

مجلة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

دورية علمية متخصصة محكمة

يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة



في هذا العدد:

- 1- تأثير العوامل الديموغرافية والصحية على مرض الاكتئاب في مصر (دراسة حالة).
- 2- تأثير استعمال شبكات التواصل الاجتماعي/الفيديو على طلاب الجامعات في المغرب.
- 3- واقع البطالة وتباينها المكاني في العراق.
- 4- تعمير السكان في بعض الدول العربية.
- 5- الريادة والمسؤولية الاجتماعية.

مجلة الأسرة العربية
تتروك أهنا



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

المجلد السادس - العدد الخامس عشر - يناير 2013

الهيئة الاستشارية والعلمية (حسب الترتيب الأبجدي)

- أ.د. أحمد رجاء رجب أستاذ الصحة الإنجابية – جامعة الأزهر. مصر.
- د. أحمد عبد المنعم مدير البرنامج العربي لصحة الأسرة وخبير الدراسات السكانية والصحية بجامعة الدول العربية. مصر.
- أ. أحمد عبد الناظر مدير مركز بحوث الصحة الإنجابية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري. تونس.
- أ.د. أحمد مصطفى العتيق عميد معهد الدراسات والبحوث البيئية - جامعة عين شمس. مصر.
- أ.د. الزبير عروس أستاذ علم الاجتماع، جامعة الجزائر، باحث بمركز بحوث الاقتصاد التطبيقي للتنمية. الجزائر.
- أ.د. آسيا شريف أستاذة بالمدرسة الوطنية العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي. الجزائر.
- د. أيمن زهري خبير دراسات السكان والهجرة. مصر.
- أ.د. توفيق بن خوجة مدير عام المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة بدول مجلس التعاون الخليجي. السعودية.
- د. ساهر وصفي شقيدف خبير تقييم البرامج والأنظمة الصحية. الأردن.
- د. سلمى جلال خبيرة في قضايا الصحة والسكان والتنمية. مصر.
- د. رامز مهاني مستشار إقليمي بمكتب منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بالقاهرة. سوريا.
- أ.د. شبيب دياب أستاذ علم الاجتماع بالجامعة اللبنانية. لبنان.
- أ.د. عبد الباري بينير مستشار منظمة الصحة العالمية وأستاذ الوبائيات بمدرسة الطب بجامعة مانشستر. بريطانيا.
- د. عبد العزيز فرح خبير في استراتيجيات السكان والتنمية، السودان.
- أ.د. عبد الله زيدان أستاذ بحوث العمليات، رئيس مجلس إدارة مصلحة الإحصاء والتعداد، ليبيا.
- د. عادل التاجوري خبير صحة الطفل والتغذية، مركز بحوث التغذية البشرية بفرنسا، ليبيا.
- أ.د. عثمان محمد نور أستاذ علم السكان ومستشار مبادرة حماية الأطفال في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، السودان.
- أ.د. عز الدين عثمان حسن أستاذ أمراض النساء والولادة، جامعة المنصورة، مدير المؤسسة الأهلية المصرية لرعاية الخصوبة، مصر.
- د. عزت الشيشيني مستشار ديموغرافي، المركز الديموغرافي بالقاهرة، مصر.
- السفيرة فائقة سعيد الصالح الأمين العام المساعد رئيس قطاع الشؤون الاجتماعية بجامعة الدول العربية، البحرين.
- أ.د. فوزي عبد الرحمن أستاذ أنثروبولوجيا، كلية البنات، جامعة عين شمس، مصر.
- أ.د. محمد نجيب عبد الفتاح أستاذ الدراسات السكانية والاجتماعية، معهد البحوث والدراسات الإحصائية- جامعة القاهرة، مصر.
- أ.د. مراد كامل حسانين أستاذ أمراض نساء وتوليد، جامعة الأزهر. مصر.
- أ. مصطفى أزلامط خبير الدراسات والبحوث الديموغرافية والصحية، وزارة الصحة، المغرب.
- د. مواهب توحيد المويلحي طبيبة وباحثة في مجال الصحة الإنجابية والسكان. مصر.



صحة الأسرة العربية والسكان بحوث ودراسات

رئيس التحرير

د. أحمد عبد المنعم

مدير المشروع العربي لصحة الأسرة

سكرتارية التحرير

رابع حلبي

نيفين ونيس

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 - 27383634

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 وخاصة الشباب منهم، ولتسهيل نشر الدراسات والبحوث التي يقومون بإعدادها، وتبادل خبراتهم بما يساعد في تطوير وتفعيل الشراكة والتعاون جنوب - جنوب في المنطقة العربية.

يسرنا تقديم العدد الخامس عشر 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 الناحية المعرفية 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 |
|---------|--|
| | - تأثير العوامل الديموغرافية والصحية على مرض الاكتئاب في مصر (دراسة حالة). |
| 22-1 | محمد نجيب عبد الفتاح وآخرون..... |
| | - تأثير استعمال شبكات التواصل الاجتماعي/الفيسبوك على طلاب الجامعات في المغرب. |
| 56-23 | عبد الودود خربوش..... |
| | - واقع البطالة وتباينها المكاني في العراق. |
| 86-57 | عباس فاضل السعدي..... |
| | تعمير السكان في بعض الدول العربية. |
| 108-87 | آسيا شريف..... |
| | الريادة والمسؤولية الاجتماعية. |
| 129-109 | هند جمعوني، عائشة شبيلة..... |

رقم الإيداع:

م 06 / دوري 01 (2013) / ع 15 (0495)

تأثير العوامل الديموغرافية والصحية على مرض الاكتئاب في مصر (دراسة حالة).

محمد نجيب عبد الفتاح²

سحر السيد الطويل⁴

فاروق تمام شعيب¹

سمير فؤاد أبو المجد³

- ملخص

تهدف الدراسة إلى بيان تأثير شدة مرض الاكتئاب على أداء الأشخاص في الحياة. وتأثير المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والديموغرافية للسكان في مصر على مرض الاكتئاب.

وقد تم تحديد مجموعة من المتغيرات الديموغرافية والإقتصادية والإجتماعية والصحية والتي تم سؤال المريض عنها من خلال أسئلة إستمارة الإستبيان وبإستخدام البرنامج الإحصائي SPSS. وحيث أن المتغير التابع هو (شدة مرض الاكتئاب)، وقد تم إستخدام نموذج الإنحدار اللوجيستي المتعدد لتحديد المتغيرات الرئيسية المؤثرة في شدة الإكتئاب والتي تمثل مجموعة المتغيرات المستقلة ومتغير تابع.

وأوصت الدراسة القيام بدراسات على مدى أوسع من حيث عدد حالات المرضى للحصول على بيانات أكثر دقة لمرضى الإكتئاب والمؤثرات التي تؤثر عليه وتتأثر به، والإهتمام بنشر الوعي الصحى للأمراض النفسية عموماً والإكتئاب بصفة خاصة لتوعية الناس بضرورة العلاج وإعتباره مرض كباقي الأمراض دون الشعور بوصمة العار التي مازالت تسيطر على المجتمع من العلاج النفسى، وبناء نظام مميكن للسجلات الطبية مع بناء أنظمة خاصة للأمراض مثل السجل القومى للأورام والسجل القومى لمرض الإيدز ويجب إدراج سجل قومى لمرض الإكتئاب ضمن هذه السجلات كما يجب تضمين السجلات بيانات عن الوفاة بسبب الأمراض خاصة مرض الإكتئاب حتى يمكن حساب عبء المرض بدقة .

الكلمات المفتاحية: مرض الاكتئاب، أداء الاشخاص، المتغيرات، الإقتصادية، الديموغرافية، الإجتماعية، الصحية.

¹ أستاذ دكتور متفرغ بمعهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة، مصر.
² أستاذ دكتور وكيل شئون البيئة لمعهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة، مصر.
³ أستاذ دكتور الأمراض النفسية، كلية الطب، جامعة القاهرة، مصر.
⁴ طالبة للحصول على درجة الدكتوراه.

I- مقدمة

إن التخطيط الصحي الإستراتيجي من شأنه أن يزيد من وتيرة التنمية الصحية والنجاح في تحقيق الأهداف الصحية أو أن يقلل من تكاليف بلوغ تلك الأهداف. وحينئذ يجب على مثل ذلك التخطيط أن يأخذ في الاعتبار الاحتياجات التي يجب على النظام الصحي التعامل معها ويعني ذلك أنه يتوجب على واضعي السياسات أن يكونوا على وعي بالعبء النسبي للأمراض، والإصابات، وعوامل الخطر التي تتسبب في حدوثها، وكيف يمكن أن يؤدي اعتماد سياسات وإجراءات تدخلية متنوعة إلى تغيير ذلك العبء. وبالطبع، لا تعتبر الاحتياجات العوامل الوحيدة المحددة لعملية تقديم الخدمات، ولكنها يجب أن تكون عنصراً حاسماً الأهمية في عمليات التخطيط واتخاذ القرار. ومن ثم، تصبح المسألة هي كيفية تقييم الأهمية النسبية للمخاطر الصحية وما يترتب عليها من نتائج في مختلف الفئات الديموغرافية من السكان. وتتناول هذه الدراسة دراسة العبء الخاص بأحد الأمراض النفسية وهو الاكتئاب، ودراسة العوامل السكانية والديموغرافية المتعلقة به وذلك لأن المكانة البارزة للاضطرابات النفسية، خاصة الاكتئاب، كسبب لأعباء المرض هي نتيجة مدرجة في دراسة العبء العالمي للمرض، (Neugebauer R., 1999). وبالرغم من ذلك، فقد نوقشت وسائل تقييم عبء الصحة النفسية بشكل محدود على المستوى القومي والعالمي. (William A., 1999).

والاكتئاب كما عرفته منظمة الصحة العالمية "هو اضطراب نفسي شائع يصيب المريض بالعديد من الأعراض المرضية مثل المزاج الاكتئابي وفقد الاهتمام والرغبة والشعور بالذنب وعدم الثقة بالنفس مع اضطراب النوم والشعور بانحطاط الطاقة وضعف التركيز. ويمكن أن تصبح هذه المشكلات مزمنة ومتكررة وتؤدي إلى تدهور جوهري في قدرة المريض على الاهتمام بشئونه ومسئوليته الخاصة. وفي أقصى حالاته قد يؤدي إلى نهاية مأساوية بانتحار المريض (85.000 منتحر سنوياً بسبب الاكتئاب).

وكل ما يلزم هو إيجاد إطار لتوحيد، وتحقيق، وتحليل، ونشر المعلومات المتاحة عن الصحة السكانية بحيث تكون المعلومات أكثر صلة بأعراض التخطيط ومن هنا تشكل

المحاولة الرئيسية لتحقيق ذلك هي إطار العبء العالمي للأمراض (Global Burden Of Diseases GBD) ومن بين السمات البارزة لإطار العبء العالمي للأمراض، دمج بيانات عن النتائج الصحية غير المميتة في القياسات المختصرة للصحة السكانية، ووضع طرق لتقييم موثوقية البيانات وتعيين البيانات الناقصة، واستخدام مقياس مشترك لتلخيص عبء الأمراض الناتج عن الفئات التشخيصية للتصنيف العالمي للأمراض وعوامل الخطر الرئيسية التي تتسبب في تلك النتائج الصحية.

II - مشكلة الدراسة

- عدم وضوح تأثير شدة المرض على ضعف أداء المريض في جميع أوجه الحياة.
- عدم دراسة تأثير المتغيرات الاجتماعية والثقافية والديموغرافية للسكان على عبء مرض الاكتئاب.

III - أهداف الدراسة

- دراسة تأثير شدة مرض الاكتئاب على أداء الأشخاص في الحياة.
- دراسة تأثير المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والديموغرافية للسكان في مصر على مرض الاكتئاب.

IV - أهمية الدراسة

تتركز أهمية هذا الدراسة في أن نتائجه قد تكون ذات فائدة لمتخذي القرارات ومخططي السياسات والاستراتيجيات والبرامج السكانية في التعرف على تأثير العبء القومي لمرض الاكتئاب وتأثيره على إنتاجية الفرد ونشاطه في مختلف المجالات ونسبة العجز الناتج عن هذا المرض والأسباب المؤدية له حتى يمكن تجنبها ومحاولة القضاء على الأسباب المؤدية لهذا المرض حتى يتمكن الأفراد من التمتع بصحة نفسية جيدة وبالتالي زيادة مستوى إنتاجيتهم وإنتاجية المجتمع. بالإضافة إلى أنه يمكن التنبؤ بعبء مرض الاكتئاب وعلاقته بالعوامل الاقتصادية والديموغرافية والاجتماعية والصحية بهدف محاولة الحد من الآثار السلبية للمرض والإعاقة الناتجة عنه.

V- الدراسات السابقة

• دراسة (Youssef, et al, 1998) بعنوان "مستوى انتشار الأمراض الاكتئابية في محافظة الإسماعيلية في مصر". تهدف هذه الدراسة إلى تقدير مدى انتشار الاضطرابات الاكتئابية والمتغيرات الاجتماعية والديموجرافية المتعلقة بها، كما تهدف لمعرفة عوامل الخطر والإطار الإكلينيكي للمرض. حيث تم دراسة حالات 4922 شخص من سكان محافظة الإسماعيلية بمصر. واستخدمت منهجية الدراسة الاختيار العشوائي للعينة المجتمعية، ثم تم فحص أفراد العينة إكلينيكيًا لتقييم الأعراض التي يعانون منها للوصول إلى المرضى الذين يعانون من الاضطرابات الاكتئابية ودراسة حالتهم الصحية والضغط النفسي التي يعانون منها.

وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن نسبة انتشار الاضطرابات الاكتئابية في خلال ستة أشهر كانت 18.65% وكان انتشار اضطراب عسر المزاج أو ما يعرف بالاكتئاب البسيط المزمن حوالي 9.87%، وهو الأكثر انتشارًا بين اضطرابات الاكتئاب.

وكانت أهم النتائج تشير إلى أن الاضطرابات الاكتئابية منتشرة وتعيق بشكل أساسي سكان المجتمع المصري وأن طرق التشخيص والعلاج تحتاج إلى أن تمتد إلى المستشفيات والمراكز الصحية وأن تتجاوز نطاق العيادات النفسية ومستشفيات الطب النفسي.

• دراسة (غريب، 2002) بعنوان "الاكتئاب ومركز الضبط لدى عينة مصرية من الراشدين" وهدفت الدراسة إلى إلقاء مزيد من الضوء على مفهوم الضبط الداخلي - الخارجي من حيث نشأته وتطوره وخلفيته الثقافية بالإضافة إلى عرض بعض أوجه النظر حول علاقة المفهوم بالاكتئاب بوصف الأخير أحد المتغيرات النفسية التي ارتبطت به في التراث النفسي الغربي، وأيضاً توضيح مدى إمكانية تطابق نتائج الدراسات الغربية حول علاقة المفهوم بالاكتئاب على ثقافات أخرى غير عربية ومنها مصر وتمهيد الطريق أمام الممارسين النفسيين في مصر لاستخدام إستراتيجيات أكثر بساطة ومع ذلك أكثر

فاعلية في التعامل مع الأعراض الاكتئابية، تقوم على أسس أكثر النظريات الإرشادية شعبية في المجال وهي نظرية الإرشاد المعرفي- السلوكي، وذلك بدلاً من الأساليب الدوائية التي قد يكون استخدامها محفوفاً بالمخاطر على العميل. وأوضحت نتائج الدراسة أنه توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً بين الاكتئاب والضبط الداخلي- الخارجي لمجموعة من المفحوصين المصريين الراشدين. ولا توجد فروق دالة إحصائياً في الضبط الداخلي- الخارجي ترجع إلى الجنس لدى مجموعة المفحوصين المصريين الراشدين. ولا توجد فروق دالة إحصائياً في حجم معامل الارتباط بين الاكتئاب والضبط الداخلي- الخارجي ترجع إلى الجنس. وتوجد علاقة سالبة دالة إحصائياً بين السن والضبط الداخلي- الخارجي لمجموعة المفحوصين المصريين الراشدين.

• **دراسة (العيسوي، 2005)** بعنوان "الوضع الصحي في مصر في إطار نظرية التحول الصحي". تهدف الدراسة إلى اختبار وتتبع وقياس الانتقال الصحي واختبار العوامل المؤدية إليه ومدى تأثير الأوضاع الاقتصادية والديموغرافية والوبائية على الانتقال من مرحلة إلى أخرى، كما تلقت الانتباه إلى جدوى استخدام مؤشر "متوسط البقاء على قيد الحياة في حالة صحية جيدة" كملخص للحالة الصحية أكثر دلالة من المقاييس التقليدية مثل "متوسط البقاء على قيد الحياة". وكانت من أهم توصيات الدراسة ضرورة رسم خريطة صحية لمصر توضح أهم المشاكل الصحية بالترتيب مع بيان عوامل وأسباب هذه المشاكل بالإضافة إلى بيان المجموعات المعرضة لخطر التعرض مع ضرورة إجراء المزيد من البحوث لفحص أهم المشاكل مثل: الالتهاب الكبدي الوبائي، والسكر، والضغط، والفشل الكلوي، وضغط الدم، والأورام. وأيضاً ضرورة استخدام المؤشرات الجديدة لقياس المستوى الصحي على المستوى القومي مثل: متوسط مدة البقاء في حالة صحية جيدة، ومؤشر قياس الفجوة الصحية.

• **دراسة (غاتم، وآخرون، 2009)** بعنوان "المسح الوطني لمعدلات انتشار الاضطرابات النفسية في مصر: مسح أولي". تعتبر هذه الدراسة خطوة مبدئية للمسح الوطني لانتشار الاضطرابات النفسية في مصر. وقد أجرى الباحثون مسحاً للأسر من دار

لدار ضم 14640 بالغاً في المرحلة العمرية 18-64 سنة وذلك في خمس مناطق في مصر. وقد استخدموا في تشخيص الاضطرابات النفسية مقابلة "MINI-Plus" التشخيصية. وبلغ معدّل الانتشار الإجمالي التقديري بين جميع البالغين المدرجين في الدراسة 16.93%. وتمثّلت المشاكل الرئيسية في اضطرابات المزاج 6.43%، واضطرابات القلق 4.75%، والاضطرابات المتعددة 4.72%. وترابطت الاضطرابات النفسية مع عوامل اجتماعية ديموجرافية (من قبيل: الأثوثة، والبطالة، والطلاق) وعلل بدنية (من قبيل: مرض القلب، ومرض الكليّة، وفرط ضغط الدم).

لقد هدفت هذه الدراسة لتقديم تقديرات دقيقة لانتشار الاضطرابات النفسية الشائعة في خمس مناطق مختلفة في مصر ولمعرفة العوامل الاجتماعية والديموجرافية المتعلقة بهذه الاضطرابات كجزء من مسح وطني.

استندت هذه الدراسة على المسح السكاني لمصر لعام 2003 لتقدير عينات ممثلة لكل منطقة كما يلي: 3750 للإسكندرية، 3500 للجيزة، 3250 للقليوبية، 3000 للفيوم، و1500 للإسماعيلية. وتم اختيار 10 مواقع لتمثيل المستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة بالأخذ في الاعتبار العوامل الثقافية والجغرافية. كما تم تصنيف كل موقع إلى أربع مناطق (شمال، جنوب، شرق، وغرب). ولقد تراوحت أعمار العينة الممثلة بين 18 إلى 64 سنة.

في خلال الفترة التحضيرية للدراسة تم أخذ موافقة المشاركين في المسح بعد شرح الدراسة وأهدافها لهم، كما تم تطبيق الدراسة على عدد محدود لاختبار آليات الدراسة ومدى جدواها.

وفي خلال الدراسة قامت الممرضات المدربات بزيارة منازل المشاركين وأكملوا استبيان ديموجرافي اجتماعي صمم لتقييم عوامل الخطر للاضطرابات النفسية والذي تضمن بيانات عن العمر والنوع والتعليم ومؤشر الازدحام والحالة العملية والسكن

والتدخين وتعاطى الكحول والديانة والتاريخ المرضي الحالي أو السابق للمرض العضوي المزمن. وقد استخدمت النسخة العربية لاختبار الميني (MINI - Plus) لتشخيص الحالات. هذا وقد تم إجراء التقنين اللازم لكل الأدوات المستخدمة.

وقام الفريق البحثي باستخدام التحليل الإحصائي اللازم عن طريق برنامج SPSS واستخدم الانحدار اللوجيستي لتقييم الارتباط بين كل العوامل الاجتماعية والاقتصادية والأمراض المزمنة وبين الاضطرابات النفسية.

ولقد شملت عينة الدراسة 15000 مشارك بعد استبعاد 360 من التحليل بسبب العمر أو بسبب أخطاء في إدخال البيانات أو عدم وجود تشخيص محدد. وأظهرت النتائج أن انتشار الاضطرابات النفسية في العينة محل الدراسة كان 16.93% وكانت أكثر الاضطرابات شيوعا هي اضطرابات المزاج (6.43) ثم اضطرابات القلق (4.75%) ثم الاضطرابات المتعددة بنسبة 4.72%.

كما أظهرت النتائج أن انتشار اضطراب الاكتئاب هو (2.70%) واضطراب المزاج المصاحب للدورة الشهرية هو (2.52%)، وأظهرت أيضا أن أقل الأمراض انتشارا هو تعاطى الكحول واضطراب عدم التكيف (5، 4 حالات على التوالي). كما أظهرت الدراسة أن النساء كانت لديهن نسبة أرجحية أعلى، في حين أن محافظات الإسماعيلية والفيوم والحيزة لديها نسبة أرجحية أكبر من الإسكندرية.

أما بالنسبة لعوامل الخطر فقد تبين أن الحالة العملية (ربة بيت، لا يعمل) والحالة الزوجية (الطلاق والترملم) كانتا من أكثر عوامل الخطر من حيث نسبة الأرجحية.

وأظهرت الدراسة أن أكثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بالاضطراب النفسي هو مؤشر الازدحام.

وأظهرت الدراسة أن الحالة الصحية السيئة والأمراض المزمنة (ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري وأمراض الكلى) من أهم عوامل الخطر المرتبطة بالمرض النفسي. ولقد وجدت الدراسة أن نسبة الوفيات في المصابين بمرض الكلى المزمن والاكتئاب أعلى من هؤلاء الغير مصابين بالاكتئاب.

وخلصت الدراسة إلى أن الأمراض النفسية منتشرة بصورة ملحوظة في مصر مع وجود تباينات ملحوظة بين المحافظات وأوصت الدراسة بإجراء دراسات أخرى لبحث أسباب هذه التباينات.

VI- منهجية الدراسة

* استخدام الانحدار اللوجيستي لتحديد العوامل المؤثرة في شدة مرض الاكتئاب، وطبقاً لهذا الأسلوب تم تحديد المتغيرات الخاصة بالدراسة كما يلي:

المتغير التابع ويرمز له بالرمز Y ويأخذ قيمتين هما:

- الصفر في حالة الأقل اكتئاباً.

- الواحد الصحيح في حالة الأكثر اكتئاباً.

مجموعة المتغيرات المستقلة التالية:

أولاً: متغيرات ديموجرافية:

1. النوع
2. فئات العمر
3. الحالة التعليمية
4. الحالة العملية
5. الحالة الزوجية
6. محل الإقامة
7. محل الميلاد

ثانياً: متغيرات إقتصادية:

1. الحالة العملية.
2. الحالة الإقتصادية.
3. الأثر على الأداء الوظيفي.

ثالثاً: متغيرات إجتماعية

1. القرابة بين الزوجين
2. الأثر على الأداء الإجتماعي

رابعاً: متغيرات صحية:

1. المعاناة من أمراض مزمنة
2. التعرض لنوعين على الأقل أو أكثر من مما يلي أو عدم التعرض:

- أي نوع من الحوادث أو الإصابات.
 - أي نوع من الكحوليات أو المواد المخدرة.
 - معاناة أحد من أفراد الأسرة من أي أمراض نفسية.
3. الحالة الصحية
 4. الحالة الصحية مقارنة بالعام الماضي.

* استخدام اختبار مان ويتنى للمقارنة بين عينتين مستقلتين عندما تكون البيانات رتبية، وهو يستخدم في الإحصاء اللامعلمية (Non parametric) عوضاً عن اختبار "ت" في الإحصاء المعلمية.

حيث يفترض الاختبار أن:

الفرض العدمي H_0 : لا يوجد فرق بين آراء المجموعتين.

الفرض البديل H_1 : يوجد فرق بين آراء المجموعتين.

ويتم من خلال هذا الإختبار حساب قيمة الإختبار الإحصائي (Z)، وبناء علي هذه القيمة يتم قبول الفرض العدمي في حالة $p\text{-value} < 0.05$. أما في حالة $p\text{-value} \geq 0.05$ نرفض الفرض العدمي ونقبل الفرض البديل أي يوجد فرق بين آراء المجموعتين.

VII- مصادر البيانات

تعتمد الدراسة على عدة مصادر تتلخص فيما يلي:

- 1 - بيانات مستقاة من بحث ميداني تم خلال عام 2011 على عينة من 500 مريض من مرضى الاكتئاب مختلفي الشدة تتراوح أعمارهم بين 15-55 سنة فأكثر الذين كانوا يترددون أو يقيمون في عدد من مستشفيات الأمراض النفسية والعصبية في محافظة القاهرة الكبرى.
- 2- استخدام القياسات المعيارية الدولية والمحلية لانتشار مرض الاكتئاب.

VII- نتائج الدراسة

أولاً: تحليل المتغيرات الرئيسية المؤثرة على شدة مرض الاكتئاب

لقد تم تحديد مجموعة من المتغيرات الديموجرافية والاقتصادية والاجتماعية والصحية والتي تم سؤال المريض عنها من خلال أسئلة استمارة الاستبيان وباستخدام البرنامج الإحصائي SPSS. وحيث أن المتغير التابع هو (شدة مرض الاكتئاب) والذي يأخذ قيمتين وهما (الصفر) في حالة الأقل اكتئاباً و(الواحد) في حالة الأكثر اكتئاباً. فقد تم استخدام نموذج الانحدار اللوجيستي Logistic Regression المتعدد لتحديد المتغيرات الرئيسية المؤثرة في شدة الاكتئاب والتي تمثل مجموعة المتغيرات المستقلة. أما المتغير التابع ويرمز له بالرمز Y فيأخذ قيمتين:

$$Y = 0 \quad \text{الأقل اكتئاباً}$$

$$Y = 1 \quad \text{الأكثر اكتئاباً}$$

أما المتغيرات المستقلة فهي:

- 1 - الفئات العمرية للمرضى:
[0=15-29 (فئة مرجعية)، 1=30-44، 2=45-59، 3=60 فأكثر = 3].
- 2- النوع:
[ذكر = 1، أنثى = 0 (فئة مرجعية)].
- 3 - الحالة التعليمية:
[(أمي ، ابتدائي ، إعدادي) = 0 (فئة مرجعية) ، ثانوي فأكثر = 1].
- 4 - الحالة العملية:
[يعمل = 1 ، لا يعمل = 0 (فئة مرجعية)].
- 5 - الحالة الزوجية:
[أعزب = 0 (فئة مرجعية)، (متزوج ، مطلق ، أرمل) = 1].
- 6 - وجود قرابة بين الزوجين:
[نعم = 1 ، لا = 0 (فئة مرجعية)].
- 7 - وجود معاناه من أمراض مزمنة:
[نعم = 1، لا = 0 (فئة مرجعية)].
- 8 - التعرض لأي نوع من الخطر
[نعم = 1، لا = 0 (فئة مرجعية)].
- 9 - رؤية المريض لحالته الصحية:
[أسوأ = 1، أفضل = 0 (فئة مرجعية)].
- 10- رؤية المريض لحالته الصحية مقارنة بالعام الماضي:
[أسوأ = 1، أفضل = 0 (فئة مرجعية)].
- 11 - وجود صعوبة في تأدية العمل أو الأنشطة الأخرى:
[نعم = 1، لا = 0 (فئة مرجعية)].
- 12 - وجود تأثير على الأداء الاجتماعي مع الآخرين:
[نعم = 1، لا = 0 (فئة مرجعية)].

- 13 - وجود تأثير على الأداء الوظيفي في العمل:
[نعم = 1، لا = 0 (فئة مرجعية)].
- 14 - وجود تأثير على الحالة الاقتصادية:
[نعم = 1، لا = 0 (فئة مرجعية)].
- 15 - معاناة أحد أفراد الأسرة من نفس المرض:
[نعم = 1، لا = 0 (فئة مرجعية)].

وباستخدام طريقة **FORWARD STEPWISE** في الانحدار اللوجستي تم إدخال جميع المتغيرات المستقلة إلى التحليل لمعرفة مدى معنوياتها وتأثيرها على شدة مرض الاكتئاب، وكانت النتيجة أن هناك ثمانية متغيرات فقط لها تأثير معنوي على شدة المرض وتم استبعاد المتغيرات الأخرى من النموذج لعدم معنوية تأثيرها.

وتكون معادلة الانحدار اللوجستي على الصورة التالية:

$$\text{Log}_e [P/(1-P)] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i$$

حيث أن **P** تشير إلى احتمال حدوث الحدث أي **P(Y=1)**
P/(1 - P) تشير إلى Odds Ratio وهي نسبة الترجيح

وهما مثال النجاح إلى عدم النجاح وكلما كانت قيمة معلمة الانحدار اللوجستي β بالسالب فإن قيمة **Odds Ratio** تقل عن الواحد الصحيح أما إذا كانت معلمة الانحدار اللوجستي β بالموجب فإن قيمة **Odds Ratio** تزيد عن الواحد الصحيح. وبالتالي يمكن كتابة معادلة الانحدار اللوجستي كالاتي:

$$\text{Log}_e [P/(1-P)] = - 4,101 + 1,145X_1 + 1,820X_2 + 1,049X_3 \dots - 0,787X_9 + 0,462X_{10}$$

وذلك كما يتضح من الجدول التالي الذي يظهر النتائج الخاصة بالانحدار اللوجيستي باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS.

جدول 1

التحليل اللوجيستي لقياس تأثير بعض المتغيرات على شدة مرض الاكتئاب

| Odds ratio | اختبار Wald | | المعلومات المقدرة | المتغيرات المستقلة |
|------------|----------------|--------|-------------------|--|
| | مستوى المعنوية | القيمة | | |
| | 0,000 | 24,122 | | فئات العمر. |
| 3,144 | 0.000 | 14,327 | 1,145 | .44-30 |
| 6,170 | 0.000 | 21,584 | 1,820 | .59 -45 |
| 2,854 | 0.07 | 3,273 | 1,049 | 60 فأكثر. |
| 0,523 | 0.04 | 4,378 | 0,648 - | الحالة التعليمية. |
| 0,378 | 0,001 | 11,099 | 0,973 - | الحالة الزوجية. |
| 0,354 | 0,000 | 17,659 | 1,038 - | التعرض للخطر. |
| 2,799 | 0,000 | 15,455 | 1,029 | رؤية المريض لحالته الصحية |
| 9,898 | 0,000 | 14,749 | 4,381 | وجود تأثير على الأداء الاجتماعي. |
| 2,196 | 0,001 | 11,878 | 0,787 | وجود صعوبة في تأدية العمل أو الأنشطة الأخرى. |
| 1,588 | 0,05 | 3,894 | 0,462 | معاونة أحد أفراد الأسرة من نفس المرض. |
| 0,017 | 0,001 | 11,597 | 4,101 - | الجزء الثابت |

ومن خلال الجدول السابق يتضح أن:

1. المتغير الخاص بتأثير شدة مرض الاكتئاب على الأداء الاجتماعي مع الآخرين له أكبر الأثر في ارتفاع شدة المرض حيث أن **Odds Ratio** لهذا المتغير 9.898 مما يعكس أن الأشخاص الأكثر اكتئاباً يؤثر ذلك على أدائهم الاجتماعي مع الآخرين حوالي عشرة أضعاف الأشخاص اللذين لم يتأثر أدائهم الاجتماعي.
2. يلاحظ أن المرضي في الفئة العمرية 45-49 تكون شدة المرض لديهم حوالي ستة أضعاف أمثالهم في الفئة العمرية 15-29 حيث كانت **Odds Ratio** لهذا المتغير هي 6.170 ثم يليهم في ذلك الفئة العمرية 30-44.
3. أما متغير رؤية المريض لحالته الصحية فكانت **Odds Ratio** 2.799 مما يوضح أن شدة المرض في المرضي الأكثر اكتئاباً واللذين يرون أن حياتهم أسوأ من قبل حوالي ثلاثة أضعاف اللذين يرون أن حياتهم أفضل من قبل.
4. يلي ذلك المتغير الخاص بوجود صعوبة للمريض في تأدية العمل أو الأنشطة الأخرى فكانت **Odds Ratio** 2.196 مما يوضح أن شدة الاكتئاب للمرضي اللذين يجدون صعوبة في تأدية العمل أو الأنشطة الأخرى حوالي ضعفين المرضي اللذين لا يجدون صعوبة في ذلك.
5. المتغير الخاص لمعاونة أحد أفراد الأسرة من نفس المرض كانت **Odds Ratio** 1,588 مما يوضح أن شدة مرض الاكتئاب للمرضي الذين يعاني أحد أفراد أسرته من نفس المرض حوالي مرتين المرضي اللذين لا يعاني أحد أفراد أسرته من نفس المرض.
6. ويلاحظ أن هناك بعض المتغيرات لها أثر عكسي على شدة مرض الاكتئاب وهي الحالة التعليمية والحالة الزوجية والتعرض للخطر لأي نوع من الحوادث

أو تعاطي المخدرات أو المعاناة من أحد الأمراض النفسية حيث أن **Odds Ratio** لهذه المتغيرات أقل من الواحد الصحيح وهي على التوالي (0.523، 0.378، 0.354) وهذا يعني أن شدة مرض الاكتئاب تنخفض بمقدار (0.477، 0.622، 0.646) عندما يزيد كل متغير منهم بمقدار وحدة واحدة.

ثانياً: تأثير شدة المرض على أداء المريض باستخدام اختبار مان وتني:

يستخدم اختبار مان وتني للمقارنة بين عينتين مستقلتين عندما تكون البيانات رتبية، وهو يستخدم في الإحصاء اللامعلمية (Non parametric) بديلاً عن اختبار "T" في الإحصاء المعلمية.

نظراً لأن مستوى مقياس المتغيرات المقاسة من النوع الرتبي فقد تم استخدام اختبار مان وتني لاختبار الفرق بين مجموعتين مستقلتين للبيانات الرتبية حيث يفترض الاختبار أن:

- الفرض العدمي H_0 : لا يوجد فرق بين آراء المجموعتين.

- الفرض البديل H_1 : يوجد فرق بين آراء المجموعتين.

ويتم من خلال هذا الاختبار حساب قيمة الاختبار الإحصائي (Z)، وبناء على هذه القيمة يتم قبول الفرض العدمي في حالة $p\text{-value} < 0.05$. أما في حالة $p\text{-value} \geq 0.05$ نرفض الفرض العدمي ونقبل الفرض البديل أي يوجد فرق بين آراء المجموعتين.

تم تقسيم المتغير الخاص بتصنيف الاكتئاب إلي مجموعتين المجموعة الأولى مجموعة المرضى الأقل اكتئاباً والمجموعة الثانية مجموعة المرضى الأكثر اكتئاباً، يوضح الجدول التالي قيمة متوسط الرتب لكل مجموعة والمقارنة بينهما وحساب قيمة الاختبار Z وإيجاد قيمة p-value لقياس معنوية الاختبار.

جدول 2

الحالة الصحية وأثرها على النشاط اليومي في تقييد الأنشطة

| p-value | Z | متوسط الرتب | N | الاكتئاب | الأنشطة المقيدة |
|---------|--------|----------------|-----|--------------|--|
| .001 | -5.698 | 204.01 | 170 | أقل اكتئابا | الأنشطة الشاقة كالجري وحمل أشياء ثقيلة. |
| | | 274.45 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .001 | -5.475 | 205.12 | 170 | أقل اكتئابا | أنشطة متوسطة الجهد كتحريك الطاولة أو التنظيف بالمكنسة. |
| | | 273.88 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .049 | -1.967 | 235.78 | 170 | أقل اكتئابا | حمل المشتروات من البقالة أو السوق أو السوبر ماركت. |
| | | 258.08 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .001 | -4.034 | 216.61 | 170 | أقل اكتئابا | صعود الدرج لعدة أدوار. |
| | | 267.96 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .238 | -1.181 | 242.39 | 170 | أقل اكتئابا | صعود الدرج لدور واحد فقط. |
| | | 254.68 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .353 | -.928 | 244.46 | 170 | أقل اكتئابا | الانحناء أو الركوع أو السجود. |
| | | 253.61 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .001 | -3.473 | 221.13 | 170 | أقل اكتئابا | المشي لأكثر من كيلو متر ونصف. |
| | | 265.63 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .286 | -1.068 | 243.22 | 170 | أقل اكتئابا | المشي لمسافة نصف كيلو متر. |
| | | 254.25 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .452 | -.752 | 246.60 | 170 | أقل اكتئابا | الاستحمام أو ارتداء الملابس بنفسك. |
| | | 252.51 | 330 | أكثر اكتئابا | |

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق معنوية بين المرضى الأقل اكتئاباً والأكثر اكتئاباً وذلك عند مستوى معنوية ≥ 0.05 وذلك فيما يتعلق بتقييد حالة المريض الصحية لكل من:

ممارسة الأنشطة الشاقة كالجري وحمل الأشياء الثقيلة، ومزاولة الأنشطة الرياضية المجهداً جداً، وممارسة الأنشطة متوسطة الجهد كتحريك الطاولة، والتنظيف باستخدام المكبسة الكهربائية، وتنظيف حديقة المنزل والعناية بها، وحمل المشتريات من البقالة أو السوق، وصعود الدرج لعدة أدوار، المشي لأكثر من كيلومتر ونصف.

ولم يثبت الاختبار دلالة معنوية لوجود فروق بين المرضى الأقل اكتئاباً والأكثر اكتئاباً فيما يتعلق بصعود الدرج لدور واحد فقط، الانحناء أو الركوع والسجود، المشي لمسافة نصف كيلو متر، والاستحمام أو ارتداء الملابس بنفسه.

جدول 3

تعارض الصحة البدنية والنفسية وشدة الألم مع الأنشطة والأعمال

| P-value | Z | Mean Rank | N | الاكتئاب | الأنشطة والأعمال المتعارضة |
|---------|--------|-----------|-----|---------------|--|
| .143 | -1.464 | 238.29 | 170 | أقل اكتئاباً | تعارض الصحة مع الأنشطة الاجتماعية المعتادة (عائلة أو أصدقاء أو جيران). |
| | | 256.79 | 330 | أكثر اكتئاباً | |
| .013 | -2.492 | 229.19 | 170 | أقل اكتئاباً | شدة الألم في الأربعة أسابيع الماضية. |
| | | 261.48 | 330 | أكثر اكتئاباً | |
| .001 | -3.586 | 219.94 | 170 | أقل اكتئاباً | الألم الجسمي في الأربعة أسابيع الماضية وتعارضه مع الأعمال المعتادة. |
| | | 266.24 | 330 | أكثر اكتئاباً | |

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق معنوية بين المرضى الأقل اكتئاباً والأكثر اكتئاباً وذلك عند مستوى معنوية ≥ 0.05 وذلك فيما يلي:

- شدة الألم المعانى منه في الأسابيع الأربعة الماضية.
- وعدم تأدية الأعمال المعتادة نتيجة الألم الجسمي في الأسابيع الأربعة الماضية.

ولم يثبت الاختبار دلالة معنوية لوجود فروق بين المرضى الأقل اكتئابا والأكثر اكتئابا فيما يتعلق بتعارض الصحة الجسمية أو النفسية مع تأدية الأنشطة الاجتماعية المعتادة مع العائلة أو الأصدقاء أو الجيران.

جدول 4

تأثير الحالة الوجدانية ببعض الشعور وسير الأمور.

| p-value | Z | Mean Rank | N | الاكتئاب | تأثير الحالة الوجدانية |
|---------|--------|-----------|-----|--------------|---|
| .010 | -2.593 | 260.82 | 170 | أقل اكتئابا | الشعور بالحيوية والنشاط |
| | | 245.18 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .003 | -2.922 | 229.26 | 170 | أقل اكتئابا | الشعور بالعصبية الشديدة |
| | | 261.44 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .035 | -2.109 | 245.27 | 170 | أقل اكتئابا | الشعور بحالة اكتئاب إلى درجة لم يمكن معها إدخال |
| | | 253.20 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .040 | -2.056 | 262.66 | 170 | إقل اكتئابا | الشعور بالهدوء والطمأنينة |
| | | 244.24 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .571 | -.566 | 248.86 | 170 | أقل اكتئابا | وجود طاقة كبيرة |
| | | 251.35 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .062 | -1.864 | 242.61 | 170 | أقل اكتئابا | الشعور بالإحباط واليأس |
| | | 254.56 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .001 | -3.412 | 230.97 | 170 | أقل اكتئابا | الشعور بالإرهاك (استنفاد القوى) |
| | | 260.56 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .083 | -1.732 | 252.91 | 170 | أقل اكتئابا | الشعور بالسعادة |
| | | 249.26 | 330 | أكثر اكتئابا | |
| .057 | -1.906 | 243.44 | 170 | أقل اكتئابا | الشعور بالتعب |
| | | 254.14 | 330 | أكثر اكتئابا | |

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق معنوية بين المرضى الأقل اكتئاباً والأكثر اكتئاباً وذلك عند مستوى معنوية ≥ 0.05 وذلك فيما يتعلق بتقييد حالة المريض الصحية لكل من:

تأثير الحالة الوجدانية والشعور بالحيوية والنشاط، عصبية المزاج، الشعور بالحزن والاكتئاب لدرجة لا يمكن معها إدخال السرور، والشعور بالهدوء والطمأنينة، والشعور بالإرهاك واستنفاد القوى، ولم يثبت الاختبار دلالة معنوية لوجود فروق بين المرضى الأقل اكتئاباً والأكثر اكتئاباً فيما يتعلق بوجود طاقة كبيرة، والشعور بالإحباط واليأس، والشعور بالسعادة، والشعور بالتعب.

جدول 5
تأثير الحالة الصحية

| الحالة الصحية | الاكتئاب | N | Mean Rank | Z | p-value |
|---|---------------|-----|-----------|--------|---------|
| الوقت الذي تعارضت فيه الصحة البدنية أو المشاكل النفسية مع الأنشطة الاجتماعية. | أقل اكتئاباً | 170 | 204.79 | -6.909 | .001 |
| | أكثر اكتئاباً | 330 | 274.05 | | |
| الإصابة بالمرض أسهل من الآخرين. | أقل اكتئاباً | 170 | 231.13 | -2.796 | .005 |
| | أكثر اكتئاباً | 330 | 260.48 | | |
| الحالة الصحية مساوية لأي شخص آخر. | أقل اكتئاباً | 170 | 276.96 | -3.901 | .001 |
| | أكثر اكتئاباً | 330 | 236.87 | | |
| التوقع بسوء الحالة الصحية. | أقل اكتئاباً | 170 | 183.96 | -8.009 | .001 |
| | أكثر اكتئاباً | 330 | 284.78 | | |
| الحالة الصحية ممتازة. | أقل اكتئاباً | 170 | 254.73 | -1.591 | .112 |
| | أكثر اكتئاباً | 330 | 248.32 | | |

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق معنوية بين المرضى الأقل اكتئاباً والأكثر اكتئاباً وذلك عند مستوى معنوية ≥ 0.05 وذلك فيما يتعلق بكل من:

- مقدار الوقت الذي تعارضت فيه الصحة البدنية أو المشاكل النفسية مع النشاطات الاجتماعية.
- والإصابة بالمرض أسهل من الآخرين.
- ومساواة الحالة الصحية لأي شخص من المعارف، والتوقع بزيادة سوء الحالة الصحية.
- ولم يثبت الاختبار دلالة معنوية لوجود فروق بين المرضى الأقل اكتئاباً والأكثر اكتئاباً في الشعور بأن الحالة الصحية ممتازة.

جدول 6

تأثير الحالة الاقتصادية

| p-value | Z | Mean Rank | N | الإكتئاب | الحالة الاقتصادية |
|---------|--------|-----------|-----|---------------|---|
| .001 | -4.268 | 215.51 | 170 | أقل اكتئاباً | تأثير الحالة الصحية على دخل الأسرة |
| | | 268.53 | 330 | أكثر اكتئاباً | |
| .001 | -4.991 | 208.64 | 170 | أقل اكتئاباً | تأثير تكاليف العلاج |
| | | 272.06 | 330 | أكثر اكتئاباً | |
| .007 | -2.712 | 227.94 | 170 | أقل اكتئاباً | تأثير تكاليف العلاج على حدوث تغيرات ضرورية بالأسرة (تأجيل زواج - إلغاء سفر) |
| | | 262.12 | 330 | أكثر اكتئاباً | |
| .001 | -5.083 | 211.21 | 170 | أقل اكتئاباً | تأثير الحالة المادية نتيجة للاستدانة من أحد أو الاقتراض بسبب الحالة الصحية |

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق معنوية بين المرضى الأقل اكتئاباً والأكثر اكتئاباً وذلك عند مستوى معنوية ≥ 0.05 وذلك فيما يتعلق بكل من:

تأثير الحالة الصحية على دخل الأسرة، تأثير تكاليف العلاج، تأثير تكاليف العلاج على حدوث تغيرات ضرورية بالأسرة (تأجيل زواج _ إلغاء سفر)، وتأثير الحالة المادية نتيجة للاستدانة من أحد أو الاقتراض بسبب الحالة الصحية.

IX- التوصيات:

1- ضرورة التوصية من قبل متخذي القرار بعمل دراسات على مدى أوسع من حيث عدد حالات المرضى للحصول على بيانات أكثر دقة لمرضى الاكتئاب والمؤثرات التي تؤثر عليه وتتأثر به.

2- الاهتمام بنشر الوعي الصحي للأمراض النفسية عموماً والاكتئاب بصفة خاصة لتوعية الناس بضرورة العلاج واعتباره مرض كباقي الأمراض دون الشعور بوصمة العار التي مازالت تسيطر على المجتمع من العلاج النفسي.

3- بناء نظام مميكن للسجلات الطبية مع بناء أنظمة خاصة للأمراض مثل السجل القومي للأورام والسجل القومي لمرض الإيدز ويجب إدراج سجل قومي لمرض الاكتئاب ضمن هذه السجلات.

4- يجب تضمين السجلات بيانات عن الوفاة بسبب الأمراض خاصة مرض الاكتئاب حتى يمكن حساب عبء المرض بدقة.

قائمة المراجع

- العيسوي، أسامة (2005) "الوضع الصحي في مصر في إطار نظرية التحول الصحي".
- غانم، محمد (2009) "المسح الوطني لمعدلات انتشار الاضطرابات النفسية في مصر: مسح أولي".
- غريب، عبد الفتاح (1988)، "دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الاكتئاب لدى عينة مصرية"، مجلة الصحة النفسية، مجلد 29، 30-63.
- منظمة الصحة العالمية الخاصة بعبء المرض العالمي، الصحة في العالم، 27 تشرين الأول/أكتوبر (2008)، جنيف.
- Ismail M. Youssef ,Ahmed El Akabawy, Chavles Bowden , John P. Hatch Prevalence of Depressive Disorders in Ismailia Governorate, Egypt.
- Suez Canal University Medical Journal, Vol. 1, No. 1, 37-46 , March 1998.
- Neugebauer R., (1999), "Mind matters: the importance of mental disorders in public health's 21st century mission", American Journal of Public Health, 89: 1309-1311.
- Williams A, (1999), "Calculating the global burden of disease: time for a strategic appraisal", Health Economics, 8: 1-8.

تأثير استعمال شبكات التواصل الاجتماعي/الفيديوك على طلاب الجامعات في المغرب.

عبد الودود خربوش¹

- ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى بيان العلاقة بين التهافت من قبل الشباب والطلاب على شبكات التواصل الاجتماعي، والتحويلات التي ارتبطت به من تدي مستويات التحصيل المعرفي لدى عدد من الطلاب، والهدف هو كشف سر هذه العلاقة التي باتت تحكم هؤلاء مع أحد أكثر مواقع التواصل الاجتماعي جمهورا وهو الفيديوك.

أوضحت الدراسة أن الغالبية العظمى من الطلبة تستخدم مواقع التواصل الاجتماعي، ويتصدر الفيديوك القائمة متبوعا بتويتر، حيث نتج عن استعمال الفيديوك إشكال قيمي يرتبط بمسألة إخفاء الهوية الحقيقية لمرتابه، حيث أن الطلبة لديهم قناعة بأهمية الفيديوك كوسيلة من وسائل التواصل الفعال، مما جعلهم لم يجالسوا أسرهم بشكل كاف بالإضافة إلى ضعف تحصيلهم الدراسي.

أوصت الدراسة بتنظيم دورات تدريبية لاستعمال شبكة الانترنت بصفة عامة وشبكات التواصل الاجتماعي بصفة خاصة مع ضرورة العمل على تشجيع الطلبة والشباب على ارتياد صفحات الكتب والمكتبات ومواقع المطالعة على الانترنت أو الشبكات الاجتماعية، لتبادل المعرفة والثقافات والآراء والخبرات كخطوة لتنمية المجال المهني.

الكلمات المفتاحية: طلبة الجامعات، شبكة الانترنت، مواقع التواصل الاجتماعي، الفيديوك.

¹ أستاذ علم النفس بجامعة القاضي عياض، مراكش، المغرب. abdelouadoud@gmail.com

I- مقدمة

أحدثت التطورات التكنولوجية الحديثة في منتصف عقد التسعينات الماضي نقلة نوعية وثورة حقيقية في عالم الاتصال، حيث انتشرت شبكة الانترنت في كافة أرجاء المعمورة، وربطت أجزاء هذا العالم المترامية بفضائها الواسع، ظاهرة الانترنت والشبكة العنكبوتية العالمية التي تحتويها أفضل مثال لقوة وانتشار ثورة المعلومات والاتصالات بشكل منقطع النظير، (مشاط نور الدين: 2011) كما مهدت الطريق لكافة المجتمعات للتقارب والتعارف وتبادل الآراء بالأفكار والتوجهات. واستفاد كل متصفح لهذه الشبكة من الوسائط المتعددة المتاحة فيها، وأصبحت أفضل وسيلة لتحقيق التواصل بين الأفراد والجماعات.

ثم ظهرت المواقع الإلكترونية والمدونات الشخصية وشبكات المحادثة ومواقع التواصل الاجتماعي، التي غيرت مضمون وشكل الإعلام الحديث، وخلقت نوعا من التواصل الافتراضي الذي بات سمة العلاقات الاجتماعية اليوم، لا سيما بين فئات الشباب من طلبة الجامعات وغيرهم، وبات استعمال هاته التقنيات ضرورة لتنمية المهارات الشخصية والخبرات الحياتية، وضرورة للتعلم والتعليم من خلال تطوير الفعالية نحو قضايا الاكتساب و تنويع أساليب التحصيل والوصول إلى المكتبات الإلكترونية والدراسات والبحوث.

بيد ان لمواقع التواصل الاجتماعي أيضا مساوئ كثيرة، لعل أبرزها حالة الإدمان عليها أو ما نستطيع أن نسميه: "الاستخدام المرضي" المتمثل في الإبحار على الشبكة فترات طويلة دون جدوى، أو تلك الحالة من الشعور بالحاجة إلى الإبحار بدون توقف، الشيء الذي له انعكاسات سلبية على حياة الطلاب الشخصية و الأسرية و على تحصيلهم واكتسابهم المعرفي، وهو الشيء الذي أكدته أولى الدراسات التي أقيمت في أمريكا عام 2007، حول الموضوع، أوضحت أن قضاء الطلبة ساعات طوال يؤثر سلبا على جودة تحصيلهم العلمي (Ellison, N. B., Steinfield, C. & Lampe, 2007: 124). هاته السلبيات وغيرها، هي التي كانت الدافع والمحفز لنا للخوض في هذه الدراسة، حتى نطبق هذه الدراسة في إطار بيئتنا العربية أولا، ثم نخلص إلى نتائج وتوصيات نعتقد أنها ستفيد حتما في التعامل مع الظاهرة مستقبلا.

II- الجانب النظري

شهد العالم في السنوات الأخيرة نوعاً من التواصل الاجتماعي بين البشر في فضاء الكوني افتراضي، قرب المسافات بين الشعوب وألغى الحدود وزاوج بين الثقافات، وسمي هذا النوع من التواصل بين الناس (شبكات التواصل الاجتماعي)، وتعددت هذه الشبكات واستأثرت بجمهور واسع من المتلقين، ولعبت الأحداث السياسية والطبيعية في العالم دوراً بارزاً في التعريف بهذه الشبكات، وبالمقابل كان الفضل أيضاً لهذه الشبكات في إيصال الأخبار السريعة والرسائل النصية ومقاطع الفيديو عن تلك الأحداث، الأمر الذي ساعد في شهرة وانتشار هذه الشبكات.

2-1- الأنترنت

الانترنت هو أحد تقنيات العصر ووسائل الاتصال الحديثة فلقد جعل من العالم قرية صغيرة و ساحة مفتوحة في متناول الجميع للبحث عن المعلومة عن طريق محركات البحث والتواصل بين البشر عن طريق الشبكات الاجتماعية على اختلاف الأعمار والطبقات والأجناس، (صالحة الدمري، 2010)، فاستخدمه الكل: الطالب، الأستاذ، الطفل، المراهق، الباحث، العالم...

وشبكة الانترنت هي عبارة عن مجموعة من المواقع الإلكترونية تحتوي على كم هائل من المعلومات الرئيسية في مختلف المجالات وعلى كافة الأصعدة، ويتألف الموقع الإلكتروني الواحد عادة من صفحة واحدة أو عدة صفحات، ويحتوي على مجموعة من المواضيع وملفات الفيديو والصور وغيرها، وبإمكان أن يستخدم لشبكة الانترنت الدخول إلى هذه المواقع المتاحة في أي وقت يشاء والوصول بثوان معدودة إلى أية معلومات يريدها ومن مصادرها الرئيسية وفي أي مكان من العالم.

ومواقع الإلكترونية ثلاثة أنواع رئيسية هي:

أ. مواقع الانترنت الساكنة (Static web site): وهي مواقع الانترنت العادية التي تحتوى على نصوص وصور وغيرها، من وسائل العرض النصية الجرافيكية الثابتة والمتحركة طبقاً لمحتوى الصفحات وفكرة وهدف الموقع، إلا أن هذا النوع

من المواقع لا يحتوى على إمكانية تغير بياناته بطريقة ديناميكية متغيرة، أو قاعدة بيانات (Database) يمكن تحديث البيانات من خلالها.

ب. مواقع الانترنت الديناميكية (Dynamic web site): ويعتبر هذا النوع من المواقع أكثر المواقع تطوراً من المواقع الساكنة، حيث يسمح بتغير أو إضافة أو حذف أي معلومات أو صور من صفحاته وجداوله بسهولة تامة، من قبل صاحب الموقع أو المسؤول عنه في أي وقت يشاء وبأي عدد من المرات، دون الرجوع إلى مصمم الموقع أو الشركة التي قامت بتصميمه.

ت. مواقع التجارة الالكترونية (E-commerce): وهى بالطبع أكثر مواقع الانترنت تطوراً وأهمها من الناحية التجارية، وتعد مواقع التجارة الالكترونية بمثابة شركات تعمل على بيع منتجاتها وخدماتها من خلال الويب والانترنت، باستخدام طرق دفع اليكترونية عبر الشبكة، ثم توصيل المنتج أو الخدمة بعد ذلك للمشتري في مكانه. (محمد المنصور، 2012).

2-2- شبكات التواصل الاجتماعي

يعرفها موقع ويكيبيديا أو الموسوعة الحرة شبكات التواصل الإجتماعي على أنها: " تلك المواقع التي تصنف ضمن مواقع الجيل الثالث للويب (ويب 0.2) مواقع الشبكات الاجتماعية، تقوم على المستخدمين بالدرجة الأولى وإتاحة التواصل بينهم سواء أكانوا أصدقاء تعرفهم على أرض الواقع أو كانوا أصدقاء عرفتهم في العالم الافتراضي" (الموقع الإلكتروني، الموسوعة الحرة: wikipedia).

وتتيح شبكات التواصل الاجتماعية لمستخدميها التواصل في أي وقت يشاءون وفي أي مكان من العالم، وقد ظهرت على شبكة الانترنت منذ سنوات قليلة حيث غيرت في مفهوم التواصل والتقارب بين الشعوب واكتسبت اسمها من كونها تعزز العلاقات بين بني البشر. وقد أضافت في الآونة الأخيرة إلى وظيفتها الاجتماعية وظيفة أخرى، لتصبح وسيلة تعبيرية واحتجاجية.

والشبكات الاجتماعية هي شبكة مواقع فعالة جداً، في تسهيل الحياة الاجتماعية بين المعارف والأصدقاء، كما تمكن الأصدقاء القدامى من الاتصال بعضهم البعض وبعد طول سنوات وتمكنهم أيضاً من التواصل المرئي والصوتي وتبادل الصور وغيرها من الإمكانيات التي توطد العلاقة الاجتماعية بينهم، كما صار لها دور كبير في الحركات الاحتجاجية والسياسية والثورات، حيث شكلت عامل ضغط على الحكومات والمسؤولين، وجعلت من الصعب جداً على الرقابة الوصول إليها، أو السيطرة عليها.

فيما يعرفها محمد عواد بأنها: "تركيبة اجتماعية إلكترونية تتم صناعتها من أفراد أو جماعات أو مؤسسات، تتم تسمية الجزء التكويني الأساسي (مثل الفرد الواحد) باسم (العقدة-Node) و يتم اتصال هذه العقد بأنواع مختلفة من العلاقات كتشجيع فريق معين أو الانتماء لشركة ما أو حمل جنسية لبلد ما في هذا العالم".

وشبكات التواصل الاجتماعي كثيرة ومتعددة، ومنها: (LinkedIn لينكد إن)، (MySpace ماي سبيس)، (Live Boone لايف بوون)، (High Five هاي فايف)، (Orkut أوركت)، (Tagged تاجد)... لكن من أشهرها على الإطلاق: (Facebook الفيسبوك) و (Twitter تويتر) و (YouTube اليوتيوب)، نقدم تعريف موجز لكل منها فيما يلي:

أ- الفيسبوك (Facebook): الموقع الذي استأثر بقبول وتجاوب الكثير من الناس خصوصاً الشباب وفي جميع أنحاء العالم، فهناك من استفاد منه للتواصل بالصور والملفات والمحادثات (الدرشة) مع أصدقائه وهناك من استغله في الجانب السيئ.

ب- تويتر (Twitter): هذا الموقع أخذ اسمه من مصطلح (تويت) الذي يعني (التغريد)، وأخذ من العصفورة رمزاً له، وهو خدمة مصغرة، ويجوز أن يطلق عليه نصاً موجزاً مكثفاً لتفاصيل كثيرة.

ت- اليوتيوب (YouTube): هو موقع لمقاطع الفيديو متفرع من (Google)، يتيح إمكانية التحميل عليه أو منه لعدد هائل من مقاطع الفيديو، هذا الموقع الذي استطاع بفترة زمنية قصيرة، الحصول على مكانة متقدمة ضمن مواقع التواصل الاجتماعي. (محمد المنصور، 2012:39).

2-3- الخدمات التي تقدمها شبكات التواصل

تقدم شبكات التواصل الاجتماعي خدمات عديدة لمستخدميها ممن لديهم اهتمامات متشابهة سواء أكانوا زملاء الدراسة أو عمل أو أصدقاء جدد، وتوجز هذه الخدمات بكون معظم الشبكات الاجتماعية الموجودة حالياً هي عبارة عن مواقع ويب، تقدم مجموعة من الخدمات للمستخدمين مثل المحادثة الفورية والرسائل الخاصة والبريد الإلكتروني والفيديو والتدوين ومشاركة الملفات وغيرها من الخدمات (موسوعة ويكيبيديا الحرة).

ومن الواضح أن تلك الشبكات الاجتماعية قد أحدثت تغييراً كبيراً في كيفية الاتصال والمشاركة بين الأشخاص والمجتمعات وتبادل المعلومات. وتلك الشبكات الاجتماعية تجمع الملايين من المستخدمين في الوقت الحالي وتنقسم تلك الشبكات الاجتماعية حسب الأغراض، فهناك شبكات تجمع أصدقاء الدراسة وأخرى تجمع أصدقاء العمل بالإضافة لشبكات التدوينات المصغرة.

هذه المواقع ظهرت تباعاً في منتصف التسعينات من القرن الماضي، واستمر ظهورها حتى أوائل القرن الواحد والعشرين، لكنها لم يكتب لها النجاح بالرغم من التشابه الكبير في الخدمات التي تقدمها، حتى ظهرت مواقع جديدة سجلت نجاحات ملموسة مثل "ماي سبيس، وتويتير، فيس بوك" التي استطاعت أن تستقطب أعداداً كبيرة من متصفح الإنترنت، وتعاضم دورها في السنوات الأخيرة وخصوصاً الفيسبوك وتويتر واليوتيوب (محمد المنصور، 2012).

2-4- الفيسبوك

انطلق موقع "الفيسبوك"، عبر "فيس ماش" أو لا (face match) كنتاج غير متوقع بجامعة هارفارد الأمريكية، وهو موقع من نوع هوتور نوط (Hotor Not) يعتمد على

نشر صور لمجموعة من الأشخاص، حيث تم اختيار رواد الموقع للشخص الأكثر جاذبية، وتعود نشأة موقع فيسبوك إلى الشاب الأمريكي "مارك زوكربيرغ" الذي راودته الفكرة، يوم 28 أكتوبر من عام 2003، حيث كان يسعى إلى إقامة شبكات تضم طلبة الجامعة في موقع واحد، ويمكنهم من تبادل أخبارهم وصورهم وآرائهم، ولم يعتمد في تصميمه إلى أن يكون موقع تجاري يجتذب الإعلانات أو موقع ينشر أخبار الجمعة ولكن هدفه الأساسي هو موقع يجمع شمل أصدقاءه ويسعد على التواصل بين الطلبة بعضهم البعض.

وقد قام "زوكربيرج" بتأسيس الفيديو بالاشتراك مع كل من: "داستين موسكوفيتز" و"كريس هيوز"، الذين تخصصوا في دراسة علوم الحساب، اللذان كانا رفيقيه في سكن الجامعة، (Kirkpatrick David, 2011). وقد كانت عضوية الموقع مقتصرة في البداية على طلبة هارفارد ولكنها امتدت بعد ذلك لتشمل الكليات الأخرى في مدينة بوسطن، وجامعة ايبي ليج وجامعة ستانفورد، ثم قرر "زوكربيرغ" ان يخطو خطوة اخرى للأمام، وهي فتح أبواب موقعه أمام كل من يرغب في استخدامه، وبدأت أعداد مستخدمي الموقع في التزايد، حتى وصلت إلى مئات ملايين المستخدمين. و يجتذب الموقع الأمريكيين بالدرجة الأولى من حيث عدد الزوار، وتأتي في المرتبة الثانية كندا، ثم المملكة المتحدة، و تأتي مصر في المركز الأول عربيا من حيث عدد المشتركين.

وكانت النتيجة، هاته الطفرة في عدد مستخدمي الموقع، اذ ارتفع من 12 مليون مستخدم في شهر ديسمبر من عام 2006 إلى أكثر من 700 مليون العام الماضي. وفي عام 2007 اشترت شركة "مايكروسوفت" العملاقة 1.6% من أسهم الفيديو مقابل 240 مليون دولار في عام 2008، لينتقل رأسمال الموقع إلى ما يقارب من مليارات الدولارات، وهي القيمة الحالية للموقع. (Mezrich, Ben, 2010).

ويتميز الفيديو يتميز الفيس بوك كشبكة اجتماعية بعدة خصائص وأهمها
(محمد المنصور، 2012):

- خاصية (wall) أو لوحة الحائط و هي عبارة عن مساحة متخصصة في صفحة الملف الشخصي لأي مستخدم بحيث تتيح للأصدقاء إرسال الرسائل إلى هذا المستخدم أو الكتابة على حائطه.

- خاصية (pokes) أو نكزه تتيح إرسال نكزه افتراضية لإثارة الانتباه إلى بعضهم البعض وهي عبارة عن إشهار يخبر المستخدم بأن أحد الأصدقاء يقوم بالترحيب به.
- خاصية (status) أو الحالة تتيح إمكانية إبلاغ أصدقائهم بأماكنهم و ما يقومون به من أعمال في الوقت الحالي .
- خاصية (notes) أو التطبيقات وهي سمة متعلقة بالتدوين تسمح بإضافة العلامات والصور التي يمكن تضمينها وقد تمكن المستخدمين من جلب أو ربط المدونات.

على غيره من الشبكات الاجتماعية مجموعة من الخصائص الأساسية التي تشكل مصدر شعبيته لدى جمهور واسع من الأفراد والمجموعات على اختلاف انشغالاتها. ومنها انه استعمل في الثورات العربية التي أسقطت أنظمة لم يكن أحد ليجراً على توقع سقوطها، وكان للشبكة دوراً أساسياً في تنسيق الاحتجاجات الاجتماعية والتواصل بين جمهور المنتفضين، وتعبئة الاحتجاج ضد الحكم التسلطي من خلال شبكة واسعة من الإستقطابات والتحالفات. (الحمادي سمير، 2012).

المصالح الإدارية والشركات الكبرى هي الأخرى والمشاهير في كل المجالات الرياضية والفنية والفقهاء والوعاظ لديهم صفحات خاصة، صارت محط زيارة الملايين من المرتادين والأتباع والمعجبين. ناهيك عن الآلاف من الصفحات التي تستقطب كافة الشرائح الاجتماعية، و التي باتت العلوم الإنسانية تصنف للجوء الإرادي والمقصود إليها إلى أسباب ودواعي مختلفة تشمل اللجوء السياسي، والاجتماعي، والثقافي، والشخصي، والعاطفي...

III- أهداف الدراسة

لدراستنا هاته هدف عام، وأهداف خاصة نقدمها على الشكل التالي:

3-1- الهدف العام

الواقع أن ما قادنا إلى هذه الدراسة هو هذا التهافت الذي نشهده من قبل شبابنا وطلبتنا إلى شبكات التواصل الاجتماعي، والتحويلات التي ارتبطت به من تدني مستويات

التحصيل المعرفي لدى عدد من طلابنا، لذلك كان هدفنا العام من هذه الدراسة هو كشف سر هذه العلاقة التي باتت تحكم هؤلاء مع أحد أكثر مواقع التواصل الاجتماعي جمهوراً وهو الفيديوك.

3-2- الأهداف الجزئية

كانت أهدافنا الخاصة لإجراء هذه الدراسة الكشف عن أربعة مسائل عالقة هي:

- استعمالات طلابنا لموقع الفيديوك و أهدافهم منه.
- تأثير الفيديوك على تحصيل الطلاب.
- تأثير الفيديوك على العلاقات الاجتماعية والأسرية للطلاب.
- تمثلات وتصورات الطلبة عن الفيديوك.

VI- حدود الدراسة

4-1- الحدود المكانية

على مستوى حدود المكان، يمكننا حصر نتائج دراستنا في كليتي الحقوق والآداب بجامعة القاضي عياض، بمدينة مراكش، بالمملكة المغربية.

4-2- الحدود الزمنية

على مستوى حدود الزمن، يتعلق الأمر بالأسدس الثاني من السنة الجامعية: 2011-2012، أي أشهر: مارس، أبريل، مايو، يونيو 2012.

4-3- الحدود الموضوعية

يتعلق الأمر باستعمال موقع التواصل الاجتماعي الفيديوك من طرف الطلبة الجامعيين وتمثلاتهم له، ثم انعكاس وتأثير هذا الاستعمال على حياتهم التعليمية والاجتماعية.

V- الدراسات السابقة

في هذا المحور سوف نتناول أربعة دراسات سابقة لموضوع دراستنا، أجريت بعدد من الدول العربية: بمصر، الإمارات وفلسطين.

1-5- الدراسة الأولى

- اسم الباحث: نرمين زكريا خضر.
- عنوان البحث: الآثار النفسية والاجتماعية لاستخدام الشباب المصري لمواقع الشبكات الاجتماعية، دراسة على مستخدمي موقع الفيس بوك.
- قضية البحث: تسعى هذه الدراسة لمعرفة دوافع استخدام الشباب المصري لموقع الفيس بوك، وتحاول الكشف عن طبيعة العلاقات الاجتماعية والصدقات التي يكونها الشباب المصري، وألوية تفضيلهم لها عند التعامل مع أصحابها، والتعرف على طريقة تعبير عينة الدراسة عن حالتهم النفسية والاجتماعية من خلال استخدامهم موقع الفيس بوك.
- أهم النتائج:
 - أبرز مصادر معرفة طلبة جامعة القاهرة والجامعة البريطانية بموقع الفيس بوك هم الأصدقاء والمعارف بنسبة 36%.
 - دافع التسلية والترفيه يأتي على رأس قائمة دوافع استخدام طلاب الجامعة لموقع الفيس بوك.
 - لا توجد علاقة بين الطريقة التي يقدم بها طلاب الجامعات أنفسهم للآخرين على موقع الفيس بوك والجامعة التي يدرسون بها.
 - مشاهدة ألبومات الصور الخاصة بالأصدقاء تأتي على رأس قائمة الأنشطة التي يمارسها المبحوث على موقع الفيس بوك بنسبة 76.5%.
 - اتفقت أغلب طلاب جامعة القاهرة والجامعة البريطانية (ذكور وإناث) على ان التفاعل الاجتماعي بين الأشخاص عبر موقع الفيس بوك يؤدي إلى تنمية المهارات الشخصية والخبرات الحياتية والتعامل مع الآخرين.

- أهم مزايا الفيس بوك هو التواصل مع الأصدقاء ومواكبة ما يجري والتعرف على مزاج الأصدقاء ويجدد العلاقات بأصدقاء الماضي وإبداء الرأي الحر.

2-5- الدراسة الثانية

- اسم الباحث: أمينة عادل سليمان السيد وهبة محمد خليفة عبد العال
(http://2009/amina_heba.doc).
- عنوان البحث: الشبكات الاجتماعية وتأثيرها على الأخصائي والمكتبة (دراسة شاملة للتواجد والاستخدام لموقع الفيس بوك).
- قضية البحث: رصد لأشكال تواجده المكتبات والمتخصصين بمجال المكتبات على الفيس بوك مع وضع تصور لتطويع إمكانيات الفيس بوك لتسويق خدمات المكتبات. بالإضافة إلى نشر الفكر المكتبي والعمل على النداء من أجل التواصل لتبادل الآراء والخبرات والمعرفة سعياً لنمو تطوير هذا المجال.
- أهم النتائج:
- تفاعل مجال المكتبات مع التطورات التكنولوجية وما يصاحبها من ظواهر يؤكد انه مجال نشط وفعال مع كل جديد في التكنولوجيا مما يستدعي معه ضرورة تطوير المكتبات من الناحية المادية والبشرية لمواكبة هذه التطورات.
- تطور المكتبات تكنولوجياً يساعد على خلق علاقة جيدة بينها وبين المستفيدين منها حيث ان المستفيد حالياً أصبح متطور ومستخدم جيد للتكنولوجيا ولو تأخرت المكتبات في استخدامها أحدث التكنولوجيا سوف تحدث فجوة كبيرة ما بين المستفيد والمكتبة.
- استخدام المكتبات لأحدث التقنيات تجعل الأخصائي متطور دائماً ليواكب الجديد في عمله حتى يقدم ما هو جديد وبيئكر وبيدع في عمله مما يساعد على التطور والتحديث في مجال المكتبات بشكل سريع.
- موقع الفيس بوك أصبح يمثل قناة جديدة من قنوات الاتصال بين المكتبات ومستفيديها وبين الأخصائيين بعضهم البعض.

- تتنوع أشكال تواجد المكتبات والأخصائيين على موقع الفيس بوك ما بين مجموعات وصفحات و تواجد شخصي.
- عدم تواجد مجموعات رسمية للمكتبات بصورة أكبر حيث ان أكبر تواجد للمكتبات كان من خلال مجموعات أصدقاء المكتبة.
- تواجد أخصائيو المكتبات على موقع الفيس بوك يؤكد على احتياجهم الشديد لوجود إطار اجتماعي يستطيعوا من خلاله تبادل الآراء والخبرات والمشاركات الاجتماعية في المناسبات الخاصة والعامة. افتقاد الطابع الرسمي للمجموعات الخاصة بالمكتبات والمتاحة على الفيس بوك.
- يمثل الفيس بوك حلقة وصل بين ثلاثة فئات هامة من المتخصصين بالمجال وهم الطلاب والمهنيين والأكاديميين ، مما نتج عنه جيل متخصص قادر على المشاركة والتلقي وعامل مساعد في التطوير.
- أصبح موقع الفيس بوك بمثابة ملجأ وملاذ لطلاب قسم المكتبات للتعبير عن آرائهم سواء بالسلب أو بالإيجاب.
- مجموعات الفيس بوك تتميز بعدم الثبات حيث ان هناك مجموعات تقوم بتغيير اسمها أو اسم المسئول عنها والأهداف ووسائل الاتصال، مما يفقدها هويتها الخاصة والتي معها يصعب التعرف على ملامح هذه المجموعات فيما بعد مما يؤدي إلى صعوبة البحث والدراسة لهذه الفئات.

3-5- الدراسة الثالثة

اسم الباحث: الدكتور نصر الدين لعياضي،

عنوان البحث: الشباب في دولة الإمارات والشبكات الاجتماعية الافتراضية:

مقاربة للتمثلات و الاستخدامات، (نصر الدين لعياض، 2011).

قضية البحث: تعالج هذه الدراسة استخدام الشباب في دولة الإمارات للإنترنت عموماً، وتطبيقات مواقع التواصل الاجتماعي على الخصوص: الفيس بوك، التويتر، اليوتوب. كما تجيب الدراسة عن السؤال التالي: هل الإنترنت تعمل على

إحداث قطيعة مع علاقات الشباب الاجتماعية التي يقيمونها في حياتهم اليومية أو أنها تعيد إنتاجها، بمعنى هل أن فضاء الشباب الافتراضي يبعدهم عن واقعه أو يعزز ارتباطهم به، وبما يحمله من رموز وقيم وتصورات ومشاعر.

أهم النتائج:

- نسبة الشباب الإماراتي المشترك في الفيس بوك تفوق نظرائهم المشتركين في اليوتوب بنسبة 47% مقابل 36%، والفيس بوك بالنسبة لهم وسيطا لإبراز الذات وينسج علاقات جديدة أو يعزز تلك القائمة، أو تكوين مجموعة أصدقاء بنسبة 91%، إنشاء صفحات للتعريف بالذات، كما يستعمل لمحاربة العزلة والقضاء على الملل بنسبة 85% وهي نسبة مرتفعة تدعو للتساؤل.
- الذكور أكثر استخداما للبريد الإلكتروني، والدرشة واليوتوب، ولافيس بوك، وقراءة الصحف، والتسوق، والتدوين وتويتر والرسائل النصية القصيرة. بينما تفضل الإناث المنتديات عن مواقع الدردشة بالقول أن المنتديات تمنح خصوصية أكبر، فمن يرغب في التحدث إليها يقوم بالرد على مواضيعها أو يرسل إليها رسالة قصيرة، وليس بإمكان الكل التحدث عليها أو إزعاجها، خلافا لما هو معمول به في مواقع الدردشة. كم أن المنتديات. تطرح مواضيع متنوعة تتماشى وانشغالاتهن مثل الطبخ والزينة والفن والمودة. عكس الدردشة أو "الشات" الذي يعتبر وسيلة تعارف لا أكثر. فأحدى غايات الدردشة هي التعارف وإقامة علاقات افتراضية قد تنتهي بعلاقات فعلية، بينما المنتديات تفيد في طرح الأفكار واقتسام المعلومات.
- أغلب الإناث ينتحلن شخصيات وصفات غير حقيقية، مقارنة مع الذكور 69% مقابل 39%، أو يفصحن في أحيان كثيرة عن الاسم فقط، دون نشر المعلومات الشخصية والروابط التي تعبر عن ميولاتهن وأفكارهن واهتماماتهن. وهو ما يعكس التقاء السلوك مع
- تراجع ارتياد الشباب الإماراتي لمواقع الدردشة والمنتديات لصالح الفيس بوك واليوتوب والتويتر وماي سبيس.

- أكثر من 19% من الشباب يمتلكون مدونات الكترونية، وغاية أغلبهم التعبير عن الأفكار الشخصية، المرتبطة بالهواجس الثقافية والأدبية والشخصية من خلال التعريف بالنفس أو الالتقاء مع النظراء ونادرا مع يعبر عن المواقف السياسية.

4-5 - الدراسة الرابعة

- عنوان البحث:

التأثير السلبي للفيديو على الطلاب بفرنسا. (Impact négatif de Facebook sur les étudiants)

- قضية البحث:

أجريت هذه الدراسة لتحديد ما إذا كان للشبكات الاجتماعية، خاصة الفيديو الأكثر شعبية منها، تأثير على التحصيل العلمي للطلاب بفرنسا بأي شكل من الأشكال. وقد تم اختبار ذلك لمدة ثلاثة أشهر، حيث أجريت اختبارات حول الدروس لتلخيص ما تم تعلمه في جميع المواد.

- أهم النتائج:

أظهرت النتائج أنه في مدة ثلاثة أشهر كانت كافية لاستخلاص النتائج من استخدام الفيديو:

- لوحظ تدهور طفيف في جودة التعلم لدى الطلبة،
- لوحظ عدم القدرة على التركيز وضعف القبول لاكتساب المعرفة.
- اتضح أن النتائج كانت أسوأ بكثير في الشهر الثالث، وأظهرت هذه التجربة أن الفيديو والشبكات الاجتماعية الأخرى لديها التأثير الأكثر سلبية على نوعية التعليم.
- المشكلة صارت ترتبط بواقع الطلاب عامة من خلال أشكال استعمالهم للفيديو.
- المشكلة تكمن حقيقة في المدة التي يقضيها الطالب في الفيديو.
- تستخدم الشبكات الاجتماعية من قبل المراهقين كوسيلة للدعوة الى الاجتماع مع أصدقاء، أو لإعلان الارتباط مع صديقة، وهي أشياء أسهل بكثير من القيام بها

في العالم الحقيقي! في هذه الحالات، يخلق انتظار استجابة الحاجة لزيارة الفيديوك باستمرار أو الانتظار به لساعات.

- نتائج الاختبارات أظهرت أن استخدام الشبكات الاجتماعية في المدرسة له تأثير سلبي على الدرجات والرصد والتدريس وتركيز طلاب، وهي واحدة من الأسباب التي أدت لمنع الفيديوك في المدارس في فرنسا.

(<http://www.studymode.com/Negative-Impact-Of-Facebook-On-Students-1036497.html>)

IV - إشكالية الدراسة

1-6 - الإشكالية المحورية

لقد أصبحت الشبكات الاجتماعية وسيلة فعالة للتواصل الاجتماعي حيث أنها تمكن من الربط بين الزملاء والأصدقاء، كما تساعد على التعرف والتواصل بين الأشخاص والمجتمعات المختلفة، ومن هذا المنطلق سعت الشبكات الاجتماعية لتوفير قدر مناسب من المواقع التي تدعم التواصل والتي كان أبرزها على الإطلاق موقع الفيس بوك.

لذلك ترمع دراستنا هاته في إطارها العام البحث في شبكات التواصل الاجتماعي وتأثيرها على فئات الشباب من طلاب الجامعة، أما في إطارها الخاص فتهدف إلى رصد تأثير وانعكاس استعمال موقع الفيس بوك على طلاب جامعة القاضي عياض بالمغرب، مع مقارنة نتائج الدراسة مع دراسات أخرى بعدد من الدول العربية.

2-6 - الإشكاليات الفرعية

- كيف يستعمل طلبة جامعة القاضي عياض موقع الفيس بوك؟ وما هي أهدافهم من استعماله؟
- كيف يؤثر الفيس بوك على العملية التعليمية لدى طلاب الجامعة؟
- ما تأثير الفيس بوك على العلاقات الاجتماعية للطلاب؟
- ماهي تمثيلات وتصورات الطلبة عن الفيس بوك؟

IIIV- فرضيات الدراسة**1-7- الفرضية المحورية**

نفترض ان طلاب الجامعة يتأثرون بشكل إيجابي باستعمال الفيس بوك، من خلال الآفاق المعرفية التي يتيحها لهم، قصد التبادل والإطلاع على مستجدات البحوث العلمية الحديثة التي تتيحها مواقع التواصل الاجتماعي خاصة والانترنت بصفة عامة، ونفترض أن هذا التأثير يختلف باختلاف البلدان العربية.

2-7- الفرضيات الفرعية

- افترضنا أن أغلب طلبة جامعة القاضي عياض يستعملون موقع الفيس بوك الذي صار موضة الوقت الراهن، وأن هذا الاستعمال يتراوح بين العادي والإدمان، كما افترضنا أن أهداف الطلاب من استعمال الفيس بوك ستتراوح بين تعميق علاقات قائمة والبحث عن علاقات جديدة.
- افترضنا أن الفيس بوك يؤثر إيجابا على العملية التعليمية لدى طلاب الجامعة، من خلال تسهيل التحصيل الدراسي وتيسير متابعة الأخبار والمستجدات.
- افترضنا ان الفيس بوك يؤثر إيجابا على العلاقات الاجتماعية بين الأصدقاء (الطلبة) حيث يقوي العلاقات القديمة، ويشجع على الدخول في علاقات اجتماعية جديدة تتوزع بين علاقة الصداقة والعلاقات العاطفية بين الجنسين، فيما يؤثر سلبا على علاقات الطالب الأسرية.
- افترضنا أن تمثلات أغلب الطلبة إيجابية عن الفيس بوك، وأن أغلب تصوراتهم عنه تعتبره موقع مفيدا.

IIIIV- عينة الدراسة وأدوات جمع البيانات**1-8- عينة الدراسة**

تتمثل عينة دراستنا في (600) طالب وطالبة بكليتي الآداب والعلوم الإنسانية، والعلوم القانونية والاجتماعية بجامعة القاضي عياض بمدينة مراكش، بالمملكة المغربية،

الذين يتابعون دراستهم الجامعية بالفصول الثاني والرابع والسادس، والذين تتراوح أعمارهم بين 19 و 25 سنة ، الموسم الجامعي 2011/2012.

وقد قمنا باختيار عينة عشوائية من ثلاثة كليات متعددة التخصصات: منها كلية الآداب والعلوم الإنسانية، وكلية القانون والعلوم الاقتصادية والاجتماعية.

8-2- أدوات جمع مادة الدراسة

اعتمدنا في دراستنا على تقنية الاستمارة/ الاستبيان، حيث قمنا بصياغتها بالاعتماد على ثلاث أشكال من الأسئلة (الأسئلة المفتوحة / الأسئلة المغلقة / الأسئلة المزدوجة بين الأسئلة المغلق والسؤال المفتوح) وقمنا بتقسيمها على أربعة محاور تماشياً مع الإشكاليات الفرعية الأربعة والفرضيات الفرعية الأربعة.

كما خصصنا مقدمة الاستمارة/الاستبيان، لبطاقة تعريف المبحوث أفادتنا في حصر مجموعة من المتغيرات الأساسية، التي ساعدتنا على معرفة أفراد اعتماداً على سبعة متغيرات أساسية هي: الكلية، الشعبة أو التخصص، الجنس، السن، المستوى الدراسي، محل الإقامة.

• المحور الأول

يتناول كيفية استعمال الطلبة الجامعيين لموقع الفيسبوك وأهدافهم من استعماله، من خلال الأسئلة التالية:

- ✓ أي من مواقع التواصل الاجتماعي تستعمل؟
- ✓ إذا كنت لا تستعمل الفيس بوك ، هل تفكر في استعماله مستقبلاً؟
- ✓ منذ متى بدأت تستعمل الفيس بوك؟
- ✓ كم عدد الساعات التي تقضيها في تصفح الفيس بوك ؟
- ✓ هل كنت تنوي قضاء هذه المدة أم أقصر أو أقل؟
- ✓ ما الذي يجعلك تقضي أطول من المدة التي كنت تنوي قضائها على الفيس بوك؟

- ✓ عند اشتراكك في موقع الفيس بوك هل أدخلت معلوماتك الشخصية حقيقية؟
- ✓ إذا كان الجواب ب: لا، لماذا؟
- ✓ ما هي أهم استعمالاتك الفيس بوك؟
- ✓ بماذا تبادر بمجرد دخولك لحسابك الشخصي على الفيس بوك؟
- ✓ كيف تتعامل الطلبة مع المواضيع المنشورة على حائطك على الفيس بوك؟
- ✓ بأي لغة تستخدم الفيس بوك (أية نسخة للفيس بوك) ؟
- ✓ بأي لغة تتواصل على الفيس بوك؟

• المحور الثاني

يتناول تأثير الفيس بوك على العملية لتعليمية لدى طلاب الجامعة؟ من خلال الأسئلة التالية:

- ✓ هل يساعد الفيس بوك على متابعة الأخبار والمستجدات الخاصة بالجامعة؟ والمقرر الدراسي؟
- ✓ ماهي طبيعة الأخبار والمستجدات التي يهتم بها الطلبة؟
- ✓ هل يساعد الفيس بوك على التحصيل الدراسي؟
- ✓ هل سبق أن أهملت واجبات جامعية بسبب الانشغال بالفيس بوك عدة ساعات؟
- ✓ هل سبق أن حرمك السهر مع الفيس بوك من حضور المحاضرات الصباحية؟
- ✓ هل سبق أن ضيعت ساعات المراجعة في فترة الامتحانات، بسبب الانشغال بالفيس بوك؟

• المحور الثالث

- يتناول تأثير الفيس بوك على العلاقات الاجتماعية، من خلال الأسئلة التالية:
- ✓ هل الفيس بوك وسيلة ضرورية للتواصل في زمننا الحاضر؟
 - ✓ هل ينخرط الطلبة في مجموعات ضمن الفيس بوك؟
 - ✓ هل يقوي الفيس بوك العلاقة بين الأصدقاء؟

- ✓ هل يساعد الفيس بوك على إقامة علاقات صداقة جديدة؟
- ✓ هل يسعى الطلبة والطالبات إلى إقامة علاقات عاطفية من خلال الفيس بوك؟
- ✓ هل يؤثر الفيس بوك على علاقة الطالب داخل الإقامة الجامعية؟
- ✓ هل يؤثر الفيس بوك على العلاقة الأسرية للطلاب؟
- ✓ هل يزيد الفيس بوك أعباء الأسرة المالية؟

• المحور الرابع

يتناول ثمتلات وتصورات الطلبة من الفيس بوك، من خلال الأسئلة التالية:

- ✓ هل تعتبر الفيس بوك عدو أم صديق؟
- ✓ في نظرك، هل يؤثر الفيس بوك على التحصيل الجامعي للطلبة؟
- ✓ في نظرك، هل يؤثر الفيس بوك على الحياة الاجتماعية؟
- ✓ في نظرك، هل يشكل الفيس بوك يشكل خطورة على الأجيال القادمة؟
- ✓ في نظرك، هل أصبحنا (نحن العرب) أدوات منفذة وليست فاعلة ؟
- ✓ ما هو شعورك بعد مغادرتهم لصفحة موقع الفيس بوك ؟

XI- التعريف الإجرائي للمفاهيم

9-1- شبكات التواصل الاجتماعي

هي تقنيات حديثة ظهرت قبل سنوات فقط، تستعمل للتفاعل والتواصل بين الأشخاص عبر الانترنت، ولعل من بين أهم شبكات التواصل "الفيس بوك" و"التويتتر"...

9-2- الفيس بوك

شبكة تواصلية اجتماعية، ظهرت عام 2004 على يد "مارك زوكربيرغ" ويتميز "الفيس بوك" بكونه يتيح التواصل مع الأصدقاء والمعارف، كما يتيح التعرف على أصدقاء جدد عبر المحادثة الفورية أو الرسائل الخاصة، والكتابة أو نشر الصور على صفحات الآخرين، بالإضافة إلى تبادل المعلومات والتجارب.

3-9- طلاب الجامعة

نقصد بهم الطلاب من الجنسين (الذكور والإناث)، بكليتي الحقوق والآداب التابعتين لجامعة القاضي عياض بمدينة مراكش، تتراوح أعمارهم بين 19 و25 سنة، تابعوا دراستهم خلال الموسم الجامعي الماضي 2011/2012.

X- نتائج الدراسة

تم ترتيب نتائج الدراسة تماشياً مع الإشكاليات الفرعية الأربعة والفرضيات الفرعية الأربعة، على هذا الشكل:

10-1- المحور الأول: أهداف استعمال الطلبة الجامعيين لموقع الفيديو

أسفرت النتائج المتعلقة بهذا المحور عن ما يلي:

- (82%) من الطلبة يستخدمون مواقع التواصل الاجتماعي، و(18%) فقط لا يستخدمونها.
- الفيس بوك يتصدر قائمة هذه المواقع ب (97%) في المائة متبوعاً بتويتر ب (3%).
- (80%) من الذين لا يستخدمون الفيس بوك، يعتزمون استعماله بمجرد توفر الإمكانيات والوقت لهم،
- (20%) من الطلبة بدأوا باستعمال الفيس بوك منذ ثلاث سنوات، و(37%) منذ سنتين، و(31%) منذ سنة، و(12%) منذ أقل من سنة.
- غالبية الطلبة (79%) تستعمل الفيس بوك لأجل التواصل مع الأصدقاء والبحث عن صداقات، بسبب غلاء أسعار المكالمات الهاتفية على الجوال، بينما (11%) من الطلبة يستعملونه لأجل الإطلاع، و(10%) لديهم استعمالات أخرى.
- (33%) من الطلبة يستخدمون الفيس بوك أقل من (2) ساعتين في اليوم وهو استخدام طبيعي، و(34.1%) من الطلبة يستخدمون الفيس بوك من (2-5) ساعات في اليوم وهو استخدام مبالغ فيه، بينما (32.9%) من الطلبة يستخدمون الفيس بوك (أكثر من 5) ساعات في اليوم وهو الاستخدام المفرط.

- نسبة الطلبة الذكور الذين يستخدمون الفيس بوك بشكل مفرط "مدمنو الفيس بوك" هي (62.48%)، ونسبة الطالبات الإناث اللاتي يستخدمن الفيس بوك بشكل مفرط " مدمنات الفيس بوك" هي (38.52%)،
- غالبية الطلبة من مدمني الفيس بوك وبنسبة مئوية مقدارها (71.45%) يقضون وقتاً أطول مما كانوا يعتزمون قضاءه،
- غالبية الطلبة من مدمني الفيس بوك الذين يقضون وقتاً أطول مما كانوا يعتزمون قضاءه وبنسبة مئوية مقدارها (56%)، يربطون الأمر بتزامن دخولهم الفيس بوك مع تواجد أصدقاء وصديقات لهم، ونسبة الطلبة الذكور ضمن هؤلاء تبلغ (80%).
- غالبية الطلبة وبنسبة مئوية مقدارها (59%) يخفون هوياتهم الحقيقية، ويستعملون هويات مستعارة لفتح حسابات على الفيس بوك، ونسبة الطالبات الإناث ضمن هؤلاء تبلغ (67%).
- غالبية الطلبة وبنسبة مئوية مقدارها (70%) يخفون هوياتهم الحقيقية بسبب عدم معرفتهم بمستقبل الفيس بوك وبالتالي يخفون هوياتهم، و(30%) من الطلبة (90% منهم إناث) يرجعون ذلك إلى التصورات الاجتماعية وأحكام القيمة.
- غالبية الطلبة بنسبة (80.22%) يبادرون بقراءة الحائط، ويطلعون على الصور المنشورة به وصفحات الأصدقاء بمجرد الدخول لحسابهم، بينما (16.78%) لا تبالى بالحائط، وتتوجه مباشرة لنافذة الدردشة، فيما (3%) تبادر بترتيب أو تعديل الصفحة الشخصية أو ما يعرف بـ "البروفائل".
- غالبية الطلبة وبنسبة (63%) يؤشرون بالإعجاب على منشورات الحائط، بينما (20%) يعلقون تعليقات مختصرة، و(10%) من الطلبة فقط يعلقون تعليقات وافية، (7%) يتشاركون المنشورات مع أصدقائهم أو إلى إزالته، ويرجعون ذلك لطبيعة مضمون المنشور.
- أغلب الطلبة يستعملون النسخة العربية للفيس بوك بما نسبته (49%)، و(31%) يستعملون النسخة الفرنسية، و(20%) يستعملون النسخة الإنجليزية، ويرتبط استعمال لغة معينة في الفيس بوك باللغة التي يدرس بها الطالب، فطلبة اللغات الأجنبية غالباً ما يستعملون نسخه المتوفرة بلغات أجنبية.

- غالبية الطلبة وبما نسبته (83%) يستعملون اللهجة العامية أو (الدارجة المغربية) للتواصل على الفيس بوك (يكتبونها بحروف اللاتينية بنسبة (70%) فيما يكتبونها (30%) فقط بحروف عربية)، فيما يستعمل (10%) من الطلبة لغات أجنبية ويكتبونها بالحروف اللاتينية، فيما يستعمل (7%) من الطلبة اللغة العربية الفصحى ويكتبونها بحروف عربية.

10-2- المحور الثاني: تأثير الفيس بوك على العملية التعليمية لدى طلاب الجامعة

أسفرت النتائج المتعلقة بهذا المحور عن ما يلي:

- غالبية الطلبة بنسبة (67.12%) يعتبرون أن الفيس بوك يساعدهم على متابعة أخبار الفصل، ومستجدات المحاضرات والحصص الدراسية من خلال الانتظام في مجموعات "فيس بوكية" لتبادل الأخبار حسب الفصول الدراسية والشعب والتخصصات، بينما (32.88%) لا تستعمل هذه التقنية.
- (38%) من الطلبة يهتمون بأخبار الجامعة والتحصيل والمكتبات ومستجدات الكتب والمجلات والصفحات ذات العلاقة مع تخصصهم منهم (63%) إناث، بينما (41%) يهتمون بأخبار أخرى ذات صلة بالرياضة أو الفن ومقاطع (كليب) أو الفكاهة والطرائف أو العجائب، منهم (61%) إناث. (12%) يهتمون بالمواضيع والصفحات الدينية: من قراءات وتجويد للقرآن الكريم وأحاديث نبوية وأدعية و أقوال مأثورة منهم (58%) إناث. (5%) ليس لهم اهتمامات محددة، وغالبا ما يقرؤون حائطهم بما فيه، منهم (69%) إناث، فيما (4%) تهتم بأخبار نقابات الطلبة، والحركات الاحتجاجية التي يعرفها الشارع المغربي مطالبة بتغييرات سياسية واقتصادية على غرار ما شهدته بعض الدول العربية.
- غالبية الطلاب بما نسبته (62.45%) يعتقدون أن الفيس بوك لا يساعد على التحصيل الدراسي، بل يرون أنه يعيقه بشكل كبير، (41%) منهم إناث، فيما يعتقد (24.40%) أنه لا يعيق الطلبة عن تحصيلهم، (57%) منهم إناث، وأن ما يعيق هو عدم القدرة على ضبط ساعات الإبحار والتحكم في الذات. (13.15%)

يعتبرون أن الفيس بوك موقع إيجابي ولا يؤثر على التحصيل، وتبلغ نسبة الإناث ضمنهم (59%).

- غالبية الطلبة بنسبة (50.4%) ضمنها (43%) إناث، يعتبرون أن الفيس بوك يؤثر على إنجاز واجباتهم الجامعية بسبب الوقت الذي يستغرقونه في الإبحار، خاصة في المساء. كما يؤثر على أداء الطلبة وعلى قدرتهم على التركيز والفهم والاستيعاب خلال الحصص والمحاضرات بسبب الإرهاق والسهر.
- (13%) من الطلبة يتغيرون عن المحاضرات الصباحية بسبب السهر على الفيس بوك، ولا تشكل نسبة الإناث منهم إلا (19%).
- (13%) من الطلبة، ضمنهم (36%) إناث، يعتبرون أن الوقت المخصص للمراجعة في فترة الامتحانات، تقلص بدرجة كبيرة، بسبب الانشغال بالفيس بوك مقارنة مع السنوات التي لم يكن لهم حساب عليه.

10-3- المحور الثالث: تأثير الفيس بوك على العلاقات الاجتماعية للطلاب:

أسفرت النتائج المتعلقة بهذا المحور عن ما يلي:

- غالبية الطلبة بنسبة (89.3%) يعتبرون أن الفيس بوك وسيلة ضرورية وحيوية للتواصل في الوقت الحاضر، بينما ما نسبته (10.7%) من الطلبة لا ترى ذلك، بل يرون أنه يضر بالعلاقات التواصلية بالمحيط.
- أغلب طلبات الصداقة على الفيس بوك بما نسبته (79.1%) مصدرها الطلبة الذكور، وغالبية هذه الطلبات بما نسبته (54%) غير مبنية على معرفة مسبقة بالشخص المقدم إليه الطلب وهي إحدى الشروط التي يضعها القانون المنظم للفيس بوك، وإلا تعرض صاحبها لتوقيف مؤقت لحسابه.
- غالبية الطلبة بنسبة (67.12%) ينتظمون داخل مجموعات على الفيس بوك، تختلف باختلاف الاهتمامات، بينما (32.88%) من الطلبة لا تستعمل هذه التقنية.
- أغلب الطلبة بما نسبته (66.4%) يعتبرون أن الفيس بوك يفيد في التواصل بين الأصدقاء بشكل كبير خاصة لما يسمح به من إمكانية التواجد المتزامن، والإطلاع على الأصدقاء المتواجدين على الشبكة في نفس الوقت، كما يعتقد (51%) من

- الطلبة أنه مفيد في إعادة الالتقاء مع أصدقاء أو زملاء قدامى، وبالتالي يساهم في إعادة إحياء علاقات سابقة، فيما يرى (49%) من الطلبة أنه يساعد على التعرف على أصدقاء جدد ويتيح المجال لبناء علاقات صداقة وزمالة جديدة.
- أغلب الطلبة بما نسبته (61%)، بينهم (40%) إناث، يعتبرون أن الفيس بوك مجال حيوي ومساعد لإقامة علاقات عاطفية بين الذكور والإناث من طلبة الجامعة ومن خارجها، فيما يعتقد (29%) أن العلاقات العاطفية يمكن أن توجد خارج الفيس بوك بين الطلبة أكثر مما يخلقها هو، فيما يرى (10%) أن العلاقات العاطفية توجد خارج الفيس بوك.
 - أغلب الطلبة بما نسبته (39%) يعتبرون أن الفيس بوك لا يؤثر على العلاقات بين الطلبة داخل الإقامة الجامعية، وأن لا تغيير يذكر على مستوى العلاقات الطلابية، بينما يعتبر (61%) من الطلبة أن الفيس بوك أضر كثيرا بالعلاقات الطلابية داخل التجمعات إذ أنه يحول دون تجمع الطلبة بشكل كبير، أو يحول دون اندماج كل الطلبة المجتمعين، إذ غالبا ما ينفرد واحد أو اثنان أو أكثر، بالإبحار على الفيس بوك بالرغم من تواجدهما داخل جماعة معينة.
 - أغلب الطلبة بما نسبته (37%) يعتبرون أن الفيس بوك غير مؤثر على العلاقات الأسرية للطلبة، وأن التزامات الطلبة الأسرية لا تمنع استعماله بشكل مكثف خلال تواجدهم بالبيت، فيما يرى (51%) من الطلبة أن علاقاتهم الأسرية تضررت بحيث صاروا أقل معاشرة لأسرهم من ذي قبل، وأن المدد الزمنية الطويلة التي يقضونها على الفيس بوك تسبب لهم مشاكل مع أسرهم ، وتجرب عليهم الإنتقاز واللوم من آبائهم، ويعتبر (12%) من الطلبة أن استعمالهم للفيس بوك لم يصل بعد لحد المساس بعلاقاتهم الأسرية.
 - أغلب الطلبة (74%) يعتبرون أن الفيس بوك يشكل عبئا ماليا إضافيا لهم ولأسرهم، وأن مصاريفه طارئة على المصاريف المعتادة للطلاب، مما يؤثر على علاقاتهم الأسرية، فيما يرى (26%) أنه مصاريف الفيس بوك والانترنت عموما تدخل ضمن مصاريف الدراسة وبالتالي فهي ضرورة وليست ترفيه.

10-4- المحور الرابع: تمثلات وتصورات الطلبة من الفيس بوك:

أسفرت النتائج المتعلقة بهذا المحور عن ما يلي:

- (83%) من الطلبة يعتبرون موقع الفيس بوك بمثابة صديق يمكنهم من الإبحار المستمر دون كلل أو ملل، ويعدم كل إمكانية لحصول فراغ أو وقت فراغ لديهم بينما يعتبر (17%) أنه عدو يقتل الوقت ويسبب الكسل، والعجز عن بدل أي مجهود اجتماعي أو علمي وحتى المجهود الرياضي أحيانا.
- يعتبر (46%) من الطلبة أن الفيس بوك لا يشكل أية خطورة، فهو كغيره من مواقع التواصل الاجتماعي سوف ينقضي نجمه إلى الأفل بعد مدة معينة من سطوعه الحالي، فيما يرى (54%) أن الفيس بوك يمكن أن يشكل خطرا جسيما على الأجيال القادمة خاصة مع سلبياته التي يلاحظون هم بأنفسهم، ومع كونه لا يفرض شرط بلوغ سن الرشد المتمثل في سن الثامنة عشرة، وبالتالي غزوه للأجيال القادمة هي عملية ممنهجة ومقصودة.
- (68%) من الطلبة يعتبرون أن العرب مجرد مستهلكين للتكنولوجيا وبالتالي هم منفذين لكل السياسات الغربية، فيما يرى (32%) أن الأمر لا يرتبط بالعرب أو غير العرب، بل بالدول المتقدمة و المتخلفة، وأنهم لا يجدون حرجا في تصنيف دولهم كذلك.
- (58%) يغادرون صفحاتهم على الفيس بوك بشكل عادي، فيما يغادر (33%) من الطلبة وفي أنفسهم غصة نتيجة الرغبة في الاستمرار، أو الاشتياق للدخول القادم للفيس بوك، (9%) يستعملون هواتفهم النقالة، بعد توقيف حواسيبهم، لضمان استمرارية أطول على الفيس بوك.

IX- خلاصات الدراسة

انتهت دراستنا إلى مجموعة من الخلاصات نعرضها في أربعة محاور على غرار محور النتائج:

11-1- خلاصات المحور الأول:

- صارت الغالبية العظمى من الطلبة تستخدم مواقع التواصل الاجتماعي، ويتصدر الفيسبوك القائمة متبوعا بتويتر، وحتى من لا يستعملها بعد، ينتظر الإمكانات و اقرب فرصة متاحة لاستعمالها. ولا غرو في ذلك، إذ أن الفيس بوك يقرب المسافات بين الأفراد، كما يساهم في تطوير المعارف و تنمية الثقافة، التسلية والاستمتاع بوقت الفراغ، ناهيك عن تبادل الأفكار والتصورات.
- يتراوح استعمال الطلبة للفيس بوك بين الاستخدام الطبيعي أو العادي و استخدام مبالغ فيه، ثم استخدام المفرط، يصح أن نطلق عليه: "إدمان الفيس بوك"، وتجدر الإشارة إلى أن الفيس بوك صار مصدر سلب على اعتبار أن غالبية رواده يقضون وقتا أطول مما كانوا يعتزمون قضاءه، ويأتي هذا الاستعمال متسقا مع عدم النضج الانفعالي والعاطفي للشباب في هذه المرحلة العمرية،
- نتج عن استعمال الفيسبوك إشكال قيمي يرتبط بمسألة إخفاء الهوية الحقيقية لمرتابه، أو استعارة أسماء شخصيات بعينها من المشاهير وهي إحدى سلبيات العالم الافتراضي، الأمر يرتبط نفسيا بأعطاب الشخصية، كما قد يرتبط بمحظورات وتصورات اجتماعية وأخلاقية.
- غالبية الطلبة وبنسبة يؤشرون بالإعجاب على منشورات الحائط، بينما أقلية تعلق باقتضاب أو لا تعلق إطلاقا، وهي مسألة تدل على مستوى الخمول والكسل التي باتت سمة شباب اليوم ومرددها إلى ضعف الإطلاع والقراءة، وعدم الرغبة في بذل الجهود المرتبط بعناء القراءة والكتابة.
- أغلب الطلبة العرب يستعملون النسخ الأجنبية للفيس بوك، وفي ذلك ما فيه من استلاب بالأجنبي وتماهي مع ثقافته ولغته، ويرتبط مع ذلك إبداع طلبتنا وشبابنا هذا المسخ التي يتمثل في لغته الجديدة التي لا يعرفها إلا من يعاشرهم باستمرار ويعرف تلك المصطلحات التي باتت تهدد مصير اللغة العربية إذ تحولت إلى رموز وأرقام مثل الحاء "7"، الهمزة "2" والعين "3" ... وتحولت الحروف العربية أيضا إلى أجنبية من خلال كتابة الحاء، h و الباء، b مع ما يشكل ذلك من ضعف استعمال واكتساب اللغة العربية، لغة القرآن والسنة والآداب الرفيعة.

11-2- خلاصات المحور الثاني:

- غالبية الطلبة يستفيدون من الفيس بوك لمتابعة أخبار الفصل، ومستجدات المحاضرات والحصص الدراسية عبر الانتظام في مجموعات "فيس بوكية" لتبادل الأخبار حسب الشعب والمستويات وهذه من محاسن الفيس بوك. ومنهم من يهتم بأخبار الجامعة والتحصيل و المكتبات ومستجدات الكتب والمجلات والصفحات ذات العلاقة مع تخصصهم ولكن للأسف ليسوا أغلبية، إذ أن الكثيرين يهتمون بأخبار أخرى ذات صلة بالرياضة أو الفن و كليات أو الفكاهة والطرائف أو العجائب، أو ليست لديهم اهتمامات محددة، أي أنهم تائهون. فيما الأقلية القليلة تهتم بالمواضيع والصفحات الدينية، من قراءات وتجويد للقرآن الكريم وأحاديث نبوية وأدعية و أقوال مأثورة، كما سجلنا أقلية تستعمله للتواصل ضمن مجموعات طلابية نقابية تستعد عبره لوقفات واحتجاجات بالجامعة أو خارجها، خاصة ما ارتبط من طلبة مع حركة 20 فبراير، التي نشأت على إثر موجة الاحتجاجات بالدول العربية ضمن ما اصطلح عليه ب"الربيع العربي".
- غالبية الطلاب تعتبر أن الفيس بوك لا يساعد على التحصيل الدراسي، بل يعيقه بشكل كبير من خلال التأثير على إنجاز الواجبات الجامعية، والتغيب عن المحاضرات الصباحية نتيجة السهر، أو تراجع الفترات المخصص للمراجعة والاستعداد للامتحانات خاصة مع ضعف القدرة على ضبط ساعات الإبحار والتحكم في الذات لدى الكثيرين، لذلك يمكننا أن نخلص إلى انتهاء زمن الجد وطلب العلا وسهر الليالي مع المحاضرات بشكل صارم، وتراجع نسب الدرجات النجاح، وبات دردشة الفيس بوك على الجوال أو على الحاسوب خير أنيس من الكتب.

11-3- خلاصات المحور الثالث:

- غالبية الطلبة لديهم قناعة بأهمية الفيس بوك كوسيلة من وسائل التواصل الفعال، سواء في خلق صداقات جديدة، أو تعميق علاقات حالية، أو إحياء علاقات قديمة

عبر الإمكانيات التي يتيحها من خلال: معرفة الأصدقاء المتواجدين في نفس دخول المتصفح، أو البحث عن أصدقاء سابقين.

- غالبية الطلبة يعتبرونه مهم أيضا لنسج علاقات عاطفية بين الجنسين، ومن خلاله يبحثون عن نصفهم الآخر، وإن كان آخرون يعتبرون هذا النوع من العلاقات يوجد خارج الفيس بوك على اعتبار عدم الثقة في العالم الافتراضي الذي قد يحمل مفاجآت، فإيا يرى الكثيرين أن هذه العلاقات الافتراضية ليست لها مصداقية، خاصة أن هذه العلاقات تنسم بسرعة التكون وسرعة التخلص منها. ثم أن نشوة تكوين العلاقات السريعة هاته التي قد يتجاوز القيود الأخلاقية أو الاجتماعية في المجتمعات العربية مما قد يؤدي إلى الرغبة في الاستمرارية والتعود على استخدام الفيس بوك، ينتج عنها إدمان قد يحتاج إلى علاج.
- إذا كان بعض الطلبة يعتبرون أن الفيس بوك لا يؤثر على العلاقات الطلابية والتجمعات الطلابية التي كانت تشهدها الجامعة سابقا، فإن الأغلبية ترى عكس ذلك من خلال تقلص الجلسات والأمسيات الطلابية الدافئة، وأوقات الفراغ وعطل نهاية الأسبوع، وبت إنفراد كل طالب بجهاز إلكتروني ساعات طوال بعيدا عن الآخرين، و أحيانا بعيدا في عالمه الافتراضي ولو أنه يتواجد مع الآخرين في غرفة واحدة، وهو ما نعتبر أنه يؤثر بشكل مباشر على الحياة الاجتماعية للطلبة مما يخلق عالما اجتماعيا وهميا موازيا للعالم الحقيقي الذي يعيشون فيه.
- غالبية الطلبة أثرت ساعات الدردشة بالفيس بوك على علاقاتهم الأسرية، بحيث لم يعودوا يجالسوا أسرهم بشكل كاف، مما يجلب عليهم عتاب وانتقاد الآباء والأمهات، وقد سجلنا العديد من الوقائع في هذا الشأن منها ما صار مضرب طرفة بين الطلبة. هذا التحول الذي شهدته العلاقات الأسرية نعتبره مساس في صميم منظومة القيم التي طبعت التربية العربية والإسلامية خلال عهود ماضية. كما نعتبره تغيير جوهري في شكل التفاعل الاجتماعي الأسري الذي كان أساسيا في التنشئة الاجتماعية للفرد. لذلك نستطيع القول أن زمن الجلسات العائلية الدافئة

انتهى، مع استعمال الجوال والحواسيب الشخصية وانتهاء مع ظهور الفيس بوك، حيث صار الشباب غير آبهين بمن حولهم ومقصرين تجاه أسرهم مما يؤدي إلى العزلة.

11-4- خلاصات المحور الرابع:

- يعتبر غالبية الطلبة موقع الفيس بوك بمثابة صديق يمكنهم من الإبحار المستمر دون كلل أو ملل، و يملأون به أوقات فراغهم حتى بات الكثيرين فرحين بعدم وجود وقت فراغ يسبب الملل لهم، او يطرح لديهم أزمة ما ينبغي فعله او أزمة موضوع، بالمقابل ترى أقلية أنه عدو يقتل الوقت ويسبب الكسل، والعجز عن بدل أي مجهود اجتماعي أو علمي، والواقع أن هذه النتيجة تدل على عدم وعي وإدراك لمفاهيم وقت الفراغ وكيفية استغلاله على أحسن وجه،
- إذا كانت غالبية الطلبة تعتبر أن الفيس بوك مفيد في الوقت الحاضر، أو باستعماله الحالي، وأنه لا يشكل أية خطورة، فهو كغيره من مواقع التواصل الاجتماعي سوف ينقضي نجمه إلى الأفل بعد مدة معينة من سطوعه الحالي، إلا أن غالبية الطلبة تحذر منه، خاصة عند السؤال عن تأثيره على الأجيال القادمة خاصة تنامي المنخرطين فيه، من الأسلاك الدنيا لمستويات التعليم (الثانوي والإعدادي بل و الابتدائي) إذ أخبرنا الكثيرين بوجود صفحات لأطفال يعرفونهم على الفيس بوك)، وبالتالي غزوه للأجيال القادمة هي عملية ممنهجة ومقصودة.
- غالبية الطلبة يعتبرون أن العرب مجرد مستهلكين للتكنولوجيا وبالتالي هم تابعين و منفذين لكل السياسات الغربية، ولا يجد هؤلاء حرجا في الأمر بل كأن الأمر لا يرتبط بتحدي قيمي وتكنولوجي بين " الدول المتخلفة" و " الدول المتقدمة" .
- إذا كانت أغلب الطلبة يغادرون صفحاتهم على الفيس بوك بشكل عادي، فإن نسبة لا بأس بها من الطلبة التي تبقى في نفسها غصة نتيجة الرغبة في الاستمرار، أو الاشتياق للدخول القادم للفيس بوك، بل وهناك من ينتقل لاستعمال هاتفه النقال، يطرح أكثر من تساؤل حول هذه التبعية أو الارتباط الواعي أو غير واعي بهذا الفضاء، مع ما يترتب عن ذلك من تعود أو إدمان، يقتضي علاجا حقيقيا.

IIIX - الدراسات المقارنة

من خلال مقارنة نتائج الدراسات السابقة ونتائج دراستنا خلصنا إلى ما يلي:

- الفيس بوك يشكل خطورة على الحياة الاجتماعية للشباب وهي نفس الخلاصة التي خرجت بها دراسة تبرز مدى تأثير شبكات التواصل الاجتماعي على الجمهور وهناك دراسة أخرى تثبت أن الفيس بوك يؤثر على الحياة الثقافية للشباب.
- الاستخدام الفيس بوك أو "إدمان الفيس بوك" له نتائج عكسية على أداء الطلبة والشباب وعلى تحصيلهم الدراسي، وذلك بسبب الوقت الطويل المهدر في استخدامه و الإبحار الزائد و إهمال الواجبات المدرسية و الأسرية، وغيابهم عن الحصص والمحاضرات، وشعورهم بالكسل أثناء اليوم الدراسي نتيجة السهر والإرهاق الليلي.
- ساعات جلوس الطلبة والشباب مع عائلاتهم و أسرهم تقلصت بشكل كبير بعد ظهور الفيس بوك وهذا يبرز إلى حد ما تأثير الفيس بوك على الحياة الاجتماعية، وقد أوضحت الدراسة انه في حالة ما إذا طلب احد الوالدين أو كلاهما من الأبناء التوقف عن استعمال الإنترنت فهو فقط للتوقف للأكل أو للراحة أو للمشاركة في جلسة عائلية غالباً.
- الفيس بوك له أثر على الحياة الاجتماعية لرواده تتجلى في هدر الوقت والمال والانعزال ونقص في التحصيل الدراسي والصراعات والانحلال الأخلاقي وتبادل الأفكار السيئة، كما أنه يؤدي على خلل في العلاقات الاجتماعية، كما أن هناك دراسة أخرى تثبت أن الفيس بوك يؤثر في الشباب من خلال غزوه الثقافي.
- هناك اختلاف الآراء بين اعتبار الفيس بوك عدو أم صديق فقال أحد الباحثين أن الفيس بوك ليس عدوا ولا صديقا إنما هو وسيلة اجتماعية للتواصل والمشكلة هنا هي كيفية استعماله من طرف الشباب إما إيجابيا أو سلبا في حين أجمع الكل على أن الفيس بوك هو سلاح ذو حدين وهو ما أشارت إليه دراسة أخرى إذ

- أثبتت أن الفيس بوك هو سلاح ذو حدين إن أحسنت استعماله فهو صديق وإن أسأت استخدامه فهو عدو.
- اختلف الشباب في كون أن الفيس بوك ما هو إلا طريقة أو وسيلة للعب والتحكم في عقول الشباب بين مؤيد ومعارض لهذه الفكرة. غالبية الطلبة لا تعتقد في نظرية المؤامرة التي ترد كل مصائب الأمة إلى الغرب.
- سلبيات الفيس بوك يمكن حصرها فيما يلي: الانحلال الأخلاقي، التأثير الثقافي، التأثير اللغوي، هدر الوقت، هدر المال، الإدمان مما يؤدي إلى الغياب عن الحصص الدراسية وقلة ساعات المراجعة والذاكرة، كما قيل من طرف البعض أن الفيس بوك عدو، وقال البعض أنه صديق فيما قال أحد الباحثين أن المشكل ليس كون الفيس بوك عدوا أم صديق، إنما هو موقع للتواصل الاجتماعي والشخص هو الذي يتحكم فيه كالإناء أو الكأس أما تمليه من الماء أو من الخمر.
- الفيس بوك ليس المشكلة وإنما طريقة للاستخدام هي المشكلة كما قال البعض وسيلة صنعها الغرب للتحكم في عقول الشباب بطريقة تؤدي إلى التغيير، في حين قال آخرون أن ذلك غير صحيح.
- على عكس النتيجة التي توصلنا إليها بخصوص تأثير الفيس بوك على حضور الطلبة للمحاضرات الصباحية، أكدت العديد من الدراسات الأخرى أن ذلك نسبي وأن الفيس بوك لا يؤدي بغياب الشباب عن الحصص الدراسية إلا نادرا.

III- التوصيات

- ضرورة تنظيم دورات تدريبية لاستعمال شبكة الانترنت بصفة عامة وشبكات التواصل الاجتماعي بصفة خاصة، لتعليم الطلاب خلال مختلف مراحل التعليم منذ الابتدائي وحتى التعليم العالي، الاستخدام المفيد للشبكة و كيفية الاستفادة من تطبيقات هذه التقنيات في التحصيل الدراسي.
- ضرورة توعية الطلبة والجمهور الناشئ بشبكة الانترنت وبشبكات التواصل الاجتماعي والمنديات بوصفها أحد مستجدات تكنولوجيا التعليم وأهميتها في

- الحصول على المعلومات العلمية المتنوعة من خلال توزيع المنشورات العلنية وعقد الندوات الداخلية والورش العلمية تم تدريب الطلاب على كيفية انتقاء المعلومات واختيار المناسب منها في البحوث والدراسات العلمية.
- ضرورة تشجيع إنجاز دراسات عربية النظرية والميدانية عن الويب والشبكات الاجتماعية للتعرف على كيفية الإفادة القصوى من هذه التقنيات في مجال المحاضرات و المكتبات والمعلومات التعليمية.
- ضرورة العمل على تشجيع الطلبة والشباب على ارتياد صفحات الكتب والمكتبات ومواقع المطالعة على الانترنت أو الشبكات الاجتماعية، لتبادل المعرفة والثقافات والآراء والخبرات كخطوة لتنمية المجال المهني.
- ضرورة توفير مكتبات إلكترونية للطلبة والناشئة لمسايرة استعمالات التقنيات الحديثة.
- ضرورة القيام ببعض الحملات التوعوية التحسيسية تهدف إلى توضيح حقيقة وخطورة إدمان الانترنت وشبكات التواصل الاجتماعي على الطلاب والناشئة.
- تنظيم برامج علاجية لمدمني الانترنت وشبكات التواصل الاجتماعي تهدف إلى تأهيلهم وإدماجهم في الحياة الواقعية.
- أهمية اقتراح وتنفيذ آليات جديدة كمحفزات للطلاب ، تكفل الاستفادة من شبكة الانترنت في التحصيل الدراسي ، وإبعادهم عن هدر الوقت دون فائدة، ومن هذه الآليات ما تم تبنيه في بعض مناطق العالم من قبيل: "المدرسة الإلكترونية" ، مع التشديد على تبني فلسفة المراقبة والمراقبة الذاتية.
- أهمية توعية الأسرة بأهمية متابعة أبنائها للحد من قضاء أوقات طويلة أمام الانترنت وشبكات التواصل الاجتماعي .
- أهمية الاستفادة من بعض التجارب الدولية من خلال وضع قواعد تفرض مستعملي الانترنت تحميل برنامج يطلب من مستخدميه ترك جهاز الحاسب بعد ثلاث ساعات متواصلة،سواء بصفة نهائية أو مؤقتة، ويطلب منه القيام بأداء واجباتهم المدرسية أو تمارين جسمية مفيدة للجسد.

قائمة المراجع

- المراجع العربية
- مشاط نور الدين (2011): "المدرسة المغربية وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات"، مطبعة النجاح.
- الحمادي سمير(2012)، "ربيع الغضب : مقاربة أولية" الطبعة الأولى ، مطبعة النجاح الجديدة- الدار البيضاء.
- د. نصر الدين لعياض (2011)، الشباب في دولة الإمارات والشبكات الاجتماعية الافتراضية: مقاربة للتمثلات والاستخدامات، مجلة أفكار ومواقف، جامعة الجزائر2، العدد2 سنة 2011.
- جمال مختار (2011): كتاب الفيس بوك هل هو عدو أم صديق؟
- عبد العزيز العبدوي(2012): كتاب كناش الوجود "الفيس بوك" ، منشورات دار التوحيدي، الرباط.
- صالحه الدماري (2010): الطلاب والشبكات الاجتماعية، دراسة ميدانية في استخدام اشباغات طلاب كلية الفنون والإعلام للفيس بوك كشبكة اجتماعية، منشورات عويدات.
- محمد المنصور(2012): تأثير شبكات التواصل الاجتماعي على جمهور المتلقين، دراسة مقارنة للمواقع الاجتماعية والمواقع الإلكترونية، "العربية أنموذجاً"،رسالة ماجستير في الإعلام والاتصال مقدمة إلى مجلس كلية الآداب والتربية / الأكاديمية العربية في الدانمرك وهي جزء من متطلبات درجة الماجستير في الإعلام والاتصال.
- http://www.elaegypt.com/Downloads/2009/amina_heba.doc
- الموقع الكتروني: ويكيبيديا الموسوعة الحرة: www.wikipedia.com
- المراجع الأجنبية
- Ellison, N. B., Steinfield, C., & Lampe, C. (2007). The benefits of Facebook "friends :” Social capital and college students’ use of online social network sites. Journal of Computer-Mediated Communication.

- Mezrich, Ben, (2010), The Accidental Billionaires: The Founding of Face book: A Tale of Sex, Money, Genius and Betrayal, USA: Anchor; 2 édition.
- Kirkpatrick David (2011), The Face book Effect: The Inside Story of the Company That Is Connecting the World. USA: Simon & Schuster.
- ([http://www.studymode.com/Impact négatif de Facebook sur les étudiants](http://www.studymode.com/Impact_négatif_de_Facebook_sur_les_étudiants). Study Mode. com.Récupérée 06, 2012, de essays/Negative-Impact-Of-Facebook-On-Students-1036497.html)

واقع البطالة وتباينها المكاني في العراق.

عباس فاضل السعدي¹

- ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على مشكلة كبيرة تواجه العراق وهي البطالة. وتم تناولها من حيث خصائصها والتباين المكاني في مؤشرات وأسباب حدوثها وآثارها وموقف السياسة السكانية في العراق تجاهها، وخطط الحكومة في علاجها.

أظهرت الدراسة أن معدلات البطالة تزداد بسبب الوضع الأمني الذي انعكس على الوضع الاقتصادي في العراق، حيث أن نسبة الذكور أكثر من الإناث بنحو عشرة أضعاف حيث أصبحت ظاهرة واسعة طالت معظم شرائح المجتمع بسبب التهجير وهروب رأس المال الوطني إلى خارج العراق وتوقف معظم الأنشطة الاقتصادية.

أوصت الدراسة بالاستفادة من تجارب الآخرين مثل الصين التي دربت خريجي الدراسة الإعدادية ليكونوا كادراً وسطياً يمكن الاعتماد عليه في مختلف الاختصاصات، كذلك القضاء على حالات التسرب من المدارس لعدم وجود مصادر دخل تعيلهم، مع تسهيل مهمة المستثمرين أصحاب رؤوس الأموال، العراقيين والأجانب، وفق قوانين وشروط تلائم طبيعة البلد الاقتصادية والبيئية.

الكلمات المفتاحية: البطالة، العراق، الوضع الاقتصادي، خطط التنمية، التشغيل.

¹ باحث بمركز إحياء التراث العلمي العربي، جامعة بغداد، العراق، abbasalsaadi1943@yahoo.com

I- مقدمة

البطالة هي التعطل والتفرغ من العمل (المنجد في اللغة والإعلام، 1986). وتَعَطَّلَ بقي بلا عمل (الظاهر أحمد الزاوي، 1983). والمتعطلين أو البطالين مَنْ كانوا بلا عمل وهم رهن البحث عنه (الأمم المتحدة، 1982).

والبحث الذي نحن بصددّه يهدف إلى إلقاء الضوء على مشكلة كبيرة تواجه العراق وهي البطالة. وتم تناولها من حيث خصائصها والتباين المكاني في مؤشرات وأَسباب حدوثها وآثارها وموقف السياسة السكانية في العراق تجاهها، وخطط الحكومة في علاجها ومدى نجاحها في ذلك. وذلك باتباع المنهج الوصفي والتحليلي في عرض تلك الموضوعات وباعتماد البيانات المتوفرة وبخاصة آخر بيانات مسح التشغيل والبطالة لعام 2011 الصادرة عن وزارة التخطيط.

وقد درس البطالة عدد من الباحثين وتناولوا جوانبها المختلفة متتبعين بياناتها الواردة في التعدادات السكانية وتقديرات بعض الجهات الرسمية مثل وزارة العمل والشؤون الاجتماعية ومسوحات وزارة التخطيط والتعاون الدولي وتقديرات بعض الباحثين.

ويفترض البحث وجود مشكلة ليست هينة تواجه الحكومة وسعيها في توفير فرص عمل من خلال المشاريع الإنتاجية والخدمية والصناعية البعيدة والمتوسطة المدى، فضلاً عن المشاريع ذات الأمد القريب عن طريق تشجيع الاستثمار المحلي والعربي والأجنبي لإقامة تلك المشاريع.

II- مفهوم البطالة وتطور معدلاتها

1-2 مفهوم البطالة

يختلف الرأي حول وجود مفهوم موحد للبطالة unemployment بسبب اختلاف أنواعها واختلاف تأثيرات كل نوع، ولكن يبقى المفهوم المتفق عليه وهو وجود أفراد في سن العمل ومؤهلين للعمل وقادرين عليه ويطلبوه لكنهم لا يجدوه، أي عاطلين عن العمل (محمد عبد صالح حسن، 2007). وتُعرّف البطالة أيضاً بعدم وجود فرص عمل مشروعة لمن توافرت له القدرة على العمل والرغبة فيه.

وتقاس البطالة بمعدل يطلق عليه (معدل البطالة) ويراد به عدد العاطلين الذين يبحثون عن عمل بعمر 15 سنة فأكثر مقسوماً على عدد السكان النشطين اقتصادياً بالعمر نفسه مضروباً في 100 (وزارة التخطيط، 2007-2010).

وقد بلغ معدل البطالة في العراق بموجب تعداد عام 1977 نحو 3.2% من مجموع قوة العمل، ارتفع المعدل إلى 4.5% في التعداد اللاحق (سنة 1987). وقد بلغ معدل نمو العاطلين عن العمل للمدة 1977-1987 نحو 5.6%، بينما بلغت هذه النسبة لسنة 1990 نحو 8.5%. أما التعداد السكاني لسنة 1997 فقد بلغت أعداد العاطلين في العراق بموجبه 813.998 عاطلاً ومعدل البطالة 17.6%، وهي نسبة عالية بالمقارنة مع التعدادات السابقة بسبب الظروف السياسية والاقتصادية والحصار والتي دفعت عدد من القوى العاملة للتوجه للعمل في الأعمال الهامشية والمفتعلة (عقيل حميد جابر الحلو، 2007).

وتركزت البطالة في تعداد عام 1997 في فئة الذكور أكثر من الإناث، فقد بلغت أعداد العاطلين عن العمل من الذكور 799.188 عاطلاً ونسبة 20.2% من مجموع القوى العاملة. في حين بلغت أعداد الإناث 14.810 عاطلة عن العمل ونسبة 2.3% من مجموع القوى العاملة نتيجة لتوفر فرص العمل للإناث في القطاع العام حيث أن الذكور كانوا لا يميلون للعمل في القطاع العام بسبب انخفاض الأجور فيه، وبلغت نسبة نمو العاطلين للمدة 1990-1997 نحو 19.4% (عقيل حميد جابر الحلو، 2007).

وقد أصدر الحاكم المدني الأمريكي (بول بريمر) في عام 2003 قرارات فاقمت مشكلة البطالة منها:

- حل الجيش العراقي الذي كان يستوعب أكثر من (400) ألف متطوع، فضلاً عن (150) ألف جندي مكلف يستوعبهم الجيش لمدة سنتين أو أكثر، مما يؤخر هذه الفئة سنوياً من الدخول إلى سوق العمل للمدة التي يخدمها في الجيش.
- حل المؤسسات الأمنية الأخرى ومؤسسات مدنية كوزارة الإعلام وهيئاتها التي كانت توظف أعداد كبيرة من السكان.

- حل هيئة التصنيع العسكري وتسريح أعداد من منتسبها من دون إيجاد البديل لاستيعاب هذه القوى العاملة التي في معظمها قوى عاملة شابة.

وفي ضوء هذه السياسة (بريمر) تفاقمت الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية سوءاً لذلك يلاحظ أن البطالة قد تفاقمت بعد الاحتلال الأمريكي وتداعياته لتصبح ظاهرة واسعة طالت معظم شرائح المجتمع بسبب التهجير وهروب الرأسمال الوطني خارج العراق وتوقف معظم الأنشطة الاقتصادية.

ويشير الجدول (1) إلى انخفاض معدل البطالة في العراق خلال المدة 2003-2011 ففي عام 2003 بلغ المعدل 28.1%، مقابل في الوطن العربي 12.2%. وهناك تقديرات لوزارة الشؤون الاجتماعية توصل مستواه إلى 52% (محمد عبد صالح حسن، 2007). وتوالى الانخفاض إلى أن وصل في عام 2011 إلى 8.3% لإجمالي القطر، وبلغ عند الذكور 7.4% مقابل 12.6% (اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق، 2012)، عند الإناث.

ويظهر الانخفاض المشار إليه بين عامي 2003 و2011 في الذكور. أما الإناث فيرتفع المعدل بين عامي 2003 و2006 ثم يعود لينخفض بعد ذلك في عامي 2008 و2011.

وعند ملاحظة تطور معدل البطالة بحسب مكان الإقامة يظهر ارتفاع المعدل في الحضر قياساً بالريف، والاستثناء الوحيد هو انخفاض المعدل عند الذكور في المناطق الحضرية في عام 2008. وقد يكون لهجرتهم إلى خارج العراق خلال ذلك العام سبباً في حصول تحسن نسبي لدى الذكور فانعكس سلباً وأدى إلى تدهور فرص العمل لدى الإناث وبالتالي ارتفاع معدل البطالة عندهن في المناطق الحضرية المذكورة. بينما انخفض في المناطق الريفية، حيث وجدت في الريف بيئة مناسبة لاستثمار الأراضي الزراعية لتوفر الأمان النسبي والمردود الاقتصادي المرتفع للأرض.

جدول (1)
تطور معدلات البطالة في العراق خلال المدة 2003-2011

| السنة | حضر | | | ريف | | | مجموع | | |
|-------|------|------|-------|------|------|-------|-------|------|-------|
| | ذكور | إناث | مجموع | ذكور | إناث | مجموع | ذكور | إناث | مجموع |
| 2003 | 31.0 | 22.3 | 30.0 | 28.9 | 6.7 | 25.4 | 30.2 | 16.0 | 28.1 |
| 2006 | 16.2 | 37.1 | 19.6 | 15.0 | 8.0 | 13.2 | 16.2 | 22.7 | 17.5 |
| 2008 | 13.1 | 25.0 | 15.2 | 15.2 | 8.4 | 13.4 | 14.3 | 19.7 | 15.3 |
| 2011 | - | - | - | - | - | - | - | 7.4 | 8.3 |

المصدر: اللجنة الوطنية للسياسات السكانية، تحليل الوضع السكاني في العراق 2012، ص 124، مسح شبكة معرفة العراق 2011، ج 1، جدول 4-32، ص 146-148، ج م ح، المجموعة الإحصائية السنوية 2010-2011، جدول 9/2، ص 53، 11/2 ص 57، 9/2 ص 54.

وعند مقارنة معدل البطالة في حضر المركز وحضر الأطراف ومقارنته مع المناطق الريفية وبحسب النوع، فإن الجدول رقم (2) يشير إلى انخفاض معدل البطالة في حضر المركز للذكور والإناث والمجموع في عام 2008 قياساً بعام 2006. بينما ارتفع المعدل في الأطراف وخاصةً الذكور منهم. أما في الريف فبقيت المعدلات متقاربة، في العامين المذكورين. ويرتبط ذلك بمدى توفر فرص العمل سواء في المدينة أم في الريف.

جدول (2)
معدل البطالة بين السكان بعمر 15 سنة فأكثر بحسب البيئة والنوع عامي 2006-2008

| السنة | حضر المركز | | | حضر الأطراف | | | ريف | | |
|-------|------------|------|-------|-------------|------|-------|------|------|-------|
| | ذكور | إناث | مجموع | ذكور | إناث | مجموع | ذكور | إناث | مجموع |
| 2006 | 19,7 | 37,4 | 22,9 | 12,6 | 36,8 | 16,2 | 15,0 | 8,0 | 13,2 |
| 2008 | 13,1 | 25,0 | 15,2 | 15,4 | 36,1 | 18,5 | 14,9 | 8,3 | 13,3 |

المصدر: ج م ح، المجموعة الإحصائية السنوية 2010-2011، مطبعة الجهاز، بغداد، جدول 9/2، ص 53-54.

وكان الهدف الأول لخطة التنمية في العراق (2010-2014) هو خفض معدل البطالة إلى 7% (آمال شلاش، 2012). ولما كان المعدل قد وصل إلى 8.3% عام 2011 فإن الخطة ربما تكون قد اقتربت من تحقيق الهدف المذكور، وهذا يتوقف على مدى دقة الأرقام المعلنة.

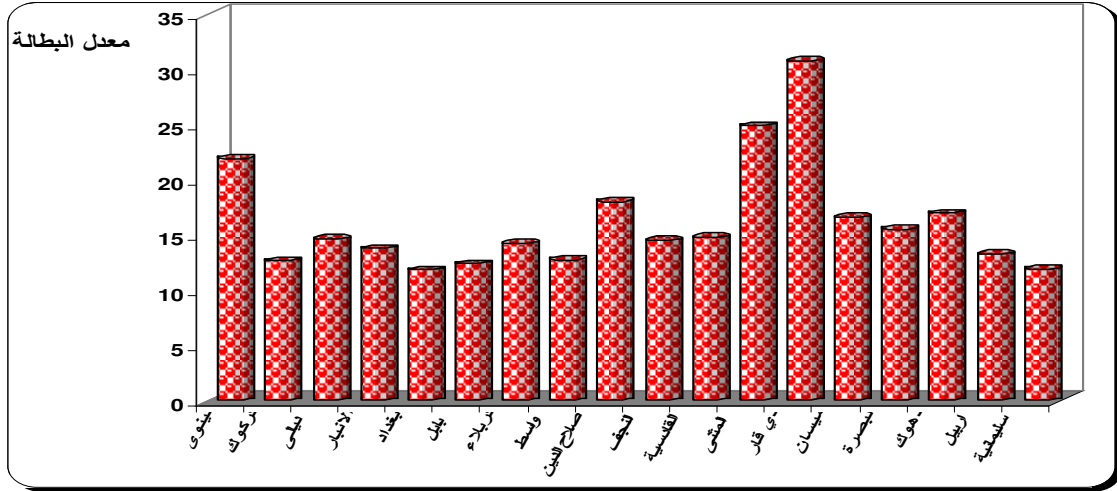
2-2- التوزيع الجغرافي لمعدلات البطالة

تتباين معدلات البطالة بين المحافظات التي شملتها المسوحات عامي 2005 و2006، فقد سجلت بعض المحافظات معدلات منخفضة مقارنةً بالمحافظات الأخرى. في حين تصدرت محافظات معينة قائمة المحافظات الأعلى بطالة. ويلاحظ أن ذي قار استمرت تنتشر المحافظات من حيث ارتفاع معدل البطالة. تليها الأنبار ونيوى والمثنى والقادسية. فيما حققت البصرة أدنى المعدلات ثم واسط فالسليمانية وبابل وكربلاء وكركوك (تحليل الوضع السكاني في العراق، 2012).

وفي عام 2008 انخفض معدل البطالة بنسبة 12.3% مقارنةً بعام 2006 وارتفعت بعض المحافظات وانخفضت غيرها بين العامين المذكورين. واستمرت محافظة ذي قار (28.2%)، (46.9%)، (30.8%) للذكور والإناث والمجموع بالتتابع) تنتشر المحافظات الأخرى في ارتفاع معدل البطالة عام 2008، تلتها بابل (26.8%)، (11.3%)، (24.9%) على التوالي لكل من الذكور والإناث والمجموع)، ثم نيوى (21.9%) وصلاح الدين (18%) ودهوك (16.9%)، (وزارة التخطيط، 2009).

في حين سجلت محافظة بغداد أقل معدل بطالة بين السكان بعمر 15 سنة فأكثر عام 2008، إذ بلغ 11.8% لكلا الجنسين. وقد انخفض المعدل بنسبة 25.2% قياساً بعام 2006 حيث كان المعدل 15.7% والمعدل عند الذكور 10.2% وعند الإناث 17.1%، ثم تأتي محافظة السليمانية بمعدل بطالة قدره 11.9% وبابل 12.3%. واستمرت محافظات ذي قار والأنبار وديالى تنتشر قائمة المحافظات الأعلى معدل، وكركوك وأربيل الأدنى معدل للبطالة في عام 2011.

شكل (1)
معدل البطالة حسب المحافظات، مسح التشغيل والبطالة، لسنة 2008



ويعود السبب الرئيس وراء ارتفاع معدلات البطالة في محافظة مثل ذي قار إلى طبيعة اقتصاد المحافظة المتمحور أساساً حول الزراعة والرعي، ومحدودية النشاط الخاص فيها وهو ما ينطبق أيضاً على محافظة المثنى. كما أن عدم الاستقرار الأمني أدى إلى ارتفاع معدل البطالة في كل من الأنبار ونيوى وديالى. وفي المحافظات ذات المعدلات المنخفضة نسبياً من البطالة، فإن طبيعة اقتصادها يؤدي دوراً رئيساً في تحديد سلوك ظاهرة البطالة، فضلاً عن الاستقرار الأمني النسبي الذي تتمتع به. فكبر اقتصاد البصرة ووجود المنشآت النفطية والميناء فيها زادت من فرص الحصول على عمل، كما أن الاستقرار الأمني ووجود المعابر الحدودية مع إيران قد أنعش اقتصاد واسط والسليمانية. أما كربلاء والنجف فيعدان من أهم مناطق السياحة الدينية، وأن كربلاء تعد منطقة زراعية نشطة نسبياً بسبب طبيعة القطاع الزراعي القائم على المحاصيل الدائمة التي تشكل 69.1% من مجموع الحيازات الزراعية وحوالي 37.6% من مجموع مساحة الأراضي الزراعية في المحافظة. كما أنها تنتج 13,7% من إجمالي الإنتاج الوطني من التمور. وهي زراعات مستقرة مقارنةً بغيرها من المناطق الأخرى التي تعتمد على زراعة الحبوب أو الخضروات، ولهذا فالقطاع الزراعي في كربلاء يشغل 10.3% من مجموع العمال الدائمين في العراق وهو ما جعل كربلاء ذات معدل بطالة منخفض، (نتائج مسح التشغيل والبطالة، 2005-2006).

وينطبق الأمر، من حيث انخفاض معدل البطالة، على محافظتي بابل وواسط الزراعتين وكركوك النفطية عامي 2008 و2011.

ويشير معدل البطالة في عام 2011 إلى أن معدل بطالة الذكور بلغ 7.4% وأعلى معدل سجلته الأنبار بحوالي 16.9% وقريبة منها محافظة ذي قار. أما معدل بطالة الإناث فقد بلغ 12.6% ويعد معدلاً مرتفعاً قياساً بمعدل الذكور.

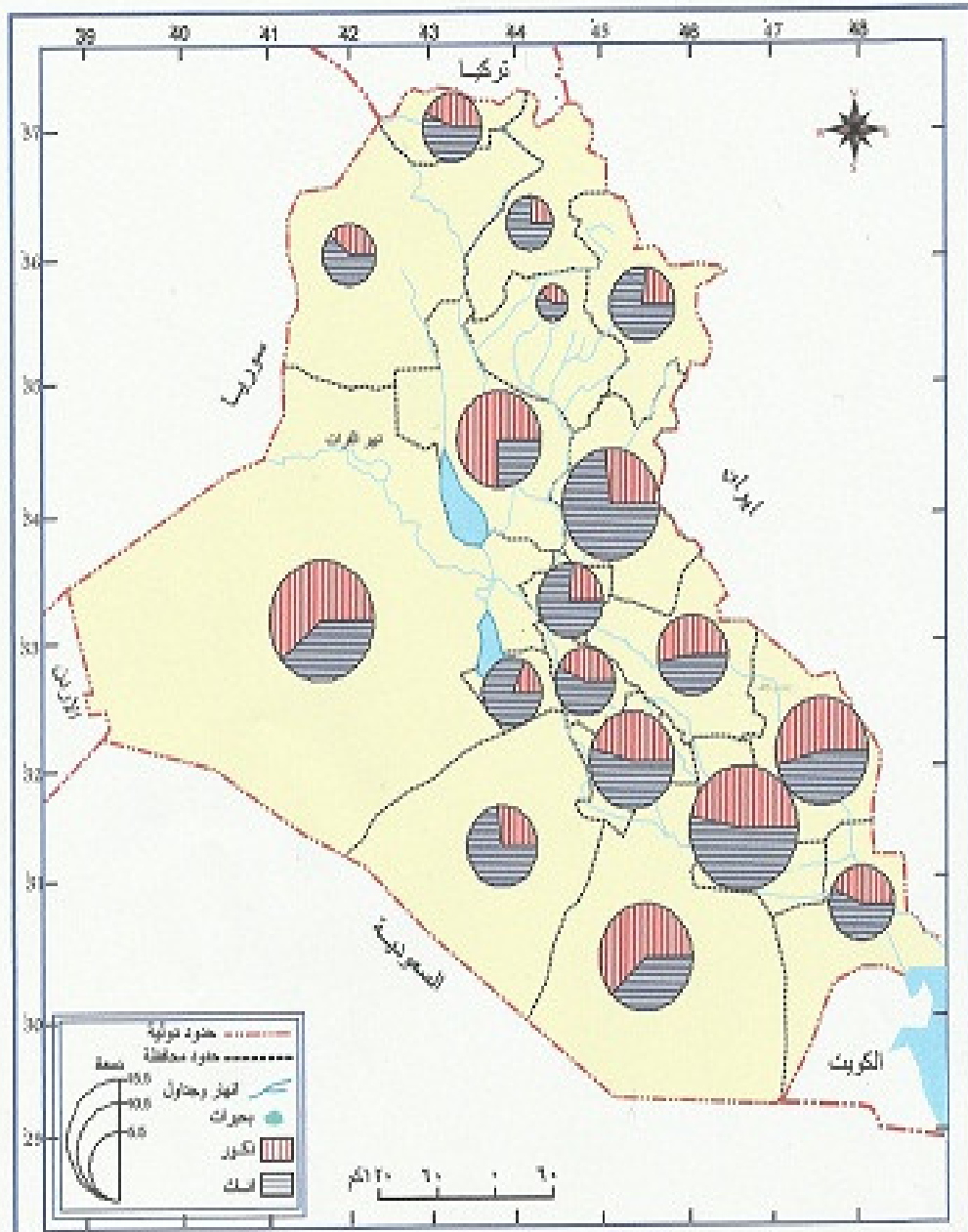
ويشير جدول (3) إلى ارتفاع معدل البطالة لدى الإناث قياساً بالذكور في 13 محافظة. ويصل الفرق إلى ثلاثة أمثاله أو أكثر (بين الإناث عنه عند الذكور) في محافظات السليمانية واربيل وديالى وبغداد والنجف و كربلاء.

وعند مقارنة المعدل بين عامي 2008 و2011 يلاحظ انخفاض المعدل بين الذكور والإناث والمجموع. فقد انخفض معدل البطالة خلال تلك المدة من 15.3% إلى 8.3%. وتعد محافظة الأنبار المحافظة الوحيدة التي ارتفع فيها المعدل بين العامين المذكورين من 13.8% إلى 15.7% بتغير قدره +1.9%. وكان الارتفاع عند الذكور حصراً، وقد يكون للعامل الأمني دوراً في ذلك بسبب الخلافات العشائرية والعمليات الإرهابية.

وكان التغير في بقية المحافظات سالباً وهو تغير إيجابي يدل على تحسن وضع القوى العاملة نتيجةً لانخفاض معدل البطالة بفرق 7% وإن أكبر تغير إيجابي حصل في كل من محافظات: نينوى، ذي قار، كركوك، المثنى، دهوك حيث كانت نسبة الانخفاض كبيرة (أنظر جدول 3).

وبلغ الانخفاض في محافظة كركوك 6 مرات فأصبح المعدل 6/1 ما كان عليه في عام 2008، وفي نينوى كان الانخفاض بمقدار 4 مرات، أي أصبح ربع ما كان عليه. وفي محافظات بابل، النجف، المثنى، البصرة، دهوك بلغ الانخفاض نصف ما كان عليه. وإلى أقل من النصف في كل من بغداد، صلاح الدين، ذي قار، في حين كان الانخفاض طفيفاً في بقية المحافظات.

شكل (2)
توزيع معدل البطالة في العراق حسب المحافظات لسنة 2011



المصدر : جنول (3)

جدول (3)

معدل البطالة بين السكان بعمر 15 سنة فأكثر حسب المحافظة والنوع عامي 2008 و2011

| 2011 | | | 2008 | | | المحافظة |
|------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| مجموع | إناث | ذكور | مجموع | إناث | ذكور | |
| 5,3 | 7,8 | 5,0 | 21,9 | 27,7 | 21,3 | نينوى |
| 2,4 | 3,3 | 2,2 | 12,6 | 14,5 | 12,3 | كركوك |
| 13,6 | 30,0 | 10,9 | 14,6 | 20,1 | 13,3 | ديالى |
| 15,7 | 11,1 | 16,9 | 13,8 | 11,7 | 14,4 | الانبار |
| 6,6 | 15,9 | 4,7 | 11,8 | 17,1 | 10,2 | بغداد |
| 6,2 | 7,9 | 5,7 | 12,3 | 12,6 | 12,3 | بابل |
| 5,5 | 18,2 | 4,0 | 14,2 | 28,9 | 11,6 | كربلاء |
| 8,4 | 8,3 | 8,5 | 12,7 | 13,5 | 12,5 | واسط |
| 10,7 | 4,3 | 12,0 | 18,0 | 10,9 | 19,8 | صلاح الدين |
| 7,6 | 16,4 | 5,6 | 14,5 | 22,8 | 13,2 | النجف |
| 11,2 | 12,6 | 11,0 | 14,8 | 17,2 | 14,1 | القادسية |
| 12,9 | 7,9 | 13,4 | 24,9 | 11,3 | 26,8 | المتن |
| 16,5 | 18,1 | 16,2 | 30,8 | 46,9 | 28,2 | ذي قار |
| 12,9 | 10,6 | 13,2 | 16,6 | 14,4 | 16,8 | ميسان |
| 7,4 | 8,9 | 7,3 | 15,5 | 20,1 | 14,9 | البصرة |
| 6,4 | 8,4 | 6,1 | 16,9 | 39,7 | 13,3 | دهوك |
| 4,0 | 9,6 | 2,7 | 13,2 | 36,0 | 7,5 | اربيل |
| 7,4 | 16,9 | 5,4 | 11,9 | 27,4 | 7,9 | السليمانية |
| 8,3 | 12,6 | 7,4 | 15,3 | 19,6 | 14,3 | المجموع |

المصدر: وزارة التخطيط، ج م ح، المجموعة الإحصائية السنوية 2010-2011، جدول 9/2، ص 53، ج م ح، مسح شبكة معرفة العراق، 2011، ج 1، الملخص التنفيذي، مطبعة الجهاز، بغداد، 2012، جدول 4-32، ص 146-148.

إن انخفاض معدلات البطالة يعني توفير مزيد من الوظائف ولاسيما في القطاعات غير الإنتاجية (في الأجهزة الأمنية بصورة خاصة) وتوفير بعض فرص العمل في القطاع الخاص ومشاريع الاستثمار وبخاصة في المحافظات الشمالية، مع امتصاص النشاط الزراعي لمزيد من العاطلين في المناطق الريفية وأطراف المدن.

ويختلف توزيع عدد عاطلين من بين السكان النشطين اقتصادياً (داخل قوة العمل) عن توزيع معدلات البطالة عام 2011 لأن العدد المطلق بأخذ بالحسبان إجمالي عدد السكان (وليس المعدل). وفي ضوء ذلك جاءت محافظة بغداد (112.690 عاطلاً) كأكبر محافظة في عدد عاطليها (بينما احتلت سادس مرتبة في معدلاتها). وجاءت محافظة ذي قار ثاني محافظة (64.278 عاطلاً) في عدد العاطلين تلتها الأنبار (63.680 عاطلاً). بينما سجلت محافظة كركوك أدنى عدد للبطالة (8.058 عاطلاً) تلتها كربلاء (13.994 عاطلاً) ثم جاءت بعدها كل من أربيل ودهوك (انظر جدول 4).

جدول (4)

توزيع عدد العاطلين والعاملين ضمن السكان النشطين اقتصادياً عام 2011 في العراق

| المحافظة | العاملون | عاملون بعمالة ناقصة | عاطلون |
|------------|----------|---------------------|--------|
| دهوك | 201847 | 37210 | 16467 |
| نينوى | 487354 | 93381 | 32583 |
| السليمانية | 367403 | 117355 | 38970 |
| كركوك | 318670 | 14503 | 8058 |
| أربيل | 342332 | 50093 | 16431 |
| ديالى | 257071 | 54531 | 49170 |
| الأنبار | 297339 | 44911 | 63680 |
| بغداد | 1381531 | 209916 | 112690 |
| بابل | 355215 | 71544 | 27981 |
| كربلاء | 187661 | 53902 | 13994 |
| واسط | 253966 | 36467 | 26754 |
| صلاح الدين | 253898 | 42933 | 35413 |
| النجف | 285112 | 32218 | 26273 |
| القادسية | 188609 | 42417 | 29100 |
| المتنئ | 132925 | 8600 | 21051 |
| ذي قار | 253816 | 72580 | 64278 |
| ميسان | 145588 | 47278 | 28524 |
| بصرة | 396777 | 125293 | 42004 |
| الإجمالي | 6107115 | 1155131 | 653421 |

المصدر: ج م ح، مسح شبكة معرفة العراق 2011، جدول 3-4.

وبالإمكان مقارنة معدلات البطالة بين عامي 2008 و2011 على أساس الدرجة المعيارية، وهي من المقاييس الأكثر دقة في مجال المقارنة. وفي ضوءها يمكن تقسيم العراق إلى أربع مجاميع توزيعية لمعدل البطالة في العامين المذكورين. ففي عام 2008 تظهر مجموعتان يرتفع فيهما المعدل أكثر من المتوسط الحسابي لإجمالي القطر وتضم ست محافظات: 3 محافظات جنوبية (ذي قار، المثنى، ميسان) ومحافظات وسطى (صلاح الدين) ومحافظتان شمالية هما دهوك ونينوى. وهناك مجموعتان ينخفض فيهما المعدل عن المتوسط الحسابي للقطر تضمان 12 محافظة منها 3 محافظات شمالية (إربيل، السليمانية، كركوك) ومحافظتان جنوبية (البصرة، القادسية) و7 محافظات وسطى وهي المحافظات المتبقية.

أما في عام 2011 فإن المجموعتين اللتين يرتفع فيهما معدل البطالة عن المتوسط الحسابي لإجمالي القطر تشمل جميع محافظات المنطقة الجنوبية (عدا البصرة) وثلاث محافظات وسطى تقع في شمال بغداد وغربها، ومجموعتان ينخفض فيهما المعدل المذكور وتشمل جميع محافظات المنطقة الشمالية الخمس مع خمس محافظات وسطى تقع إلى جنوبي بغداد ومحافظة جنوبية واحدة هي البصرة.

أما التغيير الحاصل في توزيع هذه المعدلات بين المدتين فهو انتقال نينوى ودهوك إلى المجموعة السالبة، أي أن معدليهما قد انخفض عن المتوسط الحسابي لإجمالي القطر وهو مؤشر إيجابي يدل على توفير فرص عمل فيهما. وعلى النقيض انتقلت كل من: ديالى، الأنبار، القادسية إلى المجموعة الموجبة، أي أن معدلات البطالة فيها قد ارتفعت، وهو مؤشر سلبي قد يكون للعامل الأمني والتدني الاقتصادي دوراً في ذلك التدهور.

2-3- البطالة والتعليم

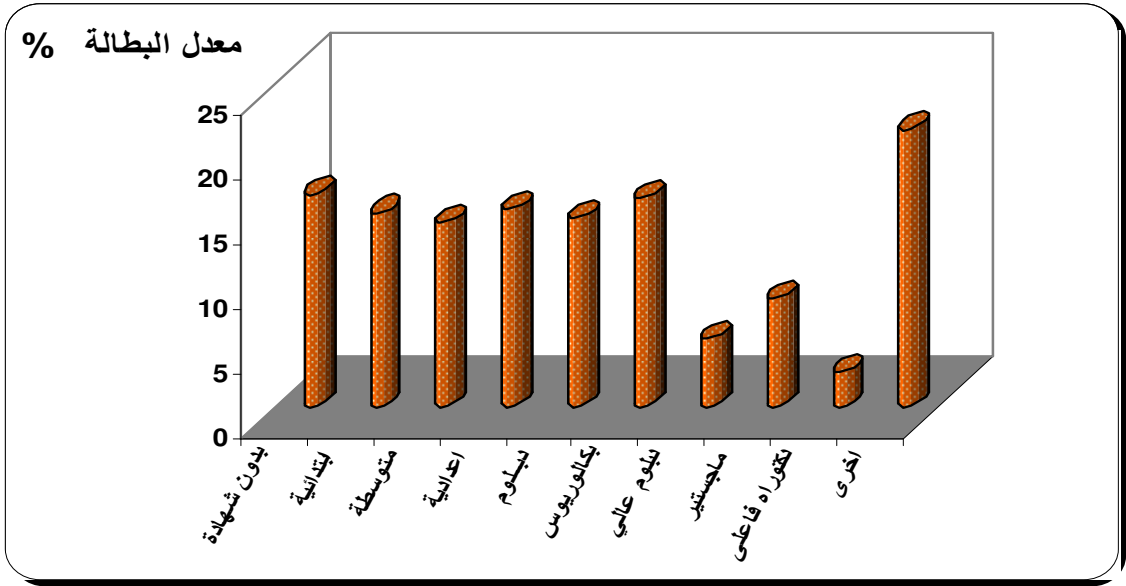
تتناسب البطالة عكسياً مع ارتفاع المستوى التعليمي، إذ تتزايد في فئات الحاصلين على تعليم منخفض. فطبقاً لنتائج المسح الاجتماعي والاقتصادي للأسرة العراقية 2007 شكلت نسبة العاطلين عن العمل من حملة الشهادة الإعدادية فما دون 57.9% من مجموع

العاطلين عن العمل. في حين بلغت نسبة العاطلين ممن يحملون شهادة أعلى من الإعدادية 29.1%، ومن حملة الشهادات العليا 5.4% وشهادة البكالوريوس 13.9%.

وفي عام 2008 انخفض معدل البطالة بين الذين يحملون شهادة الدكتوراه فأعلى (2.7%) حيث شكل هذا المعدل للذكور نسبة 1.9% وللإناث 6.2%، بينما سجل معدل البطالة بين حملة شهادة الدبلوم العالي 5.3% وهو تأكيد للعلاقة العكسية المذكورة (وزارة التخطيط، 2008).

شكل (3)

معدل البطالة حسب الحالة العلمية - مسح التشغيل والبطالة لسنة 2008.



وفي عام 2011 ازداد معدل البطالة قليلاً بزيادة التحصيل العلمي، إذ بلغ المعدل لمن حصل على دبلوم معهد فأكثر 8.8% مقابل 8.1% لمن حصل على إعدادية فأقل ولاسيما عند الإناث. أما الذكور فاستمرت العلاقة العكسية بين معدل البطالة والمستوى التعليمي. ويرتفع المعدل بارتفاع المستوى التعليمي بين شريحة الشباب (15-29 سنة)، كما يتضح من جدول (5) الآتي:

جدول (5)

معدل البطالة للسكان 15 سنة فأكثر حسب الفئات العمرية والتعليم العلمي والنوع عام 2011

| النوع | 29-15 | | | 44-30 | | | 45 فأكثر | | | إجمالي القطر | | |
|-------|--------|------------------|--------------|--------|------------------|--------------|----------|------------------|--------------|--------------|------------------|--------------|
| | إجمالي | دبلوم معهد فأكثر | إعدادية فأقل | إجمالي | دبلوم معهد فأكثر | إعدادية فأقل | إجمالي | دبلوم معهد فأكثر | إعدادية فأقل | إجمالي | دبلوم معهد فأكثر | إعدادية فأقل |
| ذكور | 12,9 | 18,8 | 12,4 | 3,7 | 2,3 | 4,0 | 3,3 | 1,4 | 3,9 | 7,7 | 6,0 | 7,4 |
| إناث | 22,4 | 32,4 | 15,8 | 9,1 | 7,8 | 10,1 | 3,5 | 1,8 | 4,8 | 11,1 | 14,2 | 12,6 |
| مجموع | 14,2 | 24,2 | 12,7 | 4,6 | 4,2 | 4,7 | 3,3 | 1,5 | 4,0 | 8,1 | 8,8 | 8,3 |

المصدر: مسح شبكة معرفة العراق 2011، ج1، جدول 4-32، ص 146-148.

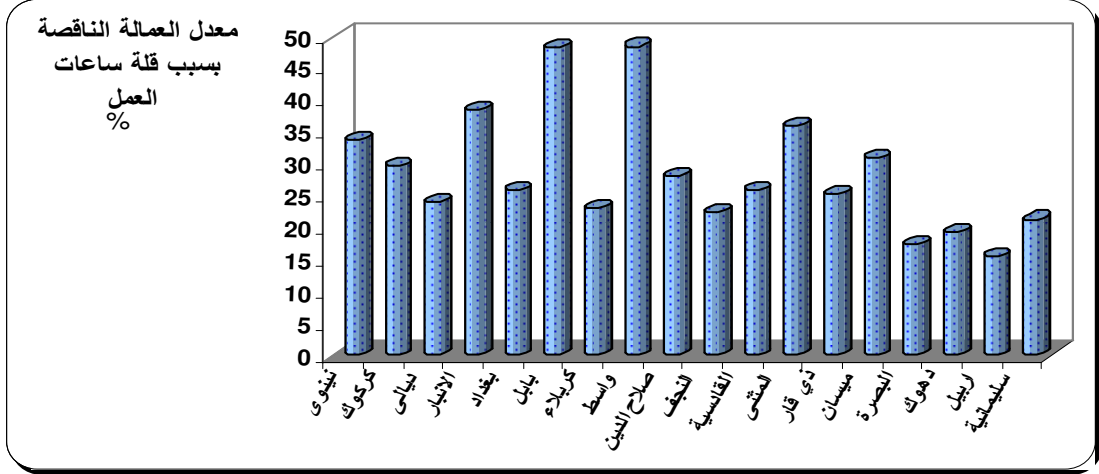
III- خصائص البطالة

- تغير معيار حساب معدل البطالة والذي أدى إلى حصول انخفاض للمعدل المذكور من 26.8% إلى 18% بين عامي 2004 و 2005، (وزارة التخطيط، 2010-2011) ولم ينجم هذا الانخفاض عن تبدل أوضاع سوق العمل وإنما عن تبدل في آلية جمع البيانات الخاصة بالبطالة بما يتناسب ومعايير منظمة العمل الدولية. وأصبح الشخص الذي عمل بأجر ولو ساعة واحدة في الأسبوع السابق للمسح لا يصنف عاطلاً.

- صعوبة حصول الأفراد على ساعات عمل كاملة، وطبقاً لنتائج المسح الاجتماعي والاقتصادي للأسرة العراقية 2007 فإن نسبة كبيرة من الأفراد قد توقفوا عن ممارسة آخر عمل بدوام كامل منذ سنوات، وهذا ما يؤشر طبيعة سوق العمل وضيق الفرص الدائمة التي تتاح أمام الأفراد للحصول على فرص عمل في القطاع الخاص.

وقد بلغ معدل العمالة الناقصة في عام 2006 نحو 37.8% انخفض إلى 28.7% عام 2008 ثم إلى نصف المعدل الأخير في عام 2011، وتشير هذه المعدلات إلى الاتجاه في الطريق الصحيح. وقد سجلت محافظات واسط وبابل أعلى معدلات العمالة الناقصة عام 2008 يقابلها بابل وصلاح الدين وبغداد في عام 2006، وكل من السليمانية والبصرة وميسان وكربلاء في عام 2011 كما يتضح من جدول (6) وشكل (4).

شكل (4)
معدل العمالة الناقصة بسبب قلة ساعات العمل حسب المحافظات



المصدر: مسح التشغيل والبطالة لسنة 2008.

- يعاني الشباب من العمالة الناقصة، فقد قدرت نسبة العاملين منهم بعمالة ناقصة ظاهرة 34% و66% للعمالة الناقصة غير الظاهرة.
- وجود انفصام واضح ما بين سوق العمل ومخرجات التعليم بدلالة ارتفاع معدلات بطالة الخريجين.
- اتساع سوق العمل الهامشي بدلالة انخفاض نسبة الالتحاق في سوق العمل المنظم (فهو 49.7% عند الذكور و8.2% عند الإناث عام 2009). والمشتغل الهامشي، وبضمنه العمل الهامشي للشباب، محدود بين السكان غير العاملين لأنه لا يمارس النشاط الاقتصادي إلا عرضاً، (المعجم الديمغرافي متعدد اللغات، 1982). ويعود ذلك إلى غياب القوانين والتشريعات الخاصة بالعمل وبنية العمل وعدم مواكبته المستجدات التقنية وغياب برامج التأهيل والتدريب.
- أوضحت المسوحات السابقة تباين معدلات البطالة ما بين المحافظات وتناسب تلك المعدلات عكسياً مع مستوى التعليم، وتركز البطالة بالفئة العمرية 15-29 سنة.

جدول (6)
معدل العمالة الناقصة في العراق للأعوام 2006، 2008، 2011.

| المحافظة | 2006 | 2008 | 2011 |
|------------|------|------|------|
| نينوى | 31,6 | 33,7 | 15,2 |
| كركوك | 36,9 | 29,7 | 4,3 |
| ديالى | 36,2 | 24,0 | 15,1 |
| الأنبار | - | 38,4 | 11,1 |
| بغداد | 45,6 | 25,9 | 12,3 |
| بابل | 45,0 | 48,3 | 15,7 |
| كربلاء | 37,7 | 23,2 | 21,1 |
| واسط | 33,9 | 48,4 | 11,5 |
| صلاح الدين | 46,3 | 28,2 | 12,9 |
| النجف | 23,1 | 22,5 | 9,4 |
| القادسية | 38,9 | 25,9 | 16,3 |
| المتنئ | 31,7 | 35,9 | 5,3 |
| ذي قار | 39,1 | 25,3 | 18,6 |
| ميسان | 28,2 | 30,9 | 21,4 |
| البصرة | 18,9 | 17,4 | 22,2 |
| دهوك | - | 19,4 | 14,6 |
| اربيل | - | 15,7 | 12,3 |
| السليمانية | 45,5 | 21,4 | 22,4 |
| المجموع | 37,8 | 28,7 | 14,6 |

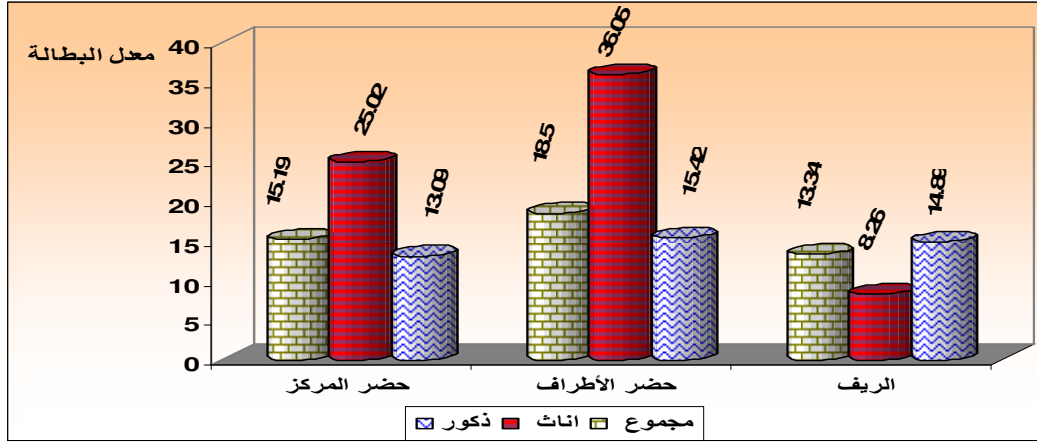
المصدر: ج م ح، المجموعة الإحصائية السنوية 2010-2011، جدول 12/2، ص58، مسح شبكة معرفة العراق 2011، جدول 4-3.

IV- البطالة حسب البيئة والنوع والفصول

تشير نتائج مسح التشغيل والبطالة في العراق عام 2008 إلى انخفاض معدل البطالة بين السكان بعمر 15 سنة فأكثر مقارنة بعام 2006. فقد بلغ هذا المعدل 15.3% لكلا الجنسين، (14.3% ذكور، 19.7% إناث)، وفي مناطق حضر المركز 15.2% وحضر الأطراف 18.5%. في حين بلغ المعدل في المناطق الريفية 13.4%. كما تشير النتائج إلى ارتفاع المعدل بين الإناث في مناطق حضر المركز وحضر الأطراف. فقد بلغ 25% و36.1% على التوالي مقابل 8.3% في المناطق الريفية. في حين بلغ بين ذكور حضر المركز 13.1% وحضر الأطراف 15.4% وذكور المناطق الريفية 15.2%، (نتائج مسح التشغيل والبطالة، 2008).

شكل (5)

معدل البطالة حسب البيئة والجنس - مسح التشغيل والبطالة، لسنة 2008



وتشير نتائج المسح المشار إليه بحسب الفصول الأربعة إلى انخفاض واضح لمعدل البطالة بتقدم الفصول. فقد بلغ المعدل في الفصل الأول 18.2% وفي الفصل الثاني 15.9% وفي الفصل الثالث 14.7% وفي الفصل الرابع 12.5%. كما تميز معدل البطالة في الفصول الأربعة لعام 2008 بارتفاعه بين الإناث قياساً بالذكور، (نتائج مسح التشغيل والبطالة، 2008).

V- بطالة الشباب

غالباً ما تتركز البطالة في الفئة العمرية (15-24 سنة) ثم تبدأ بالانخفاض في الفئات العمرية اللاحقة. وبسبب الحجم الذي تشكله تلك الفئة من إجمالي قوة العمل (حوالي 30%) فإنها تتضمن الحصة الأكبر من إجمالي العاطلين عن العمل. ففي عام 2004 بلغ معدل البطالة لهذه الشريحة 43.8% منها 46% للذكور و37.2% للإناث، (نتائج مسح التشغيل والبطالة، 2004). ثم انخفضت النسبة إلى 34.9% عام 2006 منها 36.9% للذكور و27.4% للإناث.

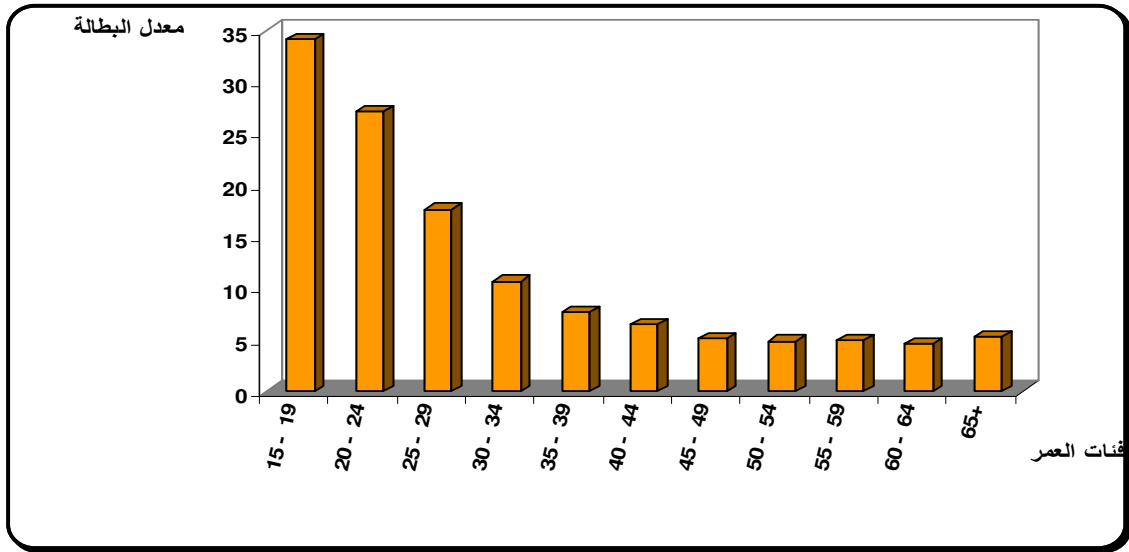
ويلاحظ تركيز معدلات البطالة لتلك الشريحة الشبابية في المناطق الحضرية. في حين أن سلوك مؤشرات البطالة فيها يكاد يطابق سلوك معدلات البطالة العامة، ويعود

السبب في ارتفاع البطالة في هذه الشريحة العمرية إلى ارتفاع البطالة بين الإناث بما يفوق مشاركتهن في قوة العمل بنحو ثلاثة أضعاف.

وتشير نتائج مسح التشغيل والبطالة لعام 2008 إلى أن أكبر معدل بطالة كان في الفئة العمرية 15-19 سنة حيث بلغ 34.2% بينما سجلت الفئة العمرية (60-64 سنة) أقل معدل بطالة إذ بلغ 4.6%، (نتائج مسح التشغيل والبطالة، 2008). لأن فئة السن المذكورة تمثل فئة صغيرة من السكان وقد تقع خارج قوة العمل كما أن قسماً منهم مشمولون بالراتب التقاعدي.

شكل (6)

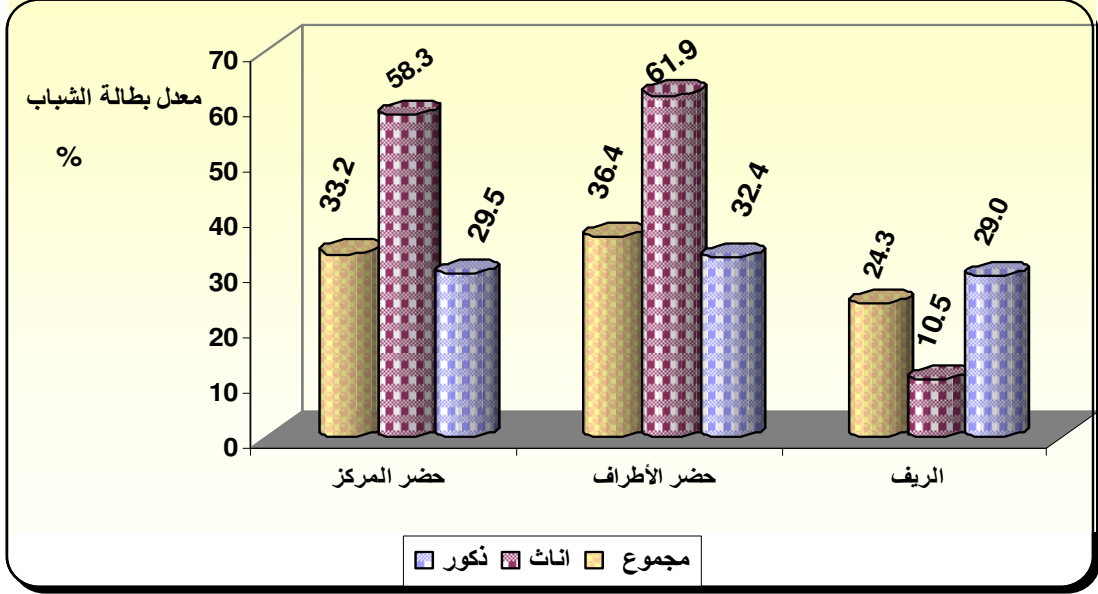
معدل البطالة حسب الفئات العمرية - مسح التشغيل والبطالة لسنة 2008



وبلغ معدل البطالة بعمر 15-24 سنة نحو 30.6% منها 30.1% للذكور و29.7% للإناث. وعلى مستوى مكان الإقامة بلغ المعدل 33.2% في حضر المركز و36.4% في حضر الأطراف و24.3% في المناطق الريفية، وبذا انخفض المعدل عامي 2004 و2006 وبقي متركزاً في المناطق الحضرية. وفي عام 2010 شهد معدل البطالة لعمر 15-29 سنة انخفاضاً آخر (15.5% للذكور و33.3% للإناث)، (مهدي العلق، 2012). وفي عام 2011 انخفض المعدل إلى 14.2% (منها 12.9% للذكور و22.4% للإناث).

شكل (7)

معدل بطالة الشباب بعمر (15-24) سنة حسب البيئة والجنس، مسح التشغيل والبطالة لسنة 2008



وأشار التوزيع الجغرافي لمعدل بطالة الشباب في العمر (15-24 سنة) إلى أن محافظتي ذي قار ونيوى سجلتا أعلى معدلات البطالة خلال عامي 2006 و2008 وبعدها جاءت ميسان عام 2006 والبصرة في عام 2008. أما أدنى المعدلات فقد تم تسجيلها في واسط وكركوك عام 2006 وبابل والسليمانية عام 2008 وقد أثر العامل الأمني في ذلك وسبب التباين المذكور.

وفي عام 2011 استحوذت الفئة العمرية (15-24 سنة) على أكبر نصيب (59.5%) في معدلات البطالة مع تفوق نسبة الإناث على نسبة الذكور، تلتها الفئة العمرية (35-44 سنة) (36.4%) ثم جاءت بقية الشرائح، (مسح شبكة معرفة العراق، 2011).

وتشير نتائج المسح لعام 2008 إلى أن محافظة ذي قار لا زالت تتصدر المحافظات الأخرى في ارتفاع معدل بطالة الشباب فيها حيث بلغ المعدل 59.1% لكلا الجنسين (55.5% للذكور و83.5% للإناث) تلتها محافظة نيوى بمعدل 41.9% ثم محافظة البصرة 40%، (نتائج مسح التشغيل والبطالة، 2008).

وسجل اقل معدل بطالة بين الشباب بعمر (15-24 سنة) في محافظة بابل حيث بلغ 20.3% لكلا الجنسين (24.1% للذكور و13.1% للإناث) تليها محافظة السليمانية بمعدل بطالة 20.4% لكلا الجنسين (15.3% للذكور و44.4% للإناث) أنظر جدول (7) وشكل (8).

ويلاحظ وجود تحدي في استبعاد تشغيل الشباب كهدف في سياسة الدولة الاقتصادية وبرزت ظاهرة صراعات الدور بين النساء والرجال في ظل التحول إلى اقتصاد السوق.

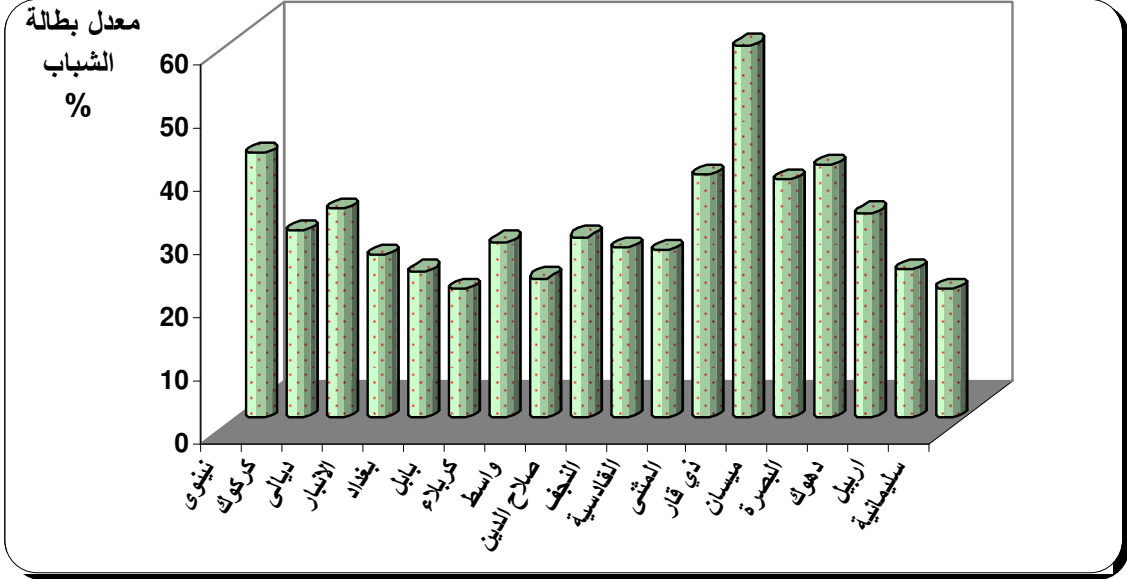
جدول (7)
توزيع معدل بطالة الشباب (15 - 24 سنة) عامي 2006 - 2008

| المحافظة | 2006 | 2008 |
|------------|------|------|
| نينوى | 43,5 | 41,9 |
| كركوك | 16,8 | 29,6 |
| ديالى | 33,5 | 33,1 |
| الانبار | — | 25,7 |
| بغداد | 26,4 | 23,2 |
| بابل | 21,4 | 20,3 |
| كربلاء | 31,1 | 27,9 |
| واسط | 14,0 | 22,1 |
| صلاح الدين | 29,1 | 28,7 |
| النجف | 32,2 | 27,0 |
| القادسية | 34,9 | 26,6 |
| المتن | 33,2 | 38,4 |
| ذي قار | 48,6 | 59,1 |
| ميسان | 36,9 | 37,7 |
| البصرة | 29,6 | 40,0 |
| دهوك | — | 32,5 |
| اربيل | — | 23,4 |
| السليمانية | 24,2 | 20,4 |
| المجموع | 30,3 | 30,0 |

المصدر: وزارة التخطيط، ج م ح، المجموعة الإحصائية السنوية 2010 - 2011، جدول 12/2، ص58.

شكل (8)

معدل بطالة الشباب بعمر (15-24) سنة حسب المحافظات- مسح التشغيل والبطالة لسنة 2008



VI- البطالة والريع النفطي

هنالك صلة وثيقة بين ريعية الاقتصاد العراقي والبطالة، إذ يلاحظ أن القطاع النفطي يعتمد على أنماط إنتاج كثيفة رأس المال وموفرة للعمالة، حيث أن ما يزيد عن 60% من الناتج المحلي الإجمالي لا يوظف سوى أقل من 1% من العمالة المتوفرة.

إن افتراض إعادة تأهيل القطاع النفطي والارتفاع في الإنتاج والتصدير من 2 مليون برميل إلى 6 مليون برميل يومياً في المدى المتوسط قد يوفر موارد إضافية للحكومة ولكنه سيفاقم مشكلة البطالة إذا ما ترجم الوفرة في ميزانية الدولة إلى توسع في القطاع الحكومي غير الإنتاجي، وإلى مزيد من البطالة المقنعة في مؤسسات الدولة والتوسع في القطاع العام والمتمركز على الإعانات الحكومية. والإشكالية في هذا التوجه واضحة ومشخصة وتكمن في أن الثروة النفطية وهي ثروة ناضبة لا يمكن الاعتماد عليها بشكل مستدام وحتى على المدى القصير. فإن عائدات النفط عرضة لتقلبات حادة بسبب تذبذب الأسعار، مما يؤثر سلباً أو إيجاباً على إيرادات الدولة وقدرتها على الإنفاق الاجتماعي الذي يؤمن تمكين الناس وحمايتهم من الفقر، (وزارة التخطيط، 2008).

VII- الخلاصة والتوصيات

1-7- الخلاصة

أظهرت التعدادات السكانية في العراق تزايد معدلات البطالة (من 3.2% الى 17.6%) بين عامي 1977 و1997، بسبب الحصار الاقتصادي المفروض على العراق إبان التعداد الأخير، مما دعا عدد من القوى العاملة للعمل في الأعمال الهامشية والمفتعلة وهجرة عدد آخر إلى خارج العراق.

وتركزت البطالة في التعداد الأخير في فئة الذكور أكثر من الإناث بنحو عشرة أضعاف. على عكس عامي 2008 و2011 حيث كانت على النقيض، وكان معدل البطالة في الحضر أكثر من الريف خلال السنوات من عام 2003 إلى عام 2008.

وتفاقت مشكلة البطالة بعد عام 2003 حيث أصبحت ظاهرة واسعة طالمت معظم شرائح المجتمع بسبب التهجير وهروب رأس المال الوطني إلى خارج العراق وتوقف معظم الأنشطة الاقتصادية. فضلاً عن حل عدد من الوزارات والمؤسسات الحكومية وتسريح منتسبيها كعاطلين.

وقد تباينت معدلات البطالة بين المحافظات عام 2008، واستمرت ذي قار متصدرة بقية المحافظات، تلتها محافظة بابل ثم نينوى، في حين سجلت محافظة بغداد أدنى المعدلات، وتقترب منها محافظة السليمانية وينخفض المعدل عند الذكور قياساً بالإناث.

وفي عام 2011 استمرت محافظة ذي قار متصدرةً لقائمة المحافظات الأعلى معدل. وفي بقية المحافظات حصل بعض التغيير إذ جاءت بعدها الأنبار وديالى، بينما سجلت محافظتا كركوك واربيل الأدنى معدل للبطالة.

وإذا أُخذ بالحسبان توزيع معدلات البطالة على أساس الدرجة المعيارية عامي 2008 و2011 يلاحظ انتقال نينوى ودهوك إلى المجموعة السالبة أي أن معدلها قد انخفض عن المتوسط الحسابي لإجمالي القطر. وهو مؤشر إيجابي يدل على توفير فرص

عمل فيهما. وعلى النقيض انتقلت كل من ديالى والانبار والقادسية إلى المجموعة الموجبة، أي أن معدلات البطالة فيها قد ارتفعت، وهو مؤشر سلبي، وقد يكون للعامل الأمني والتدني الاقتصادي دوراً في ذلك التدهور.

أظهرت المسوحات تناسب البطالة عكسياً مع ارتفاع المستوى التعليمي، حيث تتزايد في فئات الحاصلين على تعليم منخفض. فقد سُجل أقل معدل بطالة بين الذين يحملون شهادات عليا. وفي عام 2011 استمرت العلاقة العكسية عند الذكور وإن حصلت زيادة قليلة في إجمالي المعدل بزيادة التحصيل العلمي (8.8% لمن حصل على دبلوم معهد فأكثر مقابل 8.1% لمن حصل على إعدادية فأقل ولاسيما عند الإناث).

واتضح من الدراسة وجود انفصام واضح بين سوق العمل ومخرجات التعليم بدلالة ارتفاع معدلات بطالة الخريجين. وكذلك يتسع سوق العمل الهامشي بدلالة انخفاض نسبة الالتحاق في سوق العمل المنظم. كما يعاني الشباب من العمالة الناقصة (34% للظاهرة و66% لغير الظاهرة).

وأشارت نتائج المسح إلى انخفاض واضح لمعدل البطالة بتقدم الفصول والى ارتفاعه عند الإناث قياساً بالذكور. وبصورة عامة انخفض المعدل في عام 2008 قياساً بعام 2006. ثم تدنى في عام 2011 إلى نصف ما كان عليه في عام 2008 (8.3%) منها 7% للذكور و13% للإناث.

وسجلت الفئة العمرية 15-19 سنة أكبر معدل للبطالة (34.2%) تلتها فئة الشباب (15-24 سنة). بينما سجلت الفئة العمرية 60-64 سنة إلى أقل معدل بطالة وهي 4.6%.

ويعود سبب ارتفاع المعدل بين شريحة الشباب إلى ارتفاعه بين الإناث بما يفوق مشاركتهن في قوة العمل بنحو ثلاثة أضعاف.

وقد لوحظ وجود انفصام لأهداف السياسة الاستثمارية عن أهداف سياسة التشغيل ولاسيما في فئة الشباب. فهدف التشغيل لا وجود له في موازنات العراق الاتحادية بدلالة

النفقات الاستثمارية واتجاهاتها القطاعية. كما أن التكافؤ النوعي (بين الذكور والإناث) عنصر مفقود في توجهات سياسة التشغيل.

إن زيادة الربح النفطي بزيادة الإنتاج سيفاقم مشكلة البطالة، إذا ما تُرجم الوفرة في ميزانية الدولة إلى توسع في القطاع الحكومي غير الإنتاجي، وإلى مزيد من البطالة المقنعة في مؤسسات الدولة. مما يقتضي التأكيد على المشاريع الإنتاجية سواء في الصناعة أو الزراعة واستصلاح التربة.

وقد ساهمت عوامل عديدة على رفع معدلات البطالة في العراق منها النمو السكاني المرتفع وعدم التناسق بين متطلبات سوق العمل والمهارات المتحققة من مخرجات النظام التعليمي. وكذلك قرارات الدولة بعدم التوسع في تعيين الخريجين في الوظائف العامة وقلة فرص العمل في القطاع الخاص، الضعيف أصلاً. وقد أظهرت دراسة حديثة أن الخصخصة قد ترافقها سلبيات على سوق العمل في المدى القصير.

حاولت الحكومة معالجة البطالة ووضعت لسياستها الاقتصادية هدفاً ضمن خطة التنمية الخمسية (2010-2014) يتضمن خفض معدل البطالة إلى 7%. ولكون المعدل قد وصل إلى 8.3% عام 2011 لذا فإن الخطة ربما تكون قد اقتربت من تحقيق الهدف المذكور، وهذا يتوقف على مدى دقة الأرقام المعلنة. كما حددت هدفاً عام 2015 بتخفيض معدلات بطالة الشباب إلى 3.6%، ولكن يبدو أنها لم تنجح في تلك المحاولة وعليها أن تعيد النظر في سياستها المذكورة وتبدأ بعلاج مشكلة الفساد المالي والإداري المستشري بين كبار الموظفين والمسؤولين، وأن تهتم بالتنمية المكانية والتكافؤ النوعي، وأن يكون للتشغيل نصيباً في موازنات الدولة الاتحادية، والاستفادة من تجارب الأمم الأخرى في معالجة البطالة والفقر وبخاصة تجربة الصين.

7-2- التوصيات

حاولت الحكومة العراقية معالجة ظاهرة البطالة إلا أن الوضع الأمني المتردي لم يساعدها على إتمام محاولتها. ولهذا اهتمت الدولة أولاً بالجوانب الأمنية حيث تم بناء

الجيش والقوى الأمنية الأخرى لتستوعب أعدادا كبيرة من العاطلين. فساهمت هذه الأجهزة في توظيف آلاف من الفئات المتعلمة والمحدودة التعليم بأجر مرتفع نسبياً. كما تم تعيين أعداد أخرى في مؤسسات الدولة من المتضررين سياسياً. مما أدى إلى زيادة ملاك الدولة بنسبة تزيد على 15% عما كان عليه في عام 2003. وساهمت الاعتقالات التي قامت بها القوات الأمريكية والأجهزة الحكومية الأمنية في تقليل أعداد طالبي العمل. وتشير بيانات وزارة التخطيط إلى تراجع معدلات البطالة خلال السنوات 2004-2006 مقارنةً بعام 2003 من 28.1% عام 2004 إلى 17.5% عام 2006 وأن غالبية العاطلين هم من فئة الشباب (جاسم الموسوي، 2008). (ضياء الجاصني، 2005).

وهذا التراجع لم يساهم في معالجة البطالة بمعايير اقتصادية لأن جميع العمالة الموظفة لم تستوعبها القطاعات الاقتصادية وإنما استوعبتها الأجهزة الأمنية التي لا تعد مؤشراً حقيقياً في تفعيل الاقتصاد العراقي لغرض امتصاص ظاهرة البطالة (نزار محمد عبد المجيد العاملي، 2007). كما أن الذين تمت إعادة تعيينهم في المؤسسات الحكومية كانوا من المفصولين سياسياً وجميعها ساهمت في زيادة معدلات البطالة الناقصة وترهل أجهزة الدولة.

من الحلول المقترحة لمعالجة البطالة (جاسم الموسوي، 2008)، (شهاب احمد الفضلي، 2006):

1- الاستفادة من تجارب الآخرين مثل الصين التي دربت خريجي الدراسة الإعدادية ليكونوا كادراً وسطياً يمكن الاعتماد عليه في مختلف الاختصاصات في عموم الصين. فمجموعة منهم صارت تتعلم في مجالات الطب، وأخرى في مجال المحاسبة وغيرهم في مجال التعليم، وهكذا حولوا كوادهم المتعلمة تعليماً وسطياً إلى طاقة فاعلة.

2- القضاء على حالات التسرب من المدارس حيث أن الكثيرين تركوا مقاعد الدراسة وتوجهوا إلى العمل بفعل الحاجة والعوز لعدم وجود مصادر دخل تعليمهم، مما

- أضاف مشكلة ومزاحمة العاطلين عن العمل. مما يقتضي تقديم العون والمساعدة للعوائل التي ينتسب إليها هؤلاء الطلبة أو توفير فرص عمل لبعض أفرادها.
- 3- العمل الزراعي عن طريق فتح أبواب العمل في الزراعة من خلال المزارع الجماعية وإيجاد الأراضي الزراعية وفق عقود تُبرم بين الدولة والمزارع بحيث تكون ذات مردود ايجابي للطرفين وتساعد في زيادة الإنتاج الزراعي.
- 4- الحد من ظاهرة الاستيراد العشوائي للبضائع التي يحتاجها المواطن والتي يمكن تصنيعها داخل القطر وتوفير المستلزمات التي تساعد في تصنيعها بصورة أفضل وأرقى.
- 5- إلزام الشركات الأجنبية التي يستورد منها العراق البضائع بالقيام بتصنيعها داخل البلاد وذلك بفتح شركات إنتاجية تحمل امتيازاً من الشركات الأصلية مثل شركات صنع السكاثر والمواد الغذائية والمشروبات الغازية وحتى الصناعات الثقيلة مثل السيارات والمكائن الزراعية.
- 6- فتح مشاريع إنتاجية جديدة وخاصةً تلك التي تحتاج إلى أيدي عاملة غير ماهرة مثل مجازر الدواجن حيث توفر اللحم وبيض المائدة، والعراق بأمس الحاجة إلى هذه المواد التي يتم استيرادها بكثرة من البلدان الأخرى.
- 7- تسهيل مهمة المستثمرين أصحاب رؤوس الأموال، العراقيين والأجانب، وفق قوانين وشروط تلائم طبيعة البلد الاقتصادية والبيئية في مشاريع صناعية وزراعية وتجارية جديدة على أن تكون تلك المشاريع ذات رؤوس أموال ضخمة بحيث تغطي المشروع المراد إقامته وإنجاحه والذي يُسهم في احتواء عدد كبير من العمالة العراقية، حيث أصبح الطلب على تلك العمالة ملحاً. فضلاً عن الانتعاش الاقتصادي الذي يتولد من خلال طرح المنتجات التي تنتجها تلك الشركات وتحريك الاقتصاد العراقي الراكد.

8- إعادة الحياة إلى المعامل والشركات التي توقفت بفعل السلب والنهب والتخريب بعد عام 2003، وإعادة الأيدي العاملة التي تسربت منها وترميم وإصلاح المكائن والمعدات التابعة لها واستيراد مكائن جديدة متطورة عن طريق الدول الصديقة المانحة.

9- القيام بإصلاحات تتضمن:

- أ- معالجة التضخم وارتفاع معدلات الأسعار.
- ب- إعادة بناء شبكة الضمان الاجتماعي.
- ت- تفعيل النظام الضريبي لتعزيز موارد الميزانية.
- ث- محاربة الفساد المالي والإداري الذي أصبح يشكل أحد أخطر معوقات التنمية ووضع إجراءات وقوانين لإيقاف أي تجاوز على الثروة العامة لاسيما من كبار المسؤولين في الدولة.

وقد وضعت الحكومة سياسة خاصة بتخفيض معدلات البطالة عام 2015 لتصل بين الشباب إلى 3.6% ولكن واجهتها صعوبات عديدة أبرزها الآتي⁽³⁰⁾:

- 1- استبعاد تشغيل الشباب كهدف في سياسة الدولة الاقتصادية وبروز ظاهرة صراعات الدور بين النساء والرجال في التحول إلى اقتصاد السوق.
- 2- انخفاض نسبة التغطية للعاطلين عن العمل من شبكات الأمان الاجتماعي في البيئات الجغرافية المختلفة.
- 3- عدم الاهتمام بالتنمية المكانية حدّ من إمكانية توليد فرص عمل في الريف العراقي والذي ترتفع فيه نسبة الشباب العاطلين عن العمل وهم الذين يعانون من الفقر.
- 4- التكافؤ النوعي عنصر مفقود في توجهات سياسة التشغيل عل الرغم من تقارب نسب بطالة الشباب من الإناث والذكور.

- 5- لا يحتمل التدريب حيزاً تطبيقياً في سياسة التشغيل، مما يقتضي تمكين الشباب وبناء قدراتهم وتطوير مهاراتهم.
- 6- غياب دور منظمات المجتمع المدني كفاعل مع القطاع العام والخاص في محاربة بطالة الشباب.
- 7- التشريعات القانونية والقرارات الحكومية تؤدي دوراً في التأثير على اتجاهات التشغيل في العراق وتفاقم مشكلة البطالة كقرار حل الوزارات وتجميد التعيينات في القطاع الحكومي أو فتح أبوابها في وزارات محدودة، مثل الصحة والتربية والجهات الأمنية.
- 8- انفصام أهداف السياسة الاستثمارية عن أهداف سياسة التشغيل، فهدف التشغيل لا وجود له في موازنات العراق الاتحادية بدلالة النفقات الاستثمارية واتجاهاتها القطاعية. فكان نصيب الزراعة بموازنة 2006 نحو 0.6% إذ أن 60% للأشطة مرتبط بمركز الوزارة و40% مرتبط بالمحافظات، مما يعني انفصام أهداف السياسة الاستثمارية عن أهداف سياسة التشغيل.

قائمة المراجع

- المراجع العربية
- الأمم المتحدة/ اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا)، الاتحاد الدولي للدراسات العلمية للسكان، المعجم الديمغرافي متعدد اللغات، السّفر العربي، ط2، 1982، ص78.
- الطاهر أحمد الزاوي، مختار القاموس، الدار العربية للكتاب، 1983، ص 428، أيضاً: المختار من صحاح اللغة، 1934، ص346.
- اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق، تحليل الوضع السكاني في العراق 2012، بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، حزيران 2012، ص124، مسح شبكة معرفة العراق، 2011، ج 1، جدول 4-32، ص 146-148.
- المعجم الديمغرافي متعدد اللغات، ط2، 1982، ص78.

- المنجد في اللغة والإعلام، دار الشرق، بيروت، 1986، ص42.
- آمال شلاش، تحليل أوضاع السكان في العراق 2012، ص23 (عُرِض التحليل أثناء الاجتماع التاسع للجنة الوطنية للسياسات السكانية المنعقد في 2012/12/19).
- تحليل الوضع السكاني في العراق 2012، مصدر سابق، ص124-126، وفاء المهداوي، كلية الإدارة والاقتصاد، الجامعة المستنصرية، نحو سياسة تشغيل مناصرة للشباب.
- ج م ح، المجموعة الإحصائية السنوية 2005-2006، أنظر أيضا: جدول رقم (3).
- ج م ح، المجموعة الإحصائية السنوية 2010-2011، جدول 11/2، ص57.
- جاسم الموسوي، مصدر سابق، 2008/8/5، شهاب احمد الفضلي، "نحو إستراتيجية لمعالجة البطالة في العراق"، جريدة الصباح، بغداد، 2006/5/15.
- عقيل حميد جابر الحلو، الاستثمار بالموارد البشري وعلاقته بالتشغيل وبالبطالة في البلاد النامية (دراسة حالة العراق)، الجامعة المستنصرية، كلية الإدارة والاقتصاد، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، بغداد، 2007، ص142.
- محمد عبد صالح حسن، "البطالة في الاقتصاد العراقي: الأسباب والآثار والمعالجات"، مجلة المستقبل العراقي، العدد (10)، السنة الثالثة، حزيران 2007، ص65.
- مسح شبكة معرفة العراق 2011، ج1، جدول 4-39، ص162-163.
- مهدي العلق، عرض مقدم في المؤتمر التمهيدي لانطلاق تقرير التنمية البشرية الوطني الثالث والشباب في مواجهة التحديات، بغداد: 15-16 شباط 2012 (ضمن كتاب: وزارة التخطيط، ج م ح، تقرير التنمية البشرية للشباب، ص19).
- نتائج مسح التشغيل والبطالة عام 2008.
- نزار محمد عبد المجيد العملي، تطور سوق العمل في العراق مع إشارة خاصة لظاهرة بطالة الخريجين، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة بغداد، كلية الإدارة والاقتصاد، 2007، ص230.
- وزارة التخطيط، ج م ح، التقرير الوطني لحال التنمية البشرية في العراق 2008.
- وزارة التخطيط، ج م ح، إحصاءات السكان والقوى العاملة، نتائج مسح التشغيل والبطالة في العراق عام 2008، بغداد، نيسان 2009.
- وزارة التخطيط، مديرية الحسابات القومية، مؤشرات إحصائية عن الوضع الاقتصادي والاجتماعي في العراق للمدة 2007-2010، ت2 2011، ص10.

تعمير السكان في بعض الدول العربية.

آسيا شريف¹

- ملخص

تهدف الدراسة إلى تشخيص ظاهرة الشيخوخة في المنطقة العربية والتعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والظروف الصحية والمعيشية للمسنين، والأمراض التي يعانون منها ومدى توفر الدواء والعلاج اللازم.

أظهرت الدراسة أن نسبة وأعداد كبار السن تزداد مستقبلاً، وبشكل قد يفوق قدرات وإمكانيات عدد من الدول العربية، التي سوف تتعكس مباشرة على زيادة في الطلب على الرعاية الصحية، تلك الاحتياجات التي تختلف لكل دولة من حيث الأوضاع الاقتصادية والسياسية والأمنية والاجتماعية.

أوصت الدراسة بإدماج قضايا المسنين في السياسات والاستراتيجيات السكانية والاجتماعية. وتفعيل أطر الرعاية الصحية والوقائية في المنطقة العربية. حماية حقوق المسنين وتكريس ذلك بنصوص قانونية. إنشاء صندوق تمويلي عربي لرعاية كبار السن ودعم الخدمات الصحية المجانية للمسنين.

الكلمات المفتاحية: تعمير السكان، الشيخوخة، الرعاية الصحية والوقائية، حقوق المسنين.

¹ أستاذة بالمدرسة الوطنية العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي، الجزائر. h_assia@hotmail.com

I- مقدمة

شهدت البلدان العربية تزايداً في نسبة المسنين فوق 60 سنة من العمر، حيث انتقلت النسبة من 4.5% عام 1975 إلى 5.6% عام 2000، من المتوقع أن تصل النسبة إلى 9.2% عام 2025، وتصاحب هذه النسب الارتفاع المتزايد في الأعداد المطلقة للمسنين من 7.8 مليون عام 1975 إلى 15.8 مليون عام 2000، وتصل إلى 42.14 مليون عام 2025.

وبهذا الواقع تعيش البلدان العربية بداية التعمير، وهو نتيجة التحول الديموغرافي أي انتقال معدلات الولادات والوفيات من مستوياتها المرتفعة إلى مستوياتها المنخفضة الذي يؤدي بدوره إلى تغيير البنية التركيبية العمرية. وكأي شريحة سكانية فإن المسنين لهم مشكلاتهم (الاقتصادية، والاجتماعية والصحية) الخاصة بهم، فكلما زادت نسبة المسنين في المجتمع كلما زادت مشكلاتهم كما ونوعاً، وبشكل قد يفوق قدرات وامكانيات عدد من الدول العربية، فهي تواجه تحديات اقتصادية واجتماعية وصحية خصوصاً أنها غالباً ما تعاني من ضعف في الموارد المالية والبشرية والمؤسسية المطلوبة لتلبية احتياجات ومتطلبات كبار السن، بالإضافة إلى كونها تعاني من مشاكل في شبكات الضمان الاجتماعي.

كانت تعتبر الأسرة هي الكافل الأساسي والرئيسي للمسن حيث يعرفها كونت بأنها "الخلية الأولى في جسم المجتمع وأنها النقطة التي يبدأ منها التطور وأنها الوسط الاجتماعي الذي ترعرع فيه الفرد". (بيومي محمد أحمد، 2005).

لكن هذه الأسرة الذي ترعرع فيها الفرد قد تفككت إلى مجموعة من الأسر النووية، مما يستدعي بالضرورة تدخل الحكومات لرعاية كبار السن، ومواجهة هذا التزايد المطرد في حجمهم.

وبهذا الواقع الاجتماعي، ما هي الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والصحية للمسنين في الدول العربية؟ وهل تختلف والجنس؟

ماهي الظروف الاجتماعية للمسن؟ وهل يحصلون على الرعاية الأسرية المناسبة؟

هل يوفر الإعلام المعلومات و البرامج والإرشادات التي تقابل احتياجات المسنين لمعلومات تفيدهم؟

ويتم الإجابة على هذه الأسئلة عن طريق عرض أهم نتائج المشروع العربي لصحة الأسرة، حيث خصص نموذجاً خاصاً بالمسنين في بعض الدول العربية بما فيها الجزائر (2002)، المغرب (2003-2004)، اليمن (2003)، تونس (2001)، جيبوتي (2002)، وسوريا (2001).

بالإضافة إلى تسليط الضوء على بعض الدراسات في الدول العربية، حول قضايا المسنين واحتياجاتهم الاجتماعية والصحية، وهذا ليس من أجل الاطلاع عليها فحسب، ولكن من أجل الوصول إلى احتياجاتهم الاجتماعية والاقتصادية والصحية، واقتراح حلول علمية وعملية المتعلقة بقضايا المسنين، وأيضاً السعي إلى تطوير البرامج، وتبني استراتيجيات وطنية لرعاية فئة كبار السن الموجهة إليهم، وذلك من أجل حياة كريمة.

ما تزال الدراسات غير كافية مقارنة مع التحديات التي تواجهها الدول العربية في مجال المسنين وهي من دون شك لا تغيب عن فكر صانعي القرار، ولا عن الباحثين في مختلف التخصصات (الاجتماعية، الاقتصادية، الطبية،...).

وبهذا تعالج الدراسة ظاهرة المسنين في المنطقة العربية وتتضمن النقاط التالية:

1. أهداف الدراسة.
2. تحديد المفاهيم.
3. منهجية الدراسة.
4. وضعية المسنين في العالم.

5. عملية التحوّل الديموغرافي في المنطقة العربية .
6. اوضاع المسنين في المنطقة العربية في ضوء نتائج المشروع العربي لصحة الأسرة.
7. الاستراتيجيات المطلوبة.

1-1- أهداف الدراسة

- لهذه الورقة البحثية أهميتها الحيوية لكونها تهدف إلى:
- تشخيص ظاهرة الشيخوخة في المنطقة العربية من الناحية الكمية والكيفية في ضوء أحدث الدراسات المتوفرة.
 - التعرف على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمسنين من خلال البيانات الإحصائية في العالم، وبعض نتائج المشروع العربي لصحة الأسرة للبلدان العربية محل الدراسة، إذ يسعى هذا المشروع إلى توفير قاعدة معلومات عربية في مجالات الصحة.
 - التعرف على الظروف الصحية للمسنين، والأمراض التي يعانون منها ومدى توفر الدواء والعلاج اللازم.
 - التعرف على الظروف المعيشية للمسنين، والرعاية الأسرية التي يحصلون عليها من أفراد الأسرة.
 - تحديد الاحتياجات التي مازالت في السعي إلى تحقيقها.

1-2- تحديد مفاهيم الدراسة

- **المسن**
- لقد وردت أسماء عدة لفئة كبار السن ألا وهو:
- المسن، الشيخ، العجوز، الهرم، المعمر، وهو كل شخص بلغ 60 سنة فما فوق، أصبح عاجزا عن رعاية نفسه.
- الشيخوخة هي "عملية تشترك فيها بدرجات متفاوتة وهي تتضمن التفاعل المستمر للعديد من المتغيرات الفيزيائية والاجتماعية والفكرية والوجدانية" (يحي مرسى عبد بدر، 2007).

- تعد الشيخوخة مرحلة عمرية من عمر الانسان، حيث تعرض عليه أعراض فيزيولوجية (كانحناء الظهر، ظهور التجاعيد، الشيب أو تساقط الشعر، ضعف البصر، الارتعاش، اشتداد المرض، العجز...وما إلى ذلك من أعراض توحى إلى عجز الشخص وضعفه.

كما نجد عدة تصنيفات للمسن نذكر منها:

- المسن الذي يبلغ من العمر 60-74 سنة.
 - الشيخ الذي يبلغ من العمر 75-90 سنة.
 - المعمر أو الطاعن في السن وهو الذي يبلغ أقصى العمر 90 سنة فما فوق.
- (سلامة إبراهيم سيد، بدون سنة).

ولقد ورد مفهوم المسن في القرآن الكريم بعدة ألفاظ نذكر منها:

- ظهر بمفهوم العجوز، في قوله تعالى: "فَصَكَّتْ وَجْهَهَا وَقَالَتْ عَجُوزٌ عَقِيمٌ" سورة الذاريات آية 29.
- وأيضاً بمفهوم الضعف أو الشبيبة في قوله تعالى: "ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً" سورة الروم آية 54.
- كما وردت كلمة المسن بمفهوم الكبر في قوله تعالى: "إِنَّمَا يَبْلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا" سورة الإسراء الآية 23.
- واسم الشيخ في قوله تعالى: "ثُمَّ يُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِيَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ ثُمَّ لِيَكُونُوا شُيُوخًا" سورة غافر الآية 67.

والمفهوم الذي نحن بصدد استخدامه يتمشى والمفهوم الذي تحدده المنظمة العالمية للصحة (OMS) وهو الشخص الذي قد احتفل بعيد ميلاده الستين يوم إجراء البحث الميداني، وهو يعتبر المحدد التشريعي لسن التقاعد في الجزائر.

- الرعاية الاجتماعية

هي نسق منظم للخدمات الاجتماعية والمؤسسات ينشأ لمساعدة الأفراد والجماعات لتحقيق مستويات ملائمة للمعيشة والصحة ويهتم بالعلاقات الشخصية والاجتماعية التي تسمح للأفراد بالنمو إلى أقصى ما لديهم من قدرات وتحقيق تقدمهم وتحسين حياتهم التي تتوافق مع حاجات المجتمع (محمود حسن، بدون سنة، ص36).

- الرعاية الصحية

تسعى الرعاية الصحية إلى تخفيض نسبة الإصابة بالأمراض ونشر الوقاية من المرض، حيث تقدم العديد من الخدمات الصحية التي تقوم في رعاية الأفراد من تنقيف صحي وخدمات متنوعة.

1-3- منهجية الدراسة ومصادر البيانات

تعتمد الدراسة على المنهج الوصفي، للتعرف على الأوضاع الاجتماعية والصحية للمسنين في المنطقة العربية، فمن خلال هذا المنهج نستطيع رصد واقع المسنين في المنطقة العربية، حيث تركز الدراسة على البيانات المتوفرة من مصادر المعطيات عن السكان في المنطقة العربية، بالإضافة إلى تحليل نتائج المشروع العربي لصحة الأسرة الذي يسعى إلى توفير قاعدة معلومات عربية في مجالات صحة الأسرة والصحة الإنجابية، تم تنفيذه من طرف جامعة الدول العربية وذلك بدعم من برنامج الخليج العربي ومنظمات الأمم المتحدة الإنمائية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية، واليونسيف، والاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، وصندوق الأوبيك للتنمية الدولية والأسكو، حيث خصص المشروع نموذج خاص بالمسنين في بعض الدول العربية منها سوريا (2001)، تونس (2001)، الجزائر (2002)، جيبوتي (2002)، المغرب (2003-2004)، اليمن (2003)، لبنان (2004)، وعلاوة على ذلك تحاول الدراسة الاستعانة بنتائج بعض الدراسات العربية التي سوف تثري من دون شك الورقة البحثية وعلى رأسها دراسة المركز الديموغرافي بالقاهرة تحت عنوان: "الأوضاع الصحية والاجتماعية والاقتصادية للمسنين في مصر" عام 2006.

1-4- وضعية المسنين في العالم

تعتبر ظاهرة تشيخ المجتمع السكاني ظاهرة عالمية ناتجة أساساً عن التراجع في معدلات الخصوبة وزيادة متوسط العمر المتوقع.

تشير إحصاءات الأمم المتحدة أنه قد أحصي حوالي 737275000 من الأشخاص المسنين 60 سنة فما فوق في عام 2009 (United Nation, 2009)، ما يعادل 10.8% من إجمالي سكان العالم، ومن المتوقع أن ترتفع النسبة لتصل إلى 21.95% عام 2050 بحجم يقدر بـ 2.008.244.000 مسن، كما تشهد نسبة المسنين في البلدان المتقدمة تضاعفا مقارنة مع الدول النامية، بالإضافة إلى الاختلاف في التركيبة النسبية حسب الجنس، حيث قدرت على سبيل المثال نسبة المسنين في الدول المتقدمة عام 2010 بحوالي 13.2% و18.4% عند الذكور والإناث على التوالي، مقابل 5.2% و6.4% عند الذكور والإناث على التوالي في الدول النامية، ويرجع هذا الفرق أساساً سواء في الدول المتقدمة أو النامية إلى ارتفاع ظاهرة الوفيات في أوساط الذكور مقارنة مع الإناث، بالإضافة إلى امتداد توقع الحياة عند الإناث مقارنة بالذكور.²

كما تشير الإحصاءات إلى أن أوروبا تعد من أولى القارات التي تشهد تشيخاً في السكان بنسبة 13%، والمتوقع أن تصل إلى 28.1% عام 2025، كما قدرت نسبة المسنين في أمريكا الشمالية عام 1995 بحوالي 16.3%، ومن المتوقع أن تصل إلى 25.6% عام 2025، في حين تشهد القارات الإفريقية (إفريقيا الشرقية، إفريقيا الوسطى، الجنوبية، الغربية وشمال إفريقيا) نسبة المسنين تتراوح ما بين 4 إلى 5% عام 1995، ومن المتوقع أن تصل إلى حوالي ما بين 5 إلى 7% عام 2025.³

وقد أوضحت أحدث الإحصاءات أن الدول الأوروبية تعد من أولى الدول التي تشهد تزايداً في نسبة المسنين، حيث تشير الإحصاءات العالمية للسكان لعام 2009 أن نسبة الأشخاص الذين يبلغون 65 سنة وأكثر من العمر في اليابان قد قدرت بحوالي

² لتفاصيل أكثر ارجع إلى الملحق رقم 1/جدول رقم 1 يبرز تطور نسبة المسنين بين العالم المتقدم والعالم النامي حسب الجنس من 1950 إلى 2050.
³ لتفاصيل أكثر ارجع إلى الجدول 2 في الملحق (1): تطور نسبة المسنين في مختلف مناطق العالم.

23%، 20% في إيطاليا، 18% في السويد، 17% في فرنسا، 15% في النرويج، 14% في روسيا، ويتوقع أن تصل النسبة في كل من اليابان، إيطاليا، السويد، فرنسا والنرويج بحوالي 35.12%، 30.29%، 5.49%، 24% و 28.6% على التوالي بحلول عام 2025. (Pison Gille, 2011).

كما تقدر نسبة عدد الأشخاص المسنين في الدول النامية لعام 2009، على سبيل المثال 5% في الهند، 4% في كل من ماليزيا وباكستان، 3% في النيجر، و2% في المالي، وهي نسب متقاربة مع الدول العربية، فهي تسير في اتجاه التعمير بوتيرة أكبر بكثير مما حدث في الدول المتقدمة، حيث انتقلت نسبة المسنين فوق 60 سنة من 4.5% عام 1975 إلى 5.6% عام 2000، وتصل حسب التوقعات إلى نسبة 9.2% عام 2025.

وبالأرقام المطلقة تزايد عدد المسنين في المنطقة العربية من 7.8 مليون عام 1975 إلى 15.8 مليون عام 2000 ارتفاعا بحوالي 8 ملايين خلال 25 سنة، ومن المتوقع أن تصل النسبة إلى 42.14 مليون عام 2025.

تشير الإحصاءات إلى أن نسبة المسنين في تونس عام 2009 قد قدرت بحوالي 7%، 6% في المغرب، 5% في مصر، 3% في كل من اليمن والعراق، 2% في المملكة العربية السعودية. (Ibid)، ومن المتوقع أن ترتفع النسبة إلى 17.7%، 21%، 11.46% و 7.49% على التوالي بحلول عام 2025.

كما تشير التوقعات لعام 2025 و 2050 في الدول العربية أنه يوجد أربعة دول وهي الإمارات، قطر، تونس، الكويت ولبنان نسبة التعمير فيها تفوق 12% من إجمالي السكان، إذ تصل حتى إلى 27.7% في قطر عام 2025، كما نجد نسبة المسنين في كل من مصر والمغرب مقدرة بـ 6.3% و 6.7% على التوالي عام 2000، ومن المتوقع أن تصل النسبة إلى 11.5% و 11.9% على التوالي عام 2025.⁴

⁴ انظر الجدول رقم 3/ ملحق 1 يوضح الوضع الحالي للمسنين في الدول العربية وتوقعاته بحلول عامي 2025 و2050.

كما تشير البيانات الإحصائية أن دول الخليج العربي هي الأدنى في التعمير مقارنة مع البلدان العربية، ويرجع ذلك أساساً إلى الخصوبة العالية المتواجدة، كما تتواجد نسبة معتبرة من المهاجرين الوافدين في سن الانجاب (15-49) سنة وعلى العموم إن ارتفاع عدد المسنين يرجع أساساً إلى التحسن في المستوى الصحي والتقدم الملحوظ في وسائل الوقاية والعلاج من الأمراض، بالإضافة إلى ارتفاع نسبة استخدام وسائل منع الحمل، تتضيق قاعدة الهرم في فئات العمر الصغيرة وتتسع قممها وذلك بارتفاع عدد المسنين 60 سنة فما فوق.

تلك التغيرات في البنية العمرية للسكان تحتاج من دون شك إلى الزيادة في الطلب على الرعاية الصحية والاجتماعية مما يتطلب التفكير في اتخاذ القرار في دمج سياسة المسنين والشيخوخة في رأس قائمة الخطط والسياسات الاجتماعية والصحية، بالإضافة إلى رصد ميزانيات خاصة لتنفيذ استراتيجيات وبرامج لرعاية المسنين، وبالتالي سعي الدولة إلى الاستثمار في كل مراحل الحياة انطلاقاً من مبدأ "حق جميع الأفراد في النمو"، حيث تكون المحافظة وتعزيز الصحة على مدى الحياة من الولادة حتى سن متقدمة.

1-5- عملية التحول الديموغرافي في المنطقة العربية

ترتكز عملية التحول الديموغرافي على متغيرين محركين هما الولادة والوفاة.

عرفت المنطقة العربية خلال سنوات التسعينات انخفاضاً ملموساً في معدلات الولادة والخصوبة حيث انتقل معدل الولادة من 47.8% في الفترة 1950-1955 إلى 30.1% في الفترة 2000-2005 انخفاضاً مقدراً بحوالي 18 نقطة، ومن المتوقع أن يصل إلى 16.2% في الفترة 2045-2050، كما انخفض المؤشر التركيبي للخصوبة من 7 أطفال لكل امرأة في الفترة 1950-1955 إلى 4.2 طفل/امرأة في الفترة 2000-2005، ومن المتوقع أن يصل إلى 2.2 طفل لكل امرأة في الفترة 2045-2050، ومن المتوقع أن تصل كل البلدان العربية باستثناء الصومال واليمن إلى مستوى الإحلال بحلول عام 2050.

كما عرفت معدلات الوفيات في المنطقة العربية بالانخفاض، حيث انتقل المعدل من 24.3% في الفترة 1950-1955 إلى 7.1% في الفترة 2000-2005، ومن المتوقع أن يبقى على هذا المستوى بحلول عام 2050، ويرجع هذا الانخفاض أساساً إلى التحسن في الظروف المعيشية والاقتصادية والتطور الزراعي، والتحكم أكثر في المجال الطبي والوعي الصحي، كما شهدت المنطقة العربية انخفاضاً في معدل وفيات الرضع، وانعكس على ذلك في ارتفاع عدد السنوات المعاشة حيث انتقل أمل الحياة عند الولادة من 42.7 سنة في الفترة 1950-1955 إلى 66.5 سنة في الفترة 2000-2005، ارتفاعاً مقدراً بحوالي 24 سنة، ومن المتوقع أن يصل إلى 76.9 سنة في الفترة 2045-2050. (UNDESA, 2002).

II- أوضاع المسنين في المنطقة العربية في ضوء نتائج المشروع العربي لصحة الأسرة

شهدت الدول العربية اهتماماً متزايداً خلال العقود الثلاثة الماضية بتطوير وتحسين الأوضاع الديموغرافية والصحية والاجتماعية بدعم من طرف المنظمات العربية والدولية.

من أجل معرفة الأوضاع الديموغرافية والصحية والاجتماعية لكبار السن، اهتم المشروع العربي لصحة الأسرة بتخصيص استبيان مخصص لكبار السن حيث تمّ تنفيذه في عدد من الدول العربية وهي سوريا (2001)، تونس (2001)، الجزائر (2002)، جيبوتي (2002)، المغرب (2003-2004)، اليمن (2003)، لبنان (2004) بالإضافة إلى دراسة انجزت في مصر عام 2006 حيث تمّ تنفيذها من طرف المركز الديموغرافي بالقاهرة.

تشير نتائج المسح العربي لصحة الأسرة للبلدان العربية محلّ الدراسة، أن اليمن تعرف أكبر نسبة لفئة كبار السن (80 سنة فأكثر) في 15.5%، ويليه جيبوتي بـ 12.8%، وتعرف سوريا أدنى نسبة كبار السن 80 سنة فما فوق بـ 8.5%، وهذا ما يبرزه الجدول رقم (1).

جدول (1)

نسبة الأكبر سنا (80 سنة وأكثر) من مجموع كبار السن في بعض البلدان العربية.

| نسبة الأكبر سنا (80 سنة فما فوق) | البلد |
|----------------------------------|--------------------|
| 8.5 | سوريا (2001) |
| 13.1 | تونس (2001) |
| 11.4 | الجزائر (2002) |
| 12.8 | جيبوتي (2002) |
| 13.5 | المغرب (2003-2004) |
| 15.5 | اليمن (2003) |
| -- | لبنان (2004) |
| | مصر (2006) |

المصدر: مسوح المشروع العربي لصحة الأسرة.

2-1- الحالة الزوجية

تشير نتائج المسح العربي لصحة الأسرة والموضحة في الجدول التالي رقم (2) ارتفاع نسبة المتزوجين في البلدان العربية محل الدراسة وبالخصوص في أوساط الرجال، حيث ترتفع النسبة في الجزائر بـ 93.6%، يليها المغرب بـ 91.5%، وفي المقابل يبدو أن النساء أكثر تعرضاً للترمل، ترتفع النسبة في جيبوتي بـ 58.3%، وتليها الجزائر بـ 46.9%، كما نلاحظ تبايناً كبيراً بين الجنسين في نسبة الترمّل حيث يفوق 30 نقطة في البلدان العربية محل الدراسة.

ويمكن تفسير هذا التباين بين الجنسين إلى ارتفاع توقع الحياة عند الولادة في أوساط النساء عند الرجال، بالإضافة إلى فارق السن بين الزوجين، حيث يكون عمر الزوجة عموماً أقل من عمر الزوج، وهذا ما يزيد احتمال بقائهنّ على قيد الحياة مقارنة مع الزوج.

جدول (2)

توزيع كبار السن من النساء والرجال (60 سنة وأكثر) حسب الحالة الزوجية في بعض البلدان العربية محل الدراسة.

| تونس (2001) | | اليمن (2003) | | المغرب (2004-2003) | | الجزائر (2002) | | الحالة الزوجية |
|----------------|------|-----------------|------|-----------------------|------|-------------------|------|----------------|
| رجال | نساء | رجال | نساء | رجال | نساء | رجال | نساء | |
| 1.5 | 1.1 | 0.4 | 0.7 | 0.8 | 0.5 | 0.3 | 0.7 | أعزب |
| 90.4 | 48.5 | 87.5 | 46.9 | 91.5 | 43.3 | 93.6 | 49.8 | متزوج |
| 7.9 | 49.3 | 10.9 | 49.5 | 6.9 | 53.8 | 5.6 | 46.9 | أرمل |
| 0.2 | 1.2 | 1.2 | 2.9 | 0.8 | 2.4 | 0.5 | 2.7 | مطلق/منفصل |
| 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | المجموع |
| | | | | | | | | |
| | | مصر* | | سوريا (2001) | | جيبوتي (2002) | | الحالة الزوجية |
| | | رجال | نساء | رجال | نساء | رجال | نساء | |
| | | 84 | 18 | 0.6 | 2.3 | 4.8 | 8.1 | أعزب |
| | | 14 | 78 | 92.7 | 59.0 | 85.2 | 31.0 | متزوج |
| | | 1 | 2 | 6.7 | 38.2 | 8.7 | 58.3 | أرمل |
| | | 1 | 2 | 0.1 | 0.5 | 1.3 | 2.6 | مطلق/منفصل |
| | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | |

المصدر: مسوح صحة الأسرة في البلدان محل الدراسة. * (نوار ليلي، عبد الغني محمد، 2006، ص33).

2-2- المستوى التعليمي

يبدو في ضوء نتائج المسح العربي لصحة الأسرة في بعض البلدان العربية المذكورة سابقا أن الأمية مرتفعة عند كبار السن، وبالخصوص في أوساط النساء، على سبيل المثال قدرت نسبة الأميين في جيبوتي بحوالي 89.5%، ترتفع عند النساء بحوالي 95% مقارنة بالرجال بحوالي 82.7%، وفي الجزائر قدرت النسبة بـ 84.8% وتعرف 95.3% للنساء، و74.1% للرجال، سوريا أصغر نسبة الأمية عند الأشخاص المسنين بحوالي 55.9%.

ومن جهة أخرى، يبرز الجدول التالي رقم (3) انخفاض نسبة كبار السن ذو المستوى التعليمي الثانوي فما فوق في البلدان محل الدراسة، إلا أن سوريا تعرف ارتفاعا

طفيفا في المستوى التعليمي الثانوي فأعلى بحوالي 6%، ترتفع النسبة أكثر بقليل عند الرجال بحوالي 8.7% مقارنة مع النساء بحوالي 2.5%.

جدول (3)

توزيع كبار السن حسب المستوى التعليمي والجنسي في بعض البلدان العربية

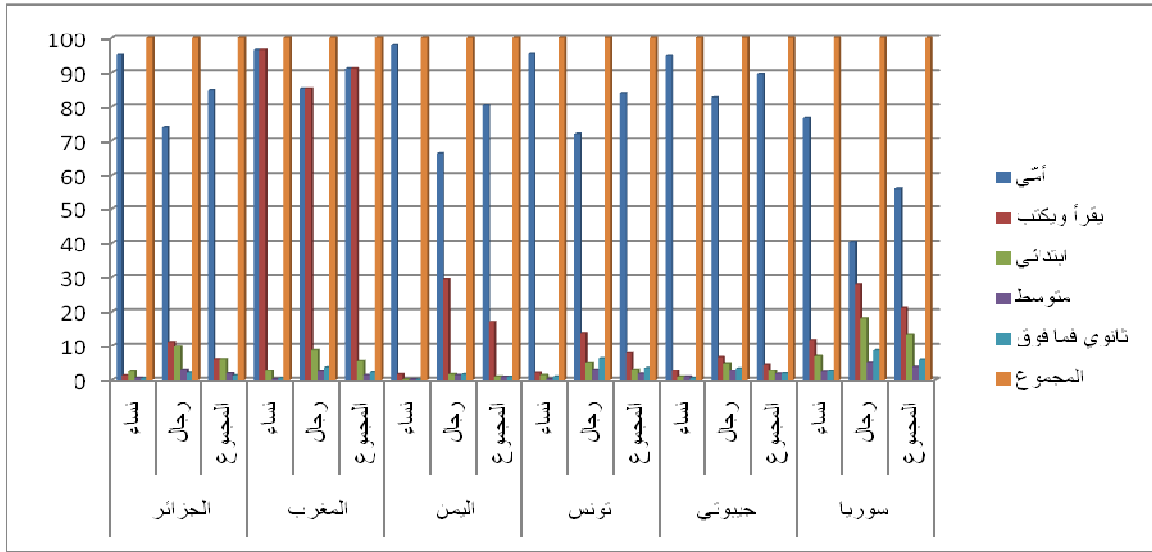
| اليمن (2003) | | | المغرب (2003) | | | الجزائر (2002) | | | المستوى التعليمي |
|-----------------|------|------|------------------|------|-------|-------------------|------|------|------------------|
| المجموع | رجال | نساء | المجموع | رجال | نساء | المجموع | رجال | نساء | |
| 80.4 | 66.4 | 98.0 | 91.1 | 85.2 | *96.6 | 84.8 | 74.1 | 95.3 | أمي |
| 17.0 | 29.3 | 1.5 | 91.1 | 85.2 | *96.6 | 6.1 | 11.1 | 1.2 | يقرأ ويكتب |
| 0.9 | 1.5 | 0.2 | 5.6 | 8.7 | 2.6 | 6.1 | 9.8 | 2.4 | ابتدائي |
| 0.8 | 1.3 | 0.2 | 1.3 | 2.4 | 0.3 | 1.8 | 3.1 | 0.6 | متوسط |
| 0.8 | 1.5 | 0.1 | 2.1 | 3.7 | 0.5 | 1.2 | 2.0 | 0.5 | ثانوي فما فوق |
| 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | المجموع |
| سوريا (2001) | | | جيبوتي (2002) | | | تونس (2001) | | | المستوى التعليمي |
| المجموع | رجال | نساء | المجموع | رجال | نساء | المجموع | رجال | نساء | |
| 55.9 | 40.3 | 76.7 | 89.5 | 82.7 | 95.0 | 83.8 | 71.9 | 95.6 | أمي |
| 21.0 | 28 | 11.7 | 4.4 | 6.6 | 2.7 | 7.8 | 13.6 | 1.9 | يقرأ ويكتب |
| 13.2 | 18.0 | 6.9 | 2.6 | 4.7 | 0.9 | 3.1 | 5.0 | 1.3 | ابتدائي |
| 3.9 | 5.1 | 2.3 | 1.7 | 2.7 | 0.9 | 1.7 | 3.1 | 0.3 | متوسط |
| 6.0 | 8.7 | 2.5 | 1.8 | 3.4 | 0.5 | 3.6 | 6.3 | 0.9 | ثانوي فما فوق |
| 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | المجموع |

المصدر: مسوح صحة الأسرة في البلدان محل الدراسة.

*لم تلتحق بالدراسة.

| مصر** | | | المستوى التعليمي |
|---------|------|------|------------------|
| المجموع | رجال | نساء | |
| | 72 | 89 | أمي |
| | 13 | 6 | ابتدائي |
| | 13 | 6 | إعدادي |
| | 10 | 04 | ثانوي |
| | 05 | 01 | جامعي |
| | 100 | 100 | المجموع |

المصدر: مسوح صحة الأسرة في البلدان محل الدراسة. ** (نوار ليلي، عبد الغني محمد، 2006، ص33)



2-3- الحالة العملية

تبرز نتائج صحة الأسرة في البلدان محل الدراسة أن حوالي نصف المسنين الرجال كانوا يعملون وقت إجراء المسح، المغرب بحوالي 56.5%، سوريا 48.9%، اليمن 46.3%، 15.3% في الجزائر. (الجدول رقم 4).

وقد وصلت نسبة النساء العاملات إلى 9.6% في جيبوتي، و8.3% في اليمن، وتتنخفض النسبة في كل من تونس 1.6%، الجزائر بحوالي 1.9%.

جدول (3)

نسبة كبار السن 60 سنة فما فوق الذين يعملون حالياً في البلدان العربية محل الدراسة.

| البلدان | الرجال | نساء | المجموع |
|--------------------|-------------|------|---------|
| الجزائر (2002) | 15.3 | 1.9 | 8.6 |
| جيبوتي (2002) | 20.1 | 9.6 | 14.4 |
| المغرب (2003-2004) | 56.5 | 6.6 | 31.1 |
| سوريا 2001 | 48.9 | 4.1 | 29.6 |
| تونس 2001 | 23.5 | 1.6 | 12.5 |
| اليمن 2003 | 46.3 | 8.3 | 29.5 |
| مصر* | 17 | 03 | - |

* (نوار ليلي، عبد القوي محمد، 2006، ص33)

وللإشارة تعرف اليمن وجيبوتي انخفاضاً في دخل الفرد، حيث تضطر المرأة الخروج إلى العمل من أجل تأمين نفقات المعيشية، وبالخصوص إذا كانت أرملة أو مطلقة- أو عزباء.

2-4- الحالة الصحية

إن الزيادة في العمر المتوسط لتوقع الحياة عند كبار السن تستدعي القيام بالبحث على الظروف الصحية والمعيشية للمسنين، والسعي إلى تطوير البرامج الحالية الموجهة إليهم من أجل حياة كريمة، كما أن حفظ الكرامة والأمن والمساواة وعدم التمييز بين الجنسين تعتبر من أهم المبادئ العامة لرعاية المسنين، وإنّ التحدي الحالي للبحوث هو ضمان أن عدد السنوات التي أُضيفت إلى عمر المسنين تكون صحية ونشيطة ومنتجة، لكون المسن يضعف مع مرور الزمن، حيث تطرأ عليه تغيرات في جسمه، وإدراكه وقواه البدنية والعقلية، وأهم هذه التغيرات التي تحدث مع تقدّم العمر تتمثل أساساً في الأعراض الأكثر شيوعاً بما فيها ألام المفاصل أو العظام أو الظهر، والضغط وضعف النظر والسكر والقلب والروماتيزم والكولون، بالإضافة إلى الأمراض الصدرية والكبد وقرحة المعدة والكلية... الخ.

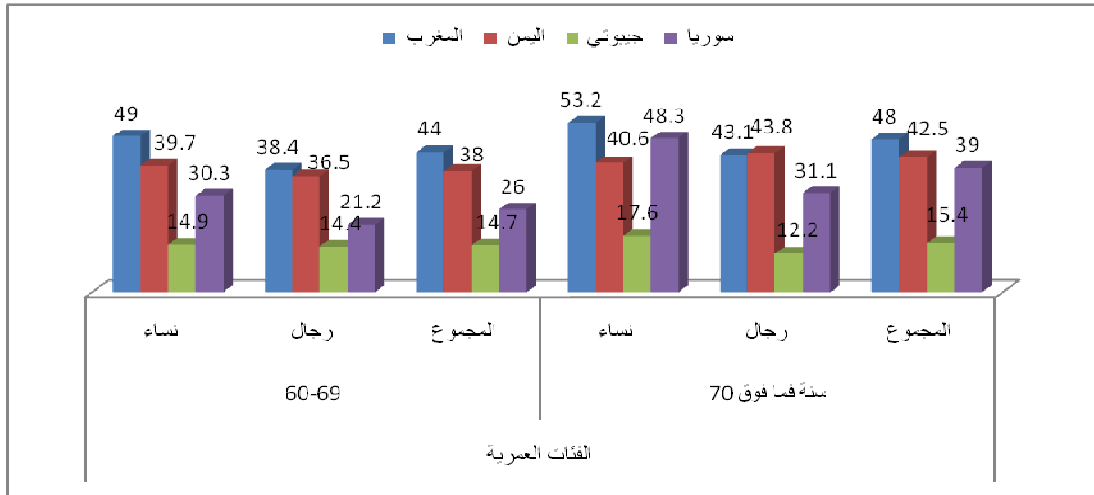
وتلك التغيرات التي تحدث مع تقدم السن نلتمسها في قوله تعالى: "اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ" سورة الروم الآية 54.

وفي هذا الصدد قام المشروع العربي لصحة الأسرة بتوجيه أسئلة حول الأوضاع الصحية للمسنين، ويعرض الجدول التالي رقم (5) نسبة كبار السن الذين يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل لدى كل من النساء والرجال في البلدان العربية محل الدراسة، حيث نلاحظ من خلاله ارتفاع نسبة الإعاقة عند الفئة العمرية 70 سنة فما فوق، وفي أوساط النساء أكثر من الرجال، حيث تأتي المغرب على قائمة البلدان العربية التي تعرف هذا الارتفاع بـ 48%، و44% عند فئات الأعمار 60-69 سنة.

وتشهد جيبوتي أقل نسبة إصابة المسنين من مرض مزمن واحد على الأقل بنسبة 39% عند أعمار 70 سنة فما فوق، و26% ما بين 60-69 سنة.

جدول رقم (5)
نسبة كبار السن الذين يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل في بعض البلدان العربية

| الفئات العمرية | | | | | | البلد |
|----------------|------|------|---------|------|------|--------------------|
| 70 سنة فما فوق | | | 69-60 | | | |
| المجموع | رجال | نساء | المجموع | رجال | نساء | |
| 48.0 | 43.1 | 53.2 | 44.0 | 38.4 | 49.0 | المغرب (2004-2003) |
| 42.5 | 43.8 | 40.6 | 38.0 | 36.5 | 39.7 | اليمن (2003) |
| 15.4 | 12.2 | 17.6 | 14.7 | 14.4 | 14.9 | جيبوتي (2002) |
| 39.0 | 31.1 | 48.3 | 26.0 | 21.2 | 30.3 | سوريا (2001) |



5-2- الإعاقة

فيما يخص الأشخاص المصابين بإعاقة لكل 1000 من كبار السن في بعض الدول العربية محل الدراسة، حيث يعكس الجدول رقم (6) أن جيبوتي تعرف أكبر نسبة إصابة كبار السن 60 سنة فما فوق حيث تقدر النسبة بـ 297 لكل 1000 مسن عمره 70 سنة فما فوق، و138,3% عند فئة أعمار 69-60 سنة، كما ترتفع نسبة الإصابة عند النساء مقارنة مع الرجال، ثم يليها

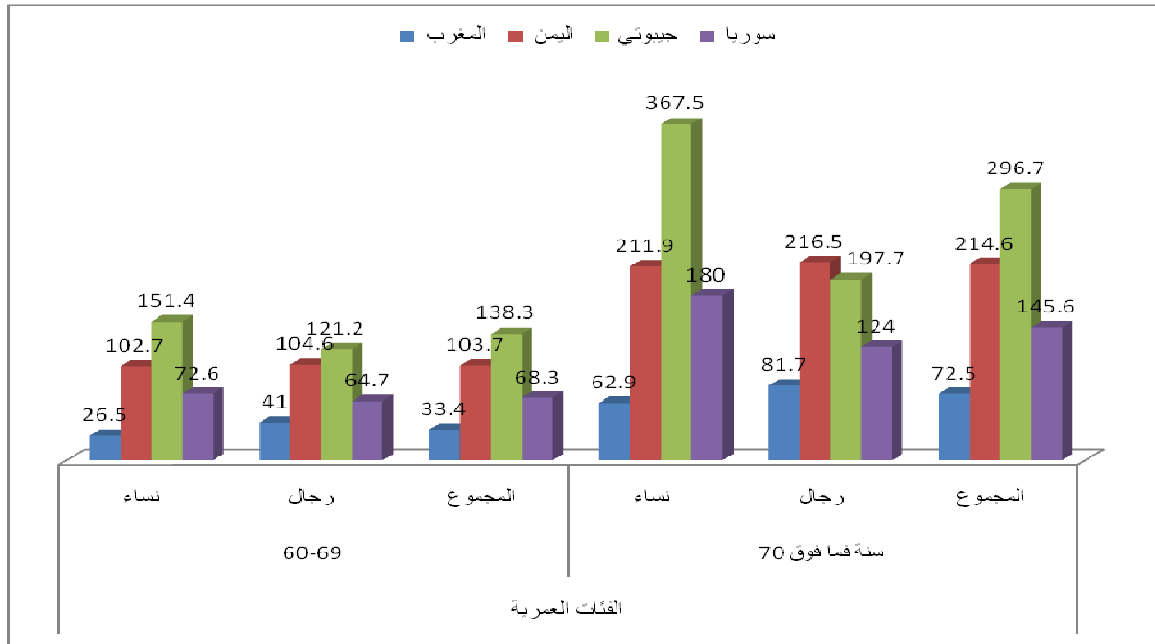
اليمن، حيث قَدَّرت نسبة الإعاقة في هذا البلد بـ 215% عند فئة أعمار 70 سنة فما فوق، و104% عند فئة أعمار 60-69 سنة، وتتنخفض النسبة في المغرب واليمن.

جدول رقم (6)

نسبة عدد المصابين بإعاقة لكل 1000 من كبار السن في بعض البلدان العربية.

| الفئات العمرية | | | | | البلد | |
|----------------|-------|-------|---------|-------|-------|--------------------|
| 70 سنة فما فوق | | | 69-60 | | | |
| المجموع | رجال | نساء | المجموع | رجال | | |
| 72.5 | 81.7 | 62.9 | 33.4 | 41.0 | 26.5 | المغرب (2004-2003) |
| 214.6 | 216.5 | 211.9 | 103.7 | 104.6 | 102.7 | اليمن (2003) |
| 296.7 | 197.7 | 367.5 | 138.3 | 121.2 | 151.4 | جيبوتي (2002) |
| 145.6 | 124.0 | 180.0 | 68.3 | 64.7 | 72.6 | سوريا (2001) |

المصدر: مسوح صحة الأسرة في البلدان محل الدراسة.



6-2- التدخين

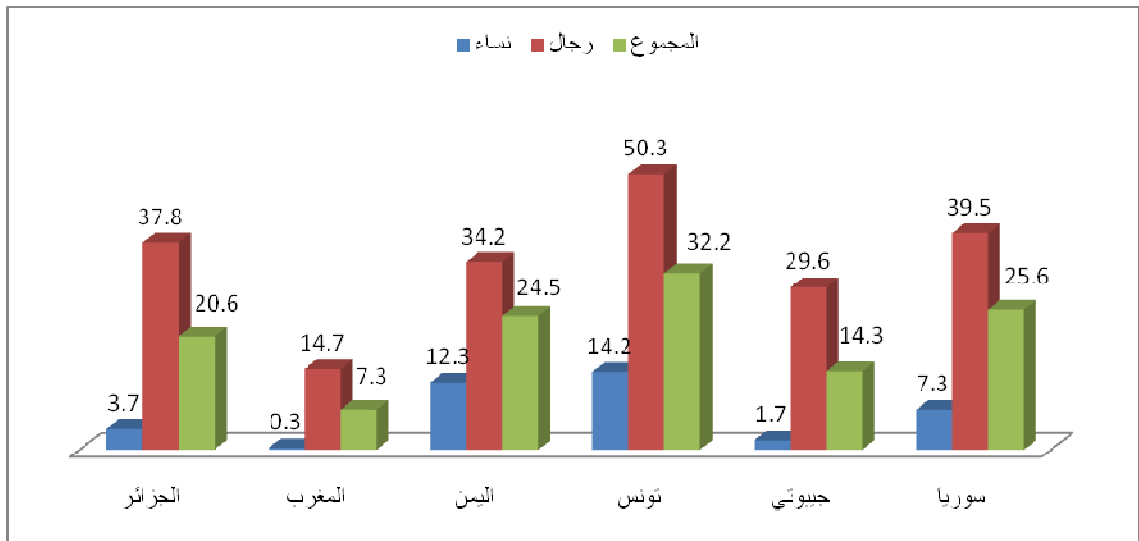
ترتفع نسبة المسنين المدخنين في البلدان العربية محل الدراسة، حيث تشير أرقام الجدول رقم (7) أن تونس تعرف أكبر نسبة بـ 32.2%، ترتفع النسبة في أوساط الرجال بـ 50.3% مقابل 14.2% عند النساء، وتتقارب نسبة المدخنين وقت المسح بين كبار السن 60 سنة فما فوق في كل من سوريا واليمن والجزائر على الترتيب بنسبة 25.6%، 24.5% و 20.6%.

جدول رقم (7)

نسبة المدخنين حالياً بين كبار السن (60 سنة فأكثر) في بعض البلدان العربية محل الدراسة.

| البلد | نساء | رجال | المجموع |
|--------------------|------|------|---------|
| الجزائر (2002) | 3.7 | 37.8 | 20.6 |
| المغرب (2004-2003) | 0.3 | 14.7 | 7.3 |
| اليمن (2003) | 12.3 | 34.2 | 24.5 |
| تونس (2001) | 14.2 | 50.3 | 32.2 |
| جيبوتي (2002) | 1.7 | 29.6 | 14.3 |
| سوريا (2001) | 7.3 | 39.5 | 25.6 |

المصدر: مسوح صحة الأسرة في البلدان محل الدراسة.



III- التوصيات

مع توقع الزيادة في نسبة وأعداد كبار السن مستقبلاً، وبشكل قد يفوق قدرات وإمكانيات عدد من الدول العربية، كل ثلاثة أشخاص سيكون هناك شخص فوق سن 60 سنة، وتصل نسبة كبار السن بين 5 إلى 27% بحلول عام 2050، ومع توقع استمرار انخفاض مستويات الخصوبة والوفاتية على حدّ السواء خلال السنوات المقبلة، متبوعة بارتفاع توقع الحياة عند الولادة انتقالاً من حوالي 43 سنة إلى 77 سنة خلال الفترة 2000-2050، تلك الزيادة لفئة كبار السن سوف تتعكس مباشرة على زيادة في الطلب على الرعاية الصحية وزيادة الطلب في الأدوية الخاصة بكبار السن، بالإضافة إلى الحاجة إلى توفير الخدمات الاجتماعية، تلك الاحتياجات التي تختلف من دون شك والأوضاع الاقتصادية والسياسية والأمنية والاجتماعية لكل دولة، فبالرغم من الجهود التي بذلتها بعض الدول العربية في مجال رعاية المسنين فما زالت هناك أوجه قصور في تطبيق توصيات خطة عمل الجمعية العالمية الأولى للشيخوخة التي عقدت في فيينا عام 1982.

وبهذا لا بد من الاهتمام بالخطوات الاستراتيجية العربية التالية لمواجهة قضايا الشيخوخة وظاهرة التعمير في المنطقة العربية، أهمها:

- إدماج قضايا المسنين في السياسات والاستراتيجيات السكانية والاجتماعية.
- الحاجة إلى تفعيل أطر الرعاية الصحية والوقائية في المنطقة العربية لفئة المسنين.
- توفير الخدمات الاجتماعية وتطوير الضمان الاجتماعي وتوسيع نطاقه ليشمل كل شرائح المجتمع (ريّات بيوت، الحرفيين، الفلاحين).
- حماية حقوق المسنين وتكريس ذلك بنصوص قانونية.
- وضع خطة عمل مستقلة أو برنامج خاص للمسنين.
- إنشاء صندوق تمويلي عربي لرعاية كبار السن.
- تكثيف الدراسات والبحوث حول قضايا الشيخوخة وبالخصوص الدراسات الكيفية التي تسلط الضوء على بعض الجوانب الدقيقة في حياة المسنين بما فيها الجوانب النفسية والاجتماعية والرعاية الأسرية التي لا يمكن دراستها بشكل دقيق في المسوحات.
- إدخال تخصص الشيخوخة في كليات الطب، ودعم الخدمات الصحية المجانية للمسنين.

قائمة المراجع

- المراجع العربية

- بن زيان إيمان، دندان جميلة. (2011). "الرعاية الصحية والاجتماعية للمسنين"، الجزائر، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع، إشراف الأستاذة شريف آسيا.
- بوغالي حاجي. (2012). "مكانة المسن داخل الأسرة الجزائرية-دراسة ميدانية لعينة من المسنين في مدينة الجزائر. بلدية سيدي أحمد، ومحمد بلوزداد". الجزائر، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع، رسالة الماجستير في علم الاجتماع العائلة والسكان، إشراف الأستاذة شريف آسيا.
- بيومي محمد أحمد. (2005). علم الاجتماع العائلة دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
- الخياط سلوى لطفى، السعيد موسى حسن. (2012). د. محددات المشكلات الصحية للمسنين في مصر، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان بحوث ودراسات، دورية علمية متخصصة يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة، العدد، يناير. ص ص 71-112.
- سلامة إبراهيم سيد. (بدون سنة). رعاية المسنين، مصر، المكتب العالمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الجزء الثاني.
- غيث محمد عاطف. (1979). قاموس علم الاجتماع، مصر، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- محمود حسن. (بدون سنة). مقدمة الخدمة الاجتماعية، لبنان، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية، وزارة الصحة العمومية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري. (2002). المسح التونسي لصحة الأسرة، التقرير الرئيسي.
- المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية، رئاسة مجلس الوزراء، المكتب المركزي للإحصاء (2002) مسح صحة الأسرة في الجمهورية العربية السورية.
- المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية، جمهورية جيبوتي. (2004). المسح الجبوتي لصحة الأسرة التقرير الرئيسي.

- المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية، هيئة المسوح الصحية الديموغرافية، المملكة المغربية، وزارة الصحة. (2005). المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة 2004/2003، التقرير الرئيسي، المملكة المغربية.
- وزارة التشغيل والتضامن الوطني. (2003). الجزائر، مرشد يتعلّق بحقوق الأشخاص المسنين، أكتوبر.
- وزارة التضامن الوطني والأسرة، مديرية حماية الأشخاص المسنين. (2011). التكفل بالأشخاص المسنين داخل المؤسسات ولدى عائلات الاستقبال، الجزائر.
- نوار ليلي، عبد الغني محمد. (2006). الأوضاع الصحية والاجتماعية والاقتصادية للمسنين في مصر. المركز الديموغرافي بالقاهرة، القاهرة.
- يحيى مرسي عبد بدر. (2007). المسنون في عالم متغيّر. مقدّمة في علم الشيخوخة، مصر، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر، الطبعة الأولى.

- المراجع الأجنبية

- Bedrouni Mohamed. (2011). « Caractéristiques et condition de prise en charge sociale et sanitaire des personnes âgées marocaines et algériennes. Ressemblances et dissemblances ». Actes du colloque international de Meknes ,17-19 mars 2011, Vieillesse de la population dans les pays du sud. Maroc.
- Blanchet Didier. (2002). « Evolution démographiques et retraites : Quinze ans de débats », Paris, population et société, bulletin d'information de l'INED, octobre n°383.
- Dumond Gérard François. (1995). Le monde et les hommes. Les grandes évolutions démographiques, Paris.
- Engenia Maria Losio Zavala. (2010). « Les transitions démographiques dans les pays arabes et en Amérique Latine : similitudes et différences ». France, les journées d'étude population et développement.
- Iles Abderrahmane. (2009). « Le vieillissement de la population et ses implications sur les systèmes de santé des pays du sud », document élaboré pour le compte de l'OMS, Alger, décembre.

- Lafargue Jean Pierre. (2007). « Systèmes de retraite et transition démographique : qui supportera ou devrait supporter les sacrifices ? ». Université de Paris1, PSE et CEPREMAP.
- Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale. (2010). Les personnes âgées en Algérie par les chiffres, Avril, Alger.
- Office National des Statistiques (ONS). (2002). « Démographie Algérienne 2011 », n°600, Alger.
- Perret Cecile, Paraque Bernard. (2010). « Les nouvelles dynamiques de la solidarité intergénérationnelle et de la protection contre les risques de la vie en Algérie », Alger, les cahiers du CREAD (Centre de recherche en économie appliquée pour le développement), n°91, pp131-165.
- Pison Gilles. (2011). « Sept milliards d'êtres humains aujourd'hui, combien demain ? », France, Population et société, bulletin d'information de l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques), n°482, Octobre.
- Pison Gilles. (2011). « Tous les pays du monde 2011 », France, Population et société, bulletin d'information de l'INED, n°480, Juillet-Aout.
- Pison Gilles. (2009). « Tous les pays du monde 2009 », France, Population et société, bulletin d'information de l'INED, n°480, Juillet-Aout.
- Tabutin Dominique et Schoumaker Bruno. (2005). « La démographie du monde arabe et du moyen orient des années 1950 aux 2000 », synthèse des changements et bilan statistique, population, 2005/5 vol 60 pp 611-724.
Disponible: [http : www.cairn.info/revue-population-2005-5-page-611.hta](http://www.cairn.info/revue-population-2005-5-page-611.hta)
- United Nation. (2009). Population ageing and development, Department of economic and social affairs population division.

الريادة والمسؤولية الاجتماعية

هند جمعوني¹ عائشة شبيلة²

- ملخص

تتناول هذه الدراسة العلاقات الممكنة بين المسؤولية الاجتماعية للشركات الاقتصادية والانتاجية تجاه المجتمع الذي تمارس نشاطها فيه والريادة، وبشكل أدق نحاول إيجاد العلاقة بين المحاور الثلاث للمسؤولية الاجتماعية وقدرة الريادي على تخطيها.

لقد تم تقسيم لدراسة إلى ثلاثة أقسام رئيسية بعد المقدمة، يتناول القسم الأول منهجية البحث والدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع، أما القسم الثاني فيستعرض الإطار النظري للدراسة من خلال مفهوم الريادة والريادي وخصائصه ودوافعه ووظائفه، ومفهوم المسؤولية الاجتماعية وأبعادها، كذلك ريادة المنظمة. أما القسم الثالث والأخير سنتناول العلاقة بين الريادي والمسؤولية الاجتماعية.

واختتمت الدراسة بأهم الإستنتاجات والتوصيات ذات العلاقة أهمها أن الريادي يساهم مساهمة كبيرة في تنمية بلاده وتطويرها، حيث يحقق غرضاً مزدوجاً بتحقيق أهدافه الشخصية وتحقيق أهداف مجتمعه بخبراته وقدراته.

كما أن موضوع المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات قد فرضت نفسها في محيط العلاقات الاقتصادية الدولية. فقد أثارت ردود أفعال المناهضين للعولمة، منذ منتصف التسعينات، وخاصة بعد قيام منظمة التجارة العالمية، التي تدعم الشركات المتعددة الجنسيات العملاقة حول دورها ومسؤولياتها الجديدة في مواجهة تنامي ظاهرة الفقر والإفقار في العالم، نتيجة التطبيقات الكبيرة لتحرير التجارة الدولية. ولكننا مازلنا في بداية المسار، فالتلوث لم يزل والفقر ازداد والشركات تمارس نشاطها بدون قيد ولا شرط.

الكلمات المفتاحية: الريادة، المسؤولية الاجتماعية، المؤسسة.

¹ أستاذة مكلفة بالدروس، جامعة باتنة، الجزائر، djemaounihind@yahoo.fr

² أستاذة مساعدة، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، chebila65@hotmail.fr

I- مقدمة

في عالم يتغير باستمرار، تسعى المنظمات لتحقيق أهدافها، ولكنها تواجه عالما يتميز بعدم الاستقرار وبالتطور المتزايد جعل إدارتها التقليدية عاجزة على مواجهة هذه المعضلة الشائكة. ولا يتسنى لها الخروج من هذه الدوامة المميتة ما لم تتحلى بروح الريادة الخلاقة. لقد أصبحت ريادة الأعمال من القضايا الضرورية لتسهيل الحلول المبتكرة ولخلق اقتصاد قائم على المعرفة واحترام الغير. فالريادي يسعى من أجل تأسيس رؤية للمستقبل، يشجع، يرشد ويحافظ على علاقات إنسانية جادة وناجحة كما يتعامل مع القضايا والتحديات بأسلوب إبداعي عبر تطبيق حلول مبتكرة لمعالجة وحل هذه القضايا بحيث تكون هذه الحلول نافعة. وتشجيع وتوجيه وتطوير والحفاظ على العلاقات البشرية الجيدة.

1-1- إشكالية الدراسة

يحاول البحث الإجابة عن التساؤل الآتي:

"فيما يتمثل دور الريادي في تحقيق المسؤولية الاجتماعية، وما هي انعكاسات ذلك على سلوك المستهلكين والمجتمع؟".

وذلك باعتماد المنهج الوصفي التحليلي، الذي يقوم على أساس الوصف المنظم للحقائق والخصائص المتعلقة بالمشكلة المحددة.

1-2- أهداف الدراسة

- تأطير مفاهيمي لمفهوم الريادة ورياديو الأعمال.
- التركيز على ريادي الشركة بشقيها الداخلي والخارجي.
- إظهار دور منظمات الريادية في إرساء مبادئ المسؤولية الاجتماعية.

1-3- أهمية الدراسة

تتجلى أهمية البحث من خلال ربطه بين دور الريادي ومستوى تحقيق المسؤولية الاجتماعية، والدعم المناسب لنشوتها وتطورها وتحسين أوجه التنمية المختلفة لا سيما الاقتصادية والاجتماعية.

4-1- فرضية الدراسة

"يساهم وجود المشروعات الريادية في تعزيز المسؤولية الاجتماعية بالمنظمات".

5-1- مصطلحات الدراسة

نظراً للاعتماد على مصادر مختلفة الأجنبية منها والمترجمة والعربية وما تشوب ذلك من اختلاف في ترجمه بعض المصطلحات:

الريادة: Entrepreneuriat

الريادي: Entrepreneurship

المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة: Responsabilité sociale des entreprises

II- نشأة الريادة وتطورها: المفهوم والتعريف.

2-1- تاريخ الريادة

لقد مر مفهوم الريادة بحقبة زمنية حافلة بالأراء و النظريات العالمية من قبل العديد من الباحثين و العلماء، ويعود الفضل إلى Richard Cantillon الذي يعد أول من ادخل الريادة إلى النظرية الاقتصادية. واختلفت آراء المنظرين الاقتصاديين في تحديد مميزات الريادي. أما أشهر اقتصادي تناول هذا الموضوع وأصاب فهو Schumpeter Joseph ثم تلاه بعض الاقتصاديين النمساويين مثل Von Mises Ludwig و Von Hayek.

عرف Schumpeter الريادي بأنه الشخص الذي يتمتع بالإرادة والقدرة على تحويل فكرة جديدة أو اختراع جديد إلى ابتكار ناجح. ووصفه بالتدمير الخلاق Destruction Créative، فالتدمير الخلاق هو الدافع والمحرك لحفظ رأس المال كما جعله يندفع نحو أفكار خلاقة مبدعة. لقد اعتبرت آراء ومساهمات Schumpeter بالناجعة ودعمت وأيدت من قبل العديد من الباحثين وظلت أفكاره واستنتاجاته تمثل مرجعاً رئيسياً للعديد من الباحثين وبفضل مساهمته ظهرت مدرستان مستقلتان في مجال ريادة الأعمال.

- مدرسة جامعة هارفارد وهو المركز الذي عمل به Schumpeter حتى وفاته. وترى هذه المدرسة أن ريادة الأعمال تتكون من ثلاثة أبعاد مختلفة:

- التغييرات التي تطرأ على النظام الاقتصادي
- خلق المنظمات كأحد المتطلبات اللازمة للاستثمار والابتكارات
- وظيفة الريادي هي خلق الربح.

ومدرسة السلوك الإنساني، لقد اهتمت بالسلوك الإنساني للتعبير عن السلوك الريادي و دوره في خلق التفاعلات المؤدية إلى الخلق و الإبداع. و من أشهر من اهتم بالريادة Peter Drucker لقد اعتبر الريادي، (Drucker, 1998) هو الشخص الذي يعظم الفرص، كما جعلها تتمحور بالأساس حول المخاطرة. سلوك الريادي هو ما يعكس نوع القدرة التي لديه أو لديها لوضع مهنته وموقفه المالي في الواقع والمخاطرة عن طريق تطبيق فكرته ووضعها محل التنفيذ وذلك عن طريق إعطائها المزيد من الوقت والجهد ورأس المال في مخاطرة غير مضمونة.

ولقد صنف Knight أسباب عدم الضمان إلى ثلاثة أنواع: (Knight, 1921)

- المخاطرة: وهي يمكن قياسها إحصائياً.
- الالتباس: والتي يصعب قياسها إحصائياً.
- عدم الضمان الفعلي أو Knightian Uncertainty والتي يستحيل تقديرها أو توقعها إحصائياً (مثل احتمالية سحب كرة حمراء من زجاجة بها عدد غير معروف من الكرات الحمراء وعدد غير معروف من الكرات الملونة الأخرى).

ولكن حالياً ظهرت نزعة جديدة لمفهوم الريادة حيث أصبحت تهتم بالإسهامات الاجتماعية وخلق قيمة لأعضاء المجتمع وتعميق مسؤوليات الأفراد نحو الآخرين في المجتمع و مساعدتهم ودعمهم . (Bolton and Yhompson, 2000).

أصبح مفهوم الريادة يدرس على عدة مستويات نذكر منها الفرد والمنظمة والجماعة والصناعة وعلى مستوى المجتمع، وتعتبر ظاهرة واسعة ومتشعبة لجميع الأعمال والأنشطة. وتجدر الإشارة إن علماء الريادة انتقلوا من البحث في الشخصية الريادية في صيرورة الريادي نفسها والتركيز على جوانب أخرى.

2-2 تعريف الريادة وعناصرها

أ- اتفقت غالبية المصادر العلمية على صعوبة تحديد مفهوم جامع ومانع للريادي، ويعود ذلك إلى النظرة التي يتبناها كل طرف لهذا المفهوم، وبعبارة أخرى، لا يوجد تعريف مطلق حول الريادة ولكننا سنتطرق إلى بعض منها وسنعطي السمات المشتركة التي تميز هذه التعاريف.

ويرى Frederick Harbison أن الريادي هو الشخص الذي يملك مهارات البناء المؤسسي بجانب مهارات إدارية وإبداعية تساعده في بناء التنظيم أو إدارة المؤسسة، ولا يختلف McClelland كثيراً عن سابقه في تحديد مفهوم الريادية، فالريادي عنده هو الإنسان غير التقليدي والذي يقوم بأعمال بطريقة مميزة ومبتكرة، والأهم من ذلك انه قادر على اتخاذ القرار في ظروف غامضة ترتفع فيها نسبة المخاطرة، ولديه سلوك اقتصادي ودافعية قوية لبلوغ الهدف والأداء المميز وصاحب الخيال الواسع. (أحمد م وآخرون، 1998).

حسب House الريادة هي "قدرة الفرد على التأثير، التحفيز، وجعل الآخرين قادرين على المساهمة في الفعالية وإنجاح المنظمة". (House, 2004).

أما Richard L. Daft فيعرفها "الريادة هي القدرة، الموهبة فن التأثير على الآخرين من أجل تحقيق الأهداف المنشودة. هو محرك الرجال".

ب- من التعاريف السابقة، يتضح إجماع الآراء، على أن الريادة فن التأثير في الأشخاص، وتوجيههم بطريقة صحيحة، يتسنى معها كسب طاعتهم واحترامهم وولائهم

وتعاونهم، في سبيل تحقيق هدف مشترك. ومن هذا التعريف، يتبين أن عملية الريادة، لا تقوم إلا إذا وُجِدَ من يَقُودُ (أي الريادي)، ومن يُقَادُونَ (أي التابعون)، ووجود "هدف مشترك" مطلوب تحقيقه.

2-3 خصائص الريادي

وبشكل عام يجب أن يتميز الريادي الناجح بالسمات والخصائص التالية:

- القدرة على حفز وتشجيع الآخرين: يجب أن يكون الريادي ملهما لتابعيه من خلال تشجيعهم على التفاني والإخلاص في العمل وبالتالي يستطيع الأفراد ذوي الأداء المتوسطة إلى الأداء المرتفع.

- القدرة على الاتصال: أي المهارات الاتصالية غير العادية أي قدرة الريادي على نقل وتوصيل الفكرة بكفاءة وفعالية ويكون الاتصال عادة بطريقة شفوية وعليه فان الريادي يتصف بالذكاء و القدرة على التقدير والتبصر والكلام المقنع.

- القدرة على الإقناع: يجب أن يتصف الريادي بالمقدرة الفائقة على الإقناع والتعبير بنقطة عن الأهداف التي يعرضها على المستخدمين ويحاول جلب ثقتهم وتحسيسهم بالصدق. ولقد أكدت بعض الدراسات أن القادة الذين لديهم نزعة التصرف بحرية واستقلالية وكسبهم الثقة في أنفسهم هم الأكثر نجاحا في تحقيق الأهداف التنظيمية مقارنة بالذين لا تتوفر فيهم هذه الصفات.

- غرس الثقة في الآخرين: يتطلع المستخدمون إلى إعانة الريادي و نصيحته وأرائه ليس فقط في مجال العمل وإنما أيضا فيما يتعلق بمشاكلهم الشخصية فيجب أن يشعر المستخدم بالثقة نحو الريادي الذي يمكن الرجوع إليه دائما والتحدث معه.

- **تفويض السلطة والثقة بالمستخدمين:** الريادي الناجح هو الذي يدرك جوانب القوة والضعف في مستخدميه ومدى المهام التي يمكن أن توكل إليهم فهو يؤمن بإخلاصهم وولائهم وتعاونهم ويتوقع المزيد منهم.

- **القدرة على اتخاذ القرارات:** بعد جمع المعلومات والحقائق حول الجوانب المختلفة للموقف يشغل الإداري الناجح تفكيره بسرعة حول الإجراء الفعال الذي يجب اتخاذه وينفذه.

2-4 نظريات الريادة

تنقسم هذه النظريات إلى ثلاثة أنواع هي:

أولاً: نظريات قائمة على أساس صفات الريادي وطبعه: تقوم على أساس فكرة الرجل العظيم الذي يتولى الريادة أضف إلى ذلك أن العظمة لا تكتسب وإنما تعتبر موهبة.

ثانياً: النظريات الظرفية: تقوم على أساس أن كل ظرف له كيفية جيدة للقيادة وأهم هذه النظريات نظرية القيادة الظرفية و التي تأخذ بعين الاعتبار الاهتمام بالمهمة والاهتمام بالأفراد وتدخل عنصر جديد هو النضج لدى العمال.

ثالثاً: نظريات القيادة على أساس السلوك: تبحث على أحسن نوعية للقيادة وترى أن هناك نوع أمثل للقيادة ترتبط بسلوك القائد وأهم هذه النظريات جدول التسيير ونظرية استمرارية القيادة.

III- المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة

أصبحت المسؤولية الاجتماعية للشركات في الآونة الأخيرة أحد المواضيع الرئيسية في عدة تخصصات للأدب الإداري. هذا المفهوم يتطلب إدماج الأهداف الاجتماعية والبيئية، بالإضافة إلى الأهداف الاقتصادية. إذا طبق هذا المنطق، باستطاعة المسؤولية الاجتماعية للشركات أن تدمج المبادئ الأخلاقية في مجال إدارة الأعمال. كانت المؤسسة،

تقتصر على تحقيق الأرباح. يمكننا الاعتقاد بأن هذا المفهوم يمثل مسار المصالحة بين الأخلاق والاقتصاد داخل الشركة. (Sautré, 2003).

ومع ذلك، سواء في ساحة المؤسسة وفي المجال الأكاديمي، فإن المسؤولية الاجتماعية للشركات بعيدة تماما عن الإجماع. لقد وجد هذا المفهوم صدى متزايدا لبعض الوقت، ولكنه يثير عدة مناقشات. وتطورت المسؤولية الاجتماعية للشركات والأدوات التي تولدت عنها في إطار تصوري يسوده اللبس والغموض (Allouche et autres, 2004). يرجع هذا الغموض إلى الأبعاد النظرية والإدارية والإيديولوجية المتعلقة بهذا المفهوم، لفهم سعة هذه الأبعاد ينبغي العودة إلى المواقف المتباينة حول المسؤولية الاجتماعية للشركات.

والغرض من هذا العمل هو تقديم لمحة عامة حول المناقشات المتعلقة بالمسؤولية الاجتماعية للشركات. سنقوم بعرض تاريخ مفهوم المسؤولية الاجتماعية للشركات. سوف نركز على المناقشات المتعلقة بالأسس الفلسفية والنظرية من خلال دراسة وجهات النظر المختلفة القائمة عند هذا المستوى. وأخيرا، سنهتم بالممارسة مع التركيز على الغموض حول الدافع لتنفيذ المسؤولية الاجتماعية للشركات ثم في الجدال الدائر حول نتائج نهج المسؤولية الاجتماعية للشركات.

3-1 لمحة تاريخية حول المسؤولية الاجتماعية للشركات.

غالبا ما تنسب المسؤولية الاجتماعية للشركات إلى التنمية المستدامة أو إلى العولمة غير أنها ظهرت قبل هاتين الظاهرتين.

في الواقع، برزت المسؤولية الاجتماعية للشركات في 1950 في الولايات المتحدة، ولكن انتشارها تم بطريقة متداخلة نحو سياقات أخرى. سوف نقوم بسرد تاريخ هذا المفهوم، والمعاني المختلفة الناشئة عنه. هناك خلافات في استيعاب هذا المفهوم عكست "احتمالات ثقافية" للمسؤولية الاجتماعية للشركات، بل أدت أيضا إلى صعوبة تعريفها.

- ظهور المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات: (Moez Ben Yedder et Férid Zaddem, 2009)

غالبا ما ترتبط المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات بالتنمية المستدامة أو بالعلامة غير أنها برزت قبل انجلاء هاتين الظاهرتين. في الواقع، انكشفت المسؤولية الاجتماعية للشركات في الخمسينات في الولايات المتحدة، ولكن انتشارها نحو سياقات أخرى امتد خلال الزمن. سنهتم فيما يلي بتاريخ هذا المفهوم وبمختلف الاختيارات المقبولة. هذه الاختيارات تمثل عدة "اختيارات ثقافية" للمسؤولية الاجتماعية وينجر عن ذلك صعوبة في تعريفها.

المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات متعلقة في عبارتها ومفهومها الحالي بسياق أمريكا الشمالية بعد الحرب العالمية الثانية (Hil and Charle, 2004). سجل عمل Bowen في عام 1953 ظهور هذا المفهوم وبدأ البحث حوله، (Caroll, 1999)، (Gond and Aquiert, 2005).

حسب Gond و Aquiert، كتاب "المسؤوليات الاجتماعية لرجل الأعمال" وضع أسس المسؤولية الاجتماعية للشركات. ولقد اعتبر Bowen في الأدب الإداري أب المسؤولية الاجتماعية للشركات، فان Carroll يشير إلى أن الأفكار الواردة في كتابه لم تنشأ من عدم بل ظهرت بواردها في أدبيات الإدارة، بالخصوص في سنوات 1930 و1940. يشير Gond و Aquiert أن الكاتب شكل في كتابه الأفكار السائدة في العصر. وصرحا بوجود بصمات أفكار للديانة المسيحية البرستانتينية كما وصفها Max WEBER. والتي اعتمدت آنذاك من طرف الثقافة الأميركية.

أصبحت المسؤولية الاجتماعية موضوع بحث أدى إلى ظهور فضاء أكاديمي جديد وهو تيار "الأعمال والمجتمع" والذي اهتم بالعلاقات بين المؤسسة ومحيطها الاجتماعي، (Gond and Aquiert, 2005)، ثم انظم إلى هذا التيار العديد من المؤلفين (Gir Mac, 1960، ستينير، 1971، 1979؛ ...، Carroll .

وبقيت المسؤولية الاجتماعية للشركات حتى وقت قريب منحصرة تقريبا في أمريكا الشمالية، وينظر إليها كعائق للمنطق الليبرالي (هاتش وغودفري، 2007؛ وليامز وآخرون، 2006، وندسور، 2006)، ثم تم الخضوع إلى النظام الاقتصادي العالمي الجديد الذي يعتمد على الليبرالية الاقتصادية.

فيما بعد ، تجدد الاهتمام بالمسؤولية الاجتماعية للشركات أصبحت ظاهرة حاضرة على الساحة السياسية والاقتصادية في بداية القرن الجديد، ولكن هذه المرة، تجاوز صيتها أمريكا الشمالية (وود و غاي، 2006).

في أوروبا، بدأ الاهتمام بالمسؤولية الاجتماعية للمؤسسات منذ منتصف 1990 نتيجة نشاط منظمات المجتمع المدني ضد الشركات التي تسببت بضرر بالبيئة (شال وطوطال)، اجتماعي (دانون ورونو) وشراكة (برمالات و فيفاندي). من جهة أخرى، تجدد الاهتمام بهذا المفهوم وازداد حدته ابتداء من سنوات 2000، مع ظهور إفلاس مؤسسات كبيرة (أنرون، أرتور أندرسون، ولدكوم وقزيركس). هناك عنصران يفسران تجدد الاهتمام بالمسؤولية الاجتماعية في الولايات المتحدة: صعود المجتمع المدني من جهة والفضائح المالية للشركات الكبرى (دوح وجاي 2006). بالنسبة لعلوش 2004، التحليل التاريخي للمسؤولية الاجتماعية يظهر "عوارض ثقافية" للمفهوم. هذه المعاينة شاطرها معه (فيسشور، 2003) والذي اقر بتغيير تعريف هذا المفهوم من منطقة لأخرى ومن سياق لآخر. وعلى هذا الأساس رجح معظم الباحثين ازدواجية بين الموقف الأمريكي والأوروبي، (أكيار، 2005، دوح و غاي، 2006؛ كابران، كيريل).

- غياب التوافق على تعريف المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة

نحضر منذ 1960 و 1970 إلى تضاعف تعاريف المسؤولية الاجتماعية للشركات (وود، 1991)، (كارول، 1999). يرجع هذا التشعب للتطورات النظرية وأيضاً من جانب البرامج السياسية والاجتماعية والإدارية (لوكات، 2006). ويبدو من الصعب العثور على

صيغة ترضي الأطراف المعنية (وندوسر، 2006). وفقا لعلوش 2004، محاولات تعريف المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة من طرف الممثلين المهمين، المؤسسات، والوكالات المدونة، والباحثين، ساهما في خلط في إنتاج مفاهيمي لهذا المفهوم. حسب (برسي، 2007) المسؤولية الاجتماعية ينبغي أن يعتبر اتفاق بين اللاعبين. حتى وقتنا الراهن لم يتم تحديد تعريف لمفهوم المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة بشكل محدد وقاطع يكتسب بموجبه قوة إلزام قانونية وطنية أو دولية.

- تعريف المسؤولية الاجتماعية للمؤسسة

تعددت صور المبادرات والفعاليات بحسب طبيعة السوق ونطاق نشاط المؤسسة وأشكاله، وما تتمتع به كل مؤسسة من قدرة مالية وبشرية. ولهذا السبب فإن هناك عدة تساؤلات من قبل المؤسسات لتحديد المدى الذي يجب أن تصل إليه مسؤوليتهم الاجتماعية والأفق الذي تتطلق منه هذه المسؤولية، وفي ما يلي بعض التعاريف المهمة في هذا المجال.

عرف البنك الدولي مفهوم المسؤولية الاجتماعية لرجال الأعمال على أنها إلتزام أصحاب النشاطات التجارية بالمساهمة في التنمية المستدامة من خلال العمل مع موظفيهم وعائلاتهم والمجتمع المحلي والمجتمع ككل لتحسين مستوى معيشة الناس بأسلوب يخدم التجارة ويخدم التنمية في أن واحد.

وفي هذا الإطار فقد عرف Drucker المسؤولية الاجتماعية بأنها التزام المنشأة اتجاه المجتمع لذي تعمل فيه، (Drucker, 1977)، لقد شكل هذا التعريف حجر الزاوية للدراسات المقبلة وفتح الباب واسعا لدراسة هذا الموضوع باتجاهات مختلفة. وفي وجهة نظر أخرى أشار Holmes إلى أن المسؤولية الاجتماعية ما هي إلا "الالتزام على منشأة الأعمال تجاه المجتمع الذي تعمل فيه وذلك عن طريق المساهمة بمجموعة كبيرة من الأنشطة الاجتماعية مثل محاربة الفقر وتحسين الخدمات الصحية ومكافحة التلوث وخلق فرص عمل وحل مشكلة الإسكان والمواصلات وغيرها، (Holmes, 1985).

وتأسيساً على ما تقدم، فإننا يمكن أن نستخلص البنود الأساسية للمسؤولية الاجتماعية؛ التزام أصحاب النشاطات التجارية بالمساهمة في مكافحة التلوث، احترام البيئة، محاربة الفقر، تحسين الخدمات الصحية وخلق فرص عمل.

2-3 أهم وجهات النظر السائدة حول المسؤولية الاجتماعية الموحدة:

هناك عموماً وجهتي نظر مختلفتين حول المسؤولية الاجتماعية الموحدة دائماً تكون محور المناقشات في الدوائر الأكاديمية والسياسية العامة وهي:

(أ) **النظرة الكلاسيكية (التقليدية):** وجهة النظر هذه تركز على أن مسؤولية الإدارة تتحصر فقط في إدارة عمل النشاط الاقتصادي لغرض تعظيم الربح. أي أن منظمات الأعمال يجب أن تركز على النشاط الاقتصادي فقط وأن تهتم دائماً بتعظيم القيمة لحملة الأسهم. ويدعم هذا الإتجاه Milton Friedman. اعتبر المدراء مستخدمين لدى المالكين وبالتالي تتمثل مهمتهم في إنجاز أعمالهم بأحسن طريقة ممكنة لتحقيق أعظم ربح للمالكين. وإذا ما قرروا إنفاق الأموال على الأهداف الاجتماعية فإنهم يضعفون ديناميكية السوق وبالتالي سوف تتخفص الأرباح نتيجة هذا الصرف على الجوانب الاجتماعية وهذا يلحق خسارة بالمالكين، ولو تم رفع الأسعار للتعويض على ما ينفق على الجانب الاجتماعي فإن المستهلكين سيخسرون أيضاً وإذا امتنعوا عن شراء هذه المنتجات فإن المبيعات ستتخفص وبالتالي تندهور المنشأة، (Robbins, 1999)

(ب) **وجهة النظر الاجتماعية الاقتصادية:** وهي ترى أن مدير المؤسسة الاقتصادية يجب أن تهتم بتحقيق الرفاه الاجتماعي على مستوى واسع وليس الإهتمام بالربح الإجمالي فقط. هذه النظرة تركز على أصحاب المصالح ويدعمها Paul Samuelson أحد كبار العلماء الاقتصاديين، ويقول هذا الأخير "أن المؤسسة الكبيرة هذه الأيام ليس فقط عليها الإهتمام بالمسؤولية الاجتماعية وإنما التأكد من أنها تعمل أفضل ما بوسعها من أجل ذلك". (الغالبى والعامري، 2005).

* لعل هذه النظرة هي الأكثر موضوعية ورشداً ففي إستطلاع شمل 2500 شخص من 23 دولة قامت به شركة Environics International Ltd. وجدت أن 90% من الذين أدلو بأرائهم يريدون منظمات الأعمال أن لا تركز على الربحية فقط. فالكثير اليوم من أصحاب المصالح يطالبون منظمات الأعمال أن توحد المسؤولية الاجتماعية مع جوهر قيمها وأنشطتها اليومية.

IV- العلاقة بين الريادي والمسؤولية الاجتماعية

لا يمكن تناول هذه العلاقة دون التطرق إلى دور المؤسسة وأخلاقياتها. ولهذا السبب سنتناول الدراسة دور المؤسسة ثم علاقة الريادي بالمسؤولية الاجتماعية.

1-4 دور المؤسسات الرئيسي

لقد كثر الحديث في الآونة الأخيرة حول التلوث الناتج عن المنشآت الصناعية العامة في هذا القطر، وما سببته وتسببه من أضرار للاقتصاد وللبيئة المجاورة لها والعاملين فيها والقاطنين حولها، وهذه حقيقة واضحة لا يستطيع أحد إنكارها أو التستر عليها، غير أن ما يثير الدهشة والاستغراب أن الحديث عن الحلول لهذه المشاكل والدراسات المتعلقة بها - إن وجدت - نجد أنها تتناول النتائج التي يسببها التلوث وتدعو إلى معالجتها وتتجاهل الأسباب التي أدت إلى حدوث التلوث! ولهذا السبب سنحاول الإجابة عن هذه الأسئلة:

- ما هو الدور الاقتصادي للمؤسسة؟ تحليل مختلف سلوك نشاطها الاجتماعي والثقافي

- هل نشاطها يمثل أخطاراً على البيئة؟

- هل توجد علاقة بين مفهوم الأخلاقي و مشروع المؤسسة الاستراتيجي؟

- من المفيد التذكير بدور المؤسسات ومهامها في عصر يتسم بالتغيير السريع، فالمؤسسات ككيان بشري ومالي؟ لعبت وما زالت تلعب دوراً هاماً ومركزياً، إلى

جانب الفاعلين الآخرين، في تنمية المجتمع الذي تعمل في كنفه. فهي المصدر الرئيسي للثروة والتحديث وتوليد فرص العمل وإنتاج السلع والخدمات. ولكن المعطيات الجديدة أبرزت بوضوح دور المؤسسات الحديثة، إلى جانب هدفها الرئيسي (تحقيق أكبر عائد من الربح على أصحابها)، ينبغي عليها الاستجابة للتطورات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية. ومن هنا تبلورت فكرة وجوب تذكير المؤسسات بمسؤولياتهم الاجتماعية والأخلاقية حتى لا يكون تحقيق الربح عائداً عن تشغيل الأطفال والإخلال بالمساواة في الأجور وظروف وشروط العمل.

2-4 المؤسسة ومحيطها:

- أعمال المؤسسة يمكن أن تكون خطيرة على البيئة الايكولوجية والاجتماعية والاقتصادية:

- الاستغلال المفرط للموارد الطبيعية الايكولوجية (الزراعة والتعدين..) الانبعاثات السامة، أو الهواء وتلوث المياه؛
 - الاجتماعية: الأمراض المهنية للعمال؛
 - الاقتصادية: الأضرار الناتجة عن المنتجات (خطر الحساسية) للعملاء، وعمليات التصنيع الخطرة، والتسمم الغذائي.

- المعاينة: مسؤولية المؤسسات واضحة. بالفعل تدلي المعاينة بكوارج صناعية خطيرة (حوادث نووية مثل تشيرنوبيل في 1986 أو كيميائية مثل بوبال في 1984 أو AZF في 2001 البحيرات السوداء (أموكولاديز في 1978 الإيريكا في 2002) زوال الغابات Sites Pollus، فضائح مالية (EURON)، حوادث كثيرة تخفض من صورة المؤسسة فيما يخص مسؤولياتها. إن ظهور مفهوم المسؤولية الاجتماعية سببه الأنشطة غير المسؤولة للصناعات المختلفة إذ أن الصناعات نادراً ما تتحمل مسؤولياتها عن تبعات أنشطتها وأفعالها إلا عندما

يطلب منها ذلك بموجب قانون أو تشريع معين وحتى في هذه الحالة فإن الاستجابة تكون بسيطة وهامشية (Smith, 1992) ولذلك فقد أصبحت المسؤولية الاجتماعية عنصراً حيوياً في الجهود الدولية لرعاية وتبني تنمية مستدامة مناسبة عالمياً فقد أصبحت التقارير السنوية لمنظمات الأعمال تعكس تطبيق مفهوم المسؤولية الاجتماعية الموحدة. (Shermerhorn, 2005).

- تعتبر أخلاقيات المؤسسة أدبا مهنيا يشمل الممنوعات و القيم الواجب احترامها. في هذه الظروف مشروع المؤسسة يجب أن يتنازل عن مثل هذه الأنشطة المربحة لكنها مضرّة و غير متوافقة مع التنظيم أو تسبب في أضرار سلبية (انزعاج المفروض على البيئية، خطر الحوادث والأمراض المهنية التي تصيب الزبائن و ربما جميع السكان).

فعلى الصعيد الدولي قد تبلورت عدة مرتكزات وأسس عمل باتت تعد من قبيل المراجع الواقعية في تحديد نطاق وأبعاد المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات.

علاوة على ما تقدم، فإن ضرورة التزام المؤسسات بمسؤولياتها الاجتماعية تتعاضم دون أدنى شك في حالة وجود ثغرات في التشريعات الوطنية للدول التي تعمل فيها هذه المؤسسات، أي عندما لا تنظم مثل هذه التشريعات وتضبط مسائل الحقوق الأساسية المنصوص عليها في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والآن منظمة العمل الدولية بشأن المبادئ والحقوق الأساسية للإنسان في العمل وإعلان ريو دي جانيرو حول البيئة والتنمية المستدامة، وغير ذلك من الصكوك الدولية التي تكفل حماية والحريات الأساسية للإنسان وحماية البيئة.

4-3 طرق تجسيد المسؤولية الاجتماعية

في عالم يتغير ويتميز بعدم الاستقرار، وفي ظل التطور التكنولوجي المتزايد، أصبحت البيئة.

العالمية للأعمال أكثر تنافسية وأبرزت هذه الظاهرة العديد من التحديات التي تتطلب تعاملًا واعيًا ومنهجيا منظمًا وعدم التعامل الجاد الواعي مع هذه التحديات يؤدي إلى اضمحلالها وزوالها. ولا يتسنى لها الخروج من هذه الدوامة المميتة ما لم تتحلى بروح الريادة الخلاقة.

- كيف يستطيع الريادي الاحتفاظ بالميزة التنافسية في الأمد الطويل و ضمان استمرارية نشاطه في ظل المسؤولية الاجتماعية؟

المسؤولية الاجتماعية للشركات أو الريادي المسؤول كما أصبحت تسمى حاليا. فهو يهدف إلى تحقيق نجاح اقتصادي لمؤسسته مع دمج الانشغالات الاجتماعية والبيئية في نشاط مؤسسته.

وبعبارة أخرى، هذا يعني أنه يجب أن يفي بمتطلبات العملاء وتلبية احتياجات أشخاص آخرين مثل المستخدمين، الموردين والمجتمع المحيط بالمؤسسة. وبمعنى آخر يساهم بشكل إيجابي في المجتمع، ويدير التأثيرات البيئية لشركته. كل هذه الأعمال تمكنه من تحقيق فوائد مباشرة للشركة وضمان تنافسيتها في الأجل الطويل. الريادة المسؤولة تسعى من أجل الحفاظ على النجاحات الاقتصادية، وبناء سمعة تجارية تكسبها ثقة الذين يعملون أو يعيشون في محيط المؤسسة. الزبائن يريدون موردا موثوقا به يتمتع بسمعة جيدة فيما يخص جودة منتجاته ونوعية خدماته المقدمة. يسعى الموردون لبيع منتجاتهم لعملاء أوفياء يسددون بانتظام وفي الوقت المناسب. أخيرا، يرغب الموظفون في العمل في شركة مسؤولة تقدر مساهمتهم.

- متطلبات الشخصية التي تتبنى المسؤولية الاجتماعية إذا كانت الوثبة التكنولوجية التي حققها القرن العشرين قد ساهمت في تحسين الشروط الصحية للإنسان وإطالة حياته، وزيادة حجم الإنتاج الغذائي، وتحسين ظروف السكن، بيد أن العمليات التي أنتجت هذه المكاسب ما زالت تثقل بضغطها المتزايدة على كوكبنا. هل بإمكانهم التخلي على هذه المكاسب والرجوع إلى الوراء؟ من المستحيل التخلي عن هذا الإرث الثمين. إن الشيء الوحيد الذي يمكن القيام به هو محاولة تصحيح ما فسد في أقرب وقت ممكن بفضل ريادي يتمتع بالقدرة على رصد التغيرات والتكيف معها. وبفضل ذكائه الحاد وإيجاد الحلول المبتكرة وخلق اقتصاد يقوم على المعرفة واحترام البيئة. باستطاعته تأسيس رؤية مستقبلية تشجع وترشد وتحافظ على علاقات إنسانية جادة وناجحة.

V - النتائج والتوصيات

يساهم الريادي مساهمة كبيرة في تنمية بلاده وتطويرها، حيث يحقق غرضاً مزدوجاً بتحقيق أهدافه الشخصية وتحقيق أهداف مجتمعه بخبراته وقدراته، فالريادي يخلق فرصة عمل له ولغيره مما يسهم في التخفيف من ظاهرة البطالة، وفي تدريب العاملين معه وتأهيلهم، وكذلك فإنه يسهم في توفير منتجات مطلوبة في مجتمعه.

إن موضوع المسؤولية الاجتماعية للمؤسسات قد فرضت نفسها في محيط العلاقات الاقتصادية الدولية. فمن ناحية، قد أثارت ردود أفعال المناهضين للعولمة، منذ منتصف التسعينات، وخاصة بعد قيام منظمة التجارة العالمية، التي تدعم الشركات المتعددة الجنسيات العملاقة حول دورها ومسؤولياتها الجديدة في مواجهة تنامي ظاهرة الفقر والإفقار في العالم، نتيجة التطبيقات الكبيرة لتحرير التجارة الدولية. ولكننا مازلنا في بداية المسار، فالتلوث لم يزل والفقر ازداد والشركات تمارس نشاطها بدون قيد ولا شرط.

وقد توصلت الدراسة إلى التوصيات التالية:

- يجب أن تعتمد الجهات الإدارية والاقتصادية على وجه الخصوص إلى إجراء دورات تدريبية بصورة مستمرة لعمالها تؤكد فيها على موضوع أخلاقيات العمل وسلوكيات العامل، كما أن لمؤسسات المجتمع المدني، وعلى رأسها الجمعيات التطوعية، دورها في تعميق القيم الأخلاقية، فبالإضافة إلى عملية الضبط الاجتماعي التي تمارسها المؤسسات الحكومية من خلال الأنظمة والقوانين التي تحدد الواجبات والمحظورات، فإن الوسائل التي تمارسها مؤسسات المجتمع المدني على اختلاف أنواعها من خلال مطالبة أفرادها التمسك بالقيم الأخلاقية النبيلة، لها أثر واضح في المحافظة على السلوك الإيجابي للأفراد والحد من انحرافهم، ذلك أن الضبط الحكومي غير كاف في ظل ثقافة المنفعة التي تسود مجتمعاتنا العربية.

- العمل على التوجه إلى ثقافة المجتمع وإعادة شحنها بما يفعل القيم الإيجابية الكامنة فيها، التي تتماشى وروح العصر، ولا شك أن لعناصر المجتمع المدني، نقابات، جمعيات، منظمات دورا رئيسا في ذلك، من خلال تطوير برامجها الثقافية وتحسين قدراتها التنظيمية من جهة والارتقاء بسلوكيات أعضائها من جهة أخرى. ولا ننسى أن دور قيادات المجتمع المحلي في تكريس مفهوم أخلاقيات العمل يتجلى من خلال سلوكياتهم الخاصة، باعتبار أن المرؤوس ينظر إلى رئيسه على أنه القدوة والمثل فإذا كان على الرئيس أن يتعامل مع مرؤوسيه بلطف وأن يحسن الظن بهم ويعي أهمية تقسيم الأدوار وتنظيمها في تحسين شروط العمل، فإن على العامل أن يقبل بنصيحة رئيسه ويحسن التعامل مع زملائه ويحرص على إتقان عمله ويتذكر أن عدم إطاعة رئيسه بلا سبب يفشل المشاريع حتى الناجحة منها.

قائمة المراجع

- المراجع العربية
- أحمد، م. برهم، ن. 1998م. الريادة و إدارة المشروعات الصغيرة. منشورات جامعة القدس المفتوحة، الطبعة الأولى.

- العتيبي صبحي، تطور الفكر والأنشطة الادارية، دار الحامد للنشر، عمان، 2002.
- شيخ سالم، فؤاد وآخرون، المفاهيم الإدارية الحديثة، الطبعة الثانية، عمان - الأردن، 1985.
- طاهر محسن منصور الغالبي وصالح مهدي محسن العامري المسؤولية الاجتماعية وأخلاقيات الأعمال، دار وائل للنشر 2008.
- مجدي عوض سليم مبارك، واقع الريادة في بيئة الأعمال الأردنية، رسالة ماجستير.
- رتثمان ، دافيد وآخرون، (2001)، "الإدارة المعاصرة " ترجمة رفاعي محمد رفاعي ومحمد سيد أحمد عبد المتعال ، دار المريخ ، المملكة العربية السعودية.

- المراجع الأجنبية

- Batifoullier P. et de Larquier G. (2001), De la convention et de ses usages, Théorie des Conventions, Philippe Batifoullier (sous la dir.), Paris, Economica, p. 9-31.
- Bolton, and Yhompson, J 2000. Entrepreneurs : Talent, Temperament, technique. Butter Worth-Heinemann.
- Boudon R. (1998), Au-delà du « modèle du choix rationnel»?, Les Modèles de l'Action,.
- Cadiou C. (1999), Gouvernement d'entreprise, Encyclopédie de la gestion et du management, Dalloz, Paris, 435-437.
- Clarkson M. B. E. (1995), A Stakeholder Framework for Analyzing and Evaluating Corporate Social Performance, Academy Management Review, 20, 1, 92-117.
- Comte-Sponville A. (2004), Le capitalisme est-il moral?, Albin Michel, Paris.
- Dominique Wolf et Fabrice Mauléon, Le management durable, édition Science.

- Drucker, P. 1998. The Discipline of innovation. Harvard Business Review. November-December :213-219.
- Dupuy J.-P. (1992), Introduction aux Sciences Sociales : Logiques des phénomènes collectifs, Ellipses, Paris.
- Freeman R. E. (1984), Strategic Management : a Stakeholder Approach, Pitman, Boston.
- Fryxell G.E. et Wang J. (1994), The Fortune Reputation Index: Reputation for What? Journal of Management, 20, 1-14.
- Gabriel P. (2004), Acceptation et diffusion internationale d'une innovation technologique : l'analyse conventionnaliste appliquée à la biotechnologie végétale, Revue Française de Gestion, 151, juin/juillet, 31-49.
- Gabriel P. et Cadiou C. (2005), Responsabilité sociale et environnementale, légitimité et modes de gouvernance des entreprises, Revue des Sciences de Gestion, 211, à paraître.
- Gabriel P. et Gabriel P. (2004), Diffusion du principe de développement durable dans le monde des affaires : Application d'un schéma conventionnel, Revue Française de Gestion, 30, 152, septembre/octobre, 199-213.
- Handelman J. et Arnold S. (1999), The Role of Marketing Actions with a Social Dimension: Appeals to the Institutional Environment, Journal of Marketing, 63, 3, 33-48.
- Knight, F.H. (1921) Risk, Uncertainty and Profit (New York: Harper).
- Moez Ben Yedder et Férid Zaddem « La Responsabilité Sociale de l'Entreprise (RSE), voie de conciliation ou terrain d'affrontements? », Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail, vol. 4, n° 1, 2009, p. 84-103.

- OCDE (1998), Développement durable: un effort renouvelé de l'OCDE, Policy Brief, n°8 Orléan A. (1994), Economie des Conventions, A. Orléans (dir), PUF, Paris.
- OCDE, Perspectives de l'OCDE sur les PME et l'entrepreneuriat, édition OCDE, 2005.
- Patrick d'Humières, Le Développement Durable, éditions d'organisation.
- Saint-Sernin, E. Picavet, R. Fillieule, P. Demeulenaere (sous la dir.), coll. Sociologies, Paris, PUF, 21-49.
- Salmon, A. (2002), Ethique et ordre économique, CNRS éditions, Paris.
- www.Ademe.fr / développement durable/ entreprise.
- www.Ademe.fr / développement durable/ entreprise.
- www.sequovia.com
- www.businesslink.gov.uk موقع 1- Business Link المتحدة المملكة



Our Family Health Our Nation's Wealth

ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION

RESEARCHES and STUDIES

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

IN THIS ISSUE:

- DIFFERENTIALS OF UNMET NEED FOR CONTRACEPTION: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN ETHIOPIA AND EGYPT DURING 2000 AND 2005.
- IMPACT OF WOMEN STATUS ON CHILD HEALTH IN DJIBOUTI DURING (2002, 2006).
- DETERMINANTS OF SOCIO-ECONOMIC CAPABILITY OF DISABLED PERSONS IN TANZANIA 2008



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

Volume VI - 15th Issue - January 2013

Scientific committee

(in alphabetical order)

Prof. Abdallah Zidane Allak

Professor of Operations Research, Chairman of the Council of Administration, Service of Statistics and Census, **Libya**.

Dr. Abdel Aziz Farah

Expert in Population and Development Strategies, **Sudan**.

Prof. Abdulbari Bener

Advisor to WHO, Prof of Epidemiology, University of Manchester, **UK**.

Dr. Adel El Taguri

Expert in child health and nutrition, Centre de Recherche en Nutrition Humain, France, **Libya**

Mr. Ahmed Abdennadher

Director of Research Center on Population and Reproductive Health, (ONFP), **Tunisia**.

Dr. Ahmed Abdelmonem

Director of PAPFAM, expert of Demographic and Health Studies, Arab League, **Egypt**.

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**.

Prof. Assia Cherif

Professor in, L'Ecole Nationale Supérieure en Statistique et en Economie Appliquée, **Algeria**.

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, Cairo Demographic Centre, **Egypt**.

Embassador Faeqa Saeed Al Saleh

Arab League Assistant Secretary General for Social Affairs. **Bahrain**.

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

Prof of Demographic and Social Studies, 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

Nevin Wanis

**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 – 27383634**

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 |
|--|--------------|
| - Differentials of Unmet Need for Contraception: A Comparative Study between Ethiopia and Egypt During 2000 and 2005. | |
| Mona Tawfik Yousif,..... | 1-26 |
| - Impact of Women Status on Child Health in Djibouti During (2002, 2006). | |
| Nima Abdourahman Omar..... | 27-56 |
| - Determinants of Socio-Economic Capability of Disabled Persons in Tanzania 2008. | |
| Abdul-Majid Jecha Ramadhan,..... | 57-92 |

Deposit Number:

M 06/ Periodic 01 (2013)/ N- 15 (0495)

Differentials of Unmet Need for Contraception: A Comparative Study between Ethiopia and Egypt During 2000 and 2005.

Mona Tawfik Yousif¹

ABSTRACT

This paper attempts to study the recent levels and trends of the unmet need for spacing, limiting, and contraceptive prevalence rate by selected socio-economic and demographic background characteristics in Ethiopia and Egypt, and also examines the underlying factors of unmet need for family planning among Ethiopian and Egyptian women.

The study seeks also to estimate the correlates of unmet need for spacing and limiting by selected socio-economic and demographic background characteristics of the Ethiopian and Egyptian women; and to identify factors those have significant effects on unmet need for spacing and limiting in the 2 countries.

Unmet needs of contraception is a powerful concept for designing family planning programs and has important implications for future population growth .there were negative relationship between women's age, education level and level of unmet need for spacing and limiting .

Study recommended that family planning program needs to be more strengthened, with particular concentration on counseling and expanding Information, Education and Communication services to young women, to inform them about the alternatives to a small family.

Communication strategies should target men to inform and educate them about the alternatives to a small family and encourage spousal communication on reproductive matters.

Key words: Levels, Trends, Unmet needs, Spacing, Limiting, Contraceptive, Prevalence, Family Planning, Socio-Economic, Demographic, background, Egypt, Ethiopia.

¹PhD, Cairo Demographic Center, Egypt, mona_ty61@yahoo.com

I- INTRODUCTION

1.1 Rational of the Study

Family planning has been considered as an effective way to improve the health of mother and child and enables couple to decide freely and responsibly the number and spacing of their children. Family planning has also important implications in population dynamics. Many women in developing countries use family planning methods to prevent unwanted and unplanned pregnancies.

The gap between women's reproductive goals and their contraception prevalence has received considerable attention. Information on women who want no more children or who want to space the birth of their next child and do not use family planning methods is important for national family planning strategies and programmes. Ultimately, identifying and meeting the unsatisfied demand for family planning will reduce unwanted pregnancies, improve the health of women and children and attain national demographic goals that involve curbing rapid population growth (Aurora and Palmore, 1997). In short, unmet need can be defined as the women who want no more children but don't use any contraceptive.

Information on unmet need can potentially enable family planning programme managers to better targeting their programmes to the under-served population, improving the quality and accessibility of family planning services in a cost-effective manner. Over the years, there has been considerable debate regarding the concept of unmet need for family planning among women of reproductive age.

This study is mainly a comparative study between Ethiopian women (Eastern Africa) and Egyptian Women (Northern Africa), and the criteria behind selecting Ethiopia to be compared with Egypt is that the population size is nearly the same in both countries, i.e.77.8 and 73.4 millions at mid 2007 for Ethiopia and Egypt respectively and population density per square kilometer is nearly the same for both countries, but there is a discrepancy between total fertility rate, growth rate, births per thousand population, deaths per thousand population, percentage of women ages (15-49), and percentage of women giving birth by age 18; which are higher for Ethiopian

women (15-49) than Egyptian women; but Egypt has a higher life expectancy, GNI (PPP) per capita, and unmet need (*PRB, 2007*).

1.2 Objectives of the Study

This study aims to examine the underlying factors of unmet need for family planning among Ethiopian and Egyptian women. In particular, the study seeks to accomplish the following objectives:

- 1) to examine the recent levels and trends of the unmet need for spacing, limiting, and contraceptive prevalence rate in Ethiopia and Egypt;
- 2) to estimate the correlates of unmet need for spacing and limiting by selected socio-economic and demographic background characteristics of the Ethiopian and Egyptian women;
- 3) to identify factors those have significant effects on unmet need for spacing and limiting in Ethiopia and Egypt.

1.3 Data Sources

The main sources of data for the study are drawn from the Ethiopian and Egyptian Demographic and Health Survey of 2000 and 2005.

1.4 Methodology

The analysis is based on both descriptive and in-depth analysis. The levels and background characteristics of unmet need and total demand for contraception will be studied using simple descriptive statistics. It includes percentages, cross tabulations, and Chi-square test.

In order to have much more about the effect of socioeconomic and demographic variables on the unmet need and total demand of contraception, a statistical analysis will be used through applying multinomial logistic regression model.

1.5 Background of the Countries

Some general geographic, economic and demographic backgrounds of the countries selected by this study are precisely presented as follows:

ETHIOPIA: Ethiopia is situated in the Horn of Africa with great geographical diversity. It is bordered with Eritrea, Djibouti, Somalia, Kenya and Sudan, the total area of the country is about 1.1 million square kilometers, it is structured administratively into nine regional states and it is one of the least urbanized counties in the world. Female life expectancy is two years higher than male life expectancy and over the decade, life expectancy for both sexes did not improve. It is an agrarian country, and the majority of population lives in the highland area of the country, and the main occupation of the settled population is farming. It is one of the least developed countries in the world. Ethiopia is predominantly characterized by very young population where 48% are less than 15 years, a feature of population with high fertility level. Forty-nine percent of the population is in the age group 15-64 and about 4% are over 65, with median age at first marriage for women is 16.1 and for men is 21.2 (*Ethiopian and Demographic Health Survey, 2005*).

EGYPT: Egypt is located on the northeast corner of the African continent. It is bordered by Libya to the west, Sudan to the south, the Red Sea to the east, and the Mediterranean Sea to the North. It has the most densely settled population, the total area covers approximately one million square kilometers, much of the land is desert and only 6 percent of Egypt's area is inhabited. Administratively it is divided into 6 regions with 26 governorates. The country's economic growth has accompanied by improvements in a number of human development indicators. Egypt is somewhat characterized by young population where 34% are less than 15 years. Nearly 62% of the population is in the age group 15-64 and about 4% are over 65, with median age at first marriage for women is 21.3 (Egyptian and Demographic Health Survey, 2005).

1.6 Literature Review

Dixon-Mueller and Germain (1992) argue that the full extent of family planning need is not identified under the standard formulation, which assumes that the need is fully met, irrespective of whether the method of contraception is effective or ineffective, and appropriate or inappropriate.

In the ICPD Programme of Action, unmet need for family planning receives explicit mention as a core rationale for population programs, and the document goes on to say: "Governmental goals for family planning

should be defined in terms of unmet needs for information and services.... All countries should, over the next several years, assess the extent of national unmet need for good-quality family-planning services..." (*United Nations 1994: paragraphs 7.12 and 7.16*).

Bongaarts and Bruce (1995) recommend providing "access with quality" as the main program response. They emphasize improving people's knowledge of contraception and its side effects and involving men more. They also urge that programs should pay more attention to the special needs of unmarried youth, who were excluded from most measurements of unmet need and from most family planning program activities. They conclude that "programs can be more successful if they reach beyond the conventional boundaries of service to operate on the cultural and familial factors that limit voluntary contraceptive use".

The National Commission on Population, (NCP, India, 2000), set out a framework for integrated service delivery of reproductive health services at various levels within which the demand for contraceptive products and services would be met as fully as possible with sensitivity to economic realities and the cultural context. In doing so, two policy objectives were considered. The immediate objective aimed at addressing the unmet need for contraception, health infrastructure, health personnel and providing integrated service delivery for basic reproductive and child health. The intermediate objective aimed at bringing the total fertility rates to replacement levels all over the country through vigorous implementation of intersectorial operational strategies. The emphasis was on the convergence of effort across sectors in order to satisfy need for contraceptive products and services. Steps for meeting unmet need for contraception would be a critical component of such convergence. While unmet need has been an evolving concept for family planning programs it can only complement ongoing programs that provide service and information to current users and cannot be a substitute for them. Unmet need was conceptually identified as a separate category within family planning services in order to focus on such married women whose attitudes resemble those of contraceptive users but whose practices do not. Reasons why they do not practice may be due to fertility related or method related reasons or due to opposition from husband

or family or inability of the program. Removal of such impediments will increase contraceptive use and lead to faster fertility control. Interventions to meet unmet need should not be viewed as an isolated vertical program component within the reproductive and child health services program. Instead they should be seen as an integral part of delivery of basic RCH.

Ashford et.al. 2003, in their study reveal that the level of unmet need for Africa is the highest of all. Among African countries, Sub-Saharan Africa has the highest level of unmet need, in a way that in some countries one married woman in every three has an unmet need. In most of these countries the proportion of unmet need is even more than contraceptive prevalence.

O. Odumosu et.al. 2005, studied the unmet need for contraception in Urban Nigeria and argued that, proximity to family planning clinic is a major factor affecting unmet need. At present, the approach of waiting for the clients to come to the family planning service points may not effectively reach the needs of the poor, who feel inferiors due to lacking appropriate clothing to wear to the clinic or the perceived imagination of how very neat health workers would ill-treat them. For the very poor therefore, other strategies may have to be developed. The researchers also concluded that, informal education in family planning with more in-depth focus should begin about an improvement in the uptake of contraception for the general population, and specifically for those with unmet need for limiting childbearing.

1.7 Organization of the Study

This paper is organized in four Sections. The introductory one provides the objectives, the methodology, and the sources of data. Second Section includes the estimates of unmet need, levels and trends of unmet need and demand for contraception. This section also investigates the effect of some socio demographic background characteristics on unmet need for spacing and limiting of contraception among currently married women in Ethiopia and Egypt during the period 2000-2005. Section three contains the determinants of unmet need for family planning. It includes the proper in-depth statistical analysis by using logistic regression model. Finally, the fourth section is devoted to present the summery of the main findings and recommendations.

II: LEVELS, PATTERNS AND DIFFERENTIALS OF UNMET NEED OF CONTRACEPTION

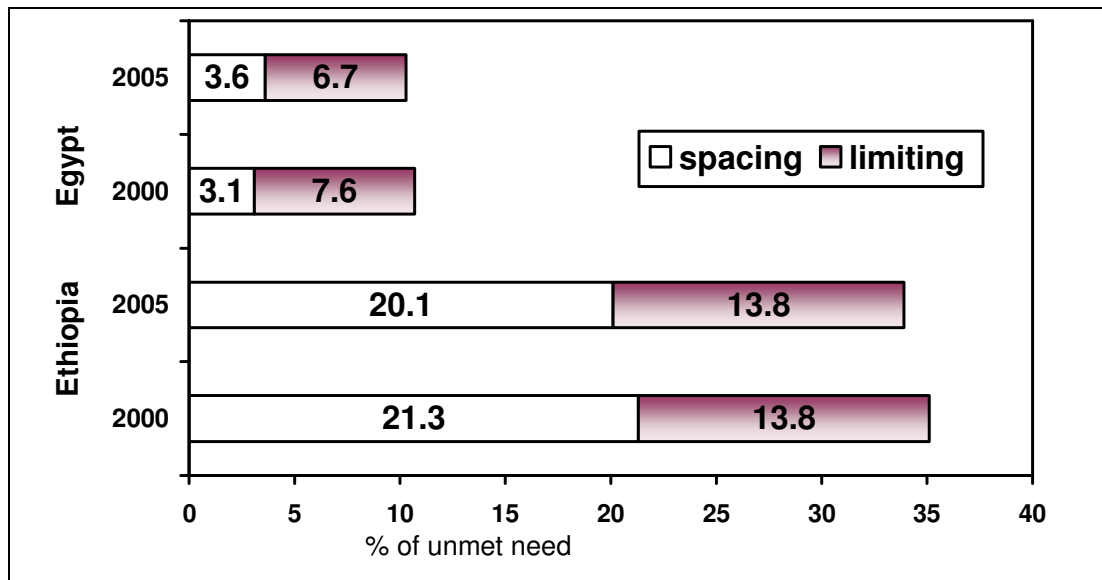
The term "unmet need of contraception " is conventionally defined as the percentage of currently married women of reproductive age who do not want additional children and yet are not practicing contraception (Westoff, C.F, 1988). The existence of unmet need was first documented in developing countries in the late sixties after the collection of data on women's knowledge, attitudes and practices of contraception, and their reproductive intentions (*Westoff and Pebley, 1981*).

According to DHS definition "Unmet need for spacing includes pregnant women whose pregnancy was mistimed, amenorrheic women who are not using family planning and whose last birth was mistimed, and fecund women who are neither pregnant nor amenorrheic and who are not using any method of family planning and say they want to wait 2 or more years for their next birth. Also included in unmet need for spacing are fecund women who are not using any method of family planning and say they are unsure whether they want another child or who want another child but are unsure when to have the birth unless they say it would not be a problem if they discovered they were pregnant in the next few weeks. Unmet need for limiting refers to pregnant women whose pregnancy was unwanted, amenorrheic women whose last child was unwanted, and fecund women who are neither pregnant nor amenorrheic and who are not using any method of family planning and who want no more children. Excluded from the unmet need category are pregnant and amenorrheic women who became pregnant while using a method (these women are in need of a better method of contraception).

2.1 Levels and Trends of Unmet Need for Family Planning

The level of unmet need in Ethiopia is static for limiting but there is a constantly changing for spacing, in Egypt the level of the unmet need is changing steadily. Most countries follow the similar pattern as they move through the demographic transition from high to low fertility level. Figure (1) shows the levels of unmet need for both spacing and limiting components according to the results of the demographic and Health survey (2000, 2005) in Ethiopia and Egypt. The figure indicates a high level of unmet need in Ethiopia for contraception among currently married women in general. It reached 35.2 percent in 2000, and then declined by 1.4 points to reach 33.8 percent in 2005. Oppositely figure (1) indicates a lower level of unmet need in Egypt than Ethiopia, as it reached 10.7 percent in 2000 and then decline steadily to reach 10.3 percent.

Figure (1)
Levels of Unmet Need for Spacing, Limiting and Total Unmet Need, In Ethiopia and Egypt, (2000, 2005).



Source: Ethiopian and Egyptian Demographic Health Survey, 2000, and 2005

2.2 Unmet Need of Contraception According to the Background Characteristics of Women

The total unmet need has very slightly decline within five years in Ethiopia as it was 35.2 percent in year 2000 and declined only 1.4 point to be 33.8 percent in year 2005. In Egypt the total unmet need is third that of Ethiopia and it is steadily declining from 10.7 to 10.3 in years 2000 and 2005 respectively. Using χ^2 test for association of the background characteristics with the unmet need for contraception, it shows that all the background characteristics are highly significant with the unmet need at level 0.01.

- Age Differentials

Table (1) indicates the variations in the level of unmet need among currently married women with different background characteristics. Age of currently married women is a basic determining factor for the level of unmet need, particularly when it is confined only to women who want to terminate their childbearing. Generally, age shows a negative relationship with unmet need for spacing and a positive one with limiting. This indicates a

concentration of unmet need for spacing among younger women and for limiting among older women (*Chaudhury RH, 2001*).

Table (1) indicates that in Ethiopia 2000 and 2005 the total unmet need remained at the same level from age group 15-19 till age group 40-44. The highest level of unmet need was observed among the women of age group 30-34 in 2000 i.e. 38.3 percent, and in 2005 it was 38.2 percent among the women of age group 15-19. This level declined for the women of age group 45-49 to be 17.5 and 16.3 for years 2000 and 2005 respectively. Regarding Egypt 2000 and 2005 the total unmet need remained nearly at the same level from age 15-19 till age group 40-44. The highest level of unmet need was observed among women of age group 40-44 in 2000 i.e. 12 percent, and in 2005 it was 11.6 percent among the women of age group 25-29.

Table (1)
Percentage of Currently Married Women with Unmet Need of Contraception by Age in Ethiopia and Egypt for 2000, 2005.

| Age Group of Women | Ethiopia 2000 | | | Ethiopia 2005 | | |
|--------------------|---------------|-------|-------|---------------|-------|-------|
| | Space | Limit | Total | Space | Limit | Total |
| 15-19 | 32.8 | 4.1 | 36.9 | 30.1 | 8.2 | 38.2 |
| 20-24 | 31.5 | 6.2 | 37.7 | 28.8 | 5.6 | 34.4 |
| 25-29 | 28.2 | 8.7 | 36.9 | 25.3 | 10.5 | 35.8 |
| 30-34 | 20.8 | 17.5 | 38.3 | 20.9 | 15.0 | 35.9 |
| 35-39 | 13.6 | 21.9 | 35.5 | 16.8 | 20.6 | 37.4 |
| 40-44 | 9.6 | 27.3 | 36.9 | 6.9 | 25.8 | 32.7 |
| 45-49 | 3.2 | 14.3 | 17.5 | 1.5 | 14.9 | 16.3 |
| | Egypt 2000 | | | Egypt 2005 | | |
| 15-19 | 9.3 | 0.6 | 9.8 | 8.2 | 0.8 | 9.0 |
| 20-24 | 7.7 | 2.4 | 10.1 | 8.0 | 2.6 | 10.6 |
| 25-29 | 4.5 | 5.7 | 10.2 | 6.5 | 5.1 | 11.6 |
| 30-34 | 2.1 | 8.6 | 10.7 | 2.7 | 8.5 | 11.3 |
| 35-39 | 1.2 | 11.6 | 12.8 | 0.8 | 10.0 | 10.8 |
| 40-44 | 0.4 | 11.5 | 12.0 | 0.3 | 9.1 | 9.4 |
| 45-49 | 0.1 | 7.9 | 8.0 | 0.0 | 7.1 | 7.1 |

Source: Calculated by the researcher using, Ethiopian and Egyptian Demographic Surveys, 2000 and 2005.

The table indicates a negative relationship of unmet need for spacing with age of women for the data of 2000 & 2005 in Ethiopia and Egypt. Age group 15-19 shows the highest level of unmet need for spacing i.e. 32.8 and 30.1 percent in the years 2000 and 2005 in Ethiopia, while for the same age group in Egypt the highest level is 9.3 and 8.2 percent in years 2000 and 2005 respectively, declining trend was observed in the higher age groups. The unmet need for limiting shows a positive relationship with age of women in the same years as it reaches its peak among women in their late thirties and early forties where it is 27.3 and 25.8 percent at the age 40-44 for the years 2000 and 2005 in Ethiopia. This situation is nearly the same for Egypt where its peak (11.6) among women in age group 35-39 and 40-44 for data of 2000 and 2005 respectively. These categories should be targeted and the family planning programs should focus the efforts on them to reduce unwanted pregnancy, consequently reducing high risk pregnancy in the late age and in turn reducing abortion and both maternal and infant mortality. Declining in unmet need for limiting at the age 45 years to 49 years is being observed. This is because many women in their late forties have become infecund and thus are no longer included in the unmet need.

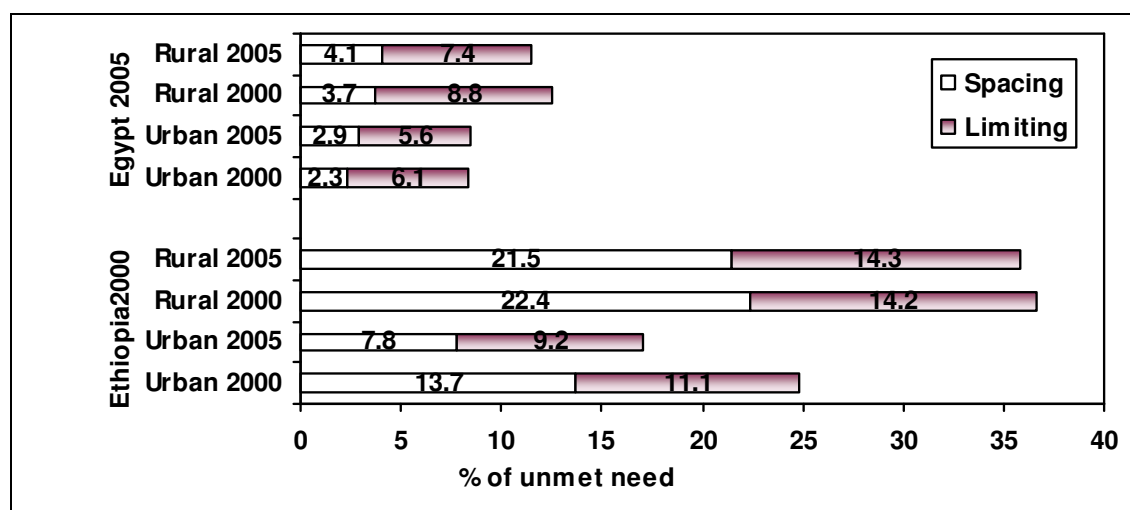
- Urban-Rural Type of Residence:

The unmet need for contraception is generally higher in rural than in urban areas. However, the results in figure (2) indicate remarkable difference between the two places of residence with regard to unmet need for limiting and for spacing in both surveys.

In Ethiopia, 2000 the total unmet need was 36.6 and 35.8 percent in rural areas compared to only 24.8 and 17 percent in urban. This trend continued in Egypt to be 12.5 and 11.5 percent in rural areas compared to only 8.4 and 8.5 percent in urban. This result may be attributed to the limited availability, accessibility, acceptability, and affordability of contraception in rural community as compared to the urban one. Moreover, use of contraception, depends on a group of social, psychological, biological and cultural factors.

In Egypt, the unmet need for spacing increased in urban from 2.3 percent in 2000 to 2.9 percent in 2005, however the same pattern for rural areas where it was 3.7 percent in 2000 and increases to 4.1 percent in 2005.

Figure (2)
Percentage of Currently Married Women with Unmet Need of Contraception
By Place of Residence in Ethiopia and Egypt for 2000, 2005.



Source: Calculated by the researcher using, Ethiopian and Egyptian Demographic Surveys, 2000 and 2005

- Educational Differentials:

Many studies have indicated that, better educated women have less unmet need than women with little education. This could be due to the fact that educated women are in a better position to be informed about various contraceptive methods and their availability as well as the greater accessibility of educated women to modern FP methods. (*O. Odumosu and et al, 2005*).

Table (2) presents the Levels of unmet need for spacing and limiting according to educational levels of currently married women, 2000 and 2005. The level of unmet need decreased with higher education and reached the level of 28.8 and 16.9 percent in Ethiopia comprising 20.1 and 10.2 percent for spacing and 8.7 and 6.7 percent for limiting for data of 2000 and 2005 respectively. In Egypt 2000 and 2005, the pattern differ slightly as it increased from 2000 to 2005, where for secondary level and above it is 7.4 and 8.6 percent comprising 3.8 and 4.1 percent for spacing while 3.8 and 4.5 percent for limiting.

The data in both countries of 2000 and 2005 revealed that unmet need among those women who had no education was high i.e. 20.5 and 19.7 percent for spacing and 14.2 and 14.8 percent for limiting in Ethiopia, as it is the same pattern in Egypt i.e. 2.9 and 3.3 percent for spacing and 10.4 and 12.9 percent for limiting for data of 2000 and 2005 respectively.

Table (2)
Percentage of Currently Married Women with Unmet Need of Contraception
By Mother's Education in Ethiopia and Egypt for 2000, 2005.

| Mother's Education | Ethiopia 2000 | | | Ethiopia 2005 | | |
|--------------------|---------------|-------|-------|---------------|-------|-------|
| | Space | Limit | Total | Space | Limit | Total |
| No education | 20.5 | 14.2 | 34.7 | 19.7 | 14.8 | 34.5 |
| Primary | 27.8 | 13.4 | 21.2 | 25.7 | 11.3 | 27.0 |
| Secondary+ | 20.1 | 8.7 | 28.8 | 10.2 | 6.7 | 16.9 |
| | Egypt 2000 | | | Egypt 2005 | | |
| No education | 2.9 | 10.4 | 13.3 | 3.3 | 9.6 | 12.9 |
| Primary | 2.2 | 9.5 | 11.7 | 2.4 | 7.6 | 10.0 |
| Secondary+ | 3.6 | 3.8 | 7.4 | 4.1 | 4.5 | 8.6 |

Source: Calculated by the researcher using, Ethiopian and Egyptian Demographic Surveys, 2000 and 2005

- Number of Surviving Children:

Desired number of children creates the need for contraception to terminate childbearing. As a result, it is assumed that in high fertility societies the unmet need increases with increase in the number of living children. Desire for more children is strongly associated with age and number of living children (*Rafiqul Huda Chaudhur, 2001*).

Table (3)
Percentage of Currently Married Women with Unmet Need of Contraception
By Number of Living Children in Ethiopia and Egypt for 2000, 2005.

| No. of Living Children | Ethiopia 2000 | | | Ethiopia 2005 | | |
|------------------------|---------------|-------|-------|---------------|-------|-------|
| | Space | Limit | Total | Space | Limit | Total |
| 0 | 17.1 | 3.6 | 20.7 | 18.4 | 4.5 | 22.9 |
| 1 | 27.5 | 4.4 | 31.9 | 23.8 | 5.4 | 29.2 |
| 2 | 28.8 | 7.3 | 36.1 | 24.2 | 6.3 | 30.5 |
| 3 | 25.8 | 10.8 | 36.6 | 24.9 | 10.7 | 35.6 |
| 4 | 20.7 | 16.2 | 36.9 | 21.7 | 13.5 | 35.2 |
| 5 | 13.7 | 26.9 | 40.6 | 14.2 | 24.6 | 38.8 |
| | Egypt 2000 | | | Egypt 2005 | | |
| 0 | 2.1 | 0.4 | 2.5 | 2.6 | 0.2 | 2.6 |
| 1 | 9.2 | 0.9 | 10.1 | 9.3 | 1.1 | 10.4 |
| 2 | 4.3 | 4.4 | 8.7 | 5.3 | 5.7 | 11.0 |
| 3 | 1.9 | 7.9 | 9.8 | 2.3 | 7.5 | 9.8 |
| 4 | 1.4 | 9.8 | 11.2 | 1.0 | 9.4 | 10.4 |
| 5 | 0.8 | 15.6 | 16.4 | 0.7 | 13.4 | 14.1 |

Source: Calculated by the researcher using, Ethiopian and Egyptian Demographic Surveys, 2000 and 2005

Table (3) reveals that there is a slight decline between 2000 and 2005 nearly about 2 points among currently married women with unmet need according to the number of surviving children. Also in both countries and surveys unmet need has a positive relationship with the number of living children. In Ethiopia those women who had no children were at the lowest level of unmet need i.e. 20.7 and 22.9 percent, in 2000 and 2005 respectively, comprising 17.1 and 18.4 percent for spacing and for limiting 3.6 and 4.5 percent. An increasing trend of total unmet need was observed among those women who had 5 children and more with a level of 40.6 and 38.8 percent unmet need, comprising 13.7 and 14.2 percent for spacing and for limiting 26.9 and 24.6 percent. The Egyptian women who had no children were at the lowest level of unmet need even than Ethiopian women i.e. 2.5 and 2.6 percent, in 2000 and 2005 respectively, comprising 2.1 and 0.2 percent for spacing and for limiting 0.4 and 2.6 percent. An increasing trend of total unmet need was observed among those women who had 5 children and more with a level of 16.4 and 14.1 percent unmet need, comprising 0.8 and 0.7 percent for spacing and for limiting 15.6 and 14.1 percent.

- Mother's Occupation:

In order to examine the impact of female participation in the labour force on the level of unmet need, a comparison has been made between economically inactive women and women who were working classified according to their occupation. Table (4) indicated that women who were not working and those who were working in agriculture, skilled and unskilled manual, and services had higher percentage of unmet need than those who were working as professional, technical, managers, and clerical in both countries for the data of 2000 and 2005.

In Ethiopia the percentage of total unmet need ranges between 33 and 37 for those who were not working as well as those who were working as agricultural, skilled and unskilled manual and services sector for the data of 2000 and 2005, while the percentage of those who were working as professional, technical, managerial and clerical ranged from 15 to 13 percent. The same pattern in Egypt for both data of 2000 and 2005, so special care of family planning programs should be given to those who were not working as well as those who were working in agricultural sector, services and skilled and unskilled manual.

Table (4)
Percentage of Currently Married Women with Unmet Need of Contraception
By Mother's Occupation in Ethiopia and Egypt for 2000, 2005.

| Mother's Occupation | Ethiopia 2000 | | | Ethiopia 2005 | | |
|--|---------------|-------|-------|---------------|-------|-------|
| | Space | Limit | Total | Space | Limit | Total |
| Not Working | 21.2 | 12.2 | 33.4 | 20.7 | 13.8 | 34.5 |
| Professional/Technical/ Managerial & Clerical | 8.8 | 6.2 | 15.0 | 5.9 | 6.8 | 12.7 |
| Agricultural | 22.2 | 15.3 | 37.5 | 19.9 | 15.8 | 35.7 |
| Skilled/Unskilled Manual | 20.4 | 12.2 | 34.4 | 19.2 | 11.6 | 30.8 |
| Services | 19.8 | 16.3 | 36.1 | 14.3 | 10.0 | 24.3 |
| | Egypt 2000 | | | Egypt 2005 | | |
| Not Working | 3.3 | 8.0 | 11.3 | 3.9 | 6.9 | 10.8 |
| Professional/Technical/ Managerial & Clerical | 2.4 | 3.9 | 6.3 | 2.2 | 4.7 | 6.9 |
| Agricultural | 1.2 | 8.0 | 9.2 | 3.1 | 9.2 | 12.3 |
| Skilled/Unskilled Manual | 0.9 | 10.5 | 11.4 | 2.1 | 5.7 | 7.8 |
| Services | 1.5 | 9.1 | 10.6 | 2.3 | 5.2 | 7.5 |

Source: Calculated by the researcher using, Ethiopian and Egyptian Demographic Surveys, 2000 and 2005

- Exposure to Family Planning Mass Media:

An index of exposure to family planning mass media was constructed from the three variables of the exposure to family planning program last month either watching it through TV or listening through radio or reading about it in the newspaper. However family planning mass media is an index of exposure to any kind of family planning mass media last month or not exposing. The index of exposure to mass media indicated that those who were exposed to any kind of family planning mass media had lower percentage of unmet need than those who were not exposed to any kind of family planning mass media last month.

Table (5)
Percentage of Currently Married Women with Unmet Need of Contraception
By Exposure to Family Planning Mass Media in Ethiopia and Egypt for 2000,
2005

| Exposure to Mass Media | Ethiopia 2000 | | | Ethiopia 2005 | | |
|------------------------|---------------|-------|-------|---------------|-------|-------|
| | Space | Limit | Total | Space | Limit | Total |
| No | 21.7 | 14.1 | 35.8 | 20.7 | 14.3 | 35.0 |
| Yes | 19.2 | 11.9 | 31.1 | 18.0 | 12.2 | 30.2 |
| | Egypt 2000 | | | Egypt 2005 | | |
| No | 3.7 | 13.8 | 17.5 | 3.0 | 8.0 | 11.0 |
| Yes | 3.0 | 7.4 | 10.4 | 3.7 | 6.5 | 10.2 |

Source: Calculated by the researcher using, Ethiopian and Egyptian Demographic Surveys, 2000 and 2005

Table (5) revealed that there were about five points difference between those who were not exposed and those who were exposed in Ethiopia i.e. 35.8 and 35 percent were not exposed for the data of 2000 and 2005 respectively comprising 21.7 and 20.7 percent for spacing and 14.1 and 14.3 for limiting; had declined to 31 and 32 percent for those who were exposed to family planning mass media last month in years 2000 and 2005, comprising 19.2 and 18 for spacing and 11.9 and 12.2 percent for limiting respectively. The same pattern is for Egypt as the difference between women who were not exposed and those who did was about seven points for the data in 2000 from 17.5 to 10.4 percent, while only a very small difference in 2005 from 11 to 10 percent.

- Wealth Index:

As the standards of living rise, women in different social and economic segments tend to exhibit dissimilar needs for contraception. Those at the top with good education and in employment develop more dimensions beyond reproductive desire. They generally take extra effort to ensure that their goals for a small family or for limiting births to levels considered sustainable by the couple have a high priority.

Table (6)
Percentage of Currently Married Women with Unmet Need of Contraception
By Wealth Index in Ethiopia and Egypt for 2000, 2005.

| Wealth Index | Ethiopia 2000 | | | Ethiopia 2005 | | |
|--------------|---------------|-------|-------|---------------|-------|-------|
| | Space | Limit | Total | Space | Limit | Total |
| Poorest | 21.4 | 15.2 | 36.6 | 20.1 | 13.0 | 33.1 |
| Poor | 20.4 | 17.1 | 37.5 | 24.3 | 13.5 | 37.8 |
| Middle | 13.4 | 8.6 | 22.0 | 21.4 | 15.4 | 36.8 |
| Rich | 8.4 | 6.5 | 14.9 | 21.2 | 15.0 | 36.2 |
| Richest | 11.5 | 13.5 | 25.0 | 12.4 | 11.6 | 24.0 |
| | Egypt 2000 | | | Egypt 2005 | | |
| Poorest | 3.7 | 9.0 | 12.7 | 5.1 | 9.0 | 14.1 |
| Poor | 3.4 | 7.4 | 10.8 | 3.7 | 7.8 | 11.5 |
| Middle | 3.4 | 7.7 | 11.1 | 4.0 | 6.6 | 10.6 |
| Rich | 3.1 | 7.8 | 10.9 | 3.2 | 5.1 | 8.3 |
| Richest | 2.8 | 7.9 | 10.7 | 2.1 | 5.3 | 7.4 |

Source: Calculated by the researcher using, Ethiopian and Egyptian Demographic Surveys, 2000 and 2005.

Table (6) presents that in both countries for the data of 2000 and 2005, unmet need has a negative relationship with the wealth index. An increased trend of total unmet need was observed among those women who were living in the poorest quintile with a level of 36.6 and 33.1 percent unmet need, comprising 21.4 and 20.1 for spacing and 15.2 and 13 percent for limiting in Ethiopia respectively. The same pattern was observed in Egypt,

the trend of total unmet need was observed among women who were living in the poorest quintile i.e. 12.7 and 14.1 percent, comprising 3.7 and 5.1 for spacing and 9 for limiting for data of 2000 and 2005.

III. LEVELS AND TRENDS OF SATISFACTION IN MEETING TOTAL DEMAND FOR CONTRACEPTION

Satisfaction in meeting total demand of family planning is an estimate, which provides a measure of the success achieved by the family planning programme in meeting the demand for contraception while reminding the programme managers of their unfinished task of meeting the need of those whose demand for contraception still remains unrealized.

Table (7) shows the extent to which the total demand for contraception was being satisfied in Ethiopia and Egypt during the period 2000 and 2005. Demand satisfied is estimated by dividing the contraceptive prevalence rate by the sum of the total unmet need and prevalence rate of contraception. The estimate will provide a measure of the success achieved by the family planning programme in meeting the demand for contraception.

Table (7)
Percentage of Currently Married Women
with Contraceptive Demand Satisfied in Ethiopia and Egypt, (2000 – 2005).

| Need for Family Planning | Ethiopia | | Egypt | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2000 | 2005 | 2000 | 2005 |
| Unmet need of Contraception | | | | |
| Spacing (A) | 21.3 | 20.1 | 3.1 | 3.6 |
| Limiting (B) | 13.8 | 13.8 | 7.6 | 6.7 |
| Total (C) | 35.1 | 33.9 | 10.7 | 10.3 |
| Current Use | | | | |
| Spacing (D) | 3.7 | 6.7 | 11.4 | 12.4 |
| Limiting (E) | 4.4 | 8.0 | 44.7 | 46.8 |
| Total (F) | 8.1 | 14.7 | 56.1 | 59.2 |
| Total demand for contraception | | | | |
| Spacing (A+D) | 25.0 | 26.8 | 14.5 | 16.0 |
| Limiting (B+E) | 18.2 | 21.8 | 52.3 | 53.5 |
| Total (C+F) | 43.2 | 48.6 | 66.8 | 69.5 |
| Percentage of demand satisfied | | | | |
| Spacing $\frac{D}{A+D}$ (%) | 14.8 | 25.0 | 78.6 | 77.5 |
| Limiting $\frac{E}{B+E}$ (%) | 24.2 | 36.6 | 85.4 | 87.4 |
| Total $\frac{F}{C+F}$ (%) | 18.7 | 30.2 | 83.9 | 85.2 |

Sources: Ethiopian and Egyptian Demographic Health Survey 2000 and 2005.

The table indicates that about 18.7 percent of the total 43.2 percent demand was satisfied in Ethiopia for the data of 2000, while out of 30.2 percent of the total 48.6 percent was satisfied for 2005.

Table (7) shows that Egyptian women had higher demand for contraception than those women of Ethiopia, about 84 percent of the total 67 percent demand was satisfied in Egypt 2000, and out of 85.2 percent of the total 70 percent was satisfied in year 2005.

Low demand for contraception was recorded in 2000 and 2005 in Ethiopia, Increasing trend in level of demand indicates rising trend in contraceptive use and indications for more awareness of family planning in Ethiopia in future.

IV. DETERMINANTS OF UNMET NEED

4.1 Introduction:

For better understanding of the socio-economic and demographic determinants of unmet need, it is necessary to look at all covariates of unmet need in a multivariate perspective. The influence of the determinants has separately been analyzed in two models, the first model for those women having unmet need for spacing, and the second model for those women having unmet need for limiting. Logistic regression will be suitable in this situation as an appropriate statistical model because the logistic function, on which the model is based, provides estimates that lie in the range between zero and one (*David G.Kleinbaum*).

The logistic regression model may be stated in terms of log odds ratios of an event occurring. The term odds ratio refers to the ratio of probability of occurrence of specific event to the probability of its nonoccurrence. The odds ratio below "1" means a negative effect of an independent variable; an odds ratio above "1" means a positive effect.

- Response Variable

In this analysis two binary logistic regression models have been used. The response variable for the first model has two categories: when the woman responds to the interviewer of the survey that she wants spacing of two years or more for her next childbearing but not using contraceptives, the variable takes the value "1" and "0" otherwise. The response variable for the second model has also two categories: when an eligible woman reports that she wants limiting childbearing and not using contraceptives the variable takes "1" and "0" otherwise.

- Explanatory Variables

The independent variables included in the analysis, their categorization, and their expected influence on the risk of having unmet need are summarized in table (8) below:

Table (8)
Variable Labels in the Logistic Regression Model of Unmet Need of Contraception for Spacing and Limiting, Ethiopia and Egypt (2005).

| Variable Name & Abbreviation | <i>Description</i> |
|-------------------------------------|---|
| Dependent Variable | |
| Unmet Need | |
| First Model Y (Spacing) | No unmet need = 0 (RC) Unmet need for spacing =1 |
| Second Model Y (Limiting) | No unmet need = 0 (RC) Unmet need for limiting =1 |
| Independent Variables | |
| Current Age X1 | Continues Variable (Single Years) |
| Number of living children X2 | Continues Variable (Single Years) |
| Place of Residence X3 | Urban=0 (RC) Rural=1 |
| Woman's Educational Level X4 | No education=1, otherwise=0 (RC) Primary=1, otherwise=0 Secondary=1, otherwise=0 High Education=1, otherwise=0 |
| Woman's Work Status X5 | Not Working =0 (RC) Working =1 |
| Mass media exposure X6 | Not exposed=0 (RC) Exposed =1 |
| Wealth Index X7 | Poorest = 1 otherwise=0 (RC) Poorer = 1 otherwise=0 Middle = 1 otherwise=0 Richer = 1 otherwise=0 Richest = 1 otherwise=0 |

• (RC): Reference Category

Source: Calculated from data of Ethiopia and Egypt (2000 and 2005).

4.2 Determinants of Unmet Need for Contraception for Spacing and Limiting in Ethiopia and Egypt

In order to observe the unmet need for spacing, table (9) presents the logistic regression results of the likelihood of women having the risk of unmet need for spacing and limiting. The analysis indicates that the model

for spacing in Ethiopia correctly classified 71.1% of the cases, while in Egypt the model correctly classified 94.4% of the cases. On the other side the model for limiting correctly classified 77.5% of the cases in Ethiopian and 89.6% in Egypt. Following are the results of the most important determinants:

Woman's current age has shown a negative impact on unmet need for spacing, i.e. the increase in age of women by one year are 28% and 33.5% less liable to the risk of unmet need for spacing in Ethiopia and Egypt respectively; while it has shown a positive association with unmet need for limiting in both countries.

Number of living children has shown a negative impact on unmet need for spacing. The table reveals that the increase in number of living children for women by one child will decrease the odds ratio for spacing group by 11 percent in Ethiopia and by 47 percent in Egypt; while it has shown a positive association with unmet need for limiting in both countries.

Place of residence has shown a positive impact on unmet need either for spacing or limiting, as women who reside in rural areas are more likely to be exposed to the risk of spacing by 2.3 times and 1.3 time in Ethiopia and Egypt respectively, and also more liable to the risk of limiting by one and half time and 1.2 time either in Ethiopia or in Egypt.

Educational level of a woman has shown a positive impact on unmet need for spacing in Ethiopia, women with primary and secondary education are more likely to be exposed to the risk of spacing by 3.1 and 2.6 times respectively than those women with no education, while there is no significant association between higher education and unmet need for spacing, which indicates that women in Ethiopia have younger age at first marriage and exposed to childbearing in lower level of education. In Egypt there is no significant association between primary education and unmet need for spacing, while there is a negative impact with secondary and higher education, i.e. women with secondary and higher education are less liable to the risk of unmet need of spacing by 41% and 33% respectively than those women with no education.

Also the table reveals that there is no significant association between educational level and unmet need for limiting in Ethiopia. The reverse for Egypt, as the educational level of the women has shown a positive impact on unmet need for limiting, women with primary educational level are more liable to the risk of limiting by 2.5 times followed by the secondary level of education by 1.8 times and lastly the women with higher level of education by 1.5 times than those women with no education.

Table (9)
Logistic Regression Results of Unmet Need for Spacing and Limiting,
in Ethiopia and Egypt (2005).

| Variables | | Beta | Odds Ratio | Beta | Odds Ratio |
|--------------------------------|--|-------------------------|------------|----------------------|------------|
| Overall Classification | | Ethiopia (71.1%) | | Egypt (94.4%) | |
| Unmet Need for Spacing | Constant | -1.925 | . | -.334 | |
| | Woman's Current Age | -.330** | 0.719 | -.405** | 0.667 |
| | Number of Living Children | -.110** | 0.895 | -.632** | 0.532 |
| | Place of Residence: Urban (RC) | | | | |
| | Rural | .870 | 2.387 | .240* | 1.271 |
| | Woman's Educational Level: No Education (RC) | | | | |
| | Primary | 1.153* | 3.167 | -.203 | 0.816 |
| | Secondary | .973* | 2.645 | -.529* | 0.589 |
| | Higher | .402 | 1.495 | -.391* | 0.677 |
| | Women's Work Status: Not Working (RC) | | | | |
| | Working | -.232* | .793 | -.275* | 0.760 |
| | Mass Media Family Planning Exposure: Not Exposed (RC) | | | | |
| | Exposed to mass media | -.242* | .785 | .018 | 1.018 |
| | Wealth Index: Poorest Quintile (RC) | | | | |
| | Poorer quintile | 1.016** | 2.762 | .909** | 2.482 |
| Middle quintile | .888** | 2.430 | .408* | 1.504 | |
| Richer quintile | .449** | 1.566 | .414* | 1.513 | |
| Richest quintile | .361* | 1.435 | .230 | 1.258 | |
| Overall Classification | | Ethiopia (77.5%) | | Egypt (89.6%) | |
| Unmet Need for Limiting | Constant | -4.002 | | -3.958 | |
| | Woman's Current Age | .205** | 1.227 | .096** | 1.101 |
| | Number of Living Children | .192** | 1.212 | .158** | 1.171 |
| | Place of Residence: Urban (RC) | | | | |
| | Rural | .417* | 1.517 | .240* | 1.272 |
| | Woman's Educational Level: No Education (RC) | | | | |
| | Primary | .639 | 0.158 | .952** | 2.590 |
| | Secondary | .427 | 0.348 | .635** | 1.887 |
| | High | .193 | 0.673 | .496** | 1.641 |
| | Women's Work Status: Not Working (RC) | | | | |
| | Working | -.157* | 0.855 | -.113 | 0.893 |
| | Mass Media Family Planning Exposure: Not Exposed (RC) | | | | |
| | Exposed to mass media | -.432** | .649 | -.140 | 0.870 |
| | Wealth Index: Poorest Quintile (RC) | | | | |
| | Poorer quintile | .400* | 1.492 | -.036 | 0.964 |
| Middle quintile | .251 | 1.285 | -.148 | 0.862 | |
| Richer quintile | .356* | 1.427 | -.195 | 0.822 | |
| Richest quintile | .269* | 1.309 | -.201 | 0.818 | |

** Highly significant (P<0.001), * Significant (P<0.01), Insignificant (P>0.05)

Source: Calculated from Ethiopian and Egyptian Demographic and Health Survey, 2005.

Working Status of a woman has a negative significant influence on unmet need for spacing in Ethiopia and Egypt. The result indicates that women who are working are less liable to the risk of spacing by 20.7% and 24% than those who are not working. Table (11) reveals no significant association between work status and unmet need for limiting in Egypt, but there is a negative significant influence on unmet need for limiting in Ethiopia, as women who are working are less liable to the risk of limiting by 14.5% than those who are not working.

Mass Media Family Planning Exposure has no significant effect on Egyptian women for both unmet need for spacing or limiting, but there is a negative significant influence on unmet need for spacing and limiting in Ethiopia. Women who exposed to family planning mass media are less liable to the risk of unmet need for spacing and limiting by 21.5% and 35% respectively than those who are not exposed to family planning mass media.

Wealth Index has shown a positive significant effect on unmet need for spacing in both countries except the richest quintile in Egypt has no significant effect on unmet need for spacing, i.e. the poorer, middle, richer and richest quintiles are more likely to be exposed to the risk of spacing by 2.7, 2.4, 2.5 and 1.4 times respectively than the poorest quintile respectively. It is not the same for unmet need for limiting as there is not significant association between wealth index and unmet need for limiting in Egypt and the reverse in Ethiopia, as there is positive significant impact of the wealth index and unmet need for limiting except for the middle quintile.

V. CONCLUSION

5.1 Conclusion

In this study, an attempt has been made to investigate some important aspects of unmet need of contraception among currently married women of reproductive age in Ethiopia and Egypt. Both bivariate and multivariate analyses have been undertaken to see the effect of factors influencing the unmet need of contraception. Following are the main findings, which were observed influencing unmet need of contraception in Ethiopia and Egypt:

› Unmet need of contraception is a powerful concept for designing family planning programs and has important implications for future population growth. Unmet need in Ethiopia is the highest (about 33.8

percent; comprising 20.1 percent for spacing and 13.8 percent for limiting) as compared to Egypt (10.3 percent; comprising 3.6 percent for spacing and 6.7 percent for limiting). This study has also focused on a variety of factors associated with unmet need for family planning in Ethiopia and Egypt. Attempts have been made to measure the levels and trends of satisfaction in meeting total demand of contraception.

► Unmet need for spacing declined in Ethiopia by 0.2 points from 21.3 to 20.1 percent as well as it also declined in Egypt by 0.5 points from 2000 till 2005; while the unmet need for limiting continued at a constant level in Ethiopia for the referring period (13.8), but in Egypt it declined by nearly one point (from 7.6 to 6.7 percent). As regards the trends, in the period 2000 and 2005, CPR increased nearly the double form 8.1% to 14.7% in Ethiopia and increased slightly in Egypt from 56.1 to 59.2%.

Demographic and socio-economic determinants of the unmet need are examined and identified by using a descriptive as well as a statistical analysis through a multinomial logistic regression analysis.

The effects of demographic and socio-economic differentials on unmet need have shown the following results:

► A clear relationship emerges between women's age and level of unmet need for spacing and limiting. There is a negative relationship of unmet need for spacing with age of women for the data of 2000 & 2005 in Ethiopia and Egypt, while the unmet need for limiting shows a positive relationship with age of women in the same years, where older women have greater unmet need for limiting that the younger women. The unmet need reached its peak among women in their late thirties and early forties where it is 27.3 and 25.8 percent at the age 40-44 for the years 2000 and 2005 in Ethiopia. And (11.6) among women in age group 35-39 and 40-44 for data of 2000 and 2005 respectively in Egypt.

► Unmet need for both spacing and limiting was substantially higher in rural areas than in urban areas. In Ethiopia the total unmet need was 36.6% and 35.8% in rural areas compared to only 14.8% and 17% in urban areas for years 2000 and 2005 respectively; while in Egypt it was 12.5% and 11.5% in rural areas compared to only 8.4% and 8.5% in urban areas for the same period.

‣ Women's education has indicated a negative relationship with unmet need. It means that better educated women tend to achieve their desired number of children through satisfying their needs of contraception.

‣ There is a positive relationship between the level of unmet need and the number of surviving children in both countries for years 2000 and 2005, the total unmet need, unmet need for spacing and limiting increased with the increase of the number of living children. Also women who were not working and those who were working in agriculture, skilled and unskilled manual, and services had higher percentage of unmet need than those who were working as professional, technical, managers, and clerical in both countries for the data of 2000 and 2005.

‣ There is a higher unmet need for spacing and limiting for women who did not exposed to family planning mass media than those who were exposed to any kind of family planning mass media last month.

‣ Women in different social and economic segments tend to exhibit dissimilar needs for contraception. There is an increased trend of total unmet need was observed among those women who were living in the poorest quintile, while those at the top (rich quintile), they generally take extra effort to ensure their goals for a small family.

‣ Results indicate there is a big gap in the satisfaction of the unmet needs demand between Egypt and Ethiopia. In Ethiopia about 19 and 30 percent of total potential (43 and 49 percent) demand of contraception was satisfied for years 2000 and 2005. In Egypt about 84 percent of total potential 67 percent in 2000 and 85 percent of 70 percent of the total potential demand for contraception was satisfied in 2005.

‣ Results based on the multinomial logistic regression (classification model) reveals that among six independent variables which classified the model correctly by 71.6% in Ethiopia, only three variable were emerged as the best predictors and have strongly significant effect on dependent variable unmet need (age of women, number of living children, and wealth index), while in Egypt the independent variables classified the model correctly by 83.2%, but only five variables were emerged as the best predictors and have a significant effect of the dependent variable (age of women, number of living children, educational level, working status and wealth index have significant effect on unmet need for.

5.2 Policy Implications

In view of the above findings, the following are the potential policy implications:

➤ Considering the positive relationship of unmet need and both women's age and number of surviving children, special attention should be given to those groups of the target population who are of immediate need for contraception and provide them with the appropriate knowledge, methods and quality services.

➤ Considering the needs for contraception among a considerable proportion of currently married women which have not been met, family planning program needs to be more strengthened, with particular concentration on counseling and high quality of services. In addition, door-step services are required to be provided.

➤ Greater emphasis should be placed on improving and expanding Information, Education and Communication services to young women, rural women, women who are working in agricultural sector, and women with little or no education. Communication strategies should target men to inform and educate them about the alternatives to a small family and encourage spousal communication on reproductive matters.

➤ Policies should be directed for Ethiopian women to increase age at first marriage, as well as to reduce her reproductive span.

REFERENCES

- Ashford, L. (2003), "The Unmet Need for Family Planning: Recent Trends and their Implications for Programs" Population Reference Bureau, Washington DC., USA.
- Bongaarts, J. & Bruce, J. (1995), *The Causes of Unmet Need for Contraception and The Social Content of Services*, Studies in Family Planning 26(2):57-75.

- Casterline, J.B. and S.W. Sinding (2000). "Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy" Working Paper, No. 135.
- Chaudary, Rafiqul Huda (2001): "Asia Pacific Population Journal vol.16, No 13.
- Dixon-Mueller, R. and A. Germaine (1992): "Stalking the elusive 'unmet need' for family planning" *Studies in Family Planning* 23(5):330-35.
- EL-Zanaty, F. and Ann A. way, (2000), Egypt Demographic and Health Survey, 2000, MOHP & National Population Council (NPC), Egypt.
- EL-Zanaty, F. and Ann A. way, (2005), Egypt Demographic and Health Survey, 2005, MOHP & National Population Council (NPC), Egypt.
- Hosmer, D. W. & S. Lemeshow, (1989), Applied Logistic Regression, New York: John Wiley and Sons.
- ICPD (POA), (1994): "Report of the International Conference on Population and Development". Cairo, 5-13 Sep.1994, Doc. No. A, Paragraph 7.16, UN.
- John B. Casterline, EL- Zanaty F, EL-Zenini L O, (2003) "Unmet Need and Unintended Fertility; Longitudinal Evidence from Upper Egypt", *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29 (4):158-166.
- O. Odumosu, A. Ajala. E. Nelson (2005), "Unmet Need for Contraception among Married Men in Urban Nigeria, " In: *Reproductive Health Unmet Needs and Poverty*" .Susana Lerner & Eric Vilquin, Paris, 2005, Page 442.
- ORC Macro, (2000). Ethiopia Demographic and Health Survey, 2000, Central Statistical Authority, Addis Ababa, Ethiopia.
- ORC Macro, (2005). Ethiopia Demographic and Health Survey, 2000, Central Statistical Authority, Addis Ababa, Ethiopia.

- Population commission.nic.in/npp_intro.htm.National Commission on Population-pop. Policy, “Strategies to Address Unmet Needs for Contraception”, India, 2000.
- Westoff, C.F. & Pebley, A.R. (1981), *Alternative Measures of Unmet Need for Family Planning in Developing Countries*. International Family Planning Perspectives, 7(4):126-136.
- Westoff, C.F. (1995): Unmet Need 1990-1994 .DHS Comparative Studies No, 16(1) 123.

Impact of Women Status on Child Health in Djibouti During (2002, 2006)¹

Nima Abdourahman Omar²

ABSTRACT

This study examines the impact of women status on child health as well as its contribution on some socio-economic, demographic, and environmental factors in Djibouti during (2002, 2006).

The main objectives of this study are: the illustration of the socio-economic status of women, the exploration of the levels and trends of child health, the study of the impact of women status on child health, and the examination of child health determinants in Djibouti during 2002-2006.

The Study shows that both probabilities of infant and under five child mortality were high in 2002, but these rates have fallen down in 2006. The major factors that affect the incidence of diarrhea morbidity were education of mother.

The Study recommended that policy makers should improve child health and enhance its services. And Improving mother education and promoted awareness programs to aware of the needs of their children and life requirements.

Government should make child health services available and accessible for the whole country, especially in rural and remote areas; government should put strong and decisive strategies for child health services to the most effective and efficient way, and also the government with the cooperation of the international agencies should provide preventive measures like vaccines and vitamins to protect children against diseases.

Key words: Women, Status, Child Health, Socio-Economic, Demographic, Environmental, Factors, Determinants, Djibouti.

¹Demographic Researcher, Djibouti, nimahoussein@hotmail.fr.

² A Paper Submitted to the Demographic Center in Cairo in Partial Fulfillment for the Requirement of the award of General Diploma in Demography.

I- INTRODUCTION

Children health is the main components of the nation's wealth. Child survival, development and protection are a basic responsibility of the family, the community and the government. However, by their nature children are among the most vulnerable groups in any society, they are more susceptible to any serious disease that could threaten their lives or impair their normal growth.

The first five years of life constitute the most important stage of child's health and growth. In the developed countries more than 97% of children survive till the pre-school age. By contrast in many poor countries 20% to 25 % of children die before reaching their fifth birthday, resulting in an estimated 15 million death annually. (*UNICEF, 2006*).

In Djibouti the high incidence of disease and malnutrition among children appears to be a getting worse. Between 2002 and 2006 rate for various malnutrition indicator among children actually increased. Drought high food prices and limited economic options exacerbate the problem.

Women represent about half of any population, In addition to their responsibilities for family health and care; they are the main contributors to the society welfare as a whole. Neonatal tetanus is a major cause of death among newborns in most developing countries. Tetanus toxic injections given to the mother during pregnancy to protect both mother and child against this disease. To be fully protected, a woman should receive at least five doses of the vaccine during her life; however, if she has already been vaccinated, for example during a previous pregnancy, one additional dose is sufficient. (*WHO, 2005*).

1.2 Importance of the Study

In most countries children are among the most vulnerable group, they are most susceptible to any diseases that could threaten their lives or impair their normal growth.

Well as the child health in Djibouti is really pre-occupying in 2002-2006, the death rate was higher than other African countries. The problem is how to reduce child mortality and malnutrition and develop good child health service for all children.

Women issues, role and involvement in public life have gained great and increased concerns not only at the national level, regional level, global level but also for child health levels. (*WHO, 2005*).

There for it is important to examine the impact of changing in women status on child health and how to help in reducing the risk factors, improve the quality of children's life and increase level of their survivorships.

1.2 Objectives of the study

The aim of this research is to examine the impact of women status on child health as well as its contribution on some socio-economic, demographic, and environmental factors in Djibouti.

The main objectives of this study are:

- Illustrating the socio-economic status of women in Djibouti during 2002- 2006.
- Exploring levels and trends of child health in Djibouti during 2002-2006.
- Studying the impact of women status on child health in Djibouti during 2002- 2006. and
- Examining child health determinants in Djibouti during 2002-2006.

1.3 Methodology

The descriptive analysis has applied in this study to examine the prevalence of status of women and child health such as child mortality, morbidity and malnutrition. The descriptive analysis is demonstrated in levels and trends of infant and under five child mortality and immunization. Binary logistic regression was also applied to determine factors affecting child morbidity.

- **Logistic Regression**

Logistic regression is a mathematical modeling approach that can be used to describe the relationship of several X's to a dichotomous dependent variable; the logistic model is set up to ensure that whatever estimate of risk we get, it will always be some number between 0 and 1. (*Kleinbaum, 1994*).

The logistic model:

$$Z = \alpha + \beta_1\chi_1 + \beta_2\chi_2 + \dots + \beta_n\chi_n.$$

The logistic function:

$$f(Z) = 1 / (1 + e^{-Z}) = 1 / (1 + e^{-(\alpha + \sum \beta_i \chi_i)}).$$

$$\ln(P/1-P) = \alpha + \sum \beta_i \chi_i.$$

$$P = \text{Odds ratio} / (1 + \text{Odds ratio}).$$

$$\text{Odds} = P / (1 - P).$$

Where:

Ln: The natural logarithm to the base e (e= 2.718).

P: The Probability of having a disease.

α : Constant term.

β_i : The logistic coefficient.

χ_i : Independent variables.

Z: The linear combination of the independent variables.

1.4 Data Sources

The main data sources of this study are Djibouti Family Health Survey 2002 (EDSF PAFAM) and Djibouti MICS 3 Survey 2006 (EDIM).

EDSF PAFAM survey was conducted in 2002, by joint cooperation between Pan Arab Project for Family Health (PAFAM), The Ministry of Health in Djibouti and The National Statistics Directorate of Djibouti (DINAS), it was the first survey conducted in Djibouti concerning family health and also provided demographic and health indicators.

The survey covered 4400 households which responded to the questionnaire, 2742 eligible women were responded in that survey and 1806 children under five years; data collection took place between October and December 2002, the primary report was published in May 2003 and the final report was published in November 2003.

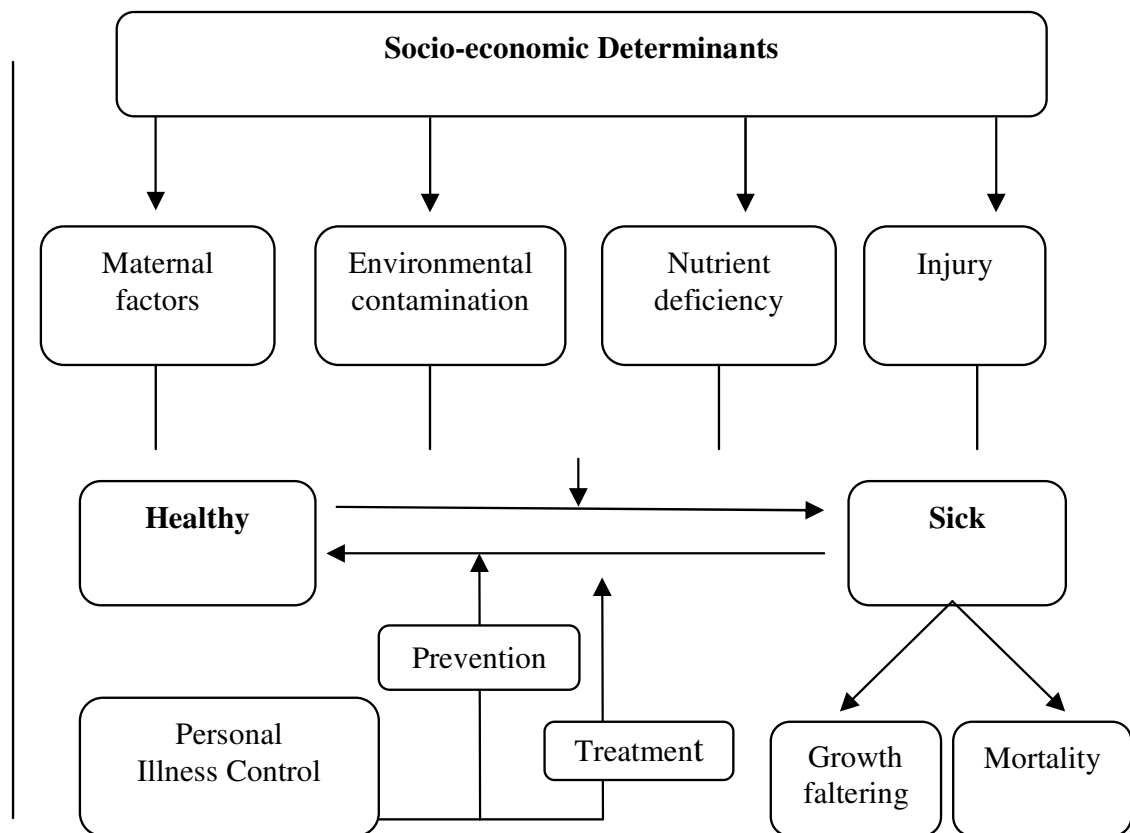
EDIM 2006 was conducted by joint cooperation between The Ministry of Health, UNICEF and The Pan Arab Project for Family Health for technical support. The survey has covered 4888 households, 6020 eligible women and 2245 infant and child under five years. Data were collected between 23th of June and 23th of August 2006.

1.5 Theoretical Framework

The theoretical framework introduced by Mosely and Chen in 1984 and identifies 14 proximate determinants of child health; these behaviorally mediated biological mechanisms can be grouped into five categories related to:

- Maternal fertility/ factors
- Environmental contamination
- Nutrient availability/ deficiency
- Injuries
- Disease control

Figure (1)
An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries, Mosley and Chen, 1984.



Source: Mosley and Chen, 1984

The model identified a set of proximate determinant or intermediate variable that directly affect the risk of children morbidity and mortality. All socio-economic determinants must operate through these variables to affect child survival.

According to available data three out five groups operate on the health of a population has been used, which are Maternal fertility/ factors, Environmental contamination and Nutrient availability/ deficiency.

1.6 Country Background

The Republic of Djibouti is 8,949 square miles with a population of 577,000. It was the last French colony in Africa until its independence in 1977. There are still French troops stationed permanently in Djibouti and the nation remains dependent on French aid.

Djibouti is located in the Horn of Africa, neighboring Somalia, Ethiopia, Eritrea and the Red Sea (Bab El-Mandab). Djibouti is the smallest country in that region (23,200 KM²), with a population of 818,159. (Census, 2009).

Based on the Millennium Development Goals, goal four indicates that by 2015 all countries in the world should reduce infant and under five child mortality by 2/3, based on that goal, Djibouti is trying hard to achieve that goal; as of reported in Djibouti MDG's Report 2005, the government in collaboration with UN agencies are working together to improve child health and reduce infant and under five child mortality, the report says that Djibouti is on the right track to reduce infant and child mortality, as in 1990 probability of infant mortality was 114 deaths per 1000, but in 2006 that rate has decreased to 67 deaths per 1000; also in 1990 probability of under five child mortality was 154 deaths per 1000, but in 2006 it has fallen down to 94 deaths per 1000; that is a good indicator that Djibouti will reduce more and more by 2015. (*WHO, 2005*).

Table (1)
Major Socio-economic, Demographic and Health Indicators of Djibouti 2010

| index | 2010 |
|---|-----------------------------------|
| Population | 818,159 |
| Population growth rate | 1.9% |
| Population change per year | 16,000 |
| Population density | 37.2/ km ² |
| Population urban | 82% |
| Area | 23,200 km ² |
| Sex ratio at birth | 104 |
| Crude birth rate | 29 births per 1000 population |
| Crude death rate (per 1000 population) | 11 deaths |
| Total fertility rate | 4 children per woman |
| Life expectancy at birth | 56 years , 55 (Male), 58 (Female) |
| Infant mortality rate (per 1000 live births) | 67 infant deaths |
| Under five years mortality rate | 94 Death per 1000 live births |
| Maternal mortality ratio(per 100,000 live Birth) | 650 Death |
| Contraceptive use | 23% |
| HIV prevalence | 2.5% |
| GDP per capita | \$ 2554 |
| HDI | 0.402 |

1.7 Literature Review

Abdalla, G. (1995); in her study, she focused on the physical aspects of child health, examining the factors which associated with child morbidity with regard to the major childhood diseases (diarrheal diseases and acute respiratory infections), and also investigated children nutritional status.

El-Zanaty et al., (2005) indicate that children born to mothers who were under age 20 or age 40 and older are significantly more likely to die during both infancy and early childhood than children born to mothers in the 20-39 age cohort. Short birth intervals are strongly associated with mortality levels. For example, the under-five mortality rate among children born less than two years after a previous birth is 85 deaths per 1,000 births, nearly 90 percent higher than the level among children born four or more years after a previous birth.

Hassan (2000) shows in her study that the mother's age at birth affects mortality through mother's health and suitable age for birth. The greater the variation from this age (up and down), the greater is the exposure to mortality risks: decreasing mother's age at birth than 20 years of age or increasing it than 35 years will increase child mortality, while the category of 20 – 34 is characterized by low mortality rate.

Nosair (2005) indicates in his study that bivariable analysis shows that infant mortality among births born to teenage mothers or to old mothers is significantly higher than among reference group (20-29) age group. However, this difference shrinks and loses its statistical significance after controlling for other biomedical and distant variables in multivariable analyses.

El-Deeb, B. et al. (2005); studied child health in Egypt, covering infant and child mortality, immunization and nutritional status of children, their analysis showed that Egypt has achieved a significant improvement in child health indicators; infant and under five mortality declined dramatically in the last decade, where infant mortality declined by around 30 percent, (from 62 per 1000 in 1990 to 38 per 1000 in 2001); under five mortality declined from a level of 85 per 1000 to 46 per 1000 during the same period, also there is no evidence of gender differentials; however, there is evidence that infant and child mortality is higher for some groups, rural upper Egypt, poorer households, less educated mothers and close birth intervals. Immunization coverage showed a significant increase during the last decade with no difference in the coverage between 2000 and 2003, the data indicate that immunization is slightly higher among boys than girls; immunization is less among children whose mothers are less educated and who are living in poorer households.

Abdi, A. (2010); studied levels and determinants of child health in Djibouti in(2002,2006) the results of his study showed both probabilities of infant and under five child mortality were high in Djibouti in 2002, but these rates have fallen down in 2006, he used both descriptive and logistic regression analyses, the descriptive analysis were derived from EDSF PAFAM survey conducted in 2002 and EDIM survey conducted in 2006, the binary logistic regression were used to determine factors influencing diarrhea morbidity, Diarrhea is a major cause of child mortality, it is related

to environmental factors that affect child health. Some reasons could prevent mothers to seek counseling or treatment, the main reasons were; sickness was slight, mothers had past experience or the health service was not available. From the results of the logistic regression, major factors that affect the incidence of diarrhea morbidity were; exposure of mother to Mass-media and education of mother as a result of bad socio-economic situations.

Oumar, M. (2010); analyzed the impact of poverty on woman and child health in Mauritania, deeply investigating maternal health status and child health status; the study recognized that infant and child mortality as a very important socio-economic indicator. Various indicators of child health and examined the main factors affect (nutrition, immunization and morbidity). The results of the study have clearly indicated that there is a relationship between child health and wealth index (poverty indicator), the analyses has also confirmed the association between child health status and socio-economic factors, including, household economic status, maternal education, number of living children and region of residence.

Salem, M. (2011); explained the relationship between the poverty and maternal and child health care services utilization in Egypt (2000-2008) and examined how the other socio-economic and demographic characteristics affect the level of this relation between poverty and maternal and child health care utilization status and its trend over time, the results of the analysis of logistic regression support the descriptive analysis findings. And used the logistic regressions to define the determinates of maternal and child health, reveal that wealth index has the highest positive effect among all the independent variables in affecting all measures of maternal and of child care services utilization followed by educational level of mothers, mother's work status and type of place of residence while father occupation in all models has no affect on maternal and health care services utilization.

II: CHANGES IN WOMEN STATUS IN DJIBOUTI

The Millennium Development Goals (MDGs), derived from the UN Millennium Declaration, commit countries to halving extreme income poverty, enhancing woman status and to achieving improvements in health

by 2015. Three of the eight goals are health-related, calling for a two-thirds reduction in child mortality, a three-quarters reduction in maternal mortality, and a halt to the spread of HIV/AIDS, malaria and tuberculosis.

Over the past two decades, Djibouti's economic performance has been uneven, punctuated by a series of political crises (regional wars, internal armed conflict) and economic shocks (above all, drought) that led to a continuous decline in the country's competitiveness, finances, and economic and social infrastructure. In addition, the main sustainable human development indicators, the gross school enrolment rate, the infant, under-five, and maternal-child mortality rates, and access to potable water, all steadily worsened.

In 2003, for the first time, seven women had become members of Parliament; today, three ministerial posts were held by women, and a woman had recently been elected as head of one of the country's four major political parties. Further, in June, the country welcomed its first female ambassador.

2.1 Women and Working Status

The main step taken by the government to introduce an effective tool for combating poverty was its support for the establishment of a strategic framework for poverty reduction aimed at boosting growth and the accumulation of human capital in such a way as to bring about a sustainable reduction in poverty and unemployment and an improvement in the living conditions of the population as a whole. It relies on long-term exploitation of the country's competitive advantages, geographical location, and port, and on developing its human resources to bring about a marked increase in the competitiveness of the Djiboutian economy, thereby enabling it to benefit from its insertion into the global economy. (*WHO, 2005*).

Women suffer the combined effects of a dual inequality: in their standard of living and as regards their status as women. To address this situation, in 2000 the government embarked on economic adjustment and restructuring programmes carried out reforms in several key areas including, above all, public finance, social security, state-owned enterprises, education, and health. (*WHO, 2005*).

Table (2)
Percentage Distribution of Female Participation in Labor force in Djibouti By
Place of Residence (2002, 2006).

| Indicator | 2002 | | | 2006 | | |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Urban | Rural | Total | urban | rural | total |
| Working | 10.5 | 11.4 | 10.8 | 19 | 26 | 18 |
| Worked in Past | 11.5 | 0.1 | 8.4 | 15 | 10 | 14 |
| Not Working | 78 | 88.5 | 80.8 | 66 | 74 | 68 |

Source: EDSF PAFAM2002, EDIM 2006

2.2 Education and training of women

In the Republic of Djibouti, the right to education is recognized in Article 4 of Law establishing guidelines for the Djiboutian educational system. Existing laws and regulations do not privilege either of the sexes with regard to education and training.

Investigating the obstacles to parity in school education was carried out in 2004 and an Action Framework for the Promotion of Girls' Education is nearing completion. Its chief objective is to eliminate gender-specific differences with respect to access to and retention in basic education as well as inequalities in orientation in basic education and vocational and technical training courses, in order to guarantee observance of girls' right to education and training by 2010. Specific steps are also being taken to lower the dropout rate, which is higher for girls than for boys. Thus, since 2002, one day a year is devoted to raising awareness of the needs for girls to attend school. This exercise generates considerable attention in all schools, particularly in schools in rural areas in which the enrolment rate for girls is particularly alarming.

Other actions, such as the lunch provided for children in school canteens, the distribution of school stationery, clothes for newly enrolled girls, and food allowances for families that send their girls to school, are incentives designed to promote enrolment of girls. The effort to combat

feminine illiteracy (57 per cent) takes the form of vast functional literacy campaigns followed by post campaign programmes (income-generating activities).

Table (3)
Percentage Distribution of Population 15+ years Educational Level
By Sex in Djibouti (2002, 2006).

| Indicator | 2002 | | | 2006 | | |
|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | male | female | total | male | female | total |
| illiterate | 36 | 57 | 47 | 30 | 40 | 35 |
| Read and write | 18 | 15.5 | 16.5 | 16 | 13 | 14 |
| primary | 24 | 17 | 20 | 19 | 21 | 20 |
| Secondary+ | 22 | 10.5 | 16.5 | 35 | 26 | 31 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Source: EDSF PAFAM2002, EDIM 2006.

2.3 Women and health

The Republic of Djibouti has adopted the World Health Organization's definition of health as "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" and in Law on Guidelines for Health Policy ratifies the principles of "everyone's right to health" and "solidarity and equality for all."

The Ministry of Health prepared a national policy document on family stability. That policy document was followed by the drafting of a National Policy on Family Stability, together with a National Reproductive Health Programme, which included an important section on risk-free pregnancy (RFP), family stability (FS), STDs/AIDS, and the eradication of genital mutilation.

Women in Djibouti suffer from a lack of adequate access to health care services, due to the lack of health infrastructure and human and financial resources. High fertility rates, poor provision of emergency obstetric care and the persistence of harmful traditional practices (excision including infibulations) seriously affect women's health and explain the high maternal mortality rates (estimated at 650 per 100,000 births in 2005).

Table (4)
Percentage of Women (15-49) Who Received Maternal Care of Last Live Birth During in (2002, 2006).

| Maternal Care Services | 2002 | 2006 |
|-----------------------------------|------|------|
| ANC (anti natal care\ Doctor) | 21.6 | 25.3 |
| DHC(delivery in health institute) | 61 | 79 |
| PNC (post natal care) | 7 | 14.3 |

Source: EDSF PAPPAM 2002, EDIM 2006,

Also notable in the fight against this harmful practice were the establishment in 1988 of the National Committee to Combat Harmful Traditional Practices as part of the National Union of Djiboutian Women (UNFD) and the signing by the Republic of Djibouti of the Convention on the Rights of the Child in 1990. An estimated 98 percent of females in the country have undergone FGM, which traditionally was performed on girls between the ages of 7 and 10. The consequences of female genital mutilation may include the death of the girl, women's health problems, menstrual pains that a woman may endure all her life, complications during childbirth, and sterility.

An institutional frame work has been established to combat HIV/AIDS, malaria, and tuberculosis. Within that framework, an Inter-Ministerial Committee to Combat AIDS was installed and entrusted with choosing the broad lines of a strategy to fight AIDS, malaria, and tuberculosis and working with national and international partners to secure funds and support for the fight against the three diseases. In addition, the President of the Republic recently set up a Solidarity Fund to look after HIV/AIDS orphans.

III. IMPACT OF WOMEN STATUS ON CHILD HEALTH

Among the potential determinants of child health, the mother's status has been the focus of economists. More educated and worked mothers may have healthier children because they have better knowledge about health

care and nutrition, have healthier behavior, and provide more sanitary and safer environments for their children (*Behrman and Deolalikar, 1988*).

An understanding of how the mother's Status affects child health will help us to evaluate very important development policy in the world today: the improvement of women's education. In fact, two additional goals of the MDGs are to directly target the education of women.³ Raising the education of girls is also the priority of the World Bank. According to the World Bank, one primary reason for this priority is that raising the education of women can greatly improve the health of the next generation.

Women with low status tend to have weaker control over household resources, tighter time constraints, less access to information and health services, poorer mental health, and lower self-esteem. These factors are thought to be closely tied to women's own nutritional status and the quality of care they receive, and, in turn, to children's birth weights and the quality of care they receive.

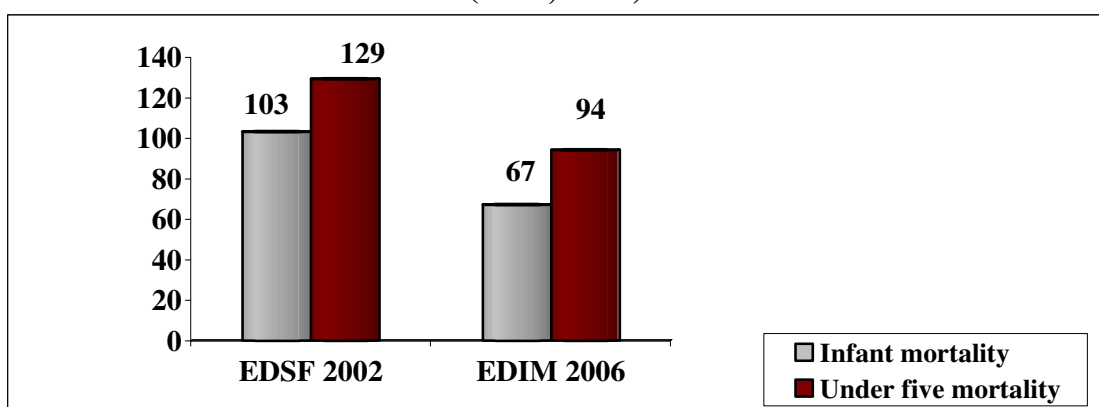
This section will explain the impact of women status on the levels of infant and under-five mortalities, malnutrition status, immunization and child morbidity against diseases in the year 2002 and 2006 in Djibouti.

3.1 Infant and Under-five Mortality - level and trend of child mortality:

It is now recognized that infant and child mortality is a very important socio-economic indicator. Although there is noted decline infant and child mortality in Djibouti in recent years, the infant and child mortality rates are still high when compared the Millennium Development Goals target.

Both infant and under five child mortality decreased between 2002 and 2006, whereas infant mortality decreased 36% from 103 per 1000 to 67 per 1000, but under five child mortality decreased 35% from 129 per 1000 to 94 per 1000, that change in four years is considered a good improvement to decrease infant and under five child mortality in future. This may be due to improvement of socio economic situation.

Figure (2)
Mortality rate of infant and Children Under Five Years in Djibouti, (2002, 2006).



Source: EDSF PAPPAM 2002, EDIM 2006.

- Differential of child mortality

Table (5) shows the percentage distribution of infant and under five child mortality by woman status in Djibouti (2002, 2006). We note that no clear difference between infant and under five child mortality for the two years according to sex of child, while the high percentage of mortality concentrate in children whom mothers status are low (infant :107, under5: 131) comparing with children whom mothers status are high (infant :55.6, under5: 56) in 2002 , the same pattern continued in 2006. Children mortality rates according to place of residence show that infant mortality is less in rural area and the opposite for under five mortality rate in 2002.

Table (5)
Probability of infant and under five mortality per thousand according to some characteristics of women in 2002 and 2006.

| Characteristic | 2002 | | 2006 | |
|---------------------------|--------|------------|-----------|------------|
| | Infant | Under five | Infant | Under five |
| Child Sex | | | | |
| Male | 106.5 | 134.9 | 76 | 103 |
| Female | 99.4 | 123.2 | 58 | 81 |
| Place of Residence | | | | |
| Urban | 103.9 | 122.6 | 68 | 95 |
| Rural | 100.7 | 147.3 | 54 | 73 |
| Total | 103 | 129,1 | 67 | 94 |

Source: EDSF PAPPAM 2002, EDIM 2006.

3.2 Nutrition Status

- Stunting

The quality and quantity of food is very essential for human development especially for the growth and health of children. Malnutrition is among the highest cause of childhood illness and consequently death. World Health Organization cites malnutrition as the single gravest threats to public health. Nutritional status is a primary determinant of child's health and well-being. Malnourished children have higher risk of mortality and morbidity (*PAPFAM, 2002*).

Three anthropometrical measures are usually used for assessing the nutritional status:

- 1- Height -for-age to measure the level of stunted,
- 2- Weight-for-height to measure the level of wasted, and
- 3- Weight-for-age to measure the level of underweight.

WHO defined stunting: Children whose height-for-age is more than two standard deviations below the median of the reference population? The next table (6) displays the percentage distribution of children less than five years who are classified according to multination (stunting) by woman status according to selected social and demographic characteristics. Data shows that about 26% of children less than 5-years old suffer from moderate stunted. The table also shows that is higher percentage among males than females. Rural children are more likely to suffer from stunted than in urban areas.

Table (6)
Percentage Distribution of Children under five years who Have Malnutrition (Stunting) By women status in Djibouti (2002, 2006).

| Indicator | 2002 | | | 2006 | | |
|---------------|------------|-------------|-------|------------|-------------|-------|
| | Low status | High status | total | Low status | High status | total |
| Male | 34 | 11 | 27 | 35 | 28 | 34.1 |
| Female | 29 | 12.7 | 26.6 | 32 | 16 | 30.7 |
| Urban | 31 | 13 | 25.2 | 34 | 17 | 32.1 |
| Rural | 36 | 23 | 33.7 | 45 | 21 | 43.5 |

Source: Computed from Djibouti Raw Data, 2002 & 2006

Woman status affected directly suffering from stunting especially in rural areas as shown in the table, in the year 2002 the percent of children who suffer from stunting varied according the mother status from 31 percent for low status to 13 percent for high status in urban area the same pattern is existing in rural area and continuous in 2006.

- Duration and Frequency of breast-feeding

Duration of breastfeeding: it is recommended exclusively breastfed for the first 6 month of life to achieve their optimal growth. Exclusive breastfeeding is strongly correlated methods with child survival and Reduce risk of morbidity, especially from diarrheal symptom.

Table (7) shows the differentials in median duration of the breast-feeding, the prevalence of bottle-feeding and the estimate of the average duration of the breastfeeding among the last live births of each woman during the last three years.

The first estimate depends on the current status, and the second is calculated by the prevalence/incidence method. The average duration is calculated by dividing the number of the children still breast-fed at the time of survey by overall number of births per month. The P/I estimate is 17.8 months. While, the median of the breastfeeding period was 15.8 months.

As for the differentials in the median of the breast-feeding, findings indicate that the breastfeeding rate is higher among males than females' births. Moreover, the median of the breast-feeding in rural areas is longer than in urban areas (13.1 in urban against 20.3 months in rural). Besides, it is inversely proportionate to the mothers' Status, the figures show that the low status mothers breast-feed for longer periods than the high status ones.

Table (7)
Median duration of child breastfeeding (months) by women status in (2002, 2006).

| Indicator | 2002 | | | 2006 | | |
|-----------|------------|-------------|-------|-------------|------------|-------|
| | Low status | High status | Total | High status | Low status | Total |
| Male | 18 | 10 | 17.7 | 17 | 11.4 | 15.5 |
| Female | 16 | 9 | 11.7 | 15 | 10.6 | 14.3 |
| Urban | 14.5 | 9 | 13.1 | 14 | 9.1 | 14.8 |
| Rural | 21 | 12 | 20.3 | 19.8 | 12 | 18.6 |

Source: Computed from Djibouti Raw Data, 2002 & 2006

3.3 Immunization OF Children against Diseases

Immunization against the common childhood diseases is considered among basic components of primary health care, besides; it is the easiest and the speediest way to reduce infant mortality and the rate of infection with these diseases and their complications such as paralysis, deformities, blindness and deafness. The large scale national program for vaccination started in 1978 and included vaccination against the six diseases officially declared by the World Health Organization. These are Polio, Tuberculosis, Measles, Tetanus, Diphtheria and the Whooping Cough (*PAPFAM, 2002*).

Besides, the private sector's doctors have vaccines and play a special role in the urban areas. In addition, the coverage of children vaccination is reported periodically through the vaccinating units or can be obtained through studies and surveys.

Table (8) illustrates the differentials of immunization coverage in 2002 and 2006 among children 12-23 months by woman status. Data indicate some difference in immunization coverage between low and high status of woman for the two years, but the total percent or immunization improved from 32 percent to 39 percent between the two years 2002 and 2006.

Table (8)
Percentage Distribution of Immunization Coverage For Children (12-23)
month by women status According to Some Characteristics In Djibouti (2002,
2006).

| Indicator | 2002 | | | 2006 | | |
|---------------|------------|-------------|-------|-------------|------------|-------|
| | Low status | High status | total | High status | Low status | total |
| Male | 32 | 51 | 34 | 38 | 60 | 41 |
| Female | 29 | 50 | 31 | 35 | 56 | 37 |
| Urban | 36 | 57 | 38.6 | 42 | 65 | 45 |
| Rural | 13 | 34 | 15.7 | 21 | 38 | 22 |
| Total | 32 | | | 39 | | |

Source: Computed from Djibouti Raw Data, 2002 & 2006.

There is no deference between immunization coverage for male and female in the two years (male: 34%, female: 31%) in 2002 and (male: 41%, female: 37%) in 2006.

Mother's status consider as an important factor in immunization coverage, 30 percent of children whom their mothers belong to low status take their vaccines in the year 2002 while this percent reached to 50 percent for children whom their mother are belong to high status in the same year, the same level were continued in the year 2006, this emphasize the effect of mother's status on child health.

Also the data indicates existence of significant association between place of residence and immunization coverage, about 39 percent of children take all vaccines in urban while this percent were only about 16 percent in rural area in 2002, and the pattern is same in 2006 (45% in urban, 22% in rural).

3.4 Child Morbidity

Children's health status reflects the extent of progress in health and living conditions of a country, thus, controlling the most prevailing diseases related to childhood is a must to analyze the current health status of a society.

Infectious diseases remain among the most common diseases that attack children particularly respiratory infections and diarrhea, that are highly associated with environmental factors and with hygienic practices. Repeated exposure to respiratory infections and diarrhea badly affects a child's growth, in addition to increasing probability of child death. The flowering points aims at examining prevalence of infectious diseases among children under age 5 with focus on respiratory infections and diarrhea prevalence by woman status according to selected social and demographic characteristics (*Unicef, 2006*).

- Respiratory Infections

Respiratory infections are among the diseases that are common in infancy and childhood, the Djibouti survey collected data on the prevalence

of symptoms indicating the existence of respiratory infections among last born alive children during the past five years preceding the survey. Mothers were asked if the child had experienced specific symptoms during the two-weeks period to the survey, including fever, which was the highest percentage among the other respiratory infections.

The data indicates existence of significant association between place of residence and child morbidity (fever), about 25 percent of children were suffering from fever in urban while this percent were about 15 percent in rural area in 2002.

Table (9)
Percentage Distribution of Child who have Morbidity (respiratory infection) by women status According to Selected Social and Demographic Characteristics in Djibouti (2002, 2006).

| Indicator | 2002 | | | 2006 | | |
|---------------|-------------|-------------|-------|------------|-------------|-------|
| | Low status | High status | total | Low status | High status | total |
| Male | 25 | 17 | 23.9 | 6 | 3.8 | 5.6 |
| Female | 22 | 15 | 20.9 | 7.1 | 4.4 | 6.3 |
| Urban | 26 | 20 | 24.9 | 6.7 | 4 | 6.1 |
| Rural | 16 | 12 | 15.3 | 2 | 1.3 | 1.6 |
| Total | 22.4 | | | 6 | | |

Source: EDSF PAPFAM 2002.

- Diarrhea

Diarrhea is considered one of the most dangerous symptom that kills children specially infants; diarrhea morbidity is related to environmental contamination such as water, food and sanitary/ hygiene.

Dehydration as a result of severe diarrhea when it occurs is considered to be among the most frequent causes of morbidity and death in infancy and childhood. The Djibouti survey results shows that the highest percentage of children suffer from diarrhea compared with diarrhea with fever and with blood in stool.....etc).

The table (10) shows percentage of children under five years who suffered diarrhea and the subsequent symptoms related to the disease; the results show that 12.5% of children were suffering diarrhea during the last two weeks preceding the survey, also 7% of children suffered diarrhea with fever and 2.3% of children were having diarrhea along with blood in the stool, very low percentage of children 1.4% suffered from all symptoms, diarrhea, fever and blood in the stool.

There are not much differentials of children who suffered diarrhea between male and female child, but according to place of residence the percentage of children suffered diarrhea shows a quite difference between urban and rural areas, percentage of children who suffered diarrhea in urban areas was 15.1% but in rural areas it was only 5.1%, this is due to the over populated urban areas, whereby 80% of population live in urban area, thus, diarrhea cases will be high in urban areas than rural areas.

Table (10)
Percentage of Children Under Five Years Who Suffered Diarrhea during the Last Two Weeks Preceding the Survey, 2002.

| Characteristics | Percentage of children | | | |
|---------------------------|------------------------|---------------------|----------------------------------|--|
| | Diarrhea | Diarrhea with fever | Diarrhea with blood in the stool | Diarrhea with fever and blood in the stool |
| Gender | | | | |
| Male | 12.2 | 6.7 | 2.2 | 1.5 |
| Female | 12.8 | 7.3 | 2.5 | 1.3 |
| Place of residence | | | | |
| Urban | 15.1 | 8.7 | 2.6 | 1.7 |
| Rural | 5.1 | 2.1 | 1.7 | 0.4 |
| Total | 12.5 | 7.0 | 2.3 | 1.4 |

Source: EDSF PAFAM 2002.

In table (11), the figures represent the percentage of mothers asked or did not ask for counseling or treatment and also the place which they visited

for counseling or treatment; approximately 65% of mothers asked for counseling or treatment but this percentage varied according to mother's status (low status:62%, high status:80%), while 35% did not ask; nearly above half of those who asked for counseling or treatment went to visit a public health facility 52.9%, at the same time 1.6% of mothers visited private health clinic, whereas 9.1% went to a pharmacist and a few of mothers went either to a herbalist or other place.

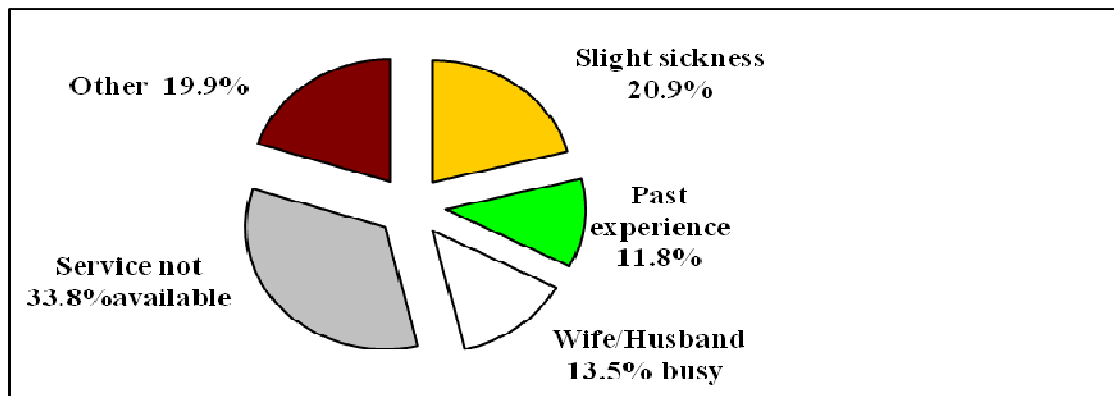
From the previous analysis, there are some mothers who did not ask for counseling or treatment when their children became sick; from the answers taken in the survey from the mothers (why you did not ask for counseling or treatment), the figures show that 20.9% did not ask for counseling or treatment because the case was slight sickness (case was mild), 11.8% of the mothers had past experience concerning the issue, 13.5% either the mother or father was busy, 33.8% the service was not available and 19.9% for other reasons.

Table (11)
Percentage of Children Under Five Years whose Mothers Asked for Counseling or Treatment for Diarrhea, 2002.

| Characteristics | Did not ask for counseling or treatment | Public health service | Private service | Pharmacy | Herbalist | Other | Number of children |
|---------------------------|---|-----------------------|-----------------|------------|------------|------------|--------------------|
| Woman status | | | | | | | |
| Low | 37.8 | 51.3 | 0.4 | 7.9 | 1.1 | 1.6 | 172 |
| High | 20.6 | 56.9 | 8 | 14 | 0.2 | 0.3 | 35 |
| Gender | | | | | | | |
| Male | 27.3 | 55.8 | 1.1 | 14.4 | 1.4 | 0.0 | 103 |
| Female | 41.7 | 49.9 | 2.1 | 3.8 | 0.3 | 2.2 | 104 |
| Place of residence | | | | | | | |
| Urban | 30.6 | 55.6 | 1.8 | 10.1 | 0.6 | 1.2 | 185 |
| Rural | 67.2 | 30.0 | 0.0 | 0.0 | 2.8 | 0.0 | 22 |
| Total | 34.5 | 52.9 | 1.6 | 9.1 | 0.9 | 1.0 | 207 |

Source: EDSF PAPFAM 2002.

Figure (3)
Percentage Distribution of Children Under Five Years Who's Mothers Did not Ask for Counseling or Treatment for Diarrhea According to Reasons, 2002.



Source: Computed from the raw data of EDSF PAPFAM 2002.

IV. DETERMINANTS OF CHILD HEALTH

After examining the Trends, levels and differentials of child health care services in the previous chapter, it is important to test results of the descriptive analysis which may be affected by interrelations among independent variables.

In this section of the study, determinants of child health (place of residence, mother's education, age of mother, wealth index as an indicator of poverty) which were examined to figure out factors affecting the main components of child health (Stunting, immunization, fever, diarrhea). Logistic regression model has been applied to measure the relationship between response and predictor variables. The model will show how each of these components of child health care services is affected by the selected predictor variables such as, age of mother, the place of residence, mother's educational level and wealth index.

The relevance of a particular independent variable as a predictor of response variable can be determined by comparing the magnitude of the regression coefficient. Evidence of the usefulness of the independent variable becomes apparent if the coefficient is much larger than its standard error. The model assumed no relationships between the independent variables. The 5% significance level was used as a basic for deciding if a particular variable should be retained in the model. All variables which have

a P-value less than or equal to 0.05 in the logistic regression are considered as significant, means that they have a significant influence on the response variables. The reference categories are selected on the basis that they are supposed to have the least likelihood of influencing dependent variables.

A logistic regression model were run to estimate the effect of covariates on child health- related indicators (dependent variables).Table (12) presents detailed explanation of the operational definitions of the dependent and independents variables and explained how the variables are entered into the logistic regression model.

So the outputs of the regression model include level of significance, β coefficients, odds ratio and probabilities of using child health care. The interpretation of the results is based on the references categories. The reference categories are selected on the basis that they are thought to have the least likelihood of influencing the dependent variable. The interpretation of the results is done in relation to the reference categories. The odds ratio of the reference categories is usually equal to one.

**Table (12)
Definition of The Variables Used in The Logistic Regression Model of Child Health**

| Variables | Measurements and Categories |
|--------------------------|---|
| Immunization (y) | Represented by one binary variable as follows 1 = Take all vaccines R.C. 0 = Don't take all vaccines |
| Independent | |
| Place of residence (X1) | Two categories are identified and presented by one binary variable as follows 0 = Urban R.C. 1 = Rural |
| Education of mother (X2) | Two categories are identified and presented by one binary variable as follows 0 = less than secondary R.C. 1 = secondary + |
| Age of mother (X3) | In single number (continues variable) |
| Wealth index (X4) | Two categories are identified and presented by one binary variable as follows 0 = poor R.C. 1 = rich |

Note: Some variables were recoded to fit the regression model , R.C.: Reference Category

Table (13) shows the results of the logistic regression of the determinants of immunization as a good indicator of child health, it presents the significant effect and association, likelihood and probability of immunization; the analysis shows that the model correctly classified 82% of the cases; also it shows that all variables has significant effect on immunization except the place of resident.

Table (13)
Logistic Regression Coefficients for the Determinants of Child Immunization, Djibouti, 2009.

| Variables | B | S.E | Sig. | Odds Ratio | Probability |
|---------------------------------------|--------|------|------|------------|-------------|
| Place of residence (X ₁) | .373 | .044 | .000 | 1.482 | 0.59 |
| Education of mother (X ₂) | .465 | .054 | .000 | 1.616 | 0.62 |
| Age of mother (X ₃) | .078 | .003 | .000 | 1.075 | 0.52 |
| Wealth index (X ₄) | .240 | .047 | .000 | 1.197 | 0.54 |
| Constant | -2.143 | | | | |

Source: Computed from Raw Data, 2002 & 2006.

Note: The probability values calculated using the equation $p = \frac{\text{Exp } \beta}{1 + \text{Exp } \beta}$.

All variables have positive effect as place of residence, mother's educational level, age of mother and wealth index. Mother's educational level has the highest positive effect among the variables. The regression results can be written as follows:

$$\text{Ln} (P/1-P) (\text{Immunization}) = -2.143 + 0.73X_1 + 0.465X_2 + 0.073X_3 + 0.180X_4.$$

Education of mother has positive effect on the immunization, children born to more educated mothers are more likely to take all vaccines than children born to less educated mothers by 1.616 times, with probability of 0.62.

Place of residence has also positive effect on the immunization, children born to urban areas mothers are more likely to take all vaccines than children born to rural areas mothers by one and half time, with probability of 0.59.

Age of mother has also positive effect on the immunization; children born to younger mothers are more likely to take all vaccines than children born to more aged mothers by 1.075, with probability of 0.52.

Wealth index has also positive effect on the immunization; children born in rich families are more likely to take all vaccines than children born in poor families by 1.197, with probability of 0.54.

V. SUMMARY AND RECOMMENDATIONS

From the previous descriptive and logistic regression analyses, this study has tried to examine the impact of women status on child health or influencing child health and the incidence or the prevalence of immunization; here are the summary of the previous findings and recommendations or policy implications for policy makers to take necessary actions.

5.1 Summary

This study has used both descriptive and logistic regression analyses, the descriptive analysis were derived from EDSF PAPPAM survey conducted in 2002 and EDIM survey conducted in 2006; the binary logistic regression were used to determine factors influencing diarrhea morbidity; here are the summary of the previous findings:

- Both probabilities of infant and under five child mortality were high in Djibouti in 2002, but these rates have fallen down in 2006.
- Percentage of children completed all vaccines (Fully Immunized) in 2002 was 32.9%, while in 2006 it has increased fairly to reach 39%.
- Diarrhea is a major cause of child mortality, it is related to environmental factors that affect child health; the study has examined children suffering diarrhea along with the accompanied symptoms like fever and blood in the stool.
- Most of mothers seek counseling or treatment for their children for diarrhea morbidity, half of them went to visit public health facility, while others visited private health clinic, also others visited a pharmacist, while others visited either herbalist or other place.

- Some reasons could prevent mothers to seek counseling or treatment when their children are having diarrhea, the main reasons were; sickness was slight, mothers had past experience or the health service was not available.
- From the results of the logistic regression, major factors that affect the incidence of diarrhea morbidity were; education of mother; this factor plays the dominant role of the risk of having diarrhea.

5.2 Recommendations

Based on the previous findings, the following recommendations are suggested to be considered by policy makers in Djibouti to improve child health and enhance its services:

- Education of mother should be considered to improve child health, by improving education of mother it can help to create well educated mothers that aware of the needs of their children.
- Awareness programs should be promoted, such as IEC program, this can help to formulate well informed mothers about their children's health and life requirements, also it can help to persuade mothers the benefits of utilizing child health services for prevention (Immunization) and treatment (Morbidity).
- Due to low coverage of immunization among children 12-23 months, infant and child mortality were high, thus, the government with the cooperation of the international agencies should provide preventive measures like vaccines and vitamins to protect children against diseases.
- Government should make child health services available and accessible for the whole country, especially in rural and remote areas; government should put strong and decisive strategies for child health services to the most effective and efficient way.

REFERENCE

- Abdalla, Ghada (1995)**; “Determinants of Child Health in Egypt, 1991”. CDC MPhil Thesis No.56, CDC Library, Cairo, Egypt.
- Abd Alrazak, Sheick Mosa (2010)**, “Determinants of Child Health and Utilization of Child Health Services in Djibouti, (2002-2006)”. CDC MPhil Thesis No.56, CDC Library, Cairo, Egypt.
- El-Deeb, Buthaina e.t. al, (2005)**, “Child Health and its Gender and Socioeconomic Differentials in Egypt”. CDC Monograph No.35 V.2 PP. 1267-1273, Cairo, Egypt.
- EDIM Final Report (2007)**; “Enquete Djiboutienne A Indicateur Multiple”. Ministry of Health, Republic of Djibouti. United Nations Agencies and Pan Arab Project for Family Health. Djibouti, Republic of Djibouti.
- EDSF PAPFAM Final Report (2004)**; “Enquete Djiboutienne Sur La Sante De La Famille”. mDirection National de Statistique and Pan Arab Project for Family Health, League of Arab States, Cairo, Egypt.
- Mosley, W.H. and Chen, L.C. (1984)**; “An Analytical Framework for the Study Of Child Survival in Developing Countries, in Child Survival: Strategies for Research”. Population and Development Review, Supplement, Volume 10. PP. 25-45. Cambridge University Press (1984). Population Council INC. USA.
- Oumar, Mohammed Ould Ali (2010)**, “The Impact of Poverty on Woman and Child Health in Mauritania, 2007” CDC MPhil Thesis No.56, CDC Library, Cairo, Egypt.
- Salem, Maha (2011)**; “The Relationship Between the Poverty and Maternal and Child Health Care Services Utilization in Egypt (2000-2008)”. CDC MPhil Thesis No.56, CDC Library, Cairo, Egypt.
- UNICEF (2006)**; “The State of World's Children 2006: Special Edition” Statistical Tables; November 2006. New York, USA.

WHO (2005); “Djibouti Millennium Development Goals Report, 2005”.
World Health Organization, Resident Coordinator System of United Nations System and Ministry of Foreign Affairs.

Zohry, Ayman (2008); “Infant and Child Mortality in Djibouti 2002”.
PAPFAM Journal, Volume 1, Issue 1, January 2008, Pan Arab Project for Family Health, League of Arab States, Cairo, Egypt.

Determinants of Socio-Economic Capability of Disabled Persons in Tanzania 2008¹

Abdul-Majid Jecha Ramadhan²

ABSTRACT

The main objective of this study is to identify levels, differentials and determinants of socio-economic capability of disabled person in Tanzania 2008. Accordingly this study aims to achieve the following specific objectives:-

- To indentify the levels of disabled persons.
- To examine demographic and socio-economic differentials of disabled persons.
- To identify challenges faced by disabled Person in Tanzania.
- To examine the determinants of income for disabled persons.

The study shows an assessment of the levels, differentials and determinants of socio-economic capability of disabled person in Tanzania 2008.

The study found that there is significant relationship between types of disability with demographic variable, socio-economic and challenge/difficulties faced by disabled persons. And most of disability people have lower education level, and they face difficult in joining in community activities, day to day work.

The study recommended that Government should establish National Registration System in order to understand total disabled persons time to time which will provide National data on disability Awareness among societies and community member toward disabled persons during childhood should have equal opportunities in education.

Key words: Disabled Persons, Determinants, Socio-Economic Capability, Differentials, demographic variables, Tanzania.

¹Demographic Researcher, Tanzania.

² A Paper Submitted to the Demographic Center in Cairo in Partial Fulfillment for the Requirement of the award of General Diploma in Demography.

I- INTRODUCTION

1.1 Background of the Study

According to Tanzania Disability Survey (TDS) 2008, more than three million women, men and children, approximately 9 percent of the population have a disability; and the prevalence of disability in rural area was higher compare to the urban area. Tanzania has ratified the main international human rights instruments including United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UNCRPD) and Community Resource Centre (CRC) for the developmentally disabled committee to support individuals who are developmentally disabled in their efforts to live and participate fully in their communities. Tanzania National Population Policy of 2006 term disabled persons as one among the special group which need special programmes to facilitate their full participation in socio-economic development.

Despite of political will to mainstream and implementation actual programmes for disable person but the situation remain limited for individual and institution to adopted frameworks of National policy and International Convection toward disable persons. Introduction of civil society and government department in the Ministry of health which is main stream with several ministries are not yet able to challenge the current situation among the individual, institution and whole population.

In general recognition both at the local, national and international levels, that people with impairments whether physical, sensory or cognitive labelled 'disabled', experience a range of environmental and social barriers that inhibit their active participation in the economic, political and cultural development of their communities. It is also widely acknowledged that this exclusion is manifest in the design and construction of physical and cultural infrastructures. These developments find expression in national anti-discrimination legislation to address discrimination against disabled people (*Lawson and Gooding, 2005; Doyle, 2008*).

It is fact that, disability limits functional ability and is highly related to the capacity of an individual to generate income and therefore own a property including a house. However you can only earn if you have the capability to produce. Production ability is related to education, the majority

of disable person's dependants with little or no economic activity, (*OECD 2010*).

According to Tanzania Disability Survey (*NBS, 2008*) about 67 percent of disable person were engaged in farming and/or livestock keeping. The corresponding figure for persons without disabilities was 64.9 percent, self-employed for disabled person also higher compared to persons without disability which is about 15 percent and 7 percent respectively.

1.2 Importance of the Study

Despite of many efforts under taken by government and non-government organization and private sector in order to reduce dissimilarity among disabled persons, such efforts include establishment special department which deal with direct to disabled persons such that; in Ministry of Health and Social Welfare at Tanzania-mainland and under the first President Office at Tanzania-Zanzibar, in addition Tanzania accept to implement International convention of UN for rights of disabled persons (CRPD) and poverty reduction in (2006), this convention, required monitoring activity of disabled persons, also Tanzania adopt to implement number of laws, policies and standards pertaining for disabled persons, including their right to productive and decent work, vocational training and basic services, Disabled Persons (Employment) Act 1982 (No. 2), Disabled Persons (Employment) Regulations 1985, National Policy on Disability 2004, for conducive environment to disabled at work.

Regardless of all efforts undertaken by government and other stakeholders still the critical problem of disable person is persisting in Tanzania. According to TDS 2008, around 27 percent are not able to read and write neither Kiswahili or English, around 61percent can read and write the national language (Swahili), also about 25 percent of disable persons didn't attend school, around 59 percent ended at primary school, due to lack of education the involvement of disable person in socio-economic development is still very low in Tanzania and therefore are not able to earn their live. As a result, disable persons facing negative attitude in the community, lower creation in decision making in the society such as in family and political (election).

It is fact that disability limits functional ability and is highly related to the capacity of an individual to generate income and day to day life,

nevertheless you can only earn if you have ability to reproduce good and services in-order to generate daily life. Productivity of individual is related to education and skills. The majority of disable person in the world are dependants with little or no economic activity. World report on disability (*WHO, 2011*), indicate that there is empirical evidence on the relation between disability and poverty in its various dimensions (income and non-income) differs greatly between developed and developing countries. This paragraph should be shifted to the importance of the study.

Although a number of studies have been done on areas of disability, but there is no any study under taken to determine socio-economic capability for disabled persons in Tanzania. Thus, this information gap motivated the researcher to conduct this study.

The study will be useful tools for decision makers; policy makers, development practitioners, Ministries, planners and other stakeholders in formulating appropriate policy and institutional arrangement for ensuring disable persons to have equal right in all aspect of life. The findings and its recommendations from this study will be useful tools for different stakeholders at local administration level, district council, Ministry of Health and Social Welfare at Tanzania-mainland, first President Office at Tanzania-Zanzibar, private sector and Non-government organisation.

1.3 Research Problem

Disability is concern of different stakeholders including government of United Republic Tanzania. In respect to this, efforts have been taken by government of Tanzania and other stakeholders to reduce the critical problem of disabled persons. Such efforts include establishing special department at ministry of health which under taken all programme related to disabled persons, while in Zanzibar disabled department have been given special consideration under first president in order to get facilitated their programme, also most of disabled persons formulate community group in order to facilitate their needs such as Comprehensive Community Base Rehabilitation in Tanzania (CCBRT) and Umoja wa Watu wenye Ulemavu Zanzibar (UWUZ), almost all disability group have special progmmme such as education programme, economic empowerment, training and advocacy initiatives, aim of this programme to improve the quality of life of disabled persons and their family members and caregivers to enable them to live normal life in the society (*Jacqueline Kweka, 2010*).

Despite all efforts made by the government and Non Governmental Organizations, still the critical problem of disabled persons persisting in Tanzania. Exodus Guild (2010) in his study indicates that exclusion of disabled persons from social benefits reduce their capability in socio-economic development for them. For instance in NBS 2008 indicate that Tanzania has a high rate of poverty in which reflect to high number of the general population who have family/livestock keeping as their main economic activity. This is more so on Mainland than in Zanzibar. However, for the disabled population, this situation is even more marked and shows lack of inclusion in the formal labor market.

Disabled persons are one among vulnerable group in population, characterized by lack of education, highly unemployment rate, and lower participation in socio-economic activity which is hindering socio-economic capacity of development for them.

Although a number of studies have been done on areas of disability, far less research exists for determine socio-economic capability of disabled persons in Tanzania. This study, therefore, intends to fill the identified knowledge gap.

1.4 Objectives of the Study

The main objective of this study is to identify levels, differentials and determinants of socio-economic capability of disabled person in Tanzania 2008. Accordingly this study aims to achieve the following specific objectives:-

- To indentify the levels of disabled persons.
- To examine demographic and socio-economic differentials of disabled persons.
- To identify challenges faced by disabled Person in Tanzania.
- To examine the determinants of income for disabled persons.

1.5 Data Sources and its Limitations

The research study in mainly based on secondary data of Tanzania Disability Survey conducted in 2008 by National Bureau of Statistics Tanzania. (NBS) <http://www.nbs.go.tz>.

The total number of clusters selected for this survey was 281, which target sample of 25 households per cluster yielding a total of 7,025

households for all the regions. The number of individuals living in these households was expected to be around 32,000 in all ages. A total of 276 clusters selected and 4 substitute Enumeration Areas (EAs) were interviewed out of the selected 281 cluster. This study focus with disable persons aged 15-64 with total number of response of 880,517 out of 2,317,288 responses whereby the responses rate for household was 98 percent.

Regarding data limitations, it is important to note that data used is subjected to sources of errors inherent survey data. Also among the limitations only one EA in Dar es Salaam near the State House was not interviewed due to the construction of office premises in place of residential houses that existed during the selection of master sampling in 2002 Census.

1.6 Methodology of the Study

This study first of all follows a simple descriptive analysis to examine socio-economic capability of disabled persons according to demographic and socio-economic differential by using cross tabulation, at this levels chi-square test used to test the relationship between (type of disability) and demographic and (socio-economic) variables. The chi-square (χ^2) test is used because it is a non-parametric test of hypothesis and that requires no assumption about the shape and distribution of population. The chi-square test is written as follows:

$$\chi^2 = \frac{(\text{ObservedFrequency} - \text{ExpectedFrequency})^2}{\text{ExpectedFrequency}}$$

The second stage is the in-depth analysis which deals with the net effect of determinants of economic capability for disabled persons through a logistic regression analysis whereby dependent variables is main source of income, for all disabled who have income of cash, kind and income from non-farming self employment are coded as (1) and those who have income from household agricultural, remittance, interest from bank cash transfers benefits and other income coded as (0). This technique is preferred for dealing with dependent dichotomous variables which are more appropriate than any other statistical model; the study's aim is to identify to what extent the independent variables change the probability of having capability for disabled persons in daily life.

The logistic regression model used in this study may be stated in terms of log odds ratios of an event occurring. The term odds ratio or $\text{Exp}(\beta)$ refers to the ratio of probability of having socio-economic capability or have not. The odds ratio below "1" means a negative effect of an independent variable while the odds ratio above "1" means a positive effect. The model fitted for this study takes the form:

$$\ln \left[\frac{1}{1-p} \right] = Z = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 \dots \beta_n X_n \dots \dots \dots (1)$$

In: is the natural logarithm to the base e ($e = 2.718$).

P: probability of occurrence of the event.

Z: is the linear combination of independent variables.

β_0 : is the constant term which means when the independent variables are all equal zero, the log odds equal to the constant.

β_i : is the regression coefficients related to each category of the independent variables. $X_1, X_2 \dots X_n$: are a collection of independent variables.

The probability can be calculated using the following equation:

$$P(E_i) = \frac{e^{Z_i}}{1 + e^{Z_i}} \dots \dots \dots (2)$$

Where P is the probability of an event $e^z = \left[\frac{P}{1-P} \right]$

The odd ratio generated from the analysis permits direct observation of the relative importance of each independent variable in predicting the likelihood of dependent variables, compared with the reference category. The analysis is based on 0.05 level of significance, all variables which have a p-value less than or equal to 0.05 in the logistic regression have a significant influence on the dependent. (*David G. 1994*)

1.7 Country Background

The United Republic of Tanzania consisting of Tanzania Mainland and Tanzania Zanzibar is the largest country in East Africa. It covers 947,300 square kilometres of which 61,500 or approximately 6.4 percent is made up of inland waters. Tanzania lies south of the equator and shares borders with eight countries: Kenya and Uganda to the north; Rwanda,

Burundi, Democratic Republic of Congo, and Zambia to the west; Malawi and Mozambique to the south. Administratively, Tanzania is divided into 26 regions. There are twenty one regions on the Mainland and five regions in Tanzania Zanzibar.

Tanzania has conducted four population censuses since her independence in 1961. The census years and respective population size were as follows: 1967, 12.3 million persons, 1978, 17.5 million persons, 1988, 23.1 million persons and 2002, 34.6 million persons out of which around 0.68 million are disabled persons (NBS, 2006).

Figure (1)
Tanzania International Boundary and Region.



Like any other any developing country, Tanzania is still faced with the challenge of rapidly increasing of population growth rate 2.9 percent between inter-census periods 1988 to 2002. Total area of the county is 947,300 square kilometres; with population density 39 per km² with urban population of 23.1 percent, and sex ratio at birth is 96. The crude birth rate

is 43 and total fertility rate (TFR) 6.3 whereas crude death rate (CDR) reached 14, while infant mortality rate (IMR) is 95, life expectancy at birth reached 51 years and literacy rate 70.5 during census 2002. The disabled persons during the same period reached 2 percent out of total population as shown table (1).

Table (1)
Demographic and Socio-economic Indicators, Tanzania 2002 Census.

| <i>Indicators</i> | <i>2002 Census</i> |
|-----------------------------------|--------------------|
| Population (millions) | 34.4 |
| Growth rate (percent) | 2.9 |
| Sex ratio | 96.0 |
| Crude birth rate | 43 |
| Total fertility rate '000' | 6.3 |
| Crude death rate '000' | 14 |
| Infant mortality rate '000' | 95 |
| Percent urban | 23.1 |
| Density (pop./km ²) | 39 |
| Expected Population (mill) 20012 | 45.8 |
| Life expectancy at birth (years) | 51 |
| Literacy Rates | 70.5 |
| Disabled Persons (percent) | 2 |
| Total Area sq km | 947,300 |
| Total in-land sq km | 885,800 |
| Total Area covered by water sq km | 61,500 |

Source: National Bureau of Statistics, 2002.

1.8 Literature Review

A lot of studies have been conducted in the area related to challenging faced by disabled people in the recent years. Most of the studies especially in developing countries revealed total number of disabled persons and few survey related to change faced by them.

WHO (2011) in its report of world report on disability revealed that, the range, obstacles and constraints that hindering physical capability of disabled persons to live normal life. Education programs need to focus specifically on increasing the capacity of these countries and organizations to include the needs of disabled persons in all aspects of development policy and programs. The need in demonstration how to apply a strategic and results-based approach to reducing poverty disabled persons, their families,

and communities; thus because most of disabled persons do not have equal access to health care, education, and employment opportunities, do not receive the disability-related services that they require, and experience exclusion from everyday life activities.

Also the world disability report illustrates that extra cost of disability in poverty estimates in two developing countries; Viet Nam Bosnia and Herzegovina. The overall poverty rate for disabled persons in Viet Nam was 13.5 percent and the poverty rate among households with disability was 16.4 percent. The extra cost of disability was estimated at 9.0 percent increase in the poverty rate among households with disability to 20.1 percent, whereby overall poverty was 15.7 percent. In Bosnia and Herzegovina the overall poverty rate was estimated at 19.5 percent and among households with disability at 21.2 percent. The extra cost of disability was estimated at 14 percent, resulting in an increase in the poverty rate among households with disability to 30.8 percent whereby overall poverty rate to 22.4 percent.

Ken Davis (1990) in his paper social barriers model of disability mention that disabled persons experience worse educational and labour market outcomes are more likely to be poor than persons without disabilities. OECD (2009) in its study of transform disability in to ability in 2003 which cover upper-middle and high income countries showed that higher poverty rates is among working age of disabled persons than among working age of persons without disability.

OECD (2010) in their study sickness and work indicate that, particular socio-demographic groups have a higher risk of their sickness absence turning into a disability benefit claim. The analysis shows that women are less likely to enter a disability benefit than men, but they are more likely than men to become disability beneficiaries once they have received a sickness benefit. Young recipients of sickness benefits are also relatively more likely to enter disability benefits. These are two important findings in view of the recent increases in disability beneficiary rates among women and young adults. Low-skilled workers have a higher risk of becoming a disability beneficiary in general, and this effect is reinforced for low-skilled sickness benefit recipients. High-skilled workers, on the contrary, are generally less likely to enter disability benefits, but their risk of sickness absence turning into a disability benefit claim is higher than for the medium skilled.

Disabled persons at working-age were found to be twice as likely to be unemployed, while employed; are more likely to work part-time. Most studies provide a snapshot of the labour market outcomes and poverty situation. For-instance OECD (2010) in their recent study about sickness, disability and work for 27 countries shows that disabled persons at working-age experienced significant labour market disadvantage and worse labour market outcomes than working-age persons without disabilities. On average, their employment rate, at 44%, was over half that for persons without disability (75%). The inactivity rate was about 2.5 times higher among persons without disability (49% and 20%, respectively). In developing countries, the quantitative literature shows similar trend like in developed countries, disabled persons still has lower social and economic status, most of studies found that disabled persons have lower employment rates and lower educational attainment compared to non disabled persons.

CSOZ (2003) in the report of population and housing Census of Zambia 2000 show disability and employment status, around 69 percent are self employed, about 16 percent are employee and 0.5 dominated by employer, also the census report indicate that most of disabled persons are engaged in agricultural activities which dominate about 81 percent of occupational status, and the unemployment rate for disabled person ages 15-65 years is currently higher its about 78 percent, no significant difference was observed among disabled person and non disability.

Arne H. et al. (2003) in their study on living conditions among people with activity limitation, illustrate that disabled persons versus nondisabled across three selected region it is to be higher by 81% and 79% for Matabeleland, 77% and 80% for Manicaland and 77% and 75% Midlands, furthermore the report examine men and women separately, no statistically significant differences were observed between disabled and non-disabled.

LHRC and ZLSC (2011) on their report of Tanzania human rights assessment 2010, found that education level for disabled persons was lower compared with non disabled persons, this influenced by lower capability and employment for them, report observed that; level of illiteracy rate is very high for disabled persons, it's about 48 percent compared to 25.3 percent for non disabled persons, also TDS 2010 shows that about 65 percent of disabled persons in Tanzania are engaged in farming/livestock keeping like in most developing countries.

Jacqueline Kweka (2010) in her assessment of the proportion of persons with Disability in workplace, found that 33 percent of disabled persons employed in general supportive jobs such as office attendants, store clerks, packers, gardeners, meter readers, receptionists and cleaners, also 11 percent and 7 percent were disabled persons employed as technical sector and managers respectively.

1.9 Definitions

The word disability is subjected to a wide variety of interpretations. A study on the subject yields many definitions based on medical, legal, sociological, physiological or even subjective emphasis. Definition can influence the way in which people with disabilities are perceived by the society and by themselves. Thus disability is a complex phenomenon, reflecting an interaction between features of a person's body and features of the society in which he or she lives. (<http://www.who.it>).

According to the World Health Organization, a disability is “any restriction or lack (resulting from any impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being”. (<http://hcdg.org>).

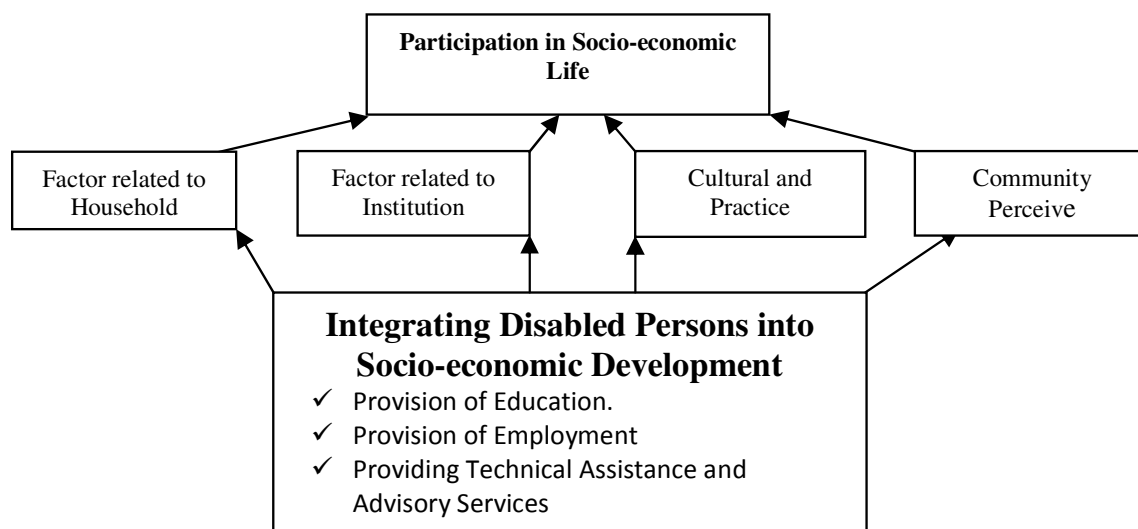
United Kingdom Act of Equality Guidance of 2010 define disable as a person with a disability. A person has a disability for the purposes of the Act if he or she has a physical or mental impairment and the impairment has a substantial and long-term adverse effect on his or her ability to carry out normal day-to-day activities (*Equality Act 2010, Guidance*) (www.odi.gov.uk/equalityact).

Types of disability include various difficult such as seeing, hearing, mobility, self care (physical), cognitive, communication and developmental or some combination of these. A disability may be present from birth, or occurrence during a person's lifetime. This implication can be termed as disability of any person for day to day activity.

1.10 Conceptual Framework

The conceptual framework represents interrelationships between the variables as shown in Figure (2). The framework illustrates the relationship between factors that can influence integration to disabled population in socio-economic in the communities as well as whole Tanzania.

Figure (2)
Conceptual Framework for Integrating Disabled Peoples in Socio-economic, Life.



Source: Developed by Researcher.

1.11 Organization of the Study

The study is organized into four sections. The first section presents the introduction, which include the background of the study, importance of the study and research problem, also objectives, data Sources and its limitations, methodology, country background, literature review, definition and terminology used in the study, conceptual framework and the organization of the Study. The second section concentrates on the levels of disabled persons, while third section focuses with demographic and social economic differential as well as socio-economic capability differentials and challenges faced by disabled person. The fourth section deals with determinant of income for disabled persons and finally the fifth section presents conclusions and recommendations of the study.

II: LEVELS OF DISABLED PERSONS

This section shows the levels of disability among disabled populations aged 7-64 for the current national disability survey of Tanzania in 2008. Tanzania is one among the African countries conduct national survey for disabled persons after its population census under taken in 2002. Census questionnaire asked if “a person disabled?” and if the answer was “yes”, the respondent was asked the type of disability. This was general questions which gives us only two percent of disabled population (676,502) whereby the prevalence rate is 2.2 percent for male and 1.7 percent for female. While Tanzania disability survey in 2008 indicate that prevalence of

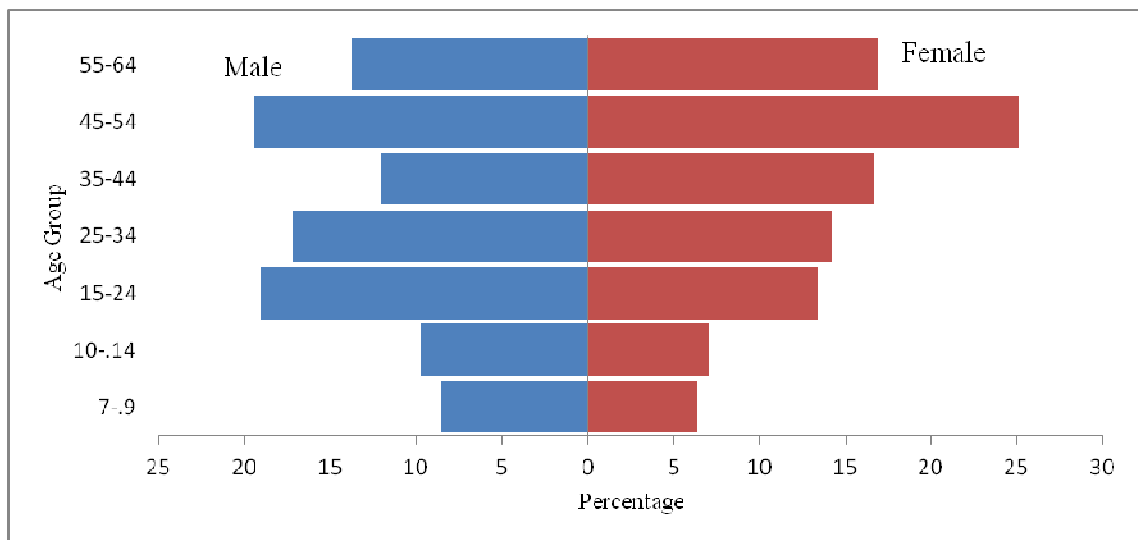
disability is 7.8 percent among populations ageing 7 and above which is three times compared census period.

2.1 Levels of Disability

The prevalence of disability is usually confined to the population above 7 or 10 years in most of developing country like Tanzania; this is due to the fact that many parents or guardians cannot identify activity limitations or disability at younger ages which make difficulties to accurately measure at young childhood (*NBS, 2008*).

Figure (3) shows the Age-sex structure of disabled populations aged 7-64 years. The prevalence of disability at youngest age it’s more like being born with it, while age increases it seems that physical environment and lack of health services increase level of disability due to aging factor. Nearly one quarter (22.4 percent) of disabled persons are aged 45-54. The small proportion at young population age 7-14 years this is due to the fact that many parents can’t identify activity limitations or disability. Furthermore the prevalence of disability among female populations aged 7 to 34 are slightly lower and sharp increase at age 45-54, while male prevalence at age 15- 24 years is more likely equal to older population aged 45-54 as shown in figure 3.

**Figure (3)
Age –Sex Structure of Disabled Persons (7- 64 years), 2008.**



Source: Computed from TSD 2008 raw data.

Table (2) represents percentage distribution of disabled persons aged 7-64. The prevalence of disability at youngest age is higher than old age, nearly one third (31.2 percent) of disabled persons in the age range suffering from self care followed by Hearing, seeing, mobility, communication and cognition by 18%, 15.3%, 14% 13.9% and 7.6 percent respectively. Out of 31.2 of self care, 23.9 percent dominated by disabled persons aged 15-24 followed by 20.8 percent, and 19.6 percent by age 25-34 and 55-64. Also the table shows that out of 18 percent of hearing 28.8 percent contributed by aged 7-9 followed by 21 percent by aged 10-14 and the list is 6.5 percent by age 6.5 followed by 9.9 percent by age 45-54. The table also illustrates that out of 7.6 percent of cognition disability more than half (56.1 percent) dominated by age 10-14 then followed by 31.9 percent by age 7-9 and data shows as age increase the level of cognition decreases.

Table (2)
Percentage Distribution of Disabled Persons Aged (7-64) by Type of Disability,
TDS 2008.

| Age Group | Type of Disability | | | | | | Total | |
|-----------|--------------------|---------|----------|-----------|-----------|---------------|-----------|------|
| | Seeing | Hearing | Mobility | Self Care | Cognition | Communication | No | % |
| 7-9 | 6.8 | 28.8 | 18.9 | 7.0 | 31.9 | 14.4 | 207,127 | 15.5 |
| 10-14 | 6.7 | 21.0 | 29.5 | 5.5 | 56.1 | 27.6 | 250,823 | 18.7 |
| 15-24 | 7.3 | 12.2 | 5.7 | 23.9 | 4.0 | 21.9 | 199,776 | 14.9 |
| 25-34 | 5.2 | 13.3 | 6.7 | 20.8 | 2.5 | 15.3 | 173,368 | 13.0 |
| 35-44 | 18.8 | 8.3 | 9.2 | 11.6 | 3.6 | 8.3 | 143,291 | 10.7 |
| 45-54 | 38.4 | 9.9 | 18.7 | 11.6 | 1.8 | 6.6 | 200,268 | 15.0 |
| 55-64 | 16.8 | 6.5 | 11.1 | 19.6 | 0.0 | 6.0 | 163,814 | 12.2 |
| Total No | 204,774 | 240,691 | 187,390 | 417,656 | 101,824 | 186,132 | 1,338,467 | 100 |
| Total % | 15.3 | 18.0 | 14.0 | 31.2 | 7.6 | 13.9 | 100.0 | |

Source: Computed from TSD 2008 raw data.

III. DEMOGRAPHIC AND SOCIO-ECONOMIC DIFFERENTIALS

Disability is increasingly becoming public health and social welfare issues worldwide. In Tanzania these issues are gaining increasing recognition following the activities resulting from international action particularly the International Year of Disabled Persons (1981) and the United Nations Decade of Disabled Persons (1983-1992) and the United Nations Standard Rules on Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. (NBS 2006) in the report shows that, empowering of disabled persons can play a constructive role and make a significant contribution to the development process for them self and whole countries.

3.1 Demographic Differentials

Table 3 presents the percent distribution of disabled persons by their type of disability according to demographic differential age 15-64; it shows that, the prevalence of disability at age 15-24 is the same with age 45-54 each contribute 22.7 percent then followed by age 25-34, 55-64 and 35-44 each contribute 19.7 percent, 18.6 percent and 16.3 percent respectively. Disabled populations at age 15-24 who have self care disability is the highest then followed by communication disabilities each contribute 50 percent and 20.4 percent respectively, while at age 45-54 more than one third (39.3 percent) of disabled persons suffered from seeing disability then followed by self care and mobility disability, at older ages 55-64 two quarter (50 percent) of them suffered for self care disability then followed by seeing disability as shown. Table also shows the level of disability at the age range (15-64), whereby self care shown as common difficulty among disabled persons is 41.5 percent, then followed by seeing, hearing, communication, mobility and last cognition each contribute 20.1 percent, 13.7 percent, 12.3 percent 11percent and 1.4 percent respectively.

Considering to masculinity, table shows that 52.6 percent of disabled persons ageing 15-64 are female and 47.4 percent are male; whereby out of 52.6 percent of female more than one third (39.6) percent suffered from self care then followed by seeing and hearing by 23.1 percent and 13.8 present respectively, while out of male disabled populations 43.7 percent suffered from self care then followed by seeing and communication by 16.8 percent and 15.7 percent respectively.

NBS (2006) in his report of population census 2002 indicated that, about 77 percent of Tanzanian populations were resident in rural and 23 percent were living in urban areas, table 4 shows that 77.6 percent of disabilities population were residence of rural area is slightly increase of 0.6 percent compared to total population during census period; while about 22.4 percent of disability live in urban area which is slightly lower compared to census period.

Marital status is an important yardstick in the life of an adult individual particularly in African settings. The status of an adult individual in our communities is determined by among other things, his/her marital status. Unmarried adult men are often regarded as being less of men. Morality thus is determined by an individual's marital status. It is also a safety net in the event one falls sick or has some misfortune. Children's identity and cultural values are maintained through marriage or family (*NBS, 2006*).

Table 3 indicates that about half (49.6 percent) of disabled persons within age 15-64 were in marital union and the rest are not; out of them 35.6 percent are suffered from self care then followed by 25.7%, 18.3%, and 14.7% for seeing, hearing and mobility disability respectively.

Many people still believed that disabled persons once married will have offspring with disabilities (*NBS, 2006*). Analytical deferential shows number of children which disabled persons had around two third (66.3 percent) of disabled persons have one to five more children; around one third (33.4) of disabled persons have 6 or more children, along with type of disability of having 6 or more children, self care dominate 33.8 percent then followed by seeing, mobility, hearing communication and cognition disabled by 33.4%, 16.2%, 12.5% and 3.3% respectively; also data reveled that, out of 36.3 percent of disabled population having 3-5 children seeing disability contribute 33.4 percent then followed by self care disability by 29.4 percent, whereas out of 30.3 of disabled persons having one or two children self care dominate by 47.5 percent then followed by hearing and seeing respectively.

The result on the table (3) shows that there is significant statistical association between types of disability and all the demographic variables with probability less than 0.05.

**Table (3)
Percent Distribution of Disabled Persons by their Type of Disability
According to Demographic Characteristics, TDS 2008.**

| Variable | Type of disability | | | | | | Total | | χ^2 test | |
|--------------------|--------------------|-------------|-----------|-------------|------------|---------------|----------------|------------|---------------|-------|
| | Seeing | Hearing | Mobility | Self Care | Cognition | Communication | No | % | Person Value | P-sig |
| Age group | | | | | | | | | | |
| 15-24 | 7.5 | 14.7 | 5.4 | 50 | 2.1 | 20.4 | 199,776 | 22.7 | 155603 | 0.000 |
| 25-34 | 6.2 | 18.5 | 7.3 | 50.1 | 1.5 | 16.5 | 173,368 | 19.7 | | |
| 35-44 | 26.8 | 13.9 | 12.1 | 33.9 | 2.6 | 10.7 | 143,291 | 16.3 | | |
| 45-54 | 39.3 | 11.9 | 17.5 | 24.3 | 0.9 | 6.1 | 200,268 | 22.7 | | |
| 55-64 | 21.0 | 9.6 | 12.7 | 49.9 | 0 | 6.8 | 163,814 | 18.6 | | |
| SEX | | | | | | | | | | |
| Male | 16.8 | 13.6 | 8 | 43.7 | 2.1 | 15.7 | 417,624 | 47.4 | 43235 | 0.00 |
| Female | 23.1 | 13.8 | 13.6 | 39.6 | 0.7 | 9.1 | 462,894 | 52.6 | | |
| Place of Residence | | | | | | | | | | |
| Rural | 17.6 | 12.4 | 11.2 | 43.4 | 1.3 | 14 | 682,930 | 77.6 | 43235 | 0.00 |
| Urban | 28.9 | 18.3 | 10.1 | 34.9 | 1.7 | 6.1 | 197,582 | 22.4 | | |
| Marital Status | | | | | | | | | | |
| Yes | 25.7 | 18.3 | 14.7 | 35.6 | 1 | 4.7 | 436,430 | 49.6 | 85762 | 0.00 |
| No | 14.6 | 9.2 | 7.3 | 47.3 | 1.8 | 19.7 | 443,997 | 50.4 | | |
| Number of children | | | | | | | | | | |
| <=2 | 15.3 | 15.9 | 7.2 | 47.5 | 1.1 | 13.1 | 177,484 | 30.3 | 43235 | 0.00 |
| 3-5 | 33.4 | 16.5 | 12.5 | 29.4 | 0.6 | 7.5 | 213,031 | 36.3 | | |
| 6+ | 33.4 | 12.5 | 16.2 | 33.8 | 0.9 | 3.3 | 195,834 | 33.4 | | |
| Total | 20.1 | 13.7 | 11 | 41.5 | 1.4 | 12.3 | 880,517 | 100 | | |

Source: Computed from TSD 2008 raw data.

3.2 Socio-Economic Differentials

It is an accepted fact that disabled persons are the poorest among the poor. There are programs that provide training for disabled persons but there is still the challenge of securing gainful employment. Further, potential employers perceive disabled persons as economically weak and non-productive (*Lorna Jean Edmonds, 2005*).

Different interventions have been made by several actors in order to support economic capability of disabled persons. Tanzania signed the International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Person with Disabilities of 2006. The willingness and commitment of Tanzania to protect, care and increase capability of disabled Person create many policy and laws such that; the rights and privileges of the disabled in the areas of training, employment, care and maintenance and general wellbeing, in response to this but the problem of employment still existing (*LHRC, ZLSC; 2010*). Table 5 presents percent distributions of disabled persons (15-64) by type of their disability according to socio-economic differential.

Education is an important factor in personal and national development. A person with education is more capable of handling his or her life socially and economically than a person without or with little formal education. There is a close relationship between education and poverty reduction; employment creation; environmental protection (*Kitchin, R.M. & Mulcahy, F. 1999*). The level of education also plays an important role, OECD (2010) on their study explain that disability prevalence rate are significantly higher among groups with lower educational attainment.

The level of education attained for disabled persons aged 15 to 64 is given in the table (4), whereby, nine out of ten of disabilities (89.7%) attained primary education and 6.8 percent at secondary level, whereby 1.4 percent perform up to certificate/diploma and only 0.3 percent of them attained adult education. The distribution of 89.7 percent attained in primary school among categorical disability 44.7percent contributed by self care disabled then followed by seeing, hearing, mobility, communication and cognition by 22.1%, 15.3%, 9.4%, 4.1% and 2.1% respectively.

Regarding employment status by type of disability the table represents percentage distribution of human resources among disability with their type of disability; data indicates that 52.4 percent of disabled persons are current working and previously employed 5.5 percent. Out of 52.4 percent of current working, nearly one third (31.3%) dominated by seeing disability

then followed by self care, mobility, hearing, communication and cognition by 31.2% 14%, 13.%, 9.4, and 1.1% respectively, also data shows that un-economic active (house wife) dominated by self care compare to other type of disability.

The process of social exclusion regenerates poverty and people with disabilities remain members of the lower class and are not able to cross the poverty line. Although some people with disabilities are getting jobs nowadays, their income is very low compared to their needs and often they don't get equal salary to the non-disabled person. They have to face humiliation and negative attitudes at their workplace (*Kazi Ayesha Siddiqua, et 2012*).

Table (4) illustrates type of job for disabled persons according to the type of disability; whereas around three quarter (74.9%) of disabled persons at working age were engaged in agricultural/livestock keeping which is slightly lower compared to number of disabled persons in Zambia 80% engaged in agricultural CSOZ (2003) during census period; also its higher when you compared with total population of Tanzania engaged in agricultural (72.3%) at the census period (2002), another common occupation among disabled persons are self employees, paid employee by government and fishing. Self care dominate more than one third (33.8%) of farming/livestock keeping then followed by seeing, mobility, hearing, communication, and cognition.

Table (4) summarizes the percentage distribution of main source of income by disabled persons by their type of disabled population in working aged (15-64), more than two quarter (54.2%) of disabled population depend on household agricultural income and 26% on remittances then followed by income from non-farming, self-employment, also data illustrates that small proportion of disabled persons depend on Cash transfers and benefits, Income from employment (in cash) and Income from employment (in kind) as shown. Also data revealed that 2.5 percent of cash income from employment 47.4 percent taken by seeing disability then followed by self care, hearing, and mobility respectively.

Table (4)
Percent Distributions of Disabled Persons (15-64) by Type of their Disability
According to Socio-Economic Characteristics, TDS 2008.

| Variable | Type of disability | | | | | | Total | | χ^2 test | |
|---|--------------------|-------------|-----------|-------------|------------|---------------|----------------|------------|----------------|-------|
| | Seeing | Hearing | Mobility | Self Care | Cognition | Communication | No | % | Person - Value | p-sig |
| Level of education | | | | | | | | | | |
| Pre-Schools | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 1,453 | 0.3 | 30505 | 0.0 |
| Primary School | 22.1 | 15.3 | 9.4 | 44.7 | 2.0 | 6.4 | 478,417 | 89.7 | | |
| Secondary School | 27.6 | 30.9 | 8.3 | 26.9 | 2.1 | 4.1 | 36,246 | 6.8 | | |
| Education after formal education | 16.7 | 0.0 | 26.8 | 56.5 | 0.0 | 0.0 | 5,333 | 1.0 | | |
| Certificate/Diploma | 72.0 | 0.0 | 6.4 | 21.6 | 0.0 | 0.0 | 7,245 | 1.4 | | |
| Adult education | 20.6 | 49.6 | 0.0 | 7.3 | 0.0 | 22.6 | 4,417 | 0.8 | | |
| Employment Status | | | | | | | | | | |
| Currently working | 31.3 | 13.1 | 14.0 | 31.2 | 1.1 | 9.4 | 461,523 | 52.4 | 18885 | 0.0 |
| Previously employed | 4.7 | 8.1 | 15.6 | 63.2 | 4.1 | 4.2 | 48,338 | 5.5 | | |
| Not Employed | 7.4 | 13.3 | 5.0 | 53.0 | 1.3 | 20.0 | 305,676 | 34.7 | | |
| Housewife | 11.9 | 24.7 | 13.9 | 45.1 | 1.9 | 2.5 | 64,981 | 7.4 | | |
| Type of Job | | | | | | | | | | |
| Farming/Livestock keeping | 28.6 | 12.0 | 15.6 | 33.8 | 0.9 | 9.1 | 382,016 | 74.9 | 75378 | 0.0 |
| Fishing | 71.3 | 0.0 | 0.0 | 28.7 | 0.0 | 0.0 | 10,139 | 2.0 | | |
| Mining | 50.0 | 0.0 | 0.0 | 50.0 | 0.0 | 0.0 | 1,066 | 0.2 | | |
| Paid Employee Government | 31.6 | 4.7 | 11.5 | 47.3 | 0.0 | 4.9 | 19,112 | 3.7 | | |
| Paid Employee parastatals | 29.8 | 70.2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 5,597 | 1.1 | | |
| Paid Employee NGOs or other religion organization | 42.2 | 22.1 | 0.0 | 35.7 | 0.0 | 0.0 | 4,917 | 1.0 | | |
| Other Private institutions | 35.4 | 8.5 | 5.7 | 50.4 | 0.0 | 0.0 | 3,997 | 0.8 | | |
| Self Employees | 22.6 | 8.5 | 14.6 | 37.4 | 2.8 | 14.1 | 69,057 | 13.5 | | |
| Unpaid Family Helper in Business | 40.6 | 0.0 | 0.0 | 59.4 | 0.0 | 0.0 | 3,071 | 0.6 | | |
| Not working but ready to work | 15.8 | 58.9 | 0.0 | 13.2 | 12.1 | 0.0 | 10,889 | 2.1 | | |
| Main source of income | | | | | | | | | | |
| Income from employment (in cash) | 47.4 | 25.1 | 1.0 | 26.5 | 0.0 | 0.0 | 22,277 | 2.5 | 176264 | 0.0 |
| Income from employment (in kind) | 0.0 | 52.8 | 0.0 | 40.9 | 0.0 | 6.3 | 3,083 | 0.4 | | |
| Income from non-farming self – employment | 20.6 | 17.1 | 13.8 | 37.7 | 0.0 | 10.9 | 96,286 | 10.9 | | |
| Income from household agriculture | 29.2 | 15.6 | 13.0 | 31.7 | 1.7 | 8.8 | 476,976 | 54.2 | | |
| Remittances | 2.8 | 7.8 | 6.7 | 60.8 | 1.0 | 20.9 | 229,114 | 26.0 | | |
| Interests from the bank | 0.0 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 118 | 0.0 | | |
| Cash transfers and benefits | 0.0 | 0.0 | 17.7 | 68.3 | 0.0 | 14.0 | 31,588 | 3.6 | | |
| Other | 5.3 | 22.3 | 0.0 | 49.1 | 9.3 | 14.0 | 21,074 | 2.4 | | |
| Make decision in your Income | | | | | | | | | | |
| Yes | 28.7 | 14.2 | 9.1 | 38.2 | 1.9 | 7.9 | 535,837 | 61.2 | 80416 | 0.0 |
| No | 6.9 | 13.2 | 13.6 | 46.4 | 0.6 | 19.3 | 339,554 | 38.8 | | |
| Total | 20.1 | 13.7 | 11 | 41.5 | 1.4 | 12.3 | 880,517 | 100 | | |

Source: Computed from TSD 2008 raw data.

The table also presents percentage distribution of disabled persons in making decision of their own income; whereby 61.2 percent of disabled made decision them self while 38.8 not, the proportion of decision making vary among types of disabilities as shown in the table.

The results on table (4) show that there is significant statistical association between type of disability and all the socio- economic variables with probability less than 0.05.

Table (5) represents percent distributions of selected background characteristics by the main sources of income for disabled persons, whereby education status shows that 88.3 percent of disabled persons has lower education out of which 16.3 percent receive cash income and 83.7 percent non cash income (other income), 11.7 percent of them has higher education out of which 42.7 percent receive cash and 57.3 percent non cash income.

Join community activity shows that more than half (56.7percent) disabled persons they have difficult in joining community activities, out of which only 12.5percent receive cash income and 87.5 percent not, while 43.3 percent of disabled persons they don't have any difficult in joining community actives, out of them 20.2 percent receive cash income and 79.0 percent receive non cash income.

In addition, data shows that about two third (62.2%) of disabled person face difficult in day-to-day work/schoolwork and 37.8 percent they didn't face any problem, out of 62.2 percent 13.9 percent receive cash income and 86.1 percent receive non cash income, while of out 37.8 percent only 19 percent receive cash income and 81 percent not.

Table (5) also illustrate the accessibility of transport for disabled person whereby 82 percent of disabled person they don't have access of transport out of which 17.3 percent receive cash income and 82.7 percent non cash income, 18 percent of disabled person who have access in transportation only 9 percent they receive cash income and 91 percent not.

The table also shows the type of job and main sources of income data revealed that 72 percent of disabled person are farming/livestock keeping out of which only 3.8 percent receive cash income and 96.2 percent receive other not, furthermore table shows that 65.1 percent of disabled at

age 15-64 they make decision for their income while the rest not, out of 65.1 % only round 19 percent receive cash income and 81percent not.

Table (5)
Percent Distributions of Socio-Economic Characteristics by the Main Sources of Income for Disabled Persons (15-64), TDS 2008.

| Variable | Main source of income | | Total | | Person - Value | p-sig |
|---|-----------------------|-------------|------------------|--------------|----------------|-------|
| | Other Income | Cash Income | No | % | | |
| Education level | | | | | | |
| Lower education | 83.7 | 16.3 | 756,081 | 88.3 | 39428 | 0.000 |
| Higher education | 57.3 | 42.7 | 100,432 | 11.7 | | |
| Join in community activities like anyone else can | | | | | | |
| Difficult | 87.5 | 12.5 | 751,220 | 56.7 | 14605 | 0.000 |
| Easier | 79.8 | 20.2 | 574,014 | 43.3 | | |
| In day-to-day work / schoolwork | | | | | | |
| Difficult | 86.1 | 13.9 | 824,541 | 62.2 | 5849 | 0.000 |
| Easier | 81.0 | 19.0 | 500,692 | 37.8 | | |
| Accessibility of Transportation | | | | | | |
| Access | 91.0 | 9.0 | 239,062 | 18.0 | 10127 | 0.000 |
| Never | 82.7 | 17.3 | 1,086,172 | 82.0 | | |
| Type of Job | | | | | | |
| Other | 32.7 | 67.3 | 238,606 | 28.0 | 408250 | 0.000 |
| Farming/Livestock keeping | 96.2 | 3.8 | 612,073 | 72.0 | | |
| Make decides | | | | | | |
| No | 90.2 | 9.8 | 298,923 | 34.9 | 19158 | 0.000 |
| Yes | 81.0 | 19.0 | 557,590 | 65.1 | | |
| Accessibility to attend work/school | | | | | | |
| In-access | 78.0 | 22.0 | 827,411 | 62.4 | 63586 | 0.000 |
| Access | 94.5 | 5.5 | 497,823 | 37.6 | | |
| Accessibility to shops/Banks/Post office | | | | | | |
| In access | 88.6 | 11.4 | 327,216 | 24.7 | 6517 | 0.000 |
| Access | 82.7 | 17.3 | 998,017 | 75.3 | | |
| Marital status | | | | | | |
| No | 85.4 | 14.6 | 571,624 | 43.2 | 1027 | 0.000 |
| Yes | 83.4 | 16.6 | 752,162 | 56.8 | | |
| Type of disability | | | | | | |
| Sense | 85.3 | 14.7 | 663,854 | 75.4 | 1732 | 0.000 |
| Movement | 88.9 | 11.1 | 216,661 | 24.6 | | |
| Sex | | | | | | |
| Male | 82.7 | 17.3 | 627,304 | 47.3 | 2017 | 0.000 |
| Female | 85.5 | 14.5 | 697,928 | 52.7 | | |
| Total | 84.2 | 15.8 | 1,325,232 | 100.0 | | |

Source: Computed from TSD 2008 raw data

Table (5) also illustrates accessibility to attend work/school by main sources of income, whereas 62.4 percent of disabled are in-access and 37.6 percent access to attend work or school, out 37.6 percent only 5.5percent receive cash income and 94.5 percent not. Furthermore table (5) shows the accessibility of social services such (shops/banks/post office) whereby round one quarter (24.7%) of disabled person are in access of those services out of which 11.4 percent receive cash income and 88.6 percent non income, 75.3 percent of disabled person they have access in services out of which 17.3 percent receive cash income and the rest not.

Data in the table reveals that 56.8 percent of disabled person are married while 43.2 percent not, out of 56.8 percent only 16.6 percent receive cash income and 83.4 percent receive non cash income, while out of 43.2 percent of disabled person aged 15-64, 85.4 percent receive non cash income and only 14.6 receive cash income.

Table (5) also shows type of disability by main sources of income, data in the table shows that around three third (75.4%) of disabled are sense disabled persons and 24.6 percent are movement disabled person, whereby out of 75.4%, 14.7 percent of them receive cash income and 85.3 percent not, movement disability (24.6%) only 11.1 percent of them receive cash income while the rest 88.9 percent not. Also table indicate by sex disability by main sources of income whereby female dominate 52.7 percent out of which 85.5 percent receive non cash income and 14.5 percent receive cash income, while male contribute 47.3percent, out of which 17.3 percent receive cash income and 82.7 percent receive non cash income.

In general statistical result shows that there is significant relationship between socio-economic characteristics and main sources of income for disabled persons with the probability less than 0.05.

3.3 Challenge Faced by Disabled Persons

WHO (2011), indicate that Disabled persons cannot always live independently/participate fully in community activities. Reliance on institutional solutions, lack of community living, inaccessible transport and other public facilities, and negative attitudes leave people with disabilities dependent on others and isolated from mainstream social, cultural, and political opportunities.

This part presents challenge faced by disabled persons on the impact of physical environment on their ability to participate various activities with his/her community. Since disability is very much due to the type of disability and physical environment, which is major determinate of any

person lives in normal life. Table (6) presents percent distributions of disabled persons by type of disability according to the challenges they faced on the physical environment.

Disabled persons faced more difficulties in join in community activity like someone else, data presented in the table 6 shows that more than one quarter 27 percent has more difficulties in joining in community activities, 42.1 percent often they face difficulties in joining community activities only and 30.9 percent of disabled persons report easier for them. Out of 27 percent for having more difficulties, self care dominate nearly two third 63.7 percent, then followed by communication disability, mobility, hearing and seeing disability respectively, whereas for easier in join community activities like someone else out of 30.9 percent 36.8 percent contributed by hearing then followed by seeing and self care each dominate 35.2 percent and 19.2 percent respectively.

Roberts P, Babinard J (2004) in his study transport strategy to improve accessibility in developing countries mention that People with disabilities experience environmental obstacles that make physical access to employment difficulties. Some may not be able to afford the daily travel costs to and from work/school. Data presented in the table 6 indicates that out of 100 only 53 disabled persons having access to attend work/school, out which around one third 33.9 percent dominated by seeing disabled then followed by 26 percent, 22.1 percent, 10.3 percent, 6.3 percent and 1.4 percent for self care, hearing, mobility communication and cognition disabilities respectively.

Good economic practice to include as many people in the workforce as possible. People with disabilities are also people who have abilities. People with disability can develop their skills and potential through gainful employment. By having more people participate and contribute to the economy, the more productivity gains and economic returns we can expect for the community (*ADDE, 2012*).

Table (6) illustrates how disabled persons face difficult in day-to-day by activities by type of disability, whereby 31 percent of disabled persons faced more difficulties in day-to-day activity, 39 percent often they face difficulties in day to day activities and 30.2 percent of disabled persons they don't have any difficulties in day to day activities. Out of 31percent of disabled persons of having more difficulties, 72.2 percent contributed by self care then followed by communication, and mobility as shown, also out of 39 percent of sometime having difficulties 35.4 percent dominated by self care seeing and mobility disabled respectively.

**Table (6)
Percent Distributions of Disabled Persons by Type of Disability According to their Challenge Faced on the Physical Environment, TDS 2008.**

| Variable | Type of disability | | | | | | Total | | χ^2 test | |
|--|--------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---------------|---------------|------------|---------------|-------|
| | Seeing | Hearing | Mobility | Self Care | Cognition | Communication | No | % | Person-Value | P-Sig |
| Join in community activities like anyone | | | | | | | | | | |
| Easier | 35.2 | 37 | 3.7 | 19.2 | 1.4 | 3.7 | 271,138 | 31 | 436,293 | 0.000 |
| More difficult | 0.8 | 1.2 | 4 | 63.7 | 0.0 | 30.3 | 236,931 | 27 | | |
| Sometimes easier and sometimes more difficult | 21.6 | 5 | 20.8 | 43.3 | 2.3 | 7 | 368,934 | 42 | | |
| Access to attend Work/school | | | | | | | | | | |
| Accessible | 33.9 | 22 | 10.3 | 26 | 1.4 | 6.3 | 468,149 | 53 | 436,293 | 0.000 |
| Inaccessible | 4.3 | 1.4 | 20.9 | 63.3 | 0 | 10.1 | 88,990 | 10 | | |
| Never go | 4.5 | 5.7 | 8.8 | 57.5 | 1 | 22.4 | 270,474 | 31 | | |
| Have none | 4.9 | 1.2 | 11.1 | 60.4 | 6 | 16.4 | 52,904 | 6 | | |
| Day-to-day work / schoolwork | | | | | | | | | | |
| Easier | 27.5 | 39 | 5.4 | 17.2 | 1.4 | 9.9 | 263,945 | 30 | 411,423 | 0.000 |
| More difficult | 1.7 | 0.4 | 4.4 | 72.2 | 0.9 | 20.3 | 273,806 | 31 | | |
| Sometimes easier and sometimes more difficult | 29.1 | 5.3 | 20.9 | 35.4 | 1.7 | 7.6 | 337,267 | 39 | | |
| Taking care of household responsibilities | | | | | | | | | | |
| Easier | 30.6 | 36.8 | 8.4 | 14.3 | 1.3 | 8.6 | 290,922 | 33 | 419,910 | 0.000 |
| More difficult | 0.7 | 1.5 | 2.7 | 72.5 | 1.0 | 21.5 | 263,057 | 30 | | |
| Sometimes easier and sometimes more difficult | 26.7 | 3.0 | 19.6 | 40.9 | 1.8 | 8.0 | 323,518 | 37 | | |
| Access to hospital/clinic | | | | | | | | | | |
| Accessible | 28.7 | 19.0 | 10.3 | 28.4 | 2.2 | 11.5 | 559,029 | 64 | 167,729 | 0.000 |
| Inaccessible | 5.9 | 4.6 | 13.6 | 63.7 | 0.0 | 12.2 | 288,837 | 33 | | |
| Never go | 0.0 | 5.0 | 0.0 | 69.8 | 0.0 | 25.2 | 32,651 | 3.7 | | |
| Accessibility of shops/Banks/Post office | | | | | | | | | | |
| Accessible | 26.8 | 19.5 | 11.3 | 31.7 | 2.0 | 8.6 | 607,185 | 69 | 192,364 | 0.000 |
| Inaccessible | 6.4 | 0.0 | 17.7 | 66.7 | 0.0 | 9.2 | 138,757 | 16 | | |
| Never go | 3.2 | 1.8 | 2.5 | 59.3 | 0.0 | 33.2 | 128,709 | 15 | | |
| Have none | 22.1 | 0.0 | 0.0 | 77.9 | 0.0 | 0.0 | 5,866 | 0.7 | | |
| Accessibility of transportation | | | | | | | | | | |
| Always | 4.0 | 0.0 | 9.6 | 66.3 | 0.0 | 20.0 | 98105 | 12 | 419,910 | 0.000 |
| Often | 17.9 | 4.1 | 18.6 | 51.7 | 2.5 | 5.1 | 109546 | 13 | | |
| Sometime | 2.6 | 8.0 | 37.4 | 43.5 | 0.0 | 8.5 | 19546 | 2.4 | | |
| Seldom | 12.2 | 4.2 | 17.8 | 58.9 | 2.3 | 4.6 | 132348 | 16 | | |
| Never | 29.1 | 23.2 | 6.6 | 27.1 | 1.4 | 12.7 | 461740 | 56 | | |
| Total | 20.1 | 13.7 | 11.0 | 41.5 | 1.4 | 12.3 | 880517 | 100 | | |

Source: Computed from TSD 2008 raw data.

It is believed that disabled husband as a leader of the household he cannot manage it effectively. On the other hand, a wife with disability is

believed to be incapable to serve her children, husband and his relatives very effectively (*NBS 2006*). Data in the table (6) explains challenges faced by disabled persons in taking care of their household responsibility, whereby 30 percent of disabled persons reported having more difficulties while 37 percent often they face difficulties, only 33.2 percent they don't have any in taking care of household responsibilities. Out of 30 percent of having more difficult 72.5 percent contributed by self care disability persons then followed communication and mobility disability respectively.

Data in the table reveals that one third (33 percent) of disabled persons they don't have access to health services and 3.7 percent they never attend in health services, only 63.5 percent of disabled persons they have access to health services. In generally from 32.8 percent of not having access to health services more than two third (63.7 percent) dominated by self care then followed mobility, communication, seeing and hearing respectively.

Data analysis reveals that 31 percent of disability of disabled person they don't have access of social serves, only about two third (69 percent) of disable persons they have accessibility in social services (accessibility of shops/bank/poster).

Transport services it's very important for any one for facilitate communication from one place to another even to work place, table 6 shows that 56.2 percent they don't have any problem in transport services, while 11.9%, 13.3% 2.4%t and 16.1% they face challenge always, often sometime and seldom respectively.

In general statistical result shows that there is significant relationship between type of disability and challenges faced by disabled persons with the probability less than 0.05.

IV. DETERMINANTS OF ECONOMIC CAPABILITY FOR DISABLED PERSONS

For the better understating of the determinants of economic capability of disabled persons and their livelihood, it is necessary to look at all covariates of main sources of income in multivariate perspective and also to observe the impact of determinants for them. Since the dependent variable is the economic capability, its take value 0 for other sources of income and 1 for cash income from employment, logistic regression is applied in order to identify the major determinants of economic capability, their net effect, and to estimate the probability of disabled in each category to have cash income.

4.1 Definitions and Measurements of Variables

Table (7) presents the definitions and measurements of the dependent and independent variables that are included in the logistic regression model and their categories. The reference categories for each group of variables is selected on the basis that they are thought to have the least likelihood of influencing the dependent variable “source of income”.

**Table (7)
Definition and Measurements of the Variables.**

| Variable's Name | Description and Code |
|---|--|
| Dependant Variable | |
| Main sources of Income | Two categories are represented by one binary variable as follows 0 = Other source of income (Reference) 1=Cash income (employed) |
| Independent Variables | |
| Education level | Two categories are represented by one binary variable as follows 0 = higher level of education (Reference) 1=lower level of education |
| Join in community activities like anyone else | Two categories are represented by one binary variable as follows 0 = Easier (Reference) 1=Difficult |
| In day-to-day work / schoolwork | Two categories are represented by one binary variable as follows 0 = Easier (Reference) 1 = Difficult. |
| Accessibility of transportation | Two categories are represented by one binary variable as follows 0=Access to transport (Reference) 1=In-access to transport |
| Type of job | Two categories are represented by one binary variable as follows 0 = other type of job (Reference) 1=Farming/Livestock keeping' |
| Make decides how to spend your income | Two categories are represented by one binary variable as follows 0 = No (Reference) 1= Yes |
| Accessibility to attend work/school | Two categories are represented by one binary variable as follows 0 Access to attend work = (Reference) 1= In-access to attend work |
| Accessibility to shops/Banks/Post office | Two categories are represented by one binary variable as follows 0=Access to social services (Reference) 1=In-access to social services |
| Marital status | Two categories are represented by one binary variable as follows 0=Yes married (Reference) 1= No married |
| Type of Disability | Two categories are represented by one binary variable as follows 0 = sense disability (Reference) 1=Movement disability |
| SEX | Two categories are represented by one binary variable as follows 0 = Male (Reference) 1= Female. |

4.2 Logistic Regression Results

The explanatory (independent) variables included in the analysis, their categorization and their expected influences on the risk of having or not having capability for their socio-economic development are summarized in the table (8). It presents the output for the regression coefficients beta (β_i) with their standard errors, odds ratios and the probability of having capability. The interpretation of the relationship between β_i and the log odds is that, when β_i is positive log odds increase, when it is negative log odds decrease and when it equals zero, the log odds do not change. The fitted model is good, as the percentage of correctly classified cases is 90.5 percent. This percentage means that around 91 percent of disabled populations faced challenges in socio-economic corresponding to their type of disability will be correctly classified.

Result shows that education is significant and negatively associated with the main source of income for disabled persons; disabled who have lower education level are less likely to receive cash income by 43.5 percent compared with having higher education level with the probability of occurrence 0.361.

The model further reveals that joint in community activity like someone else has positive significant effect with main source of income for disabled persons, statistical analysis shows that disabled persons who find difficulties in join in community activities are more likely to have cash income by 1.3 times compared with their counterpart with the probability of event of other income 0.569.

In addition, disabled persons face some difficult in daily base work, the model shows that there is negative significant association in day-to-day work and main sources of income, the result revealed that, disabled person who have difficulties of day to day work are less likely to have difficulties for cash income compared with counterpart by 64 percent with probability of 0.265

Accessibility of transportation has significant positive effect with main source of income for disabled populations; disabled persons who have an access to transport are more likely to have cash income 1.2 times compared to their counterpart with probability of 0.543.

**Table (8)
Logistic Regression Coefficients for the Determinants of Socio-economic
Capability of Disabled Persons, TDS 2008.**

| Variable | Code | B | S.E. | Sig. | Exp(B) | Probability |
|--|------|-------|-------|-------|--------|-------------|
| Education level | X1 | 0.571 | 0.021 | 0.000 | 0.565 | 0.361 |
| Join in community activities like anyone else | X2 | 0.277 | 0.021 | 0.000 | 1.319 | 0.569 |
| In day-to-day work / schoolwork | X3 | 1.018 | 0.023 | 0.000 | 0.361 | 0.265 |
| Accessibility of transportation | X4 | 0.173 | 0.019 | 0.000 | 1.188 | 0.543 |
| Type of job | X5 | 5.438 | 0.022 | 0.000 | 0.004 | 0.004 |
| Make decides how to spend your income | X6 | 0.365 | 0.02 | 0.000 | 1.441 | 0.59 |
| Accessibility to attend work/school | X7 | 2.207 | 0.024 | 0.000 | 0.110 | 0.099 |
| Accessibility to shops/Banks/Post office | X8 | 1.781 | 0.023 | 0.000 | 5.934 | 0.856 |
| Marital status | X9 | 0.902 | 0.019 | 0.000 | 2.465 | 0.711 |
| Type of disability | X10 | 0.856 | 0.021 | 0.000 | 2.355 | 0.702 |
| Sex | X11 | 1.105 | 0.017 | 0.000 | 0.331 | 0.249 |
| Constant | | 0.521 | 0.035 | 0.000 | 1.684 | |
| Overall Percentage | | | 90.5 | | | |

$$\ln \left(\frac{P_i}{1 - P_i} \right) = Z = 0.521 - 0.571X_1 + 0.277 X_2 - 1.018 X_3 + 0.173X_4 - 5.438X_5 + 0.365 X_6 - 2.207 X_7 + 1.781X_8 + 0.902 X_9 + 0.856 X_{10} - 1.105 X_{11}$$

Furthermore type of job shows negative significant effects with main sources of income, engagement in farming/livestock for disabled populations are less likely to earn cash income compared to other type of employment by 96 percent with probability of event of 0.004.

The analytical result shows that decision making in how to spend income for disabled person has positive significant effect with main source of income, disabled person who make decision about how to spend their income are more likely to earn cash income compared to do not take decision by 1.4 times with probability of 0.59.

Accessibility to attend at work/school shows negative significant effect with main sources of income, disabled person who receive cash non cash income are less likely to attend at work/school by 89 percent compared with counterpart with the probability of event 0.099

Availability of social services shows positive significant effect with the main source of income, disabled person who access social services (shops/bank/post office) are more likely to earn cash income by 5.9 times compared with counterpart by the probability of event 0.856.

Furthermore marital status shows positive significant effect with the main source of income, disabled persons who earn cash income are more likely to be unmarried compared to married disabled persons by 2.4 times with the probability of event of 0.711.

Type of disability reflects positive significant effect with main source of income whereby movement disabilities are more likely to earn cash income compared with sense disability by 2.4 with the probability of occurrence 0.702.

Sex for disabled person shows negative significant effect with main sources of income whereby disabled females are less likely to earn cash income compared with disabled males by 66.9 with the probability of event 0.249.

V. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

5.1 Conclusion

In this study an assessment of the levels, differentials and determinants of socio-economic capability of disabled person in Tanzania 2008. The study has also identified challenges faced by disabled Person in Tanzania. A bi-variate and multi-variate analysis is used in this study, using data of Tanzania disabled persons 2008.

The following are the most important findings:

Overall, result and discussion of this study shows differentials of demographic and socio-economic characteristics of disabled persons in Tanzania, by using TDS 2008. The study found that there is significant

relationship between types of disability with demographic variable, socio-economic and challenge/difficulties faced by disabled persons.

Also result shows that most of disabled persons in Tanzania have lower socio-economic capability to generate their daily life and misperceptions among the society decrease their capability in socio-economic development. The study shows that most of disability people have lower education level, and they face difficult in joining in community activities, day to day work and they don't have access to transport, whereas most of them engaged in agricultural services which is seasonal variation which increase the possibility of uncap ability for them.

Education as main door for measuring personal development and creation for employment status, about half of disabled person in Tanzania they didn't attend school and those who attained majority of them (83%) end-up in primary, this increase margin for disabled persons to be employed in non-agricultural sectors; agricultural sector dominate about 75 percent of employment for disabled persons.

In general the prevalence of disability in rural area is very higher compared with urban area,

Environmental factors and altitude toward disabled person are major challenge for them and livelihood; more challenge faced by disabled person (i.e join in Community activities like anyone, taking care of household and day to day work) due to lower perception of the community/employer, most of disabled persons their main income of income from household agricultural sector which is not stable due to seasonal variation.

Generally result of logistic regression shows significant with all variables to the main sources of incomes, which categorized by other income (non cash income) and cash income (from employment), where by some of variable have positives effect and other negative effect for disabled persons.

Positive effect with the main source of income

- Join in community activities like anyone else.
- Accessibility of transportation.

- Make decides how to spend your income.
- Accessibility to attend work/school.
- Marital status.
- Type of disability.

Negative effect with the main source of income

- Education level.
- In day-to-day work / schoolwork.
- Type of job.
- Accessibility to shops/Banks/Post office.
- Sex.

5.2 Recommendations

In view of the major findings of the study and the above conclusions, the following recommendations are made in order to increase socio-economic capability of disabled Person in Tanzania.

- There is a need for the Government to establish National Registration System in order to understand total disabled persons time to time which will provide National data on disability.
- Awareness among societies and community member toward disabled persons during childhood should have equal opportunities in education.
- Professional development programmes should be introduced for all staff, to develop awareness, knowledge, competencies and skills relating to disabled students and to promote non-discrimination and equality of opportunity for disabled people in higher education.
- Policy and procedures for disabled students should be strategically mainstreamed into all activities and operations of all institutions. Universities need to be systematically working towards inclusive educational practices for all students via action plans, professional development of lecturers, curriculum development, resource allocation and evaluation practices.

- Reserve seats shall be allocated for the disabled in the Parliament. They should be involved in a policymaking, body for alleviation of poverty and development of the poor.
- Raising awareness or training seminars for employers themselves in order to shift attitudes that will contribute to the understanding that person with disabilities can be at least as productive as person without a disability when matched to an appropriate job.
- Different ministries and divisions should concentrate on the rights of the disabled persons and work together.
- Increasing the reserve system for disabled in government and non-government jobs and the employment law for disabled people should be implemented. It is necessary to introduce and implementation quota system for the employment of disabled people in the public sector; at least 10 percent of employees should be disabled.
- It is important to ensure mobility of the disabled people so that they have access to all sorts of public services. In this respect attention must be given to access to hospital/clinic, transport vehicles this include access in day to day activities, access to bank/shop/postal offices etc. Building ramps for public services and large houses and other entertainment facilities should be made mandatory in order to consider disabled parsons.
- Making of a separate budget for disabled population for providing necessary infrastructure which is essential.

Main important recommendation is that how the government should help them to improve their socioeconomic capability by loans or by monthly payment etc (*ILO, 2001*).

REFERENCES

- ADDE (2012), Australians for Disability and Diversity Employment.
- Arne H. Eide, Sekai Nhiwathiwa, (2001), Living conditions among people with activity limitations in Zimbabwe. A representative regional survey.
- CSOZ (2003). Zambia 2000 census of population and housing. www.zamstats.gov.zm.
- Exodus Guild (2010), *Africa and Disability*, <http://theexodusguild.org/Africa.aspx> Accessed 24 May 2010.
- ESCWA (1992), Report on Programmes and Methods of Care for Disabled Persons. United Nations, Economic & Social Commission for Western Asia.
- Jacqueline Kweka (2010). An Assessment of the proportion of Person with disability in the work.
- ILO (2001), Social security: Issues, challenges and prospects.
- Jenkins SP, Rigg JA. (2003). *Disability and disadvantage: selection, onset and duration effects*. London, Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics, (CASE paper 74).
- Kazi Ayesha Siddiqua, Riazul Islam, Shaharia Afrin (2012), Disability, Employment and Poverty: A Study of the Physically Handicapped People in Dhaka City.
- Ken Davis (1990). A Social Barriers Model of Disability: Theory into Practice.
- Kitchin, R.M & Mulcahy, F. (1999), *Disability, access to education, and future opportunities* (Dublin, Combat Poverty Agency).
- Lawson, A. and Gooding, C, (2005). Disability Rights in Europe: from theory to practice. Oxford: Hart.
- LHRC, ZLSC; (2011) Tanzania Assessment of Human Rights Report 2010 Justice Lugakingira House, Kijitonyama P.O.BOX 75254, Dar es Salam, Tanzania.
- Lorna Jean Edmonds, (2005) Disabled People and Development (Poverty and social development papers, No. 12/ June 2005.

NBS (2006). The United Republic of Tanzania Population and Housing Census 2002. Analytically Report Volume X.

NBS (2008). United Republic of Tanzania Disability Survey 2008.

OECD (2009). Transform Disability into Ability 2003 - ISBN-64-19887-3-© Policies to promote work and income security for Disabled people.

OECD (2010). Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across Paris, Organization for Economic Co-operation and Development.

Roberts P, Babinard J (2004). Transport strategy to improve accessibility in developing countries. Washington, World Bank.

UK (Act 2010), Equality Guidance; Guidance on matters to be taken into account in determining questions relating to the definition of disability.

WHO (2011), World Report On Disability.

Equality Act (2010), Guidance www.odi.gov.uk/equalityact. <http://www.who.it>.

<http://hcdg.org>.

[http:// www. Mapsoftworld.com/Tanzania](http://www.Mapsoftworld.com/Tanzania).

<http://www.nbs.go.tz>.

www.odi.gov.uk/equalityact.

www.zamstats.gov.zm.

<http://www.who.it>.