

مجلة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

دورية علمية متخصصة محكمة

يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة



في هذا العدد:

- نهج دورة الحياة في دراسة صحة المرأة.

- انخفاض مشاركة الشباب في سوق العمل في الأراضي الفلسطينية.

- دور الإدارة البيئية وإدارة الأزمات في تحقيق التنمية المستدامة باستخدام نظم المعلومات الجغرافية.

مجلة
العربية
الأسرة
تتحدث

المجلد الرابع - العدد العاشر - يناير 2011



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

الهيئة الاستشارية والعلمية
(حسب الترتيب الأبجدي)

أستاذ الصحة الإنجابية – جامعة الأزهر. مصر	أ.د. أحمد رجاء رجب
مدير المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية. مصر	د. أحمد عبد المنعم
مدير مركز بحوث الصحة الإنجابية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري. تونس	أ. أحمد عبد الناظر
عميد معهد الدراسات والبحوث البيئية - جامعة عين شمس. مصر	أ.د. أحمد مصطفى العتيق
أستاذ علم الاجتماع، جامعة الجزائر، باحث بمركز بحوث الاقتصاد التطبيقي للتنمية. الجزائر	أ.د. الزبير عروس
كبير خبراء السياسات السكانية، الأمم المتحدة بالرياض. السودان	د. التيجاني طاهر التيجاني
خبير دراسات السكان والهجرة. مصر	د.أيمن زهري
مدير عام المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة بدول مجلس التعاون الخليجي. السعودية	أ.د. توفيق بن خوجه
خبير تقييم البرامج والأنظمة الصحية. الأردن	د. ساهر وصفي شقيدف
خبيرة في قضايا الصحة والسكان والتنمية. مصر	د. سلمى جلال
مستشار إقليمي بمكتب منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بالقاهرة. سوريا	د. رامز مهاني
أستاذ علم الاجتماع بالجامعة اللبنانية. لبنان	أ.د. شبيب دياب
خبير في استراتيجيات السكان والتنمية. السودان	د. عبد العزيز محمد فرح
خبير صحة الطفل والتغذية، مركز بحوث التغذية البشرية بفرنسا، ليبيا.	د. عادل التاجوري
أستاذ علم السكان ومستشار مبادرة حماية الأطفال في الشرق الأوسط وشمال افريقيا، السودان.	أ.د. عثمان الحسن محمد نور
أستاذ أمراض النساء والولادة، جامعة المنصورة، مدير المؤسسة الأهلية المصرية لرعاية الخصوبة	أ.د. عز الدين عثمان حسن
مستشار ديموجرافي، المركز الديموجرافي بالقاهرة، مصر.	د. عزت الشيشيني
أستاذ أنثروبولوجيا، كلية البنات، جامعة عين شمس، مصر.	أ.د. فوزي عبد الرحمن
عميد معهد البحوث والدراسات الإحصائية- جامعة القاهرة، مصر.	أ.د. محمد نجيب عبد الفتاح
أستاذ أمراض نساء وتوليد، جامعة الأزهر. مصر	أ.د. مراد كامل حسانين
خبير الدراسات والبحوث الديموغرافية والصحية، وزارة الصحة، المغرب.	أ. مصطفى أزلماط
طبيبة وباحثة في مجال الصحة الإنجابية والسكان. مصر	د. مواهب توحيد المويلحي



صحة الأسرة العربية والسكان بحوث ودراسات

رئيس التحرير

د. أحمد عبد المنعم

مدير المشروع العربي لصحة الأسرة

سكرتارية التحرير

رابح حليمي

أروى حاشم

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.
- ترسل الموافقة على النشر بعد شهرين من استلام المادة العلمية.
- 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 papfaminfo@papfam.org
- تليفون/ فاكس: +202 - 27363834

الافتتاحية

حرصاً من إدارة المشروع العربي لصحة الأسرة في جامعة الدول العربية على توسيع قاعدة مستخدمي بيانات المسوحات القطرية وتعظيم الاستفادة منها، وتشجيعاً للباحثين والدارسين ولتسهيل نشر الدراسات والبحوث التي يقومون بإعدادها، وتنفيذاً للتوصيات الصادرة عن لقاءات الخبراء وورشات العمل المتعددة التي نظمتها المشروع بضرورة إصدار دورية علمية متخصصة.

يسرنا تقديم العدد العاشر من دورية "صحة الأسرة العربية والسكان: بحوث ودراسات" الذي يشهد تنوعاً أكبر في موضوعاته ونشر دراسات باللغة الانجليزية والتي نأمل أن تكون إضافة جديدة لإثراء المكتبة العربية بالموضوعات المختلفة حول صحة الأسرة والسكان في المنطقة العربية، كما نرحب بأرائكم ومقترحاتكم لتطويرها وإخراجها في أفضل صورة.

والله ولي التوفيق

رئيس التحرير

صحة الأسرة العربية والسكان
بحوث ودراسات
دورية علمية متخصصة محكمة
يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة

في هذا العدد:

الصفحة	الموضوع
1	- نهج دورة الحياة في دراسة صحة المرأة. عبد العزيز فرح، تانيا فاعور.....
33	- انخفاض مشاركة الشباب في سوق العمل في الأراضي الفلسطينية، الأسباب والمحددات برؤية نوع اجتماعية. أيمن عبد المجيد،.....
61	- دور الإدارة البيئية وإدارة الأزمات في تحقيق التنمية المستدامة باستخدام نظم المعلومات الجغرافية. عبد الستار عزت عبد الستار.....

نهج دورة الحياة في دراسة صحة المرأة

عبد العزيز محمد فرح¹ تانيا علي فاعور²

I- مقدمة:

- لمحة تاريخية عن نهج دورة الحياة.

تطوّر نهج دورة الحياة (life-course approach) منذ عقد الستينيات وأصبح نموذجاً للبحث في عدّة مجالات في العلوم الاجتماعية. وينطلق هذا النهج من فكرة أنّ حياة الفرد مكوّنة من سلسلة من التحوّلات أو الأحداث ضمن مسارات تعطيها طابعاً ومعنىً مختلفان (Marshall and Mueller, 2003 ; Elder, 1994).

وبناءً على هذا النهج، فقد ساهم البحث الديموغرافي الحديث في تعميق المعرفة بالتفاعل بين عوامل تكوين الأسرة والإنجاب والمواقف والسلوكيات المتعلقة بالخصوبة من جهة، وبين الأوضاع والأنماط الحالية للهجرة والسكن والتوظيف والمهنة من جهة أخرى (Kulu and Milewski, 2007). وبالفعل، إنّ انتقال الأفراد بين أوضاع وأدوار مختلفة يعود إلى الأحداث التي شهدها في حياتهم وإلى العلاقات الاجتماعية التي كوّنوها عبر الزمن (Giele and Elder, 1998).

وخلال العشرين سنة السابقة، حصل تطوّر تدريجي في استخدام نهج دورة الحياة في علم الأوبئة كنموذج بديل لنموذج التعرّض للخطر لدى البالغين

¹ مستشار دولي سابق لاستراتيجيات السكان والتنمية لدى صندوق الأمم المتحدة للسكان، وخبير ديموغرافي لدى المعهد العربي للتدريب والبحوث والإحصائية. السودان.

² أستاذ مساعد للدراسات السكانية في الجامعة اللبنانية، لبنان.

(adult risk model). ويتضمّن هذا النهج دراسة ما تعرّض له الفرد من الناحية الجسديّة والاجتماعيّة منذ كان جنيناً في رحم الأمّ وخلال فترة الطفولة والمراهقة والشباب والبلوغ، والآثار البعيدة المدى لهذا التعرّض على تكوين الفرد وصحّته وإصابته بالمرض لاحقاً في حياته (Kuh et al., 2003). وبالتالي، تكمن قوّة هذا النهج في كونه يتيح التعرف على احتمال التعرّض للخطر وتصحيحه وتعديله قبل تطوّره إلى أمراض مزمنة على المدى البعيد (Lynch and Smith, 2005).

وفي مجال صحة المرأة، يترتّب على هذا النهج آثار بعيدة المدى من ناحية البحث والسياسات من أجل القضاء على التمييز بين الجنسين في الحقوق والاستحقاقات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية إضافة إلى تمكين المرأة لتساهم بفعاليّة في التقدّم المحرز نحو تحقيق الأهداف التنموية الوطنية والدولية. وتستخدم هذه الورقة نهج دورة الحياة لتكوين تصوّر مفاهيمي حول الاحتياجات الصحية للمرأة والخدمات التي تتطلبها وللبحث في التدخلات المطلوبة في ما يتعلّق بالأحداث التي تعرّضت لها المرأة خلال أولى مراحل حياتها والتي، إن لم يتمّ علاجها، قد تنعكس سلبياً على تطوّر صحّتها حالياً وفي المستقبل.

وبالتالي، من المتوقع أن يسهم نهج دورة الحياة المُعتمَد في هذه الدراسة في تعميق الفهم بتأثير التدخلات أثناء فترة الطفولة والمراهقة والإنجاب وما بعده على صحّة المرأة لاحقاً في حياتها وعبر الأجيال. إضافة إلى ذلك، إنّ هذا النهج يبرز تفاعل المحدّات البيولوجيّة والاجتماعية لصحة المرأة، وهو يلفت الانتباه إلى الأثر السلبيّ للتمايز بين الجنسين الذي يزيد احتمال تعرّض المرأة للخطر لكونه يعيق وصولها إلى العناية والمعلومات الصحيّة وبالتالي ينعكس سلباً على صحّتها.

وبالتالي، تدعو هذه الدراسة، في إطار الأوضاع الديموغرافية المعاصرة والسريعة التغير، إلى ضرورة تفاذي ومعالجة عوامل الخطر الحالية للحؤول دون انعكاساتها السلبية المتركمة على صحة المرأة ولتجنب تفاقم مخاطرها المتعددة لاحقاً في حياة المرأة والمجتمع ككل.

II- صحة المرأة: أوجه عدم مساواة مستمرة وواسعة النطاق:

إنّ الحالة الصحية للمرأة تختلف بين البلدان المتقدّمة النموّ والبلدان النامية والأقلّ نمواً نظراً لاختلاف الأوضاع الاجتماعية-الثقافية والاقتصادية والسياسية بين هذه البلدان. ويُعتبر تحسين صحة المرأة مكوناً هاماً في استراتيجيات الحدّ من الفقر وفي مبادئ حقوق الإنسان التي تنصّ عليها مؤتمرات وقمم الأمم المتحدة المتعلقة بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية. وفي هذا السياق، فإنّ إعلان قمة الألفية (A/RES/55/2) يُلزم الحكومات تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة باعتبارها وسيلتين فعّالتين لمكافحة الفقر والجوع والمرض، كما أنه ينصّ على أهمية "ضمان المساواة في الحقوق وتكافؤ الفرص للرجل والمرأة" ويتعهد بمكافحة جميع أشكال العنف ضدّ المرأة وتنفيذ اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضدّ المرأة (الأمم المتحدة، 2000).

وعلى الرغم من الالتزام الدولي بضمان صحة المرأة، تستمرّ الفجوات الواسعة والتحديات الكبيرة التي تعيق الجهود الوطنية والإقليمية والدولية نحو بلوغ الأهداف والغايات والمؤشرات الإنمائية للألفية المتعلقة بصحة المرأة والمساواة بين الجنسين. إنّ الأنظمة الصحية والاجتماعية في العالم النامي تعاني من صعوبات كبيرة في سعيها لبلوغ هذه الأهداف والغايات بحلول عام 2015 نظراً لاستمرار الواقع الاجتماعي والثقافي المُجحف بحقّ المرأة (Fathallah, 2008).

وبالرغم من كون النساء والرجال يعانون من عدّة مشاكل صحيّة مماثلة، إلاّ أنّ صحّة المرأة تستحقّ اهتماماً خاصّاً. إنّ العمر المتوقع عند الولادة هو بشكلٍ عام أعلى بين النساء نظراً لتمتّعهنّ ببعض المزايا البيولوجيّة والسلوكيّة. وفي العديد من البلدان، ينخفض احتمال البقاء على قيد الحياة بين الرجال مقارنةً بالنساء في جميع فئات الأعمار، ممّا يعني أنّ توقع الحياة أدنى لدى الرجال مقارنةً بالنساء في جميع الأعمار. ونشير إلى وجود بعض الحالات الاستثنائيّة لبلدان تضعف فيها مزايا البقاء على قيد الحياة التي تتمتع بها النساء مقارنةً بالرجال (WHO, 2006)، ففي هذه الحالات يؤدّي التمييز على أساس النوع الاجتماعي إلى إبطال هذه المزايا بحيث يصبح العمر المتوقع عند الولادة لدى المرأة مساوياً أو حتّى أدنى من العمر المتوقع للرجل.

إضافة إلى ذلك، إنّ كون المرأة تعيش أطول من الرجل لا يعني بالضرورة بأنّها تعيش حياة صحيّة خالية من المرض والوهن. وبالفعل، تمرّ النساء بتجارب خاصّة بهنّ، مقارنةً بالرجال، وهي تجارب قد تؤدّي إلى انعكاسات سلبية محتملة على صحتهنّ، كما أنّ بعض الأمراض تصيب كلّ من الرجال والنساء إلاّ أنّ انعكاسها على النساء يكون مختلفاً وأكثر حدّة مقارنةً بالرجال، ممّا يستدعي التداخل عبر إجراءات مصمّمة خصيصاً لتلبية احتياجات النساء. من ناحية أخرى، إنّ بعض الأمراض تصيب النساء والرجال بالتساوي، إلاّ أنّ النساء تجدن صعوبة أكبر في الحصول على الخدمات الصحيّة المطلوبة نظراً لعدم المساواة الذي يحدّ من قدراتهنّ على المحافظة على صحتهنّ.

ونلاحظ وجود اختلاف في الحالة الصحيّة للمرأة بين البلدان والمناطق في العالم. في البلدان ذات الدخل المرتفع، يرتفع توقع الحياة لدى النساء في مختلف الأعمار مقارنةً بالبلدان ذات الدخل المنخفض، كما أنّها تشهد معدّلات متدنيّة لوفيات

الأطفال الإناث والشابات بحيث تحدث أغلبية الوفيات بعد عمر السنتين عاماً. وفي البلدان الفقيرة، تغطي صورة معاكسة بحيث ترتفع معدلات الوفيات بين الأطفال الإناث والمراهقات والشابات.

ويكمن أبرز اختلاف بين البلدان في معدل وفيات الأمهات، إذ تصل حصّة البلدان النامية إلى 99 في المائة من مجموع حالات وفيات الأمهات السنوية التي تتخطى 500.000 وفاة. وتجدر الإشارة إلى أنّ أغلب أسباب وفيات الأمهات هي أسباب يمكن تجنبها أو علاجها في إطار المعرفة والتكنولوجيا الطبيّة المتّاحة.

وتتأثر صحّة البنات والنساء إلى حدّ كبير بالعوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية مثل التعليم وموارد وثروة الأسرة ومكان الإقامة. ولفهم طبيعة واتجاه هذا التأثير، تبرز الحاجة لصياغة إطار مفاهيمي وإجرائي للتعرف على القضايا الصحيّة المختلفة خلال دورة الحياة، ومحدّداتها الاجتماعيّة، والعوامل البنيويّة التي تؤثر عليها بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. ونشير إلى أنّ العديد من هذه المحدّدات الاجتماعيّة تكون على مستوى الأسرة والمجتمع، وبعضها يكون ضمن أو خارج النظام الصحي، بينما الكثير منها هو كناية عن منتجات فرعيّة (by-products) لسياسات وإجراءات حكوميّة.

ولا شكّ بأنّ هذا التصميم الهرمي للمحدّدات القريبة والمتوسّطة والبعيدة لصحة المرأة يساعد في تحديد أسلوب جمع البيانات وتحليلها لتقييم صحة المرأة ووضعها الاجتماعي خلال دورة حياتها.

III- إطار المسارات السببيّة (The Causal Pathways Framework)

بناءً على النظريّات المتعلقة بمحدّدات الخصوبة، أدرك الباحثون أهميّة بلورة إطار نظري يبرز العلاقات السببيّة بين مُخرَج الحالة الصحيّة

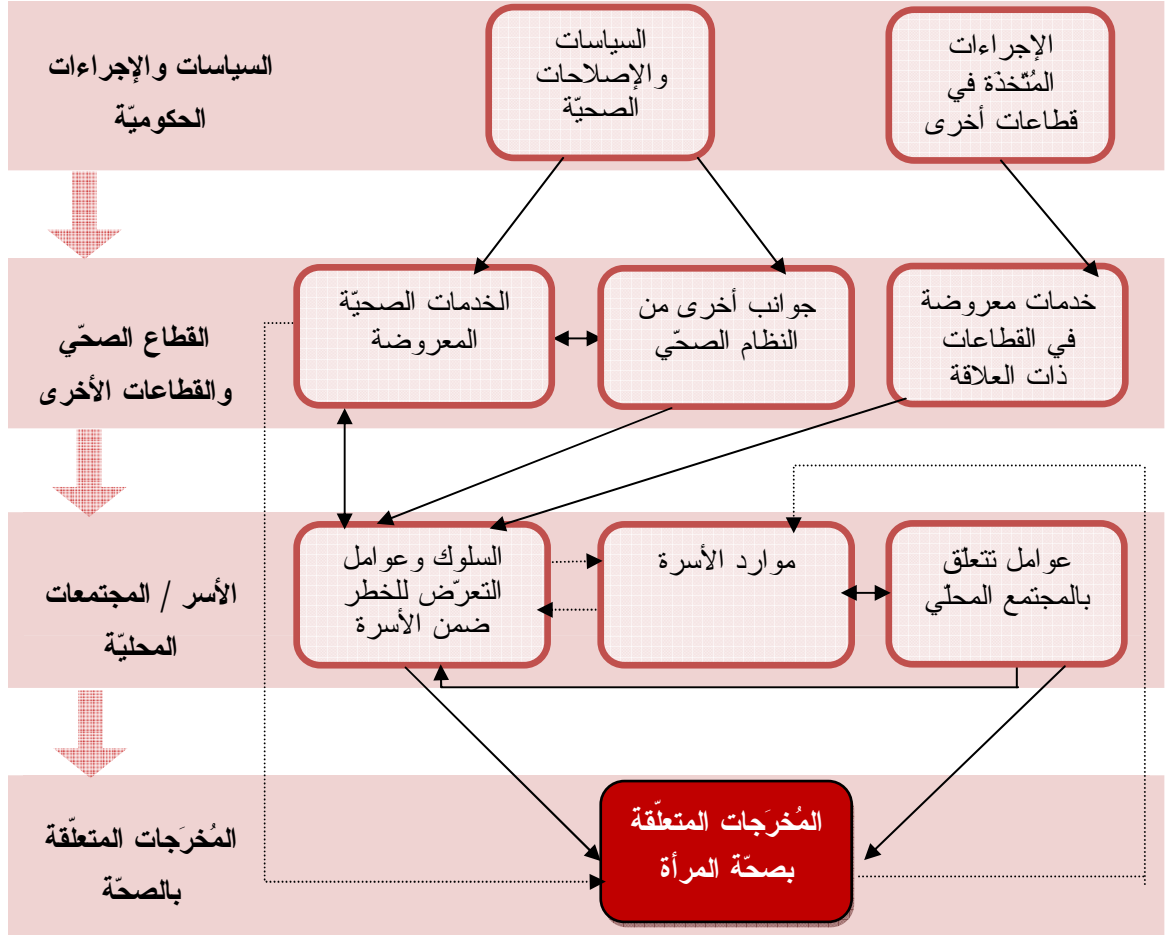
(health status outcome) ومحدّداته المُحتَمَلة، كما أدركوا أهميّة البحث في طبيعة البيانات المطلوبة لتفعيل واستخدام هذا الإطار النظري (Farah and Preston, 1982; McCarthy and Mane, 1992; Claeson et al.,) (2001; Shiffman and de Valle, 2006; UNICEF, 2008). ويعرض الشكل رقم 1 إطار مسارات بسيط ولكنّه ديناميكي ومكوّن من ثلاث مستويات.

يَعتبر هذا الإطار بأنّ مُخرَج الحالة الصحيّة للمرأة (صحة جيّدة أو اعتلال الصحة) هو حصيلة نهائية لمجموعة من العوامل المباشرة (ومنها السلوك وعوامل التعرّض للخطر ضمن الأسرة، وموارد الأسرة، إضافة إلى عوامل تتعلّق بالمجتمع المحلي) والعوامل غير المباشرة (ومنها الخدمات الصحيّة المعروضة، وجوانب أخرى من النظام الصحي، والخدمات المتوفرة في قطاعات أخرى مثل التعليم، والمياه والصرف الصحي، والنقل والاتصالات)، إضافة إلى عوامل بنيويّة بعيدة (مثل السياسات والإجراءات الحكوميّة المتعلقة بالقطاع الصحي وبقطاعات أخرى، والتميز بين الطبقات الاجتماعيّة وبين الجنسين، والعولمة، وتدهور البيئة وتغيّر المناخ، إلخ...). وكما هو مبين في الشكل رقم 1، تؤثر العوامل البنيويّة (الأسباب الجذريّة) على العوامل المباشرة التي تؤثر بدورها على مُخرَج الحالة الصحيّة للمرأة.

الشكل رقم 1

إطار المسارات السببية (Causal Pathways Framework)

لتحليل المُخرجات المتعلقة بصحة المرأة.



شكل تم رسمه بناءً على Merrick (2004), Brown (2006), Claeson et al. (2001).

1-3 عوامل تتعلق بالأسرة والمجتمع:

تختلف الأسر المعيشية بحسب مدى وصولها إلى الموارد مثل الغذاء الملائم والمياه النظيفة والصرف الصحي والموارد المالية الكافية لتلبية الاحتياجات الأساسية لضمان صحة المرأة وغيرها من أفراد الأسرة. وتؤثر هذه العوامل بشكل كبير على المخرجات المتعلقة بصحة المرأة.

من ناحية أخرى، تؤثر بعض السلوكيات الفردية والعائلية على الصحة، ونذكر منها المستوى التعليمي للفرد، ومدى وصوله إلى الخدمات الصحية، والعضوية في شبكات الدعم الرسمي وغير الرسمي، والوصول إلى مصادر المعرفة والمعلومات. إن السلوك المعززة للصحة لا يقتصر على معرفة كيفية تفادي الأمراض وتحسين الصحة، بل يتطلب أيضاً القدرة على استخدام هذه المعرفة. ويمكن ملاحظة معظم السلوكيات المعززة للصحة على مستوى الأسرة، ونذكر منها عادات الغذاء السليم، والممارسات المتعلقة بالصرف الصحي، والتحكم بالخصوبة، والعناية بالأطفال، واستخدام الخدمات الصحية.

وتتخذ الأسرة القرار ما إذا كانت هذه السلوكيات الصحية تستحق الوقت والجهد والمال لتنفيذها، وهي تقدر أيضاً كم ستستثمر من مواردها في إطار الصحة. ويبنى هذا التقدير على مستوى دخل الأسرة، وتكلفة إتباع السلوكيات الصحية بالنسبة للأفراد والأسرة ككل، إضافة إلى درجة مشاركة المرأة في عملية اتخاذ القرار.

وبالتالي، إن الفهم العميق لعملية صنع القرار المتعلق بالصحة داخل الأسرة مهم لاتخاذ إجراءات من أجل تحسين صحة المرأة بشكل خاص وأفراد الأسرة بشكل عام. ومن المتعارف عليه أن تكوين الأسرة المعيشية من حيث العمر والجنس قد يؤثر بشكل كبير على كيفية اتخاذ القرار وإلى أي مدى يكون هذا القرار مفيداً لجميع أفراد الأسرة.

وبما أنّ أفراد الأسرة لهم احتياجات وحقوق مختلفة، لا تحبذ مبادئ حقوق الإنسان اعتماد مقاربة أحادية (monolithic approach) تقوم على جمع البيانات والحصول على المعلومات فقط من خلال ربّ الأسرة. وبالفعل، إنّ افتراض أنّ ما يعود بالفائدة على فرد من الأسرة سوف يعود بالفائدة على كلّ أفراد الأسرة هو افتراض غير مقبول ولا يجب اعتماده عند صياغة سياسات وبرامج تمكين المرأة. من ناحية أخرى، تؤثر العوامل المتعلقة بالمجتمع المحلي بشكل إيجابي أو سلبي على صحة النساء، فتفرض الخصائص الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والبيئية أعباء تُضعف صحة المرأة. ويتمّ التشديد على أهميّة مشاركة المجتمع المحلي في جهود تحسين الصحة العامّة وصحة الفرد، وبالتحديد في المناطق الفقيرة والناحية، ولكن لا بدّ إلى الإشارة إلى وجود عدّة حالات تؤثر فيها الضغوط الاجتماعية والثقافية سلباً على صحة المرأة.

وبشكل عام، تميل المجتمعات المحليّة إلى تقويض الحقوق الإنسانيّة للفتيات والنساء مقارنةً بالذكور، إذ تُمنح النساء مساحات أصغر من الأرض وحصّة أقلّ من الثروة والممتلكات، إلّا أنّهنّ تعانين من عبء أكبر من ناحية تقديم الرعاية لضمان بقاء وأمن الأفراد، بمن فيهم الصغار وكبار السنّ (Elson, 2005). وغالباً ما تلقى البنات مستوى تغذية أقلّ، وتعليماً أدنى، وحماية اجتماعية واقتصادية دون تلك التي تُمنح للصبيان.

ويجري عادةً توظيف النساء في مهن مهمّشة وامتدنيّة الأجر لا تمنحهنّ الاستقرار المهني وهي غالباً ضمن القطاع غير الرسمي. وغالباً ما يُنظر إلى الفتيات والنساء على أنّهنّ أقلّ قدرة، فتوضع القيود على حراكهنّ وسلوكهنّ الجنسي والإنجابي، وتُعتبر هذه القيود مقبولة ضمن النسيج الاجتماعي. إضافة إلى ذلك، فالأنظمة القانونيّة تتغاضى عن، أو حتّى تكافئ، العنف ضدّ الفتيات والنساء (Garcia-Moreno et al., 2006). ويُنظر إلى النساء على أنّهنّ "أشياء" وليس "أفراد" (فاعلين) في بيوتهنّ ومجتمعاتهنّ، وهذه النظرة تتعكس في عادات

وقواعد السلوك وفي القوانين التي تعمل على استمرار وضعهنّ ككائنات أدنى من الرجل وكمواطنات من درجة ثانية. وعبر الثقافات، تعاني النساء من صعوبة الوصول إلى السلطة السياسيّة ومن تدني مشاركتهنّ في المؤسسات السياسيّة على جميع المستويات.

من ناحية أخرى، تبرز بعض الاختلافات بين النساء أنفسهنّ بحسب عمرهنّ والمرحلة التي ينتقلن عبرها في دورة الحياة وطبقتهنّ الاقتصاديّة وانتمائهنّ الطبقي والعرق، إلخ. وخلافاً لتبعيّة النساء، يتمتع الرجال بثروة أكبر، ومهن أفضل، ومستوى تعليمي أعلى، ونفوذ سياسي أوسع، وقيود أقلّ على سلوكهم، كما أنّهم يتحكّمون بحقوق النساء وامتلاكهنّ للموارد وقدرتهنّ على المبادرة الذاتيّة، وهم يوجّهون، بدون وجه حقّ، سلوك النساء من خلال العنف المُتغاضى عنه اجتماعياً أو التهديد بالعنف.

3-2 النظام الصحيّ وقطاعات أخرى

إنّ قدرة المرأة على الوصول إلى الخدمات والمرافق الصحيّة والاجتماعيّة الأساسيّة تُعتبر محدّداً حاسماً لوضعها الصحيّ. وعلى سبيل المثال، إنّ المسافة الطويلة المطلوب عبورها للوصول إلى المرافق الملائمة، والقصور في وسائل النقل والطرق التي يمكن من خلالها الوصول إلى هذه المرافق، تشكّل تحديّ كبير بالنسبة للنساء الحوامل القاطنات في المناطق الريفيّة. وحتى في حال توافرت مركبات النقل والبنية التحتيّة الملائمة، فإنّ تكاليف السفر والإقامة، والتكاليف الإضافيّة غير المباشرة مثل الدخل غير المحقّق من قبل أفراد الأسرة الذين يرافقون المرأة، قد تحول دون الوصول إلى هذه المرافق (UNICEF, 2008).

وبالتالي، إنّ المسافة الجغرافيّة ليست العائق الوحيد أمام وصول النساء إلى الخدمات الصحيّة والاجتماعيّة، فالعوامل الاجتماعية والثقافية تؤثر على مواقف المرأة المتعلّقة بالصحة إضافة إلى تطوّر حياتها الإنجابيّة والإنتاجيّة. وقد أكدّ كلّ

من أوبرماير (Obermeyer, 2000) وهاي (Hay, 2000) تأثير العادات الثقافية المتعلقة بالقدر على اتخاذ القرار في الحصول على خدمات الصحة الإنجابية وعلى التأخيرات الأربع التي تؤدي إلى اعتلال صحة المرأة ووفاتها أثناء الحمل، وهي التأخر في (1) التعرف على علامات الخطر الصحي، (2) اتخاذ القرار في الحصول على الرعاية الصحية، (3) الوصول إلى المرافق الصحية، و(4) الحصول على الرعاية في المرافق الصحية (Ransom and Yinger, 2002).

ويشكل وضع المرأة في المجتمع بُعداً إضافياً للتأثير الاجتماعي-الثقافي. ويعتبر العديد من الباحثين (مثل: Caldwell, 1986; Farah and Maas, 2006) بأن المجتمعات التي تقدر استقلالية وتمكين المرأة تتمتع بمؤشرات أفضل نسبياً ومنها على سبيل المثال معدل أعلى لاستخدام وسائل منع الحمل، وتوقع أعلى للحياة عند الولادة ومعدل وفيات متدنٍ لدى الرضع. وكلما كانت المرأة ممكنة اجتماعياً، كلما تميز إنفاق الأسرة بتخصيصات مالية أكثر تلبية للاحتياجات الصحية وأكثر إنصافاً للمرأة والرجل.

3-3 السياسات والإجراءات الحكومية

كما هو مبين في الشكل أعلاه، إن السياسات والإجراءات الحكومية وطبيعة تفاعلها مع الأنظمة الثقافية والمتعلقة بالنوع الاجتماعي في بلد ما تشكل محددًا جذرياً مهماً لصحة المرأة، وهي تعمل من خلال الطبقات السفلى من المحددات (على مستوى الأسر المعيشية مثلاً) للتأثير على المخرجات المتعلقة بصحة المرأة.

ومن الممكن أن تؤثر السياسات والإصلاحات الصحية، إضافة إلى الإجراءات المتخذة في القطاعات الأخرى (مثل البنية التحتية والنقل والطاقة والزراعة والمياه والصرف الصحي)، على قدرة الحكومة على تحسين الوضع الصحي للسكان وعلى التخطيط والاستثمار الذي يركز على مراعاة قضايا المرأة.

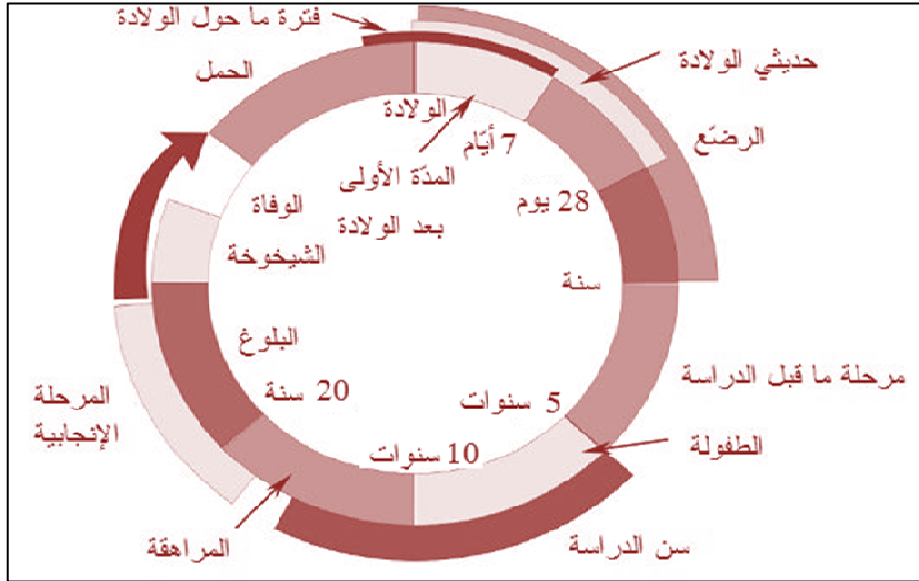
وتبحث عدّة حكومات في استراتيجيات مختلفة لمساعدة الأسر على تحمّل تكاليف العناية الصحيّة، وبالتحديد بالنسبة للنساء أثناء الحمل والولادة. وتتضمّن هذه الاستراتيجيات دعم الرسوم المباشرة على المُستخدمين، ومبادرات للحماية الاجتماعية مثل التحويلات النقدية والإيصالات على أساس مشروط أو غير مشروط، إضافةً إلى تطبيق نظام الضمان الصحيّ على المستوى الوطني أو على مستوى المجتمع المحليّ، أو دعم القطاع الخاصّ في توفير الرعاية الصحيّة للأسر الفقيرة. ومن الممكن أن يساهم أيّ مزيج من هذه السياسات المُراعية للنوع الاجتماعيّ في تحسين الوضع الصحيّ للمرأة.

أخيراً، من المهمّ أن نذكر بأنّ قراءة الشكل رقم 1 بطريقة تصاعديّة من الأسفل إلى الأعلى تعني الانتقال من التشخيص (صحة جيّدة أو سوء المُخرجات الصحيّة للمرأة) إلى مستوى التحليل وتحديد الأولويات (من حيث الواقع على مستوى الأسر المعيشيّة والمجتمعات المحليّة، إضافة إلى النظام الصحيّ وغيره من القطاعات) إلى صياغة وتقويم السياسات والإجراءات الحكوميّة. من ناحية أخرى، إنّ قراءة هذا الشكل بطريقة تنازليّة يعني متابعة وتقويم آثار السياسات والإجراءات الحكوميّة على النظام الصحيّ والقطاعات الأخرى، ثمّ على مستوى الأسر المعيشيّة والمجتمعات المحليّة، وصولاً إلى المُخرجات المتعلّقة بصحة المرأة.

IV - نهج دورة الحياة وتطور صحة المرأة

يواجه الباحثون تحدياً كبيراً في دراستهم كميّة هائلة من المعلومات للتعرف على العوامل المؤثرة على صحة المرأة. إنّ اعتماد نهج دورة الحياة في دراسة تطور صحة المرأة يمكن الباحثين من دراسة تأثير تجارب المرأة في أولى مراحل حياتها على صحتها في المراحل المقدّمة من حياتها. وتتطلب دراسة دورة الحياة من الفترة التي يكون فيها الجنين في رحم الأمّ، ثمّ ولادته، والفترة التي يكون فيها رضيعاً ثمّ طفلاً صغيراً ثمّ مراهقاً وبالغاً ومسنّاً، وصولاً إلى لحظة موته. ويبين الشكل رقم 2 المراحل المفصّلة لدورة الحياة.

الشكل رقم 2 مراحل دورة الحياة



المصدر: ترجمة عن Claeson et al., 2001.

يعتقد نهج دورة الحياة بوجود احتياجات ومشاكل صحيّة ملحة خاصّة بكلّ مرحلة من الحياة. وبالتالي، فهو يوفرّ أداة فعّالة لصانعي السياسات تمكّنهم من التعرف على سياسات وطرق الوقاية الناجحة والأكثر فعاليّة للحماية من الأمراض والمشاكل الصحيّة التي من الممكن أن يواجهها الإنسان لاحقاً في حياته.

وفي هذا السياق، تتناول الورقة في ما يلي أبرز المراحل المتعاقبة في حياة المرأة من أجل التعرف على عوامل الخطورة ضمن كلّ مرحلة بهدف تحديد حزمة من الخدمات الأساسيّة ومجموعة من السلوكيات التي ينبغي إتباعها للتصدّي لعوامل الخطورة هذه أو للتخفيف منها.

4-1 مرحلة الطفولة المبكرة

شهد العقدان الماضيان اهتماماً متزايداً بالعلاقة بين الظروف التي عاش فيها الفرد في أولى مراحل حياته وبين احتمال الوفاة لاحقاً في الحياة (Dejun Su, 2009). وتشير الدلائل إلى أنّ البيئة التغذوية والوبائية التي ميّزت ولادة الفرد - ومن مؤشرات الوزن عند الولادة، ومكان الولادة، وموسم الولادة، والتعرض للمرض والفقر، إلخ - لها تأثير طويل الأمد على المراضة والوفيات لاحقاً في الحياة (Fogel RW., 2004).

تبيّن المؤتمرات والقيم العالمية تنامي القلق على المستوى الدولي إزاء التمييز ضدّ الطفلة. وتشير الدلائل إلى مشكلة معروفة بـ "النساء الضائعات" (missing women) وإلى التّديني الكبير في نسبة النوع عند الولادة، وبالتحديد في بعض دول شرق وجنوب آسيا، وذلك بسبب تفضيل الأبناء الذكور (son preference) والتمييز ضدّ الأجنّة وحديثي الولادة من الإناث. وقد أكّد الباحثان سان (Sen, 1992) وفتح الله (Fathallah, 2008) بأنّ أكثر من 60 مليون - وربما 100 مليون - أنثى حول العالم هنّ في عداد المفقودات بسبب استمرار الممارسات المُجحفة بحقهنّ.

ويمكن ملاحظة الممارسات المُجحفة بحقّ الأجنّة وحديثي الولادة من الإناث عبر الثقافات المختلفة، وهي تتجلى في الإجهاض الانتقائي للإناث، وتدني وزن المولودة، وإيقاف الرضاعة الطبيعيّة للبنات في وقت مبكر، والمستوى التغذوي المتدني للبنات، والعناية الضعيفة بحديثات الولادة، إلخ... وبالتالي، في عدّة أماكن من العالم، تكون الرضيعات الإناث، مقارنة بالذكور، أكثر ضعفاً وأكثر عرضةً لخطر المراضة والمعاملة السيئة.

وتنعكس هذه الانطلاقة غير العادلة لحياة الفتيات على وضعهنّ الصحيّ أثناء المراهقة والبلوغ والمراحل المتقدّمة من حياتهنّ. وبالفعل، تعود جذور العديد من

المشاكل الصحية التي تواجهها المرأة لاحقاً في حياتها إلى ظروف عايشتها في فترة طفولتها. وقد أبرزت عدّة دراسات العلاقة بين تعرّض الجنين والرضيع لنمط نموّ غير سليم واحتمال إصابته بالأمراض المزمنة لاحقاً في مرحلة البلوغ (WHO, 2009).

و غالباً ما تركّز البحوث على فترة الطفولة المبكرة (عمر سنة إلى 5 سنوات) باعتبارها مرحلة من النموّ المتسارع التي قد تؤثر على صحة ونموّ الفرد على المدى البعيد. وتصرّح منظمة الصحة العالمية بأنّ التأسيس الصحيّ الجيّد في السنوات الأولى من الحياة له تأثير يمتدّ عبر فترة البلوغ، وهو بالتالي يمنح بداية أفضل للأجيال القادمة (WHO, 2008).

وتُعتبر التغذية السليمة محدّداً أساسياً للصحة في فترة الطفولة وما بعدها. وتبرز أهميّة الوضع التغذوي للإناث بشكل خاصّ نظراً لدورهنّ الإنجابي في المستقبل ونظراً لتأثير الحالة التغذوية الضعيفة على الإناث عبر الأجيال. إنّ تفادي سوء معاملة وإهمال الأطفال وتأمين بيئة داعمة في الطفولة المبكرة يساعد في تحقيق أمثل نموّ جسدي واجتماعي وعاطفي لدى الأطفال، وهو بالتالي يساهم في تفادي السلوكيات التي تنطوي على الخطورة وتجنب أعباء المرض لاحقاً في الحياة. إضافة إلى ذلك، إنّ التصدي للسلوكيات المضيرة بالصحة التي يمارسها الأهل، ومنها التدخين والتغذية غير السليمة وختان الإناث، إلخ...، هو شرط أساسي للتدخل من أجل تخفيض المخاطر على النموّ الصحيّ الحالي والمستقبلي للطفلة.

2-4 مرحلة المراهقة

تشكّل أولى مراحل النموّ لدى الرضع والأطفال في الأعمار المبكرة دعامة مهمّة في تطوّر صحة ورفاهيّة الفرد خلال مختلف مراحل حياته. وتُعتبر مرحلة المراهقة مرحلة أساسية في النموّ الجسدي للفرد، كما أنّها تنطوي على تغييرات

سيكولوجية واجتماعية ملحوظة تساهم مجتمعة في تحديد مسار الفرد نحو مرحلة البلوغ وما بعدها (Serdula et al., 1993).

ولسنواتٍ عدّة، أولى المجتمع الدولي أولوية للاستثمار في مرحلة الطفولة المبكرة من خلال اعتماد سياسات وبرامج لتحسين احتمال بقاء الطفل على قيد الحياة وتفادي الوفاة في هذه المرحلة وتشجيع التعليم الأساسي. وحتى وقت قريب، كان اهتمام الإعلانات الدولية بالمراهقة كمرحلة في دورة الحياة يقتصر على الصحة الإنجابية، ثم توسّع هذا المنظور حديثاً ليشمل مجالات إضافية لتنمية الشباب إيماناً بأنّ الاستثمار الواسع النطاق في هذه الشريحة المتزايدة من السكان يحقق عائدات كبيرة من حيث تحسين الصحة وتسريع وتيرة التطور الاجتماعي وتخفيض مستويات الفقر والارتقاء بأبعاد التنمية البشرية (World Bank, 2006).

وفي هذه المرحلة الحاسمة، تواجه عدّة بلدان نامية تحدٍ يكمن في تأمين بيئة داعمة لنمو المراهقات وحمايتهنّ من سوء المعاملة والاستغلال والعنف ومزاولة أدوار الكبار بشكل سابق لأوانه عبر الزواج والعمل (ESCWA, 2009). ومن المؤسف أنّ العديد من الفتيات في هذه البلدان لم يلتحقن بالتعليم الابتدائي ومعظمهنّ سيبقيّن أميات طيلة حياتهنّ، فالتقدّم المحرّز في نسب التحاق الفتيات في التعليم الثانوي والثالث ما زال دون توقّعات قمة الألفية لعام 2000 و2005.

من ناحية أخرى، تكون المراهقات في عدّة حالات معرضات لدرجة كبيرة للوقوع ضحية الاغتصاب، كما أنّ معرفتهنّ بكيفية انتقال فيروس نقص المناعة البشرية الايدز وكيفية الوقاية منه هي معرفة محدودة للغاية. وتكون المراهقات أكثر عرضة للوقوع باكراً في الزواج القسري وتعرضنّ لضغوط اجتماعية وثقافية لإنجاب عدد كبير من الأطفال في عمر مبكر وضمن فترة زمنية قصيرة فاصلة بين الحمل المتتالية، ممّا يزيد من خطر التعرّض لمرضاة ووفيات الأمّهات. ومن المحزن أن تواجه المراهقات في أغلب الأحيان هذه المآسي بمفردهنّ، أو باهتمام

ضئيل من قبل الشريك الذكر والأقارب، وفي ظلّ محدودية فرص لجوئهنّ إلى الحماية من الاستغلال والإقصاء وعدم التمكين الناجم عن الممارسات المجتمعيّة الخاطئة.

وعبر الثقافات، تبرز أوجه عدم المساواة بين الذكور والإناث لدى فئة المراهقين والشباب مقارنةً بالفئات السكانية الأخرى، وهي ذات انعكاسات بعيدة المدى في مراحل الحياة لاحقاً. وتواجه المراهقات، أكثر من النساء الأكبر سنّاً، العنف الجسدي و/أو الجنسي في وقتٍ ما في حياتهنّ، وهنّ أكثر عرضة للوقوع ضحية العنف على أساس النوع الاجتماعي (Lloyd C. ed. 2005; UNFPA and PRB, 2009).

وباختصار، إنّ تحسين مواقف وسلوكيات المراهقين من الممكن أن يمهد الطريق لانتقالهم السليم إلى مرحلة البلوغ، ويحقّق لهم منافع صحيّة كبيرة لاحقاً في حياتهم من حيث تخفيض احتمال وفاتهم أو إعاقتهم الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية والسكتة الدماغية والسرطان (WHO, 2009). على المجتمعات أن تقوم بدراسة المحدّدات الكامنة وراء السلوكيات التي قد تضرّ بالصحة، بما فيها تلك المتعلقة بالجنس والتدخين وتعاطي الكحول والغذاء غير السليم وضعف النشاط البدني. من ناحية أخرى، عليها تزويد المراهقين بالدعم الذي يحتاجونه لتفادي أو تخطي هذه الممارسات الضارّة.

3-4 المرحلة الإيجابية

في هذه المرحلة، تواجه النساء أشكال مختلفة من السلوكيات والممارسات الاجتماعية والثقافية التي تؤدّي بهنّ إلى أوضاع صحيّة سيّئة وتؤثر سلباً على حقوقهنّ الصحيّة المنصوص عليها في مبادئ الحق في الحياة.

إنّ الزواج القسري، في حال عدم موافقة المرأة على زوجها المقبل، يُعتبَر ممارسة مُجحفة بحق المرأة ولها انعكاسات سلبية متعدّدة على حياتها وعلى أفراد

أسرتها. إنّ الخصوبة العرَضِيَّة، والتي لم يتمّ اختيارها، هي عامل أساسيّ في اعتلال صحة المرأة. وبحسب فتح الله (Fathallah, 2008)، إنّ مستوى الخصوبة الذي تصرّح المرأة بأنّها ترغب فيه (wanted fertility) ليس بالضرورة مرغوباً فيه فعلاً من قبلها في حال لم يتوفّر لها الخيار لتحديد عدد أطفالها.

ويعني هذا الخيار حرّيّة النساء والرجال أن يقرّروا إذا كانوا يريدون الإنجاب، وفي أيّ وقتٍ ينجبون. ويشمل ذلك الحقّ في الاطّلاع على وسائل تنظيم الأسرة الآمنة والفعّالة وذات الأسعار المعقولة والمقبولة والشاملة، إضافة إلى إمكانيّة الوصول إلى هذه الوسائل، والحقّ باجتياز مرحلة الحمل والإنجاب بأمان (UNFPA, 1995). والملاحظ أنّ المتروّجون لا يحصلون على جميع مكوّنات هذا الحقّ.

هناك نسبة كبيرة من النساء ترغبن بعدد أطفال أقلّ ممّا أنجبن فعلاً. ويزداد عدد النساء اللواتي تخترن تنظيم أسرتهمّ والمباعدة بين الحمل والحدّ من عدد أطفالهنّ، إلاّ أنّهنّ لا تتمكّن من تحقيق هذا الخيار نظراً لعدم امتلاكهنّ المعرفة الكافية بوسائل تنظيم الأسرة بالإضافة إلى العوائق الاجتماعيّة والثقافية والاقتصاديّة، بحيث نلاحظ ارتفاع الحاجة غير الملبّاة لوسائل تنظيم الأسرة في البلدان النامية بشكل خاص (UNFPA and PRB, 2009).

إنّ استمرار الخصوبة غير المرغوب فيها والحاجة غير الملبّاة لتنظيم الأسرة يساهم في اعتلال صحة المرأة وأطفالها ويعرّضها للخطر. وترتبط الخصوبة غير المرغوب فيها بمضاعفات تتعلّق بالحمل، خاصّة بين النساء الفقيرات والأقلّ تعليماً واللواتي يعانين من سوء التغذية، ونذكر من هذه المضاعفات عمليّات الإجهاض غير الآمنة وارتفاع معدّلات مرضية الأمّهات. وتتفاقم هذه المشاكل في ظلّ عدم مشاركة الزوج في المسائل المتعلّقة بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، إضافة إلى عدم قيامه بكامل مسؤوليّاته الأبويّة تجاه أطفاله. وفي معظم البلدان النامية، تبقى قضايا الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة من مسؤوليّة النساء إلى حدّ كبير.

وغالبا ما تفتقر النساء للقدرة على المستوى الأسري والمجتمعي، مما يعرضهن لمخاطر صحية كبيرة (Farah and Maas, 2006). إن الممارسات الضارة التي تتعرض لها البنات، مثل الختان والإيقاف المبكر للرضاعة الطبيعية وعدم الحصول على التغذية الملائمة، تترك بصمتها وتشكل خطراً ملحوظاً على حياتهن وصحتهن كنساء بالغات (WHO, 2002). إن الانتقال إلى القدرة يعرض النساء للعنف الجنسي ولانتقال فيروس نقص المناعة البشرية الايدز عن طريق الرجل. من ناحية أخرى، إن تبعية النساء المادية وتقييد حركتهن يحد من قدرتهن على الوصول إلى الخدمات الصحية التي تحتاجن لها.

إضافة إلى ذلك، إن عدم كفاية مشاركة المرأة على المستوى السياسي وفي التنمية المحلية يقلص من فرصها في إدماج قضاياها في الخطط التنموية وفي تكييف أساليب تخصيص الموارد لتوجيهها نحو القضايا المتعلقة بصحة المرأة. وكما يصرح فتح الله (Fathallah, 2008)، إن المجتمعات التي تفتقر فيها المرأة إلى القدرة هي مجتمعات لا تولي فيها المعايير الاجتماعية السائدة حول الجنس والتوالد أولوية محورية لرفاهية المرأة، وفي هذه الحال تعتبر المرأة بمثابة وسيلة وليس غاية في سياسات التنمية الاجتماعية.

إن نسبة كبيرة من عمل المرأة ومساهماتها في التنمية الاجتماعية والاقتصادية لا يتم تدوينها، وذلك دون أي مبرر لعدم التدوين، وبالتالي لا يتم الاعتراف بدور المرأة. ويتعلق جزء من هذه المشكلة بمحدودية المقاربات المعتمدة في جمع البيانات، بينما يعود جزء آخر إلى عيوب في تحليل البعد الكمي لمساهمات المرأة. إضافة إلى ذلك، إن عدم التطبيق الفعال للمقاربات النوعية يساهم في جزء آخر من المشكلة بحيث لا يعكس الأبعاد غير المرئية لدور المرأة في التنمية والرفاه الاجتماعي. إن العديد من المقاربات التقليدية لا يجمع بين الأساليب الكمية والنوعية لتصبح مكملة لبعضها البعض ولتعكس الأبعاد غير المرئية لعلاقة المرأة بالتنمية المحلية. وبالتالي، فمعظم سياسات التنمية الاجتماعية لا تراعي بُعد النوع الاجتماعي ولا تكون "صديقة للمرأة" (gender sensitive and women-friendly).

4-4 مرحلة كِبَر السنّ

في إطار التحوّل الديموغرافي الحديث وارتفاع العمر المتوقع عند الولادة، تمرّ معظم البلدان النامية بتحوّل تدريجي في الهيكل العمري للسكان وارتفاع عدد ونسبة كبار السن. وكنتيجة لتدنيّ معدّلات الوفيات بين الإناث مقارنة بالذكور، تعيش المرأة بشكل عام فترة أطول من الرجل (Barford et al., 2006)، بحيث تشكل نسبة متزايدة من مجموع كبار السن. وبالتالي، إنّ عدد النساء الأرامل سوف يستمرّ مرتفعاً مقارنة بالرجال الأرامل في مختلف مناطق وبلدان العالم، ولكنّ المرأة لا تكون بالضرورة بصحة جيّدة خلال هذه الفترة.

وكما صدر عن المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة في بيجين عام 1995، إنّ "الاحتمالات الصحيّة الطويلة الأجل للمرأة تتأثّر بالتغيّرات في فترة انقطاع الطمث، التي يمكن، مع اقترانها بالأوضاع الممتدّة طوال الحياة وغير ذلك من العوامل، مثل ضعف التغذية وانعدام النشاط البدني، أن تزيد من خطر أمراض الأوعية الدمويّة وترقق العظام. كما يلزم إيلاء اهتمام خاص لأمراض الشيخوخة الأخرى، والعلاقات المتبادلة بين الشيخوخة والإعاقة بين النساء" (الأمم المتحدة، 1996).

وفي نفس السياق، تدعو منظمة الصحة العالمية إلى اعتبار صحة المرأة المسنّة بمثابة قضية صحيّة وتنمويّة أساسية في المستقبل (WHO, 2009)، وذلك نظراً للازدياد العالمي في أعداد النساء اللواتي يعيشن لمدة أطول بعد عمر 50 سنة.

ونلاحظ حديثاً "التأنيث" (feminization) التدريجي لظاهرة تعمير السكان، إذ تشكل النساء غالبية كبار السن لكونهنّ تعيشن لفترة أطول من الرجل. ويعود هذا التميّز الإيجابي للمرأة إلى عوامل بيولوجية وإلى إتباعها لنمط حياة أكثر صحّة من الرجل (من حيث تدني نسبة التدخين وتعاطي الكحول لديها مقارنة بالرجل)، إضافة إلى كون الرجل أكثر انخراطاً في بعض الأنشطة الخطرة أثناء عمله.

ومن المهمّ التنبيه إلى أنّ المرأة لا تكون بالضرورة بصحة جيّدة خلال هذه السنوات التي تعيشها أكثر من الرجل، بما أنّ احتمال اعتلال صحتها وتعرّضها للإعاقة يرتفع مع تقدّمها في السنّ. وبالفعل، فقد تمّ تطوير مفهوم "العمر المتوقع في صحة جيّدة" (healthy life expectancy) لتعريف عدد السنوات التي من المتوقع أن يعيشها الفرد بصحة جيّدة نسبياً. ويشير هذا المقياس إلى توقّع الحياة التي يعيشها الفرد دون تراجع وظائفه الجسديّة نتيجة للأمراض المزمنة. وفي هذا السياق، من المتوقع أن تعيش المرأة، في البلدان المتقدّمة والنامية، جزءاً أكبر من حياتها، مقارنة بالرجل، وهي تعاني من تراجع وظائفها الجسديّة (Fathallah, 2008).

وبالتالي، إنّ الحياة الأطول للمرأة ليست بالضرورة نعمة في حال عانت المرأة فيها من عبء الإعاقة والمرض والتبعيّة وسوء المعاملة. وبما أنّ المرأة في العديد من البلدان النامية تعتمد على زوجها لتوفير الموارد الاقتصادية، فترمّلها له انعكاسات كبيرة على دخلها وأمنها وصحتها. وغالباً ما يرتبط الفقر بصعوبة الوصول إلى الغذاء، بحيث أنّ اعتلال صحة المرأة المسنّة يعكس الأثر التراكمي لحميتها الضعيفة.

وفي هذا السياق، ينبغي على السياسات والبرامج الرامية إلى تحسين صحة النساء المسنّات التركيز على "إضافة الحياة إلى السنوات" (adding life to years) وليس مجرد "إضافة السنوات إلى الحياة" (adding years to life). بمعنى آخر، ينبغي إعطاء الأولويّة لنوعية حياة المرأة، وليس فقط إطالة مدّة حياتها. وينبغي اعتماد نهج دورة الحياة في دراسة صحة المرأة، ذلك لأنّ صحة المرأة المسنّة تتأثّر إلى حدّ كبير بالظروف التي عاشتها في أولى مراحل حياتها وبالأحداث الانتقالية التي مرّت بها خلال دورة حياتها. وعلى سبيل المثال، فإنّ مقدار كتلة العظام المتراكم لدى الفتاة المراهقة سيكون عاملاً حاسماً في احتمال إصابتها بترقق العظام عندما تصبح مسنّة. وبالتالي، يمكن إرساء أسس العادات الصحيّة الجيدة في سنّ صغيرة لمساعدة النساء على العيش بنشاط وصحة حتّى فترة متقدّمة من العمر.

V - نهج دورة الحياة وتبعاته على البيانات والبحوث:

لا يمكن لمؤشر واحد أن يعطي وصفاً كافياً للأبعاد المختلفة لمراحل حياة المرأة وصحتها. وتشمل البيانات الأساسية المطلوبة لصياغة السياسات والبرامج التي تركز على صحة المرأة الخصائص الديموغرافية، والحالة التغذوية، والمواقف والممارسات المتعلقة بالصحة، والخصائص الاجتماعية والاقتصادية، والتقاليد الثقافية، والسمات الأسرية والمجتمعية، وكذلك العوامل البيئية التي تؤثر على صحة المرأة خلال دورة حياتها.

ولا تزال هناك ثغرات كبيرة في معرفة العديد من جوانب صحة المرأة والفتاة. إن نظم المعلومات الصحية وقدرات مسح الأسر المعيشية لا تزال غير كافية في البلدان النامية، مما يعيق الجهود الرامية إلى التعرف على المحددات الصحية الخاصة بمراحل معينة من دورة الحياة. وقد أدت هذه الصعوبات إلى ما يلي:

أولاً، هناك اعتراف غير كافٍ بالمشاكل الصحية التي تؤثر بصفة خاصة على النساء. فعلى سبيل المثال، نلاحظ عدم التسجيل الكافي لأمراض التهاب الجهاز التناسلي والعواقب الصحية المترتبة على العنف المنزلي. من ناحية أخرى، نلاحظ النقص الواضح في البيانات المتعلقة بالحوض والأمراض المزمنة التي تؤثر على النساء بشكل خاص مثل الروماتيزم ومتلازمة التعب المزمن (Doyal, 1995).

ثانياً، تشير الدلائل إلى وجود مقاربات جزئية لاحتياجات المرأة الصحية في مختلف مجالات البحوث الصحية. وتركز بحوث الصحة المهنية (occupational health) وقواعد السلامة على المخاطر الصحية في القطاع الرسمي الذي يهيمن عليه الرجل، وهي تولي اهتماماً ضئيلاً بالقطاع غير الرسمي حيث تهيمن المرأة. ولمدة طويلة، تجاهلت جهود جمع البيانات والبحوث المشاكل المتعلقة بتلوث الهواء في الأماكن المغلقة والمطابخ الممتلئة بالدخان، وهي عوامل تؤثر بصورة بالغة على صحة المرأة الفقيرة في العالم النامي (Bruce et al., 2002). إضافة إلى ذلك، نلاحظ نقص البحوث المتعلقة

بضعف مشاركة الرجل في الصحة الإنجابية، كما نلاحظ عدم تناول الكافي للاحتياجات الصحية والاجتماعية للمرأة غير المتزوجة والمراهقين والشباب.

ثالثاً، هناك نقص في معرفة الأسباب الكامنة وراء وجود واستمرار العديد من الممارسات والسلوكيات المحددة ثقافياً، ومنها على سبيل المثال ختان الإناث وعدم استقلالية المرأة في صنع القرار داخل الأسرة في ما يتعلّق بطرائق الإنفاق، وخيارات الصحة الإنجابية، وحركة المرأة خارج المنزل، وامتلاك الأصول، وعمر وتوقيت زواج البنات، وجرائم الشرف، والإقصاء الاجتماعي لبعض الأشخاص المصابين بالأمراض في الأسرة (مثل المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية)، إلخ...

رابعاً، هناك نقص، على مستوى التقسيمات الإدارية الدنيا، في البيانات الكمية والنوعية المفصلة بحسب النوع الاجتماعي والطبقة الاجتماعية والاقتصادية. إنّ هذا النقص يدعو للقلق، نظراً لكون الكثير من أشكال العنف ضدّ النساء والفتيات والتمييز القائم على أساس النوع الاجتماعي يعمل على مستوى القاعدة الشعبية للمجتمعات المحلية.

إنّ المشاكل المذكورة أعلاه، بالإضافة إلى مشاكل أخرى لم يجري تناولها في هذه الورقة، تشير إلى أهمية تحسين صحة الفتيات والنساء عبر مراحل دورة حياتهنّ، لا سيّما في العالم النامي. وقد قامت عدّة بلدان نامية بخطوات حذرة في جمع البيانات من خلال مسح الأسر المعيشية وتعدادات السكان والمساكن والإحصاءات المُجمّعة من المرافق الصحية ونظام التسجيل الحيوي، إلخ... ولكل من هذه الأساليب حسّناته وسيّئاته في تقييم وتحليل صحة المرأة وواقعها الاجتماعي.

ويشرح الديموغرافيون وغيرهم من الباحثين بأنّ الفجوات في المعرفة سوف تستمرّ بالنسبة لفهمنا أبعاد وطبيعة التحدّيات التي تواجهها المرأة خلال المراحل

الأساسية من حياتها، ما لم يتمّ بذل جهودٍ ملتزمةٍ ومتكاملةٍ لتعزيز المعرفة بالحاجات الصحية للمرأة خلال دورة حياتها. وهم يعتقدون بأنّ التغيرات الحاصلة عبر الزمن في معدلات الوفيات العمرية تعود بشكلٍ كبيرٍ إلى تغيرات في المحدّات الفترية والفوجية (period and cohort)، (Vaupel, 2009).

وعلى الرغم من كون مقاييس الفترة الزمنية أكثر فعالية في تشكيل التغيرات في معدلات الوفيات العمرية، فلا ينبغي الاستخفاف بأهمية المقاييس الفوجية في تفسير هذه التغيرات. وكما ذكرنا سابقاً، إنّ الظروف التي يعيشها الفرد في الرحم وفي أولى مراحل حياته يمكن أن تؤثر على صحته وخطر وفاته في الأعمار المتقدمة (Barker, 1998). من ناحية أخرى، لا شك بأنّ للتدخين أثر تراكمي على الصحة والوفيات على المدى البعيد (Preston and Wang, 2006). إنّ الفجوة النوعية في العمر المتوقع عند الولادة التي كانت متسعة في الماضي والتي بدأت تضيق حالياً تشير إلى الأثر الفوجي للتدخين لدى النساء مقارنة بالرجال.

وبالتالي، إنّ تحليل التغيرات عبر الزمن في معدلات الوفيات العمرية يكون مبنياً على مقاييس الفترة الزمنية، في حين أنّ تحليل الاختلافات بين المجموعات السكانية (مثلاً بين النساء والرجال) يكون مبنياً على المقاييس الفوجية. إنّ ذلك يُبرز الحاجة لتنفيذ البحوث المعمّقة والاستفادة منها في دراسة الأهمية النسبية لهذه الآثار والمقاييس. فما هو الأثر النسبي لكل من الظروف داخل الرحم، وفي مرحلة الطفولة المبكرة، وفي مرحلة البلوغ، والظروف الحالية، على الصحة والبقاء في الأعمار المتقدمة؟ (Vaupel, 2009).

VI- نهج دورة الحياة وتبعاته بالنسبة لإدماج قضايا النوع الاجتماعي في النظم الاجتماعية والصحية

بشكلٍ عام، نقشل النظم الصحية والاجتماعية بمقاربة قضايا المرأة خلال دورة حياتها، ويعود هذا الفشل لأسبابٍ متعدّدة ترتبط بالتحيز الذي تواجهه المرأة في المجتمع. وتكمن إحدى هذه الأسباب في كون نظم الرعاية الصحية لا تولي الاهتمام

الكافي بالاحتياجات المختلفة للمرأة والرجل عند تخطيط وتوفير الخدمات الصحية. ويتمثل سبب آخر في كون الرعاية الصحية للمرأة أكثر تكلفة مقارنة بالرجل، وذلك نظراً لكونها أكثر استخداماً للخدمات الصحية. وبالتالي، تعاني المرأة بشكل خاص، كونها أكثر عرضة من الرجل لاحتمال الفقر والبطالة ومحدودية السيطرة على الموارد المالية في الأسرة، كما أنها تواجه قيوداً أكبر في ما يتعلق بحركتها وإمكانية وصولها إلى مراكز تقديم الخدمة الصحية.

والملاحظ أنّ النساء، اللواتي تعانين من تقويض احتياجاتهنّ الصحيّة على مدى الحياة، تشكّلن الغالبية العظمى من القوى العاملة في القطاع الصحي وتبرز مساهمتهنّ في نظم الرعاية الصحية الرسمية وغير الرسمية، على الرغم من كونها مساهمة لا تُعطى قيمتها الحقيقية وغير مُعترف بها (George, 2007). إضافة إلى ذلك، فإن المرأة العاملة في القطاع الصحي قليلاً ما تصل إلى مراكز السلطة التنفيذية أو الإدارية.

ومن المرجح أن يُسهّم هذا الوضع غير العادل في نقص الخدمات ذات النوعيّة الجيدة المعروضة على النساء، كما من المتوقع أن يُسهّم في ضعف اعتماد المعايير والقيم الدوليّة في نقاط تقديم الخدمات الصحيّة، بما في ذلك الخصوصيّة والاحترام والسريّة وضمان مشاركة الذكور، إلخ...

وفي هذا السياق، يسعى الشركاء الحقيقيّون في التنمية، على المستويّين العالمي والإقليمي، إلى إعادة تنشيط جدول أعمال مُبَعَثَرٍ للتنمية التي تركّز على المرأة. وبالتالي، فمن الضروري إدماج قضايا النوع الاجتماعي في سياسات ونظم الرعاية الصحيّة باعتماد نهج دورة الحياة. ومن المهمّ أيضاً العمل على تفعيل ومتابعة جدول الأعمال هذا في إطار الأهداف الإنمائية للألفية وما تنطوي عليه من مبادئ حقوق الإنسان الأساسية.

VII - النتائج والخلاصة

إنّ نهج دورة الحياة يمهدّ الطريق نحو اتّخاذ الإجراءات اللاّزمة لتحسين صحّة الفتيات والنساء في جميع أنحاء العالم. وينبغي على صانعي السياسات التنبّه للرسائل الأساسية التالية النابعة من التحليلات في هذه الورقة:

أولاً، إنّ صحّة المرأة ليست فقط هدفاً في حدّ ذاته، ولكنها أيضاً وسيلة لبلوغ أهداف تنمويّة أخرى ضمن خطط التنمية الوطنية والأهداف الإنمائية للألفية.

ثانياً، من أجل أن تكون البيانات أداة فعّالة لتقييم وتحليل الوضع الصحيّ للمرأة والمخرجات المتعلقة بصحة المرأة، ينبغي أن يتمّ جمعها بطريقة دوريّة ضمن فترات زمنيّة محدّدة، كما يجب أن تكون مصنّفة بحسب النوع الاجتماعي والعمر والحالة الاجتماعية والاقتصادية. ويمكن تكيف هذه البيانات لتلبية الاحتياجات التحليليّة لنهج دورة الحياة في دراسة صحّة المرأة من أجل تبيان الأهميّة النسبيّة للأوضاع الحاليّة والسابقة في تشكيل مسارات لصحة المرأة في مختلف مراحل حياتها.

ثالثاً، إنّ الجمع بين البيانات الكميّة والنوعيّة هو شرط أساسيّ لإجراء التحليلات المعمّقة ولتبيان ما هو غير مرئيّ في المراحل المختلفة التي تمرّ فيها النساء والفتيات خلال دورة حياتهنّ.

رابعاً، إنّ نهج دورة الحياة لا يقتصر فقط على الدراسات المعنيّة بالمرأة، وهو ليس بالنهج الخاصّ بالمرأة فقط. إنّ استخدام هذا النهج لتحليل صحّة المرأة هو شرط ضروريّ، ولكنه ليس شرطاً كافياً لإدماج قضايا النوع الاجتماعي في السياسات الصحيّة والاجتماعيّة. إنّ اعتماد هذا النهج لدراسة قضايا المرأة الصحيّة خلال دورة حياتها يعود بالفائدة على عدّة مستويات: مستوى المرأة الفرد، ومستوى أسرته، ومستوى مجتمعها ككلّ.

المراجع العربية:

- 1- الأمم المتحدة (1996). تقرير المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة، بيجين 4-15 أيلول / سبتمبر 1995. (A/CONF.177/20/Rev.1).
- 2- الأمم المتحدة (2000). إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية، قرار اتخذته الجمعية العامة A/RES/55/2، الدورة الخامسة والخمسون، 13 سبتمبر 2000.
- 3- الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (2009). تقرير السكان والتنمية، العدد الرابع. الشباب في منطقة الإسكوا: دراسة للواقع والآثار المترتبة على سياسات التنمية. من إعداد الدكتور عبد العزيز فرح، بتكليف من قسم السكان والتنمية الاجتماعية في شعبة التنمية الاجتماعية في الإسكوا.

المراجع الأجنبية:

- 1- Barford, A., D. Dorling, G. D. Smith, and M. Shaw (2006). "Life expectancy: women now on top of everywhere", British Medical Journal (BMJ).
- 2- Barker D.J.P. (1998). *Mothers, Babies and Health in Later Life*. Second Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- 3- Brown, Gillian (2006). "Gender, Poverty and Health: A Framework for Analysis". World Bank.
- 4- Bruce, N., Perez-Padilla, R. and Albalak (2002). The health effects of indoor air pollution exposure in developing countries. Geneva.
- 5- Caldwell, John C. (1986). "Routes to low mortality in poor countries," *Population and Development Review* 12 (2): pp.171-220.

- 6- Claeson M., Griffin C., Johnston T., McLachlan M., Soucat A., Wagstaff A. and Yazbeck A. (2001). "Health Nutrition and Population," Chapter 18 in *Poverty Reduction Strategy Sourcebook*. World Bank Poverty Reduction and Economic Management Network, Washington, D.C.
- 7- Dejun Su, (2009). Risk Exposure and Mortality at Older Ages: Evidence from Union Army Veterans. *Population and Development Review* 35(2). pp.275-295. The Population Council.
- 8- Doyal, L. (1995). *What makes women sick: Gender and political economy of health*, New Brunswick, Rutgers University Press.
- 9- Elder, Jr., G.H. (1994). Time, human agency, and social change: perspective on the life course, *Social Psychology Quarterly* 57(1): pp.4-15.
- 10- Elson, Diane. (2005). Monitoring Government Budgets for Compliance with CEDAW. Report Highlights and Key Conclusions, UNIFEM.
- 11- Farah, Abdul-Aziz M. and Bettina Maas (2006). *Women's Autonomy and Reproductive Health Behavior in Yemen*. Paper presented at Global Health Forum for Health Research, 29 October – 2 November 2006, Cairo, Egypt.
- 12- Farah, Abdul-Aziz M. and Haider Rahseed (2009). Determinants of Cross-Country Variations in Maternal Mortality in Developing Countries. Paper presented at the XXVI IUSSP International Population Conference held in Morocco (Submitted for publication).

- 13- Farah, Abdul-Aziz M. and Samuel H. Preston (1982). "Child Mortality Differentials in Sudan", in *Population and Development Review* 8. No 2. pp.365-382.
- 14- Fathallah, Mahmoud (2008). *Issues in women's health and rights- International, Arab regional and Egyptian Perspectives*. International Planned Parenthood Federation (IPPF) Arab Region.
- 15- Fogel, R. W. (2004). *The Escape from Hunger and Premature Death 1700-2100*. New York: Cambridge University Press.
- 16- Garcia-Moreno C., Jansen H., Ellsberg M., Heise L. and Watts C. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, Vol. 368, pp. 1260-1269.
- 17- George, A. (2007). *Human Resources for Health: a gender analysis*. Paper commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge Network.
- 18- Giele, J.Z. and G.H. Elder, Jr. (1998). "Life course research: development of a field", in J.Z. Giele and G.H. Elder, (Eds.). *Methods of Life Course Research: Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousands Oaks: Sage Publications, pp. 5-29.
- 19- Hay, Cameron (2000). Dying mothers: Maternal mortality in rural Indonesia, *Medical Anthropology* 18: pp 243-279.

- 20- Kuh, D. , Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist , J., and Power C. (2003). *Life course epidemiology. J Epidemiol Community Health, 57 (10)*, pp.778-783.
- 21- Kulu, Hill and Nadja Milewski (2007). Family change and migration in life course: An introduction. *Demographic Research, Volume 17*, pp 567-590 (online journal published 20 December).
- 22- Lloyd, Cynthia, ed. (2005). *Growing Up Global and the Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. National Academy of Sciences: Washington DC: National Academy Press.
- 23- Lynch, J., and Smith, G.D. (2005). A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annu Rev Public Health, 26*. pp.1-35.
- 24- Marshall, V. W., and M.M. Mueller (2003). “Theoretical roots of the life-course perspective”, in W.R. Heinz and V.W. Marshall (Eds.), *Social Dynamics of the Life Course*. New York: Walter de Gruyter, pp.3-32.
- 25- McCarthy, James and Deborah Mane (1992). “ A framework for analyzing the determinants of maternal mortality,” *Studies in Family Planning 23 (1)*: pp.23-33.
- 26- Merrick, Tom (2004). “Health Systems and Actors”, presented in the meeting on “Achieving the MDGs: Poverty Reduction, Reproductive Health and Health Sector Reform”, ILO-ITC, Turin, 18-22 October 2004.

- 27- Obermeyer, Carla M. (2000). Risk, uncertainty, and agency: culture and safe-motherhood in Morocco, *Medical Anthropology* 19: pp.173-201.
- 28- Preston S. H. and H. Wang (2006). "Sex mortality differences in the United States: The role of cohort smoking patterns," *Demography* 43: pp.631-646.
- 29- Ransom E., Yinger N. (2002). *Making Motherhood Safer: overcoming obstacles on the pathways to care*. Washington DC, Population Reference Bureau (PRB).
- 30- Sen, A.K. (1992). Missing Women. *British Medical Journal* *BMJ*, 304, pp.586-587.
- 31- Serdula MK., Ivery D., Coates RJ, Freedman DS, Williamson DF and Byers T. (1993). Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Prev Med*, 22(2), pp.167-177.
- 32- Shiffman, Jeremy and Ana Lucia G. Del Valle (2006). Political History and Disparities in Safe Motherhood between Guatemala and Honduras, *Population and Development Review* Vol. 32, No 1.
- 33- United Nations (2009). *The Millennium Development Goals Report 2009*. New York, United Nations.
- 34- UNFPA (1995). International Conference on Population and Development (ICPD), Programme of Action (PoA). A/CONF.171/13/Rev.1 Report of the International Conference on Population and Development.

- 35- UNFPA and PRB (2009). *Healthy Expectations: Celebrating Achievements of the Cairo Consensus and Highlighting the Urgency for Action*, New York, UNFPA.
- 36- UNICEF (2008). *The Sate of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health*. NY: UNICEF.
- 37- Vauple, James W. (2009). "Lively Questions for Demographers about Death at Older Ages," *Population and Development Review* 35 (2): 347-356.
- 38- World Bank (2006). *World Development Report 2007: Development and the Next Generation*. World Bank. Washington. DC.
- 39- World Health Organization WHO (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, Promoting healthy lives*. WHO, Geneva.
- 40- WHO (2006). *The World Health Report 2006 – working together for health*. Geneva, World Health Organization.
- 41- _____ (2008). Child and adolescent health and development. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/7562840.stm>
- 42- _____ (2009). *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*. Geneva, Switzerland.

انخفاض مشاركة الشباب في سوق العمل في الأراضي الفلسطينية الأسباب والمحددات برؤية نوع اجتماعية

أيمن عبد المجيد¹

I - مقدمة:

يعاني سوق العمل الفلسطيني من اختلالات وتشوهات بنيوية بسبب سياسات الاحتلال الكولونيالي التي أفقدته القدرة على استيعاب كامل القوة العاملة، والتي باتت معدلات المشاركة فيها محدودة، حيث لا تزيد في أحسن أحوالها عن 42%. ولم تكن السياسات التنموية المحلية تقوم على أساس معارضة هذا الواقع وتغييره، بل تعايشت معه، ولم تخلق سوقاً لديه القدرة على استيعاب التغيرات المختلفة ومقاومة سياسات الاحتلال، ما أدى إلى تعزيز هذا الواقع بسبب رؤيتها الآنية وغير الشمولية والإستراتيجية. ولم تكن سياسات الممولين الدوليين في منأى عن هذا بل كانت تتبع سياسة تؤدي فقط إلى التخفيف من آثار الاحتلال، دون الوصول إلى حلول جذرية لتغيير الواقع، وعلى مستوى آخر تضيق فرص توسيع السوق.

هذا الواقع أضعف مشاركة الفئات الأكثر تهميشاً والأقل حظاً في إمكانية الوصول إلى المصادر، حيث اعتمدت المشاركة في قوة العمل على الظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية للباحثين أو الباحثات عن عمل، ففرص العمل والقطاعات الاقتصادية والحالة العملية جميعها منمطة بصورة دائمة حسب النوع الاجتماعي، وتزيد الاختلافات والتباينات في سياق الطبقة والعمر والجنس، أو تحد من تلك الفرص، ويعتبر انتقال الشباب وتحولهم من الدراسة إلى سوق العمل في أهم مراحل الحياة، مرحلة محفوفة بالتحديات والصعوبات للغالبية منهم.

¹ باحث ومنسق وحدة المسوح - مركز دراسات التنمية/ جامعة بيرزيت فلسطين. هذا مختصر عن بحث بذات العنوان تم انجازه بتمويل من مؤسسة IDRC أوتوا- كندا، لصالح مجلس السكان الدولي، القاهرة (البحث غير منشور).

وفي هذا السياق، تحاول هذه الدراسة التوصل لفهم أعمق للعلاقة ما بين سوق العمل، وتلك النسبة من الشباب الفلسطينيين في الفئة العمرية 15-34 سنة الذين هم في سن العمل وغير مشاركين أو باحثين عن عمل، حيث ستحقق الدراسة في الأسباب الرئيسية والتحديات والظروف التي تواجه الراغبين بالعمل والغائبين عنها قسراً. وغالبا ما يجري إعادة الأسباب الرئيسية لغياب المشاركة الاقتصادية بصور نمطية، مثل انشغال الشباب بالعمل المنزلي ورعاية أفراد الأسرة، أو انشغال الشباب بالدراسة، مستبعدا (هذا التحليل) الأسباب المركزية والمرتبطة بالأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والسياسية لواقع الشباب، والتي ترتبط بالركود الاقتصادي أو بالبعد الاجتماعي، أو الإحباط النفسي وخاصة بعد الفشل المتكرر في الحصول على فرصة عمل، أو العجز عن العمل بسبب مسؤوليات أخرى مرتبطة بالوضع السياسي...الخ.

II- المنهج البحثي والإطار التحليلي

تعتمد هذه الدراسة على منهج بحثي كيفي- إحصائي، بحيث تم ضمان إضفاء وصف عام حول الواقع الاقتصادي للمشاركة الشبابية في سوق العمل، ومن ثم تضمين النظرة الشمولية لهم، والتي تدخل بعمق في كل تفاصيل واقعهم، لتساهم بشكل أعمق في دراسة وتحليل الآليات والعوامل والديناميات، بتحليل المعاني والعملية التي يضيفها المبحوثين/ات للظاهرة وفهمهم لها. حيث يهتم هذا المنهج البحثي بدراسة التجربة والعلاقات كما هي ويتم التحليل من خلال الحديث مع المبحوثين/ات ومناقشتهم/هن، فالمعلومة المستقاة منهم/هن هي بالأساس مادة التحليل، والتي تعمق من فهم الإحصاءات والتحليل الكمي المتوفر.

وفي هذا السياق تم استخدام المنهج الكمي والنوعي، من أجل فهم أعمق للواقع العام في الأراضي الفلسطينية. ويشمل هذا تحليل البيانات الكمية المتوفرة من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وبيانات كمية أخرى حول الظاهرة متوفرة من مركز دراسات التنمية التابع لجامعة بيرزيت حيث يتوفر بيانات

حول 1152 شاب وشابة شاركوا في مسح حول سوق العمل ضمن الفئة العمرية 15-34 سنة حيث تم تنفيذه في نهاية العام 2008. كما تم إجراء المقابلات وحالات دراسية (7 حالات) ومجموعات مركزة مع الشباب والشابات (10 مجموعات مركزة)، حيث شارك فيها أكثر من 140 شاب وشابة.

III- السياق الاقتصادي الفلسطيني العام:

شهدت الأراضي الفلسطينية تراجعاً حاداً على صعيد الأوضاع الاقتصادية والمعيشية، فمنذ اندلاع انتفاضة الأقصى، ونتيجة للحصار الإسرائيلي والعقوبات الجماعية التي فرضها الاحتلال على الشعب الفلسطيني، حدثت تغيرات دراماتيكية من حيث ارتفاع معدلات الفقر والبطالة وسوء الأحوال المعيشية، وعكس هذا الوضع نفسه أيضاً على محدودية فرص العمل في القطاعات الاقتصادية. وزادت الظروف الفلسطينية سوءاً في مرحلة ما بعد الانتخابات التشريعية بداية العام 2006، وأدت إلى ضبابية في الوضع الفلسطيني برمته، من خلال التداخلات المحلية والإقليمية والعالمية في "الحالة الفلسطينية".

وعلى صعيد مؤشرات الاقتصاد الكلي ونتيجة القيود الصارمة التي فرضتها وما زالت تفرضها سلطات الاحتلال الإسرائيلي، تشير البيانات إلى تراجعاً حاداً في مؤشرات الاقتصاد الكلي، بحلول عام 2007 انخفض نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي بحوالي 28% مقارنة مع 1999، وانخفض إجمالي الناتج المحلي بما يزيد على 6%. كما واصل نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي انخفاضه في العام 2008، إلا أن ارتفاعاً في إجمالي الناتج المحلي حدث للعام نفسه، بلغ 2%، هذا الارتفاع جاء من النمو في الضفة الغربية، بينما استمر اقتصاد قطاع غزة في التدهور والركود تحت وطأة الحصار الإسرائيلي المتواصل والهجمة العدوانية التدميرية في أواخر العام 2008، (البنك الدولي، 2009).

3-1 سوق العمل الفلسطيني، المحددات والتحديات

يعاني سوق العمل الفلسطيني من بطالة مزمنة ومن مشاركة محدودة، نتيجة تعرض الاقتصاد الفلسطيني إلى تشوهات واختلالات هيكلية، هذا الواقع أضعف من قدرته على امتصاص كامل للقوة العاملة، حيث يتميز سوق العمل الفلسطيني بارتفاع معدلات نمو القوى العاملة بوتيرة أسرع من نمو الطلب على العمل، ومع مرور الوقت تشير البيانات إلى أن قدرة الاقتصاد الفلسطيني على استيعاب القوى العاملة تتراجع مع مرور الوقت، (مكحول وآخرون، 2001). وحسب تقرير لمنظمة العمل الدولية حول الأراضي الفلسطينية، (ILO, 2008)، فإن كسادا عاليا يسود سوق العمل الفلسطيني، حيث يعمل شخص واحد من كل ثلاثة أشخاص ممن هم في سوق العمل (15 سنة وأكثر). كما ترتفع معدلات الفقر في الأراضي الفلسطينية، كما أن معدلات الفقر المدقع تبلغ 40% في قطاع غزة و19% في الضفة الغربية، كما تعتمد نسبة عالية من السكان على المساعدات الغذائية. وتعيش غزة حالة من العزل التام ويواجه السكان فيها صعوبات جمة في مختلف جوانب الحياة، كما أن هناك استمرارا لانعدام الأمن نتيجة للسياسات التي تمارسها سلطات الاحتلال، وحسب ذات التقرير أيضا فإن السبب المباشر للكساد الاقتصادي ولسوق العمل، يكمن في القيود والإغلاقات التي تفرضها سلطات الاحتلال الإسرائيلي على حركة البضائع والأشخاص، حيث ينتشر في أنحاء الضفة الغربية أكثر من 600 حاجز عسكري احتلالي، هذا إلى جانب الحصار المفروض على قطاع غزة.

3-2 المشاركة في القوى العاملة في الأراضي الفلسطينية²

أشارت نتائج مسح القوى العاملة في العام 2008 أن نسبة المشاركة وصلت إلى 41.3% من إجمالي القوة البشرية (الأفراد الذين أعمارهم 15 سنة فأكثر)، أما على مستوى المنطقة فقد بلغت نسبة المشاركة 43.0% في الضفة الغربية مقابل 38.1% في قطاع غزة، وعلى مستوى النوع أظهرت النتائج أن مشاركة النساء في القوى

² كل البيانات الإحصائية في هذا الجزء مصدرها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، بعض منها منشورة وبعضها تم توفيرها للباحث بناء على طلبه.

العاملة متدنية عموماً في الأراضي الفلسطينية، وتخفض مشاركة النساء في عملية الإنتاج بشكل كبير في قطاع غزة مقارنة مع الرجال، حيث بلغت نسبة مشاركة النساء 15.2% في الأراضي الفلسطينية (17.1% في الضفة الغربية، و11.7% في قطاع غزة)، مقابل 66.8% للرجال (68.3% في الضفة الغربية، و64.0% في قطاع غزة).

وقد بلغت نسبة العاطلين عن العمل من بين المشاركين في القوى العاملة 26.0% في العام 2008، بواقع 19.0% في الضفة الغربية و40.6% في قطاع غزة. كما وصلت نسبة البطالة بين النساء المشاركات في القوى العاملة إلى 23.8% مقابل 26.5% بين الرجال، ووصلت مشاركة الشباب في القوى العاملة في عام 2008 إلى 38.6% دون أي تغييرات تذكر مقارنة مع عام 2007.

وتشير البيانات المتوفرة أن السبب الرئيس في انخفاض مشاركة الشباب الذكور مقارنة بالسنوات السابقة، يعود إلى إغلاق سوق العمل الإسرائيلي أمام الفلسطينيين، خاصة بعد الانتفاضة الثانية في عام 2000، في حين كان هذا القطاع يشغل 29% منهم في عام 1999، وأصبح يشغل 16% في عام 2008، بينما ارتفعت مشاركة الشابات في قطاعات تشغيلية أخرى مثل المؤسسات الأهلية المحلية والأجنبية ووكالة الغوث، وفي القطاع العام.

- مشاركة الشباب في القوى العاملة

وحسب البيانات أيضاً، فإن الشباب في الفئة العمرية الأكبر، أكثر مشاركة في القوى العاملة مقارنة بالفئة الأصغر، وهذا يعود بشكل رئيسي إلى أن الشباب في العمر الأصغر يتغيرون عن العمل لأسباب مرتبطة بالتعليم، كما سيتم توضيح هذا لاحقاً، في حين تصل مشاركة الشباب الذكور في الفئة العمرية (25-34) إلى 87.7%، بينما تصل مشاركة الشباب الذكور في الفئة العمرية الأصغر إلى 43.7%، وتصل مشاركة الشابات في الفئة العمرية الأكبر إلى 22.7% بينما في الفئة الأصغر إلى 9.3%.

- بطالة الشباب

تشير البيانات أن فئة الشباب هي الأكثر تضرراً من البطالة، حيث أن أعلى نسبة للبطالة تتركز بين فئات الشباب المختلفة، ففي عام 2008 سجلت الفئة العمرية 15-24 سنة أعلى نسبة للبطالة بواقع 40.2% (30.9% في الضفة الغربية و58.6% في قطاع غزة)، تليها الفئة العمرية 25-34 سنة بواقع 25.5% (18.5% في الضفة الغربية و39.3% في قطاع غزة).

كما أظهرت النتائج أن حملة البكالوريوس هم الأعلى بطالة بين الخريجين، حيث تشير البيانات أنها وصلت إلى 27.2% لديهم (بواقع 22.2% في الضفة الغربية و34.4% في قطاع غزة). يليهم الحاصلون على شهادة دبلوم متوسط 24.0% (بواقع 14.4% في الضفة الغربية و42.6% في قطاع غزة).

وضمن المقارنات الزمنية ارتفعت البطالة بين صفوف الشباب مقارنة بعام 2008، فيما كانت البطالة في عام 1999 لا تزيد على 14%، بينما وصلت عام 2008 إلى 31.7%، كما كانت 26.4% في عام 2007. وترتفع معدلات البطالة بين الشابات مقارنة بالشباب الذكور حسب السنوات المختلفة، فبينما كانت بطالة الشباب الذكور 15.5% في عام 2001، كانت للشابات 24.7% للعام نفسه، وكذلك كانت بطالة الشابات 34.8% في عام 2008 مقابل 31% بين الشباب الذكور.

- قطاع الخدمات هو المشغل الرئيسي للشباب

يستوعب قطاع الخدمات 62% من الشابات، مقابل 32.5% من الشباب، كما يتركز التواجد الثاني للشباب الذكور في قطاع التجارة والمطاعم والفنادق، حيث يستوعب 24%، مقابل 6.3% من الشابات، بينما يتركز التواجد الثاني للشابات في قطاع الزراعة، حيث يتواجد منهن 20.6%، مقابل 9.9% من الشباب الذكور، كما يشغل قطاعي البناء والصناعة 28% من الشباب الذكور في حين يشغلان معاً 10% من الشابات. ويعتبر قطاع التجارة والمطاعم والفنادق المشغل الرئيسي للشباب الذكور في الفئة العمرية الأصغر، حيث يشغل 30% منهم، في حين أن

قطاع الخدمات هو المشغل الرئيسي للشابات في الفئة العمرية الأصغر. وحسب المهنة تتركز الشابات بشكل رئيسي في المهن الفنية والمساعدة، حيث تعمل 56.7%، ويعمل في مهن الزراعة 19.8%. بينما توزعت مهن الشباب الذكور في أربع مجالات رئيسية وهي: الباعة والخدمات والأسواق 28.7%، وفي المهن الأولية 20.8%، الحرفيون 19%، المهن الفنية والمساعدة 14.3%. وبشكل عام لا تزيد مشاركة الشباب في الوظائف العليا على 1.9% (2% شباب ذكور، 1.5% شابات).

كما تشير البيانات لعام 2008 أن الشباب الذكور يعملون في المتوسط أقل من الشابات من حيث عدد الأيام، فيما تحصل الشابات على أجر أقل من الشباب الذكور، بينما يعمل الشباب الذكور في المتوسط 22.4 يوم شهريا، و43.3 ساعة أسبوعيا، بأجر يومي متوسطه 94.1 شاقل، يحصلن الشابات على متوسط أجر يومي يصل إلى 76.6 شاقل.

- الغياب عن سوق العمل في سياق مسوحات القوى العاملة:

تشير مسوحات القوى العاملة أن السبب الرئيسي لغياب قطاع الشباب بشكل عام عن المشاركة في القوى العاملة في عام 2008 يعود إلى انشغالهم في الدراسة والتدريب (55.3%)، ويأتي في الدرجة الثانية الانشغال بالأعمال المنزلية (36.5%). ويظهر هذان السببان بشكل واضح تبعا للنوع الاجتماعي، حيث أن النسبة العليا من الشباب المنشغلين في التعليم هم من الذكور، حيث تشير البيانات أن 78.3% منهم ذكور، و44.5% إناث. في حين أن الانشغال الأكبر للشابات كان في العمل المنزلي، حيث تشير البيانات أن 55.4% منهن منشغلات في العمل المنزلي، في حين أن انشغال الشباب الذكور في العمل المنزلي لا يصل إلى 1%.

والملفت للنظر أن انشغال الفتيات في العمل المنزلي كان 67.1% في العام 2001، بينما كان انشغالهن في التعليم والتدريب في ذات العام لا يزيد على 31%.

حيث يستنتج من ذلك أن هناك توجهًا عاليًا في التحاق الشباب في التعليم، خاصة التعليم الثانوي والعالي كما هو موضح في الجدول أدناه.

جدول رقم 12: التوزيع النسبي للشباب 15-34 سنة خارج القوى العاملة حسب السبب والنوع عامي 2001 - 2008.

		ذكور %			إناث %			المجموع %		
		15-24	25-34	15-34	15-24	25-34	15-34	15-24	25-34	15-34
2008	المرض	2.2	20.3	4.5	0.2	0.5	0.3	1.0	3.3	1.7
	العمل المنزلي	0.4	1.5	0.5	30.2	93.5	53.4	18.5	80.6	36.5
	الدراسة والتدريب	87.0	18.5	78.3	67.9	4.0	44.5	75.4	6.1	55.3
	أخرى	10.4	59.7	16.6	1.7	1.9	1.8	5.1	10.0	6.5
2001	المرض	0.4	3.0	0.8	0.1	0.2	0.1	0.2	0.5	0.3
	العمل المنزلي	0.7	2.0	0.9	47.8	96.7	67.1	30.3	83.6	47.5
	الدراسة والتدريب	79.1	12.3	69.0	50.0	1.6	30.9	60.8	3.1	42.2
	أخرى	19.9	82.7	29.3	2.1	1.5	1.9	8.7	12.7	10.0

- أسباب عدم البحث عن عمل ترتبط بالنوع الاجتماعي

أشارت نتائج المسح أن الأسباب الرئيسية لعدم بحث الشباب عن عمل (موانع العمل) مرتبطة بالوضع المجتمعي والثقافي ترجع إلى المسؤوليات المنزلية الكبيرة، واليأس من جدوى إيجاد عمل، والزواج أو النية في الزواج، والحمل والولادة، ورفض أحد أفراد الأسرة، الثقافة والتقاليد الاجتماعية. في حين كانت الأسباب الرئيسية للشباب مرتبطة بالبنية الاقتصادية والمجتمعية اليأس من جدوى إيجاد عمل، وانتظار الرد على طلبات التوظيف، والبدء في الدراسة أو التدريب لاحقاً. كما في الجدول رقم 2.

جدول رقم 2: نسب الشباب الذين لا يبحثون عن عمل حسب السبب

إناث	ذكور	الأسباب
36.4	9.7	عدم وجود رغبة في العمل
2.5	8.1	نجاحي في إيجاد عمل وسأبدأ به لاحقاً
18.3	21.3	بسبب انتظار الرد على طلبات توظيف
8.7	16.3	لأنني سأبدأ بالدراسة أو التدريب
33.8	3.9	بسبب الزواج أو النية في الزواج
35.2	1.3	بسبب الحمل أو الولادة (الزوجة للرجال)
10.1	3.9	بسبب عدم وجود حاجة للمال
36.0	67.8	بسبب اليأس من جدوى إيجاد عمل
50.1	4.2	بسبب المسؤوليات المنزلية الكثيرة
24.8	1.9	بسبب رفض أحد أفراد الأسرة
10.5	0.4	التقافة والتقاليد يمنعانني من البحث
1.6	7.0	بسبب المرض أو الإصابة الدائمة

- أساليب البحث عن عمل.

تعددت الوسائل والطرق المتبعة لدى الشباب في البحث عن عمل، فكانت الوسيلة الرئيسية لدى الشباب الذكور من خلال سؤال الأقارب والأصدقاء والجيران (43%)، بينما كانت تجارب 43% من الفتيات من خلال البحث عن عمل سواء بمتابعة الشواغر عبر الجريدة، أو من خلال مكاتب العمل، أو من خلال زيارة أماكن من المحتمل فيها فرص عمل، وتشير النتائج بشكل عام أن الشابات أكثر لجوءاً لوسائل بحث من الذكور بينما كان الشباب الذكور في أحيان كثيرة أكثر لجوءاً إلى العلاقات والواسطة.

وفيما يتعلق بفترة توقف الشباب والشابات عن العمل، أشارت 46% من الشابات أن تجربتهن في العمل امتدت لأكثر من سنة، فيما امتدت تجربة 19% منهن ما بين

سنة أشهر إلى سنة، وتجربة 15% منهم لأقل من ثلاث أشهر، وفيما يتعلق بالشباب الذكور امتدت تجربة 34% منهم لأكثر من سنة، بينما لم تستمر تجربة 25% لأكثر من ثلاث أشهر، فيما امتدت تجربة 41% من ثلاث إلى 12 شهرا.

- الشابات أكثر أمنا للعمل في القطاع العام.

تشير البيانات إلى أن الشابات لديهن الاستعداد للعمل إذا توافرت هذه الفرص في قطاعات معينة، وكان هذا الشعور العام لديهن بالرغبة في العمل في القطاع العام، حيث كان هذا ما تبحث عنه 31% من الشابات، مقابل 21% من الشباب الذكور، بينما رغب 23% من الشباب والشابات في العمل في القطاع الخاص. وكانت نسبة الراغبين في العمل في وكالة الغوث أعلى لدى الشابات (19%)، منها لدى الشباب (8%)، بينما كان الشباب الذكور أكثر رغبة في العمل لدى القطاع الخاص أو في امتلاك عمل (28%)، بينما كانت النسبة (9%) لدى الشابات.

IV- خروج الشباب من سوق العمل.

أبرزت البيانات الإحصائية حول واقع الشباب الفلسطيني الكثير من التساؤلات والقضايا التي ما زالت بحاجة إلى البحث، حيث أشارت أن هناك معدلات عالية من الشباب والشابات خارج سوق العمل، دون معرفة الأسباب الجوهرية لهذا الغياب. كما أن هناك مجموعة من الشباب والشابات كانوا ضمن قوة العمل وخرجوا منها، وأن حيثيات هذا الخروج ما زالت غامضة وضبابية، وإن التحديات التي أفصت الشباب عن سوق العمل تحلل بإطار عام دون معرفة التفاصيل لهذا الإقصاء. كما أن هناك اختلافات بين الشباب والشابات في أسباب الخروج وفي أسباب الإقصاء وفي تجارب البحث عن عمل وعن النظرة للمستقبل، هذه المؤشرات وغيرها ما زالت مبهمة وغير واضحة، وللتعمق لا بد من الغوص بقصص وتفاصيل حياة وتجارب الشباب والشابات، حيث أن هذا الواقع بحاجة إلى نقاش أكثر عمقا وهذا ما سيحاول هذا الجزء من الورقة البحثية الإجابة عليها.

تحدث الشباب بكلمات ومفردات كثيرة عن تجارب عايشوها ولمسوها، من مفهوم الاستغلال، الإقصاء، القيود، نظام التعليم ارتباطا بسوق العمل، بيئة العمل الإقصائية وطبقيتها، البنية الاجتماعية وتحدياتها، محدودة الوصول للمصادر والمعلومات، هذه الكلمات والمفردات تم استخلاصها والوصول إليها من النقاش داخل المجموعات المركزة والمقابلات المعمقة "الحالات الدراسية". وسنحاول هنا تحليل قصص وتجارب ومواقف تحدث عنها الشباب، وتحليل المعاني والعمليات التي يضيفها الشباب والشابات على هذا الوضع وفهمهم لها.

4-1 بنية التعليم وعلاقتها بسوق العمل:

يواجه الشباب في رحلة الانتقال من التعليم إلى سوق العمل تحديات وصعوبات جمة، حيث ترتبط أهم هذه الصعوبات في بنية النظام التعليمي، حيث تحدث الشباب مطولا عن هذه الصعوبات، فمن الفجوة في التخطيط للربط ما بين التعليم واحتياجات سوق العمل، إلى الإشكالية في نوعية التعليم ومخرجاته. كما تلعب البنية الاجتماعية دورا رئيسيا في توجيه الشباب لتخصصات يعتقد بأنها ملائمة ومفيدة ومقبولة اجتماعيا كالتربية والتعليم، أو على الشباب يعتقد أن لها فائدة أكبر في الحياة كالتطب والهندسة.

أعطى كل من الشباب والشابات قيمة عالية للتعليم، باعتباره أداة تضمن المستقبل والعيش الكريم، ولكن هذا لا يعني أن تلك القيمة تؤشر بأن العمل سيكون سهلا المنال أمام الشباب والشابات. حيث وضح ذلك هذا الشاب بقوله: "بدون التعليم لن نستطيع العمل والإبداع في أي مجال كان، حتى لو كانت هذه المهنة بناء أو حدادة، لأنها تحتاج لمعرفة القياسات وقراءة الخرائط للبناء، وكذلك الطبيب والمهندس وكافة التخصصات بدون التعليم في الجامعات والدراسة والتطبيق العملي، لا يستطيع أي إنسان أن يعمل، وفي التقدم لأي وظيفة يتم طلب الشهادة الجامعية، وفي الحد الأدنى ثانوية عامة ناجح في بعض المهن".

وتضيف هذه الشابة عناصر إضافية لأهمية التعليم في توفير حياة كريمة: "الشهادة بحد ذاتها هي سلاح بيد صاحبها، وطبعاً هناك علاقة واضحة بين التعليم والحصول على عمل، خاصة في هذا الزمن، والشهادة الجامعية هي التي توصل للوظيفة المحترمة والمريحة/ ودخل جيد يوفر للإنسان تأمين حياة كريمة لأسرته".

وحول تحديات ما بعد التعليم تقول هذه الشابة: "النظام التعليمي القائم لا يهتم بالدخول إلى سوق العمل، المهم شهادة والسلام"، ويضيف هذا الشاب: "أنا بعرف الجامعات بدها تعطى الشهادة وتأخذ الرسوم وخلص غير هيك ما في"، وترى هذه الشابة بالنظام كالتالي: "لا يوجد أي تنسيق والدليل وجود خريجين بأعداد كبيرة من تخصصات بينما هناك افتقار إلى تخصصات أخرى".

في حين تضيف شابة أخرى أن التعليم هو خطوة يجب أن تقترن به برامج تطبيقية وخبرة: "مش كل إنسان متعلم بيقدر يحصل على عمل الخبرة مهمة جداً في الحياة العملية لأنه الدراسة تكون بعيدة في معظم الأحيان عن الحياة العملية والتطبيق".

وارتباطاً بالتعليم المهني تضيف هذه الشابة بأن حاجة السوق غائبة من بنية المؤسسات التعليمية، أو في انعدام إرشاد الطلبة لأهميته: "إننا بنحكي عن التعليم الأكاديمي وناسين التعليم المهني وهو إلي حالياً الماشي بسوق العمل سواء فنيي الأجهزة المكتبية أو الكهرباء العامة وغيرها، هؤلاء متوفر لهم عمل، هذا كله تعليم وبساعد الشباب أو الشابات في الحصول على عمل، وأنا من الناس المتعلمين مهنة الخياطة وتصميم الأزياء وعملت في مجالي وقلت بتعليم هذه المهنة للفتيات واستفدن كثيراً، وهذا عن طريق مؤسسات حتى وبعد انتهاء العقد لم اعد اعمل إلا أشياء خفيفة جداً".

ويضيف هذا الشاب أن الخلل ليس فيما إذا كنت متعلما أو غير متعلم فكلاهما سيان: "لا علاقة للتعليم في البحث عن عمل، المفروض إنه هناك فرص عمل للمتعلم وغير المتعلم، ولكن حاليا لا يوجد فرص عمل للثنتين، المتعلمين وغير المتعلمين".

4-2 بيئة العمل وتأثيرها على إقصاء الشباب:

- الاستغلال والتحرش الجنسي

أوضح الشباب والشابات أن المشاركة الاقتصادية للشباب والشابات ليست سهلة المنال ضمن الممارسات والبنية المؤسساتية الاقتصادية، ومن الأشكال الأخرى التي واجهت الشباب بشكل خاص عملية الاستغلال والتحرش الجنسي. حيث شكل الاستغلال والتحرش الجنسي عاملا رئيسيا في إقصاء الشباب من سوق العمل أو في حرمانهم من دخوله، فلم يقتصر التحرش الجنسي على بيئة العمل، بل يمارس أيضا في مراحل البحث عن العمل، وحسب روايات الشباب تبدأ قصة التحرش الجنسي من المقابلة أو كوسيلة لنيلها من خلال الاستغلال من قبل وسيط للحصول على العمل، أو حتى أثناء التدريب الذي يوفر تنافسا عاليا للدخول إلى وظيفة، كما يبرز الاستغلال الجنسي أيضا أثناء المقابلة.

على سبيل المثال، أثناء التدريب يكون هناك وعود بالعمل، ولكن هذه الوعود لها ثمن حسب هذه الشابة: "عندي تدريب محاسبية وبعدين صار يحكي معي في أمور خارج التدريب ويغريني أطلع معه على رام الله مقابل انه يعطيني تقييم جيد".

وحسب شابة أخرى من غزة بدأت قصة التحرش معها أثناء المقابلة لدى صاحب العمل، وأصبحت معايير صاحب العمل ترتبط بمؤهلاتها الجسمانية، وليس لها أي علاقة بطبيعة العمل أو مؤهلاتها العلمية: "وقت إجراء المقابلة مرتحتش لنظرات المدير الي كان بيقابلني ولا لطريقة كلامو معي، كان واضح انو بينظرلي كأنثى و ليس كموظفة متقدمة لطلب عمل، وبالفعل حسيت انو تعدى حدودو معي خصوصا انو كان بيلقح كلام كثير بحجة انو مزح".

وفي رواية لشاببة أخرى عند ذهابها لمقابلة من أجل استلام مهام عملها، بدأت المقابلة برسائل من صاحب العمل كجزء مما سيكون عليه المستقبل: "ذهبت وأنا مستعدة تماما للعمل و مهيئة نفسي للشغل معه، و عند أول مقابلة سلم علي ومسك ايدي بقوة و لم يتركها إلا بعد ان شديتها أنا بقوة رغم انو كبير بالسن، بس تصرفوا هادا خذاني و خذاني حذرة بالتعامل معو طول المقابلة وطول فترة المقابلة كمان كان عينو بيضة و كان بيلقح كلام وأعطاني انطباع انو شخص مش سوي أخلاقيا وبدوش سكرتيرة بدو عارضة أزياء ووحدة يتسلى معها".

ويبقى المكان الرئيسي للاستغلال الجنسي في بيئة العمل نفسها، حيث المكان الذي يعتبره المسؤول البيئة الأسهل للاستغلال الجنسي نتيجة تركيبة العلاقات داخل المؤسسة، وهذا ما صرحت به شابة من مدينة نابلس: "الجوانب الأخلاقية للمدير مش منيحة طلب مني أكون جاسوسة على زملائي في العمل ورفضت ودايما كان يحاول الجلوس جنبي ويتحرش في، وكانت الألفاظ إلي بتصدر منه غير لائقة ونابية ولا تليق به كونه مدير".

- الفصل التعسفي:

رغم محدودية فرص العمل أمام الشباب والشابات، ورغم الصعوبات الجمة التي كانت أمام الشباب للحصول على عمل، إلا أن ممارسات بعض المؤسسات القائمة على التشغيل في الأراضي الفلسطينية عملت على فصل الشباب وأخرجتهم من سوق العمل بشكل تعسفي، ولم يكن الفصل التعسفي حكرا على أي من المؤسسات التشغيلية في فلسطين، بل امتد من المؤسسات الحكومية إلى المؤسسات الأهلية والدولية، بجانب القطاع الخاص. فأكثر القصص سمعناها من القطاع الخاص، ونورد هنا قصة شابة تبلغ من العمر 27 عاما، تم فصلها لأن هذه الشركة تغلق أبوابها في وجه النساء المتزوجات، فهذه الشابة ذنبها الوحيد أنها حامل: "عمري 27 سنة"، اشتعلت في شركة خاصة في وظيفة محاسبة، وكنت كثير مبسوطة في الشركة، وكانوا أصحاب الشغل كثير مبسوطين مني لانني قايمة في كل شغلي. كان إلي تقريبا سنة ونص بالشغل معهم، بس أول ما عرفوا إني حامل فصلوني من

الشغل وقالوا إحنا مش بحاجة هسه لوظيفة محاسب، بس السبب كان واضح إنني حامل وخوف ما أؤخذ إجازة ولادة".

أما القطاع العام فلدينا هذه القصة لشباب في مقتبل العمر "24 سنة"، ارتبطت هذه القصص في غالبيتها نتيجة الصراع السياسي القائم بين قطبي السلطة الفلسطينية (فتح وحماس)، هذا جزء من نص الكتاب الذي تسلمه هذا الشاب: "لقد تم إلغاء تنسيب تعيينك لمهنة معلم بسبب عدم موافقة الجهات الأمنية على ذلك"، لقد جاء الفصل نتيجة عدم موافقة جهات ليس لها أي علاقة أو سلطة أو دور بالمؤسسة التي فصل منها الشاب. وحسب الشاب فالفصل ليس له أي علاقة بالأداء أو العلاقات الداخلية مع إدارة المدرسة: "علاقاتي كثير كويسه داخل المدرسة ومع الطلاب وكان تقييمي جيد جدا من قبل الموجهين والمشرفين".

أما القطاع الأهلي والذي في سياق الأجندة التي يتبناها يمثل طموح الفئات المهمشة والتي تعيش في الظل-، فقد كان الشباب والشابات ضحايا لهذا القطاع أيضا، وجزء من القصص التي سمعناها كانت لشابات وشباب يعملون في مؤسسات أهلية حقوقية.

شابة تبلغ من العمر 29 سنة: "اجتني المديرية الساعة ثنتين بعد الظهر، وقالت لي من الآخر احملي كل متعلقاتك بالمكتب، لأنو المشروع إلي بتشتغلي عليه خلص تمويله وما ظلك شغل عنا".

كما تم إنهاء العمل من إحدى المؤسسات الدولية لعشرات الشباب والشابات بشكل تعسفي من قبل إدارة تلك المؤسسة الدولية، تقول إحدى الشابات التي تم فصلها: "كان الفصل امتهان للكرامة الإنسانية، انهوا عملنا بطريقة سيئة سلمونا كتب الإنهاء أمام الجميع، فأسباب الفصل أمور شخصية، وأسباب سياسية بتقليص خدمات المؤسسة الدولية، والادعاء العلني عدم توفر ميزانيات.... هذا حال عشرات الزملاء والزميلات من الشباب.....حصلوا على فصل جماعي".

- الاستغلال في بيئة العمل.

من التحديات الرئيسية التي تواجه الشباب هو الاستغلال في بيئة العمل، والتي تكون نتيجتها الإقصاء، قد تكون قصة الشابة "هـ" كافية للتعبير عن الاستغلال الذي يعاني منه الشباب في بيئة العمل:

- تدني الراتب: "عملت في مجال السكرتارية لأكثر من سنة في البداية في مستودع للأدوية ولكن الراتب كان قليل جدا مع طول ساعات العمل من الساعة 4-8 مساءً وأحيانا أكثر من ذلك مقابل 600 شاقل في الشهر (\$150).

- انعدام زيادة الراتب: "وعندما طلبت زيادة في الراتب بعد فترة كانوا يرفضوا ومرات يخبروني أنني متدربة و ليس موظفة ولا يحق لي ذلك، كوني عندما بدأت العمل كنت طالبة جامعية".

- عمل ما يلزم وما لا يلزم: "وكان هناك استغلال كبير إلي في العمل مثل القيام بإعمال أخرى غير السكرتاريا مثل الشاي والقهوة و بعض الأمور الأخرى (التنظيف).

- غياب الحقوق: بالإضافة لأنه لا يوجد لي حقوق في العمل من تأمين ومستحقات نهاية الخدمة وغيرها من حقوق الموظفين أو حتى حقوق العمال، فصاحب العمل كان لا يتبع القوانين مما اضطرني لترك العمل لطول ساعات العمل و الراتب القليل ولعدم وجود حقوق لي في العمل وأيضا أهلي لم يكونوا راضين عن طول ساعات العمل فهذا لا يناسب فتاة في بيئتنا وخاصة انه الراتب قليل".
النتيجة "الإقصاء"، وفي هذا السياق تقول الشابة: "حاليا أفضل الجلوس في المنزل على العمل ضمن الاستغلال والظروف الصعبة في الشغل".

3-4 البنية الاجتماعية والثقافية للأسر الفلسطينية وتأثيرها على عمل الشباب:

- قيود واشتراطات:

تلعب البنية الاجتماعية والثقافية تأثيرات ودرجات مختلفة تجاه الشباب والشابات، فعلى سبيل المثال تواجه الشابات قيوداً اجتماعية عديدة مرتبطة بأنواع معينة من العمل المقبول اجتماعياً، كما تعزز الثقافة المجتمعية نمطية عمل الشابات ودورهن الإنجابي في أعمال تشكل استمراراً لدورهن الإنجابي، كما تشكل بطريكية العلاقة باعتبار الرجل هو المعيل للأسرة، حيث تعطى الأولوية في فرص العمل للشباب على حساب الشابات، وهذا يعزز إتاحة الفرص باتجاه الشباب الذكور لتحمل مسؤولياتهم كجزء من النظام الأبوي القائم. فعلى سبيل المثال يكرس النظام الأبوي وجوب عمل الأبناء في أي نوع من العمل حال تخرجه من الجامعة، وهذا ما أفاد هذا الشاب: "لحنا علمناك والي علينا اعملناه دبر حالك ولازم تصرف علينا اشتغل أي شيء انت شاب ودبر حالك". ويؤكد على ما أفاد به شاب آخر، حيث يضيف موقف الأهل اتجاه عمله، على اعتبار أنه رجل وأن المشكلة متجسدة فيه وليس في السوق وعليه أن يجد عملاً ويعمل: "الأهل بيّفهموا الواحد فينا انه ما بده يشتغل، ودايما بيخلوا المشكلة علينا".

وتضيف هذه الشابة، رغم إتاحة التعليم للشابات، إلا أن فرص العمل تبقى موصدة أمامهن نتيجة القيود الاجتماعية، حيث يرى الأهل ضرورة تعليم الفتاة، ولكن يبقى هناك شكوك عالية تجاه موافقة الأهل على عملها، خاصة للشابات اللواتي يسكن القرى الفلسطينية، وها هي شابة فلسطينية من الريف تقول: "اهلي ما بدهم ايانني اشتغل أعطوني حقي بالتعليم بس مش بالشغل".

وفي بعض الحالات تكون هناك إمكانية لعمل الشابات نتيجة لتغيرات في مواقف الأهل، إلا أن هناك قيوداً واشتراطات ترتبط بانضمام الشابات إلى سوق العمل، فهناك أنواع معينة مقبولة اجتماعياً مثل "وظيفة مدرسة"، لأن هذا النوع من الوظائف يوفر الأمان من وجهة نظر الأهل، كما ترى هذه الشابة: "لحنا من القرية

والأهل ما بخلونا نشتغل بره واذا الوحدة اجتها وظيفة مدرسة في القرى القريبة يا دوب". أو كما تقول هذه الشابة أن الأهل يسمحون بنوع معين من الوظائف "أهلي ببسمحوا لي بس مش بأي وظيفة". أو هناك بعض الأسر لا يوجد لديها أي تحفظات على عمل الشابات "أهلي ما عندهم مشكلة اني اشتغل".

كما يفرض الواقع الاجتماعي أنواعا وظروفا كشرط لعمل الشابات لتكون مقبولة بالنسبة للأسر وحياتهم، حيث تفيد هذه الشابة أن عمل الشابات له اشتراطات يجب أن تتحقق: "عمل الشابات لازم يتم مراعاة عادات المجتمع يعني ما ينفع بنت تشتغل كل شي"، وتضيف شابة أخرى أن لدى أسرتها اشتراطات مهمة وحيوية ومن الممكن أحيانا تحقيق بعض هذه الاشتراطات ولكن في أحيان أخرى من الصعب تحقيقها: "أهلي اوكي اشتغل بس عندهم شرطين مش متأخر كثير في الليل يا دوب الساعة ثلاثة أو أربعة، وما يكون في رجال في الشغل". كما ترى شابة أخرى أن سلطة الأهل لا مفر منها ومن الصعب تحديدها أو الخروج عنها: "إحنا بموضوع الأهل فرضا أهلي حكولي ممنوع تشتغلي، طبعاً بضلوا الأهل هم السلطة بحكموا توجهاتنا".

- الزوج سلطة إقصاء

تضيف شابة أن زوجها اشترط عليها أن لا يكون هناك أي اختلاط في بيئة العمل وتقول: "زوجي اشترط في شغلي ممنوع الاختلاط. وحول النظرة الدونية للنساء، من خلال تكريس الأدوار التقليدية والمسؤوليات في سياق الأسرة، يقول أحد الشباب المشاركين في ورش العمل بقوله: "بالنسبة إلي مرتي للبيت فش عنا نسوان تطلع تدرس أو تشتغل".

كما أشارت بعض النساء إلى حالات اشتراطية من قبل الأزواج لمؤشرات جديدة مرتبطة بالمهام المنزلية لعمل النساء وان العمل لا يعني إعادة تقسيم للعمل المنزلي، حيث لن يتم تقاسم أي من هذه الأدوار الرعوية ما بين الزوجين حتى لو عملت النساء، في هذا السياق تقول هذه الشابة: "زوجي اشترط في شغلي ممنوع الاختلاط، وكمان كل مهام ومسؤوليات الأطفال علي، هيك شرطو يا ما في شغل".

كما تضيف زوجة أخرى أنه لا قيود على عملها ولكن بدون مساهمة منه في العمل المنزلي: "زوجي ما في قيود علي عملي بس انه ما يشارك في مهام ومسؤوليات الأطفال أو شغل البيت".

- هل من الممكن أن تتغير البيئة الاجتماعية الثقافية، وفي أية ظروف؟

ظهرت تحولات في توجهات المجتمع وبخاصة اتجاه عمل الشابات، هذه التحولات ارتبطت بشكل رئيسي بالأوضاع الاقتصادية السيئة التي يعيشها الشعب الفلسطيني، حيث ساهم هذا الواقع الصعب اقتصاديا في دخول ربوات بيوت إلى سوق العمل، حيث أخذت هذه الفرص أشكال عمل ربما لا يوفرها السوق للشباب، و/أو لا تلبي طموح الشباب والشابات "المتعلمين" بسبب تدني أجرها اليومي أو كونها وظيفة متدنية المنزلة في نظر المجتمع.

ويشير هذا الواقع إلى أن عمل النساء هو حاجة اقتصادية للأسرة وليس حقا، فالصعوبات الاقتصادية التي تواجهها الأسر شكلت أرضية "مؤقتة" لدخول الشابات إلى سوق العمل، فالحاجة كسرت القيود الاجتماعية والثقافية لدى بعض الأسر، ولكن هذا العمل سيبقى مؤقتا كما الحاجة.

هذه التحولات تحدث عنها شاب بقوله: "أنا مثلا طول عمري بسمع انو عيب المرأة تشتغل، وضلت متربية فيا هاي الشغلة ولكن في الفترة الأخيرة وخاصة بعد الحصار والحرب على غزة، أصبحنا مجبورين على عمل المرأة أو الزوجة، لأنو الرجل لا يستطيع لوحدة الإيفاء بكل متطلبات الحياة".

وتضيف زوجة أخرى عن التحولات التي طرأت لدى زوجها، سواء بخصوص عملها أو تعليمها بقولها: "زوجي مستعد هلا يخليني أكمل تعليم واشتغل لأنو متأمل إنني بس اخلص جامعة ألاقي شغل وأساعد بمصاريف البيت".

وخلاصة القول أفادت بها هذه الشابة الغزية بقولها: "الأسر كلها بتشجع عمل الشباب بس في هذه الظروف صاروا الناس يخلوا البنات يشتغلن عشان الظروف

الاقتصادية". وتؤكد على قولها هذه الشابة المتزوجة: "زوجي سمحلي بالعمل بس ما يكون في اختلاط، لأنه بس وضعنا صعب وغير هيك ما بيسمجلي بالتشغل". وتؤيدهن القول أيضا هذه الشابة الغزية: "الفترة هاد بعد الحرب ووجود نساء أرامل صارت الأسر تخلي البنات تتعلم وتشتغل لتشتغل".

4-4 النتائج المترتبة على الإقصاء من سوق العمل:

- أوضاع نفسية صعبة:

ترتب على إقصاء الشباب من سوق العمل نتائج عديدة، حيث تولدت لدى الشباب حالات عديدة من الإحباط إلى اليأس والانعزال، وأصبح لدى الشباب أوضاعا مختلفة وردة فعل عكسية تجاه جوانب حياتية كثيرة نتيجة عملية الإقصاء والتحديات التي يواجهونها، فمن الشعور بأزمة وفقدان ونكران إلى الشعور بالعزلة، كما تولد شعور وإحساس بالعجز لدى بعض الشباب تجاه الالتزامات الحياتية لديهم، وتولد شعور مرتبط بالزوجات أو الشباب الذكور بالدونية والخل بطلب مساعدة مادية "مصروف شخصي" من الزوج أو الآباء. وترتب على هذه الأوضاع أزمات داخل الأسر الشابة وخاصة "في العلاقة الحميمة ما بين الزوج والزوجة" بحيث انعكس سلبا على نظرتها للرجل بصورة "المدير" المستغل، والذي كان السبب في إنهاء عمل بعض الزوجات.

مشاعر متناقضة لدى الشباب: حاسس لدي شعور فصامي....إحباط...أرجيلة...
 وشدة... ونوم.... تلفزيون....مطبخ....انترنت....زيارة أقارب.... والدورات
 بدها مصاري. انعدام الطموح....مستقبل غامض...ملل... اكتئاب...عزلة....غياب
 الأمل...ريك بهونها.... آخرتها بتفرج.... بنعمل إلي علينا والباقي على الله....ما
 بعرف بلدنا كل يوم في حال ما بتعرف شو بدو يصير....بيصير المستقبل أحسن إذا
 تحقق إلي بدنا إياه.

- الهجرة ملاذ صعب المنال.

وعلى الجانب الآخر، باتت الهجرة ملاذا لعشرات الشباب والشابات وان عزّ منالها أحيانا كثيرة، فهذه كلمات لشاب تلحمني تصف الحال: "سوق العمل منفر جدا، انأ عمل على الهجرة خارج فلسطين"، هذا التوجه لم يكن عنده وحده، فقد عبر عنه الكثير من الشباب في اللقاءات المختلفة، كما شاطره زملاؤه وزميلاته في ذات الورشة ذات التوجه: "آه هيك شعور موجود عندنا".

ورغم أن هذا الخيار بالنسبة لمجموعة من الشباب ليس خيارا استراتيجيا، وإنما هو ملاذ للخروج من الضائقة التي تلم بهم، فحسب هذا الشاب، الذي يفضل الإقامة في الوطن والحصول على عمل وعدم الهجرة: أنا مش حابب أسافر لأنني إذا قدرت أوفر لقمة العيش في بلدي أحسن من برة، بكفي الإنسان بين أهله وفي وطنه.

كما رصد بعض الشباب تجارب تؤكد أن الهجرة وفرت فرصا ناجحة للشباب من خلال قول هذا الشاب: "لا يوجد عمل هنا ولا حتى فرصة واحدة، وكمان فرص التدريب محدودة جدا، يعني ابن عمي طلع على الإمارات واشتغل، وبعد فترة اتوظف وظيفة منيعة، وهيو مبسوط وعابش ملك زمانه". وتضيف شابة أخرى أن الإحباط من إيجاد فرصة عمل يكون نتيجة الهجرة: "نسبة الخريجين اللي من زمان كبيرة، أحبطت الخريجين الجدد، يعني لما الخريج الجديد يلاقى نسبة كبيرة قبله خريجين وما يشتغلوا راح يحبط ويفكر كيف يهاجر ليجد فرصة مناسبة الو".

ويضيف هذان الشابان أن الهجرة قد تكون مجالا للمناورة، ولكن الشباب بشكل عام يقرون بأهمية الوطن، خاصة في ظل النظرة إلى البعد الوطني والصراع مع الاحتلال: "انا من اشد المعارضين للهجرة، بتلاقى الشباب من خلال الحكي بدو يهاجر، بس عند الجد بتلاقيه بطل بدو، وهذا حصل مع الكثير من الشباب". ويضيف آخر: "انا شخصيا بحاول اقنع أصحابي والى حواليا، ويعرف إنهم بدو يهاجروا، وألعب على وتر انو ارض الرباط وبلادي والأرض مقدسة وخصوصا انو احنا تحت احتلال".

- تشاؤم وانعدام للطموح

كما عمل الواقع المعاش الذي يواجه الشباب والشابات، على خلق حالة لانعدام الطموح والتشاؤم باتجاه المستقبل، فأصبح أقصى الأمانى في حدود ضيقة، كما تقول هذه الشابة: "انعدام الطموح لدى الشباب وتأثير البيئة الى حواليه وأصبح الطموح الأكل والشرب والزواج أقصى ما يتمناه الشاب أو الشابة".

- اللجوء لأعمال خطيرة

كما خلق هذا الواقع لجوء الشباب والشابات إلى أعمال خطيرة وشاقة كما يقول هذا الشاب من غزة: "نتيجة الضغط الاقتصادي أصبح الشباب يقبلوا بمهن سيئة وخطيرة مثل العمل في الأنفاق وعلى المناطق الحدودية، بس هذه الوظائف ما بطولوا فيها الشباب". وتشاطره في ذلك الشابة المقدسية حول واقع الشباب في القدس بقولها: "الشباب من قلة فرص العمل الموجودة بلجأوا كثير إلى أنواع شغل غير مقبولة واصلا خطيرة مثل المخدرات أو حتى التجارة في الجنس".

V- الخلاصة والاستنتاجات والتوصيات:

1-5- النتائج

خلصت النتائج إلى أن قضية الشباب وسوق العمل قضية حيوية ومهمة للنقاش والدراسة، وتعترف كافة المؤسسات والخبراء الفلسطينيين تقريبا بأهمية المشكلة من حيث حجمها وجديتها، كما بينت النتائج أن ذلك لا يؤثر فقط على الشباب، وإنما يمتد إلى العلاقات ومجمل الفئات المجتمعية الأخرى نتيجة الترابط والعلاقة التبادلية بين المجتمع والشباب وواقعهم. وعليه فان تعدد أسباب غياب بعض الشباب والشابات عن سوق العمل، يجب أن يتبعه تعدد في الحلول حيث أن:

- هناك عوامل خارجية تتحكم في البنية الرئيسية المتعلقة بسوق العمل والتشغيل في الأراضي الفلسطينية بسبب الاحتلال الإسرائيلي وممارساته.

- ظاهرة تراجع وانخفاض مشاركة الشباب في القوى العاملة، ظاهرة مركبة ومتعددة الجوانب السياسية والاقتصادية والاجتماعية.
- هناك ضعف واضح في تعاطي النظام التعليمي مع احتياجات سوق العمل في ظل التحديات التي يواجهها الاقتصاد الفلسطيني.
- البنية الاجتماعية والثقافية تحدي رئيسي خاصة للشابات.
- الشباب أكثر انسحابا من سوق العمل نتيجة الإحباط وظروف العمل.

2-5 توصيات الشباب

تضمنت توصيات الشباب ما يلي:

- ضرورة مأسسة إطار قانوني يحد من إقصاء الشباب من قبل المؤسسات.
- ضرورة صياغة استراتيجيات تعاونية وتدريبية.
- أهمية الإرشاد والتوجيه للشباب منذ مرحلة التعليم الأساسي.
- تفعيل دور الأسرة بما لا يحد من حركة الفتيات.
- ضرورة إصلاح بنية السوق بما يوفر تكافؤ الفرص والابتعاد عن المحسوبية.
- ضرورة إنهاء الانقسام وتعزيز الانتماء للوطن.

المراجع العربية:

- 1- إبراهيم، باربارا وآخرون. الانتقال إلى مرحلة مسح قومي حول النشء في مصر. نيويورك: مجلس السكان الدولي، 2001.
- 2- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. تقرير التنمية الإنسانية العربية الإنمائي، نيويورك: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، المكتب الإقليمي للدول العربية 2002، 2003، 2005.
- 3- بركات، حليم. المجتمع العربي المعاصر: بحث استطلاعي اجتماعي. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، 2000.
- 4- جامعة بيرزيت. برنامج دراسات التنمية. فلسطين: تقرير التنمية البشرية. رام الله: جامعة بيرزيت، 1997، 1999، 2001، 2004.
- 5- الجعفري، محمود. لافي، دارين. مدى التلاؤم بين خريجي التعليم العالي الفلسطيني ومتطلبات سوق العمل الفلسطينية. رام الله: معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية (ماس)، 2004.
- 6- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. إحصاءات ومسوحات القوى العاملة الفلسطينية. رام الله: الجهاز المركزي، 1996-2008.
- 7- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. المراقبة الإحصائية للأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع الفلسطيني. رام الله: الجهاز المركزي 2001-2004.
- 8- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. العمل المنزلي ورعاية الأطفال وخدمة المجتمع. رام الله: الجهاز المركزي، 2002.
- 9- حمادي، ريماء. الاقتصاد والمرأة: الفصل بين الجنسين في الحياة الاقتصادية الفلسطينية. بيرزيت: جامعة بيرزيت، برنامج دراسات المرأة، 1997.
- 10- شرابي، هشام. البنية البطركية: بحث في المجتمع العربي المعاصر. عكا: دار الأسوار، 1987.
- 11- _____ . النظام الأبوي وإشكالية تخلف المجتمع العربي. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية، 1992.
- 12- عبد الله، هشام، ترجمة. إدماج النوع الاجتماعي في التنمية من خلال المساواة في الحقوق والموارد والرأي. بيروت: البنك الدولي، 2004.
- 13- عبد المجيد، أيمن. الشباب والتعليم: ورقة سياساتية حول التعليم بالتركيز على محافظة نابلس. رام الله: مركز بيسان للبحوث والإنماء، 2007.

- 14- عبد المجيد، أيمن. *الشباب وسوق العمل بين البطالة العالية والتوظيف المحدود*. رام الله: مركز بيسان للبحوث والإنماء، 2007.
- 15- *قضايا الشباب العربي: التقرير السنوي 2005: الحالة المعرفية للمنتج البحثي حول الشباب العربي*. القاهرة: جامعة الدول العربية، 2005.
- 16- مكحول، باسم. *تحليل العرض والطلب على العمالة الفلسطينية*. القدس: معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)، 2000.
- 17- مكحول، باسم، سامية البطمة، نصر عطياتي. *سياسات تحسين القدرة الاستيعابية للعمل في الضفة الغربية وقطاع غزة: البدائل المتاحة*. القدس: معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)، 2001.
- 18- نجيب، كمال. *تطوير منظومة التربية العربية من أجل تمكين الشباب*. القاهرة: جامعة الدول العربية، 2005.

المراجع الأجنبية:

- 1- Barro, Robert J., and Jong-Wha Lee. *International data on educational attainment: updates and implications*. Cambridge: Harvard University, Center for International, 2000.
- 2- Al-Botmeh, Samia. . *The determinants of female labour-force participation in the West Bank and Gaza Strip*. Jerusalem: Palestine Economic Policy Research Institute (MAS), 2007.
- 3- Dhilion, NAvtej and Yousef Tarek (ed.). *Generation in Waiting: The Unfulfilled Promise of Young People in the Middle East*. Washington D.C.: Brookings Institution Press, 2009.
- 4- Hijab, Nadia. *Woman Power: The Arab Debate on women and Work*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- 5- International Labor Organization (ILO). *The situation of workers of the of the Occupied Territories*. Geneva: ILO, 2008.
- 6- International Labor Organization (ILO). *youth and work: global trends*. Geneva: ILO, 2001.

- 7- Kabbani, Nader, and Ekta Kothari. Youth employment in the MENA region: a situational assessment. Washington, D.C.: World Bank, 2005.
- 8- Kabeer, Naila. *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought*. London: Verso Books, 1994.
- 9- Kane, Emily & Sanchez, Laura. *Family status and criticism of gender inequality at Home and at work* . Social Forces. June, 1994.pp.1079-1102.
- 10- Katz, Elizabeth. *The intra-household economics of voice and exit. Feminist Economics*. Fall, 1997.pp.25-46.
- 11- Kawar, Mary . *Gender and household labour supply in Jordan..* Cairo: Population Council, 2000.
- 12- Moser, O.N. Caroline. *Gender planning in the third world: meeting women's practical and strategic needs*. New York: Routledge, 1993.
- 13- Moser, O.N. Caroline. *Gender planning and development: Theory, Practice, and Training*. Oxford: Oxfam, 1991.
- 14- Radwan, Samir, Nivin Al-Arabi and Ghada Nadi (2006). *Youth unemployment problems in the ESCWA region* . Paper presented at the twenty-fourth session of the Economic and Social Commission for Western Asia. Beirut: ESCWA, 2006.
- 15- Rees, Teresa. *Women and the Labour Market*. London and New York: Routledge, 1992.
- 16- Rekha, Mehra and Sarah Gammage. *Youth employment: Breaking gender Barriers for Young Women and Men*.
- 17- Ruth, Levitas. *The Inclusive Society? Social Exclusion and New Labour*. London: Macmillan, 1998.
- 18- Singerman, Diane & Hoodfar, Homa, ed.. *Development, change and Gender in Cairo*. Bloomington : Indian University P, 1996.

- 19- United Nations, 2007, *World Youth Report*. New York: UN, 2003, 2007.
- 20- United Nations for Development Program (UNDP). *Human Development Report*. New York: UNDP, 1995, 1996

مواقع الكترونية:

- 1- الإسكوا: www.escwa.org.lb
- 2- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: www.pcbs.gov.ps
- 3- وزارة العمل: www.mol.gov.ps
- 4- WWW.ILO.ORG
- 5- www.undp.org
- 6- www.un.org
- 7- www.shababinclusion.org

دور الإدارة البيئية وإدارة الأزمات في تحقيق التنمية المستدامة باستخدام نظم المعلومات الجغرافية.

عبد الستار عزت عبد الستار¹

I - مقدمة

شهد العالم منذ فجر التاريخ البشرى وانطلاق أول شرارة لإشعال النار حدوث أول تلوث أنتجه الإنسان بهذه الشرارة، وبدأ الإنسان في ابتكار الوسائل والأدوات التي تعينه على الوفاء باحتياجاته ومتطلبات حياته، وأخذ يتوسع في استغلال الموارد المتاحة له، ولاستيعاب الطبيعة ما قام به الإنسان في مراحل التكوين الأولى للمجتمعات البشرية، لم يكن لهذه الأعمال آثار تذكر، ولم يدرك الإنسان العلاقة المتداخلة بين الأنظمة البيئية المختلفة إلا مؤخراً.

وقد كان لاكتشاف الديناميت على يد الفريد نوبل (وكان يهدف منه الخير للبشرية) أثر كبير في تدمير جزيرتي هيروشيما ونجازاكي الشهيرتين، وما ترتب عليهما من آثار مازلت تعاني منها منطقتي شرق آسيا حتى اليوم.

مع انطلاق الثورة الصناعية الأولى في القرن الثامن عشر في إنجلترا، وتصديرها إلى العديد من دول أوروبا، ومنها إلى دول العالم، بدأت عجله اكتشافات الإنسان واختراعاته تتقدم بشكل مذهل، ولقد شهدت السنوات الأخيرة للألفية الثانية تقدماً تكنولوجياً وصناعياً هائلاً حتى أطلق على القرن العشرين "قرن الثروات العلمية، وقرن الأليكترونيات والجينات" فاكتشف علاجات للعديد من الأمراض والأوبئة التي كانت تقضى على أعداد كبيرة من البشر، واخترع الوسائل التي تحقق رفاهيته في العديد من المجالات، إلا أنه مع الإفراط في استعمال واستغلال ما أتيج له من موارد احدث اختلالاً رهيباً.

¹ المركز الأكاديمي، معهد البحوث والدراسات البيئية، جامعة عين شمس.
جهة العمل: الهيئة العامة للاستثمار والمناطق الحرة، وزارة الاستثمار، مصر.

وقد كان لاكتشاف مادة DDT أثرا في انتشار الأمراض السرطانية بين البشر، والإفراط في استخدامها بغرض زيادة الإنتاجية أثر على التوازن البيولوجي في التربة، وهو لا يدرك أن الله سبحانه وتعالى خلق كل شيء بمقدار، وبهدف.

وكان لاستخدام مكافحة البيولوجية أثر في اختلال التوازن البيئي مثل ما حدث في مصر، فقد تم استخدام نبات ورد النيل في عهد محمد على باشا بغرض التمتع بالشكل الجمالي في النيل، أدى لانتشاره بشكل أثر على كميات المياه نظرا لشراسته في امتصاص المياه، وتم استخدام الإستاكوزا للقضاء على ورد النيل بشكل أكبر من معدلات وجودها في البيئة المصرية مما أدى إلى انهيار الجسور، وتهديدها لشباك الصيادين والثروة السمكية.

وكان لانتشار المصانع وتعقد الصناعات وما تبعه من تطور للحياة ومتطلباتها، أثر في تهديد استقرار الحياة على كوكب الأرض، فالتوسع في استخدام الإبرسولات، وغاز الفلوروكلوركربون أدى لحدوث تآكل في طبقة الأوزون، وما تبع ذلك من آثار صحية وأمراض سرطانية، وارتفاع درجة حرارة كوكب الأرض.

كما أن التوسع في استغلال مصادر الوقود الحفري، الذي أدى إلى زيادة نسبة ثاني أكسيد الكربون، المتسبب في حدوث ظاهرة الصوبة الزجاجية التي أدت بالإضافة إلى ثقب الأوزون إلى ارتفاع درجة حرارة الأرض، تبعه تعرض جليد القطبين للذوبان، وهما يمثلان المخزن الاستراتيجي للمياه العذبة على وجه الأرض، وأدى ذوبان الجليد إلى ارتفاع منسوب الماء في البحار، وبالتالي تعرض بعض الدلتاوات للغرق وتشريد ملايين البشر.

وعندما أدرك الإنسان خطورة ما اقترفته يدها بحق البيئة، وحق نفسه، بدأ يفكر في السبل التي من شأنها استعادة توازن البيئة، والحفاظ على نظمها البيولوجية، والتنوع البيولوجي، وأخذ يبحث عن المعارف التي تساعد في تحقيق هذه الأهداف وكان من أهم الاتجاهات الفكرية المعينة على ذلك الاتجاه نحو التنمية المستدامة.

II- مفاهيم الدراسة

1-2 مفهوم التنمية

قد اختلف مفهوم التنمية، منذ بداية ظهوره الذي تمثل في الجانب الاقتصادي البحت، بمعنى الاهتمام بالتنمية الاقتصادية ورفع المستوى الاقتصادي للشعوب، وجاء هذا الاتجاه برد فعل سلبي على البيئة حيث أخذت الدول المتقدمة تطمح في استغلال كل الموارد المتاحة لها لتوفير أكبر قدر ممكن من التقدم لشعوبها حتى لو على حساب شعوب أخرى، مما أوجد فجوة كبيرة بين شعوب العالم، واتسعت الهوة بين الدول المتقدمة التي تبحث في سبل تحقيق مستوى من الرفاهية لشعوبها والدول النامية التي عليها أن تسعى في اتجاه تحقيق التنمية لسكانها على نفس الدرب الذي سارت فيه الدول المتقدمة.

إلا أنه وبعد الحرب العالمية الثانية تنبه العالم أجمع إلى خطورة ما يفعله وخطورة ما يحدثه في البيئة من تدمير بدعوى التنمية، والتطور، والتصنيع لذلك تغير مفهوم التنمية من المعنى الاقتصادي البحت إلى المعنى الشمولي (اقتصادي- اجتماعي- بيئي- سياسي)، وتحول المعنى العام للتنمية إلى التنمية المستدامة. ويقصد بالتنمية المستدامة "استغلال الموارد الحالية بما يفي بحاجة الأجيال الحالية من التنمية، مع الوضع في الاعتبار حق الأجيال القادمة في الحياة بشكل كريم، من خلال الحفاظ على المصادر المختلفة للموارد قدر الإمكان، والبحث عن مصادر بديله، حال نفاذ بعضها، وأيضا بان نترك لهم بيئة نظيفة يحيون فيها".

وستركز هذه الدراسة هذا على التنمية المستدامة من الجانب الاقتصادي والبيئي.

- الطريق إلى التنمية المستدامة

من أجل إلقاء الضوء على مبدأ التنمية المستدامة من وجهة النظر الاقتصادية، هناك مفاهيم ذات علاقة بالتنمية المستدامة مثل: النمو الاقتصادي- النمو الاقتصادي المستدام- التنمية الاقتصادية إلا أننا سنركز على تعريف التنمية المستدامة.

عرف علماء الاقتصاد التنمية المستدامة من وجه نظر النمو الاقتصادي: "زيادة حصة الفرد من إجمالي الناتج المحلي الحقيقي مع مرور الوقت"، وهذا لا يعني أن التنمية التي تلاحظ في أي وقت من الأوقات هي تنمية مستدامة.

ومن وجهة نظر التنمية الاقتصادية "هي مفهوم أوسع من مفهوم النمو الاقتصادي فهي تضم مفاهيم "التنمية" التي تشير إلى الحد الأمثل من التداخل بين نظم ثلاث: البيئي والاقتصادي والاجتماعي من خلال عملية تكيف ديناميكية للبدائل).

عرف علماء البيئة الاستدامة بأنها القدرة على المحافظة على الإنتاجية سواء أكانت حقل، أو مزرعة، أو أمة، في مواجهه الأزمات أو الصدمات، وأن التنمية المستدامة التي تعتمد على الأنماط السائدة من استخدام الموارد غير قابلة للفهم حتى من الناحية النظرية.

وأصبح التعريف الجديد يشير إلى أن التنمية المستدامة هي "التنمية التي تقلص استخدام الموارد إلى الحد الأدنى".

وقد عرفت الهيئة العالمية للبيئة والتنمية 1987 بأنها "التنمية التي تغطي احتياجات الحاضر دون الإضرار بقدرة الأجيال المستقبلية على تغطية احتياجاتها".

ويمكن دمج هذه التعريفات بشكل مبسط بأنها "نمط استهلاك يراعى حقوق الأجيال القادمة في استغلال الموارد".

- التنمية المستدامة الوجه الآخر للإدارة البيئية

يعتمد فكر التنمية المستدامة (التنمية المتواصلة) على إدارة بيئية سليمة للموارد، هذه الإدارة تراعى كمية ونوعية وموقع المورد، والأهمية النسبية لاستخدامه.

ومع تعدد تعريفات الإدارة البيئية وتعقد مفاهيمها، إلا أن أبسط تعريفاتها أنها "أسلوب تفكير ابتكاري غير تقليدي في إدارة وتشغيل المنشأة لدعم الآثار البيئية الايجابية وتقليل الآثار البيئية السلبية".

أو أنها "إدارة أي نشاط إنساني بأقل قدر من الموارد وأقل لفظ من المخلفات" ويمكن تحقيق هذه الإدارة السليمة من خلال عدد من الإجراءات، أو المحاور التي يجب إتباعها بشكل مجتمعي، وليس بشكل منفصل عن المجتمع، فالتنمية عملية مجتمعية يشترك فيها الجميع لتحقيق الهدف المنشود ومن المحاور الأساسية لتحقيق التنمية المستدامة:

- تقليل المخلفات من منبعها.
- إعادة استخدام المخلفات.
- إعادة تدوير الموارد.
- معالجة الملوثات بإضافة أو حذف مواد كيميائية أو بيولوجية بما يسمح بإعادة استغلالها.
- الدفن الصحي الآمن للمخلفات.

وهذه بعض الأساليب المستخدمة في الإدارة البيئية، للحفاظ على البيئة، ولقد أصبح تفاعل العلوم والمعارف سمة أساسية لتحقيق الأهداف في كافة مجالات الحياة، فلا يمكن تصور أهداف التنمية تتحقق دون أن تواجهها مشكلات وأزمات، تحتاج إلى أفكار إبداعية لمواجهتها، وفي نفس الوقت تراعى البيئة خلال هذه المواجهة، كما تحتاج إلى أدوات تساعد في تحقيق الأهداف وحل المشكلات.

ومن العلوم التي يرى الباحث أهمية تكاملها مع الإدارة البيئية لحلول المشكلات، وتحقق أهداف التنمية المتواصلة، علم إدارة الأزمات، ومن الأدوات المقترح استخدامها نظم المعلومات الجغرافية (GIS).

يمكن وصف العلاقة بين الإدارة البيئية ونظم المعلومات الجغرافية وإدارة الأزمات في دعم التنمية المستدامة، بنظام محكم يتخذ كل علم موقعه من النظام ليصل في النهاية إلى هدف معين هو تحقيق هدف النظام (التنمية المستدامة)، وأهم ملامح تكامل العلوم المشار إليها هي إمكانية توفير وسائل العرض اللحظي والواقعي لمحاور الأزمة أو الكارثة، وعرض البدائل المطروحة لمواجهة الأزمة في سبيل تحقيق التنمية المتواصلة.

فالخلل البيئي يظهر على شكل أزمة أو كارثة، تحتاج إلى تشخيص وإدارة فعالة، تراعى البيئة وتحاول الحفاظ على الموارد في محيط الأزمة، ويحدث ذلك من خلال أدوات تساعد متخذ القرار في الوقوف على آخر التطورات في الموقف أولاً بأول، وبشكل دقيق وهو ما يمثله تفاعل المعارف الثلاثة المشار إليها.

2-2 مفهوم الإدارة البيئية

تعنى إدارة المنشآت أو الموارد بأقل قدر من المدخلات وأقل لفظ من المخرجات، وبالتالي نحقق أفضل استخدام للموارد مع تحقيق أفضل عائد اقتصادي وبيئي واجتماعي يحافظ على البيئة من التلوث أو الهدر، ويحقق بقاء المورد أطول فترة ممكنه، ويعود على العاملين أو القائمين على تنفيذ الأعمال بالنفع الصحي والمادي، وعلى المنشآت بأفضل عائد اقتصادي.

3-2 مفهوم نظم المعلومات الجغرافية

ترجع بدايات هذا العلم إلى ستينات القرن العشرين وظهر هذا الفرع نتيجة لتقدم الأساليب العلمية والتكنولوجية المستخدمة في الجغرافيا، التي من أهمها:

- الاستشعار عن بعد: وهي وسيلة تتيح تصوير الظواهر المختلفة من ارتفاعات عالية بدقة وبسرعة.
- نظم المعلومات الجغرافية: وهي تقنية حديثة ومتطورة، تتيح جمع المعلومات المكانية، وحفظها وترتيبها وتصنيفها وتسهيل الربط بينها وتحليلها.

ولقد شهدت السنوات الماضية اتجاها عاما إلى الاستفادة القصوى من نظم المعلومات الجغرافية في شتى المجالات.

4-2 مفهوم إدارة الأزمات

تتعدد مفاهيم إدارة الأزمات حسب فرع المعرفة الذي يتناوله، إلا أن المعنى العام والواسع لإدارة الأزمة يهدف إلى توقع المسببات، ووضع السيناريوهات

والخطط الكفيلة لكبح جماح هذه الأزمات، والسيطرة عليها والخروج منها بأقل قدر ممكن من الخسائر.

تقدم إدارة الأزمات سيناريوهات التعامل في المواقف المختلفة مع الموارد، وكيفية الحفاظ عليها بأقصى قدر ممكن، خاصة في أوقات الأزمات، فهي توفر طريقة التعامل المناسب مع مختلف المواقف والتطورات وخاصة المفاجئة، وهو ما ينعكس على إمكانية السيطرة على الأزمة أو الكارثة من الاستمرار أو الانتشار وبالتالي المحافظة على المورد.

III- نموذج تطبيقي

ولعل النموذج التالي يوضح تفاعل هذه العلوم والمعارف المختلفة لخدمة البيئة وعلى رأس هذه العلوم في مثالنا الحاضر تتفاعل نظم المعلومات الجغرافية مع الإدارة البيئية وإدارة الأزمات في تحقيق تنمية مستدامة لمجتمع ما بكل ما يحتويه من نظم إيكولوجية مختلفة.

تبدأ العلاقة بين علوم نظم المعلومات الجغرافية والإدارة البيئية، وإدارة الأزمات والكوارث لتحقيق التنمية المستدامة مستعينة بالأدوات والمعارف المناسبة منذ لحظة اتخاذ قرار سيادي أو مجتمعي لإنشاء مدينة سكنية، وصناعية، أو مجتمع متكامل، ويبدأ كل علم في اتخاذ موقعه داخل الدائرة بالشكل الذي يجعله يقوم بدوره على المستوى المطلوب كالتالي:

3-1 مرحلة تحديد منطقة الدراسة

بعد اتخاذ القرار بإنشاء المدينة يمكن أن يتم تحديد موقع بعينه، أو إقليم تقام فيه المدينة يستحسن أن يكون محيط منطقة الدراسة في حجم واتساع كبير، وليكن على مستوى الأقاليم مثل منطقة القاهرة الكبرى حتى يتسنى وجود بدائل تخطيطية يمكن تقييمها ثم اختيار أنسبها مع التحكم في عملية توطين مستلزمات وتجهيزات

الصناعات المكتملة لها ومعرفة خصائصها. كما يمكن تحديد المناطق ذات الخصائص المتشابهة اعتماداً على المعطيات الطبيعية بها.

أي أنه إما أن تحدد إحدائيات لموقع المدينة فليس هناك مجال للتدخل في اختيار الموقع أو أن يحدد إقليم معين بأن يكون القرار هو (إنشاء مدينة في جنوب محافظة الشرقية في المنطقة 1)، وبذلك يكون هناك احتمال لاختيار عدة مواقع يراعى فيها تحديد أبعاد بيئية واجتماعية، واقتصادية، وصناعية معينة.

وفى الأغلب الأعم يكون اتخاذ القرار في البلاد النامية خاضع للنمط الأول في تحديد الموقع بينما في البلاد النامية قد يكون القرار من النمط الأول أو الثاني حسب الهدف من إنشاء المدينة وقد يكون الموقع صغير أو ذا أهمية إستراتيجية، أو يقصد من وراء إنشاء المدينة في هذا الموقع هدف معين غير عمليه التنمية السكانية.

3-2 مرحلة إعداد و تحليل قائمة العناصر الإيكولوجية بالمنطقة

يبدأ دور الإدارة البيئية في دراسة الموقع المقترح، وذلك بإعداد قائمة بعناصر التقييم المعتمد في وزارات وهيئات التخطيط للحكم على صلاحية المواقع، حسب الغرض من إنشاء المدينة من خلال عدد من المعطيات من بينها الطقس وتضاريس الأرض والمياه والمعطيات الفيزيائية والنباتية والحيوانية واستغلال الأرض.

يلي ذلك تحليل هذه البيانات من حيث الاستعمالات المنتظرة أو المقبلة للأرض في نطاق كل منطقة من الجهة الجغرافية المدروسة أو بصفة أدق دراسة العناصر الإيكولوجية من حيث تأثيراتها الإيجابية أو السلبية على كل استعمال ممكن للأرض مثل السكن و الزراعة و الصناعة.

يتم إعطاء كل عنصر قيمة معينة وتختلف هذه القيمة حسب الغرض من المدينة، فمثلاً كلما كانت طبيعة التربة أقرب للمواصفات الصالحة للزراعة وكان الغرض من إنشاء المدينة صناعي فيكون تقييم التربة منخفض، أما في حال ما إذا كان الغرض إنشاء مجمع زراعي فيكون تقييم التربة مرتفع، وكذلك يكون تقييم الطرق

أعلى في المدن الصناعية عنها في المدن السكنية أو الزراعية، ويأخذ القرب من الجبال والمرتفعات تقييم أعلى في حال إنشاء المنتجعات السياحية والسفاري ويكون نفس التقييم منخفض في حال إنشاء المدن السكنية أو الزراعية.

تقوم الإدارة البيئية بالاستعانة بخبراء دراسة طبيعة التربة في المنطقة لتحديد نوعية التربة ومدى ملاءمتها للأنشطة الصناعية والزراعية تجنباً لاستهلاك تربة صالحة للزراعة في أغراض صناعية، وكذلك خبراء GIS لإعداد الخرائط وقواعد البيانات الخاصة بذلك.

ويستعين خبراء GIS في هذا الإطار ببرمجيات عديدة منها على سبيل المثال لا الحصر، (Supermap، Arc GIS، Erdas Imagine)، وذلك للقيام بعمليات الفصل والتصنيف لنوع التربة الموجودة وتحديد مواصفاتها من حيث درجة التماسك، والانحدار، والمسامية، وعمق التربة، ومدى وجود مياه جوفية من عدمه أو وجود ثروات معدنية في باطن التربة، ويكون الحكم في ذلك لخبراء التخطيط والتربة باستخدام النتائج التي يعدها لهم خبراء GIS.

بالإضافة إلى وضع تصور للمشكلات المستقبلية وطرق حلها ومنها على سبيل المثال:

- الحد من التوسع غير المرشد للعمران.
- زيادة كفاءة شبكات البنية الأساسية.
- دعم التنمية الثقافية والاجتماعية بالمجتمع الناشئ.
- توفير بدائل مختلفة لمخططات التنمية والاستثمار.
- تحديد مصادر التلوث البيئي المختلفة المحتملة.
- دعم خطط تحسين توزيع الكثافات السكانية وتفرغ المساحات المبنية من أجل تخفيف احتمالية التركيز في محور أو منطقة بعينها.
- توزيع الخدمات بعدالة.
- خطط التنمية ومراقبة النمو العمراني.

- مقارنة المخطط بالواقع خلال فترات زمنية لضمان استمرار خطة التنمية على مسارها.

وبالتالي نخرج بنتائج معينة وهي مدى ملاءمة المنطقة المقترحة لإقامة المدينة أو أجزاء منها للغرض المخصصة له، وذلك بعد الرجوع للدراسات الخاصة بمتطلبات إنشاء المدن، ونوعية التربة الصالحة لإقامة المساكن، أو المصانع، أو البحث عن منطقة أخرى تتوفر بها الشروط المطلوبة.

وفي حال ما إذا أثبتت الدراسات عدم ملاءمة المنطقة، يبدأ دور مسؤولي إدارة الأزمات في وضع التصورات والسيناريوهات الممكن حدوثها حال تم تنفيذ المدينة في هذا الموقع بعد دراسة أسباب الرفض أو القبول كأن يكون نتيجة التعرض لأمطار غزيرة قد تؤثر على نوع التربة أو التأثيرات المحتملة للأنشطة البشرية على التربة في هذا الموقع أو عدم ملاءمة التربة لإقامة المصانع، وتحمل ضغط المعدات، واهتزازاتها، أو احتمال وجود كهوف في باطن الأرض، والتعرض لانهيارات أرضية، أو وجود المنطقة في مجاري السيول وما ينجم عنها من خسائر مادية وبشرية.

كما حدث في محافظة البحر الأحمر نتيجة بناء المدن في مجاري السيول أو وقوع الموقع الجديد في مواجهة منطقة صناعية ومدى تأثيره بأدخنة مصانع هذه المنطقة والأخطار الصحية على القاطنين المحتملين، أو مدى القرب والبعد عن المرافق الحيوية، ومدى إمكانية توفيرها والتكلفة المحتملة نتيجة عدم توافر هذه المرافق، والخدمات بما يؤثر على الخطة الزمنية لشغل المدينة.

ويتم إعداد تقرير مفصل بنتائج هذه الدراسات وعرضها على متخذ القرار بشأن استكمال إجراءات تخطيط المدينة أو تغيير موقعها كلياً أو جزئياً وفي حال مراعاة هذه التوصيات في اختيار الموقع يمكن القول أنه تم اختيار موقع صديق للبيئة يقدم الأبعاد الاجتماعية والبيئية على الأبعاد الاقتصادية والسياسية.

وأماكن إقامة السكان معها، في حين أنه لم تتطرق أي من هذه النظريات للاعتبارات البيئية أو تأثيرها في اختيار أو تخطيط مواقع الصناعات، وكيفية تجميعها مع بعضها البعض بما لا يضر بالبيئة ولا يفقدها توازنها، حيث أن قضايا البيئة لم تكن مطروحة على المستوى الدولي ولا المحلي ولم يكن هناك الاهتمام أو الوعي الكامل لذلك.

مثلاً في مصر نجد أن التخطيط الصناعي قد بدأ الاهتمام بأبعاده البيئية بعد صدور كل من قانون التخطيط العمراني رقم (3 لسنة 1982). مثال ذلك ما ورد في اللائحة التنفيذية- الباب الثاني- الفصل الخامس- مادة 68 (التقاسيم في المناطق الصناعية).

أما عن المنطقة السكنية، نجد أن الفكر التخطيطي للمجتمعات العمرانية الجديدة تطور خلال النصف الثاني من القرن العشرين وذلك من خلال عدة مراحل متتابعة، نجد أن فكر تخطيط التجمعات العمرانية على تحديد المخطط العام لاستعمالات الأراضي لمنطقة المشروع كأساس لرسم المخططات العمرانية والاجتماعية والاقتصادية، ويوضع المخطط العام لاستعمالات الأراضي بناءً على الشروط المرجعية التي يضعها عدد من الخبراء في الوزارات والجهات.

ومن هذه النقطة يبدأ أفراد التخطيط في وضع التصور المبدئي للتخطيط العام للمدينة في ضوء مراعاة الأبعاد البيئية والاجتماعية والاقتصادية وذلك بعد أن تمت مراعاة البعد السياحي أثناء اختيار الموقع وبمتابعة أفراد الإدارة البيئية ويجب تحديد عدة اعتبارات منها:

- تحديد اتجاه الرياح.
- تحديد قرب خطوط المواصلات.
- وقرب مواقع التزود بالخدمات الأساسية (الأمنية والطبية والتعليمية).
- تحديد مسارات المرافق الأساسية (الماء- الكهرباء- الغاز- الصرف الصحي).

- تحديد المناسيب في كامل المنطقة لتحديد كميات الحفر والردم المطلوبة لتمهيد وإعداد التربة للاستخدام.
- خريطة توضح الموارد الأرضية في باطن الأرض من بترول أو غاز أو معادن وغيرها (تحسباً لاحتمال وجود ثروات في باطن الأرض تستدعي التنقيب عنها بعد إنشاء المدينة مما يضيع أموالاً طائلة على الدولة ويهدد ثروات واستقرار المدينة الجديدة).
- بالإضافة لعدة اعتبارات أخرى تختلف من مدينة لأخرى ومن دوله لأخرى وحسب الغرض من المدينة.

وفى هذا الإطار يتم الاستعانة بخبراء نظم المعلومات الجغرافية لتوفير خرائط توضح هذه الاعتبارات على خرائط بمقاييس رسم مختلفة ومناسبة للغرض، فمثلاً خرائط اتجاه الرياح والمطر تكون خرائط صغيرة ذات مقياس رسم كبير (هناك علاقة عكسية بين مقياس الرسم والمساحة التي تغطيها الخريطة)، أما خرائط الخدمات والمرافق فتكون متوسطة ويمكن أن تكون ذات مقياس 1:500000، أما خرائط المناسيب فيجب أن تكون كبيرة ليتمكن التعرف على المناسيب كل مسافة 10 م على الأكثر.

- وبذلك يتم تحديد تصور عن مواصفات الموقع العام للمدينة، ونحدد مدى احتياجه للمرافق والخدمات وهل سيتم تزويده بالخدمات من المرافق القريبة أم أنه يحتاج إلى شبكة خاصة به ويجب على فريق إدارة الأزمات الإجابة على الأسئلة التالية:
- هل الميزانية الموضوعة مناسبة تسمح بعمل شبكة مرافق جديدة؟
 - هل تكون الطاقة الاستيعابية للشبكة الجديدة كبيرة أم متوسطة أم قليلة؟
 - ما هو التصور الخفي وراء كل اختيار؟
 - ما هي الآثار المترتبة على الاعتماد على هذه الشبكة بالنسبة للمدينة الجديدة حال اللجوء إلى خيار التزود من اقرب شبكة؟
 - ما هي الآثار المترتبة على ذلك بالنسبة للمدينة التي سنتزود من شبكتها؟



بعد الإجابة على الأسئلة السابقة توضع الإجابات مع التحفظات لمواجهة المشكلات التي قد تطرأ أو التوصيات المدعمة للقرار أمام متخذ القرار الذي يتولى بدوره اختيار القرار بناء على ما رآه من موارد متاحة وتصورات مستقبلية كجزء من الخطة الإستراتيجية للدولة سواء طويلة أم قصيرة أم متوسطة.

- أسلوب الحد من المخلفات الصناعية كافة أنواعها سواء أكانت صلبة أو غازية أو سائلة، ومنها المواد السامة والخطر والثقيلة غير قابلة لإعادة الاستخدام.
- أسلوب الحد من التلوث الناتج عن عوادم السيارات ووسائل النقل العام والتوازن بين أهمية كل من وسائل النقل الجماعي العام أو النقل الفردي الخاص.
- أسلوب الاستفادة من مخلفات مواد البناء الناتجة عن عمليات التشييد وعدم إهدارها.
- أسلوب الحد أو خفض استهلاك الطاقة سواء في مرحلة بناء المشروعات أو في مرحلة تشغيلها واستعمالها.
- خفض استهلاك الطاقة في تصنيع مواد البناء وأي منتجات صناعية أخرى.
- أساليب الري والتشجير وتنسيق المواقع من منظور بيئي.
- أساليب الاقتصاد والتوفير في استهلاك المياه على المستوى العمراني والمعماري وفي الصناعة.
- أساليب الاستفادة من الطاقات المتجددة مثل الطاقة الشمسية وطاقة الرياح والغاز الحيوي على المستوى العمراني والمعماري.
- أساليب التصميم المعماري والبناء الموفر لاستهلاك الطاقة والموفى لرغبات مستخدمي المساكن.

IV- المدخل البيئي لوضع المخطط العام للمدينة (الصناعي والسكني)

لقد كان دور المخطط العمراني في الفكر التقليدي لتخطيط التجمعات العمرانية الجديدة يعتمد أساساً على ترجمة متطلبات الشروط المرجعية للتجمع السكني إلى خرائط لمخطط استعمالات الأراضي مرفق بها الدراسات الاجتماعية والاقتصادية والتقارير الفني المكمل لمجموعات الخرائط والمخططات العمرانية.

وكان المخطط العمراني يقوم بدراسة طبوغرافية للموقع أولاً، والمحددات المناخية والطرق والمرافق المحيطة والمؤدية إلى التجمع السكني ثم يضع عدد من

البدائل التخطيطية لمخطط استعمالات الأراضي مع القيام بتقييم تلك البدائل وصولاً إلى البديل الأمثل الذي بناءً عليه تتم الدراسات الاقتصادية والاجتماعية للتجمع السكني.

وكان المخطط العمراني يسعى إلى تحقيق أنسب توزيع لمستويات الإسكان ومعايير توفير الخدمات المختلفة على المخطط العام. ثم يبدأ في تحديد مراحل النمو العمراني للتجمع وفقاً لمعطيات الشروط المرجعية وانعكاس ذلك على مراحل نمو الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية ومنها:

- تبدأ عملية التخطيط الداخلي بالفصل بين جزأين رئيسيين هما الجزء المخصص للاستخدام السكني، والجزء المخصص لإقامة المنطقة الصناعية، حيث يكون الجزء المخصص لإقامة المنطقة الصناعية لا يلقى بالرياح على المنطقة السكنية، كما يوضع في الاعتبار التوسعات المستقبلية للمنطقة السكنية والصناعية وسهولة الوصول من السكنية إلى الصناعية والعكس، وذلك بترسيم الطرق في اتجاهات طوليه وعرضية مباشرة وبأبعاد تراعى طبيعة الاستخدام.

- إذا تاخم التقسيم منطقة سكنية وجب ترك شارع فاصل بين أرض التقسيم لا يقل عرضه عن ثمانية أمتار وبشرط ألا يخل ذلك بالارتداد الخلفي المقرر لقطع التقسيم للأنشطة التنفيذية.

- أثناء تخطيط المنطقة السكنية لا بد أن يتم الدمج بين البعد البيئي والاقتصادي والجمالي في المنطقة بحيث يجب توفير مساحات خضراء في المنطقة، وبشكل يناسب الأعداد المخطط لها شغل المدينة على ألا يؤثر ذلك على المواقع الاقتصادية المهمة والمميزة داخل المدينة، وفي نفس الوقت ترسم بشكل يبعث الراحة والسرور على النفس، ويجب الاستفادة من الخبرات السابقة كتصميم قرية القرنة وقرية باريس للمعماري الفنان الراحل (حسن فتحي) الذي استخدم فيها الطين وخامات البيئة المحلية، وراعى فيها كل الأبعاد البيئية والهندسية والجمالية ما جعلها تحفة معمارية.

- ويجب أن يضم فريق التخطيط مخططين لديهم وعى بالأبعاد البيئية والاقتصادية والجمالية ويجب مراعاة اتجاهات الهواء أثناء تصميم المساكن

- وان تتخذ التصميمات أشكالاً متناسقة وألوان الواجهات متقاربة في الألوان والتصميمات.
- كما يجب أن يراعى توزيع الخدمات الداخلية كالمدارس والحضانات، والمستوصفان، أو المستشفيات، ونقاط الإسعاف، والإطفاء، والشرطة، ومراكز الصيانة وغيرها.
- يجب أن يتم توزيعها على كامل المنطقة السكنية لا أن تتركز في موقع واحد فتؤدي مستقبلاً إلى حدوث زحام في هذا الموقع ويتطلب معالجة الوضع نفقات جديدة.

4-1 تخطيط المنطقة الصناعية

هناك العديد من الأمثلة والتطبيقات التي نجحت في تبني مبادئ وأسس الإيكولوجيا الصناعية في بعض الدول الغربية، على الرغم من كون هذه التجارب لم يتم تخطيطها الصناعي من البداية على مبادئ علم البيئة الصناعية ومن هذه التجارب مدينة الميناء (كلاوندبورج بالدنمارك).

وهي إحدى أهم الأمثلة التي يحتذى بها لما يمكن أن يحققه التكافل الصناعي، على الرغم من أن هذه المدينة لم تخطط كمنتزه بيئي (eco - park) إلا أنها بفضل المبادرات الفردية من رجال الأعمال والتعاون بين العديد من رجال الصناعة الصغار والكبار تحققت بالمدينة العديد من مبادئ علم البيئة الصناعية، ومع ظهور علم البيئة الصناعي وعلم الإدارة البيئية أصبحت الحاجة أكثر إلحاحاً لتصميم بيئات صناعية أكثر مراعاة للظروف البيئية كالتالي:

- تبدأ مرحلة إعداد قاعدة بيانات إيكولوجية عن المنطقة استناداً إلى الدراسة السابقة عند اختيار الموقع وذلك لتحديد مدى تأثير البيئة المحيطة بأنواع الصناعات سواء كانت محميات طبيعية، أو تجمعات سكنية، أو مستشفيات، أو مدارس، أو مناطق ساحلية، أو غابات، أو أي نمط من أنماط الحياة المحيطة بالموقع، وذلك لدراسة تأثيرها جراء إنشاء المدينة الجديدة، وغالباً تدرس على أساس تأثير المنطقة الصناعية واتجاه الرياح في المنطقة وبذلك

نقف على التأثيرات المحتملة لإنشاء المنطقة على البيئة المحيطة ونضع التصورات المحتملة وطرق المواجهة لعلاج المشكلات أو تلافي حدوثها.

- ثم نبدأ في بناء قاعدة بيانات تفصيلية للصناعات المراد توطينها في المنطقة ويجب أن تتضمن قاعدة البيانات كل التفاصيل الخاصة بمدخلات ومخرجات الصناعات المراد توطينها، بالإضافة للحدود العتبية المسموح بها من المخلفات والملوثات والحدود القصوى المحتملة بناء على مرجعيات وزارة البيئة ووزارة الصناعة وهيئة الأمم المتحدة.

ويجب الوضع في الاعتبار عدم تجاوز أي من هذه الشركات للحدود المسموح بها، ويفضل الفصل بين الصناعات، هذا وتوجد عدة اتجاهات لتوزيع الصناعات تختلف من دولة لأخرى كالتالي:

- الاتجاه الأول: تصنيف الصناعات حسب طبيعة المخلفات:

- * الصناعات ذات المخلفات التي لا تمثل ضرراً شديداً لأنظمة البيئة.
- * الصناعات التي ينجم عنها مخلفات تعتبر ضارة لأنظمة.
- * الصناعات ذات المخلفات شديدة السمية وشديدة الضرر بالأنظمة البيئية.

- الاتجاه الثاني: تصنيف الصناعات حسب أسلوب القوائم:

هو أسلوب إداري تم وضعه من قبل الجهات البيئية المختصة (جهاز شئون البيئة) في مصر ويعتمد على تصنيف المشروعات الصناعية تبعاً لشدة الآثار المحتملة عنها إلى ثلاث فئات، أو قوائم تحتاج إلى ثلاث مستويات مختلفة من إجراءات تقييم التأثير البيئي (EIA) وهي كالاتي:

- * تصنيف الصناعات حسب درجة التلوث.
- * تصنيف الصناعات حسب الخطورة البيئية.

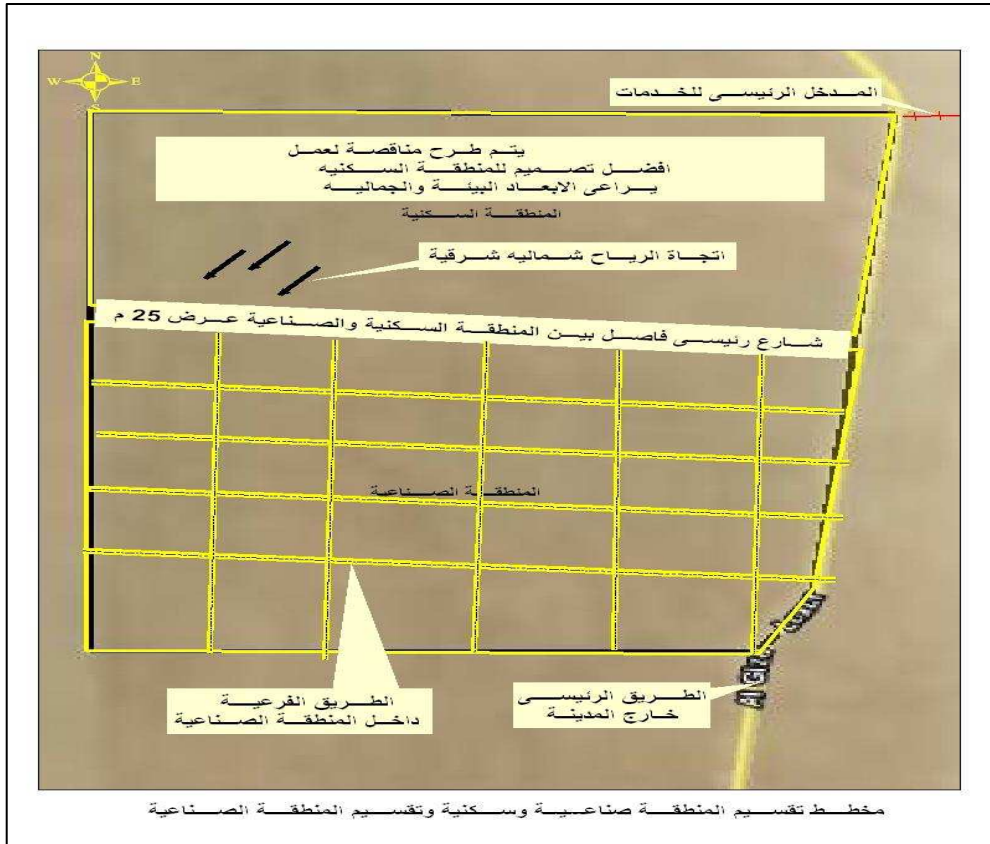
يمكن تصنيف الصناعات إلى خفيفة وثقيلة حسب مدى تأثيرها، وخطورتها على البيئة، والصحة العامة ويمكن تفصيل ذلك كالاتي:

- **الصناعات الثقيلة:** هي الصناعات التي تعتمد على المواد الخام ذات الكميات والأحجام الكبيرة لذلك يمكن تحديد مواقع لها بالقرب من الموانئ أو السكك الحديدية أو المجرى الملاحية أو الطرق الرئيسية، وتعتبر الصناعة ثقيلة إذا كانت تؤثر على استخدامات الأراضي المجاورة لها فنكون مصدر مضايقة أو خطر على الصحة العامة، ومن أمثلة هذه الصناعات: الأسمدة العضوية، وصناعة الأحماض بأنواعها، وأفران صهر الحديد والأسمنت.

- **الصناعات الخفيفة:** هي الصناعات النظيفة التي لا ينتج عن وجودها أي أضرار (روائح، أو غازات، أو مضايقات أخرى) سواء نتيجة استحداث وسائل لمنع حدوث هذه الأضرار، أو أن طبيعتها لا تسمح بحدوثها، ومن أمثلة هذه الصناعات: صناعة المواد الغذائية.

ويمكن تجهيز ملحق للمنطقة الصناعية في موقع بعيد يتم تسكين الصناعات التي لا يمكن تصنيفها ضمن الصناعات المتفق عليها ملحق في المنطقة الصناعية ويجب أن يكون في أبعد نقطة في منطقة التوسعات وأن تكون لها مرحلة توسعات خاصة بها لضمان عدم التحامها مع المنطقة في المستقبل، أو التقدم إلى إحدى المناطق الصناعية التي يمكن أن تتواجد بها هذه الصناعات لتوطين المصنع بها.

تتولى الإدارة البيئية بالتعاون مع وزارة البيئة إعداد هذه الأدلة والتأكيد على توثيق هذه البيانات بالشكل الدقيق الذي لا يسمح بأي تجاوز بها على أن تتولى إدارة GIS بالتعاون مع الإدارة البيئية تخطيط المنطقة حسب المساحات والأبعاد المقترحة لأنواع الصناعات وذلك لأن نظم المعلومات الجغرافية تمتلك مقدرة إعداد قاعدة بيانات تفصيلية للموقع بالمساحات والأسعار ونوعية الصناعة المطلوب توطينها في الموقع وتوقيع هذه البيانات على خرائط تفصيلية يتم عرضها على المستثمرين الراغبين في العمل في هذه المنطقة.



ويتم إعداد خريطة تفصيلية للمنطقة بعد تقسيمها يراعى فيها أن تتجاوز الأنشطة المتشابهة وتفضل أن تقسم المنطقة إلى مناطق صناعات ويمكن الأخذ بنظام العناقيد الصناعية والذي يعنى ظهور صناعات خدمة حول الصناعة الأم وحول الصناعات المغذية تنشأ صناعات مكمله، ففي صناعة النسيج تنشأ صناعة الغزل والنسيج صناعة أساسية ثم تنشأ على إثرها وحولها صناعة الصباغة ثم تجاورها صناعة التغليف والتجهيز ويكون ذلك مصدر جذب لصناعة الغزل والنسيج وبمرور الوقت تتطور المنطقة وتصبح منطقة صناعات متخصصة وهو ما حدث في الصين وفي بعض الدول المتقدمة التي أنشأت مناطق مخصصة لصناعات بعينها ووفرت لها الخدمات المناسبة والتي أدت إلى نموها وتطورها على النحو السابق الإشارة إليه:

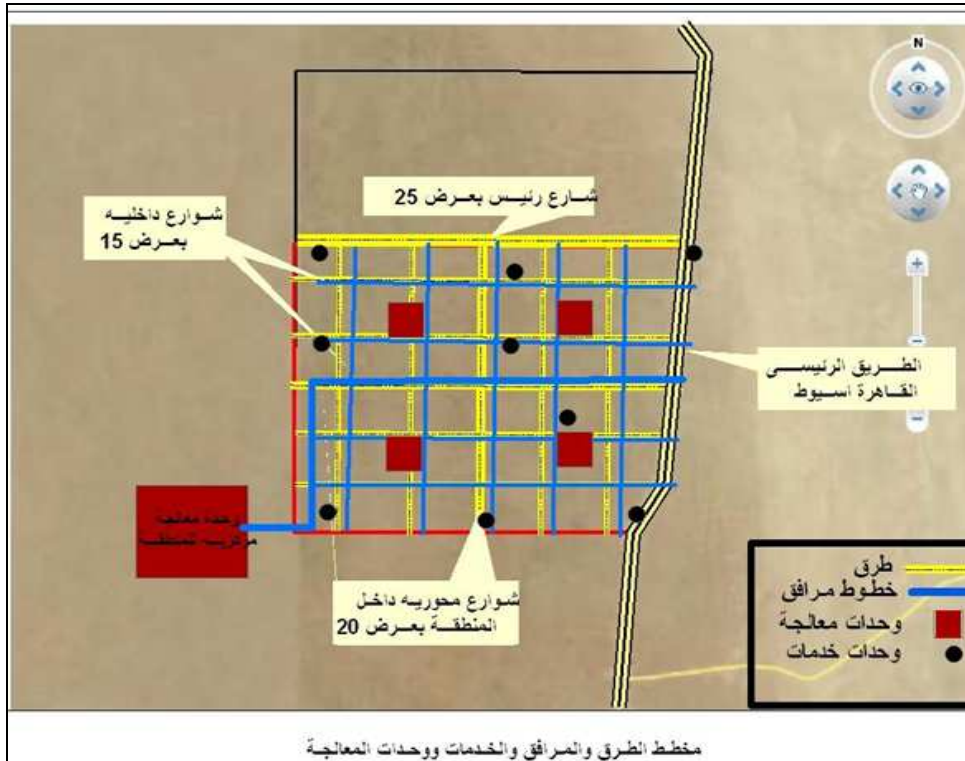
- * منطقة الصناعات الغذائية.
- * منطقة الصناعات الورقية.
- * منطقة الصناعات الكيماوية.
- * منطقة الصناعات البلاستيكية.
- * منطقة الصناعات المعدنية.
- * منطقة الصناعات الهندسية.

وهنا يجب الوضع في الاعتبار احتمال تواجد الصناعات المغذية والتي تنشأ بجوار الصناعات الرئيسية لتقدم لها خدمات معينة فبجوار مصنع تجميع السيارات يحتمل إنشاء مصنع لصناعة لدائن البلاستيك أو مصنع للبطاريات أو مصنع لصناعة الضفائر الكهربائية وهنا تتنبه الإدارة البيئية إلى أن هذه العملية قد تفسد التخطيط البيئي لأن هذه الصناعات منها ما هو ملوث بدرجات عالية ويجب أن لا تمنح تراخيص إنشاء لها إلا في الأماكن السابق الإشارة إليها بأنها من الصناعات الملوثة حسب تصنيف وزارة البيئة.

وعند دراسة مخطط المرافق تتولى الدولة توفير المرافق بشكل أساسي إلى القرب من المنطقة بالشكل الذي يسهل الحصول على وصلات من هذه المرافق وهو ما يتبع في المناطق الصناعية حيث تقوم الحكومة بمد خطوط الصرف الصناعي والصحي ويجب الفصل بين الشبكتين تماما، كما تقوم بمد خطوط الكهرباء والغاز إلى داخل المنطقة في الشوارع الرئيسية ويضع مناطق للسحب منها تكون معروفة للقائمين على عمله الترفيق والإدارة الهندسية ويمكن توضيح هذه النقاط على خرائط كبيرة تفصيلية تتوافر لمن يرغب في الحصول عليها من القائمين على الترفيق مع الوضع في الاعتبار أهمية وخطورة هذه الخرائط استراتيجياً لتفادي استغلالها في أي أعمال تخريبية أو انتقامية وأيضا يجب الحفاظ عليها لاستخدامها في عمليات تجديد الشبكة مستقبليا أو التوسعات التي قد تتطلبها المراحل المستقبلية وبعد الانتهاء من مد الشبكات في المناطق الرئيسية للمنطقة تصبح لدينا مجموعه من خرائط الأساس لكل من:

- * خريطة شبكة للصرف الصناعي.
- * خريطة شبكة الطرق.

- * خريطة شبكة للصرف الصحي.
- * خريطة شبكة للمياه.
- * خريطة شبكة الغاز الطبيعي.
- * خريطة شبكة للكهرباء.
- * خريطة شبكة اتصالات سلكية ولاسلكية حسب إمكانيات المطبقة.
- * خريطة شبكة طوارئ للغاز وأخرى للمازوت (تحتسباً لاحتمال حدوث أزمة في الغاز أو للصناعات التي تعتمد أساساً على هذه العناصر).
- * خريطة لغرف الصيانة الخاصة بكل شبكة حيث يجب وضع غرف للصيانة لكل شبكه تساعد على سهول متابعه وحل الأعطال أو إجراء التوسعات أو إجراء عمليات الإحلال والتبديل المستقبلي.



- وبعد الانتهاء من هذه المرحلة يجب دراسة أمرين هامين:
- هل تتولى إدارة المنطقة تنفيذ مد المرافق من الشبكات الرئيسية إلى المصانع ثم تتولى جمع مقابل هذه العملية.
 - تترك للمصانع تنفيذ هذه الأعمال.

وتقوم إدارة الأزمات بدراسة الموضوع وتقدم الاحتمالات والعقبات في كل حل منهما؟

* حال أن تتولى المنطقة إنشاء شبكات الصرف والمرافق بشكل مركزي ستكون التكاليف مرتفعة للغاية. وقد يصعب تحملها إلا أن الجانب الايجابي يتمثل في التحكم الكامل من إدارة المنطقة في الملوثات الناتجة من المصانع، وبمتابعة تحليل دوري من هذه العينات يمكن الحكم على الشركة أو المصنع في مدى إتباعه للإرشادات والتعليمات البيئية، ومدى الالتزام بالحفاظ على البيئة، وبرصد أي تغير في مكون مخرجات العمليات الصناعية لأي مصنع يمكن إجراء تقصى مبدئي عن سبب هذا التغير هل هو زيادة في الطاقة الإنتاجية أو تغير في نوع الخامات المستخدمة أو حدوث خلل في العملية الصناعية في المصنع أو عطل في أحد ماكينات المصنع أدى لتغير تركيب المخرجات وبعد ذلك يمكن اتخاذ الإجراء المناسب لكل سبب:

- بالنسبة لعنصر التكلفة يمكن الرد عليها بان يتم عمل مقايسة فنية لحساب تكاليف مد الشبكات لكل مصنع وبالتالي تحميل كل مصنع نسبته في التكاليف بالإضافة إلى نسبة من محطة معالجة مركزية في كل مرمله حتى نصل إلى الحد الأدنى من المخلفات ويمكن إنشاء محطات تحليه فرعية عند كل مجمعه صناعية متشابهه في العمل.

- على أن يتم إنشاء محطة معالجة مركزية في نهاية كل مجموعة صناعية وبذلك يمكن العودة بالماء إلى شبكات التغذية مرة أخرى للمصانع التي لا تحتاج إلى كمية نقيه بنسبة 100% مثل الصناعات غير الغذائية ويمكن محاسبتها على كميات المياه بسعر أقل من نظيرتها

التي تحتاج إلى مياه نقية بشكل أساسي وبذلك نكون حققنا أحد أبعاد التنمية البيئية والتنمية المستدامة وهو الحافظ على الموارد حيث أن تنفيذ هذه العملية بهذا الشكل في المناطق الصناعية ستوفر كميات كبيرة من المياه تساهم في حل أزمة المياه اللازمة للري والأنشطة الأخرى كما سنحافظ على شبكات الصرف حيث أن صرف المخلفات دون معالجة يؤدي إلى تلف هذه الشبكات مما سيتطلب إعادة صيانتها أو إحلالها في فترات قصيرة مما يؤدي لاستنزاف موارد يمكن استخدامها في مجالات أخرى.

* في حال أن يقوم المستثمر بمد الشبكات بمعرفة قد يوفر هذا كثير من الأموال على المنطقة يوفر حرية الاستخدام المستثمر لخامات معينة من المواد أو الخامات لتنفيذ الشبكات وقد يقوم بتنفيذ هذه الأعمال مرحلياً بما يتوافق مع قدراته المادية في مرحلة الإنشاء والتي تتطلب رؤوس أموال ضخمة مما يعطل العمل بعض الأحيان، في حين يساعد التنفيذ المرحلي للخدمات على سرعة البدء في العمل فقد لا يحتاج إلى نوع معين من الشبكات في بداية التشغيل ويستكملها فيما بعد إلا أننا سنجد المنقطة عبارة عن جزر منعزلة من الشبكات تختلف في قدراتها وفي الخامات المستخدمة في تنفيذ الشبكات الداخلية ويمكن فقد السيطرة على متابعة المخرجات بشكل مناسب وقد يؤدي ذلك إلى احتمال تنفيذ شبكات بعض الشركات بشكل غير مناسب ينتج عنه أعطال مفاجئة مستقبلياً يهدد البيئة في المنطقة كانهجار مواسير الصرف أو انقطاع خدمات الكهرباء أو تسريب في خط الغاز.

إلا أنه وفي حال اختيار أي من البديلين يجب أن يوضع في الاعتبار إنشاء محطات معالجة فرعية عند مخرج كل مصنع ومحطة معالجة فرعية أكبر عند مخرج كل تجمع صناعي متشابه بالإضافة إلى محطة معالجة مركزية عند مخرج المنطقة الصناعية، وبذلك يمكن تقليل المخاطر التي قد تتجم عن سوء تنفيذ أي من الشبكات، أو عن مشكلات جزئية في المخرجات من المصانع.

ويجب أن يكون تنفيذ أي من البديلين إجباري في المنطقة حيث يتخذ المسؤول عن إدارة المنطقة أي من البديلين ويصبح إلزاماً على المصانع تنفيذه وينص على ذلك في عقود الاتفاق بين المنطقة والمصنع.

وبعد التوصل للقرار المناسب في هذا الصدد نبدأ في وضع الضوابط والاشتراطات الواجب مراعاتها على الشركات الراغبة في العمل في المنطقة، بأن تقدم كل شركة دراسة اقتصادية مصحوبة بدراسة جدوى بيئية كاملة عن نشاطها وإنتاجها والتوسعات المحتملة ومدى احتياجها من الخدمات والمرافق ومواقع التخزين والاشتراطات التخزينية المطلوبة ومدى قدرتها على الالتزام بهذه الاشتراطات بحث لا يؤدي في المستقبل إلى حدوث أزمات سواء في التوزيع أو في التخلص من المخلفات.

ويجب تحديد موقع امن لدفن المخلفات، ويجب أن يستوفى الشروط اللازمة سواء من حيث المساحة، أو العمق، أو التبتين، ومن حيث تعدد المكامن فالمدفن الصحي الآمن ينقسم إلى أجزاء يتم تغطية الجزء الذي تم ملؤه بالمخلفات ولا يتم الكشف عنه وإنما يمكن أن يستغل سطحه لأغراض المنفعة العامة بشرط أن يكون الاستخدام خفيف كأن تكون حديقة عامة أو منتزه ولا يصلح لإقامة مساكن أو مصانع أو غيرها، ويجب أن يعلن أن هذا المكان مدفن.

ويجب على كل شركة أن تتعهد بالالتزام بالاشتراطات البيئية ويكون هذا التعهد من أساسيات إصدار الموافقات للترخيص للعمل في المنطقة.

4-2 خطة الإدارة البيئية في متابعة البيئة الصناعية

في هذه المرحلة نعتد على إعداد خطة متابعة سريه للمصانع يتم من خلالها التأكد من مدى الالتزام بالاشتراطات البيئية السابق الاتفاق عليها ومدى تنفيذ الالتزامات البيئية سواء بالنسبة للهواء أو الماء أو المخلفات الصلبة وهنا يمكن إعداد تطبيقات محاكاة وتعتمد هذه الفكرة على إعداد تطبيق باستخدام نظم

المعلومات الجغرافية من خلاله يمكن متابعه الحالة البيئية في المنشأة وذلك بأنه في بداية التشغيل وبعد الوصول إلى مستوى التشغيل الطبيعي يتم عمل قياسات من المصنع في كل مراحل العملية الإنتاجية ويتم مقارنه هذه الحدود بالحدود البيئية المسموحة وتكون هذه خريطة الأساس للمصنع والتي على أساسها يمكن قياس أي تغير يطرأ على القياسات "فمثلا زيادة الطاقة الإنتاجية لخط الصلصة في إحدى المصانع والتي كانت تقدر بحوالي 1000 عبوة يوميا كانت تحتاج إلى 100 لتر ماء و 1000 عبوة زجاج و 100 وحدة حرارية من الطاقة وعدد 2 سيارة وعدد 5 عمال في ثمان ساعات ومساحة تخزينية 5 م² وكانت المخرجات عبارة عن كميه مياه صرف 75 لتر بالإضافة إلى 20 كجم مخلفات صلبه وكانت كميات المواد العالقة في الصرف 25%".

كل هذه البيانات تم جمعها عند اتخاذ المصنع وضع التشغيل الاعتيادي، وفي إحدى مراحل الرصد بواسطة القائمين على الإدارة البيئية زادت أرقام القياسات، وبإدخال هذه القياسات على التطبيق المعد كانت ألوان الخرائط مختلفة مما عكس اختلاف في قيم المدخلات عن القيم الأساسية، وبذلك يمكن متابعة أي تغير يحدث على أي مصنع ورصده بدقة، بل ومعرفة أسباب اختلاف القياسات ومصدرها ويمكن إعداد مثل هذا التطبيق على مستوى المنطقة ككل لقياس مدى احترام المنطقة بشكل عام للاشتراطات البيئية، لأنه على مستوى كل وحدة قد لا يكون هناك تأثير قوي، أما في حال حدوث اختلاف في قياسات المنطقة بشكل عام فهذا يعني حدوث خلل في متابعة الاشتراطات والالتزامات البيئية.

V - الاستنتاجات والتوصيات:

1-5 الاستنتاجات

- إن الدول التي أخذت بمبادئ الإدارة البيئية تمكنت من تحقيق أرباح اقتصاديه واجتماعيه تفوق 75% من تكاليف الإنتاج في شركاتها.

- إن الاخذ بمبادئ الإدارة البيئية ودمج خطط تنفيذها مع نظم المعلومات الجغرافية وإدارة الأزمات يساعد على تحقيق أقصى درجات الاستفادة من الموارد المتاحة بما يحقق عوائد اقتصادية على المدى البعيد تفوق ما تتكبده الدول من نفقات مادية على المدى القصير.

2-5 التوصيات

إن الفروع المعرفية التي تداخلت لتشكيل متن هذا البحث تمثل في مجملها طرق وسياسات منظمة للحفاظ على الموارد وإذا أردنا أن نصل إلى مستوى من التحضر في تعاملنا مع مواردنا وأن نحقق تنمية مستدامة أو متواصلة فيجب أن نأخذ بالاتجاهات التالية:

- تضمين خطط ودراسات الجدوى البيئية بجانب دراسات الجدوى الاقتصادية والتأكيد على تطبيقها ومتابعتها بجدية في المشروعات الجديدة.

- دراسة الخطط التي من شأنها تحسين النظم البيئية في المشروعات القائمة بالفعل.

- غرس قيم ومبادئ العلوم المعرفية في مجالات الإدارة البيئية وإدارة الأزمات ونظم المعلومات الجغرافية والتنمية المستدامة في مناهج التعليم بمراحله المختلفة بداية من المفاهيم المبسطة وصولاً إلى التطبيقات المعقدة مروراً بما بينهما من خطوات لنصل إلى أجيال لديها قناعه بمفهوم التنمية المستدامة والمعارف التي تصب في تدعيم هذا المفهوم وما تعكسه هذه القناعة من ممارسات وأفكار ومواقف تجاه البيئة وتجاه الموارد.

- إنشاء أقسام أو وحدات علمية في المعاهد والجامعات تتخصص في تخريج وإعداد متخصصين في هذه الفروع العلمية لتكوين كوادر تقود هذا الاتجاه.

المراجع:

- 1- جمال حواش، سيناريو الأزمات والكوارث تطبيقات عملية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 2009.
- 2- محمد أحمد عبد الله، تخطيط المناطق الصناعية، الأنجلوا المصرية، القاهرة، 2006.
- 3- عرفان على، استخدام نظم المعلومات الجغرافية لدعم القرار في إدارة الكوارث، مجلة جامعة دمشق للعلوم الهندسية، المجلد 22، العدد الأول، 2006.
- 4- هناء نظير علي، إمكانيات نظم المعلومات الجغرافية في إدارة الأزمات نموذج تطبيقي على منطقة من المرحج بإقليم القاهرة الكبرى، الجمعية الجغرافية المصرية، الملتقى الثاني للجغرافيين العرب القاهرة، 2000.
- 5- أهمية خرائط الاستشعار عن بعد في التنمية والتخطيط البيئي نموذج تطبيقي على جزيرة الذهب، مجلة المجمع العلمي المصري، المجلد الحادي والثمانون.
- 6- محمد محمود سليمان، دور الجغرافيا والجغرافي في حل المشكلات البيئية المعاصرة، مجلة جامعة دمشق للعلوم الهندسية، المجلد 20، العدد (2+1)، 2004.
- 7- منى فؤاد إبراهيم الجراحي، المشكلات البيئية التي تواجه العاملين بمصانع الغزل والنسيج بالمحلة الكبرى وسبل مواجهتها، جامعة عين شمس، معهد البحوث والدراسات البيئية، قسم العلوم الإنسانية، رسالة ماجستير غير منشورة، القاهرة، 2006.



ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION

RESEARCHS and STUDIES

SPECIALIZED SCIENTIFIC REFEREED PERIODICAL
PUBLISHED BY PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

Our Family Health Our Nation's Wealth

IN THIS ISSUE:

- **LIFE-COURSE APPROACH TO WOMEN'S HEALTH.**
- **LEVELS, TRENDS AND DETERMINANTS OF DELIVERY CARE SERVICES UTILIZATION IN EGYPT 2000-2008.**
- **LIFESTYLE AND NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN LESS THAN FIVE YEARS OF AGE IN SOME ARAB COUNTRIES.**



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

Volume IV, 10th Issue, January 2011

Scientific committee

(in alphabetical order)

Dr. Abdel Aziz Mohamed Farah	Expert in population and development strategies, Sudan.
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	Professor of Reproductive Health, Al-Azhar University, Egypt.
Dr. Ayman Zohry	Expert on Migration and population Studies, Egypt
Dr. Chabib Diab	Professor of Sociology, Lebanese University, Lebanon.
Prof. Ezz eldin Osman Hassan	Prof. OB/ GYN. Mansoura University. Executive Director, Egyptian Fertility health Foundation. Egypt.
Dr. Ezzat El Shishini	Demographic Adviser, CDC, Egypt.
Dr. Fawzi Abdelrahman	Prof. of Anthropology, Ain Chams University, Egypt.
Dr. Mawaheb T. El-Mouelhy	Physician and Researcher in Population and Reproductive Health
Dr. Mohamed Naguib	Dean of Institute for Statistical Studies and Research, Cairo University, Egypt.
Mr. Mostafa Azelmat	Expert on Demographic and Health Studies and Research, Morocco.
Prof. Mourad Kamel Hassanein	Prof. OB/ GYN. Al Azhar University, Egypt.
Dr. Osman Mohamed Noor	Professor of Demography and MENA Child in Riyadh, Sudan.
Dr. Ramez Mahaini	Regional adviser, WHO/EMRO in Cairo, Syria.
Dr. Saher Wasfi Shuqaidef	Expert in Health Programs and Systems Evaluation. Jordan.
Dr. Salma Galal	Expert on Health, Population and Development Issues, 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

Dr. Ahmed Abdelmonem

PAPFAM Manager

Managing Editors

Rabah Halimi

Arwa Hashem

**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: papfaminfo@papfam.org**
 - **Tele/ fax: +202 - 27363834**

**ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION
RESEARCHS and STUDIES
SPECIALIZED SCIENTIFIC REFEREED PERIODICAL
PUBLISHED BY PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH**

In This Issue:

Topic	Page
- Life-Course Approach to Women's Health.	
Abdul-Aziz Farah, Tania Faour.....	1
- Levels, Trends and Determinants of Delivery Care Services Utilization in Egypt 2000- 2008.	
Rim Amin Elsayed.....	35
- Lifestyle and Nutritional Status of Children Less Than Five Years of Age in Some Arab Countries.	
Ahmed Abdel Monem, Marwa Ahmed Abdel Monem.....	65

Life-Course Approach to Women's Health

Abdul-Aziz Farah¹, Tania Ali Faour²

I- Introduction: Life-course Approach in Retrospect.

Since 1960, the life-course approach has developed and has become a research prototype in several disciplines of social sciences. This approach stipulates that an individual's life is composed of a series of transitions or life events which are ingrained in trajectories that give them a distinct form and meaning (*Elder, 1994; Marshall and Mueller, 2003*).

Based on this approach, the recent demographic research has contributed to deepening the knowledge of the interplay between family formation, childbearing and fertility attitudes and behaviors of individuals on one hand, and their current migratory, residential, employability and occupational statuses and patterns on the other hand (*Kulu and Milewski, 2007*). In fact, the movements of individuals between various statuses and roles are caused by their past life-events and the social relations they have formed over their lifetime (*Giele and Elder, 1998*).

During the last twenty years, the life-course epidemiology has vigorously evolved as an alternative model to the prevailing adult risk

¹ Former UNFPA Advisor on Population and Development Strategies, Demographic Expert for the Arab Institute for Training and Research in Statistics (AITRS).

² Associate Professor of Population Studies, Lebanese University.

model. It has come out as the study of long-term effects of physical or social exposures during gestation, childhood, adolescence, young adulthood and adult life on one's development, health and later disease risk (*Kuh et al., 2003*). Hence, a major strength of this approach is the fact that it shows how risks occurring throughout life can be identified, corrected and modified over the long time frame it takes for chronic diseases to develop (*Lynch and Smith, 2005*).

In the field of women's health, this approach has far-reaching research and policy implications for eliminating gender disparities in social, economic and political rights and entitlements as well as empowering women to become an effective driver for achieving the national and global development goals. This paper uses the life-course approach to conceptualize women's health needs and services and to explore the interventions needed to remedy early life events that, if left unattended, would adversely shape women's current and future health trajectory.

Thus, the life-course approach taken in this study is anticipated to foster a deeper understanding of how interventions in childhood through adolescence, reproductive years and beyond, affect women's health later in life and across the generations. It also highlights the interplay of biological and social determinants of women's health and draws attention to the role of gender inequality in increasing women's exposure and vulnerability to risk, limiting their access to health care and information, and impacting on their health outcomes. Thus, in the contemporary fast-changing demographics, the paper calls for preventing and managing the risk factors of today to ensure that they

do not lead to cumulative health problems and to the intensification of multiple risks in the later life of women and their communities.

II- Women's Health: Widespread and Persistent Inequalities.

Women's health is highly sensitive to socio-cultural, economic and political variations between and among developed and developing countries. Improving women's health is also considered as a powerful component of poverty reduction strategies and the principles of human rights enshrined in the recent UN social and economic development conferences and summits. The Millennium Summit's Declaration (*A/RES/55/2*) commits governments to promote gender equality and the empowerment of women as effective ways to combat poverty, hunger and disease. It also addresses "the equal rights and opportunities of women and men" and pledges to combat all forms of violence against women and to implement the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (*UN, 2000*).

Regardless of the level of worldwide commitment to women's health, there remain large gaps and critical challenges facing national, regional and global efforts in realizing the MDG targets and indicators pertaining to women's health development and the gender equality goals. Obviously, the developing world's health and social systems' capabilities for achieving these goals by 2015 are being considerably challenged as the social and cultural realities continue to remain unfair to women's lives (*Fathallah, 2008*).

While women and men share several similar health problems, the health of women deserves particular attention. Women generally live longer than men because of biological and behavioral advantages. Reportedly, in a wide range of countries, male survival at all ages is lower than that of females, and consequently, the age-specific life expectancies are lower among males as compared with those of their female counterparts. Exceptionally, however, there are few countries for which the female survival advantages over their male counterparts have waned (*WHO, 2006*). Also, in many settings, these advantages are overridden by gender-based discrimination so that female life expectancy at birth is equal or even lower than that of males.

Furthermore, women's longer lives are not necessarily healthy lives. There are conditions that only women experience and which potentially negative impact only they suffer. Some health conditions affect both women and men but have a greater or different impact on women and require responses that are tailored specifically to women's needs. Some conditions affect both almost equally, but women and girls face more difficulties in obtaining the health services they need as a result of gender-based inequalities limiting their abilities to protect their health.

Differences in women's health conditions are also striking between and among countries and regions of the world. At every age, women in high-income countries are expected to live longer than those in low-income countries, with low death rates for children and young women and with most deaths occurring after 60 years of age. In poor countries, the opposite picture is overwhelming, with high mortality rates among female children, adolescents and young women.

The most striking difference between countries of the world is in maternal mortality, with the share of developing countries amounting to 99 percent of the annual number of maternal deaths adding up to more than 500,000 deaths. Most of the causes of maternal deaths are preventable or treatable with the available knowledge and technology.

Within countries, the health of girls and women is critically influenced by social, cultural and economic factors, such as education, household wealth and place of residence. To better understand the nature and direction of this influence, there is a need for a conceptual and operational framework for identifying life-course specific health issues, their underlying social determinants and the structural factors and processes that directly or indirectly influence those issues. Many of the underlying social determinants operate at the household and community levels, some of them perform within and/or outside the health system, while several others function as by-products of government policies and actions.

Such a hierarchical layout of the proximate, intermediate and remote determinants of women's health status inevitably helps to rationalize and conceptualize a vigilant data collection and analytical approach to assessing women's health and social status issues across their life-course trajectories.

III- The Causal Pathways Framework.

Drawing on long-standing theories of fertility determinants, scholars recognized the need to model causal relations of a health status outcome on the basis of its potential determinants and to examine the nature and viability of data for operationalizing the theoretical model, (*Farah and Preston, 1982; McCarthy and Mane,*

1992; Claeson *et al.*, 2001; Shiffman and de Valle, 2006; UNICEF, 2008). A simple but dynamic conceptual three-tiered pathways framework is depicted in Figure 1.

This framework views a woman's health outcome (ill-health or good health) as an end product of immediate factors, including household behaviors and risk factors, household resources and community factors; intermediate factors, including health service supply, other parts of the health system and supply in related sectors (such as education service supply, water and sanitation, transport and communication services), and distant (structural) factors including government policies and actions in terms of health policies and reforms as well as actions in other sectors, social and gender stratification processes, globalization, environmental degradation and climate change, etc... As shown in the Figure, the structural factors (root causes) are premised to operate through the immediate factors to ultimately have an influence on the women's health outcomes.

Figure 1
The Causal Pathways Framework
for analyzing women's health outcomes.

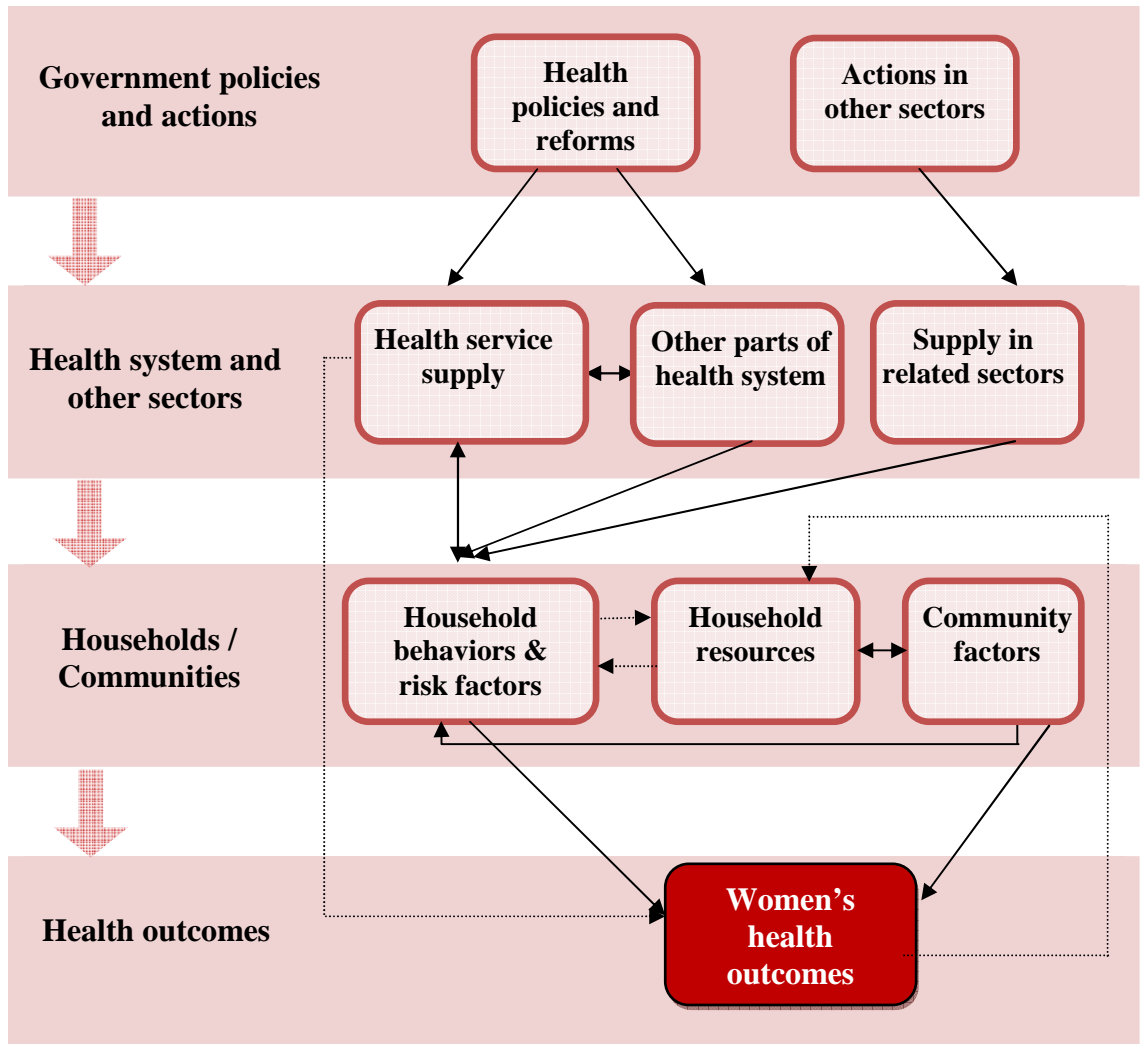


Figure adapted from Merrick (2004), Brown (2006) and Claeson et al. (2001).

3-1- Household and Community Level Factors:

Households differ in the extent to which they have access to resources, such as adequate food, clean water, sanitation, and sufficient financial resources to meet basic needs that are necessary for the good health of women and other members of the family. Hence, these and other household-level factors have an important influence on health outcomes.

Individual and family behaviors which also impact on health are often related to household assets such as educational level, access to health services, membership of formal and informal support networks, and knowledge and information.

Health-promoting behavior requires not only knowledge about how to prevent disease and promote health but also relates to the ability to act on this information. Much of the health-promoting behavior, for example behavior related to diet, sanitary practices, fertility control, childcare and utilization of health services, takes place within families.

Decisions about whether healthy practices are worth the time, effort and money to carry them out are taken within the family. Families make decisions about how much of their resources they devote to the production of health. This decision is a function of household level of income and the cost of healthy practices to individual family members and the household as a whole, as well as of the extent to which women take part in this decision.

A better understanding of the process of intra-household decision-making regarding health production is critical for upgrading the health status of women in households and that of individual members within them. It is widely acknowledged that intra-household differences in gender and age may significantly affect how decisions are made and whether a decision is beneficial for all.

As individual needs and rights differ, the adoption of a monolithic approach to data collection and analysis at the household level (in terms of gathering information solely from the head of the household) is not a welcome procedure in the context of human rights principles. Clearly, the assumption that whatever benefits one member will benefit the rest of the household is never a plausible one and should not be adopted in developing women's empowerment policies and programs.

Community-level factors also act to positively or negatively influence the health status of women. Social, cultural, economic and environmental characteristics impose varying burdens of pressure and vulnerabilities on women's health status. Community participation in both public and individual health promotion has continued to be emphasized, particularly in poorer and more remote areas. Though community participation is always gratified, yet there are many cases where social and cultural forces impinge negatively on women's health.

In general terms, communities tend to undermine the human rights of women and girls as compared to their male counterparts. Women are granted less land, wealth and property in almost all societies; yet they have more burdens of work in the economy of care – ensuring the survival and security of people, including the young and old (*Elson, 2005*). Girls are often fed less, educated less, and socially and economically protected less than boys.

Women are typically employed and segregated in lower-paid, less secure and informal occupations. Girls and women are often viewed as less capable. Restrictions on their physical mobility, sexuality and reproductive capacity are perceived to be natural and accepted codes of social construct. Legal systems also condone or even reward violence against girls and women, (*Garcia-Moreno et al., 2006*). Women are viewed as ‘objects’ rather than as ‘subjects’ (or agents) in their own homes and communities, and this is reflected in norms of behavior, codes of conduct, and laws that perpetuate their status as lower beings and lower class citizens. Evidently, women, across cultures, have less access to political power and have a lower participation in political institutions at all levels.

While the above is true for women as a whole vis-à-vis men, there can be significant differences among women themselves based on age or life-course status, as well as on the basis of economic class, caste, ethnicity, etc. Contrary to women's subordinate position is that men typically have greater wealth, better jobs, more education, greater

political clout, fewer restrictions on behavior, excessive power over women's rights and their access to resources and personal agency, and unnecessary control over women's behavior through socially condoned violence or the threat of violence.

3-2- Health System and Other Sectors.

The access of women to basic health and social services and amenities is a crucial determinant of their health outcome. For instance, the long distance to be crossed to reach a suitable facility, and the lack of transport or adequate roads by which it can be reached, pose a major challenge for pregnant women living in rural areas. Even if transportation vehicles and infrastructure are available, travel and accommodation costs, together with indirect costs such as income forgone by accompanying family members, may prove prohibitive (*UNICEF, 2008*).

Geographical distance is not the only impediment to accessing health and social services for women. Socio-cultural factors tend to influence women's attitudes and norms surrounding health, reproductive and productive career progression. (*Obermeyer, 2000*) and (*Hay, 2000*) have emphasized the role that cultural norms related to fate play in shaping decisions to seek reproductive health services and to mold the familiar four delays leading to a woman's ill-health and her death during childbearing: delays in (1) recognizing danger signs, (2) deciding to seek care, (3) reaching care, and (4) receiving care at health facilities (*Ransom and Yinger, 2002*).

Another dimension of socio-cultural influence is the position of women in society. Several authors (*e.g. Caldwell, 1986; Farah and Maas, 2006*) have argued that societies that value female autonomy and empower women have significantly improved indicators, including higher contraceptive use, higher life expectancy and lower infant mortality. Moreover, the more women are socially empowered, the more health-responsive and gender-friendly is the budgetary allocation of household expenditures.

3-3- Government Policies and Actions.

As shown in the above Figure, government policies and actions and the nature of their interplay with existing cultural and gender systems in a country constitute an important determining root layer of women's health. They operate through the lower layers of determinants (such as households) to impact on women's health outcomes.

Health policies and reforms as well as actions in other sectors (such as infrastructure, transport, energy, agriculture, water and sanitation) may influence the government's capacity to improve population health and to establish effective women-centered planning and investment.

Many governments are exploring different strategies for helping families to manage the cost of health services, particularly for pregnant and delivering women. These strategies include direct user charges, social protection initiatives such as cash transfers and

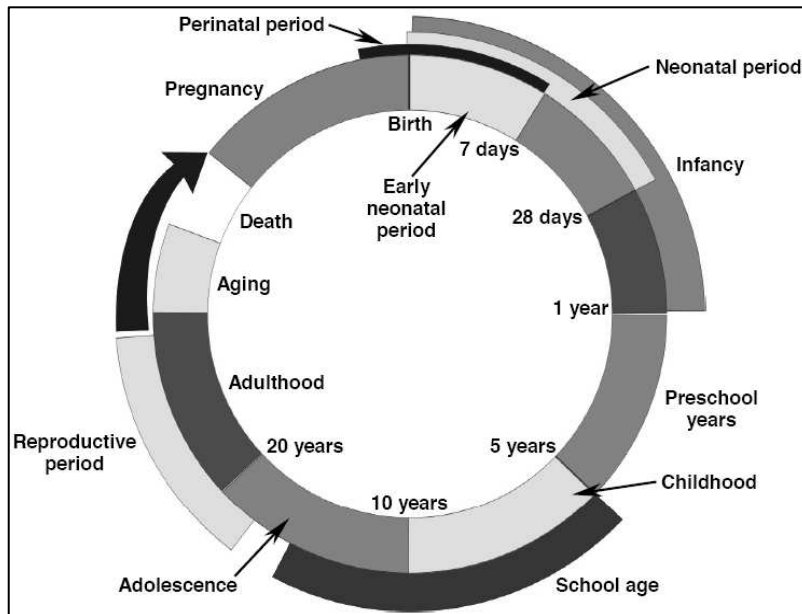
vouchers on either conditional or unconditional basis; as well as introducing national or community health insurance or subsidizing private provision of health care for poor households. Any favorable gender-responsive mix of these policies can culminate in the improvement of women's health status.

Finally, it is important to mention that reading Figure 1 in an upward direction signifies moving from the diagnostics (women's good or ill health outcomes) to the analysis and prioritization (in terms of households/ communities, as well as health system and other sectors) to the formulation and evaluation of government policies and actions. On the other hand, reading this Figure in a downward direction signifies the monitoring and evaluation of the impacts of government policies and actions on the health system and other sectors, then on households and communities, to ultimately impact on women's health outcomes.

IV- Life-course Approach and Women's Health Development.

Identifying and organizing the massive amount of information about what factors influence the health of women is a challenge. A life-course approach to women's health development offers a way of examining the impact of early life experience on later life health development. The life-course starts in the mother's womb and moves through birth, infancy, childhood, adolescence, adulthood and aging to death. Figure 2 below shows the detailed stages of the life-course.

Figure 2
Stages of the life-course.



Source: Claeson et al., 2001.

The life-course approach considers that at every phase of life, there are pressing, and often unique, health problems and needs. Thus, it provides an effective tool for policymakers as it helps to identify the most effective and potentially successful policies and prevention methods for diseases and health problems encountered late in a person's life.

In this context, the following sections will examine a woman's successive key life phases and identify the risk factors associated with each phase, with a view to revealing a defined package of essential services and a set of practices to be delivered to counter or attenuate those risk factors.

4-1- Early Childhood Phase.

The past two decades have witnessed an increasing interest in the relation between early-life conditions and mortality in later life (*Dejun Su, 2009*). Evidence suggests that the nutritional and epidemiological environment around the time of birth – as indexed by birth-weight, birth place, season of birth, exposure to disease, poverty, etc – have a long – lasting effect on morbidity and mortality later in life, (*Fogel RW., 2004*).

Discrimination against the girl child is a cause for international concern, as was denounced by the relevant global conferences and summits. The problem of so-called “missing women” and dramatic declines in the sex ratio at birth, especially in some countries of East and South Asia, due to son preference and discrimination against female fetus and newborn girls, has been well documented. Sen (1992) and Fathallah (2008) reported that no less than 60 million and probably up to about 100 million females are missing in the world, due to the persistence of such discriminatory practices.

Discriminatory practices against the female fetuses and newborns, as manifested in selective abortions, low birth weight, early curtailment of breastfeeding, poor nutrients, and abysmal neonatal care, etc., are often documented across cultures. Thus, female infants remain disproportionately vulnerable to high morbidity and exposure to unfair treatment in many parts of the world.

Such an unfair initiation to life for the newborn girls is critical for their health status during adolescence, adulthood and beyond. As a

matter of fact, many of the health problems in late life have their origins in childhood. Several studies have illustrated the association between suboptimal pattern of fetal and infant growth and adult chronic diseases, (*WHO, 2009*).

The early childhood (ages 1 to 5 years) is often focused upon in research because it is a phase of accelerated growth which has the potential to influence one's long-term health and development: "A good foundation in the early years makes a difference through adulthood, thus giving a better start to the next generation." (*WHO, 2008*)

Proper nutrition is a key determinant of health, both in childhood and beyond. The nutritional status of girls is particularly important due to their future potential reproductive role and intergenerational repercussions of poor female nutrition. Preventing child abuse and neglect and ensuring a supportive environment in early childhood will help children to achieve optimal physical, social and emotional development, and thus will help avoid risky behaviors and a significant burden of disease later in life. Furthermore, combating parental ill-health behaviors, such as smoking habits, improper feeding, female genital cutting, etc..., is a prerequisite intervention for reducing appalling risks on the current and future health development trajectories of the female child.

4-2- Adolescence Phase

While the early stages of development in infancy and early childhood constitute an important foundation for one's health and

wellbeing throughout life, the adolescence phase represents another critical stage towards shaping the life-long health trajectory. This phase represents an important stage of physical developments, in addition to remarkable psychological and social changes, that collectively mark a critical path towards adulthood and beyond (*Serdula et al., 1993*).

For many years, the international community has given priority to investments in very young children, through policies and programs to promote child survival prevent infant and early childhood death and encourage basic education. Until recently, attention to adolescence as a life-course phase in international declarations has largely been confined to reproductive health. Fortunately, this narrow focus has recently been extended to encompass broader youth development domains, providing the case that broad-based investments in adolescents yield substantial returns in terms of improved health, an accelerated social change, poverty reduction and promoted human development dimensions at a time when their numbers are peaking (*World Bank, 2006*).

In this critical phase, ensuring that adolescent girls have a supportive environment for their growth and development and are protected from abuse, exploitation, violence and premature entry into adult roles, such as marriage and labor, is particularly challenging in most developing countries (*ESCWA, 2009*). Sadly, many of the girls in these countries have not been to primary school and most of them would remain illiterate over the rest of their lives. The female enrollment ratio in secondary and tertiary education is progressing at a

lower rate than anticipated by the Millennium Summit in 2000 and 2005.

In numerous cases, adolescent girls have a high risk of being victims of rape. They also have limited knowledge of HIV/AIDS means of transmission and prevention. They are more likely to be approached or forced for early marriage and are also frequently subject to social and cultural pressures to endure too early, too closely-spaced and too many births, a condition that leads to a high risk of maternal morbidity and mortality. Sadly, they often face these tragedies alone or with little care from their male partners or relatives and with little or no recourse to protection from exploitation, exclusion or disempowerment generally stemming from communal malpractices.

Across cultures, gender inequalities are more prominent in the youth/adolescent segment, in comparison to other population groups. These inequalities are persistent and have far-reaching impacts on one's later life stages. More than older women, adolescent girls experience physical or sexual violence or both at some time in their lives and are more likely to be victims of gender – based violence (*Lloyd C. ed. 2005; UNFPA and PRB, 2009*).

In summary, improving adolescents' attitudes and behavior now can pave the road for them to make a healthy transition to adulthood and bring major health benefits later in life, including reduced mortality and disability due to cardiovascular diseases, stroke and cancers (*WHO, 2009*). Societies must address the underlying determinants of potentially harmful behaviors in relation to sex,

tobacco and alcohol use, diet and physical activity. It should also provide adolescents with the support they need to avoid or overcome these harmful behaviors.

4-3- Reproductive Phase.

In this phase, women are faced with various forms of social and cultural behaviors and practices, resulting in adverse health conditions and negatively affecting their health rights enshrined in the principles of rights to life.

Coercive marriage, or lack of a woman's consent on her potential husband, is a discriminatory practice on the basis of gender, with numerous harmful effects on a woman's life and the lives of her family members. Fertility by chance, and not by choice, is a leading factor for a woman's ill-health. According to Fathallah (2008), not all 'wanted fertility' by women is actually wanted; it would be wanted if women really had the choice to decide the number of their children.

This choice implies that women and men have the freedom to decide if, and when, to reproduce. This encompasses the right to be informed about, and to have access to safe, effective, affordable, acceptable and comprehensive methods of family planning of their choice, as well as the right to go safely through pregnancy and childbearing (*UNFPA, 1995*). The components of this right always fall short of the total demand expressed by married couples.

A sizeable proportion of women desire fewer children than they actually have. More women are choosing to plan their families, space

their pregnancies and limit the number of their children. However, due to inadequate knowledge about contraceptive methods, in addition to social, cultural and economic barriers, their choice is not realized and the unmet need for family planning continues to be high, particularly in developing countries, (*UNFPA and PRB, 2009*).

The persistence of unwanted fertility and the unmet need for family planning contributes to ill-health and to risking the lives of women and their children. Particularly among the poor, the less educated and the undernourished women, unwanted fertility is significantly associated with pregnancy-related complications, including unsafe abortions and higher maternal morbidity and mortality. These problems are further intensified by the lack of husbands' involvement in matters related to reproductive health and family planning and by their inadequate paternal responsibility towards their children. In most of the developing countries, reproductive health and family planning issues remain largely the responsibility of women.

Women are frequently power-poor at both familial and societal levels, a fact that subjects them to serious health hazards (*Farah and Maas, 2006*). The harmful practices they went through, such as FGM, early curtailment of breastfeeding and discriminatory feeding practices, imprint on the life and health of adult women and form a significant health risk (*WHO, 2002*). Powerlessness exposes them to sexual violence and male-to-female transmission of HIV/AIDS. Financial dependence and restricted physical mobility limit their access to health care.

In addition, women's inadequate involvement in political and community development arenas reduces their opportunities to streamline their concerns in development plans and to tailor resource allocation modalities to women's health. As purported by Fathallah (2008), where women are powerless, their welfare will not be at the center of society-imposed norms in human sexuality and reproduction, and in such cases, women are considered means and not ends to social development policies.

A large portion of women's work and their contributions to economic and social development are unjustifiably not recorded and, thereby, their roles are not recognized. A part of the problem relates to limitations in data collection approaches and another part pertains to analytical drawbacks in revealing the quantitative dimensions of these contributions. Furthermore, another part of the problem arises from the lack of effective application of qualitative approaches to visualizing the invisible dimensions of the roles played by women in changing the social-wellbeing. Many conventional approaches do not provide further efforts to supplement the quantitative methods with qualitative approaches to making many invisibles in the women and community development interactions more visible. Thus, most of the social development policies remain gender insensitive and less women-friendly.

4-4- Ageing Phase.

With the recent demographic transition and increase in life expectancy, most of the developing countries are undergoing a gradual age structural transition with the growing numbers and proportions of

older people. As a result of sex mortality differentials in favor of the female population, women tend to live longer than men (*Barford et al., 2006*) and tend to represent an increasing proportion of all older people. Consequently, widows will increasingly outnumber widowers across regions and countries of the globe, but women are not necessarily healthy during their longer lives.

As reported by the 1995 Beijing Conference on Women, “the long-term health prospects of women are influenced by changes at the menopause, which in combination with life-long conditions and other factors, such as poor nutrition and lack of physical activity may increase the risk of cardiovascular disease and osteoporosis. Other diseases of ageing and the interrelationships of ageing and disability among women also need particular attention” (*UN, 2001*).

Similarly, WHO calls for an increased recognition of the health of ageing women as a major health and development issue for the future (*WHO, 2009*). This recognition is built upon the fact that the absolute number of ageing women is increasing worldwide as women are living for a longer period beyond the age of 50 years.

Recently, ageing has become more and more “feminized”. Women constitute the majority of older persons because they live longer than men. This advantage of women is attributed to an inherent biological advantage and to a healthier lifestyle (in terms of less alcohol and tobacco consumption), as well as to environmental factors (more dangerous work activities are performed by men).

However, longer lives are not necessarily healthier lives because the likelihood of ill-health and disability increases with age. In fact, the concept of “healthy life expectancy” has been developed to describe the number of years one can expect to live in relatively good health. This measure refers to life expectancy without limitation of functions that may be the consequence of one or more chronic conditions. In this context, women can expect to spend more years of their lives with some functional limitations than men in both developed and less developed countries (*Fathallah, 2008*).

Thus, a longer life for women is not necessarily a blessing if it is burdened with disability, diseases, dependency or abuse. Given that women in many countries rely on their husbands for the provision of economic resources, widowhood has dramatic consequences for women's income, security and health. Poverty is usually linked to inadequate access to food and nutrition and the health of older women reflects the cumulative impact of poor diets.

In this context, policies and programs designed to improve the health of older women should focus on adding life to years and not just adding years to life. In other words, the quality of women's lives, and not just the quantity, should be a priority. A life-course approach to health should be adopted. In fact, the health of older women is greatly influenced by early life circumstances and transitional events throughout the life course. For example, the amount of bone mass accumulated by the adolescent girl will be a determining factor in the development of osteoporosis in the older woman. Thus, establishing

healthy habits at younger ages can help women to live active and healthy lives until well into old age.

V- Implications of the Life-course Approach for Data and Research.

No single indicator can adequately describe the varied dimensions of life-phases of women's health. Key data for women-centered health development, policies and programmes, include demographics, nutritional status, health-seeking attitudes and practices, socioeconomic characteristics, cultural traditions, household and community traits as well as structural factors impinging on a woman's health across her entire lifecycle.

Gaps in knowledge of many aspects of women's and girls' health remain significant. Health information systems and the capabilities of household surveys remain insufficient in the developing countries, complicating efforts to identify the lifecourse-specific health determinants. This bottleneck has resulted in the following adverse features.

First, there is an insufficient recognition of health problems that particularly affect women. For instance, prevalence of reproductive tract infections and health consequences of domestic violence have not been accurately registered or surveyed. The lack of data is also obvious in areas concerning menstruation and non-lethal chronic diseases that affect women disproportionately, such as rheumatism and the chronic fatigue syndrome (*Doyal, 1995*).

Second, evidently there are partial approaches to women's health needs in different areas of health research. Occupational health research and safety regulations are mainly focused on health hazards in the formal sector, where men dominate, and less attention is given to the non-formal sector where women dominate. The data collection and research efforts have long ignored the problems of indoor air pollution and smoke-filled kitchens, factors that are critical to the health of poor women in the developing world (*Bruce et al., 2002*). Lack of male involvement in reproductive health has not been researched effectively and the health and social needs of non-married women and adolescents and young people are not being clearly addressed.

Third, there is a lack of knowledge on the reasons underlying the existence and persistence of many culturally-determined practices and behaviors, including female genital mutilation (FGM), lack of women's autonomy in the intra-household decision-making concerning modalities of household expenditures, reproductive health choices, women's outside-home mobility, assets' ownership, age and timing of daughters' marriage, honor killings as well as social exclusion of certain disease-infected persons in the family (e.g. HIV positive cases), etc...

Fourth, there is a lack of sex-disaggregated and socioeconomic class-specific quantitative and qualitative data at lower administrative levels. This gap remains a cause for concern, as many forms of violence against women and girls and gender-based discrimination and its relationships with other social constructs operate at the grassroots of communities.

The above-mentioned problems, in addition to other problems not elaborated upon in this paper enhance the evidence needed to improve the health of girls and women across their life-course phases, particularly in the developing world. Many of the developing world countries have already made vigilant strides in conducting a number of field data collection activities, including household surveys, population and housing censuses, facility-based statistics, registration data, etc... Each of these methods has its merits and limitations in assessing and analyzing women's health and social status.

Demographers and other researchers explain that gaps in knowledge will persist in our understanding of the dimensions and nature of the special challenges women face across the critical phases of their lives, unless committed and coordinated efforts were directed to strengthen the foundation of better information about lifecourse-specific health needs of women. They argue that changes in age-specific death rates over time are largely determined by changes in both period and cohort conditions (*Vauple, 2009*).

Though period conditions are more instrumental in shaping changes in age-specific mortality, a cohort perspective should not be underrated in the explanation of these changes. As documented before, conditions in the uterus and early life can influence health and risk of mortality in old age (*Barker, 1998*). Cigarette smoking certainly has a long-term cumulative effect on health and mortality (*Preston and Wang, 2006*). Explanations of the once widening and now narrowing gap between female and male life expectancy highlight the

significance of cohort patterns of smoking among women as compared with men.

Hence, whereas period effects dominate analysis of changes over time in age-specific mortality in a population, cohort effects become apparent in the analysis of differences between populations or population subgroups, for instance males vs. females. This calls for the application of advanced research on ascertaining the relative importance of the effects. How decisive are in-utero vs. early childhood vs. adulthood vs. current conditions on health and survival at older ages? (*Vaupel, 2009*)

VI- Implications of the Life-Course Approach for Engendering Social and Health Systems.

In general terms, health and social systems tend to fail women across their lifecourse. The reasons for these systems' failure to women are complex and related to biases they face in society. One reason is that health care systems pay insufficient attention to the differential needs of women and men in planning and providing health services. Another reason is that women face higher health costs than their male counterparts due to their greater use of health care, yet they tend to be more poor, unemployed, have limited control over financial resources at home, and more restricted on physical mobility to service delivery points in the community.

Ironically, women, whose life-long health needs are greatly undermined, constitute the majority of the health workforce, and their

contributions to formal and informal health care systems are significant although they remain undervalued and unrecognized (*George, 2007*). Also, women workforces are not often represented in executive or management-level positions.

This unfair situation is likely to contribute to the deficient supply of quality services for women and to the poor adoption of international norms and standards at health services delivery points, including privacy, respect, confidentiality, male involvement, etc...

In this context, genuine development partners, at global and regional levels, seek to reinvigorate a shred agenda for women-centered development. Thus, it is essential to engender politics of the health care systems through the lens of the life-course perspective. It is also important to operationalize and monitor this agenda through the Millennium Development Goals framework and its underlying fundamental human rights principles.

VII- Findings and Conclusion.

The life-course approach points the way towards actions needed to improve the health of girls and women around the world. Policymakers should grasp the following basic messages stemming from the analyses in this paper:

First, women's health is not only an end in itself, but it is also a means to other broader development goals embedded in national development plans and the Millennium Development Goals.

Second, in order to be a viable and realistic apparatus for assessing and analyzing women's health status and outcomes, data should be gathered at suitable periodic time intervals and should be disaggregated by sex, age and socioeconomic status. Such data can be tailored to meet the analytical requirements of the life-course approach to women's health and to reveal the relative importance of the current vs. past conditions in shaping the women's life-long health trajectories.

Third, combining quantitative and qualitative data is a prerequisite for an insightful analysis and for making the invisibles visible across the lifecourse phases of women and girls.

Fourth, the life-course approach is not just about women and not an exclusive approach for women. Using this approach for women's health analysis is a necessary, but not a sufficient condition, for engendering health and social policies and politics. Adopting this approach to women's life-long health issues can benefit every one: women themselves, their families and the communities at large.

REFERENCES:

- 1- Barford, A., D. Dorling, G. D. Smith, and M. Shaw (2006). "Life expectancy: women now on top of everywhere", *British Medical Journal* (BMJ).
- 2- Barker D.J.P. (1998). *Mothers, Babies and Health in Later Life*. Second Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- 3- Brown, Gillian (2006). "Gender, Poverty and Health: A Framework for Analysis". World Bank.
- 4- Bruce, N., Perez-Padilla, R. and Albalak (2002). The health effects of indoor air pollution exposure in developing countries. Geneva.
- 5- Caldwell, John C. (1986). "Routes to low mortality in poor countries," *Population and Development Review* 12 (2): pp.171-220.
- 6- Claeson M., Griffin C., Johnston T., McLachlan M., Soucat A., Wagstaff A. and Yazbeck A. (2001). "Health Nutrition and Population," Chapter 18 in *Poverty Reduction Strategy Sourcebook*. World Bank Poverty Reduction and Economic Management Network, Washington, D.C.
- 7- Dejun Su, (2009). Risk Exposure and Mortality at Older Ages: Evidence from Union Army Veterans. *Population and Development Review* 35(2). pp.275-295. The Population Council.
- 8- Doyal, L. (1995). *What makes women sick: Gender and political economy of health*, New Brunswick, Rutgers University Press.
- 9- Elder, Jr., G.H. (1994). Time, human agency, and social change: perspective on the life course, *Social Psychology Quarterly* 57(1): pp.4-15.
- 10- Elson, Diane. (2005). Monitoring Government Budgets for Compliance with CEDAW. Report Highlights and Key Conclusions, UNIFEM.
- 11- ESCWA (2009). *Youth in the ESCWA Countries: Situation Analysis and Policy Implications*. Population and Development Report, Fourth

Issue, prepared by Abdul-Aziz M. Farah for the Population and Social Development Section of ESCWA.

- 12- Farah, Abdul-Aziz M. and Bettina Maas (2006). *Women's Autonomy and Reproductive Health Behavior in Yemen*. Paper presented at Global Health Forum for Health Research, 29 October – 2 November 2006, Cairo, Egypt.
- 13- Farah, Abdul-Aziz M. and Haider Rahseed (2009). Determinants of Cross-Country Variations in Maternal Mortality in Developing Countries. Paper presented at the XXVI IUSSP International Population Conference held in Morocco (Submitted for publication).
- 14- Farah, Abdul-Aziz M. and Samuel H. Preston (1982). "Child Mortality Differentials in Sudan", in *Population and Development Review* 8. No 2. pp.365-382.
- 15- Fathallah, Mahmoud (2008). *Issues in women's health and rights-International, Arab regional and Egyptian Perspectives*. International Planned Parenthood Federation (IPPF) Arab Region.
- 16- Fogel, R. W. (2004). *The Escape from Hunger and Premature Death 1700-2100*. New York: Cambridge University Press.
- 17- Garcia-Moreno C., Jansen H., Ellsberg M., Heise L. and Watts C. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, Vol. 368, pp. 1260-1269.
- 18- George, A. (2007). *Human Resources for Health: a gender analysis*. Paper commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge Network.
- 19- Giele, J.Z. and G.H. Elder, Jr. (1998). "Life course research: development of a field", in J.Z. Giele and G.H. Elder, (Eds.). *Methods of Life Course Research: Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousands Oaks: Sage Publications, pp. 5-29.
- 20- Hay, Cameron (2000). Dying mothers: Maternal mortality in rural Indonesia, *Medical Anthropology* 18: pp 243-279.

- 21- Kuh, D. , Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist , J., and Power C. (2003). *Life course epidemiology. J Epidemiol Community Health, 57 (10)*, pp.778-783.
- 22- Kulu, Hill and Nadja Milewski (2007). Family change and migration in life course: An introduction. *Demographic Research, Volume 17*, pp 567-590 (online journal published 20 December).
- 23- Lloyd, Cynthia, ed. (2005). *Growing Up Global and the Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. National Academy of Sciences: Washington DC: National Academy Press.
- 24- Lynch, J., and Smith, G.D. (2005). A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annu Rev Public Health, 26*. pp.1-35.
- 25- Marshall, V. W., and M.M. Mueller (2003). “Theoretical roots of the life-course perspective”, in W.R. Heinz and V.W. Marshall (Eds.), *Social Dynamics of the Life Course*. New York: Walter de Gruyter, pp.3-32.
- 26- McCarthy, James and Deborah Mane (1992). “ A framework for analyzing the determinants of maternal mortality,” *Studies in Family Planning 23 (1)*: pp.23-33.
- 27- Merrick, Tom (2004). “Health Systems and Actors”, presented in the meeting on “Achieving the MDGs: Poverty Reduction, Reproductive Health and Health Sector Reform”, ILO-ITC, Turin, 18-22 October 2004.
- 28- Obermeyer, Carla M. (2000). Risk, uncertainty, and agency: culture and safe-motherhood in Morocco, *Medical Anthropology 19*: pp.173-201.
- 29- Preston S. H. and H. Wang (2006). “Sex mortality differences in the United States: The role of cohort smoking patterns,” *Demography 43*: pp.631-646.
- 30- Ransom E., Yinger N. (2002). *Making Motherhood Safer: overcoming obstacles on the pathways to care*. Washington DC, Population Reference Bureau (PRB).

- 31- Sen, A.K. (1992). Missing Women. *British Medical Journal BMJ*, 304, pp.586-587.
- 32- Serdula MK., Ivery D., Coates RJ, Freedman DS, Williamson DF and Byers T. (1993). Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Prev Med*, 22(2), pp.167-177.
- 33- Shiffman, Jeremy and Ana Lucia G. Del Valle (2006). Political History and Disparities in Safe Motherhood between Guatemala and Honduras, *Population and Development Review Vol. 32, No 1*.
- 34- UN (2000). *United Nations Millennium Declaration*, UN General Assembly A/RES/55/2, 18 September.
- 35- _____ (2001). Beijing Declaration and Platform for Action with the Beijing +5 Political Declaration and Outcome Document.
- 36- _____ (2009). *The Millennium Development Goals Report 2009*. New York, United Nations.
- 37- UNFPA (1995). International Conference on Population and Development (ICPD), Programme of Action (PoA). A/CONF.171/13/Rev.1 Report of the International Conference on Population and Development.
- 38- UNFPA and PRB (2009). *Healthy Expectations: Celebrating Achievements of the Cairo Consensus and Highlighting the Urgency for Action*, New York, UNFPA.
- 39- UNICEF (2008). *The State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health*. NY: UNICEF.
- 40- Vauple, James W. (2009). "Lively Questions for Demographers about Death at Older Ages," *Population and Development Review* 35 (2): 347-356
- 41- World Bank (2006). *World Development Report 2007: Development and the Next Generation*. World Bank. Washington. DC.

- 42- World Health Organization WHO (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, Promoting healthy lives*. WHO, Geneva.
- 43- WHO (2006). *The World Health Report 2006 – working together for health*. Geneva, World Health Organization.
- 44- _____ (2008). Child and adolescent health and development. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/7562840.stm>
- 45- _____ (2009). *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*. Geneva, Switzerland.

Levels, Trends and Determinants of Delivery Care Services Utilization in Egypt 2000- 2008

Rim Amin Elsayed¹

I. Introduction:

The use of health facility for delivery lags far behind, than the use of antenatal care in most developing countries. World health organization estimates that less than 40% of births were delivered at health facilities in developing countries. Home is strongly preferred as places of deliver for verity of reasons such as lack of transport, distance or fund. Births delivered at home are usually more likely to be delivered without assistance from health professionals, whereas births delivered at health facility are more likely to be delivered with the assistance from health professionals (WHO, 1996).

One of the important factors related to pregnancy outcome is the place of delivery. Delivery at home is common in Egypt especially in rural areas. The place of delivery usually determines the quality of care that mothers receive, as well as expected difficulties or complications (EDHS, 2008). The term “skilled attendant” refers exclusively to people with midwifery skills (for example, doctors, midwives, nurses) who have been trained to proficiency in the skills necessary to manage normal deliveries and diagnose, manage, or refer obstetric complications. They must be able to recognize the onset of complications, perform essential interventions, start treatment, and supervise the referral of mother and baby for interventions that are beyond their competence or not possible in the particular setting., (WHO,1999).

¹ Demographic Researcher, Cairo Demographic Center.

1.1 Objectives of the Study:

- To examine the most recent utilization levels and trends of delivery care services available for ever married women in reproductive age 15- 49 years.
- To examine the pattern and differentials of utilization of delivery care services provided to ever married women in reproductive age 15- 49 years.
- To identify demographic and socio economic determinants of delivery care services utilization in Egypt.
- To suggest the appropriate policy implications for improving utilization of delivery care services in Egypt.

1.2 Methodology:

The analyses are carried out in two stages. the first stage is a descriptive one based on cross-tabulations to investigate the level and differentials in the utilization of delivery care according to selected demographic factors as age of mother, birth order, number of living children and total children ever born and socioeconomic factors in terms of place of residence, mother's education, husband's education, mother work status, exposure mass media and wealth index. In the second stage of analysis, the appropriate logistic regression model used to examine the net effect of each the motional selected socio-economic and demographic variables on delivery care services utilization.

1.3 Data Sources and Limitations:

This study depends manly on data on delivery care services utilization among ever married women in reproductive age 15- 49 years which derived from the successive Egypt Demographic and Health Surveys (EDHS) of, 2000, 2005 and 2008. The sample for the (2000) EDHS included a total. of 65807 births in the five years preceding the survey from 15573 women aged 15-49 years, Whereas the (2005) EDHS sampled a total of 13600 births in the five years preceding the survey from 19474 women aged 15-49 years, while the

(2008) EDHS included 10590 births in the five years preceding the survey from 16527 women aged 15-49 years.

1.4 Literature Review:

UNFPA (1997) indicated that in developing countries, one-woman die every minute for complications of pregnancies, childbirth and unsafe abortion. Nearly all of these deaths can be prevented. In some developing countries pregnancy related complications are the leading cause of death for reproductive age of women. On average it is eighteen times more than in developed one. Also many thousands of women in developing countries suffer serious illnesses and disabilities, including chronic pelvic pain, and infertility caused by pregnancy or its complications. The risk associated with each pregnancy and delivery is higher for women in developing countries because good health care is less available than in developed countries. Moreover, women in developing countries generally bear more children and these face the risk of maternal health problem or illness more often. In developing countries women's risk of dying due to maternal causes over the course of her life is much greater than the risk faced by women in developed country. Being a tragedy for women themselves, maternal mortality and morbidity take a toll on both families and communities. Women who die during their child bearing years usually leave at least two children. Also, mothers in nearly all developing societies devote 12 to 15 hours of daily labor to meet household needs for food, water and fuel as well as in care for children.

United Nations Children's Fund, (1999) asserted that the spacing births help protect children's and mother health. Baby conceived more than two years after another sibling is born is more likely to survive. Spacing pregnancies at least two years apart is particularly important in developing countries, where infant mortality rates reached more than 65 per 1000 live births as compared with 6 per 1000 live birth in developed countries. The report also pinpoints that a baby born too soon is vulnerable because the mother has not yet recovered from mineral depletion, blood loss from previous birth. The fetus may not

get the nourishment it needs, and the baby's birth weight may be low, and the immune system underdeveloped.

The world health organization, (2005) indicated that although an increasing number of countries have succeeded in improving the health and well-being of mothers, babies and children in the recent years, the countries that started with the highest burdens of mortality and ill- health made least progress during the 1990s. In some countries the situation has actually worsened and worrying reversals in newborn, child and maternal mortality have taken place. Progress has slowed down and is increasingly uneven, leaving large disparities between countries as well as between the poor and the rich within countries. Unless efforts are stepped up radically, there is little hope of eliminating avoidable maternal and child mortality maternal and child mortality in all countries.

1.5 Organization of the Study:

This study is organized in five sections: The first section is introductory one, which consists of introduction, objectives of the study, data source and limitations, methodology, literature review and the organization of the study itself. The second section deals with the descriptive analysis on the level and trend of delivery care services including. The third section focuses on examining the differentials of delivery care services utilization according to demographic and socioeconomic variables selected these variables an expected to be (age of mother, birth order, total children ever born, place of residence, mother's education, husband's education, mother work status, exposure to mass media and wealth index). The fourth section identifies the determinants of delivery care services utilization; it includes in-depth statistical analysis and results of the effect of socio-economic and demographic variables on delivery health care. The fifth section includes the main findings and conclusion of the study as well as the policy recommendations derived from the results, a summary of the whole work given in the concluding section along with some recommendations in the hope they can be used as guidelines for planners and policy makers.

II. Levels and trends of delivery care services utilizations:

Levels and trends of births by type of assistance during delivery and place of delivery have been suggested to be sensitive indicators of maternal health in view of expanding modern medical facilities which reduce health risks significantly for both mothers and children, this part deals with levels and trends of delivery care in terms of place and assistance of delivery in Egypt during the period 2000-2008.

2.1 Place of Delivery:

Place of delivery usually determines the quality of care that mothers receive, as well as expected difficulties or complications, table 2.1 indicates percentage distribution of births in the five years preceding the survey by place where the mothers gave birth, according to type of place of residence in Egypt in 2000, 2005 and 2008.

Table (2.1)
Percentage Distribution of Births in the Five Years Preceding the Survey by Place of Delivery, According to Type of Place of Residence, Egypt, 2000 -2008

Years	Place of Delivery	Type of Place of Residence		Total
		Urban	Rural	
2000	Home	30.0	65.4	51.8
	Governorate Health Facilities	33.4	15.2	22.2
	Private Health Facilities	36.6	19.4	26.0
	Total	100	100	100
	No. of Births	4383	7009	11392
2005	Home	17.0	45.7	35.3
	Governorate Health Facilities	33.5	20.4	25.2
	Private Health Facilities	49.5	33.9	39.6
	Total	100	100	100
	No. of Births	4945	8644	13589
2008	Home	14.5	36.3	28.2
	Governorate Health Facilities	33.5	23.0	26.9
	Private Health Facilities	52.0	40.6	44.8
	Total	100	100	100
	No. of Births	3924	6664	10588

Source: Computed using EDHS, 2000, 2005 and 2008 raw data file

The table reveals that the private health facilities had a priority as a place of delivery which attracted about 45% of mothers in 2008 after the increasing from 2000 which was about 26%, it reflected increasing about 19 percentage point that in 8 years. In spite of the difference between private and governorate health facilities it is noticed that there was increasing in the delivering which occurred at governorate health facilities from about 22% in 2000 to about 27% in 2008.

Incidence of the delivery at home is common in Egypt specially in rural areas, although that there was a positive sign during the reference period 2000 -2008, which it had marked decreasing in the percentage of births whose mothers delivered at home from about 52% in 2000 reached to about 28% in 2008, at the same time it is found that the percentage of births in the five years preceding the survey whose mothers delivered at home is more likely in rural areas than urban areas, in which about 65% in rural compared to about 30% in urban in 2000, this difference repeated in 2005 and 2008 by two and half times in rural than in urban which was 14% in urban compared with 36% in rural in 2008.

On the contrary, the proportion of births in the five years preceding the survey whose mothers delivered at any health facilities (governorate or private) is higher levels in urban compared to rural. For example, the percentage of births whose mothers delivered at health facilities in urban represented about 2 times as much as its counterpart in rural areas as it reached 70% for urban areas compared to only 34.6% for rural areas in 2000. The difference continued in 2005 and reached to about 22 percentage points in 2008.

2.2 Assistance at Delivery:

Delivery outcome and health of mother influenced by the quality of assistance received during delivery, this is due to the skills of the person attending the delivery that determines whether the provider can manage any complications and observe hygienic practices, table 2.2 displays the percentage distribution of births in the five years

preceding the survey by the type of assistance during delivery, according to type of place of residence in Egypt in 2000, 2005 and 2008.

Table (2.2)
Percentage Distribution of Births in the five years Preceding the survey by the Type of Assistance During Delivery, According to Type of Place of Residence, Egypt,2000-2008.

Years	Assistance During Delivery	Type of Place of Residence		Total
		Urban	Rural	
2000	Doctor	48.5	34.1	40.4
	Nurse/ Midwife	40.2	26.7	32.7
	Traditional birth attendant	11.3	39.2	26.9
	Total	100	100	100
	No. of Responses	6631	8452	15083
2005	Doctor	67.7	54.8	59.9
	Nurse/ Midwife	24.7	17.0	20.1
	Traditional birth attendant	7.6	28.2	20.0
	Total	100	100	100
	No. of Responses	6183	9378	15561
2008	Doctor	61.7	55.7	58.1
	Nurse/ Midwife	31.9	22.6	26.4
	Traditional birth attendant	6.4	21.7	15.5
	Total	100	100	100
	No. of Responses	5523	8032	13555

Source: Computed using EDHS 2000, 2005 and 2008 raw data file

As regarding the assistance at delivery, the traditional birth attendants (daya) played the vital role till 2000, about 27% of deliveries performed by traditional birth attendant (daya) in 2000, and it decreased in the two surveys without expectation reached to about 16% in 2008. while the highest proportions of the overall deliveries from 2000 to 2008 surveys had been attended by medical professionals, especially doctors, more than two fifth of deliveries attended by doctors in 2000 and it increased in the other surveys reached to 58% of deliveries in 2008, on the other side, there was a

slight decrease in the role of nurses in the last decade as medical professionals which was about 33% of deliveries performed by nurses in 2000 reached to about 26% in 2008, and this trend can be explained by the competition that actually occurs between the traditional birth attendants and the nurses, in favor of the former, since the majority of births take place at home. More over as nurses are complying with the work in health facilities most of the time for several duties, so the opportunities to attend deliveries at home are diminished, and for the births that take place in health facilities, whenever the physician or the gynecologist is present, he (or she) becomes responsible of all deliveries during his shift of work in the hospital whether private or public.

There is also a wide gap between the percentage of women who delivered by assisting from professionals assistance in urban and rural in the reference period, in which it was about 89% of urban mothers assisted by health professionals comparing with about 61% of rural mothers in 2000, this pattern was repeated in the other surveys to reach to about 94% of urban mothers compared to about 78% from rural mothers in 2008. From table it found also that in spite of the decreasing of the rule of traditional birth attendant (daya) in both rural and urban areas, it still take place in rural areas by 21.7% in 2008 compared with only 6.4% in urban areas in the same year.

It is noticed from tables 2.1 and 2.2 that is the difference between the percent of women who delivered at home and those who delivered by assisting from traditional birth attendant (daya), refers to the percentage of women who delivered at home by assisting of well trained persons (nurses, midwives), for example the percentage of women who delivered at home was 28.2% in 2008 and the percentage of women who delivered by assisted from traditional birth attendant (daya) was 15.5% the difference between them was about 13% offsets from nurses and midwives. Moreover, the important events that took place in the study period could be seen also from the two tables which

were the withdrawing of the role of both the home as a place of delivery and the traditional birth attendant (daya) as a assistant during delivery.

3. Differentials in the utilization of delivery care services:

Differentials in the utilization of delivery care services are mainly due to demographic and socioeconomic variables. Delivery care service, whereas the selected demographic and socioeconomic variables which operate to determine the utilization of such services to be examined include age of mother, place of residence, birth order, total children ever born, mother's education, husband's education, mother's work status, the exposure to mass media and wealth index.

3.1 Demographic and Socioeconomic Differentials in Utilizing Health Facilities at Delivery:

Maternal care involved addressing the problems faced by women during pregnancy and soon after delivery. One of the fact regarding pregnant women is that, "all of them, even the healthy ones, face some risk of complications that can not be predicted in advance but require skilled medical care when they arise" Institutional delivery assisted by medical services could promote safe motherhood and child survival. Yet, 28.2% of births in Egypt continue to take place at home, 14.5% in urban and 36.3% in rural, in which most of them without assistance of medical professionals, This choice of place of delivery is affected by various factors, which are discussed as follows:

- Demographic Differentials:

Demographic differentials in utilizing health facilities at delivery are examined in this part of the study in terms of percentage distribution of live births in the five years preceding the survey by place of delivery according to selected demographic characteristics, in Egypt in 2008 as presented in table (3.1).

**Table (3.1)
Percentage Distribution of Live Births in the Five Years Preceding the Survey
by Place of Delivery According to Selected Demographic Characteristics,
Egypt 2008**

Demographic Characteristics	Place of Delivery			Total	Number of Births	P-value
	Home	Governorate Health Facilities	Privet Health Facilities			
Age of Mother						
15-19	26.0	25.7	48.3	100	322	3.316 .506
20-34	28.3	26.7	45.0	100	8620	
35-49	28.1	28.3	43.6	100	1646	
Birth Order						
1 st	18.5	29.0	52.5	100	3467	399.90 .000
2-3	28.8	26.7	44.5	100	4922	
4-5	40.8	24.8	34.3	100	1606	
6+	46.5	22.4	31.0	100	593	
Total Children Ever Born						
<2	16.6	28.7	54.7	100	2097	439.84 .000
2-3	26.2	27.3	46.5	100	5917	
4-5	40.8	25.2	34.1	100	1899	
6+	47.1	22.7	30.2	100	675	
Total	28.2	26.9	44.8	100	10588	

Source: Computed using EDHS 2000 and 2008 raw data file

The table shows that there is no association between age of mother and delivery at health facilities. There was about 26% of births whose mothers aged less than 20 year compared to about 28% of births whose mothers aged 35 and more delivered at home in 2008.

As regards the relationship between birth order and place of delivery, the table indicates that the higher the birth order the more likely the delivery which occurred at home, in which about 19% of births whose mothers with the first birth order compared to about 47% of births whose mothers with birth order more than six delivered at home.

On the contrary, the proportion of women who were delivered at health facilities decreased with higher birth order, 29% of births whose mothers with first birth order delivered at governorate health facilities compared to 22% of births whose mothers with sixth birth order delivered at governorate health facilities.

On the other hand the percentage of mothers who deliverers at private health facilities with the first birth order is 53% of births whose mothers with first birth order delivered at private health facilities compared to 31% of births whose mothers with sixth birth order delivered at health facilities in 2008.

In the same way the women with higher total children ever born are more likely to give their births at home than women who have smaller number of children, in which about 17% of births whose mothers have got less than two children delivered at home compared to about 47% of births whose mothers have got more than six children.

- Socioeconomic Differentials

Table (3.2) presents percentage distribution of live births in the five years preceding the survey by place of delivery according to selected socioeconomic characteristics, in Egypt in 2008.

The table reveals that the choice of place of delivery considerably was changed according to place of residence, in which about 34% of births whose mother reside in urban gave birth at governorate health facilities, compared to 23% of births whose mothers reside in rural areas, while there were 52% of births whose mothers reside in urban and birth at private health facilities compared to about 41% of births whose mothers reside in rural in 2008.

Education is an important factor, which offers the possibility utilizes the maternal health care; the table demonstrates that, the

higher the level of mothers' education, the higher the percentage of births that were born at private sector. The percentage of births who were born at private health facilities was about 28% for uneducated mothers who delivered at private health facilities increased sharply reached to about 74% of higher educated mothers. The same trend can be noticed with the husbands' educational level, with the increment of husbands' educational level the proportion of women to choose deliveries at health facilities increased.

Mothers who were working for cash are more interested in giving birth in health facilities than mothers who were not working for cash, for example about 82% of births whose mothers working for cash compared to about 70% for non working mothers giving birth in health facilities. On the contrary, the percentage of non-working mothers who delivered at home is more than its correspondent for working mothers, which was about 30% of non-working mothers compared to about 18% of working mothers.

Health facility is strongly preferred as places of delivery among mothers who exposed to mass media as it shown in table 3.2, with the increasing in the exposing to mass media there is increasing for choice health facility as a place of delivery. For example the percentage of births whose mothers were exposed to mass media and delivered at private sector was about 45% compared to about 26% for those who were not exposed to mass media. the governorate health facilities took the same way which about 22% of births whose mothers didn't exposed to mass media delivered at governorate health facilities compared to 27% for its correspondent who were exposed to mass media, also it is noticed from the table that the percentage of births whose mothers were not exposed to mass media and delivered at home was about 53% while there was about 28% for mothers who exposed to any source of mass media and delivered at home.

Table (3.2)
Percentage Distribution of Live Births in the Five Years Preceding the Survey
by Place of Delivery According To Selected Socioeconomic Characteristics,
Egypt 2008

Socioeconomic Characteristics	Place of Delivery			Total	No. of Births	P-value
	Home	Governorate Health Facilities	Private Health Facilities			
Place of Residence						
Urban	14.5	33.5	52.0	100	3924	589.99
Rural	36.3	23.0	40.6	100	6664	.000
Mother's Education						
No Education	48.4	24.0	27.6	100	2733	1289.64 .000
Primary	35.0	35.1	30.0	100	1098	
Secondary	21.9	28.8	49.3	100	5399	
Higher	7.4	18.8	73.8	100	1358	
Husband's Education						
No Education	45.0	26.4	28.7	100	1682	701.38 .000
Primary	33.4	29.7	36.9	100	1679	
Secondary	26.2	28.7	45.1	100	5528	
Higher	13.3	18.8	67.9	100	1699	
Mother's Work Status						
No work for cash	29.7	26.6	43.7	100	9284	38.84 .000
Work for cash	18.4	28.1	53.5	100	1304	
Exposure to Mass Media						
No	52.9	21.6	25.6	100	228	71.55
Yes	27.7	27.0	45.3	100	10360	.000
Wealth Index						
Poor	46.5	24.7	28.8	100	4269	1488.28 .000
Middle	25.9	29.7	44.4	100	2250	
Rich	10.4	27.7	61.9	100	4069	
Total	28.3	26.9	44.8	100	10588	

Source: Computed using EDHS 2000 and 2008 raw data file

High wealth index increased the percentage of births who were born at a private health facilities, about 29% of births whose mothers with poor house hold compared to about 62% of births whose mothers with rich house hold who delivered at a private health facilities. It can conclude that, the higher the economic level of household, the higher was the probability of women delivers their babies in private health facilities.

3.2 Demographic and Socioeconomic Differentials in Utilizing Delivery Assistance:

The proper medical assistance at delivery can reduce the risk of complications and infection for both mother and her child. Since increasing in the rule of professionals assistance like doctor and nurses at childbirth at the same time there is decreasing of the rule of traditional birth attendant (daya) during in the last decade there are some factors affect of the choice of the delivery assistance. In spite of the decreasing of the rule of traditional birth attendant (daya) it still take place in Egypt by 15.5%, which 6.4% in urban areas and in rural areas by 21.7% in 2008 as mentioned before, as regards the differentials in utilizing delivery assistance, it is necessary to shed light on the demographic and socioeconomic characteristics causes of the change on the level of medical assistance at delivery.

- Demographic Differentials

Table (3.3) displays percentage distribution of live births in the five years preceding the survey by assistant at delivery according to selected demographic characteristics, Egypt 2008.

It noticed from the table that there was high association between ages of mothers at birth and assisted at delivery by doctors, in which mothers in young age below 20 years are more likely to be assisted at delivery by doctors than mothers in old ages above 34 years. About 63% of younger mothers compared to 57% for older mother.

Table (3.3)
Percentage Distribution of Live Births in the Five Years Preceding the Survey
by Assistant at Delivery According to Selected Demographic Characteristics,
Egypt 2008

Demographic Characteristics	Assistant at Delivery		Total	No. of Births	P-value
	Doctor	Nurse			
Age of Mother					
15-19	62.7	21.4	15.9	100	41.01 .000
20-34	58.2	26.2	15.6	100	
35-49	57.0	28.3	14.7	100	
Birth Order					
1 st	63.4	27.2	9.4	100	368.60 .000
2-3	57.3	26.8	15.8	100	
4-5	51.7	24.7	23.5	100	
6+	48.7	21.8	29.7	100	
Total Children Ever Born					
< 2	64.6	27.5	7.9	100	418.61 .000
2-3	58.9	27.0	14.1	100	
4-5	51.1	24.8	24.1	100	
6+	48.1	21.8	30.1	100	
Total	58.1	26.4	15.5	100	

Source: Computed using EDHS 2000 and 2008 raw data file

On the contrary with the old age of mothers there preferred to choose the nurses assisting at delivery than younger ages, nearly 21% of births whose mothers aged less than 20 delivered with assistance from nurses compared to about 28% of older mothers. There was a slight difference between the percentages of mothers who select traditional birth attendant (daya) for assisting at delivery according to age of mother, about 16% of births whose mothers below age 20 years delivered with assistance from traditional birth attendant while about 15% of births whose mothers aged above 34 years choose the same kind of assistant at delivery.

Mothers with lower birth order were more likely to deliver by assistance from trained persons whether doctors or nurses than mothers with the second birth order and higher, in which about 91% of births whose mothers with first birth order compared to about 71% of its correspondents with the sixth birth order and higher assisted at delivery by professionals medically attendant in 2008.

In the same direction of birth order, number of children ever born, the table shows that mothers with lower number of children ever born were more likely to have deliveries attendance by trained professionals medically persons, in which about 92% of births whose mothers have got less than two children, while about 70% of births whose mothers have got more than six children assisted at delivery by health professionals.

- Socioeconomic Differentials:

Table (3.4) presents the percentage distribution of live births in the five years preceding the survey by assistant at delivery according to selected socioeconomic characteristics, in Egypt in 2008.

From the table, there was a big difference observed in the choice of assistance during delivery by type of place of residence. Professionally assisted delivery is very high for urban mothers than for rural. About 94% of births whose mothers reside in urban compared to about 78% from rural in 2008, on the contrary, 21% of births whose mothers reside in rural were assisted by traditional birth attendants compared to 6% of births whose mothers reside in urban.

The table demonstrates that mother's education had highly impacts in the choice of type of assistance during delivery, with the increment of mothers 'educational levels, there is increasing with preferring health professionals to assist during delivery, About 98% of births whose mothers with the higher educational level assisted by health professionals compared to 67.5% of births whose mothers with no education. On the contrary, the difference between the percentage of educated and uneducated mothers who assisted at delivery by traditional birth attendants is extremely large, while 32.5% of births whose mothers with no education assisted their delivery by traditional birth attendants compared to about 2% of its correspondent for high educated mothers.

Table (3.4)
Percentage Distribution of Live Births in the Five Years Preceding the Survey by Assistance at Delivery According To Selected Socioeconomic Characteristics, Egypt 2008

Socioeconomic Characteristics	Assistance at Delivery			Total	No. of Responses	p-value
	Doctor	Nurse	TBA			
Place of Residence						
Urban	61.7	31.9	6.4	100	5523	607.26 .000
Rural	55.7	22.6	21.7	100	8032	
Mother's Education						
No Education	46.9	20.6	32.5	100	3204	1018.23 .000
Primary	55.5	25.7	18.7	100	1358	
Secondary	61.7	27.6	10.8	100	7048	
Higher	65.6	32.2	2.2	100	1945	
Husband's Education						
No Education	48.8	20.8	30.4	100	1988	557.66 .000
Primary	55.1	25.1	19.8	100	2106	
Secondary	60.0	26.6	13.4	100	7065	
Higher	62.8	31.7	5.5	100	2399	
Mother's Work Status						
Not work for	57.7	25.8	16.6	100	11774	40.56 .000
Work for cash	60.9	30.7	8.4	100	1781	
Exposure to Mass Media						
No	43.5	21.9	34.5	100	269	101.51 .000
Yes	58.4	26.5	15.1	100	13286	
Wealth Index						
Poor	48.6	21.5	29.9	100	5013	1276.52 .000
Middle	60.5	26.6	12.9	100	2870	
Rich	65.3	30.6	4.1	100	5672	
Total	58.1	26.4	15.5	100	13555	

Source: Computed using EDHS 2000 and 2008 raw data file

Correspondingly, about 70% of births whose mothers have husbands' with no education assisted by health professionals, compared to 94.5% of its correspondents with high level of education. On the contrary, nearly 30% of births whose mothers have husbands

with no education compared to 5.5% of its correspondents with educated husbands.

A significant association is observed in the choice of type of assistance during delivery by mothers' work status, mothers who were working for cash are more likely to be assisted by health professionals than mothers who were not working for cash, about 92% of births whose mothers were working for cash compared to about 82% of its correspondents who were not working for cash in 2008.

The table shows that there is a significant relationship between mass media and assistance at delivery, the women who were exposed to mass media tended to deliver their baby by assistance of doctors or nurses, about 85% of births whose mothers were exposed to mass media compared to about two third of births whose mothers were not exposed to mass media in 2008. Medically assisted deliveries were most common for mothers in house hold with higher level of wealth index; the table shows that about 96% of births whose mothers with rich house hold while there was 70% of births whose mothers with poor house hold were deliveries assisted by health professionals.

4. Determinants of the delivery care utilization:

After examining the differentials in utilizing delivery care services in the previous section, it is important to use proper statistical analysis in order to confirm the results of the descriptive analysis which may be affected by interrelations among independent variables. This part of the study highlights the major factors affecting the utilization of each delivery care service including delivering at health facility, professionally assisted delivery, by applying the logistic regression model, it will show how each of these delivery care service are affected by the selected predictor variables such as, age of mother at child birth, the place of residence, birth order, total children ever born, parents' educational level, mothers' work status, exposure to mass media and wealth index.

Table (4.1) presents detailed explanation of the operational definitions of the dependents and independents variables and explained how the variables are entered into the logistic regression model.

Table (4.1)
Definitions of the Variables and their Measurements as Introduced In
Logistic Regression Model of Determinants of Maternal Health Care Services
Utilization

Variables		Code	Measurement
Dependent Variables			
Delivery at medical health facility(private, governorate)		Y _(Delivery Care)	Represented by one binary variable as follows "1" if Yes, "0" if No
Assisted during delivery by health professionals (doctor, nurse)		Y _(Assistance at Delivery)	Represented by one binary variable as follows "1" if Yes, "0" if No
Independent Variables			
Age of mother	X ₁	Two categories are identified and presented by one binary variable as follows:- X ₁ = "1" if mothers age<25 years , 0 if (25-49)years= R.C*.	
Total children ever Born	X ₂	In single number (continues variable)	
Place of residence	X ₃	Two categories are identified and presented by one binary variable as follows:- X ₄ = "1" if (Urban) , "0" if (Rural)=R.C*.	
Mother's education	X ₄	Two categories are identified and presented by one binary variable as follows:- X ₅ = 1 if" secondary and higher , "0" if less than secondary=R.C*.	
Variables	Code	Measurement	
Father's education	X ₅	Two categories are identified and presented by one binary variable as follows:- X ₆ = 1 if" secondary and higher , "0" if less than secondary =R.C*.	
Mother's work Status	X ₆	Two categories are identified and presented by one binary variable as follows:- X ₇ = 1 if working for cash, "0" if not working for cash=R.C*.	
Mass media index	X ₇	Two categories are identified and presented by one binary variable as follows:- X ₈ = "1" if exposed to mass media, "0" if not exposed to mass media=R.C*.	
Wealth index	X ₈	Two categories are identified and presented by one binary variable as follows:- X ₉ = 1 if rich , 0 if not rich=R.C*.	

- R.C * = Reference Category - Source: purposed by the Researcher

4.1 Determinants of Delivering at Health Facilities:

With regards to the major factors that determine the choice of women in delivering at health facility, table (4.2) presents the logistic regression results of the likelihood of giving child birth in health facility. The analysis indicates that the model correctly classifies 74% of the cases.

Table (4.2)
Logistic Regression Coefficients for the Determinants of Delivering at Health Facility, Egypt, 2008.

Variables	B	S.E	Sig.	Odds Ratio	Probability
Age of mother (X ₁)	-0.116	0.059	0.052	0.891	0.47
Total children ever born (X ₂)	-0.384	0.033	0.000	0.681	0.41
Place of residence (X ₃)	0.702	0.061	0.000	2.018	0.67
Mothers' education (X ₄)	0.585	0.057	0.000	1.795	0.64
Fathers' education (X ₅)	0.051	0.055	0.359	1.052	0.51
Mothers' work status (X ₆)	0.383	0.084	0.000	1.467	0.59
Mass media (X ₇)	0.351	0.127	0.006	1.420	0.59
Wealth index (X ₈)	1.142	0.072	0.000	3.134	0.76
Constant	0.608				

Source: Computed using EDHS 2008 raw data file

The results from the table reveal that among eight independent variables, there are six variables statistically significant at P<0.05 which are total children ever born, the place of residence, mother's education, mothers' work status, mass media, and wealth index in Egypt in 2008. Although, age of mother, and father's educational level increase the likelihood of delivering at health facility, but they are not statistically significant. Five significant independent variables have positive effect, which are place of residence, mother's education, mothers' work status, mass media, and wealth index, while total children ever born has negative effect. Wealth index has the highest positive effect among the others. The regression results can be written as follows:

$$\ln(P/1-P)_{(\text{Delivery Care})} = 0.608 - 0.384X_2 + 0.702X_3 + 0.585X_4 + 0.383X_6 + 0.351X_7 + 1.142 X_8$$

Children ever born variable is considered to be the only determinant of place of delivery by negative association with delivering at health facility. Mothers with more number of children is less liable to deliver at a health facility by about 32% compared with mothers with small number of children, with probability 41%.

Regarding to place of residence as important determinant could affects delivering at health facility; the table shows that type of place of residence is a second most important determining factor affects on choosing of health facility as a place of delivery. Mothers in urban areas are more liable to deliver at health facility by approximately two times than mothers who reside in rural areas, with probability of 67%.

The table presents that there is a high significant association between mothers' educational level and choosing the health facility as a place of delivery by positive effect. Accordingly, mothers who have attained secondary and higher educational level are nearly 1.8 times more likely to deliver at health facility than uneducated mothers, the probability of delivering at health facility from educated mothers is 64%.

Mothers' participation in labor force and exposing to mass media has a comparable likelihood of choosing health facility as place of delivery; both predictors have positively influencing the choosing of health facility as place of delivery. Mothers who were working for cash and mothers who were exposed to mass media are about 1.4 times more likely to choose health facility as place of delivery than mothers who were not working for cash and mothers who were not exposed to mass media respectively with probability of 59%.

Wealth index is a main factor that determines the choice of women in delivering at health facility with positive significant influence. Mothers in house hold with high wealth index are approximately 3 times more apt to deliver at health facility than its correspondent with less wealthy house hold, with probability of 76%.

4.2 Determinants of Professionally Assisted Delivery:

Concerning the major factors that determine the choice of professionally assisted delivery, the result indicates that the model correctly classifies 79.1% of the cases.

Table (4.3) presents logistic regression results of the likelihood of medically assisted at delivery by qualified personnel; the table indicates that choice of professionally assisted delivery significantly influenced by the all variables which age of mother, total children ever born, place of residence, mothers' education, fathers' education, mothers' work status, mass media and wealth index in Egypt in 2008. Nearly all significant independent variables have positive effect except and total children ever born which have negative effect. Wealth index has the highest positive effect among the others. The regression results can be written as follows:

$$\text{Ln (P/1-P)}_{(\text{Assistant at Delivery})} = 0.914 + 0.232 X_1 - 0.351 X_2 + 0.693 X_3 + 0.632 X_4 + 0.230 X_5 + 0.436 X_6 + 0.301 X_7 + 1.189 X_8$$

Table (4.3)
Logistic Regression coefficients for the Determinants of Professionally Assisted Delivery, Egypt, 2008

Variables	B	S.E	Sig.	Odd Ratio	Probability
Age of mother (X ₁)	0.232	0.066	0.000	1.261	0.56
Total children ever born(X ₂)	-0.351	0.035	0.000	0.704	0.41
place of residence(X ₃)	0.693	0.069	0.000	2.000	0.67
Mothers' education(X ₄)	0.632	0.062	0.000	1.881	0.65
Fathers' education(X ₅)	0.230	0.059	0.000	1.259	0.56
Mothers' work status(X ₆)	0.436	0.096	0.000	1.547	0.61
Mass media(X ₇)	0.301	0.130	0.021	1.352	0.54
Wealth index(X ₈)	1.189	0.086	0.000	3.285	0.77
Constant	0.914				

Source: Computed using EDHS 2008 raw data file

The study has found that age of mother has influenced in determining the choice of assistance at delivery positively, younger mothers more likely to be assisted by health professionals than mothers in older age group by 1.3 times , with probability 56%.

Mothers with more number of children are less likely to be assisted by health professionals by 30% than mothers with less number of children with probability 41%.

Residing in urban areas is significantly associated with professionals' assistance at delivery, which is two times more likely to get professionals assistance at delivery compared to residing in rural areas, with probability 67%.

Mother's education has high positive significant association with medical assistance at delivery. Higher educated mothers have the highest chance to be medically assisted at delivery with about 1.9 times more than uneducated mothers with probability 65%.

Fathers' education has a significant association with medical assistance at delivery. mothers whose husbands have high level of education are approximately 1.3 times more likely to get assistance from health professionals during delivery than mothers to uneducated husbands, The probability of getting assistance during delivery from health professionals among those mothers who married educated husbands is 56%.

As shown by the model, professionally assisted delivery significantly influenced by mothers' participation in labor force with positive effect, mothers who worked for cash are approximately one and half times more likely to assist by delivery health professionals compared to mothers who not working for cash, with probability 61%.

Mass media has high positive association at level 0.05 with assisting at delivery from health professionals. The table shows that mothers who were exposed to mass media are about 1.4 times more likely to deliver by assisting from health professionals than those who were not exposed to mass media with a probability of 54%.

As shown by the model on table that wealth index is considered to be the most important determinant of medically assistance at delivery with positive impact; mothers who live in high wealthy house

hold are approximately 3.3 times more likely to get health professionals' assistance at delivery in comparison to mothers who live in less wealthy house hold and with probability 77%.

5. Conclusion and policy recommendations:

This section presents a conclusion of the most important findings of this research mentioned in the previous sections of this research, in addition to the recommendations based on these findings. It is hoped that these findings and recommendations will help policy makers in setting priorities for maternal health.

5.1 Conclusion:

The research concentrates on examining the current levels of utilization of delivery care services comparing with previous levels. In addition identifying the differentials in utilization of delivery care services in Egypt for the live births in the five years preceding the surveys EDHS 2000 and 2008. This paper also attempted to analyze the main determinants of utilization of delivery care services based on a sample of 10590 births from 16527 women aged 15-49 years as mentioned in the EDHS 2008. The demographic variables that were studied in the paper include age of mother, birth order, and total children ever born. The socioeconomic variables include type of place of residence, mother's education, husband's education, mother's occupational status, exposure to mass media and wealth index.

- Conclusion of Utilizing Health Facilities at Delivery:

The coverage of institutional delivery increased during the study period. The private health facilities have a priority over governorate facilities, and women preferred private health facilities as a place of delivery in 2008. The percentage of mothers who delivered at private facilities increased 19 percentage points from 26% to 45% from 2000 to 2008. Although that there was a positive sign during the reference period 2000 -2008, i.e. decrease in the percentage of women who delivered at home, yet about 28% of births in Egypt continue to take place at home in 2008. At the same time, it finds that the percentage of births in the five years preceding the survey whose mothers

delivered at home is more likely in rural areas than urban areas which is about two and half times the levels of urban areas. On the contrary, the percentage of women who delivered at health facilities in urban areas is more than its counterparts in rural areas.

All the variables that differentiate utilizing health facilities at delivery show significant association except the variable of age of mother. The data reveals that the women with higher number of total children ever born were more likely to give births at their homes than women who have smaller number of children. Similarly, with the increase of birth order there was a decreasing trend in delivery in health facilities. Urban pregnant women were more likely to give birth at health facilities than their counterparts in rural areas. With the increase of mothers and fathers' educational level the proportion of mothers to choose deliveries at health facility increased. Mothers who worked for cash are more interested in giving birth at health facilities than non-working mothers. Health facility is strongly preferred as places of delivery among mothers who were exposed to mass media. The higher the wealth index of household, the higher was the probability of women who delivering their babies in private health facility which they can afford it.

The determinants of place of delivery model were correctly classified 74.4% of the cases. By applying logistic regression among eight independent variables, there were six variables that were found statistically significant that were; total children ever born, type of place of residence, mothers' education, mothers' work status, mass media and wealth index. Two variables have no significant effect on health facilities at delivery which were age of mothers and fathers' educational level. Among the independent variables, wealth index showed a great effect on delivery at private health facility, i.e. mothers in household with high wealth index were approximately 3 times more apt to deliver at health facility than their counterparts who were living in household with less wealth index. Followed by place of residence, it shows that mothers in urban areas were approximately two times more liable to deliver at health facility than those in rural areas.

Mothers with secondary and higher education are nearly 1.8 times more likely to deliver at health facility than mothers with no education. Mothers who were working for cash and mothers who were exposed to mass media were about 1.4 times more likely to choose health facilities as place of delivery than mothers who were not working for cash and mothers who were not exposed to mass media respectively. Total number of children is considered the less important determinant for choosing place of delivery that has a negative association with delivering at health facilities.

- Conclusion of Utilizing Delivery Assistance:

The analysis of the levels and trends of professionals' assistance during delivery reflects an improvement during the 8 years period from 2000 to 2008, in which the highest percentage of deliveries had been attended by health professionals, especially by qualified doctors. More than half of deliveries were attendant by doctors in 2008. In the other hand, there was a slight decrease in the role of nurses in the last decade as assistant during pregnancy and falls to about one quarter of deliveries performed by assistance from nurses in 2008. In spite of the decreasing of the role of traditional birth attendant (daya) in both rural and urban areas, it still shares by about 22% in 2008 in rural areas compared with about only 6% in urban areas in the same year.

All the variables that differentiate type of assistance at delivery show significant association. The analysis reveals that younger mothers below the age of 35 years were more likely to receive assistance during delivery from doctors than older mothers aged 35 years and above. Mothers with lower birth order and less number of children ever born were more likely to deliver by assistance from trained persons either doctors or nurses than the mothers with higher birth order and higher number of children respectively. Professionally assisted deliveries are very high in urban mothers than rural ones.

Assistance by qualified medical personnel increases with the increase of parents' educational levels. Mothers who were working for cash are more likely to get assistance from health professionals than

mothers who were not working for cash. Women who were exposed to mass media tended to deliver their babies by assistance of doctors or nurses. Medically assisted deliveries were most common for mothers in households with higher level of wealth index.

Determinants of assistance during delivery model were correctly classified 79.7% of the cases. By applying logistic regression, it was revealed that the eight independent variables were statically significant. Assistance during delivery is mainly determined by wealth index as proved by descriptive analysis; mothers in households with highest wealth index are approximately 3 times more likely to get medical assistance at delivery in comparison to women in households with lowest wealth index. The second factor which had determined the utilization of assistance during delivery was place of residence i.e. women who residing in urban areas were one and half times more likely to get medical assistance at delivery compared to those residing in rural areas. Next determinant is mothers' education level which plays a very significant role in the utilization of delivery care. That indicates that the higher the educational level of mothers, the higher the chance to get professional assistance at delivery i.e. high educated mothers are more likely by 1.9 times than non-educated mother to get professional assistance at delivery. Mothers who were working for cash were almost one and half times more likely to deliver with assistance from health professionals than women who were not working for cash. Mothers who were exposed to mass media were about 1.4 times more likely to deliver by assisting from health professionals than those who were not exposed to mass media. Mothers whose husbands have higher levels of education and mothers in younger age group were 1.3 more likely to get assistance from health professionals during delivery than mothers with uneducated husbands and mother in older age group respectively. Children ever born variable was found as the less important determinant that affected receiving professional assistance during delivery negatively.

5.2 Recommendations:

Improving the utilization of delivery care in Egypt requires commitment at all levels, family, community, service, as well as government level to ensure it is a commitment to reduce inequalities of the utilization of delivery care services and improve mothers' health. Based on the main findings concluded from the study, the following important recommendations should be implemented in accordance with the results of this study in order to improve the health status of mothers in Egypt through the utilization of maternal health care services:

- The non-governmental organizations are requested urgently to decrease prices of delivery care services to ensure that it will reach all of mothers. In this regard some incentives can be introduced to reduce family size (no. of children per family or per woman); such as free delivery, for initial deliveries at the hospital.

- As the results show that utilization of services is still low in rural areas than urban areas, therefore, the government and concerned non-governmental organizations should make delivery care services more readily available in rural areas, so that those underprivileged women can also enjoy these life saving services.

- Organize effective educational healthy programme for women of childbearing age through the non-governorate organizations to increase the enlightenment about the importance of delivery care services for their health and their babies specially in rural areas.

- Promote the mass media activities to increase the awareness of women on the importance of delivery at health facilities and the risk of delivery at home especially in rural areas among non educated women.

- Educating pregnant women and their husbands, on the importance of delivery by a skilled attendant is an essential part of preventing maternal mortality. People would be ensure that health care providers - whether they attend births in the home or at a health

facility - are trained in active management and have available essential drugs and equipment to prevent death from postpartum hemorrhage.

- More efforts should be made to train, educate and motivate medical care service providers (doctors, nurses) to create a working team that can be able to provide the medical care during pregnancy, at delivery and improve the reproductive health services particularly at governmental institutions.

- Government and concerned bodies should provide training to traditional birth attendants which have a great share in maternal care services in rural areas specially in assisting women during delivery to ensure high quality assistance at delivery. The mentioned training should aim to teach, “Risk approach in health” and also to develop and implement appropriate programmes. That with giving certificate and those who have not got this certificate should be punished from law if they practiced work without it.

- Improve the quality of services, offered by government health insurance organization to attract employed women who have health insurance but can not afford the services from private sector.

- It is recommended that a long term objective should be empowerment of women by improving women's status through high education and increasing job opportunities since this could lead to decrease number of total children ever born and enable women to utilize health facilities through government and IEC programs especially in rural areas.

- REFERENCES

- 1- EL- ZANATY F., and WAY, (2008):** Egypt Demographic and Health Surveys 2008 .Cairo, Ministry of Health and Population, National Population Council. Cairo, Egypt.
- 2- IBRAHIM, MAGDI A.K. .(1995):** The Role of Traditional Birth Attendants as Health Services Providers in Egypt, Annual Seminar on Population Issues in the Middle East, Africa and Asia, Cairo Demographic Center, Dec.
- 3- POPULATION REFERENCE BUREAU. (1997):** Improving Reproductive Health in Developing Countries, A summary of Finding from the National Research Council of the U.S.
- 4- RUTENBERG N. AYED M., OCHOLO L.O & WILKINSON M.I. (1991):** Knowledge and Use of Contraceptive: Demographic and Health Surveys Contraceptive Studies 6. Institute of resource development macro international INC. Colombia mary land, USA. July.
- 5- UNITED NATION POPULATION FUND (UNFPA). (1997):** The State of World Population. p 36.
- 6- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2005):** Make Every Mother and Child Count, 2005, WHO Report, press Geneva, Switzerland
- 7- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1999):** Reduction of Maternal Mortality, World Health Organization, Geneva. Switzerland
- 8- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1996):** Revised 1990, Estimates of Maternal Mortality A New Approach by WHO and UNICEF, World Health Organization. 1996 (WHO/ FRH/MSM/96.11)

Lifestyle and Nutritional Status of Children Less Than Five Years of Age in Some Arab Countries.

Ahmed Abdel Monem¹, Marwa Ahmed Abdel Monem²

I- Introduction:

Nutritional status of young children is one of the most sensitive measures for socio economic development of the country and reflecting the quality of life of its population. It is also an important indicator of their health status controlling its changes over time.

Assessing nutritional status of children considers one of the most important indicators that help in monitoring the progress made towards achieving MDG's.

In addition to this, some of lifestyle elements such as the place of residence, educational level and smoking status of both father and mother of child, as well as socioeconomic status of the family within which child live.

In order to evaluate the nutritional status of children less than five years of age in the selected countries, data on age weight and height of those children and background which help in examining the impact of life style on nutritional status were used to compute the following anthropometric measures which recommended and used by WHO/N.C.H.S/CDC using the standard reference population.

The following anthropometric measures were constructed to examine to evaluate the variations in malnutrition:

¹ Papfam Manager, League of Arab States.

² Nile Company for Pharmaceutical and Chemical Industries.

- Stunting (height-for-age).
- Overweight (weight-for-height).

Each of these two indicators provides different information about the growth and body composition of the children. The first one, measures the past nutritional status and chronic inadequate food intake. The second one, measures the current nutritional status and current / acute malnutrition.

These measures are expressed by the percentage of children falling into various standard deviation categories from the international reference population median.

WHO and CDC defined malnutrition as; the percentage of children under five years of age who fall below (-2) standard deviations for stunting and who fall above (2) standard deviations. (Martorell and Habicht, 1986).

Thus, the aim of this study is to assess the nutritional status of the children less than five years of age in some Arab countries and the impact of life style on levels of malnutrition among children in the study population.

II- Subjects and methods:

This descriptive comparative study based on information of Pan Arab Project for Family health (PAPFAM) carried by League of Arab States with the support of some Arab and International Organizations in Algeria, Djibouti, Lebanon, Morocco and Yemen during the period 2002 – 2004. The survey covered 53489 households including 28697 children less than 5 years of age, selected using national representative cluster samples in the selected countries.

The survey data was collected using standard questionnaire applied in all countries under consideration to provide information on households, women and children, including among others, sex, age,

education, work status, socio economic status, smoking, health status , disability, weight, height for children,.....etc.

The main objective of this study is to analyze the levels of malnutrition among children less than 5 years of age and examine the impact of lifestyle on those levels.

The nutritional status is measured by constructed indicators of stunting and overweight, while life style is expressed by some direct and indirect proxies such as place of residence, education, smoking and socioeconomic status.

The SPSS package is used to produce the tables in order to carry out the descriptive analysis.

The stunting indicator measures the past nutritional status and reflects the chronic malnutrition or disease reoccurrence, while the overweight reflects the malnutrition due to unbalance food and deficiency in its quality.

III- Results and Discussion:

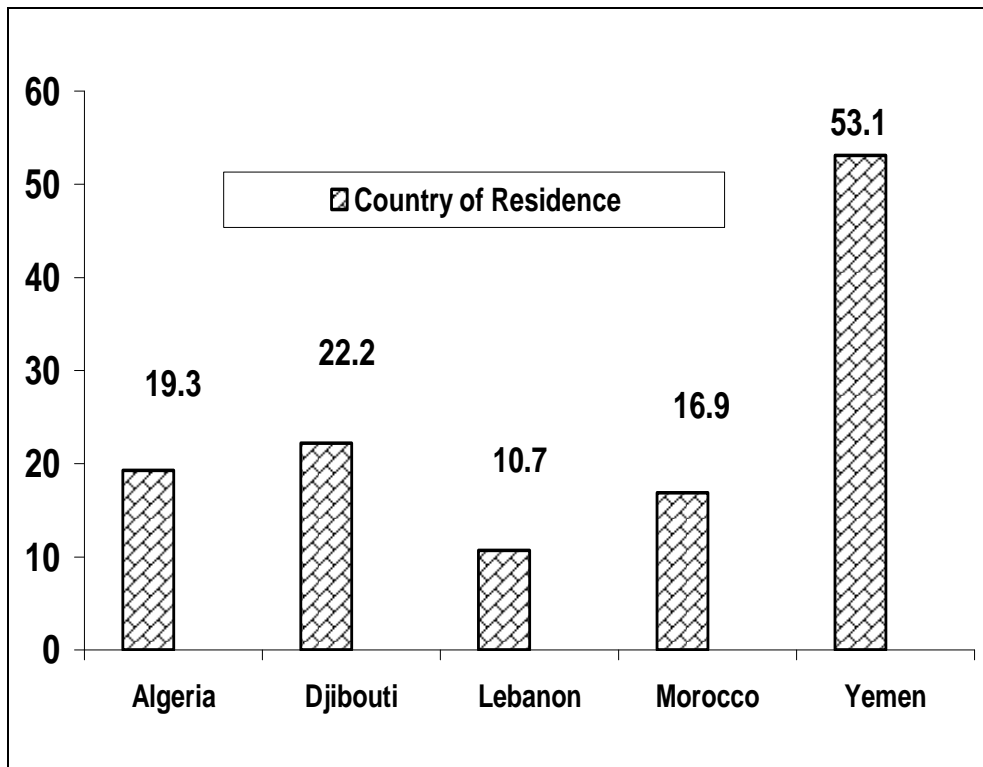
3-1 For Stunting:

Table (1) presents the percentages of children less than five years of age in the selected Arab countries who are suffering from moderate or severe stunting.

Intra-country comparison shows considerable variations among the countries under study. The levels of stunting ranges between about 11% in Lebanon as the lowest level and about 53% in Yemen as the maximum value in this group of countries.

This wide range of suffering from stunting as an indicator of malnutrition is due to the differences in socioeconomic level and developmental stage of each country (PAPFAM, 2009). These variations are presented in figure (1).

Figure (1)
Percentage of Stunted Children Less than Five Years of Age by
Country of residence



For inter-country comparison by some selected variables which reflect the impact of lifestyle on the level of stunting, the table clearly shows that children who live in urban environment are less likely to suffer from malnutrition than their counterparts in rural areas.

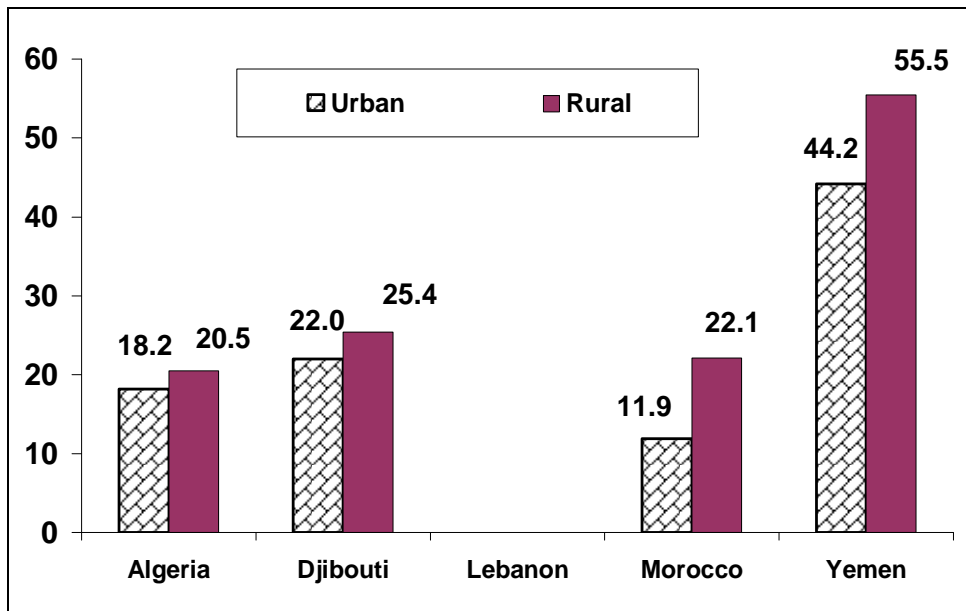
This pattern is observed in all countries. The reason for that may be due to higher standard of living in terms of better health and educational services accessibility and availability and better environmental conditions.

Table (1)
Percentage of Children under Five Years of Age who are Suffering
from Stunting by the selected Characteristics

	Algeria	Djibouti	Lebanon	Morocco	Yemen
Place of Residence					
Urban	18.2	22.0	--	11.9	44.2
Rural	20.5	25.4	--	22.1	55.5
Sex of Child					
Male	20.8	23.0	10.7	17.8	53.1
Female	17.8	21.3	10.6	16.0	53.1
Sex of Head of the Family					
Male	19.2	22.0	10.6	16.9	53.2
Female	22.1	24.5	13.8	16.4	49.8
Father's Education					
Illiterate	21.8	24.3	18.3	19.2	53.6
Primary / Preparatory	17.1	20.9	11.4	12.6	54.0
Secondary+	16.4	11.4	7.0	9.2	50.4
Father's Smoking Status					
Smoking	20.7	24.6	12.0	17.7	55.2
Not Smoking	18.2	20.8	9.1	16.5	51.3
Mother's Education					
Illiterate	22.1	24.3	18.3	19.4	54.4
Primary / Preparatory	17.0	15.9	11.9	8.4	43.1
Secondary+	14.4	0.0	6.4	6.9	36.6
Mother's Smoking Status					
Smoking	26.2	34.8	10.9	9.9	57.4
Not Smoking	19.2	22.0	10.5	17.1	52.2
Socioeconomic Level					
Low	22.5	27.3	8.0	23.1	56.5
Moderate	18.4	25.9	11.5	14.3	56.1
High	15.3	16.1	12.8	10.0	47.6
Total	19.3	22.2	10.7	16.9	53.1

The findings presented in the table show that in Algeria and Djibouti, the urban – rural differences are smaller than those in Morocco and Yemen, which reflect a great difference between urban and rural areas in the last two countries. Figure (2).

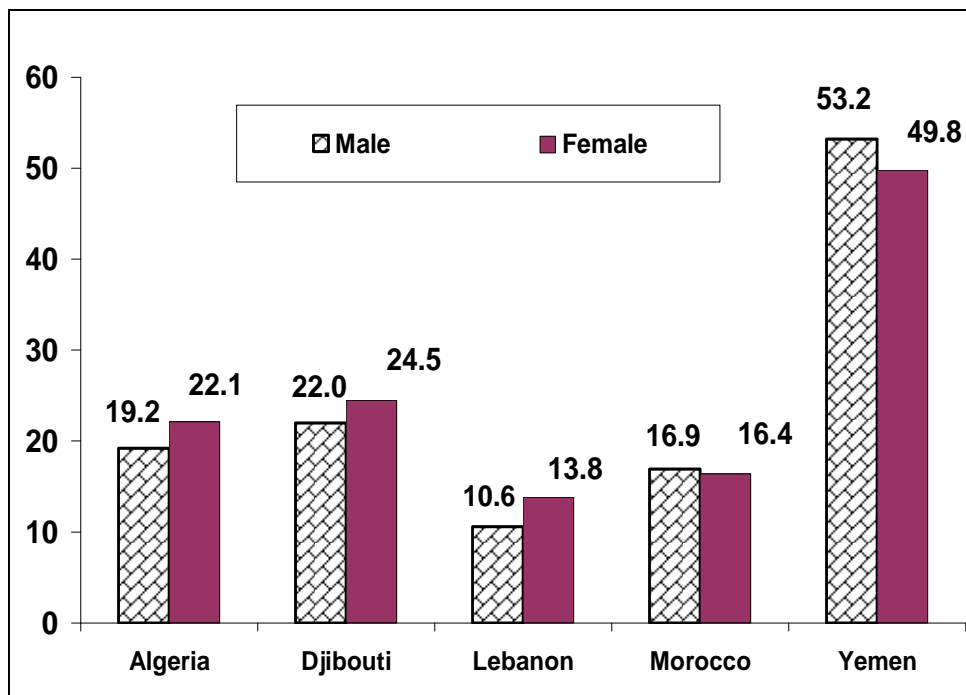
Figure (2)
Percentage of Stunted Children Less than Five Years of Age by Place of Residence



Looking to the gender gap between children from one hand and the heads of their families from the other, the table shows that in general, boys are more likely to suffer from malnutrition than girls in all countries. However, the gender gap reaches its minimum in Yemen.

As far as the head of the household is male, the percentage of children suffered from stunting is less than those children living within households headed by females. This is true in the selected countries except in Yemen and Morocco. Figure (3).

Figure (3)
Percentage of Stunted Children Less than Five Years of Age by Sex of Household Head



Children of educated fathers and mothers are less likely to be malnourished than those of non-educated parents. This is expected since educated parents probably have higher socioeconomic status, working in a modern sector with higher income, good standard of living, and are more likely to have good and healthy life style than other children.

Another factor affecting the level of stunting among children less than five years of age is smoking status of parents. The table indicates that in general, children belong to parents who are currently smoking are more likely to suffer from stunting. Although, the gap varies among countries and among fathers and mothers as well. These differences are shown in figures (4) and (5).

Figure (4)
Percentages of Stunted Children Less than Five Years of Age by
Father's Smoking Status

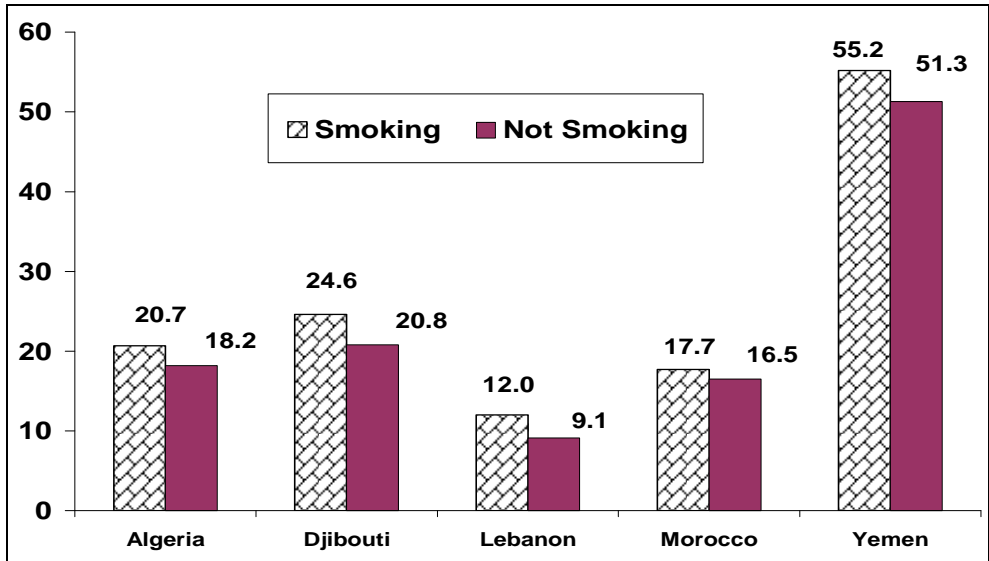
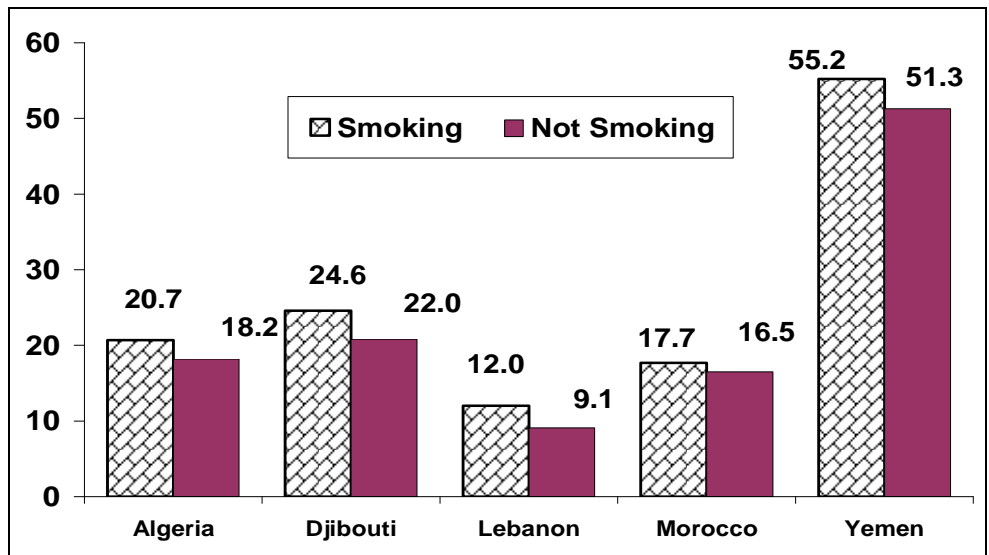
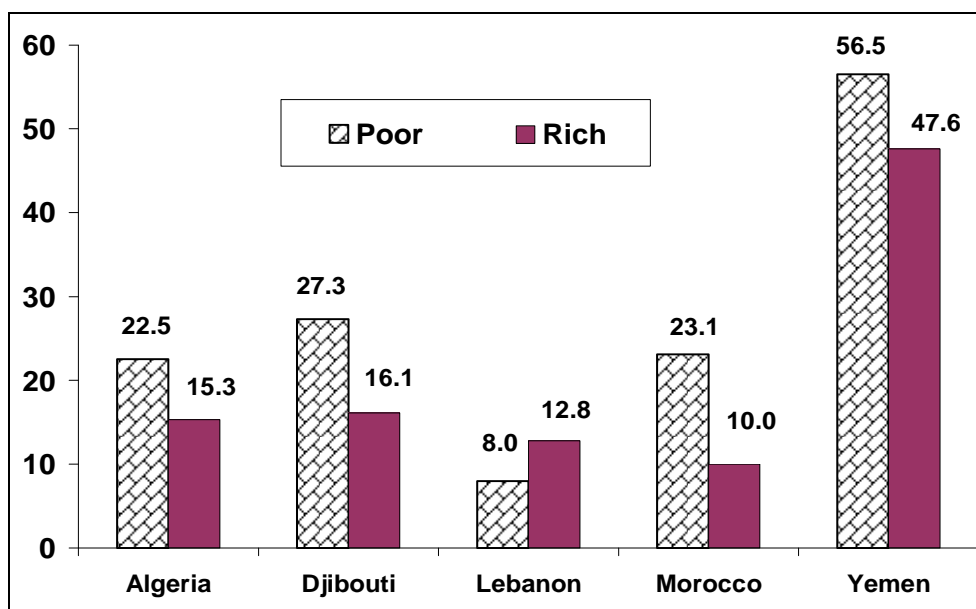


Figure (5)
Percentages of Stunted Children Less than Five Years of Age by
Mother's Smoking Status



Concerning the socioeconomic status, the table shows that as expected, children living within low socio economic status (poor) families are more likely to be malnourished than other children except in Lebanon as shown in figure (6).

Figure (6)
Percentages of Stunted Children Less than Five Years of Age by Socioeconomic Status.



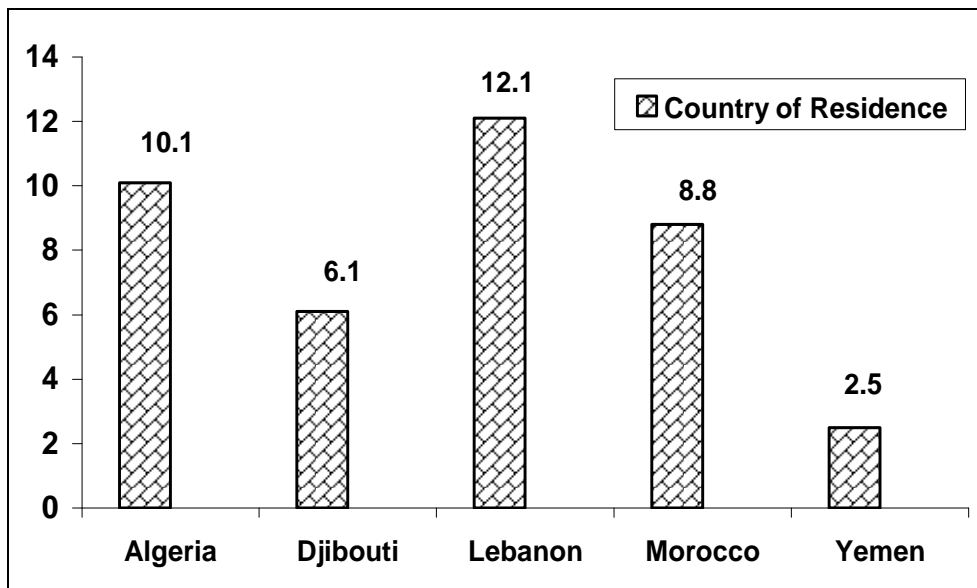
These findings presented in the table clearly show that lifestyle as reflected by place of residence as a proxy of the environment where the child live, which is characterized by different lifestyle in urban areas than in rural parts of the country, educational level which create different lifestyle for educated and non-educated parents, smoking status, and socioeconomic status which make people different in their food, clothing and other lifestyle dimensions have strong impact on children nutritional status in all families.

3-2 For overweight:

Another aspect of the malnutrition is overweight, which is expected to be a good measure of the impact of lifestyle.

Table (2) shows the differences among countries in the levels of overweight, which ranges between 2.5% in Yemen and 12.1% in Lebanon, as presented in figure (7).

Figure (7)
Percentage of Overweighed Children Less that Five Years of Age by Country of residence



The variations observed in the table by the selected variables do not reflect the expected patterns.

Although, it is expected, overweighed children in urban areas are more likely to be higher than in rural areas because of widespread fast food, transportation and other facilities, the table does not support the expected pattern, where overweight is higher among children living in urban areas than those living in rural areas in both Algeria and Morocco.

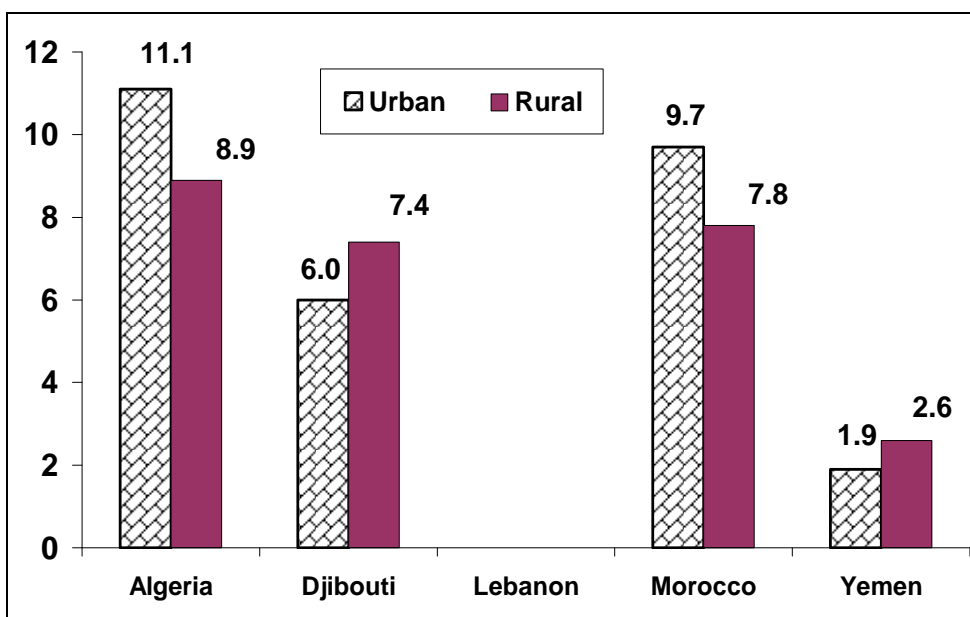
Table (2)
Percentage of Children under Five Years of Age who are Suffering
From Overweight by the selected Characteristics

	Algeria	Djibouti	Lebanon	Morocco	Yemen
Place of Residence					
Urban	11.1	6.0	--	9.7	1.9
Rural	8.9	7.4	--	7.8	2.6
Sex of Child					
Male	9.4	5.9	11.3	8.6	2.2
Female	10.8	6.2	12.9	9.0	2.8
Sex of Head of the Family					
Male	10.0	6.5	12.2	8.8	2.5
Female	13.2	1.9	5.4	8.9	1.8
Father's Education					
Illiterate	9.3	4.9	8.4	8.3	2.4
Primary / Preparatory	10.3	8.2	13.8	9.8	3.2
Secondary+	12.0	6.3	10.3	10.8	2.0
Father's Smoking Status					
Smoking	10.3	6.1	12.4	9.5	2.5
Not Smoking	9.6	6.2	11.8	8.5	2.5
Mother's Education					
Illiterate	8.9	6.0	15.8	8.4	2.5
Primary / Preparatory	11.0	8.5	10.4	10.7	2.8
Secondary+	12.1	0.0	13.5	10.0	1.1
Mother's Smoking Status					
Smoking	11.1	4.9	14.6	20.1	2.4
Not Smoking	10.0	6.6	11.6	8.8	2.5
Socioeconomic Level					
Low	8.9	4.7	12.9	7.8	2.4
Moderate	10.1	5.1	11.7	7.6	2.6
High	11.7	7.7	11.4	11.0	2.4
Total	10.1	6.1	12.1	8.8	2.5

Different pattern is observed in other countries, as presented in figure (8).

Looking to the sex of the child differentials, it is found that boys are more likely to be overweighted than girls in all countries. However, the value of the gap between boys and girls varies from one country to another and ranges between 0.3 points in Djibouti and 1.6 points in Lebanon See figure (9).

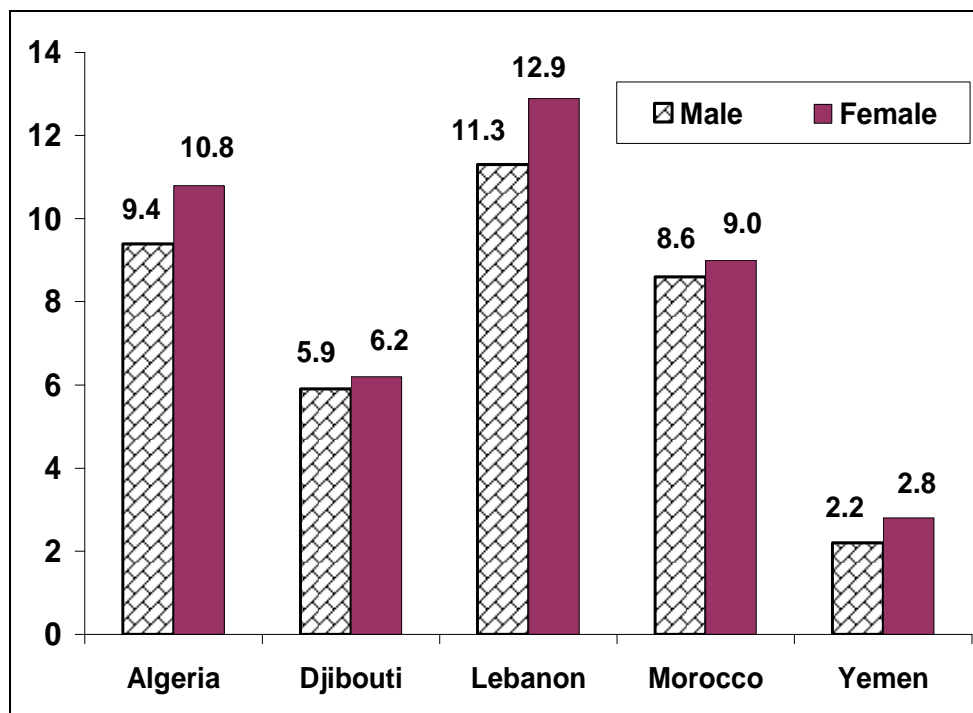
Figure (8)
Percentage of Overweighed Children Less than Five Years of Age by Place of Residence



The table also presents differences in levels of overweight among countries and within each country by sex of the head of household where the child lives.

It is noted that in all countries except in Algeria and Morocco, when the head is male, the percentage of overweighted children increases.

Figure (9)
Percentage of Overweighed Children Less than Five Years of Age by Sex of Child



Several factors could be the reason for such pattern; such as higher income of family headed by male accompanied with some bad behaviors and habits in dietary system and practicing physical activities which may lead to overweight.

Lower income and socioeconomic status conditions of the families headed by females will affect health status of all members including children.

It is also noted that the gap between children vary according to sex of their household heads. The widest gap is found in Lebanon and the narrowest one is observed in Morocco.

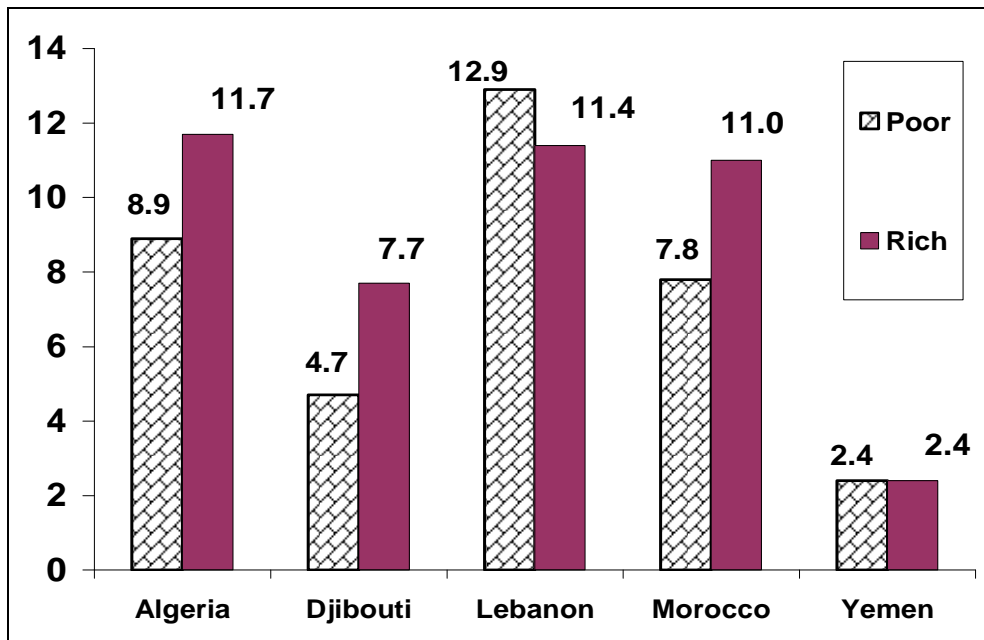
As far as father's education as concern, it is found that children whose fathers completed at least secondary education are more likely to be overweighed in all countries except in Yemen.

This conclusion is supporting the findings of sex of the head of the household.

Concerning the socioeconomic status and its impact on overweight among children less than five years of age, it is noted that in Algeria, Djibouti and Morocco, children living in rich households are more likely to be overweighed than poor families.

Different pattern is found in other countries, where overweight is higher among children living in poor families. Such differences are presented in figure (10).

Figure (10)
Percentage of Overweighed Children Less than Five Years of Age by Socioeconomic Status



IV- Conclusion and Recommendations:

The results of the study reflect a clear impact of life style factors on nutritional status of children less than 5 years of age in the selected Arab countries.

These findings show ensure the need of integrating all the efforts to stop smoking and improving socioeconomic status especially in rural areas. Also, there is a great need for health education especially for dietary education.

- References

- 1- Martorell, R. and J.P. Habicht, 1986 'Growth in Early Childhood in Developing Countries. In Human growth: A Comprehensive treatiseed F. Falkner and J. M.Tanner, Vol 3 New York: Plenum Press 241-262.
- 2- Ministry Of Social Affairs, Et Al 2007; Lebanon Family Health Survey, Principal Report, League of Arab States, Cairo.
- 3- National Institute of Health, 2006 'Smoking and your Digestive System' ClearingHouse press.
- 4- PAPFAM, 2009 'Socio economic and Demographic Characteristics of Arab Families' League of Arab States, Cairo.
- 5- Shariff. A. 1998 Women 'Status and Child Health' Gender, Population and Development, Ed RatnaM. Sudarsan and Abusaleh Shariff. Delhi, India PP 185- 219.