوعوي والمجتمعي لتفعيل الحماية القانونية والقضائية والأمنية للحقوق الإنسانية للمرأة.

ثانياً - التوصيات:

- 1 - في ضوء نتائج الدراسة المشار إليها، تم التوصل إلى عدد من التوصيات أهمها:
 - 1- ضرورة التوسع في أعداد المقبولين من الإناث للعمل في مختلف المجالات الشرطة، وخاصة بمراكز وأقسام الشرطة، فقد أثبت الواقع العملي أن هناك أعداداً كبيرة من النساء يحجمن عن التوجه لأقسام ومراكز الشرطة للتقدم بالشكاوي الخاصة بهن تحرجاً من التعامل مع ضابط الشرطة الرجل، خاصة إذا ما تعلق الأمر بقضايا العنف ضد المرأة والاعتصاب.
 - 2- قيام الإدارة العامة للمعلومات والتوثيق بوزارة الداخلية بمتابعة مواقع التواصل المجتمعي على الشبكة العالمية للمعلومات (الانترنت)، بالتعاون مع الجامعات ومنظمات المجتمع المدني وذلك لمخاطبة الشباب والأحداث والنساء وجميع الفئات العمرية والمستويات الاجتماعية والثقافية، للتلاحم أمنياً معهم في حماية ومساعدة ضحايا العنف ضد المرأة والطفل.
 - 3- تبني سياسة إعلامية مدروسة وتزويد الأجهزة الإعلامية بالمعلومات عن جهود الأجهزة الأمنية في حماية ومساعدة المرأة والطفل.
 - 4- قيام قطاع حقوق الإنسان بوزارة الداخلية بإنشاء وتفعيل آلية للتعاون مع المجلس القومي لحقوق الإنسان والمجالس القومية للطفولة والأمومة والمرأة واللجان التنسيقية الوطنية التابعة لوزارات الخارجية وذلك لمكافحة العنف ضد المرأة والطفل.

- 5- تقديم الدعم المادي والفني لأعمال خبراء الأدلة الجنائية التابعين لوزارات الداخلية والعدل، خاصة في الجوانب التالية:
- أ - الكشف عن آثار ومخلفات الجرائم بالأساليب العلمية الصحيحة.
- ب - رفع آثار الجريمة بالطرق والأساليب العلمية السليمة.
- ج - الكشوف الطبية والفحوص الفنية الدقيقة لمسرح الجريمة.
- 6- تدعيم الإدارة العامة لحماية الآداب والإدارة العامة لمباحث رعاية الأحداث، تنظيمياً ومادياً وتقنياً، بما يجعلها أكثر قدرة وكفاءة على مواجهة جرائم العنف ضد المرأة والطفل.
- 7- تفعيل العمل بالقانون الدولي الإنساني من خلال الآتي:
- أ- تبادل برامج التعليم والتدريب في مجال القانون الدولي الإنساني بين أجهزة الشرطة على كل من الصعيد الإقليمي والدولي من ناحية، وبين جهاز الشرطة والقوات المسلحة على الصعيد الوطني من ناحية أخرى، وذلك بغرض تبادل المعلومات والخبرات من أجل الارتقاء بمستوى حماية المرأة من العنف والاعتصاب.
- ب- دعم جهود جمعيات الهلال الأحمر، واللجنة الدولية للصليب الأحمر ومنظمات الاغاثة الدولية العاملة في المجال لتوفير الحماية والمساعدة لضحايا النزاعات المسلحة خاصة المرأة والطفل.
- ج- أهمية تخصيص مراكز لعلاج ورعاية المغتصابات والمعنفات بالتنسيق مع الاجهزة الحكومية وغير الحكومية.

- قائمة المراجع

- المراجع باللغة العربية

- القرآن الكريم.
- ابن منظور "لسان العرب".
- أبو بكر عبد اللطيف عزمي، الجرائم الجنسية وإثباتها ومبادئ أصول علم الأدلة الجنائية في مجال إثباتها، دار المريخ للنشر، الرياض، السعودية، 1995.
- الأحكام السلطانية لأبي يعلى، ط دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.
- أحمد أبو الوفا، حماية النساء في إطار القانون الدولي الإنساني، مجلة مركز بحوث الشرطة، العدد 22، يوليو 2007.

- أحمد المجذوب، ظاهرة العنف داخل الأسرة المصرية، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة، 2003.
- أحمد أمين، قانون العقوبات، القسم الخاص.
- أحمد جمعة عبد الله خليفة، حقوق المرأة في القانون الدولي دراسة مقارنة بالشرعية الإسلامية، رسالة دكتوراه، كلية الحقوق جامعة عين شمس، القاهرة، 2004.
- أحمد فتحي سرور، الوسيط في قانون العقوبات، القسم الخاص، دار النهضة العربية، 1979.
- أحمد محمد بدوي، نقل وزرع الأعضاء البشرية، الناشر سعد سمك للمطبوعات القانونية والإقتصادية، القاهرة، 1999.
- أسامة أبو طالب، الجنس بين الحياة والدين، الطبعة الثانية، 1998، دار الأمين للطباعة، القاهرة.
- أسامة عبد الله قايد، المسؤولية الجنائية للأطباء، دراسة مقارنة في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي، دار النهضة العربية، 1987.
- إسماعيل سراج الدين، المرأة في عالم غير آمن، العنف ضد المرأة حقائق وصور وإحصاءات، مكتبة الإسكندرية، DCAF، بدون سنة نشر.
- اسماعيل عبد الرحمن محمد، الحماية الجنائية للمدنيين في زمن النزاعات المسلحة، القاهرة، 2000.
- أشرف شمس الدين، الحماية الجنائية للحق في صيانة العرض، رسالة دكتوراه، كلية الحقوق، جامعة القاهرة، 1995.
- الأمر العالي رقم "10" الصادر من حضرة خديوي مصر عباس حلمي، إلى نظارة الحقانية، وزارة العدل بتاريخ 21 نوفمبر عام 1895، القاهرة، في شأن نشأة دار الإفتاء المصرية.
- أيمن الحسيني، هموم البنات، مكتبة ابن سينا، القاهرة.
- جندي عبد الملك، الموسوعة الجنائية، ج 1، دار إحياء التراث العربي، القاهرة، 1976.
- حسن البغال، الجرائم المخلة بالأداب فقهاً وقضاءً، دار الفكر العربي، القاهرة، 1983.
- حسن المرصفاوي، قانون العقوبات، القسم الخاص، الاسكندرية، دار المعارف، 1978.
- حسن زكي الإبراشي، مسؤولية الأطباء والجراحين المدنية في التشريع المصري والقانون المقارن، دار النشر للجامعات المصرية، القاهرة.
- حسنين إبراهيم صالح عبيد، الوجيز في قانون العقوبات، القسم الخاص، جرائم الاعتداء على الأشخاص والأموال، القاهرة، 2002.
- الدستور المصري الصادر في عام 2014.

- الرازي "مختار الصحاح".
- رمسيس بهنام، الجريمة والمجرم والجزاء، منشأة المعارف بالإسكندرية، 1972.
- سامح السيد، مبادئ قانون العقوبات، القسم العام، القاهرة، 1991.
- صبحي المحمصاني، القانون والعلاقات الدولية في الإسلام، دار العلم للملايين، بدون تاريخ، بيروت.
- صلاح هاشم، رأي الطب الشرعي المنشور في مجلة روز اليوسف في عددها الصادر بتاريخ الإثنين 26 أكتوبر 1998، العدد 3672، السنة الرابعة والسبعون، القاهرة.
- عبد الحكم فودة، الجرائم الماسة بالأداب العامة والعرض في ضوء الفقه وقضاء النقض، دار الكتب القانونية، المحلة الكبرى، 1994.
- عبد الحميد المنشاوي، الطب الشرعي ودوره الفني في البحث عن الجريمة، دار الفكر الجامعي، القاهرة.
- عبد الفتاح بهيج عبد الدايم علي العواري، المركز القومي للإصدارات القانونية، الطبعة الأولى، القاهرة، 2010.
- عبد الوهاب عمر النبطاوي، المسؤولية الجنائية للأطباء، الطبعة الثالثة ج 1، 1996.
- عبلة عبد العزيز عامر، العنف ضد المرأة والحماية المقررة لمواجهته في الشريعة الإسلامية، دار الإيمان للطباعة، القاهرة، 2010.
- عز الدين الخطيب التميمي، رتق غشاء البكارة، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، ندوة الرؤية الإسلامية لبعض الممارسات الطبية، الطبعة الثانية، الكويت، 1995.
- عزت محمد النمر، جرائم العرض في قانون العقوبات المصري، القاهرة.
- عزيز شكري، تاريخ القانون الدولي وطبيعته، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر الاقليمي العربي الذي انعقد في الفترة من 14. 16 نوفمبر القاهرة، 1999، منشورة بكتاب مفيد شهاب، دراسات في القانون الدولي الإنساني إعداد نخبة من المتخصصين والخبراء، دار المستقبل العربي، القاهرة، بدون سنة نشر.
- علي راشد، القانون الجنائي، المدخل وأصول النظرية العامة، دار النهضة العربية، 1974.
- فتوى د. نصر فريد واصل، مفتي الديار المصرية السابق، المنشورة في مجلة روز اليوسف، الصادرة يوم 6 رجب 1419 هـ. 26 أكتوبر 1998. العدد 3672. السنة الرابعة والسبعون القاهرة.
- الفيومي "المصباح المنير".
- قانون العقوبات المصري رقم 58 لسنة 1937.

- قرار الجمعية العامة لمنظمة الأمم المتحدة رقم 1/95، لجنة القانون الدولي المعنية بصياغة مبادئ نورمبرج لسنة 1950، المجلد الثالث من الكتاب السنوي للجنة القانون الدولي، الوثيقة رقم A/CN.4/22/1950.
- كمال فهمي، رتق غشاء البكارة، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية "ندوة الرؤية الإسلامية لبعض الممارسات الطبية"، الكويت، الطبعة الثانية، 1995.
- المادة 2 فقرة ب، من اتفاقية حظر إبادة الجنس البشري التي نصت على تجريم الاعتداء على أفراد الجماعة جسمانياً أو نفسياً.
- المادة رقم 267 بالمرسوم بقانون رقم 11 لسنة 2011م بتعديل بعض أحكام قانون العقوبات المصري الصادر بالقانون رقم 58 لسنة 1937م.
- ماهر عمران، ورأي طب النساء والتوليد في طرق إعادة غشاء البكارة، مجلة حواء المصرية في عددها الصادر بتاريخ 28 نوفمبر 1998، العدد 2201.
- مجدي محمد السيد جمعة، العنف ضد المرأة بين التجريم وآليات المواجهة، دراسة تطبيقية على الإغتصاب والتحرش الجنسي، رسالة دكتوراه مقدمة لكلية الدراسات العليا باكاديمية الشرطة، القاهرة، 2013.
- مجدي محمد جمعة، دور الشرطة في مواجهة جرائم حيازة وإحراز الأسلحة بدون ترخيص، بحث دبلوم الأمن العام بكلية الدراسات العليا بأكاديمية الشرطة، القاهرة، 2009.
- محمد أبو زهرة، الجريمة والعقوبة في الفقه الإسلامي، "الجريمة"، ط دار الفكر العربي.
- محمد الشحات الجندي، جريمة اغتصاب الإناث في الفقه الإسلامي مقارناً بالقانون الوضعي، النهضة العربية.
- محمد المختار الشنقيطي، أحكام الجراحة الطبية والآثار المترتبة عليها، رسالة دكتوراه مقدمة إلى الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة، مكتبة الصحابة الطبعة الثانية، جدة، 1415هـ، 1994.
- محمد خالد منصور، الأحكام الطبية المتعلقة بالنساء في الفقه الإسلامي، رسالة ماجستير، مقدمة إلى كلية الشريعة بالأردن، الطبعة الأولى، دار النفائس للنشر والتوزيع، الأردن، 1419 هـ 1999.
- محمد عبد العزيز سيف النصر، وآخرون، الطب الشرعي والبوليس الفني الجنائي، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة.
- محمد علي الباز، طفل الأنبوب، والتلقيح الصناعي، دار المنار للنشر، جدة بدون تاريخ نشر.
- محمد مصطفى يونس، ملامح التطور في القانون الدولي الإنساني، ط 1 دار النهضة العربية، القاهرة، 1989.

- محمد نعيم ياسين، عملية الرشق العذري، بحث بمجلة الشريعة والدراسات الإسلامية بجامعة الكويت، العدد العاشر، شعبان سنة 1408 هـ 1998.
- محمد نيازي حتاتة، جريمة البغاء، دار مطابع الشعب، القاهرة، 1961.
- محمود أحمد طه، الحقوق الإنجابية للمرأة، مجلة الحقوق للبحوث القانونية والاقتصادية، كلية الحقوق، جامعة الإسكندرية، عدد خاص، 2010-2011.
- محمود سعيد محمود سعيد، الحماية الدولية للأطفال أثناء النزاعات المسلحة، دار النهضة العربية، 2007.
- محمود عبد العزيز الزيني، مسؤولية الأطباء عن العمليات التعويضية والتجميلية والرشق العذري في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي، مؤسسة الثقافة الجامعية، مركز الدلتا للطباعة، الإسكندرية، 1991.
- محمود مصطفى، شرح قانون العقوبات، القسم الخاص، ص 300، 1975، مطبعة جامعة القاهرة.
- محمود نجيب حسني، شرح في قانون العقوبات، القسم الخاص، القاهرة، طبعة 1981.
- محيي الدين علي عشاوي، حقوق المدنيين تحت الاحتلال الحربي، عالم الكتب، القاهرة، بدون سنة نشر.
- معوض عبد التواب، سينوت حليم دوس، الطب الشرعي والتحقيق الجنائي والأدلة الجنائية، طبعة 1987، القاهرة.
- المغني، لابن قدامة.
- منتصر سعيد حمودة، حقوق الإنسان أثناء النزاعات المسلحة، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2010.
- نبيل أحمد حلمي، جريمة إبادة الجنس البشري في القانون الدولي العام، منشأة المعارف، الإسكندرية، بدون سنة نشر.
- نسرين خالد، الأطفال في الإسلام، رعايتهم ونموهم وحمايتهم، منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) بالتعاون مع جامعة الأزهر، دار الشروق، القاهرة، 2005.
- هشام عبد الحميد فرج، الجريمة الجنسية والطب الشرعي، مطابع الولاء الحديثة، القاهرة، 2005.
- مراجع باللغات الأجنبية:

- S Picta, les Principes du Droit International Humanitaire, CICR, Geneva, 1966.

- Theodor Meron, the Case for War Crimes Trials in Yugoslavia, (Foreign Affairs, Vol, 72 No 3. 1993).

ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION

RESEARCHES and STUDIES

SPECIALIZED SCIENTIFIC PEER REVIEWED PERIODICAL
PUBLISHED BY PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH
(PAPFAM)

LEAGUE OF ARAB STATES



Our Family Health Our Nation's Wealth

RESEARCHES AND PAPERS IN ARABIC:

- EVALUATING THE INDICATORS OF THE EFFICIENCY OF THE EGYPTIAN LABOR MARKET COMPARED TO THE ARAB COUNTRIES BASED ON THE GLOBAL COMPETITIVENESS REPORT 2018-2019. (MOHAMED AHMAD ELKHOULI)

- THE MOTHER'S ROLE IN FACING THE INTERNAL ENVIRONMENTAL RISKS TO THE HEALTH OF THE CHILD IN ALGERIA. (FATIMA ZAHRA SITAYEB, KHALIDA YALAOU).

- DETERMINANTS OF WOMEN'S UNEMPLOYMENT IN THE KINGDOM OF SAUDI ARABIA. (SALWA LOTFYAL-KHAYYAT).

- VIOLENCE AGAINST WOMEN IN PEACE AND ARMED CONFLICTS BETWEEN MEANING AND CONFRONTATION (FEMALE RAPE AS A MODEL). (MAGDY MOHAMED GOMAA).

RESEARCHES AND PAPERS IN FOREIGN LANGUAGES:

- CHANGES IN THE DIMENSIONS OF WOMEN'S AUTONOMY IN EGYPT BETWEEN 2000 AND 2014. (SAFAA IBRAHIM, MONA TAWFIK YOUSIF). (ENGLISH).

- POVERTY AND ITS IMPACT ON MATERNAL HEALTH CARE SERVICES UTILIZATION IN YEMEN, 2013. (MAHA SALEH ALAWLAQI, - MONA TAWFIK). (ENGLISH).

- L'IMPACT DU VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE SUR L'ÉQUILIBRE FINANCIER DES RÉGIMES DE RETRAITE PAR RÉPARTITION. CAS DE L'ALGÉRIE. (SALIHA OUADAH, ASSIA CHERIF). (FRANÇAIS).



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

Volume XI - 26 nd Issue - July 2018

Scientific Committee
(In alphabetical order)

Dr. Abdallah Abdel Aziz Zoubi	Population and Development Expert, Jordan .
Prof. Abdallah Zidane Allak	Prof. of Operations Research, Chairman of the Council of Administration, Service of Statistics and Census, Libya .
Dr. Abdel Aziz Farah	Population and Development Strategies Expert, Sudan .
Prof. Abdulbari Bener	WHO Advisor, Prof of Epidemiology, University of Manchester, UK .
Dr. Adel El Taguri	Child Health and Nutrition Expert, Centre de Recherche en Nutrition Humain, France, Libya .
Mr. Ahmed Abdennadher	Director of Research Center on Population and Reproductive Health, (ONFP), Tunisia .
Dr. Ahmed Mustafa Al Atek	Dean of Institute for Environmental Studies and Research, Ain Shams University, Egypt .
Dr. Ahmed Ragaa Ragab	Prof. of Reproductive Health, Al-Azhar University, Egypt .
Prof. Assia Cherif	Prof. of Demography at L'Ecole Nationale Supérieure en Statistique et en Economie Appliquée, Algeria .
Dr. Ayman Zohry	Migration and Population Studies Expert, Egypt
Dr. Chabib Diab	Professor of Sociology, Lebanese University, Lebanon .
Dr. Ezzat El Shishini	Demographic Adviser, Cairo Demographic Centre, Egypt .
Dr. Fawzi Abdelrahman	Prof. of Anthropology, Ain Chams University, Egypt .
Prof. Hala Nawfal	Prof. of population and demographic studies, Lebanese University, Lebanon .
Dr. Mawaheb T. El-Mouelhy	Physician and Researcher in Population and Reproductive Health
Dr. Mohamed Naguib	Prof of Demographic and Social Studies, Institute for Statistical Studies and Research, Cairo University, Egypt .
Dr. Mona Tawfik Youssef	Demographic and Health Studies and Research Expert, Staff Member at CDC, Cairo. Egypt
Mr. Mostafa Azelmat	Demographic and Health Studies and Research Expert, Morocco .
Dr. Osman Mohamed Noor	Prof. of Demography and MENA Child in Riyadh, Sudan .
Dr. Ramez Mahaini	Regional adviser, WHO/EMRO in Cairo, Syria .
Dr. Saher Wasfi Shuqaidef	Health Programs and Systems Evaluation Expert. Jordan .
Dr. Salma Galal	Health, Population and Development Issues Expert, Egypt .
Dr. Tawfik Khoja	General Director- Executive Board of the Health Ministers Council for Cooperation Council States, Saudi Arabia .
Dr. Zoubir Arous	Prof of Sociology, University of Algiers, Algeria .



ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION

Editor – in - chief

H.E Ambassador/ Dr. Haifa Abu Ghazaleh

Assistant Secretary-General, Head of Social Affairs Sector

Managing Editors

Rabah Halimi

Fatiha Ouguirti

**The views expressed in this periodical are the author's own and do not necessarily
reflect the opinion or policy of the League of Arab States.**



Conditions of publication

- The materials submitted should be of scientific nature and concerned with the field of family health and population.
- The topics presented should be Original contributions which have not published in any other periodical.
- Methods and curricula of scientific research should be considered on preparing the material submitted to publication.
- The material submitted to publication is not to be returned to participants whether published or not.
- All correspondences should be sent on the following addresses:
 - **22 a, Taha Hussein Street, 3rd floor, Flat 13, Zamalek, Cairo, Egypt.**
 - **Or Email:** rabahhalimi@gmail.com
 - **Tele/ fax:** +202 – 27383634

**ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION
RESEARCHS and STUDIES
SPECIALIZED SCIENTIFIC REFEREED PERIODICAL
PUBLISHED BY UNIT OF SOCIAL STUDIES AND FIELD SURVEYS**

In This Issue:

Topic	Page
<p>-Changes in the Dimensions of Women's Autonomy in Egypt between 2000 and 2014. - Safaa Ibrahim, - Mona Tawfik Yousif</p>	1-32
<p>- Poverty and its Impact on Maternal Health Care Services Utilization in Yemen, 2013. - Maha Saleh Alawlaqi, - Mona Tawfik</p>	33-62
<p>- L'impact du vieillissement démographique sur l'équilibre financier des régimes de retraite par répartition. Cas de l'Algérie. - Saliha OUADAH, Assia CHERIF</p>	63-91

Deposit Number:

G06/PER(2018)/N.26(0616)

Changes in the Dimensions of Women's Autonomy in Egypt between 2000 and 2014

Safaa Ibrahim*

Mona Tawfik Youssef¹

Abstract:

The main goal of this study is to quantify the three dimensions of women's autonomy (economic, decision, physical) in Egypt and examine their changes between 2000 and 2014. In addition to this prime objective the following objectives have been incorporated in this study: To assess the levels of change in women's autonomy between 2000 and 2014 in Egypt, and construct three indices of women autonomy focusing on the three dimensions of economic decision making, household decision making, and physical movement.

The finding of this study, three dimensions of women's autonomy are classified, namely economic, decision, and physical. The economic dimension of women's autonomy consists of 4 variables; only 3 are common in both surveys. The decision dimension of women's autonomy consists of 3 variables; only one variable is common in both surveys of 2000 and 2014 to represent the dimension of household decision making. Regarding the physical dimension who takes decision alone according physical movement; only one variable is available to represent this dimension that is the final say on visits to family or relatives, also the levels of the three dimensions of women's autonomy decreases between EDHS 2000 and EDHS 2014, while the economic dimension decreases only about 4.4 percent point, but a very little decrease is recognized by the physical dimension. Number of living children influences the women's autonomy dimensions; there is a positive relationship between number of living children and women's autonomy in household decision and physical dimensions.

The study recommends that Efforts are needed to change the beliefs of poor households concerning the necessity of girls' education and early marriage. Direct all efforts toward programs that aim to increase women autonomy and her participation in the household decision making. Enhancing their access to and control over economic resources and enabling them to establish and realize their rights are also essential mean to empower them to be more autonomous in decision making, and greater emphasis should be placed on improving and expanding Information, Education and Communication services to women, rural women, and women with little or no education.

Key Words: Women's autonomy, Dimensions, economic decision, physical decision, Egypt, family.

* General Diploma Student at Cairo Demographic Center, Email: safaaibrahim25@yahoo.com

¹ Head of Training Unit and Staff Member at Cairo Demographic Center, mona_ty61@yahoo.com

I- INTRODUCTION

1-1- Background of the Study

The concept of women's autonomy is very important in sociology and social studies for more than two decades. It was defined as "the degree access to and control over material and social resources within the family, in the community and in the society at large" (Agarwala, L.R. et.al., 2006). Recently, the definition of autonomy has been broadened to include "the ability to influence and control, one's personal environment or "the ability to obtain information and make decisions about one's own concerns and those one's intimates". It facilitates access to material resources such as food, land, income and other forms of wealth, and social resources such as knowledge, power, prestige within the family and community. Among women, attaining such control is viewed as a key to improve their living conditions (Behzad A., et.al. 2013). Women's autonomy is a broad as well as complex term which has a contextual meaning. It is influenced by personal attributes of women as well as socio-cultural norms and values of the society (B., Tulsi Ram, 2016).

The Millennium Development Goal (3) promotes gender equality and women's autonomy as important means of improving women's capacity to achieve well-being and a role in decision-making. Its Declaration argues for the need of gender policies as part of a crosscutting approach to development, and it emphasizes the importance of women empowerment, as an objective in itself as well as a means toward achieving the other MDGs. <http://www.unfpa.org.br/lacodm/arquivos/mdg3.pdf>.

Observing the importance of gender equality in the development of the society and economy, empowerment of women in the developing countries is getting increasing attention over time. One of the key aspects to empower women is to increase their autonomy in all aspects of decision making, from access to sources of livelihood, education and health, as well as to social, economic and political participation without discrimination (Sudatta B., 2015). Thereby, women's autonomy is very much associated with development of a country, as cited by the UN studies that there are positive multiplier effects for overall social and economic development when women, in the same extent as men, access economic and financial resources" (UN, 2009).

Power to make decisions within the family is the basis for the power of decision in other areas. Women's autonomy begins with equality and respect for women with the household. So, integration of women into the various aspects will not only enhance their status and position but would also enable them to benefit from the economic and social process of sustainable development (Jejeebhoy, Shireen J. 2000).

Therefore differentiation between women's empowerment and autonomy is essential to identify the research path. Women empowerment is a process through which they start gaining more power and control over their own lives and circumstances than that of the previous times whereas women's autonomy is certain power of women by which they can control over one's personal environment, in order to make decisions about one's own livelihood or those of family members, without having consent of others, (HDR, 2013). Thereby, women's empowerment raises the level of her autonomy for participation in all aspects of her life, family, and community, which enables women to make decisions based on their own views and perspectives

1-2- Importance of the Study:

Women' autonomy, is the capacity to manipulate and have control over one's personal environment, in order to make decisions about one's own livelihood or those of family members. Therefore, more autonomous women have increased decision-making abilities concerning marriage candidates, contraception, sexual activity, and access to health care and resources. More autonomous women can also improve their children's health compared to less autonomous women. More autonomous women would have more access to safe delivery services and antenatal care, which would influence the knowledge and access they have in relation to vaccine campaigns and information, (Jane O. Ebot, 2015). It is also associated with lower fertility, longer birth spacing, greater contraceptive use lower ideal family size and fertility preferences lower risk of unintended pregnancy and increased access to maternal health care (Goleen S., and Anne R. Pebley, 2015). Women's limited household autonomy may draw limited benefits for themselves, and their family members.

The importance of equality in the exercise of human rights for the attainment of women's full autonomy, including their capacity to protect themselves from gender-based violence and their participation and

contribution as agents of development and democracy. That in spite of the advances reached, there are still important inequalities between women and men in the exercise of their rights, in particular for women from marginalized ethnic, social and economic groups and other vulnerable groups, (UNFPA, 2013).

Therefore, it is very important to quantify the changes in women's autonomy in Egypt during the period from 2000 till 2014, to formulate policies for reduction of discrimination. Therefore, this study is a step in the attempt to outline the levels of women's autonomy dimensions and what demographic and socio-economic factors are associated with women's autonomy dimensions in Egypt.

1-3- Problem of the Study:

Based on the biological (sex) differences every society imposes certain rules, regulations, responsibilities, and rights of men and women. Observing these behaviors and practices carefully, most of these rules and regulations are discriminatory. This discriminatory behavior creates difference between men and women, which eventually gives a lower status to women in terms of men socially, culturally, religiously, economically and legally (Morshedul H. et.al. 2011). Gender discrimination and the subordinate position of women in relation to men have not only attracted worldwide attention but have also influenced policies and guidelines to empower women for improved gender relations at international, national, local and family levels, (Neema, M. ,2015).

Egyptian society is also a traditional male dominated in some regions, where male has power, control over resources effect on position and level of women's autonomy and has a higher status and position than female.

Historically, Egypt is a patriarchal society and married men serve as heads of households and make decisions for the household and its members. However, young men and women in some parts of Egypt believe that household decisions should be shared, (Goleen S. et.al., 2015).

Autonomy and non-discrimination in the full enjoyment and exercise of the women's rights, in all their diversity, and their participation in planning, are elements that contribute to sustainable development, (UNFPA, 2013).

1-4- Objectives of the Study:

The ultimate goal of the study is to quantify the three dimensions of women's autonomy (economic, decision, physical) in Egypt and examine their changes between 2000 and 2014. In addition to this prime objective the following objectives have been incorporated in this study:

- To assess the levels of change in women's autonomy between 2000 and 2014 in Egypt, and construct three indices of women autonomy focusing on the three dimensions of economic decision making, household decision making, and physical movement.
- To examine the association of women's autonomy dimensions with their demographic and socioeconomic characteristics.
- Important to quantify the changes in women's autonomy in Egypt during the period from 2000 till 2014.

1-5- Data Sources and its Limitation:

The main data source for this study is the two Demographic and Health Surveys of Egypt (EDHSs) 2000 and 2014. It is the latest in a series of nationally representative population and health surveys conducted in Egypt, it is the seventh full-scale Demographic and Health Survey implemented in Egypt; earlier surveys were conducted in 1988, 1992, 1995, 2000, 2005, and 2008. Three interim DHS surveys were carried out in 1997, 1998, and 2003. The survey was conducted under the auspices of the Ministry of Health and Population (MOHP) and implemented by El-Zanaty & Associates. Technical support for the survey was provided by ICF International through The DHS Program. The DHS Program is sponsored by the United States Agency for International Development (USAID) to assist countries worldwide in conducting surveys to obtain information on key population and health indicators. The survey provides information on fertility levels and determinants, family planning, fertility preferences, infant, child, adult and maternal mortality, maternal and child health, nutrition, knowledge of HIV/AIDS and women's autonomy including socio-economic and background characteristics of households.

This study is secondary analysis based on the 2000 and 2014 Egypt DHS data. EDHS (2000) conducted a nationally representative sample, out of 17,521 households selected for the 2000 EDHS, 16,957 households were successfully interviewed which represents a response rate of 99 percent. A total of 15,649 women were identified as eligible to be interviewed, 15,573 of those women, were successfully interviewed, which represents a response rate of 99.5 percent.

The EDHS (2014) conducted a nationally representative sample, out of 29,471 households selected for the 2014 EDHS, 28,175 were successfully interviewed, which represents a response rate of 98.4 percent. A total of 21,903 women were identified as eligible to be interviewed in 2014 EDHS. Out of these women 21,762 were successfully interviewed, which represents a response rate of 99.4 percent.

A data limitation that faces the researcher is the unification of the questionnaire related to women's autonomy with previous EDHSs surveys to enable comparison between them.

1-6- Methodology of the Study:

To achieve the objectives of the study, both Uni-variate and Bi-variate analysis is used. Uni-variate is employed to assess the levels, and bi-variate analysis to examine the relationship of women's autonomy dimensions with demographic and socioeconomic characteristics by applying cross tabulation and chi-square test. Also Concentration curve (CC) and Concentration Index (CI) are used to quantify socioeconomic inequality in women's autonomy dimensions.

The chi-square independent test was applied on the dependent variables for each of the independent variables to test the independence of two variables and the significance between them, hence clarifying the difference. The chi-square equation used in the analysis is as following:

$$x^2 = \sum \frac{(Observed - Expected)^2}{Expected}$$

The CC and CI are two conventional measures of socio-economic disparities in women's autonomy. The CC ranks households by their position in the income distribution and plots the cumulative percentage of women's autonomy against cumulative percentage of households ranked in ascending order based on economic status. The CC lies above (below) the line of equality when women's autonomy is concentrated among households from lower (higher) socio-economic status.

The further the CC is above (below) the equality line, the more concentrated the women's autonomy among poor (rich) households (O' Donnell et al.,2008). CC and CI were used in this study to assess whether women's autonomy are more concentrate among poor or rich households. The concentration index (CI) ranges between -1 and +1. The sign of the CI reflects the direction of the relation between the women's autonomy and household's position in the living standard distribution. A CI with negative sign indicates that women's autonomy is concentrated among the poor, while a positive CI indicates that it is the better off who have a higher incidence of women's autonomy. The magnitude of the CI, in absolute value, indicates the strength of the relation between women's autonomy and economic status. Thus, the higher the value of the CI, the higher is the degree of concentration among the poor or the better off depending on the sign.

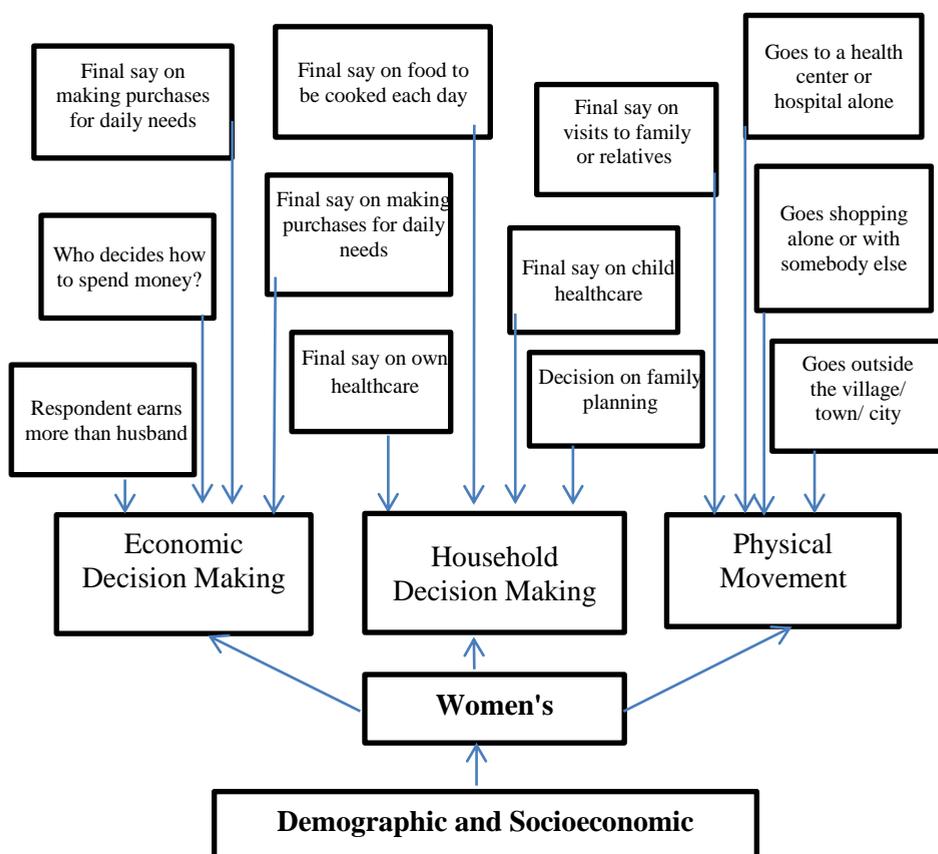
$$CI = \frac{2}{\mu} cov(h, r)$$

In which h is an indicator of the women's autonomy and μ is its mean, while r is a measure of living standard, and cov is the covariance between h and r. The wealth index is used as a living standard measure.

1-7- Conceptual Research Framework:

The conceptual framework that has been developed by (Haque, Tareque and Mostofa, 2010), that describes the construction of the three women's autonomy indices and their interaction between the demographic, and socioeconomic factors.

Figure (1)
Conceptual Framework for the Construction of Women's autonomy Indices



Source: (Haque, Tareque and Mostofa, 2010).

1-8- Organization of the Study:

The research study is divided into four sections starting with an introductory one followed by the second section which assesses the changes in levels of autonomy, and examines the association of women's autonomy dimensions with demographic and socioeconomic characteristics. The third section quantifies the changes in women's autonomy in Egypt for the period of 2000 and 2014. Finally, the fifth section deals with conclusions and recommendations on the basis of the findings followed by references.

II- LEVELS AND DIFFERENTIALS OF WOMEN'S AUTONOMY IN EGYPT

In order to obtain insights into women's autonomy within the household, currently married women (15-49) were asked in the Egypt Demographic Health Surveys 2000 and 2014 a set of questions related to women's autonomy, such as "who has the final say in your family on..." eight different types of decisions " woman herself has final say, woman has final say jointly with her husband, woman has final say with someone else, other person has final say or someone else". From a women's autonomy perspective, it is important for women to have the ability to obtain information and make decisions about one's own concerns and those one's intimates.

This section focuses into two parts; the first one investigates the levels of women's autonomy (15-49), while the second part deals with differentials of women's autonomy dimensions indices by selected background characteristics in Egypt.

2-1- Changes in Levels of Women's Autonomy Dimensions

Although the Egyptian Demographic and Health Survey (EDHSs) 2000 and 2014 were not designed to capture the specific concept of "women's autonomy", but the data in this survey did cover the major dimensions of these concepts, similar variables are selected from both surveys for comparison, to develop the three women's autonomy dimensions indices: namely, (a) economic decision making, (b) household decision making, and (c) physical movement, (Haque, Tareque and Mostofa, 2010).

The indicators for different dimensions used are in accordance with Haque, Tareque and Mostofa (2010). They included the indicators, "Who decides how to spend money", "Final say on large household purchases" and "Final say on making household purchases for daily needs" under Economic Decision Making; "Final say on own health care", "Final say on child health care", "Final say on food to be cooked each day" and "Decision on family planning" under Household Decision Making and "Final say on visits to family or relatives", "Goes outside the village/town/city alone", "Goes to a health center or hospital alone" and "Goes shopping alone or with somebody else" under Freedom of

Movement or Physical dimensions. Comparison for both surveys (**EDHSs 2000 and 2014**) to identify the change in the levels of them. Some of the components of each dimension are not available in both surveys to measure the change, which is considered one of the data limitations, so the study focuses only on similar variables in both surveys.

- Women's Autonomy in Economic Dimension:

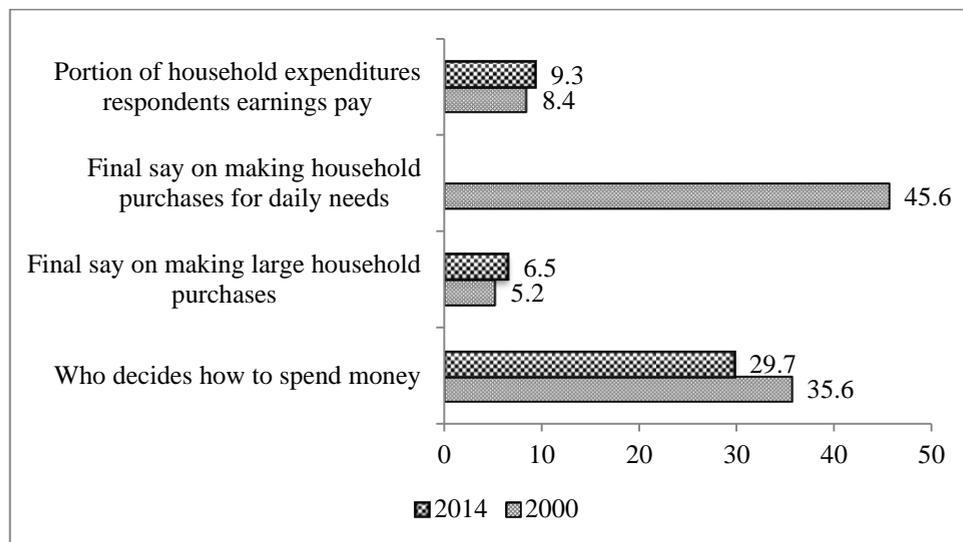
Women autonomy in economic decision making refers to the women's ability to control over the decision processes regarding domestic financial matters alone. Indeed, the measurement of women's autonomy in economic dimension is based on three indicators such as participation in the family's major economic decision, final say on household or daily purchases, and opinion on how to spend money. Economic dimension index tends to provide the measurement of autonomy of women. ((**Haque, Tareque and Mostofa, 2010**).

Figure (2) traces the percentage of currently married women (15-49) who take decision alone regarding the economic dimension of women's autonomy. One of the economic variables is "who decide how to spend money", the figure shows a decrease of about 5.9 percent point from 35.6% in 2000 to 29.7% in 2014; while the women decision regarding her final say on household purchase, in 2014 the percentage increases than in 2000 by 1.3 percent point from 5.2% in 2000 to 6.5% in 2014.

Final say on making household purchases for daily needs, this question is only available in 2000 so it cannot be included in the index of economic dimension for comparison between the two surveys 2000 and 2014, but its' level at 2000 was nearly a little bit higher than two fifth of the sample to represent 45.6%

Finally, the last variable in the economic dimension is regarding the portion of household expenditures respondents earing pay, the percentage of currently married women who alone can have a say increases in 2014 than in 2000 by 0.9 percent point from 8.4% to 9.3% for 2000 and 2014 respectively.

Figure (2)
Percentage of Currently Married Women (15-49) who Take Decision Alone Regarding Economic Dimension, Egypt (2000-2014)



Source: calculated from EDHSs 2000 and 2014 raw data

- Women's Autonomy in Household Decision Dimension:

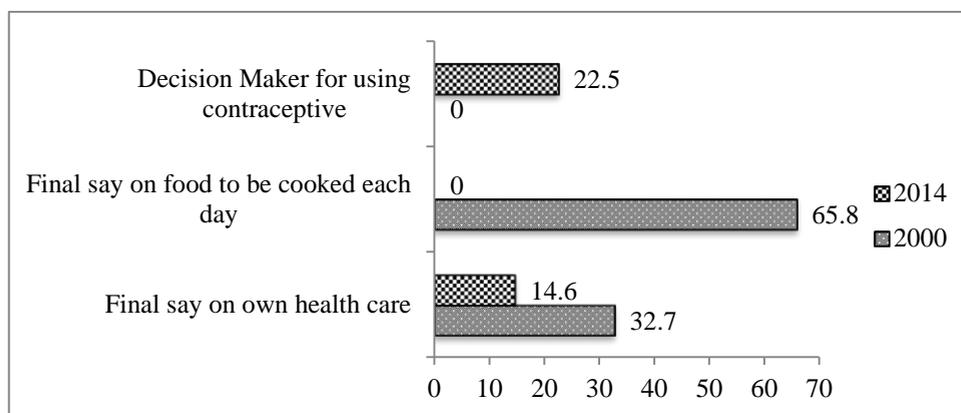
Women's autonomy in household decision making dimension refers to the ability of women alone to participate in formulating and executing decisions on domestic affair, child welfare, own health care and family planning alone. The increased role in household decision making would enable women to improve their self-determination, control over resources, self-esteem, autonomy, and status and power relations within households. Measurement of women's autonomy in household decision making dimensions consists of four variables such as women's participation in decision on their own health care, child health care, which food to be cooked each day and their participation in discussion on family planning.

Figure (3) depicts the percentage of currently married women (15-49) who take decision alone regarding household decision dimension. The percentage of women who had final say on her own health care decreases in 2014 than 2000 by nearly more a little bit than half to represent 14.6% in 2014 from 32.7% in 2000; while final say on food to be cooked each day

represents 65.8% in 2000 but it is not available in 2014, so this variables is excluded from the index of the household decision making dimension.

Regarding the decision for using contraceptive by respondent alone, a variable that is not available in 2000, but in 2014 it represents 22.5% so this variable is excluded also from the index of the household decision making dimension Therefore, only one variable which is available in both surveys of 2000 and 2014 is available to represent the dimension of household decision making.

Figure (3)
Percentage of Currently Married Women (15-49) who take Decision Alone Regarding Households Decision Making, Egypt (2000-2014)



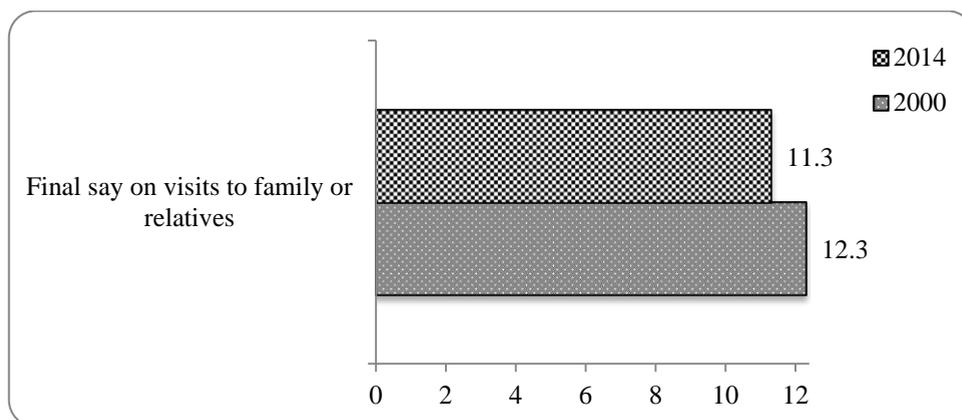
Source: calculated from EDHSs 2000 and 2014 raw data

- Women's Autonomy in Physical Movement Dimension:

Women's autonomy in physical movement refers to the freedom of women to move to their necessary places without being escorted. Several studies have revealed that promotion of women's freedom of movement is necessary to make them capable of making their own choices, to change their attitudes, to improve their social networks and to reduce their level of poverty. According to Parveen and Leonhauser (2004), the lack of women's physical mobility deprives them of getting better livelihood opportunities. Measurement of women's autonomy in physical movement consists of these variables about whether they can go shopping, outside the village/town/city or to hospital alone and whether they can visit their relative's house alone.

Figure (4) illustrate the percentage of currently married women (15-49) who take decision alone regarding physical movement; only one variable is available to represent this dimension that is the final say on visits to family or relatives. EDHS 2014 witness a decline in this variable by about 1 percent point representing 11.3% dropped from 12.3% according to 2000 EDHS.

Figure (4)
Percentage of Currently Married Women (15-49) who take Decision Alone Regarding Physical Movement, Egypt (2000-2014).



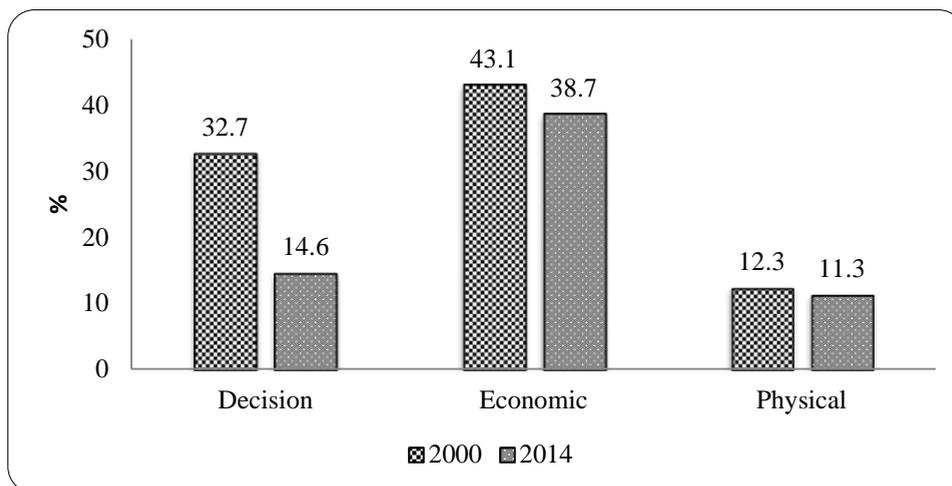
Source: calculated from EDHSs 2000 and 2014 raw data

From the above mentioned levels of the components of each of women's autonomy dimensions, it is clear that there is a general decrease in women's autonomy regarding EDHS 2014 than EDHS 2000, which raise a question about women's autonomy decrease or increase. Therefore an index is developed from the group of variables in each dimension to measure the levels in a composite indices for each dimension.

The levels of the three dimensions of women's autonomy indicate some change between EDHS 2000 and EDHS 2014. Figure (5) trace the changes in these levels of the three dimensions. Within the fourteen years gap between EDHS 2000 and EDHS 2014 the levels of the three indices of women's autonomy dimensions decrease with different variations, especially for the household decision dimension, it decreases nearly to half from

23.7% to 14.6%, while the economic dimension decreases only about 4.4 percent point, but a very little decrease is recognized by the physical dimension, this may be due to that women's autonomy decreases as she was empowered and share her opinion jointly with partner than before.

Figure (5)
Percentage of Currently Married Women (15-49) who take Decision Alone
Regarding Women's Autonomy Dimensions, EDHS (2000 and 2014).



Source: calculated from EDHSs 2000 and 2014 raw data

2-2- Differentials of Women's Autonomy Dimensions in Egypt:

There are many demographic and social variable that show strong significant relations with women's autonomy levels. Some of these variables are mother's age, number of living children, region, type of place of residence, partner's education level, highest education level and wealth index, they all show either positively or negatively significant relations with the women's autonomy dimensions levels in decision making .

Table (1) shows the percentage of currently married women (15-49) who take decision alone regarding the three dimensions of women's autonomy by respondent's age, there is a positive relationship between age and the three dimensions of women's autonomy, as the age increase the women's autonomy increase, there are some fluctuations regarding economic dimension at age group (30-40)ᄁ. However the same trend is

followed by EDHS in 2014. The percentage ranges (from 21.7% to 35.0%, from 41.1% to 47.5%, from 7.3% to 14.8%) respectively for the three dimensions (decision, economic, physical) regarding EDHS 2000, while the percentage range (from 8.0% to 15.9%, from 38.5% to 39.8%, from 6.4% to 12.5%) respectively regarding the three dimensions (decision, economic, physical) for EDHS 2014. Chi square test indicate significant relationship between age of currently married women and women's autonomy dimensions (decision, physical), except for the economic dimension in both EDHSs 2000 and 2014.

Table (1):
Percentage of Currently Married Women (15-49) Who take Decision Alone Regarding the Three Dimensions of Women's Autonomy by Respondent's Age, EDHS (2000-2014).

Age	Decision		Economic		Physical	
	Percent	Total	Percent	Total	Percent	Total
2000						
15-19	21.7	599	00	0	7.3	599
20-24	27.7	2187	41.1	107	9.6	2186
25-29	32.6	2776	44.5	373	11.3	2776
30-34	34.3	2568	39.1	447	12.3	2569
35-39	34.3	2471	41.8	543	13.6	2472
40-44	35.4	1921	45.3	360	14.4	1921
45-49	35.0	1860	47.5	261	14.8	1860
Total	32.7	14382	43.1	2001	12.3	14382
χ^2	.000		.093		.000	
2014						
15-19	8.0	746	00	0	6.4	745
20-24	12.2	2980	38.5	109	8.5	2981
25-29	13.2	4610	36.5	529	10.2	4608
30-34	15.6	3981	36.4	591	12.1	3980
35-39	17.6	3282	40.3	543	13.1	3283
40-44	15.5	2579	41.9	458	13.7	2577
45-49	15.9	2283	39.8	447	12.5	2281
Total	14.6	20461	38.7	2689	11.3	20455
χ^2	.000		.258		.000	

Source: Calculated from EDHSs (2000and2014) and raw data.

Number of living children influence the women's autonomy dimensions, table (2) illustrates the percentage of currently married women (15-49) who take decision alone regarding the three dimensions of women's autonomy by number of living children, women's autonomy reach its peak

when she have (1-2) number of living children followed by a decrease in the percentage of her household decision dimension with the increase of number of living children, in 2000, while the physical dimension shows a positive relations with the number of living children, as the number of living children increases her physical autonomy increases, ranges from 9.1% for women with no living children to 13.7% for women with 5 and more children. This trend changed a little bit in 2014, the table traces a positive relationship between number of living children and women's autonomy in household decision and physical dimensions, as the number of living children increases their autonomy increases regarding these two dimensions. However the trend differ for EDHS 2014 than that of 2000, the table illustrates a negative relationship between number of living children and the economic dimensions as the women have an economic autonomy when she had no children (46.8%) but once she had even one living child her economic dimension decreases (38.9%). Chi square test indicates significant relationship between women's autonomy and number of living children in all dimensions for both EDHSs, except for economic dimension in EDHS 2000.

Table (2)
Percentage of Currently Married Women (15-49) Who take Decision Alone Regarding the Three Dimensions of Women's Autonomy by Number of Living Children, EDHS (2000-2014).

No. of Living Children	Decision		Economic		Physical	
	2000					
	Percent	Total	Percent	Total	Percent	Total
0	27.3	1304	46.8	156	9.1	1303
1-2	34.6	4811	44.8	834	11.7	4812
3-4	34.5	4948	41.9	905	12.9	4949
5+	29.3	3318	38.9	203	13.7	3318
Total	32.7	14381	43.1	2098	12.3	14382
χ^2	.000		.272		.000	
2014						
	Percent	Total	Percent	Total	Percent	Total
0	9.7	1791	47.3	165	9.3	1790
1-2	14.0	8287	36.0	1077	10.5	8286
3-4	15.9	8233	39.8	1240	11.9	8231
5+	16.4	2149	39.1	207	14.3	2149
Total	14.6	20460	38.7	2689	11.3	20456
χ^2	.000		.030		.000	

Source: Calculated from EDHSs (2000and2014) and raw data

Women's autonomy differs according to different regions where they live according to the habits, culture and tradition of the each region. Table (3) illustrate the percentage of currently married women (15-49) who take decision alone regarding the three dimensions of women's autonomy by region. In general, the percentage of women's autonomy dimensions for the two period time (2000 and 2014) are higher in Urban governorates and lower in Frontier governorates, the percentage of women's autonomy in household decision is higher in urban governorates (46.5%) and decreasing steadily as it move towards urban lower Egypt (36.3%) and rural lower Egypt(30.1%), followed by urban upper Egypt (31.2%) and rural upper Egypt (24.5%) till Frontier governorates where it reaches the lowest percentage (20.9%). EDHS 2014 shows different percentages in the same dimension than EDHS 2000, with a time of about fourteen years, some transformation in habits, cultures and traditions had occurred, which is clear from the table, Upper Egypt rural (17.3%) is the second percentage to the urban governorates (18.5%), next to it Lower Egypt urban (15%).

Table (3)
Percentage of Currently Married Women (15-49) Who take Decision Alone Regarding the Three Dimensions of Women's Autonomy by Region, EDHS (2000-2014)

Region	Decision		Economic		Physical	
	2000					
	Percent	Total	Percent	Total	P	Total
Urban Governorates	46.5	2750	50.3	591	15.1	2750
Lower Egypt - Urban	36.3	1800	34.4	418	10.9	1800
Lower Egypt - Rural	30.1	4524	33.5	519	11.1	4525
Upper Egypt - Urban	31.2	1662	58.2	342	10.6	1662
Upper Egypt – Rural	24.5	3451	41.6	190	13.5	3451
Frontier Governorates	20.9	196	30.8	39	7.7	196
Total	32.7	14383	43.1	2099	12.3	14384
χ^2	.000		.000		.000	
2014						
	Percent	Total	Percent	Total	Percent	Total
Urban Governorates	18.5	2547	45.8	371	11.6	2545
Lower Egypt - Urban	15.0	2179	33.0	451	11.5	2179
Lower Egypt - Rural	11.5	7919	32.7	1079	9.7	7917
Upper Egypt - Urban	14.8	2254	47.4	369	11.5	2254
Upper Egypt – Rural	17.3	5375	46.0	389	13.5	5375
Frontier	10.3	185	43.3	30	10.8	185
Total	14.6	20459	38.6	2689	11.3	20455
χ^2	.000		.000		.000	

Source: Calculated from EDHSs (2000 and 2014) raw data

Regarding the economic dimensions, urban upper Egypt have the highest percentage in both EDHS 2000 and 2014 (58.2% and 47.4%) respectively, but in 2014 rural upper Egypt is the next highest percentage (46%) while in 2000 the next highest percentage is Urban governorates (50.3%) which may be due to the changes in modernization and women's educational level that occur within the fourteen years.

Rural Upper Egypt witness a positive change regarding the physical dimension of women's autonomy, in 2000 it was the second percentage (13.5%) to the Urban governorates (15.1%), while within the fourteen years (2014) it becomes the highest percentage (13.5%) even more than that of urban governorates (11.6%).

In general rural women are significantly less likely to take part in decision making than urban women. The role of place in decision making is now widely recognized beyond the physical environment, which affects the health of people living there. Individual time-space circumstances interact with conditions in the local area, particularly in communities characterized by poverty and social exclusion (Dev R Acharya, et al., 2010)

Type of place of residence is one of the important variables which associated positively with women's autonomy in decision-making. Table (4) presents the percentage of currently married women aged (15-49) who take decision alone regarding autonomy dimensions in decision making and place of residence. From the table it can be noticed that the women's autonomy level is higher in urban areas than rural one for both EDHSs (2000 and 2014), the women's autonomy level in rural areas are (27.6%, 35.7%, 12.1%) compared to (39.2%,47.0%,12.6%) in urban areas respectively regarding the (decision, economic, physical) dimensions. Chi square test indicate significant relationship between type of place of residence and women's autonomy dimensions, except for that of the physical one for both EDHSs (2000-2014).

Educational attainment is without doubt the most fundamental prerequisite for women's autonomy in all spheres of society. Husband's

education is also important to understand the needs of wife and involve wife in decision making and to give freedom of choices along with movement. Furthermore, education is a powerful instrument for acquiring new values and, consequently, for modifying ones relationship with other human beings and the environment. Haque, M. M., et.al., 2010).

Table (4)
Percentage of Currently Married Women (15-4)Who take Decision Alone Regarding the Three Dimensions of Women's Autonomy by Type Place of Residence, EDHS (2000-2014)

Type of place of residence	Decision		Economic		Physical	
2000						
	Percent	Total	Percent	Total	Percent	Total
Urban	39.2	6328	47.0	1384	12.6	6328
Rural	27.6	8053	35.7	715	12.1	8053
Total	32.7	14381	43.2	2099	12.3	14381
χ^2	.000		.000		.377	
2014						
	Percent	Total	Percent	Total	Percent	Total
Urban	16.2	7084	41.6	1213	11.6	7082
Rural	13.8	13376	36.2	1475	11.2	13374
Total	14.6	20460	38.7	2688	11.3	20456
χ^2	.000		.004		.335	

Source: Calculated from EDHSs (2000 and 2014) and raw data

Table (5) shows the percentage of currently married women (15-49) who take decision alone regarding the three dimensions of women's autonomy by partner's educational level regarding the decision dimensions, there is a positive relationship between partner's education level and women's autonomy as the partner's education level increase the percentage of women's autonomy increase regarding household decision in EDHS2000, but there are some fluctuation in economic dimension in secondary level, the percentage of women's autonomy is (39.7%), there is a negative relationship between partner's educational level and women's autonomy for physical dimension, the percentage of women's autonomy decrease from 13.3% to 11.5% as the partner's education level increase, while the EDHS (2014) the percentage of women's autonomy regarding the decision and

economic dimensions decrease as the partner's education level increase (from 15.5% to 14%) and (41% to 37.2%) respectively, there are some fluctuations regarding physical dimension in secondary education level with percentage of 10.9%. Chi square test indicate significant relationship between women's autonomy and partner's educational level regarding the decision dimension in 2000 and physical dimension in (2000 and 2014), may be due to the women more educated than husband and can take the decision more than husband.

Table (5)
Percentage of Currently Married Women (15-49) Who take Decision Alone Regarding the Three Dimensions of Women's Autonomy by Partner's Education Level , EDHS (2000-2014)

Partner's education level	Decision		Economic		Physical	
2000						
	Percent	Total	Percent	Total	Percent	Total
No education	28.3	4043	45.3	236	13.3	4044
Primary	30.6	3207	44.5	182	12.9	3206
Secondary	34.0	5175	39.7	876	11.5	5176
University +	41.7	1956	45.9	804	11.6	1956
Total	32.7	14381	45.9	2098	12.3	14382
χ^2	.000		.064		.024	
2014						
	Percent	Total	Percent	Total	Percent	Total
No education	15.5	3266	41.0	278	11.6	3265
Primary	14.9	2980	40.7	263	12.7	2978
Secondary	14.5	10844	38.9	1150	10.9	10842
University +	14.0	3369	37.2	998	11.1	3369
Total	14.6	20459	38.6	2689	11.3	20454
χ^2	.347		.562		.048	

Source: Calculated from EDHSs (2000 and 2014) raw data.

Education is considered to be one of the major factors influencing in women's autonomy, result of this study indicate positive relationship between education of the respondent and percentage of women's autonomy, according to table (6) the percentage of women's autonomy increase as the educational level of respondent increases within the decision dimension,

from 28.4% to 45.4%. Economic dimension shows some fluctuations, it reaches the lowest percentage (40.4%) in secondary educational level and the highest percentage in primary educational level (48.1%), and the same issue is for the physical dimension as the percentage of women's autonomy ranges between (11.5% and 13.2%) according the EDHS (2000), whilst EDHS (2014) the percentage of women's autonomy in the decision dimension increases with the increase of women's educational level increases, there are some fluctuations in economic dimension the peak percentage is at secondary educational level (39%). Chi square test indicate significant relationship between women's highest education level and women's autonomy only in decision and economic according EDHS (2000).

Table (6)
Percentage of Currently Married Women (15-49) Who take Decision Alone Regarding the Three Dimensions of Women's Autonomy by Women's Educational Level, EDHS (2000-2014)

Highest Educational Level	Decision		Economic		Physical	
2000						
	Percent	Total	Percent	Total	Percent	Total
No education	28.4	6075	42.7	288	12.7	6075
Primary	31.4	2568	48.1	106	12.5	2568
Secondary	35.8	4529	40.4	1041	11.5	4529
University	45.4	1211	46.8	662	13.2	1211
Total	32.7	14383	43.2	2097	12.3	14383
χ^2	.000		.049		.169	
2014						
	Percent	Total	Percent	Total	Percent	Total
No education	13.9	4778	38.9	342	11.5	4778
Primary	14.7	2038	37.6	173	11.6	2035
Secondary	14.9	10759	39.6	1095	11.1	10757
University +	14.6	2885	37.7	1079	11.6	2885
Total	14.6	20460	38.6	2689	11.3	20455
χ^2	.467		.817		.823	

Source: Calculated from EDHSs (2000 and 2014) and raw data.

The varied result in decision making suggests that there are other factors which explain the relationship between wealth and women's

autonomy in decision making. Women's economic status in the household emerged as an important factor associated with their autonomy in decision making. It seems that an important aspect of this difference lies in the perceptions of household members, particularly among older women, regarding the need of autonomy for women. It also indicates that as the women gets richer; they are less likely to take part in decision making. The ownership and control of property is one of the most critical contributors to the gender gap in economic well-being, social status, and empowerment. (Dev R Acharya, et al., 2010).

Table (7) illustrates the percentage of currently married women (15-49) who take decision alone regarding the three dimensions of women's autonomy by wealth index. Wealth index represent the standard of living of the household where women reside, the percentage of women's autonomy in decision dimension is higher among poorer women (33.7%) followed by women in the middle quintile (33.5%), then by the richest quintile (32.5%), the lower percentage is among the poorest quintile (31.3%), while the percentage of women's autonomy regarding decision dimension in 2014 decrease from poorest quintile to the middle quintile (from 15.5% to 12.7%) then increases again in the richer and richest quintile (14.6% and 16.4%) respectively. There is a negative relationship between economic dimension and wealth index in 2000 and as the wealth quintile move from the poorest to the richer the women's economic autonomy decreases (from 46.0% to 39.9%) then increases again in the richest quintile (43.2%), the same decrease in economic dimension is followed by EDHS 2014, the percentage decrease from poorest to middle (from 44.9% to 35.4%) then increase again with richer (36.7%) and richest (41.6%), finally the same issue with physical dimension, the percentage of women's autonomy decrease from poorest to middle (from 12.4% to 11.2%) then increases again with richer (12.0%) and richest (13.2%) while 2014 decrease from poorest to middle (from 13.5% to 9.8%) and increases with richer (10.0%) and richest (12.3%). Chi square test indicate significant relationship between wealth index and women's autonomy in (decision, economic, physical) dimension only regarding EDHS 2014, it can be concluded that a part from women's autonomy is depending on general culture more than socio-economic factors.

Table (7)
Percentage of Currently Married Women (15-49) who take Decision Alone Regarding the Three Dimensions of Women's Autonomy by Wealth index, EDHS (2000-2014)

Wealth index	Decision		Economic		Physical	
2000						
	Percent	Total	Percent	Total	Percent	Total
Poorest	31.3	2588	46.0	302	12.4	2588
Poorer	33.7	2716	44.6	370	12.2	2716
Middle	33.5	3161	43.2	442	11.8	3161
Richer	32.4	2824	39.9	414	12.0	2825
Richest	32.5	3092	43.2	570	13.2	3092
Total	32.7	14381	43.2	2098	12.3	14382
χ^2	.345		.531		.522	
2014						
	Percent	Total	Percent	Total	Percent	Total
Poorest	15.5	3625	44.9	245	13.5	3625
Poorer	14.2	3976	36.2	378	11.6	3976
Middle	12.7	4602	35.4	560	9.8	4601
Richer	14.6	4269	36.7	657	10.0	4266
Richest	16.4	3987	41.6	847	12.3	3986
Total	14.6	20459	38.6	2687	11.3	20454
χ^2	.000		.020		.000	

Source: Calculated from EDHSs (2000 and 2014) and raw data.

III- INEQUALITY IN WOMEN'S AUTONOMY

To get a descriptive indication of how the socio-economic inequalities in women's autonomy have evolved over time, Concentration Curve (CC) and the Concentration Index (CI) at different points of time (2000-2014) is examined. The CC and CI are two conventional measures of socio-economic disparities in women's autonomy (O' Donnell et al., 2008). This section is focusing on measuring CC and CI for the three dimensions of women's autonomy: household decision, economic, and physical).

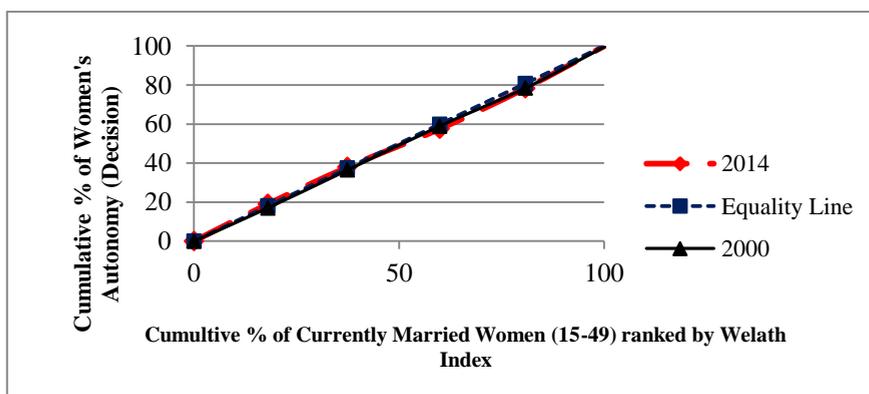
3.1 The Concentration Curve (CC)

The CC ranks the currently married women (15-49) in the households by their position in the income distribution and plots the cumulative percentage of women's autonomy against cumulative percentage of currently married women in the households ranked in ascending order based on economic status. The CC lies above (below) the line of equality when

currently married women are concentrated among households from lower (higher) socio-economic status. The further the CC is above (below) the equality line, the more concentrated the concerned dependent variable among poor (rich) households. The diagonal line (45 degree line) represents the line of perfect equality, a situation in which the dependent variable under study is equally distributed among each income group (O' Donnell et al., 2008).

Figure (6) plots the concentration curve for women's autonomy (decision dimension) at two point of time EDHSs (2000, 2014), which allows a visual assessment of socio-economic inequalities across time. It is evident that the CC is coincides with the equality line, which indicate that 50% of women related to decision dimension is in no income related inequality i.e. zero concentration, compared to 50% of women lie below the line of equality at the two points of time, which indicates concentration of women's autonomy (decision dimensions) among the rich households.

Figure (6)
Concentration Curves for Women's Autonomy (Decision Dimension) EDHSs (2000, 2014).

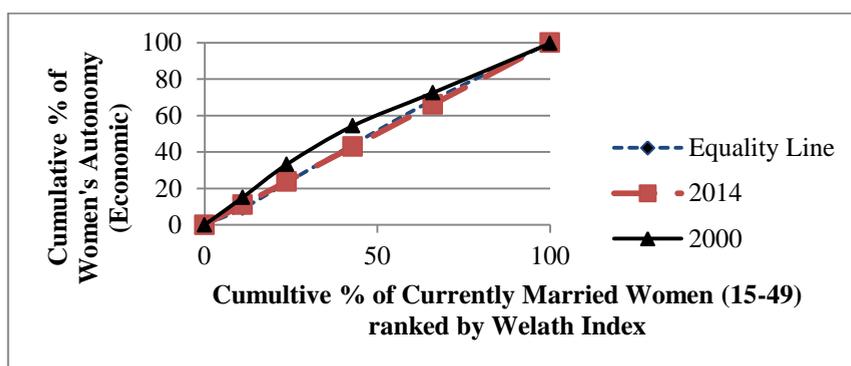


Source: Calculated from EDHSs (2000 and 2014) raw data.

Figure (7) depicts the concentration curve for women's autonomy (economic dimension) at two point of time EDHSs (2000, 2014). It is clear that the CC is above the line of equality at 2000 which indicates

concentration of women's autonomy (physical dimension) among the poor households. Concentration Curve in 2014 fluctuates among the poor, equality, and rich households, 20% of women related to economic dimension lie above the line of equality, which indicates concentration of women's autonomy amongst the poor, and the other 20% lie in no income related inequality i.e. zero concentration, compared to the last 60% of women lie below the line of equality, which indicates concentration of women's autonomy (economic dimensions) among the rich households.

Figure (7)
Concentration Curves for Women's Autonomy (Economic Dimension) EDHSs (2000, 2014)



Source: Calculated from EDHSs (2000 and 2014) raw data.

Figure (8) illustrate the concentration curve for women's autonomy (physical dimension) at two point of time EDHSs (2000, 2014), regarding the physical dimension in (2000) 40% of the concentration curve coincide with the equality line, which means 40% of women related to physical dimension is in no income related inequality, the other 60% of the concentration curve lie below the equality line, which indicates concentration of women's autonomy (physical dimensions) among the rich households. Regarding 2014, the CC is fluctuating between above and below the equality line, 60% of the concentration curve lie above the equality line, which indicates concentration of women's autonomy (physical dimensions) among the poor households, whilst the other 40% of the concentration curve lie below the equality line, which indicates the concentration of women's autonomy (physical dimension) amongst the rich households.

Figure (8)
Concentration Curves For Women's Autonomy (Physical Dimension)
EDHSs (2000, 2014).



Source: Calculated from EDHSs (2000 and 2014) raw data.

3.2 Concentration Index

The concentration index (CI) ranges between -1 and +1. The sign of the CI reflects the direction of the relation between the women's autonomy variable of interest and currently married women in the household's position in the wealth index. If the CI has a negative sign it indicates that women's autonomy is concentrated among the poor, while a positive CI indicates that it is the better off who have a higher incidence of women's autonomy.

Regarding the concentration index for women's autonomy (decision dimension), have a positive sign in the two points of time (2000 and 2014), these suggest that the rich women have decision autonomy more than the poor, the concentration indices are (0.005642 and 0.012645) respectively.

The concentration index of women's autonomy (economic dimension) at two point of time EDHSs (2000 and 2014), are (-0.01337 and 0.006753) respectively. CI is negative which indicates that there are inequalities in women's economic autonomy by wealth quintile, it is more concentrated among poor households by 2000, while by 2014 CI is positive which indicates that women's autonomy among is more concentrated among the rich households.

The value of the concentration index of women's physical autonomy in 2000 is a negative value (-0.02854) showing that there are inequalities in women's physical autonomy by wealth quintile. This suggests that physical women's autonomy is more concentrated among the poor households than the rich households; while in 2014 women's physical autonomy is a positive value (0.029434) indicates inequalities in women's physical autonomy by wealth quintile, which means that women's physical autonomy is more concentrated among rich households compared to the poor households.

V- CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

4.1 Conclusion of the Study:

The objective of this study is to quantify the three dimensions of women's autonomy in Egypt (economic decision making, household decision making, and physical movement). Specifically to examine levels, changes and differentials of women's autonomy using EDHSs 2000 and 2014. The following are the main findings of this study;-

Three dimensions of women's autonomy are classified, namely economic, decision, and physical. The economic dimension of women's autonomy consists of 4 variables; only 3 are common in both surveys. The index of economic dimension of women autonomy decreases in 2014 (38.7%) than 2000 (43.1%).

- The decision dimension of women's autonomy consists of 3 variables, only one variable is common in both surveys of 2000 and 2014 to represent the dimension of household decision making, The percentage of women who had final say on her own health care decreases in 2014 than 2000 by nearly more a little bit than half to represent 14.6% in 2014 from 32.7% in 2000
- Regarding the physical dimension who takes decision alone according physical movement; only one variable is available to represent this dimension that is the final say on visits to family or relatives. EDHS 2014 witness a decline in this variable by about 1 percent point representing 11.3% dropped from 12.3% according to 2000 EDHS.
- The levels of the three dimensions of women's autonomy decreases between EDHS 2000 and EDHS 2014, it decreases nearly to half from 32.7% to 14.6%, while the economic dimension decreases

only about 4.4 percent point, but a very little decrease is recognized by the physical dimension, this may be due to that women's autonomy decreases as she was empowered and share her opinion jointly with partner than before.

- Number of living children influences the women's autonomy dimensions; there is a positive relationship between number of living children and women's autonomy in household decision and physical dimensions. However the trend differ for EDHS 2014 than that of 2000, there is a negative relationship between number of living children and the economic dimensions as the women have an economic autonomy when she had no children (46.8%) but once she had even one living child her economic dimension decreases (38.9%).
- Women's autonomy differs according to different regions, generally, the percentage of women's autonomy dimensions for the two period time (2000 and 2014) are higher in Urban governorates and lower in Frontier governorates. Regarding the economic dimensions, urban upper Egypt have the highest percentage in both EDHS 2000 and 2014 (58.2% and 47.4%) respectively, but in 2014 rural upper Egypt is the next highest percentage (46%).
- Type of place of residence is one of the important variables which associated positively with women's autonomy in decision-making, the women's autonomy level is higher in urban areas than rural one for both EDHSs (2000 and 2014), the women's autonomy level in rural areas are (27.6%, 35.7%, 12.1%) compared to (39.2%, 47.0%, 12.6%) in urban areas respectively regarding the (decision, economic, physical) dimensions.
- Regarding the decision dimensions, there is a positive relationship between partner's education level and women's autonomy as the partner's education level increase the percentage of women's autonomy increase in EDHS2000, but there are some fluctuation in economic dimension in secondary level, the percentage of women's autonomy is (39.7%), also a negative relationship between partner's educational level and women's autonomy for physical dimension. Regarding EDHS (2014) the percentage of women's autonomy in decision and economic dimensions decrease as the partner's

education level increase with the percentage (from 15.5 to 14.0) and (from 41.0 to 37.2) respectively, there are some fluctuations regarding physical dimension in secondary education level with percentage of 10.9%.

- Wealth index represent the standard of living of the household where women reside, the percentage of women's autonomy in decision dimension is higher among poorer women (33.7%) followed by women in the middle quintile (33.5%), then by the richest quintile (32.5%), the lower percentage is among the poorest quintile (31.3%), while the percentage of women's autonomy regarding decision dimension 2014 decrease from poorest quintile to the middle quintile (from 15.5% to 12.7%). There is a negative relationship between economic dimension and wealth index and as the wealth quintile move from the poorest to the richer the women's economic autonomy decreases (from 46.0% to 39.9%) then increases again in the richest quintile (43.2%), the same decrease in economic dimension is followed by EDHS 2014.

4.2 Recommendations of the Study:

In order to increase women's autonomy dimensions in the household, there is a need to address the following issues:

- Efforts are needed to change the beliefs of poor households concerning the necessity of girls' education and early marriage.
- Direct all efforts toward programs that aim to increase women autonomy and her participation in the household decision making.
- Enable women to access community resources and provide support for challenging and policy rational norms which cause gender inequalities.
- Enhancing their access to and control over economic resources and enabling them to establish and realize their rights are also essential mean to empower them to be more autonomous in decision making.
- Greater emphasis should be placed on improving and expanding Information, Education and Communication services to women, rural women, and women with little or no education.

- Cooperate with Ministry of social solidarity and NGO's to grant small loans to support low income families thereby raising their autonomy so that they can participate in economic growth to invest in health, education, and in social protection as well as building institutions that enable them to participate in decisions that shape their lives.

- REFERENCES

- Agarwala, L.R. and M. Scoot, (2006). Refining the Measurement of Women's Autonomy: An International Application of a Multi-dimensional Construct. *Social Forces*, 84(4): 2077-2098.
- AlSumri HH. (2015). A National Study: the Effect of Egyptian Married Women's Decision-Making Autonomy on the use of Modern Family Planning Methods. *Afr Journal Report Health*
- B., Tulsi Ram, (2016). Women's Autonomy and Its Correlates in Western Nepal: A Demographic Study, PLoS ONE Journal Bank Publications.
- Behzad A.; Muhammad S.; and Saba J. (2013). Women's Autonomy and Their Role in Decision Making at Household Level: A Case of Rural Sialkot, Pakistan. *World Applied Sciences Journal*.
- Dev R Acharya, Jacqueline S Bell, Padam Simkhada, Edwin R van Teijlingen, and Pramod R Regm, (2010). Women's autonomy in household decision-making: a demographic study in Nepal, Published online 2010 Jul 15.
- Goleen S., and Anne R. Pebley, (2015). Individual and Household Determinants of Women's Autonomy: Recent Evidence from Egypt. California Center for Population Research, University of California – Los Angeles
- Haque, M. M., Tareque, M. I. and Mostofa, M. G. (2010). "Women's Empowerment and its Impact on Fertility in Bangladesh", *Demography India*.
- Human Development Report (2013). The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World. United Nations Development Program.
- Jane O. Ebot (2015). "Girl Power!": The Relationship between Women's Autonomy and Children's Immunization Coverage in Ethiopia. *Journal of Health, Population and Nutrition*.

- Jejeebhoy, Shireen J.(2000).Women's Autonomy in Rural India: Its Dimensions, Determines and Influence of Context, Female Empowerment and Demographic Processes . Oxford, Clarendon Press.
- Mason, K. O. and H. L. Smith. 2003. "Women's Empowerment and Social Context: Result from Five Asian Countries", Rockefeller Foundation's Bellagio Study and Conference Center.
- Morshedul H.; Towfiqua M.; Ismail T. and Golam M. (2011) Women Empowerment or Autonomy: A Comparative View in Bangladesh Context. Bangladesh e-Journal of Sociology.
- O'Donnell, O. A., Wagsta_, A., et al. (2008). Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. World
- Shireen J. Jejeebhoy; Zeba A. Sathar, (2001) Women's Autonomy in India and Pakistan: The Influence of Religion and Region. Population and Development Review .
- Sudatta, B., and Amrita R., (2015). Determinants of Female Autonomy across Indian States. Journal of Economics, Business and Management, Vol. 3, No. 11, New Delhi, India
- UN, (2009). World Survey on the Role of Women in Development: Women's Control over Economic Resources and Access to Financial Resources, including Microfinance; Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York.
- UN, 2016. Declaration of LIMA on Equality and Autonomy in the Exercise of Women's Economic Rights.
- UNFPA, OHCHR, and Netherlands Government, (2013). ICPD Beyond 2014 International Conference on Human Rights, Conference Report,
- <http://www.unfpa.org.br/lacodm/arquivos/mdg3.pdf>
- Promote gender equality and women's autonomy

Poverty and its Impact on Maternal Health Care Services Utilization in Yemen, 2013

Maha Saleh Alawlaqi*

Mona Tawfik Yousif**

- Abstract

Maternal health refers to the health of women during pregnancy, childbirth and the postpartum period. While motherhood is often a positive and fulfilling experience, for too many women it is associated with suffering, ill-health and even death (www.who.int).

Poverty in Yemen, especially after 2011, and its consequences lead to poor and unqualified maternal and child health care services, which are different according to levels of poverty. Maternal and child health care utilization are facing huge challenges in Yemen such as problems in delivering services, while others are more likely to have problems with insufficient service providers.

The main goal of this study is to examine wealth index disparities in maternal health care services; more specifically it aims to examine the levels of Antenatal, Childbirth, and postnatal care, and to identify differentials of wealth index in maternal care services, using National Yemen Demographic and Health Survey (NYDHS), 2013. The study applied univariate and bi-variate analysis as well as a concentration curve to measure wealth index disparities in maternal health care services.

The main findings of the study are that the antenatal care provided during pregnancy was from doctor provider, more than half of them (56.2 percent), while the percent of pregnant women in Yemen who had not any antenatal care services is about two fifth (40.7 percent). Only 30% of births occurred in health facilities; and 45% of births were delivered by skilled providers. Socioeconomic inequalities in antenatal care from skilled providers, and who delivered in health facility, and have assistance at delivery by skilled providers, indicate through the concentration curve (CC) that mothers from economically better-off households utilize maternity care more often than mothers from a low socioeconomic, which reflects the higher level of socioeconomic disparities in Yemen.

Based on the findings it is recommended that in order to reduce the wealth index disparity in maternity healthcare services, requires health and social policy reforms that incorporate demand-side financing programs such as health voucher scheme to the marginalized women.; and increasing education, especially among the poor, and poverty reduction measures that focus on rural communities could help narrow the disparities in maternity healthcare services.

- **Key words:** Maternal Health care services, poverty, disparities in maternal health care services.

* Population and Sustainable Development Diploma Student from Yemen at Cairo Demographic Center, msaaaams@gmail.com

** Staff Member and Head of Training Unit at Cairo Demographic Center, Egypt; mona_ty61@yahoo.com

I- INTRODUCTION

Maternal health refers to the health of women during pregnancy, childbirth and the postpartum period. While motherhood is often a positive and fulfilling experience, for too many women it is associated with suffering, ill-health and even death, (www.who.int).

The maternal mortality ratio is considered to be a key indicator of the health status of a population. According to the World Health Organization's international classification of diseases, a maternal death is defined as a death of a woman while pregnant or within 42 days of the end of the pregnancy, irrespective of the duration and the site of the pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management, but not from accidental or incidental causes, (WHO, 2014).

Every day, around 830 women die from preventable causes related to pregnancy and childbirth. According to the World Health Organization, at the end of 2015, roughly 303 000 women died of complications during pregnancy or childbirth (World Health Organization, 2015). Statistics show that 99 per cent of all maternal deaths occur in developing countries. In the developing world, it is the poorest women who are at higher risk to die because of lack of medical care. This is known in the literature as the Hart's law of inverse care, where the poor and the unhealthy are the least likely to receive medical care (Hart, 1971). These deaths are avoidable because the life-saving medical interventions are available and widely known. Medical care during pregnancy and childbirth allows monitoring pregnancy and reduces the health risks to the mother and her child. As part of the global efforts to curb maternal mortality, the United Nations included the reduction in maternal mortality by two-third, between 1990 and 2015, as one of the Millennium Development Goals (MDGs), and almost all countries in the world have adopted these goals to be achieved by 2015

In order to achieve the SDG target of 70 per 100 000 live births by 2030, the global annual rate of reduction will need to be at least 7.3%. Attaining that rate requires a marked acceleration in progress in this area. SDG Target 3.1 also includes skilled attendance at birth. Globally, coverage of skilled attendance at birth was estimated to have reached 73% in 2013. However, more than 40% of births in the WHO African Region and

WHO South-East Asia Region were not attended by skilled health personnel, and within countries large access disparities associated with differences in socioeconomic status persist, (WHO, 2016).

In Yemen the maternal mortality ratio (ratio of maternal deaths to live births) is estimated to be 148 maternal deaths per 100,000 live births for the two-year period before the survey (YNHDS, 2013).

Most maternal deaths are preventable as the health-care solutions for preventing or managing the complications of pregnancy and child birth are well known. Factors that prevent women from receiving adequate health care during pregnancy and childbirth include limited availability and poor quality of health services, a lack of information on available services, certain cultural beliefs and attitudes, and poverty, (WHO, 2016).

1-1- Importance of the Study:

The health care services that a mother receives during pregnancy, childbirth, and the immediate postnatal period are important for the survival and wellbeing of both the mother and the infant. The 2013 YNHDS obtained information on the extent to which women in Yemen receive care during each of these stages.

Maternal deaths are now increasingly concentrated in sub-Saharan Africa, where high fertility rates combine with inadequate access to quality prenatal care and skilled attendance at birth to substantially elevate the risk of death in this region, (UNICEF, 2015).

Socioeconomic inequalities in healthcare utilization have been regularly measured in industrial countries (Wagstaff, Paci & Van Doorslaer, 1991; Kakwani, Wagstaff & Van Doorslaer, 1997; Mackenbach & Kunst, 1997). A limited number of empirical studies have measured socioeconomic inequalities in maternity healthcare utilization in developing countries, especially in the Arab world. This study adds to the existing literature and utilizes the Demographic and Health Survey (YNDHS) for Yemen to measure the socioeconomic inequalities in maternity healthcare utilization.

1-2- Statement of the Problem

In 2010, waves of protests and demonstrations started in several countries in the Middle East, leading to an unstable political environment in the region and civil conflict in some cases. In fact, political instability adversely affects economic growth, which, in turn, drives households to cut their spending on health and education to cope with income loss from the political turmoil. This paper is the first to explore the performance of Yemen, which were affected by the Arab Spring, in closing the socioeconomic gap in maternal healthcare services utilization. While the trend in maternal health has been over studied (Khadr, 2009; Hogan et al., 2010; Lozano et al., 2011; Benova, Campbell & Ploubidis, 2014), little attention has been given in the literature to the disparities in maternal health among socioeconomic classes in Yemen, especially after the Arab Spring era.

During the past few decades, a great deal of attention has been paid to measuring the progress made by Yemen's Government to improve maternal and child health and reduce poverty to minimize its effect on both mothers and children.

Poverty in Yemen, especially after 2011, and its consequences, leads to poor and unqualified maternal and child health care, which are different according to levels of poverty. Maternal and child health care utilization are facing huge challenges in Yemen such as problems in delivering services, while others are more likely to have problems with insufficient service providers.

Poverty can have profound effects on the physical health of children. As of 2011, 22,000 children a day die from diarrhea worldwide, often due to limited access to potable water. Poor nutrition affects physical and mental growth of the child, as can exposure to refuse, waste, chemicals and substances like lead paint. However, in a safe environment, within a caring family and community, and with food and opportunities available, even a child raised in poverty can thrive (Nanette Kelley, 2010).

The current study implements wealth index as its socioeconomic stratifies to measure the socioeconomic inequality in maternal health care services utilization.

1-3- Objectives of the Study

The ultimate objective of this study is to examine Levels of Maternal Health Care services in Yemen DHS 2013, as well as to examine socioeconomic inequalities in maternal health care services utilization. More specifically the study aimed at meeting the following:

- ✓ Examine levels of Antenatal, Childbirth and Postnatal Care services.
- ✓ Identify differentials of wealth index in maternal health care services.
- ✓ To assess whether the socioeconomic inequalities in maternal health care services utilization in Yemen are more concentrates among poor or rich households.

1-4- Data Source:

This paper uses data from the most recent round of the DHS for Yemen conducted in the 2013. The DHS is a nationally representative survey that collects data on a broad set of variables related to children and mothers' health. The survey collects information from ever-married women at reproductive age. The DHS contains information on demographic characteristics, maternity care, sexual behavior and housing characteristics. The surveys asked women who give birth in the last 5 years about access to prenatal care and its contents, type of the place of delivery and access to postnatal care.

The sample consists of 10 369 women were interviewed about maternal health care services in Yemen.

1-5- Methodology of the Study:

To achieve the objectives of the study, both Uni-variate and Bi-variate analysis is used. Uni-variate is employed to assess the levels of maternal health care services in their broad categories, antenatal care, assistance during delivery, and postnatal care for the mother. The bi-variate analysis is to examine socioeconomic inequality in maternal health care services utilization by applying cross tabulation and Concentration Curve (CC) (Lorenz curve).

There are various measures of inequality, but as suggested by (Wagstaff *et al.*, 1991), the Concentration Curve (CC) is among the few measures that satisfy these criteria.

The Concentration Curve (CC) is a conventional measure of socio-economic disparities in maternal health care services. The Concentration Curve (CC) ranks households by their position in the income distribution and plots the cumulative percentage of maternal health care services against cumulative percentage of households ranked in ascending order based on economic status. The Concentration Curve (CC) lies above (below) the line of equality when maternal health care services are concentrated among households from lower (higher) socio-economic status. Concentration Curve (CC) is used in this study to assess whether maternal health care services are more concentrate among poor or rich households, (O'Donnell *et la.*, 2008).

1-6- Country Background:

The Republic of Yemen is located in the southern part of the Arabian Peninsula and is bordered by the Kingdom of Saudi Arabia to the north, the Arabian Sea and Gulf of Aden to the south, the Sultanate of Oman to the east, and the Red Sea to the west. While there are more than 112 Yemeni Islands in the Red and the Arabian seas, the most strategic one is Bab Al Mandab. The island, located in the middle of a strait that lies off the southwestern tip of the republic, controls passage into and out of the Red Sea.

Yemen is one of the poorest countries in the Middle East and North Africa (MENA) region. The gross domestic product (GDP) per capita was estimated to be US\$1,343 in 2013, (CSO, *Statistical Yearbook*, 2013).

Table (1) presents the most important demographic and socio economic indicators. It consists of population number, growth rate; also fertility measures such as TFR, crude birth rate; mortality measures crude death rate, life expectancy and literacy rate.

Table (1)
Selected Demographic, and Socioeconomic Indicators in Yemen

Indicators	
Population Size	28,036,829 (July 2017 est.)
Population size 0-14	0-14 years: 39.83% Male 5,681,084 Female 5,485,050
Population size 65+	65 years and over: 2.75% Male 353,953 Female 416,155(2017 est.)
Population Growth Rate	2.28% (2017 est.)
Crude Birth rate	28.4 births/1,000 population (2017 est.)
Crude Death rate	6 deaths/1,000 population (2017 est.)
Sex Ratio at birth	1.05 male(s)/female
Total Fertility Rate(TFR)	3.63 children born/woman (2017 est.)
Life expectancy at birth	Total population: 65.9 years Male: 63.7 years Female: 68.2 years (2017 est.)
Infant mortality rate	Total: 46 deaths/1,000 live births Male: 50.1 deaths/1,000 live births Female: 41.7 deaths/1,000 live births (2017 est.)
Contraceptive prevalence rate	33.5% (2013)
Literacy	Total population: 70.1% Male: 85.1% Female: 55% (2015 est.)

Source: http://www.indexmundi.com/yemen/demographics_profile.html

According to the first Population Census conducted in 1994 under the Republic of Yemen, the population was 15,831,757 persons. It has increased by 58 percent in the last 20 years to reach about 25 million in 2013, (CSO, **Statistical Yearbook, 2013**); while by 2017 it is estimated to be 28,036,829 persons. The growing population will put more pressure on the country to provide social services and public utilities, as well as expand the labor market.

1-7- Literature Review:

Growing number of studies have emerged to examine the inequalities in maternal health care services, in a wide range of countries, and recommended

to reduce the inequality between the socioeconomic and maternal health care services, which vary between high and low level of disparity. The following paragraphs present a recent review of the literature on the equity in the utilization of maternal healthcare services in developing countries:

Amin et al., (2010); studied the Socioeconomic factors differentiating maternal and child health-seeking behavior in rural Bangladesh and one of their principal finding was that a household's relative poverty status, as reflected by wealth quintiles, was a major determinant in health-seeking behavior. Mothers in the highest wealth quintile were significantly more likely to use modern trained providers for prenatal care, birth attendance, post-natal care and child health care than those in the poorest quintile. Compared to the mothers in the lowest wealth quintile, mothers from the highest quintile had greater odds of seeking ANC from a trained provider (OR = 7.6) and nearly 11 times higher odds to have a trained provider present at childbirth.

Çalışkan, Kılıç, Öztürk and Atılğan (2015). For example, using DHS data from 45 developing countries, examined the poor–rich inequalities, by wealth quintiles, in the use of maternity care (professional delivery care and antenatal care). They found that the poor–rich inequalities in maternity care services are much greater than those in treatment for childhood illnesses.

In a related study, **Collin, Anwar and Ronsmans (2007)** found marked socioeconomic inequities in the utilization of maternal healthcare services in Bangladesh. They found that despite the substantial increase in the use of antenatal care, use remained much lower, in particular by the poorest rural women. They also found a huge gap in the access to caesarean sections, with the urban wealthy and educated women having excessive caesareans (at a rate of 34.8 per cent) compared with the rural uneducated poor among whose caesarean sections were almost nonexistent (at a rate of 0.1 per cent).

In a recent study, **Hajizadeh, Alam and Nandi (2014)** used data from the latest five rounds of Bangladesh DHS to examine the trends in social

inequalities in the utilization of antenatal care, facility-based delivery and skilled birth attendance between 1995 and 2010. They found that, although socially disadvantaged mothers increased their utilization of care relative to mothers of higher socioeconomic status, the absolute gap in care utilization between socioeconomic groups has grown over time. Wealthier and more educated women, as well as those living in urban areas, are the primary users of maternity care in Bangladesh.

In a recent systematic review of 36 quantitative studies, **Çalışkan et al. (2015)** examined the progress of equity in the utilization of maternal healthcare services in developing countries. The survey revealed the lack of equity in the utilization of maternal healthcare in developing countries. Thirty-three out of 36 studies found evidence supporting severe inequities, while three studies found evidence of equity or at least improvement regarding equity.

The literature on maternal healthcare socioeconomic inequalities in the Arab world is sparse, especially in the period preceding the Arab Spring. In an earlier study, **Khadr (2009)** used three consecutive rounds of the DHS, between 1995 and 2005, to monitor the progress in maternal health indicators in Egypt, and suggested that there have been substantial improvements in the national levels of maternal health indicators. However, these improvements were not enjoyed equally by women in various social groups.

In this paper, we contribute to the extant literature by analysing the socioeconomic inequality in maternal health in Yemen on which limited research has been conducted and in a region that has recently witnessed political instability.

1-8- Organization of the Study:

The study consists of three sections. The first section is an introductory one, next to it is the second section that includes the levels and differentials of the maternal health care services according to wealth index, followed by the third section that ends with conclusion and recommendations.

II- LEVELS AND SOCIOECONOMIC INEQUALITIES IN MATERNAL HEALTH CARE SERVICES

This section illustrates the levels and socioeconomic inequalities in maternal healthcare services in Yemen.

2-1- Antenatal Care

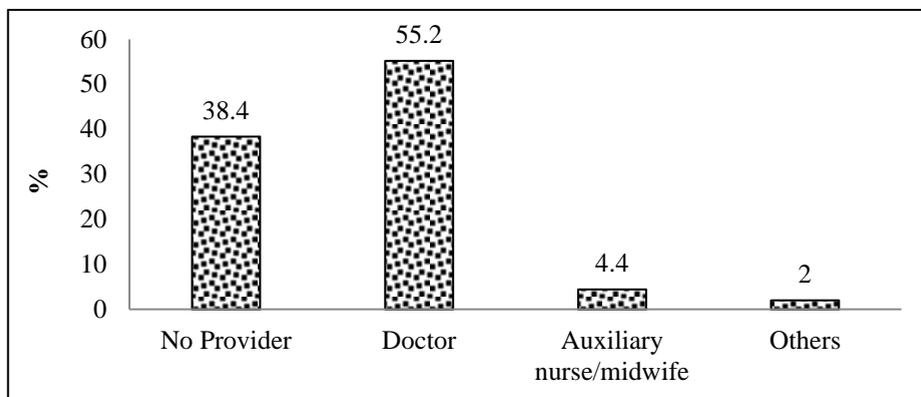
Antenatal care, also known as Prenatal care which is a type of preventive healthcare, with the goal of providing regular check-ups that allow doctors or midwives to treat and prevent potential health problems throughout the course of the pregnancy while promoting healthy lifestyles that benefit both mother and child, (US National Library of Medicine, 2012).

- Antenatal Care Providers Levels and Wealth Index Differentials

Antenatal care from a skilled provider is important for monitoring pregnancy and reducing the risks for both mother and child during pregnancy, at delivery, and within the postnatal period (within 42 days after delivery). Antenatal care enables (1) screening and/or early detection of complications and prompt treatment (e.g., of sexually transmitted infections or anemia); (2) prevention of diseases through immunization and micronutrient supplementation; (3) birth preparedness and complication readiness; (4) health promotion and disease prevention through health messages; and (5) advice and counseling of pregnant women, including place of delivery and referral of mothers with complications, (NYDHS, 2013).

Figure (1) traces the percentage of women aged 15-49 who have got a live births in the five years preceding the survey according to antenatal care provider during pregnancy. It indicates that, more than half of them (55.2 percent) received the antenatal care during Pregnancy was from doctor provider, while the percent of pregnant women in Yemen who had not any antenatal care services is about two fifth (38.4 percent). The least percentage for others care providers (2%) combined which consists of auxiliary nurse/midwife and others.

Figure (1)
Percent Distribution of Women aged 15-49 who have Got a Live Births in the Five Years Preceding the Survey according to the Type of Prenatal Care Provider during Pregnancy, NYDHS, 2013



Source: NYDHS, 2013 Report.

Disparities of antenatal care with the wealth index are relatively high when coverage is examined in light of household wealth.

Globally, women in the richest 20 per cent of the population of their countries are also more likely to receive antenatal care than poorer women, especially in the most deprived regions. In South Asia, for instance, women in the richest quintile are nearly five times as likely as women in the poorest quintile to receive four or more antenatal care visits, which is the minimum recommended (67 per cent versus 14 per cent). Large disparities in coverage based on wealth are also found in sub-Saharan Africa, particularly in West and Central Africa, (UNICEF, 2015).

Table (2) illustrates the percentage distribution of Women Aged 15-49 who have got live births in the five years preceding the survey according to the type of antenatal care provider during pregnancy according to wealth index in Yemen.

Standard of household living are presented by the wealth index; it indicates that the poorest are more likely to not get prenatal care of about two third (59%) comparing to 12.6% of the richest not getting antenatal care.

There are large wealth status variations in the percentages of women who receive antenatal care from a skilled provider. For example, women in the highest wealth quintile (83.2 percent) are more than twice as likely to receive antenatal care from a doctor provider as those in the lowest wealth quintile (34.2 percent).

Table (2)
Percent Distribution of Women Age 15-49 who had a live Birth in the Five Years Preceding the Survey by Antenatal Care (ANC) during Pregnancy for the most Recent Birth and the Percentage Receiving Antenatal Care from a Skilled provide for the most Recent Birth According to Wealth Index, Yemen 2013

Wealth Index		Poorest	Poorer	Middle	Richer	Richest	Total
ANC Provider							
No ANC		59	52.0	40.3	26.1	12.6	38.4
Doctor		34.2	39.9	53.6	66.8	83.2	55.2
Nurse/midwife		4.6	6.1	3.3	5.4	2.7	4.4
Auxiliary Nurse/midwife		0.1	0.1	0.3	0.3	0.0	0.2
Traditional Birth Attendant		0.3	0.1	0.4	0.1	0.1	0.2
Missing		2.7	2.1	2.9	1.8	1.9	2.3
Total	%	100	100	100	100	100	100
	No. of Cases	2097	2136	2107	2016	2014	10369
% Receiving ANC from a Skilled Provide		39.0	46.1	57.2	72.4	85.9	59.8

Source: NYDHS, 2013 Report

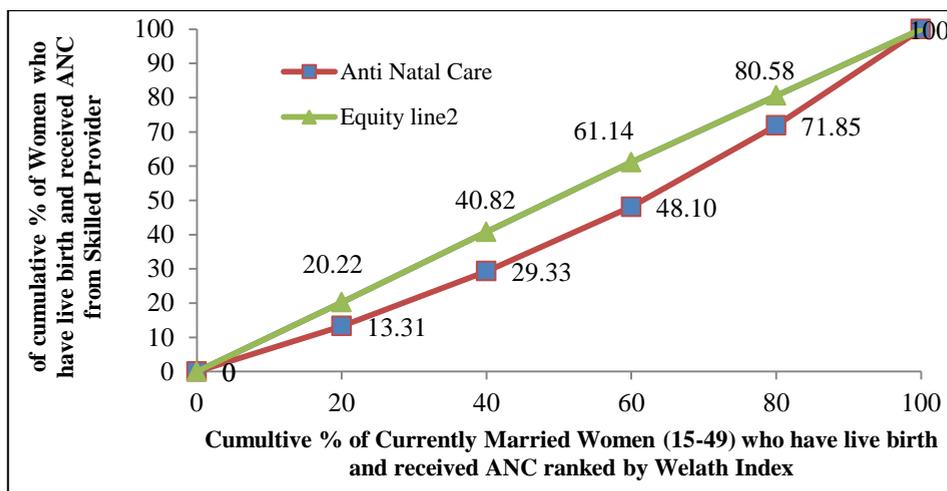
- Wealth Index Disparities in Antenatal Care

Figure (2) presents the concentration curves for Yemen. The curve shows the cumulative share of receiving antenatal care from skilled providers according to the cumulative share of the population, ranked by economic status. If the concentration curve lies below the 45° line, it indicates that maternal health care services utilization is more concentrated among the wealthy, and the converse is true. Similar to Lorenz curve, the further the curve from the equality line, the higher the degree of inequality in maternity care use.

The figure depicts the concentration curves for Yemen, it is lying below the line of equality, which means that mothers from economically better-off households utilize maternity care more often than mothers from a

low socioeconomic, which reflects the higher level of socioeconomic disparities in Yemen.

Figure (2)
Concentration Curves for Currently Married Women (15-49) who have Live Birth and Received ANC from Skilled Provider, Yemen 2013



Source: Calculated by the researcher from YDHS, 2013 raw Data

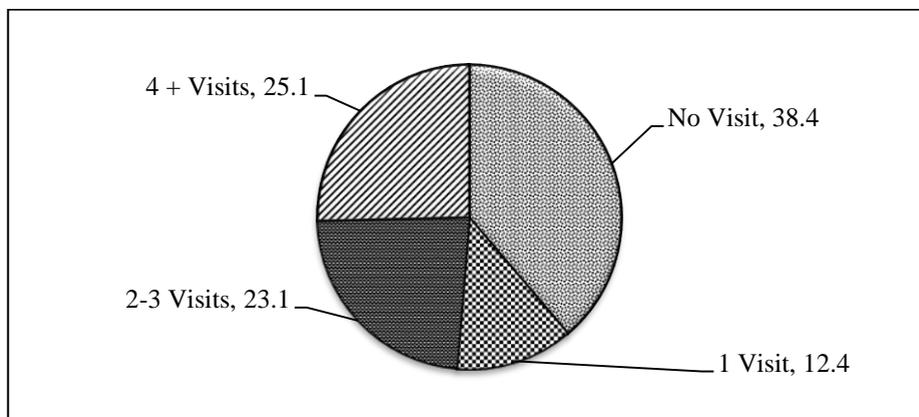
- Antenatal Care Visits Levels

Improving quality of antenatal care is strongly related with the number of visits in order to reduce the risk of stillbirths and pregnancy related complications and give women a positive pregnancy experience.

The World Health Organization (WHO, 2009), recommends a minimum of four antenatal care visits. However, global estimates indicate that only about half of all pregnant women receive this recommended amount of care.

In the 2013 YNHDS, respondents were asked how many antenatal care visits they made during the pregnancy preceding their last live birth in the five years before the survey and how many months pregnant they were at the time of the first visit. Figure (3) shows that among women who had a live birth in the five years preceding the survey, 25 percent had four or more antenatal care visits, 23 percent had two to three visits, and 12 percent had one visit only.

Figure (3)
Percent Distribution of Women Aged 15-49 who got Live Births in the Five Years Preceding the Survey according to the Number of Prenatal Care Visit during Pregnancy, NYDHS 2013.



Source: NYDHS, 2013 Report

2-2- Place of Delivery

Increasing the proportion of women who deliver in health facilities is an important factor in reducing health risks to the mother and the newborn. Proper medical attention and hygienic conditions during delivery can reduce the risks of complications and infections that can cause morbidity and mortality to either the mother or the infant.

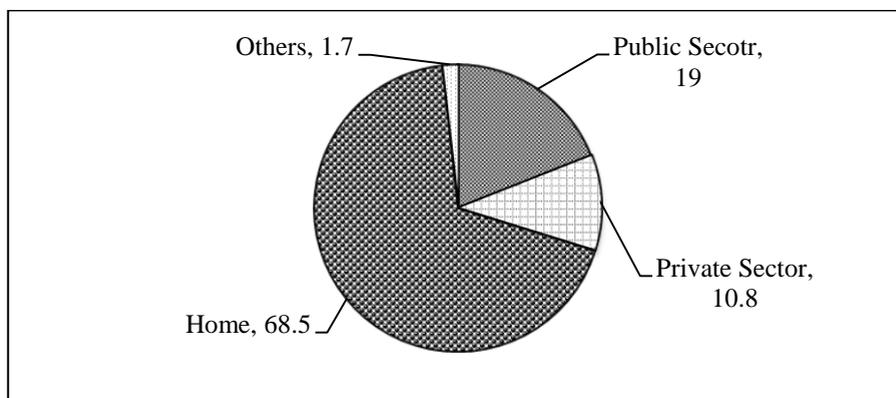
- Place of Delivery Levels and Wealth Index Differentials

Deaths in the first month of life, which are mostly preventable, represent 46 per cent of total deaths among children under five. As mortality among children under five declines globally, deaths among these children are more and more concentrated in the first days of life. This makes focus on newborn care more critical than ever before. In 2016, an estimated 2.6 million children died in their first month of life, which is approximately 7,000 newborns every day. Most of these newborns died in the first week of life with approximately one million dying in their first day and another one million dying in the following six days. Despite ongoing challenges, major progress has been made in improving neonatal survival. Neonatal mortality is on the decline globally with the world's neonatal mortality rate falling from 37 deaths per 1,000 live births in 1990 to 19 per 1,000 live births in 2016. The result is a drop in neonatal deaths worldwide from 5.1 million in 1990 to

2.6 million in 2016. However, this decline of 49 per cent is slower than the rate of decline among children aged 1-59 months (62 per cent), (WHO, 2016).

Figure (4) presents the percent distribution of live births in the five years preceding the survey by place of delivery, (NYDHS, 2013). It traces that only 30 percent of births occurred in health facilities. This figure is higher than that recorded in the 2006 YMICS (24 percent). Almost two in ten births take place in public health facilities (19%) and just over one in ten takes place in private health facilities (10.8%), while majority about two third births take place in home (68.5%).

Figure (4)
Percent distribution of Live Births in the Five Years Preceding the Survey By Place of Delivery and Percentage Delivered in a Health Facility, Yemen 2013



Source: NYDHS, 2013 Report

Skilled care at birth and postnatal checkups are essential to the well-being of both mother and newborn. Quality skilled care at birth would ensure that the newborn receives essential newborn care including thermal and cord care, and immediate breastfeeding. It also increases access to emergency care in the event of life-threatening complications. A newborn who is not breathing at birth will die within minutes if not properly cared for, (WHO, 2015).

Delivery in a health facility increases access to appropriate equipment and supplies available on site or through immediate referral to a higher level facility. However it remains essential to also ensure that the delivery is

carried out by skilled health personnel, capable of anticipating or detecting signs and symptoms of complications. In sub-Saharan Africa where the burden of maternal and newborn deaths is highest, just over half of all births (56 per cent) are delivered in a health facility and the gap between women from the richest and poorest quintiles of their national populations is a staggering 51 percentage points (86% vs. 35%), (UNICEF, 2016).

Table (3) illustrates the percentage distribution of live births in the five years preceding the survey by place of delivery and percentage delivered in a health facility, according to Wealth Index, in Yemen.

There is a strong correlation between household wealth and place of delivery. Births to women in the highest wealth quintile are more than four times as likely to take place in a health facility as births to women in the lowest wealth quintile (57 percent and 13 percent, respectively); while the reverse is for delivering at home in the lowest wealth quintile is about half as likely to take place in home as births to women in the highest wealth quintile (85.9% and 41.6%).

Table (3)
Percent Distribution of Live Births in the Five Years Preceding the Survey by Place of Delivery and Percentage Delivered in a Health Facility, according to Wealth Index, Yemen 2013

Wealth Index		Wealth Index					Total
		Poorest	Poorer	Middle	Richer	Richest	
Place of Delivery							
Public Sector		7.2	12.2	18.5	28.4	33.7	19
Private Sector		5.3	6.2	9	13	23.5	10.8
Home		85.9	79.6	70.6	56.9	41.5	68.5
Others		1.6	2	1.9	1.7	1.3	1.7
Total	%	100	100	100	100	100	100
	No. of cases	3562	3460	3203	2946	2709	15880
% delivered in Health Facilities		12.5	18.4	27.5	41.4	57.1	29.8

Source: NYDHS, 2013 Report.

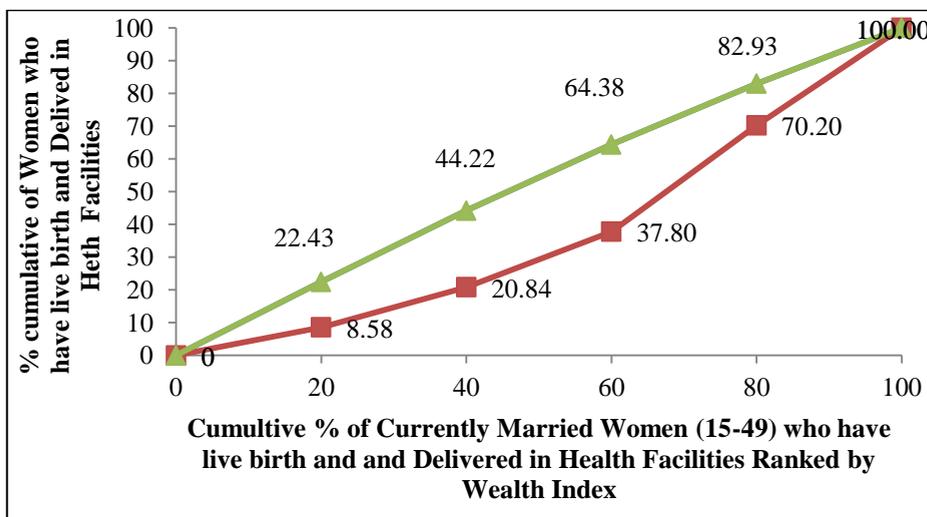
- Wealth Index Disparities in Place of Delivery

Monitoring deliveries in health facilities is essential to ensuring that women receive quality care and deliver in an environment that is prepared for an emergency. In many countries, particularly middle- and high-income countries, a large proportion of babies are delivered in health facilities, (UNICEF, 2016)

Figure (5) presents the concentration curves for Yemen. The curve shows the cumulative share of the % delivered in health facilities according to the cumulative share of the population, ranked by economic status. If the concentration curve lies below the 45° line, it indicates that maternal healthcare utilization is more concentrated among the wealthy, and the converse is true. Similar to Lorenz curve, the further the curve from the equality line, the higher the degree of inequality in maternity care use.

The figure depicts the concentration curves for Yemen, it is lying below the line of equality, which means that mothers from economically better-off households utilize maternity care more often than mothers from a low socioeconomic, which reflects the higher level of socioeconomic disparities in Yemen.

Figure (5)
Concentration Curves for Currently Married Women (15-49) who have Live Birth by Place of Delivery, Yemen 2013



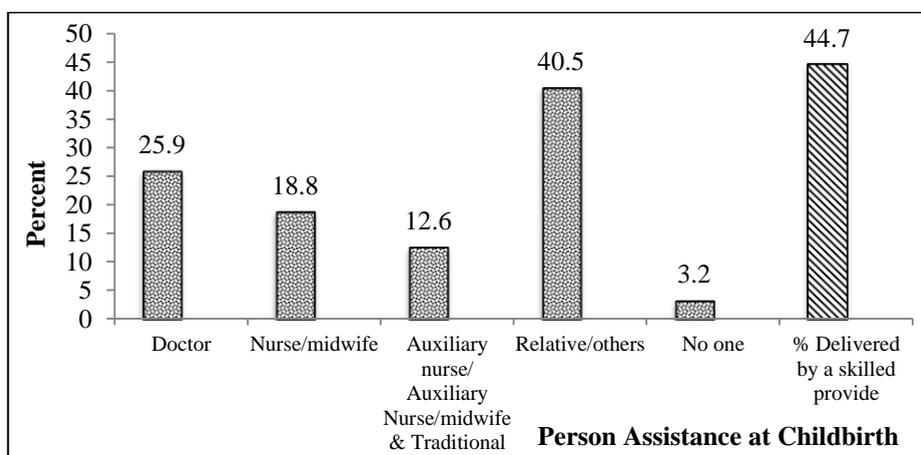
Source: Calculated by the researcher from YDHS, 2013 raw Data.

- Assistance During Delivery

Obstetric care from a skilled provider (doctor, nurse, midwife, or auxiliary nurse/midwife) during delivery is recognized as a critical element in the reduction of maternal and neonatal mortality. Births delivered at home are usually more likely to be delivered without assistance from a skilled provider, whereas births delivered at a health facility are more likely to be delivered by a trained health professional. Figure (6) shows the percent distribution of live births in the five years preceding the survey by person providing assistance at delivery and the percentage of births delivered by Caesarean section (C-section).

Forty-five percent of births in the five years preceding the survey were delivered by a skilled provider, with 26 percent of the deliveries assisted by a doctor, 18 percent by a nurse or midwife. Twelve percent of births were assisted by a traditional birth attendant or a grandmother, and 41 percent by relatives or friends. Overall, the percentage of live births delivered by a skilled provider observed in the 2013 YNHDS (45 percent) represents an increase from the figure reported in the 2006 YMICS (36 percent).

Figure (6)
Percent Distribution of Women Aged 15-49 who have got a Live Births in the Five Years Preceding the Survey by Person providing assistance at delivery, and Percentage Delivered by a Skilled Provider, Yemen 2013.



Note: Skilled provider includes doctor, nurse, midwife, and auxiliary nurse/midwife.

Source: NYDHS, 2013 Report

Table (4) illustrates the percent distribution of live births in the five years preceding the survey by person providing assistance at delivery, according to Wealth Index, in Yemen.

Wealth quintile is strongly associated with type of assistance at delivery. Births to women in the highest wealth quintile were more likely to get assistance at delivery from a skilled provider (81 percent) compared with births to women in the lowest wealth quintile (19 percent); births to women assistance from a doctor in the highest quintile in nearly half of them (53.4%) compared with births to women in the lowest wealth quintile (9.5%). The reverse is for births to women in the lowest wealth quintile were more likely to get assistance at delivery from relatives (61.5%) compared with the births to women in the highest wealth quintile (13%).

Table (4)
Percent Distribution of Women Aged 15-49 who have got a Live Births in the Five Years Preceding the Survey by Person providing assistance at delivery, according to Wealth Index, Yemen 2013.

Wealth Index Assistance at Delivery		Wealth	Poorest	Poorer	Middle	Richer	Richest	Total
Doctor			9.5	15.3	22.6	34.1	53.4	25.5
Nurse/midwife			8.4	13.9	18.2	25.0	25.1	17.5
Auxiliary nurse/ midwife & traditional			16.5	16.2	14.5	11.9	7.0	13.6
Relative/other			61.5	51.3	41.7	26.3	13.0	40.5
No one			2.3	2.1	1.7	1.1	0.5	1.6
Total	%		100	100	100	100	100	100
	No. of Cases		3562	3460	3203	2946	2709	15880
% Delivered by Skilled Providers			19.1	30.2	42.4	61.7	80.8	44.7

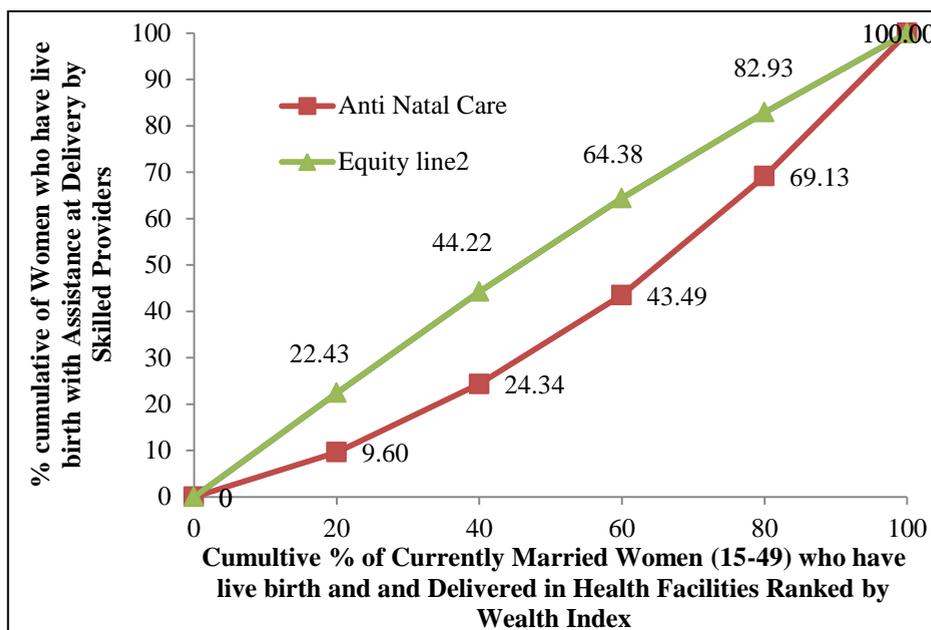
Source: NYDHS, 2013 Report.

- Wealth Index Disparities in Assistance at Delivery

Figure (7) presents the concentration curves for Yemen. The curve shows the cumulative share of the % delivered in health facilities according to the cumulative share of the population, ranked by economic status. If the concentration curve lies below the 45° line, it indicates that maternal healthcare utilization is more concentrated among the wealthy, and the converse is true. Similar to Lorenz curve, the further the curve from the equality line, the higher the degree of inequality in maternity care use.

The figure depicts the concentration curves for Yemen, it is lying below the line of equality, which means that mothers from economically better-off households utilize maternity care more often than mothers from a low socioeconomic, which reflects the higher level of socioeconomic disparities in Yemen.

Figure (7)
Concentration Curves for Currently Married Women (15-49) who have Live Birth by Assistance at Delivery by Skilled Providers, Yemen 2013



Source: Calculated by the researcher from YDHS, 2013 raw Data

- Postnatal Care

The postnatal period is the time following delivery until six weeks after birth, and health checks during this time – especially the first two days after delivery – are essential. The WHO recommends postnatal care within 24 hours of birth, regardless of where the baby is born. Mothers and newborns should receive at least three additional postnatal care visits by a skilled provider, ideally on day 3 (48–72 hours after birth), between day 7 and day 14, and again 6 weeks after birth, (WHO, 2012).

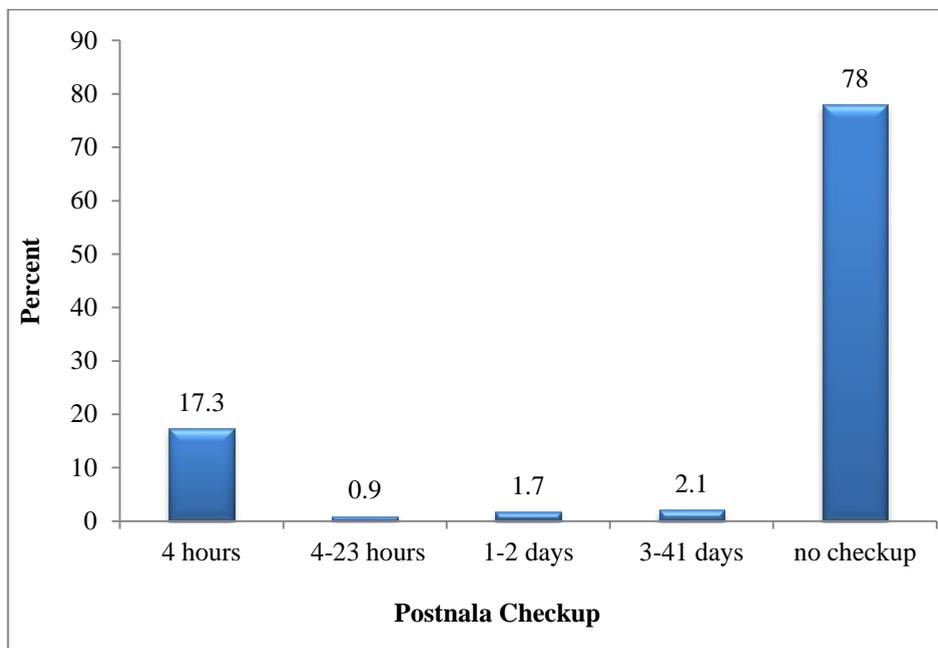
A large proportion of maternal and neonatal deaths occur during the first 48 hours after delivery. Thus, prompt postnatal care (PNC) for both the mother and the child is important to treat any complications arising from the delivery, as well as to provide the mother with important information on how to care for herself and her child. Safe motherhood programs recommend that all women receive a check of their health within two days after delivery. Women who deliver at home should go to a health facility for postnatal care. (NYDHS, 2013).

- Postnatal Checkup Levels and Wealth Index Differentials

Given the critical importance of essential newborn care and postnatal care for the baby, household survey programs such as DHS and MICS have recently included indicators to track the coverage of this important component of care for mothers and newborns. Globally, only 59 per cent of mothers and only one in three newborns (34 per cent) received a post-natal health check within the recommended time period.

Overall, only 20 percent of mothers received a postnatal checkup within two days for the most recent birth in the two years preceding the survey. Seventeen percent of mothers received a postnatal checkup within 4 hours after delivery, 1 percent within 4 to 23 hours, 1.7 percent within 1 to 2 days, and 2.1 percent within 3 to 41 days after delivery. Over three-quarters of mothers (78 percent) had no postnatal checkup within 41 days. Nevertheless, this shows improvement from the 87 percent of mothers with no postnatal care reported in the 2003 YFHS. (Figure 8).

Figure (8)
Among Women Age 15-49 Giving Birth in the Two Years Preceding the Survey, Percent Distribution of the Mother's First Postnatal Checkup for the Last Live Birth by Time after Delivery, Yemen 2013.



Source: NYDHS, 2013 Report

Postnatal care for the baby is an important opportunity to check for danger signs, such as insufficient feeding, fast breathing (a breathing rate of more than 60 per minute), severe chest in-drawing, lethargy, fever, low body temperature, or jaundice. At the same time, mothers can receive advice on how to identify and respond to these symptoms, as well as the benefits of exclusive breastfeeding and immunization, (UNICEF, 2016).

Mothers in the highest wealth quintile are more likely to have had a checkup within two days of delivery than those within the lowest wealth quintile (34 percent and 7.9 percent, respectively). The reverse is for no postnatal checkup, mothers in the lowest wealth quintile are more likely to have had no checkup than those within the highest wealth quintile (90 percent and 57 percent, respectively). (Table 5)

Table (5)
Among Women Age 15-49 Giving Birth in the Two Years Preceding the Survey, Percent Distribution of the Mother's First Postnatal Checkup for the Last Live Birth by Time after Delivery, According to Wealth Index, Yemen 2013

Wealth Index \ Postnatal Checkup		Poorest	Poorer	Middle	Richer	Richest	Total
		Less than 4 Hours	7.9	11.2	15.3	23.2	34.2
4-23 Hours		0.3	1.1	0.8	1.2	1.2	0.9
1-2 Days		0.6	0.9	1.4	2.6	3.7	1.7
3-41 Days		0.9	1.8	2	2.8	3.5	2.1
No Checkup		90.3	85	80.5	70.2	57.4	78
Total	%	100	100	100	100	100	100
	No. of Cases	1350	1375	1274	1114	996	6110

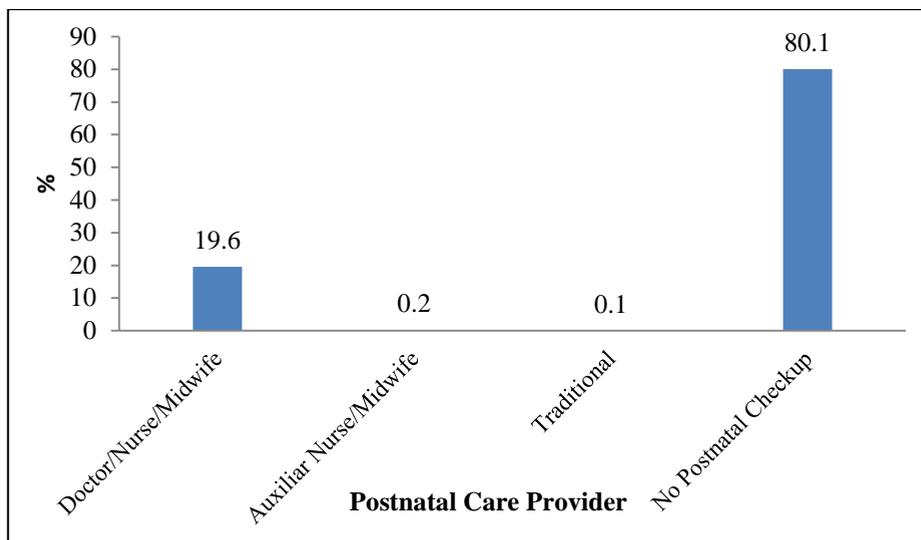
Source: NYDHS, 2013 Report

- Person who Perform Postnatal Checkup Levels and Wealth Index Differentials

Postnatal care is one of the recommended interventions to reduce the maternal and newborn deaths during postpartum period. The days and weeks following childbirth – the postnatal period – is a critical phase in the lives of mothers and newborn babies. Major changes occur during this period which determines the well-being of mothers and newborns. Yet, this is the most neglected time for the provision of quality services. Lack of appropriate care during this period could result in significant ill health and even death. Rates of provision of skilled care are lower after childbirth when compared to rates before and during childbirth. Most maternal and infant deaths occur during this time. (postnatal care of the mother and newborn (WHO, 2014).

Figure (9) shows the type of provider of the mother's first postnatal checkup that took place within two days after the last live birth: 19.6 percent of women received a postnatal checkup from a skilled provider (doctor, nurse, midwife) and 0.3 percent (auxiliary nurse/midwife, and traditional); while four fifth of the mother's first postnatal checkup that took place within 2 days after the last live birth (80%) do not have any postnatal checkup.

Figure (9)
Among Women Age 15-49 Giving Birth in the Two Years Preceding the Survey, the Percent Distribution by Type of Provider of the Mother's First Postnatal Health Check in the Two Days after the Last Live Birth, Yemen 2013



Source: NYDHS, 2013 Report

III- Summary and Recommendations

This section is the concluding part of the study and it presents a conclusion of the main findings as well as some recommendations.

3-1- Summary of the Study

In this study, an attempt has been made to examine the levels of maternal health care services in Yemen, as well as to examine wealth index disparities in maternal health care services. The main objectives of the study is to examine the levels of Antenatal, Childbirth, and postnatal care, and to identify differentials of wealth index in maternal care services and finally to assess the socioeconomic inequalities. The study applied Uni-variate and Bi-variate analysis as well a concentration curve, using National Yemen Demographic and Health Survey (NYDHS), 2013. Following are the main findings of the study:

- The Antenatal Care Provided during Pregnancy was from doctor provider, more than half of them (56.2 percent), while the percent of pregnant women in Yemen who had not any antenatal care services is about two fifth (40.7 percent).
- There are large wealth status variations in the percentages of women who receive antenatal care from a skilled provider. For example, women in the highest wealth quintile (83.2 percent) are more than twice as likely to receive antenatal care from a doctor provider as those in the lowest wealth quintile (34.2 percent).
- Women who had a live birth in the five years preceding the survey, 25 percent had four or more antenatal care visits, 23 percent had two to three visits, and 12 percent had one visit only.
- Regarding place of delivery, only 30 percent of births occurred in health facilities. Almost two in ten births take place in public health facilities (19%) and just over one in ten takes place in private health facilities (10.8%), while majority about two third of births take place in home (68.5%).
- There is a strong correlation between household wealth and place of delivery. Births to women in the highest wealth quintile are more than four times as likely to take place in a health facility as births to women in the lowest wealth quintile (57 percent and 13 percent, respectively); while the reverse is for delivering at home in the lowest wealth quintile is about half as likely to take place in home as births to women in the highest wealth quintile (85.9% and 41.6%).
- Forty-five percent of births in the five years preceding the survey were delivered by a skilled provider, with 26 percent of the deliveries assisted by a doctor, 18 percent by a nurse or midwife. Twelve percent of births were assisted by a traditional birth attendant or a grandmother, and 41 percent by relatives or friends.
- Wealth quintile is strongly associated with type of assistance at delivery. Births to women in the highest wealth quintile were more likely to get assistance at delivery from a skilled provider (81 percent) compared with births to women in the lowest wealth quintile (19 percent); births to women assistance from a doctor in the highest quintile in nearly half of them (53.4%) compared with births to women in the lowest wealth quintile (9.5%).

- Only 20 percent of mothers received a postnatal checkup within two days for the most recent birth in the two years preceding the survey. Seventeen percent of mothers received a postnatal checkup within 4 hours after delivery. Over three-quarters of mothers (78 percent) had no postnatal checkup within 41 days.
- Mothers in the highest wealth quintile are more likely to have had a checkup within two days of delivery than those within the lowest wealth quintile (39 percent and 9 percent, respectively). The reverse is for no postnatal checkup, mothers in the lowest wealth quintile are more likely to have had no checkup than those within the highest wealth quintile (90 percent and 57 percent, respectively).
- 20 percent of women received a postnatal checkup from a skilled provider (doctor, nurse, midwife, or auxiliary nurse/midwife); while four fifth of the mother's first postnatal checkup that took place within 2 days after the last live birth (80%) do not have any postnatal checkup.
- Socioeconomic inequalities in Antenatal care from skilled providers, and who delivered in health facility, and have assistance at delivery by skilled providers, indicate through the concentration curve (CC) that mothers from economically better-off households utilize maternity care more often than mothers from a low socioeconomic, which reflects the higher level of socioeconomic disparities in Yemen.
- Disparities of maternal health care services with wealth index are relatively high when coverage is examined in light of household wealth index.

3-2- Recommendations:

Based on the previous findings, the following recommendations are suggested to be considered as guidelines to the government, policy makers and the stake holders in order to improve maternal health care services:

- In order to reduce the wealth index disparity in maternity healthcare services requires health and social policy reforms that incorporate demand-side financing programs such as health voucher scheme to the marginalized women.
- Make available skilled health personnel to assist women during pregnancy, childbirth and postnatal at all levels of maternal health

care services. Nurses have to increase their knowledge about maternal health care services by training and formation, and midwives have to act not only by experience but also should have midwifery's education background to be well prepared in case of pregnancy complication.

- Mass media should increase activities to raise awareness of women on the importance following and completing the number of recommended visit, of delivery at health facilities, the risk of delivery at home and the benefit of having postnatal care services in her life, and reproductive safety.
- Increasing education, especially among the poor, and poverty reduction measures that focus on rural communities could help narrow the disparities in maternity healthcare services.

- REFERENCES

- Al-Kabsi, T. Y. (2006); "Socio-Demographic Correlates of Maternal Health.
- Amin et al., (2010). Socioeconomic factors differentiating maternal and child health-seeking behavior in rural Bangladesh.
- Bhutta, Z.A., et al., for The Lancet Newborn Interventions Review Group and The Lancet Every Newborn Study Group, Can Available Interventions End Preventable Deaths in Mothers, Newborn Babies, and Stillbirths, and at What Cost?, *The Lancet*, published online 20 May 2014.
- Çalışkan Z, Kılıç D, Öztürk S, Atılğan E. 2015. Equity in maternal health care service utilization.
- Collin SM, Anwar I, Ronsmans C. 2007. A decade of inequality in maternity care: antenatal care, professional attendance at delivery, and caesarean section in Bangladesh (1991–2004). *International Journal for Equity in Health* 6(1): 1.
- Hajizadeh M, Alam N, Nandi A. 2014. Social inequalities in the utilization of maternal care in Bangladesh: have they widened or narrowed in recent years? *International Journal for Equity in Health* 13(1): 120.
- Hart JT. 1971. The inverse care law. *The Lancet* 297(7696): 405–412.
- Khadr Z. 2009. Monitoring socioeconomic inequity in maternal health indicators in Egypt: 1995– 2005. *International Journal for Equity in Health* 8(1): 1.

- Ministry of Public Health and Population (MOPHP), Central Statistical Organization (CSO) [Yemen], Pan Arab Program for Family Health (PAPFAM), and ICF International. 2015. Yemen National Health and Demographic Survey 2013. Rockville, Maryland, USA: MOPHP, CSO, PAPFAM, and ICF International.
- Nanette Kelley. (2010); "The Effects of Poverty on Child Health', Healthcare, Health Insurance Plans and Coverage, Child health Insurance, eHow Health Physical, March, 20, 2010, Washington, US.
- O'Donnell, O. A., Wagstaff_, A., et al. (2008). Analyzing health equity using house-hold survey data: a guide to techniques and their implementation. World Bank Publications.
- UNICEF, (2010), The Situation of Children and Women in Egypt, 2010, United Nations children's Fund (UNICEF) November 2009, New York, NY 10017, USA. Website: www.unicef.org.
- UNICEF, Committing to Child Survival: A Promise Renewed – 2015, UNICEF, New York, 2015.
- UNICEF, Progress for Children Beyond Averages: Learning from the MDGs, New York, 2015.
- UNICEF, The State of the World's Children 2011: Adolescence – An age of opportunity, UNICEF, New York, 2011.
- UNICEF, The State of the World's Children 2016, UNICEF, New York, 2016.
- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), Levels and Trends in Child Mortality: Report 2017, UNICEF, New York, 2017.
- United Nations, (2006), the Millennium Development Goals Report 2006.
- US National Library of Medicine, (2012). Archive of "Journal of Prenatal Medicine". - NCBI - NIH.
- Wagstaff A, Paci P, Van Doorslaer E. 1991. On the measurement of inequalities in health. *Social Science & Medicine* 33(5): 545–557.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E, Watanabe N. 2003. On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. *Journal of Econometrics*.
- Wagstaff A. 2000. Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*.

- WHO (2016). World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals.
- WHO, UNFPA, UNICEF, AMDD, Monitoring Emergency Obstetric Care – A handbook, 2009 revision, WHO, Geneva 2009.
- WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank, Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015, WHO, Geneva, 2015.
- WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank, Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015, WHO, Geneva, 2012.
- <http://www.equityhealthj.com/content/7/1/11>.
- <http://www.healthline.com/galecontent/postpartum-care>.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/1574/>

L'impact du vieillissement démographique sur l'équilibre financier des régimes de retraite par répartition. Cas de l'Algérie.

Saliha OUADAH *

Assia CHERIF**

- Résumé

Le vieillissement de la population est devenu un enjeu de société majeur, ne fait que ralentir l'accroissement des cotisants alors qu'au même moment les retraités sont de plus en plus nombreux, et vivent plus longtemps. Cette tendance, liée essentiellement à la baisse de la fécondité d'une part et à l'augmentation de l'espérance de vie d'autre part, a eu un impact direct sur le rapport nombre de travailleurs cotisants et nombre de travailleurs en retraite. Ce changement pourrait engendrer une série de difficultés dans la gestion de la solidarité intergénérationnelle. Ainsi pour maintenir en place un système qui sera capable de financer une retraite convenable, l'Etat algérien devrait prendre les mesures nécessaires pour pouvoir subvenir aux nouveaux besoins d'une population senior qui devrait atteindre 40% de la population à l'horizon 2040. Il devra notamment faire face au problème complexe, du financement des retraites, l'allongement de l'espérance s'accompagne nécessairement d'un accroissement de la demande en soins de santé et en prestations sociales ainsi qu'une sollicitation plus longue des pensions de retraite.

Nous nous attachons dans le cadre de cette contribution à l'examen de la question du financement des retraites en Algérie à la lumière des éléments sus indiqués. Nous étudions particulièrement la complexité du maintien de l'équilibre financier du régime de retraite fonctionnant par répartition. Pour ce faire nous ferons l'examen des différents aspects de ce système, et spécialement l'aspect démographique compte tenu du vieillissement de la population. Il s'agit pour l'essentiel d'apporter les réponses appropriées aux interrogations suivantes: Quelle serait la situation financière du régime de retraite algérien sur le long terme? Est-ce que le système de retraite algérien peut préserver sa pérennité avec des contraintes démographiques qui pèsent lourdement sur son équilibre?

- **Mots clés:** Vieillissement démographique, retraite par répartition, équilibre financier, projection de population.

* Maître de conférences, Chercheure en Démographie et Sociologie Urbaine, Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée (ENSSEA), Algérie, souadah@yahoo.fr.

** Professeur, Chercheure en Démographie, Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée (ENSSEA), Algérie, h_assia@hotmail.com.

I- INTRODUCTION

Les évolutions futures de la population algérienne sous l'incidence des évolutions des espérances de vie et de l'indice synthétique de fécondité auront des conséquences importantes sur la démographie du système de retraite algérien et sur son équilibre financier. La question qui se pose est celle du devenir du régime de retraite et de l'équité intergénérationnelle.

Ainsi, nous allons projeter le régime de retraite algérien afin de mieux comprendre l'impact des évolutions démographiques sur son équilibre financier.

Nous commencerons par une projection démographique de la population algérienne jusqu'à l'horizon 2050, en nous basant sur les hypothèses les plus probables relatives à la mortalité et à la fécondité de la population.

Nous projetterons, par la suite, la population des salariés actifs cotisants et celle des bénéficiaires de pension de retraite à partir de la projection de la population totale, pour dégager ensuite l'évolution du rapport démographique, principal indicateur du poids du vieillissement de la population sur l'équilibre financier du régime de retraite fonctionnant par répartition.

Nous confirmerons, enfin, la gravité du phénomène étudié en projetant, d'une part les dépenses au titre des pensions servies, et d'autre part, les recettes de cotisations prélevées sur les salaires des affiliés.

II- PERSPECTIVES DEMOGRAPHIQUES

Les perspectives démographiques nous permettront de connaître quel serait **l'avenir d'une population, en nombre et en structure**, dans telle ou telle hypothèse.

Le modèle de projection servant de base à cette étude, appelé **DemProj4 modèle informatique**, permettra de réaliser **des projections démographiques en fonction de la population actuelle et des taux de fécondité, de mortalité et de migration pour un pays ou une région.**

Avant d'entamer le calcul d'une perspective, il faut arrêter:

- Le point de départ des perspectives et de la période à couvrir;
- Le nombre d'hypothèses à retenir;
- La méthode à utiliser.

2-1- La population de départ et la période à couvrir:

Dans le cadre de la projection de la population algérienne, nous avons retenu **l'année 2008 comme point de départ de la projection, celle-ci étant en effet la date du dernier recensement général de la population et de l'habitat**. La période à couvrir, ou l'étendue de la projection que nous avons fixée au 1^{er} janvier 2050, dépend quant à elle à la fois **de l'objet des perspectives et des risques d'erreur qu'elles comportent. Le choix de l'horizon 2050 a été dicté par plusieurs éléments:**

- L'horizon 2050 est celle retenue par tous les travaux de projection coordonnés sur les évolutions des dépenses publiques liées au vieillissement de la population en Europe;
- La période de projection doit permettre de bien cerner l'ampleur de la transition démographique.

La situation démographique de l'Algérie en 2008 s'insère dans la tendance globale observée ces dernières années: **une augmentation continue des naissances, des mariages et des décès**. Elle se distingue aussi par le fait que le volume des naissances dépasse la barre des **800 000 enregistrés** au cours des années 80.

La population résidente totale est estimée **au 1^{er} juillet 2008, à 34.7 millions** d'habitants. L'accroissement en valeur absolue observé en 2008 est de 663 000 personnes, d'où un taux d'accroissement naturel (TAN) **de 1,91** par an.

Tableau (1)
la répartition de la population algérienne par âge et par sexe au RGPH¹ 2008
(en milliers)

Groupes d'âges	Sexe		Ensemble
	Masculin	Féminin	
00-04 ans	1789,3675	1695,556	3484,9235
05-09 ans	1507,933	1441,9175	2949,8505
10-14 ans	1692,0815	1633,015	3325,0965
15-19 ans	1886,6535	1827,587	3714,2405
20-24 ans	1942,2455	1914,4495	3856,695
25-29 ans	1771,995	1730,301	3502,296
30-34 ans	1410,647	1382,851	2793,498
35-39 ans	1191,7535	1191,7535	2383,507
40-44 ans	1024,9775	1021,503	2046,4805
45-49 ans	826,931	826,931	1653,862
50-54 ans	691,4255	684,4765	1375,902
55-59 ans	562,869	528,124	1090,993
60-64 ans	361,348	357,8735	719,2215
65-69 ans	319,654	323,1285	642,7825
70-74 ans	253,6385	260,5875	514,226
75-79 ans	184,1485	184,1485	368,297
80 ans & +	156,3525	166,776	323,1285
TOTAL	17574,021	17170,979	34745

- Source: Office Nationale des Statistiques, (ONS), Algérie.

La répartition de la population par âge fait ressortir ce qui suit:

- La population âgée de moins de 15 ans constitue **28 %** de la population totale,
- La population en âge d'activité (15 à 59 ans) représente **64,4%** de la population totale,
- La population des personnes du troisième âge (60 ans et plus) représente à peine **7,6 %** de la population totale.

2-2- Les hypothèses de projection:

Les projections démographiques nécessitent des hypothèses sur les niveaux futurs **de l'indice synthétique de fécondité (ISF)**, de mortalité et

¹ Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2008.

des migrations internationales. Des hypothèses concernant les tables types de fécondité et de mortalité les plus appropriées sont également nécessaires.

Les projections démographiques traitent ces processus en utilisant une information sur le niveau général de chaque processus et sa forme d'évolution par âge.

Les hypothèses retenues par la Division de la Population des Nations Unies pour déterminer l'évolution de ces variables se fondent sur les tendances actuelles.

2-2-1- Hypothèses de fécondité:

Les projections démographiques préparées par la Division de la population des Nations Unies et indiquées dans *World Population Prospects* comprennent trois hypothèses sur l'évolution future de la fécondité dans chaque pays faisant partie du rapport. Nous avons retenu dans le cadre de travail les deux scénarios les plus plausibles concernant l'ISF:

- H1: L'indice synthétique de fécondité (ISF) demeurera le même, soit de 2.38 enfants par femme (moyenne de 2008).
- H2: L'indice synthétique de fécondité prévu pour 2050 est de 1.85 enfants par femme.

Tableau (2)
Evolution hypothétique de l'indice synthétique de fécondité en Algérie (2008-2050).

Années	ISF
2008	2.38
2013	2.25
2018	2.15
2023	2.06
2028	1.99
2033	1.92
2038	1.86
2043	1.85
2048	1.85
2050	1.85

- Source: World Population Prospects, Nations Unies.

2-2-2- Hypothèses de mortalité:

C'est le phénomène démographique qui présente la plus grande inertie, avec une évolution lente et à la baisse. Cette évolution est due aux progrès de la médecine et à l'amélioration constante des conditions sanitaires. C'est la raison pour laquelle, on se contente généralement d'une seule hypothèse de variation. Ainsi, nous avons choisi un seul scénario: la continuation de la baisse de mortalité, avec une augmentation de l'espérance de vie.

La mortalité est décrite dans DemProj à travers deux hypothèses: espérance de vie à la naissance par sexe et une table type de mortalité avec des taux de mortalité par âge.

La Division de la population des Nations Unies utilise un modèle d'évolution de l'espérance de vie. Ce modèle suppose que l'espérance de vie à la naissance, tant pour les hommes que pour les femmes, s'accroît de 2,0 à 2,5 années tous les cinq ans lorsque l'espérance de vie est inférieure à 60 et ensuite, s'accroît à un rythme plus lent aux niveaux plus élevés.

Tableau (3)

Modèle des Nations Unies concernant les accroissements de l'espérance de vie

Espérance de vie initiale	croissance moyenne	
	Hommes	Femmes
55-57,5 ans	2,5	2,5
57,5-60 ans	2,5	2,5
60-62,5 ans	2,3	2,5
62,5-65 ans	2	2,5
65-67,5 ans	1,5	2,3
67,5-70 ans	1,2	2
70-72,5 ans	1	1,5
72,5-75 ans	0,8	1,2
75-77,5 ans	0,5	1
77,5-80 ans	0,4	0,8
80-82,5 ans	0,4	0,5
82,5-85 ans	-	0,4
85-87,5 ans	-	0,4

- Source: World Population Prospects, Nations Unies.

Les résultats obtenus sont donnés au tableau (1):

Tableau (4)
L'évolution de l'espérance de vie à la naissance (2008-2050).

Années	Hommes	Femmes	Ensemble
2008	70,9	73,7	72,3
2013	71,9	75,1	73,5
2018	72,8	76,1	74,5
2023	73,7	77,1	75,4
2028	74,5	78	76,2
2033	75,3	78,8	77
2038	76	79,6	77,8
2043	76,7	80,3	78,5
2048	77,4	81,1	79,3
2050	77,5	81,4	79,4

- Source: World Population Prospects, Nations Unies.

2-2-3- Hypothèses de migration:

En règle générale, il est plus difficile de prévoir avec certitude l'évolution des migrations que celle des taux de fécondité ou de mortalité. Nous avons supposé que la migration internationale sera nulle durant la période de projection.

2-3- Les résultats des projections:

2-3-1- L'évolution de l'effectif de la population algérienne (2008-2050)

La projection de la population algérienne fournit une population algérienne de **60.559.751** d'habitants en 2050, dont **50,17%** hommes et 49.83% femmes selon la première hypothèse « basse » de fécondité et de 50.305.576 d'habitants selon H2, l'hypothèse moyenne dont 49.95% hommes et 51.05% de femmes. Soit une différence de 7.082.186 habitants.

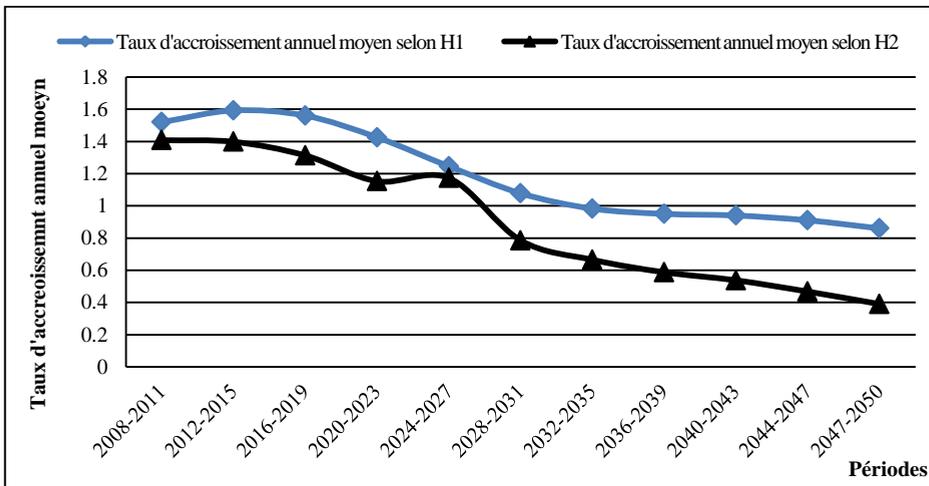
Tableau (5)
L'évolution de l'effectif de la population algérienne par sexe selon les deux hypothèses de fécondité (2008-2050).

Années	H1			H2		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
2008	17 574 021	17 170 979	34 745 000	17 573 724	17 170 979	34 744 703
2013	18 984 535	18 590 083	37 574 618	18 830 685	18 468 627	37 299 312
2018	20 543 720	20 153 312	40 697 032	20 124 811	19 798 457	39 923 269
2023	22 073 858	21 692 538	43 766 396	21 321 994	21 031 182	42 353 176
2028	23 449 019	23 091 590	46 540 609	22 320 267	22 077 612	44 397 879
2033	24 676 841	24 356 727	49 033 568	23 125 922	22 945 517	46 071 439
2038	25 864 691	25 583 948	51 448 639	23 809 893	23 696 273	47 506 166
2043	27 090 974	26 847 357	53 938 331	24 432 594	24 386 758	48 819 351
2048	28 319 295	28 111 248	56 430 543	24 959 603	24 983 356	49 942 960
2050	28 791 042	28 596 720	57 387 762	25 126 787	25 178 789	50 305 576

- Source: World Population Prospects, Nations Unies.

Le taux annuel moyen d'accroissement de la population algérienne va diminuer progressivement durant les années à venir.

Graphique (1)
L'évolution du taux d'accroissement annuel moyen de la population algérienne selon les deux hypothèses de fécondité (2008-2050).



- Source: World Population Prospects, Nations Unies.

2-3-2- L'évolution de la structure par âge de la population algérienne (2008-2050)

L'observation des pyramides des âges, portant répartition de la population algérienne par groupes d'âge, montrent bien une transformation structurelle continue au cours des années futures.

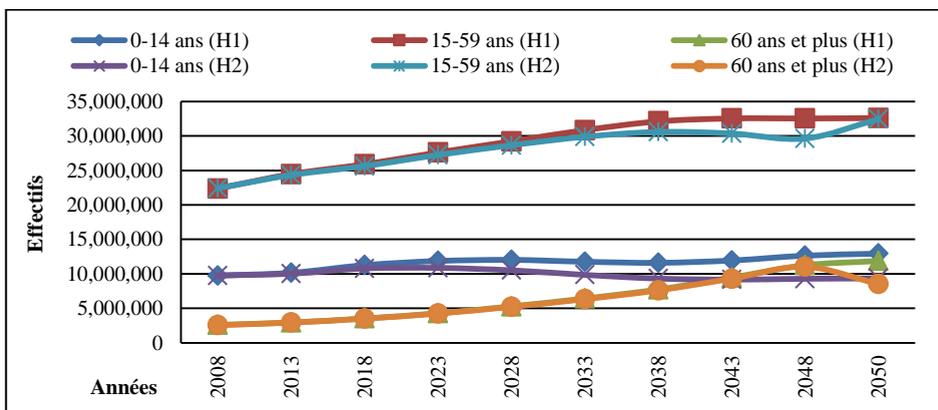
Nous observons aussi, un élargissement des sommets des pyramides qui traduit l'augmentation des effectifs des groupes d'âge élevées. Cette augmentation représente une importante proportion par rapport aux autres groupes d'âge de la population. Le vieillissement inévitable de la population algérienne est désormais donc un fait auquel il faut se préparer.

L'effectif des groupes d'âge de moins de 15ans devrait passer de 10.542.261 en 2008 à 12.938.290 en 2050 selon H1, et à 9.350.162 en 2050, ainsi la population âgée de 15 à 59ans est estimée à 32 580 896 personnes en 2050 selon H1, soit une augmentation de 45.34 % et 30.89 % selon H2.

L'effectif total des personnes âgées de 60ans et plus devrait être multiplié par 4.62 selon l'hypothèse H1 et par 4.53 selon H2.

La modification de la structure par âge de la population algérienne a des conséquences directes sur l'évolution de groupes spécifiques au sein de la population.

Graphique (2)
L'évolution des effectifs des trois grands groupes d'âge selon les deux hypothèses de fécondité (2008-2050).



- Source: World Population Prospects, Nations Unies.

Le graphique (2) représente l'évolution, entre 2008 et 2050, de l'effectif de trois groupes d'âge: 0-14 ans, 15-59 ans et les 60 ans et plus. Nous observons que les trois groupes enregistrent des tendances contrastées:

- **Selon H1:**

La population des jeunes de moins de 15 ans croît jusqu'en 2028 à un rythme annuel moyen de +1,16%, pour décroître par la suite jusqu'en 2038, sur une tendance moyenne de -0,35% et de +0,96% jusqu'en 2050.

La population âgée de 15 à 59 ans augmentera tout au long de la période de la projection, d'abord à un rythme annuel moyen de +1,45% entre 2008 et 2038, puis à un rythme plus lent soit +0,12% entre 2038 et 2050.

La population âgée de 60 ans et plus croît régulièrement jusqu'en 2050 à un rythme annuel moyen de +8,44%.

- **Selon H2:**

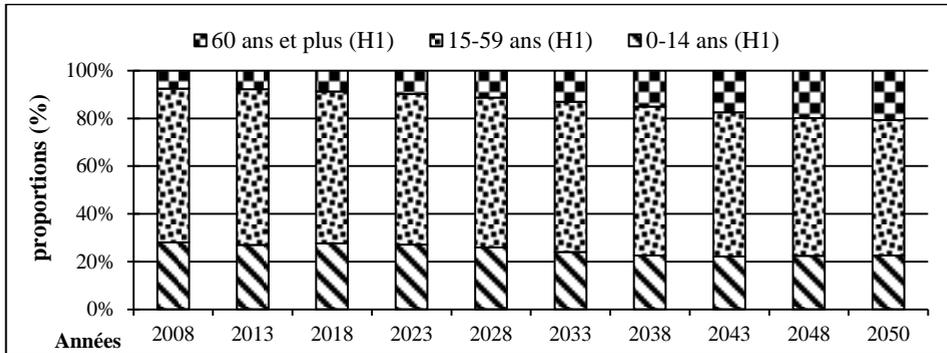
La population des jeunes de 0-14 ans connaîtra une diminution entre 2008 et 2050, suivant un taux annuel moyen de 1%.

La population en âge d'activité (15-59 ans) augmentera à un taux annuel moyen de 4,19% entre 2008 et 2038, puis connaîtra une régression entre 2038 et 2048 soit un taux moyen de -3,12%. Cette régression se poursuivra entre 2048 et 2050 mais avec un rythme plus important soit -3,16%.

La population âgée de 60 ans et plus augmentera entre 2008 et 2048 à un taux moyen de +8,24%, pour connaître un ralentissement ensuite entre 2048 et 2050 le taux moyen de croissance ne sera plus que de 7,56%.

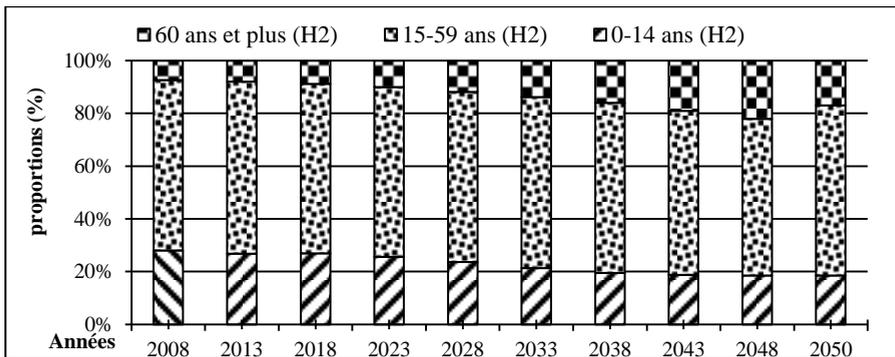
Ces tendances modifient le poids respectif de chaque groupe d'âge dans la population totale, comme l'indiquent les graphiques suivants.

Graphique (3)
La répartition de la population algérienne par grands groupes d'âge selon H1
(2008-2050)



- Source: World Population Prospects, Nations Unies.

Graphique (4)
La répartition de la population algérienne par grands groupes d'âge selon H2
(2008-2050)



- Source: World Population Prospects, Nations Unies.

Les graphiques montrent que:

- Prés de 28,09% de la population totale est âgée de moins de 15 ans selon les deux hypothèses de fécondité, en 2008. Cette proportion sera de 22,55% selon H1, et de 18,59% selon H2, en 2050.
- Quant à la population de la tranche d'âge 15-59 ans, elle passera de 64,39% de la population totale, en 2008 à 56,77% selon H1, et 64,46% selon H2 en 2050.

- Par ailleurs, la population du 3^{ème} âge (60 ans et plus) représentera 20,68% de l'ensemble de la population totale en 2050 contre 7,52% en 2008, selon H1, et 16,95% selon H2.

2-3-3- L'évolution de l'indice du vieillissement et du ratio de dépendance (2008-2050):

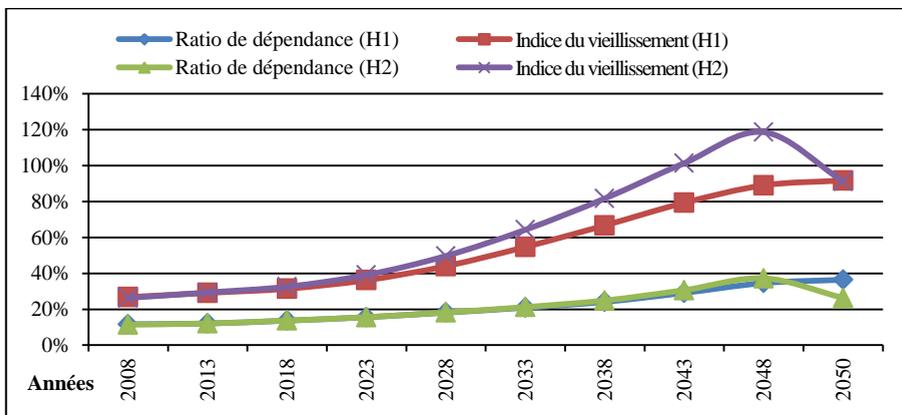
Les conséquences de la transition démographique sur la retraite se traduisent tout au travers des projections du rapport de dépendance de la population âgée.

La transformation de la structure par âge de la population algérienne apparaît aux graphiques (3) et (4), portant évolution des rapports entre les grands groupes d'âge.

Le ratio de dépendance démographique atteindra à l'horizon 2050, 36,43% selon H1, et 26,29% selon H2. Tandis que l'indice du vieillissement, va connaître une augmentation importante durant la période de projection pour atteindre 91,73% selon H1 et 91,20% selon H2. Ainsi l'on observe une augmentation de plus en plus rapide de la population âgée et un ralentissement du rythme de croissance de la population en âge d'activité, l'évolution de ces rapports illustrent bien la rapidité avec laquelle se produira le vieillissement de la population. (Graphique 5).

Graphique (5)

L'évolution de l'indice du vieillissement et de ratio de dépendance en% (2008-2050) selon les deux hypothèses de fécondité.



- Source: World Population Prospects, Nations Unies.

Nous constatons que le vieillissement démographique sera beaucoup plus rapide en Algérie qu'il ne l'a été dans les pays développés et il est également bien évident que les répercussions de ce vieillissement devront apparaître au niveau de la caisse de retraite de manière irréversible aux alentours de l'année 2028, période durant laquelle ces rapports commenceront à prendre une ascension très remarquable.

III- PROJECTION DEMOGRAPHIQUE DU REGIME DE RETRAITE

Le vieillissement de la population qui accompagne la baisse attendue des effectifs a pour conséquence un recul encore plus marqué de la population active.

La démographie du régime de retraite reflète la situation du déséquilibre entre les effectifs de la population active cotisante et ceux de la population des bénéficiaires d'une pension de retraite.

3-1- Caractéristiques des populations à étudier:

Afin de réaliser des projections de la démographie du régime de retraite, il est nécessaire de s'intéresser à l'évolution au fil des années des effectifs de trois populations: celle des actifs cotisants ainsi que celles des bénéficiaires de droits directs² et de droits dérivés³.

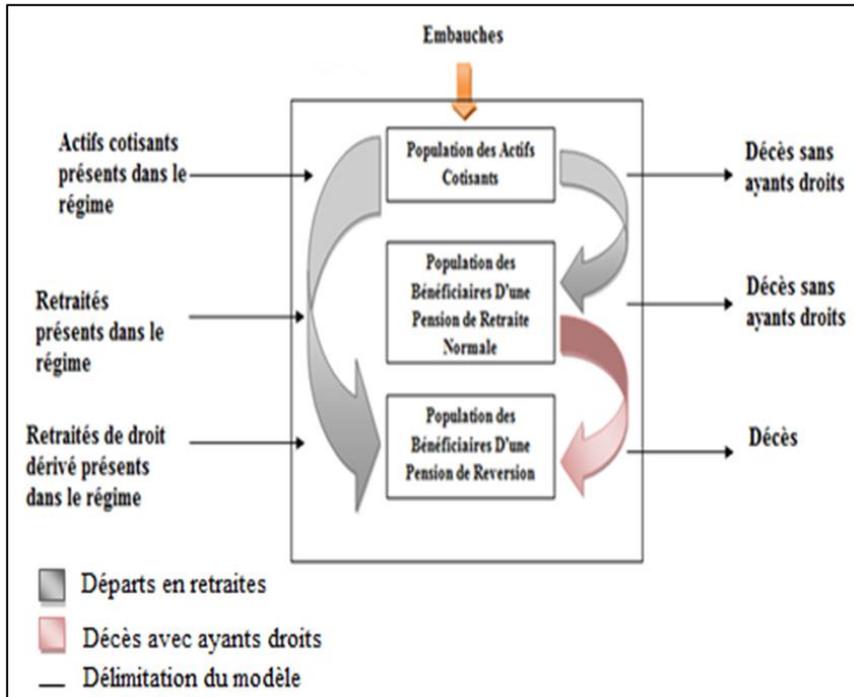
Le volume de la population et sa structure fluctuent de manière importante avec les entrées et les sorties dans cette dernière.

La figure (6) présente les flux d'entrées et de sorties qui influent sur l'évolution des effectifs de ces populations.

2. Retraite normale, retraite proportionnelle, retraite anticipée, allocation de retraite...Etc.

3. Pension et allocation de réversion.

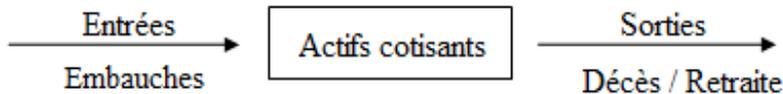
Figure (6)
Flux des entrées et de sorties du modèle



- Source: Elaboré par les chercheurs.

3-1-1- La population active cotisante:

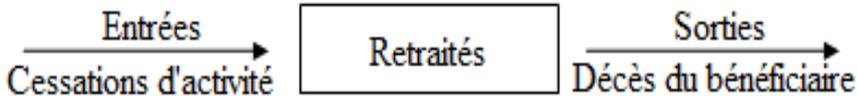
- La population de départ est celle de 2010;
- Les flux d'entrée résultent des nouveaux recrutements⁴;
- Les flux de sortie résultent de la cessation d'activité (suite à la retraite) et des décès des actifs cotisants.



4. Le nombre de nouveaux recrutés dépend de trois paramètres: le taux de mortalité, les départs en retraite et le taux d'évolution de l'effectif total de la population active cotisante.

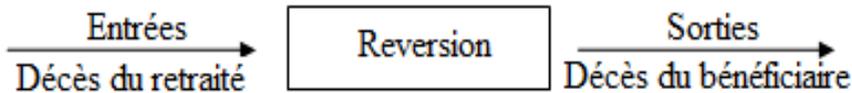
3-1-2- La population des bénéficiaires de droit direct:

- La population de départ et celle des bénéficiaires des droits directs de l'année 2010;
- Les flux d'entrée correspondent aux cessations d'activité;
- Les flux de sortie correspondent aux décès des bénéficiaires.



3-1-3- La population des bénéficiaires du droit dérivé:

- La population de départ est celle de 2010, qui est constituée des veufs (ves), les enfants à charge et les ascendants à charge;
- Les flux des entrées résultent des décès des actifs cotisants ou des retraités du droit direct;
- Les flux des sorties correspondent aux décès des bénéficiaires.



3-2- Estimation des effectifs des trois populations:

3-2-1- Estimation de la population active cotisante:

L'effectif de la population active cotisante dans l'année t s'écrit de la manière suivante:

$$A(x, t) = P(x, t) \cdot \mu_t$$

Avec:

- $A(x, t)$: l'effectif de la population active cotisante d'âge x à la date t ;
- $P(x, t)$: l'effectif de la population totale d'âge x à la date t ;
- μ_t : la part de la population active cotisante dans la population en âge de travailler.

3-2-2- Estimation de la population des bénéficiaires de droits directs:

Pour être présent dans la population des bénéficiaires de droits directs dans l'année t+1, il faut soit y être initialement (l'année t) et y avoir survécu un an de plus, soit y être entré entre-temps et avoir également survécu.

La formule ci-dessous retranscrit ces conditions:

$$R(x+1, t+1) = R(x, t)p_t(x, x+1) + A(x-1, t-1).p_t(x, x+1)$$

Avec:

- **R(x, t)**: l'effectif de la population des bénéficiaires de droits directs d'âge x à la date t.

3-2-3- Estimation de la population des bénéficiaires de droits dérivés:

L'effectif de la population des bénéficiaires de droits dérivés s'écrit comme suit:

$$Rev(x+1, t+1) = Rev(x, t)p_t(x, x+1) + N.Rev.p_{t+h}(x+1)$$

Avec:

- **Rev(x, t)**: l'effectif de la population des bénéficiaires de droits dérivés d'âge x à la date t;

- **N. Rev**: nouveaux bénéficiaires de droits dérivés.

$$N.Rev(x, t) = [\text{Décès des Actifs } (x+j, t) + \text{Décès des retraités } (x+j, t)] \times Tr$$

Avec:

j: la différence d'âge moyenne entre l'actif cotisant et son conjoint⁵;

Tr: le taux de création d'une pension de réversion⁶, il s'écrit comme suit:

Tr = Taux de matrimonialité × probabilité de survie du conjoint.

3-3- Hypothèses retenues:

Les projections de la démographie du régime de retraite algérien s'appuient sur le scénario démographique central (H1) de projections de la population algérienne, ainsi que les hypothèses suivantes:

5. Nécessaire pour pouvoir estimer la durée de versement de la pension de droits dérivés.

6. Pour qu'une pension de réversion soit créée deux conditions doivent être respectées: l'actif cotisant doit être marié, et son conjoint doit être en vie.

3-3-1- Population active cotisante:

Les projections de la population active cotisante sont faites par sexe et par âge, et reposent sur des scénarios d'hypothèses concernant l'évolution de cette dernière.

Dans notre étude, nous nous limitons à un seul scénario, il s'agit du scénario de base de projection qui permet de voir quelle serait l'évolution de la population active cotisante si la part de cette dernière dans la population en âge de travailler, n'évoluait pas⁷ à partir de l'année 2010.

Ce scénario met en évidence les évolutions principalement dues aux changements de structure d'âge de la population.

Le nombre d'actifs cotisants par âge est calculé à partir de la formule suivante:

$$n_i = \frac{n \cdot N_i}{N}, \text{ } i=15: 59 \text{ pour les hommes et } 54 \text{ ans pour les femmes.}$$

Avec:

n_i : la population active cotisante d'âge i ;

N_i : la population totale d'âge i ;

n : la population active cotisante totale;

N : la population en âge de travailler.

3-3-2- Les bénéficiaires de droits directs

Les projections de bénéficiaires de droits directs sont fondées sur une hypothèse touchant la répartition des bénéficiaires de la retraite selon le type de pension;

Hypothèse: le maintien de l'actuel système de départ en retraite; il suppose que les taux de départ par âge et par nature du départ resteront inchangés au fil des générations.

7. Croissance économique stagnée.

3-3-3- Les bénéficiaires de droits dérivés:

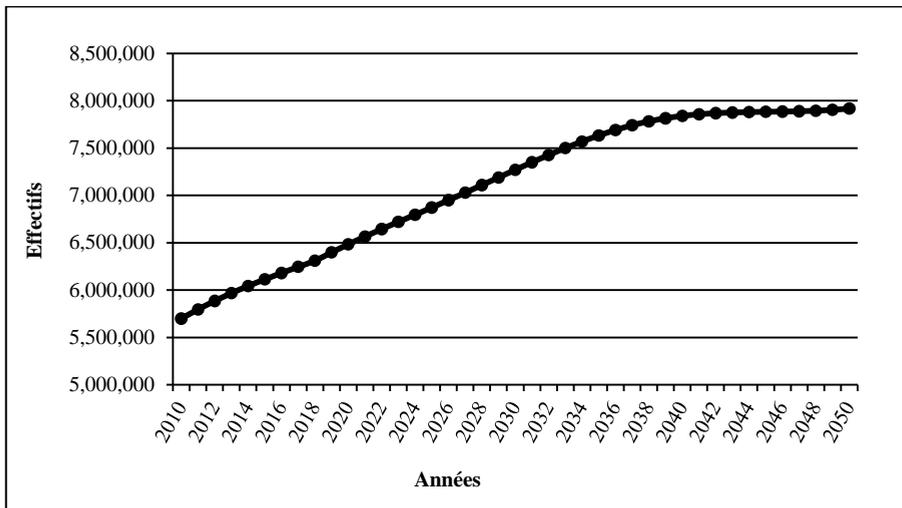
Afin d'évaluer l'effectif de bénéficiaires de droits dérivés nous avons émis les hypothèses suivantes:

- Le conjoint est le seul bénéficiaire de la pension de réversion;
- Nous considérons que les hommes et les femmes ont le même âge;
- Nous retenons un taux de matrimonialité de 90%, il est constant pour tous les âges.

3-4- Résultats des projections:

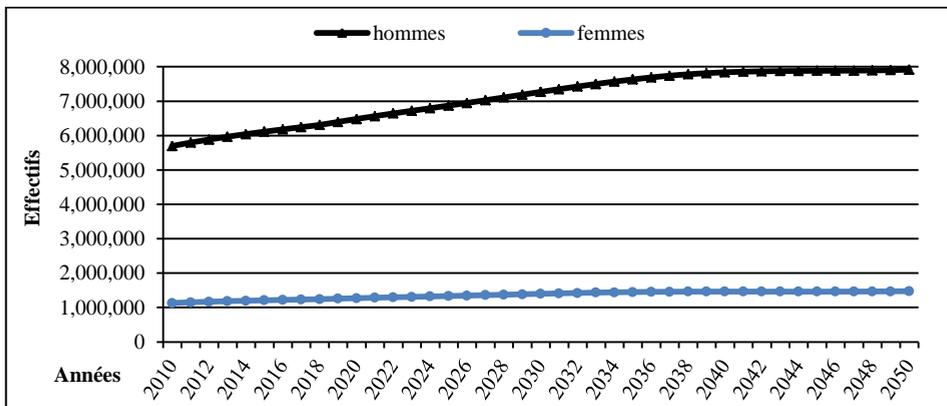
3-4-1- L'évolution de l'effectif de la population active cotisante:

Graphique (7)
L'évolution de l'effectif de la population active cotisante (2010-2050)

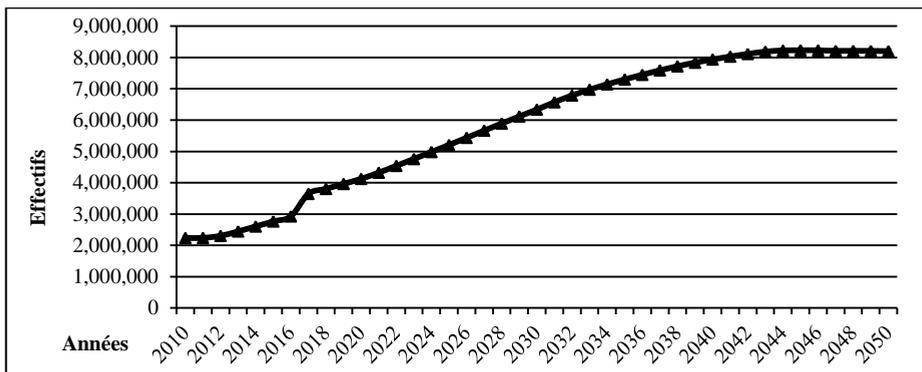


- Source: Caisse Nationale des Assurances Sociales, CNAS.

L'augmentation de l'effectif de la population active cotisante, sur le long terme, s'explique par l'évolution de la population totale (effectif total, structure par âge).

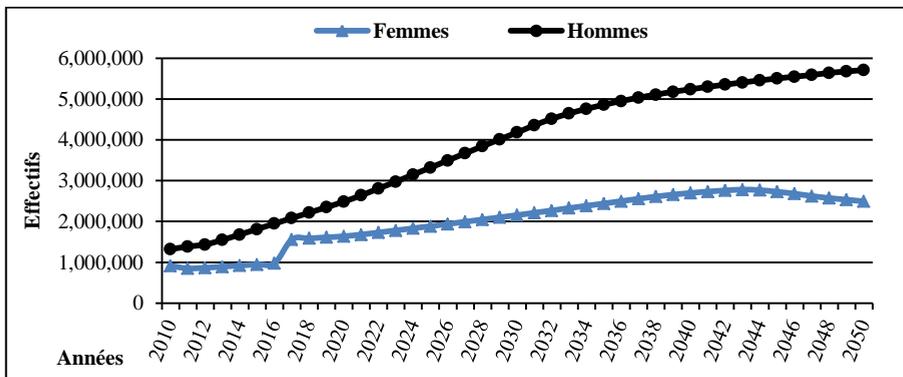
Graphique (8)**L'évolution de l'effectif de la population active cotisante par sexe (2010-2050).**

- Source: Caisse Nationale des Assurances Sociales, CNAS.

3-4-2- L'évolution de l'effectif des pensionnés:**Graphique (9)****L'évolution de l'effectif de la population des pensionnés (2010-2050).**

- Source: Caisse Nationale des Retraites, CNR.

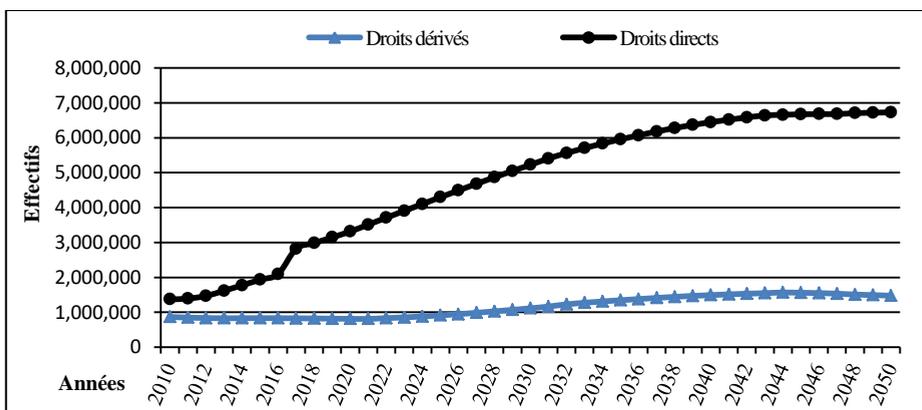
La hausse attendue sur les 30 premières années (2010-2040) s'explique par la hausse des cotisants constatée précédemment, sur les 30 premières années de projection. En effet, les cotisants des années 2010 à 2040 partiront en retraite, pour la majorité, au cours de la période 2020-2050. Le nombre de nouveaux retraités attendus sur cette période sera plus élevé, et cela s'explique par le gain de l'espérance de vie.

Graphique (10)**L'évolution de l'effectif de la population des pensionnés par sexe (2010-2050).**

- Source: Caisse Nationale des Retraites, CNR.

La répartition selon le sexe des pensionnés montre l'importance des pensionnés du sexe masculin par rapport au sexe féminin, cela est dû à la faible participation des femmes au marché du travail constaté précédemment.

La diminution de l'effectif des retraités du sexe féminin prévue au-delà de l'année 2043 est à rapprocher de la stagnation des cotisants constatée précédemment sur la même période.

Graphique (11)**L'évolution de l'effectif des bénéficiaires de droits directs/ dérivés (2010-2050)**

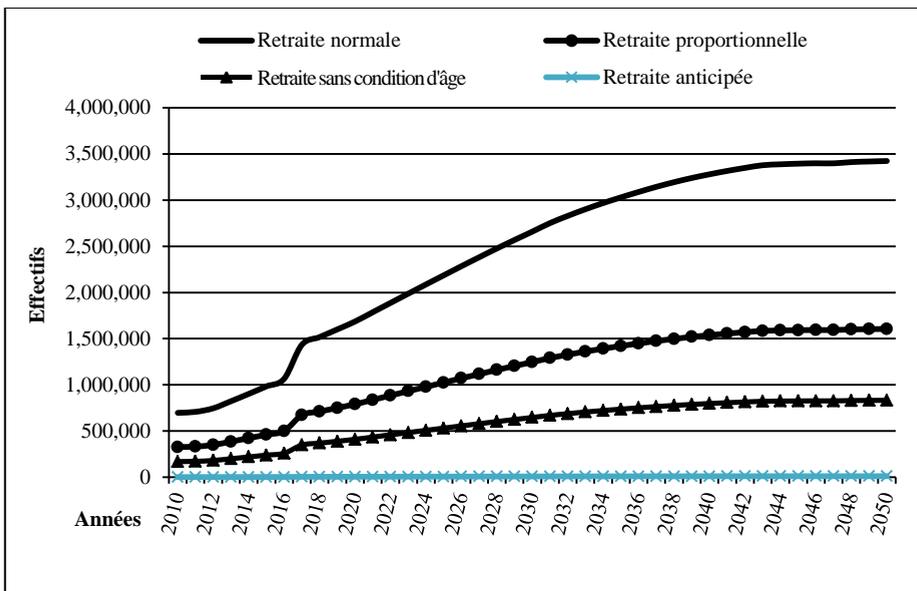
- Source: Caisse Nationale des Retraites, CNR.

Le graphique ci-dessus montre:

- Une augmentation importante des bénéficiaires de droits directs, expliquée par l'augmentation de la population active cotisante;
- Une hausse modérée des bénéficiaires de droits dérivés due principalement à la hausse de la population des retraités de droits directs et à l'augmentation de l'espérance de vie et la diminution de l'écart de cette espérance entre les hommes et les femmes.

Graphique (12)

L'évolution de l'effectif des bénéficiaires de droits directs par type de retraite (2010-2050)



- Source: Caisse Nationale des Retraites, CNR.

Le graphique ci-dessus, montre une augmentation continue du nombre de pensionnés d'ici 2050, avec un rythme très rapide pour la retraite normale, et modéré pour la retraite anticipée. Le nombre de pensionnés a plus que doublé pour la retraite proportionnelle et sans condition d'âge.

3-5- Rapport cotisants/ retraité:

Tableau (6)
L'évolution du rapport cotisants/ retraité (2011-2050)

Année	Rapport cotisants/ retraité	Année	Rapport cotisants/ retraité	Année	Rapport cotisants/ retraité
2011	2,59	2024	1,36	2037	1,02
2012	2,56	2025	1,32	2038	1,01
2013	2,44	2026	1,28	2039	1,0
2014	2,32	2027	1,24	2040	0,99
2015	2,21	2028	1,21	2041	0,98
2016	2,11	2029	1,18	2042	0,97
2017	1,71	2030	1,15	2043	0,96
2018	1,66	2031	1,12	2044	0,96
2019	1,61	2032	1,09	2045	0,96
2020	1,57	2033	1,08	2046	0,96
2021	1,52	2034	1,06	2048	0,96
2022	1,46	2035	1,05	2049	0,96
2023	1,41	2036	1,03	2050	0,97

- Source: Caisse Nationale des Assurances Sociales, CNAS.

- Caisse Nationale des Retraites, CNR .

Ces résultats indiquent clairement l'impact du vieillissement de la population sur la dégradation du rapport « cotisants/retraité ». Ce rapport devrait diminuer de 62.5% passant de 2.59 cotisants pour un retraité en 2011, à 0.97 en 2050.

IV- Projection financière de l'équilibre future du système de retraite algérien

Les projections des dépenses et de recette du régime de retraite à l'horizon 2050 correspondent aux estimations des retombées du vieillissement de la population sur les cotisations et les pensions de retraite.

Ces statistiques ne prétendent pas prédire l'avenir mais donnent un ordre de grandeur des défis démographiques à venir.

4-1- Hypothèses de projection:

En outre ces projections sont fondées sur les hypothèses suivantes:

- Le taux de cotisation est égal à 17.75% et reste constant tout au long de la période de projection.
- Tous les salariés reçoivent le même salaire moyen quelque soit leur ancienneté et leurs âges⁸.
- Les salaires moyens et les pensions moyennes évoluent au même rythme⁹.

4-2- Les résultats de la projection:

4-2-1- Le calcul des cotisations totales:

Pour chacune des années de projection, la somme des cotisations totales est déterminée à partir du nombre de cotisants, de la masse salariale soumise à cotisation et du taux de cotisation prévu.

Le montant des cotisations au régime est égal pour chaque groupe d'actifs cotisants, selon le sexe et l'âge, au produit des facteurs suivants:

- La population;
- Le salaire moyen;
- Le taux de cotisation.

8. Absence de données de répartition des salaires moyens par âge et sexe.

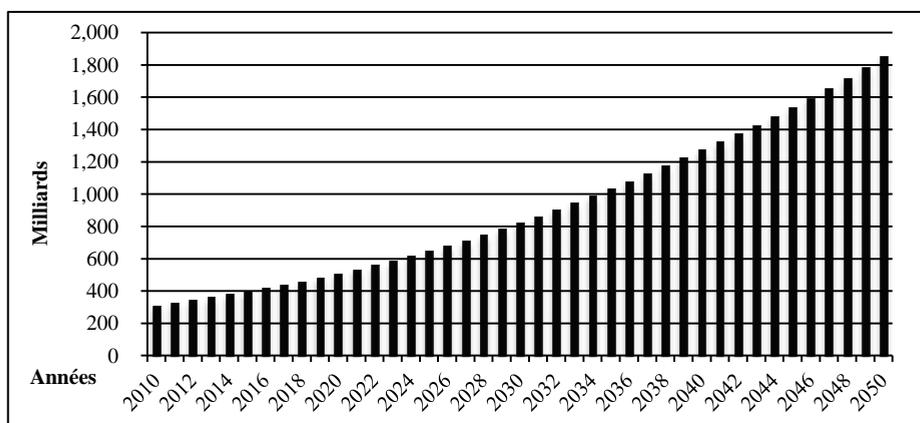
9. Ce qui met en évidence les évolutions dues principalement aux changements démographiques.

Tableau (7)
L'évolution des recettes du régime en milliards de DA (2011-2050)

Années	Recettes	Années	Recettes
2011	327,60	2031	860,90
2012	344,99	2032	902,20
2013	362,80	2033	944,92
2014	381,04	2034	989,01
2015	399,76	2035	1 034,28
2016	419,15	2036	1 080,82
2017	439,27	2037	1 128,24
2018	460,32	2038	1 176,36
2019	484,02	2039	1 225,11
2020	508,65	2040	1 274,57
2021	534,22	2041	1 324,74
2022	560,72	2042	1 375,91
2023	588,17	2043	1 428,30
2024	616,82	2044	1 482,15
2025	646,89	2045	1 537,70
2026	678,47	2046	1 595,26
2027	711,65	2047	1 655,19
2028	746,48	2048	1 717,87
2029	782,98	2049	1 783,63
2030	821,14	2050	1 852,88

- Source: Caisse Nationale des Retraites, CNR.

Graphique (13)
L'évolution des recettes du régime (2010-2050)



- Source: Caisse Nationale des Retraites, CNR.

4-2-2- Le calcul des prestations totales

Les prestations totales quant à elle, sont déterminées à partir de la pension moyenne.

- **Droits dérivés:**

Le calcul des sommes affectées aux prestations de décès s'effectue en prenant en considération les facteurs suivants:

- ✓ Le nombre de décès dans la population;
- ✓ Le montant de la prestation de décès, qui est fixé à 75% du montant de la pension de l'assuré décédé.

- **Droits directs:**

Le montant des prestations de droits directs est calculé sur la base de ces éléments:

- ✓ La population;
- ✓ Le salaire de référence;
- ✓ Le taux de validation des années d'assurance: 2.5%;
- ✓ La durée d'assurance.

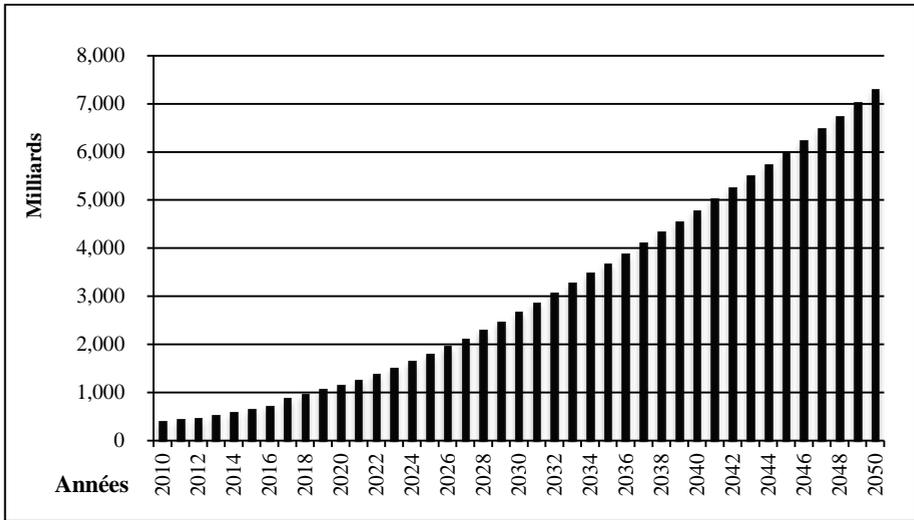
Tableau (8)

L'évolution des dépenses du régime en milliards de DA (2011-2050)

Année	Total dépenses	Années	Total dépenses
2011	437,15	2031	2 867,10
2012	469,35	2032	3 072,24
2013	524,23	2033	3 273,52
2014	586,30	2034	3 476,83
2015	653,31	2035	3 682,01
2016	724,67	2036	3 892,84
2017	887,98	2037	4 109,26
2018	971,40	2038	4 330,49
2019	1 059,79	2039	4 555,52
2020	1 154,25	2040	4 783,73
2021	1 264,35	2041	5 018,04
2022	1 385,91	2042	5 258,64
2023	1 514,59	2043	5 505,31
2024	1 652,76	2044	5 746,25
2025	1 798,81	2045	5 985,86
2026	1 954,26	2046	6 230,36
2027	2 118,67	2047	6 476,91
2028	2 291,70	2048	6 748,34
2029	2 472,94	2049	7 019,40
2030	2 662,30	2050	7 297,88

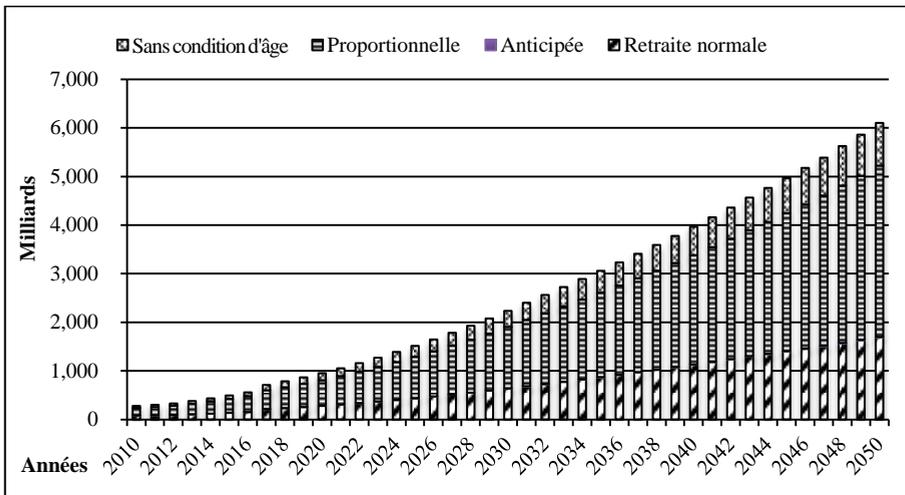
- Source: Caisse Nationale des Retraites, CNR.

Graphique (14)
L'évolution des dépenses totales du régime (2010-2050)



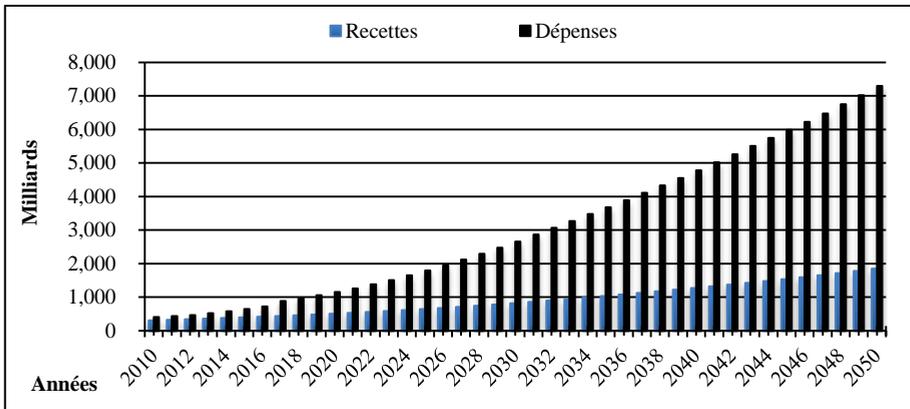
- Source: Caisse Nationale des Retraites, CNR.

Graphique (15)
L'évolution des dépenses totales du régime par type de prestation (2010-2050)



- Source: Caisse Nationale des Retraites, CNR.

Graphique (16)
L'évolution des soldes du régime (2010-2050).



- Source: Caisse Nationale des Retraites, CNR.

Ce graphique met en évidence un fossé qui se maintient et ne cesse de se creuser au fil des années entre le niveau des recettes et des dépenses du régime.

V- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5-1- Conclusion

Les projections de la population algérienne que nous avons menées jusqu'à l'horizon 2050, montrent une hausse considérable dans l'effectif des personnes âgées de 60 ans et plus, elle représente une proportion importante par rapport aux autres classes d'âge de la population.

L'évolution démographique de la population algérienne affecte négativement le régime de retraite algérien financé par répartition. Du fait que l'équilibre entre le nombre d'actifs cotisants et celui des pensionnés va être rompu.

Le vieillissement démographique auquel la population algérienne sera confrontée, affecte doublement le régime de retraite par répartition: d'une part, les recettes de ce régime sont prélevées sur la base des cotisations tirées des salaires des actifs cotisants; d'autre part, les pensionnés sont de plus en plus nombreux et vivent de plus en plus longtemps.

Le régime algérien, si la législation en vigueur demeure inchangée, ne pourra en aucun cas surmonter le défi du vieillissement et le déficit technique se maintiendra et ne cessera de s'aggraver au fil des années. Le vieillissement inévitable de la population algérienne est donc désormais un fait auquel il faut se préparer.

5-2- Recommandations

- Augmenter l'âge effectif de départ à la retraite.
- Augmenter la durée de cotisation.
- Réduire des couts des soins de santé.
- Augmenter l'espérance de vie en bonne santé.
- Maintenir un système de retraite adéquat à une retraite convenable.
- Réussir son vieillissement en bénéficiant d'une bonne qualité de vie et d'un système de santé satisfaisant.
- Renforcer la solidarité intergénérationnelle, tout en sachant que l'effectif des personnes âgées en Algérie va se renforcer considérablement.

- Références bibliographiques:

- ARTUS, P., LEGROS, F (1999); « *Le choix du système de retraite* », *Economica*, 1999.
- BELKACEM, N-A (2006); « *Considérations assurantielles et logiques actuarielles du régime de retraite en Algérie* », *Revue d'économie et de Statistique appliquées*, journées scientifiques de l'INPS 17/18 décembre 2006, Numéro spécial.
- BENSABER, A., ILES, A. (2006); « *Aspects démographiques du système de retraite par répartition* », *Revue d'économie et de Statistique appliquées*, journées scientifiques de l'INPS 17/18 décembre 2006, Numéro spécial.
- BOUMGHAR, M-Y. (2000); *Rapport final sur le modèle de projection des équilibres financiers du système de retraite*, Alger.
- BOUSSAID, A (2006); « *La question du financement du système algérien de retraite*, *Eléments pour débat* », *Revue d'économie et de Statistique appliquées*, journées scientifiques de l'INPS 17/18 décembre 2006, Numéro spécial.
- CHANGNY, O., DUPOND, G., STERDYNIK, H., et VERONI P. (2001); *Les réformes des systèmes de retraites en Europe*, revue de l'OFCE n°78.

- CHAPRIN, J-M. (1999); « *L'avenir de nos retraites* », la documentation française.
- DEPUIS, J-M., EL MOUDDEN, C. (2009); *Régime de retraite, inégalité de revenu et redistribution au Maghreb*, Anne, Petron.
- CHERIF A, OUADAH REBRAB, S., all (2014); *Population âgée en Algérie, dynamique te perspectives, CRASC Oran, GNAG OPU.*
- RAOUL, B. (1995); *Perspectives à long terme des retraites*, la documentation française.
- PENE, D. (1997); «*La dynamique de la retraite, une menace pour l'Europe*», Economica.
- ROCARD, M. (1991); *Demain les retraites: un contrat entre les générations*, France, éd folio actuel 23^{ème} édition.
- WOUTER, V-G. (2007); «*l'extension de la sécurité sociale: concepts, grandes tendances et problèmes de politique générale*», Revue internationale de sécurité sociale, l'extension de la sécurité sociale à tous, numéro double spécial pour le 80^{ème} anniversaire de l'AISS.
- **Sites internet:**
 - www.banquemonddiale.org: Banque Mondiale.
 - www.cnr-dz.com: Caisse Nationale des retraites (CNR).
 - www.cor-retraites.fr: Conseil d'orientation des retraites (COR).
 - www.ilo.gov: Bureau international du travail (BIT).
 - www.issa.int: Association Internationale de Sécurité Sociale (AISS):
 - www.observatoire-retraites.com: Observatoire des retraites.
 - www.oecd.org: Organisation de coopération et de développement Economiques (OCDE):
 - www.ons.dz: Office National des Statistique (ONS).