

مجلة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

دورية علمية متخصصة محكمة

يصدرها البرنامج العربي لصحة الأسرة



في هذا العدد:

- الهجرة الداخلية في العراق 2012.
- دور الزكاة في معالجة مشكلة الفقر في الجزائر.
- قياس أثر الجودة الشاملة للخدمات الصحية على ولاء المستفيدين في مصر.
- مستويات وإتجاهات العنف ضد المرأة في مصر.
- دور الدولة في إدارة النفايات والتنمية المستدامة في الجزائر.
- السلوك الإيجابي الخطر وأثره على وفيات الرضع والأطفال ودور خدمات الأمومة الآمنة في الحد من خطورته في مصر، 2008.

مجلة
الأسرة
العربية
السكان

المجلد السابع - العدد الثامن عشر - يونيو 2014



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

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 النبات، 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 أزلماط 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 البرنامج العربي لصحة الأسرة

سكرتارية التحرير

رابح 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@gmail.org
- تليفون/ فاكس: +202 - 27383634

الافتتاحية

حرصاً من إدارة البرنامج 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 الثامن عشر من دورية "صحة الأسرة العربية والسكان: بحوث ودراسات" الذي يشهد تنوعاً أكبر في موضوعاته باللغتين العربية والانجليزية 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 البرنامج العربي لصحة الأسرة

في هذا العدد:

الصفحة	الموضوع
	- الهجرة الداخلية في العراق 2012.
26-1	سمية السعدني وأحمد سلمان العرداوي.....
	- دور الزكاة في معالجة مشكلة الفقر في الجزائر.
42-27	عائشة شبيلة.....
	- قياس أثر الجودة الشاملة للخدمات الصحية على ولاء المستفيدين في مصر.
68-43	محمد نجيب عبد الفتاح وماهر محمد على.....
	- مستويات وإتجاهات العنف ضد المرأة في مصر.
84-69	مجدي محمد جمعة.....
	- دور الدولة في إدارة النفايات والتنمية المستدامة في الجزائر.
106-85	صليحة مقاوسي وآخرون.....
	- السلوك الإنجابي الخطر وأثره على وفيات الرضع والأطفال ودور خدمات الأمومة الآمنة في الحد من خطورته في مصر، 2008.
113-107	منى السيد عراره.....

رقم الإيداع:
م 06 / دوري (2014) / ع 18 (0506)

الهجرة الداخلية في العراق 2012

سمية السعدني¹

أحمد سلمان العرداوي²

- مستخلص

إن دراسة العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية وتأثيرها على الهجرة الداخلية وخاصة هجرة العمل لها أهمية كبيرة في تحليل التغيير في حجم وتركيب السكان وفهم تحركاتهم بين محافظات الأصل التي تمثل مكان الإقامة السابق وبين محافظات الوصول المتمثلة بمكان الإقامة الحالي.

تم تحديد مفهوم المهاجر وهو الفرد الذي يغير محل إقامته إلى محافظة غير محافظة إقامته السابق على أن يقيم في مكان الإقامة الحالي مدة لا تقل عن ستة أشهر، وعليه ركزت على التعرف على معدلات وحجم الهجرة التي تمت بين المحافظات واستبعاد جميع المهاجرين داخل المحافظة الواحدة، وتم التعرف على المحافظات الجاذبة والطاردة للسكان وتحليل تيارات الهجرة الرئيسية.

كما تناولت الدراسة تحديد أهم المحددات الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية للهجرة الداخلية بسبب العمل.

وأوصت الدراسة بالعمل مستقبلاً على تنفيذ مسح مقطعية يمكن ربط بياناتها بفترات زمنية مختلفة للوصول إلى دراسات تحليلية معمقة بشتى المجالات، وبشكل خاص إن دراسات تحليل الهجرة بحاجة إلى مثل هذه البيانات باعتبار أن الهجرة دائماً تحدث بوقت يسبق وقت تنفيذ المسح بفترات قد تطول وقد تقصر، ووجود مثل هذه البيانات يسهل الطريق أمام الباحثين والدارسين للخوض في هذا المجال.

الكلمات المفتاحية: العراق، المعادلات الآتية، المعادلات الهيكلية، متغير متصل (مستمر)، متغير متقطع، تحليل احتمالي، هجرة العمل، هجرة إرادية، هجرة لإرادية.

¹ أستاذ ورئيس قسم الإحصاء الحيوي والسكاني/ معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة. ssaadani@aucegypt.edu

² طالب ماجستير، قسم الإحصاء الحيوي والسكاني/ معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة.

I- مقدمة

تعد الهجرة الداخلية من أهم المكونات الرئيسية المؤثرة في حجم وتوزيع وتركيب السكان إضافة إلى الخصوبة والوفيات، كما أن الهجرة من أكثر العوامل فعالية في تغيير حجم وتركيب السكان بسبب استجابتها السريعة للمؤثرات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي تنعكس على تغيير حجم وتركيب السكان بصورة أسرع مقارنة بتأثير كل من الخصوبة والوفيات على إحداث هذا التغيير في السكان وذلك لبطأ تأثير كلاً من الولادات والوفيات، خاصة إذا ما كانت معدلات المواليد والوفيات ثابتة على الأغلب لفترة من الزمن.

يصعب قياس الهجرة بشكل عام في كثير من الدول مقارنة مع قياس الخصوبة والوفيات بسبب صعوبة جمع بياناتها بشكل دقيق، لأن تدفق المهاجرين لا يتسم بالثبات من الناحية الزمنية وهذا أدى إلى ندرة بياناتها إضافة إلى الاختلاف في المفاهيم والتعاريف المستخدمة لتحديد من هو المهاجر؟ لهذا كانت دراسة الهجرة تشكل تحديات كبيرة أمام الباحثين والدارسين في العراق وفي دول عديدة.

عانى العراق خلال العقود الثلاثة الماضية من أوضاع صعبة نتيجة للحروب والصراعات المتكررة التي تسبب بها النظام السياسي القائم آنذاك مما عكس ظلها السلبية على مجمل الحياة العامة في العراق اقتصادياً واجتماعياً وأمنياً، وهذا أدى بشكل أو بآخر زيادة الحركة والانتقال للسكان بين المحافظات، وبالتالي إلى عدم التوازن بين المحافظات من حيث التركيز السكاني والنمو الاقتصادي على مستوى جميع القطاعات زراعياً وصناعياً وخدمياً.

1-1- مشكلة الدراسة

دراسات الهجرة من الدراسات النادرة في العالم العربي بصفة عامة وفي العراق بصفة خاصة، لأنها تشكل تحدياً وصعوبة في ظل عدم إجراء تعداد عام للسكان لفترة تجاوزت عقدين من الزمن، ولم ينفذ أي مسح خاص حول الهجرة خلالها، حيث كان آخر تعداد نفذ عام 1997 ولم يكن شاملاً لجميع المحافظات.

2-1- أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل الهجرة الداخلية في العراق والتعرف على أهم محدداتها الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، لتكون هذه الدراسة أحد الروافد المساهمة في تعزيز المراكز البحثية ومراكز تخطيط ورسم السياسات السكانية في العراق المعنية بوضع الحلول ومعالجة الآثار الناتجة عن الاختلال الحاصل في تركيز السكان في المحافظات ونموها الاقتصادي من خلال دراسة:

- حجم الهجرة ووصف أهم تياراتها المختلفة حسب محل الإقامة السابق ومحل الإقامة الحالي وأسباب الهجرة بين المحافظات.
- حجم هجرة العمل وأهم تياراتها.
- خصائص هجرة العمل من خلال الاختلافات بين المهاجرين للعمل وبين غير المهاجرين.
- تحليل المحددات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية المؤثرة على الهجرة الداخلية للعمل.

1-3- مصادر البيانات

اعتمدت الدراسة على بيانات المسح الاجتماعي والاقتصادي للأسرة لسنة 2012 (IHSES-2)، وشملت عينة المسح كافة محافظات العراق بواقع (25488) أسرة وحسب التناسب الاحتمالي لعدد الأسر موزعة إلى مناطق حضرية وريفية، يهدف المسح بشكل عام إلى توفير مؤشرات إحصائية وديموغرافية واقتصادية مختلفة كالإنفاق ودخل الأسرة والحالة العلمية والزواجية والعملية لكل أفراد الأسرة إضافة إلى بيانات حول الهجرة.

1-4- منهجية الدراسة

استخدمت الدراسة الأساليب الآتية:

أولاً: التحليل الوصفي لبيان خصائص المهاجرين مقارنة بغير المهاجرين باستخدام:

- دليل الاختلاف (Index of Differential).
- نسبة الأرجحية (Odds ratio) للتعرف على احتمالية هجرة العمل حسب خصائص المهاجرين.
- ثانياً: استخدام أساليب التحليل الإحصائي المعمق لغرض التعرف على أهم محددات الهجرة الداخلية للعمل في العراق وقياس تأثيرها، وتشمل على:
 - تحليل الانحدار الاحتمالي Probit Analysis
 - تحليل المعادلات الآتية System of Simultaneous Equations Models.

5-1- الدراسات السابقة

• أوضحت دراسة (Matwally, Soha & El-Saadani, 2014) تأثير الهجرة الداخلية على الفقر في مصر. كذلك مستوى الهجرة الداخلية في مصر ثم أهم محددات الهجرة الداخلية إضافة إلى انعكاسات الهجرة وتأثيرها على مستوى الفقر، يعد الفقر حافزاً رئيساً للهجرة لذا يحاول الفرد عندما يتخذ قراره بالهجرة أن يبحث عن عمل جديد أو يجد فرصاً جيدة للعمل يحاول من خلالها تحسين مستواه المعيشي. أشارت الباحثة إلى أن خلال فترة الدراسة (1998-2006)، شكل العمل سبباً رئيساً لهجرة الذكور، وتوصلت الدراسة إلى أن أهم محددات الهجرة على المستوى الكلي (Macro level) هي مستوى التحضر والتنمية في محل الإقامة الأصلي والمسافة، أما محددات الهجرة على المستوى الجزئي (Micro level) أي على مستوى الفرد وهي المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية وفي مقدمتها العمر والنوع والحالة الزوجية وحجم الأسرة ومستوى التعليم ومدة الإقامة ومستوى التنمية في مكان الوصول. وقد أشارت الدراسة إلى أن مكان الإقامة من أهم المتغيرات التي لها تأثير على الهجرة فالمقيمون في الريف أكثر احتمالاً للهجرة مقارنة بالمقيمين في الحضر، وكذلك العاملين في القطاع الخاص مقارنة بالعاملين في القطاع الحكومي، أما الحالة الزوجية والعمر لم يكن لهما دوراً مؤثراً على الهجرة. وأخيراً ما توصلت له الدراسة أن الهجرة ليس لها أي دور يؤثر في تحسين المستوى المعيشي للفرد.

• ركزت الباحثة (الزبيدي، هالة وليد، 2003) دراستها على تقديرات حجم الهجرة الداخلية في العراق باستخدام النماذج السكانية، وهي دراسة إحصائية تهدف إلى التعرف على كيفية استخدام النماذج السكانية للوصول إلى تقديرات لأعداد المهاجرين حسب المحافظات وفق طرق قياس الهجرة المعروفة.

• اهتمت الباحثة (الكيّتب، رنا عبد الحسن، 2002)، بدراسة التحليل الجغرافي للهجرة إلى محافظة النجف للمدة 1977-1997، وهي دراسة جغرافية، كما تناولت واقع الهجرة في محافظة النجف وتوزيعها على الوحدات الإدارية للوقوف على أهم الأسباب التي دفعت بالسكان إلى الهجرة إلى محافظة النجف وتحويلها من محافظة طاردة إلى محافظة جاذبة والتعرف على أهم العوامل الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة فيها.

• درست (El-Saadani, 1984) العلاقة بين الهجرة الداخلية في مصر وبين العوامل الاقتصادية والاجتماعية في المحافظات من بيانات تعداد عام 1976، حيث أشارت الباحثة إلى أن المحافظات الجاذبة هي محافظات تتميز بمستوى عالي من التنمية بينما المحافظات الطاردة يكون مستوى التنمية فيها متدني، وأن أكثر من نصف المهاجرين يشكلون تيار هجرة قادمين من المحافظات الأقل مستوى في التنمية باتجاه المحافظات الأعلى مستوى في التنمية. استخدمت الباحثة التحليل العاملي لتفسير الاختلاف بين المحافظات الجاذبة والطاردة وقد تبين أن تأثير عامل التنمية وعامل مستوى المعيشة غير معنوي بينما كان تأثير مستوى التعليم معنوياً، توصلت الباحثة إلى أن العلاقة بين تقديرات الهجرة والعوامل الاقتصادية والاجتماعية في مناطق الوصول أقوى من العلاقة بين الهجرة ونفس هذه العوامل في مناطق الأصل.

II- حجم الهجرة

أشارت الدراسات السابقة إلى أن تزايد سكان الحضر يعكس طبيعة المناطق الريفية كطاردة للسكان نتيجة للخلل في التنمية غير المتوازنة بين الحضر والريف، حيث تم إعادة توزيع الموارد الاقتصادية باتجاه المدن ومناطق الحضر في المحافظات الرئيسة لتوفر فرص التعليم وجودة الخدمات الصحية إضافة لارتفاع مستويات أجور العمل، مما شكل دافعاً أساسياً للهجرة بين محافظات العراق خاصة خلال العقود الخمسة الماضية.

هناك عوامل أخرى ساهمت في توسيع تباين مستويات التنمية وأثرها على مستويات المعيشة بين المحافظات برزت كدوافع أخرى للهجرة، وفي مقدمتها الحروب والصراعات التي تسبب بها النظام السياسي السابق وما عانتها بعض المحافظات خاصة الجنوبية من آثار عقوبات الحصار الاقتصادي الذي فرض على العراق عام 1991 من قبل مجلس الأمن الدولي نتيجة لمغامرات النظام، حيث عانت هذه المحافظات من الحرمان بمختلف أنواعه،

إضافة إلى ذلك فقد ساهمت الظروف غير الاعتيادية التي أعقبت أحداث عام 2003 بعد تغيير النظام في خلق المزيد من المعاناة هددت الأمن والسلم الأهلي والاجتماعي في بعض المحافظات كبغداد ونيوى والأنبار وديالى لما صاحبها من مظاهر عنف أثرت على الهجرة القسرية خاصة في عامي 2006 و 2007.

بناءً على تعريف المهاجر بأنه الشخص الذي غير محل إقامته المعتادة في محافظة معينة إلى محل إقامة مختلف في محافظة أخرى، أوضحت نتائج المسح الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، 2012 أن عدد المهاجرين يقدر بـ (3.102.434) وبمعدل (9.1%) لكل مائة من سكان العراق. وكان أعلى معدل هجرة في محافظة البصرة إذ بلغ (17%) وتلاها محافظتي كربلاء وأربيل بمعدلات بلغت (16% و 12%) على التوالي وهذه المحافظات تعد المستوى الأعلى في جذب السكان إليها، باعتبارها من المحافظات الرئيسية التي تشكل مراكز تجارية وسياحية وخدمية إضافة إلى أنها تمثل بيئة آمنة تتوفر فيها فرص عمل جديدة أو يمكن الحصول فيها على فرص عمل أفضل ولكل هذا يجعلها الأكثر جذباً للسكان، أما أقل المعدلات فتمثلت في محافظات نيوى والأنبار حيث بلغ معدل الهجرة فيهما (4.9% و 5.6%) على التوالي وتليهما محافظتا ميسان والتمنى بمعدل (5.9%).

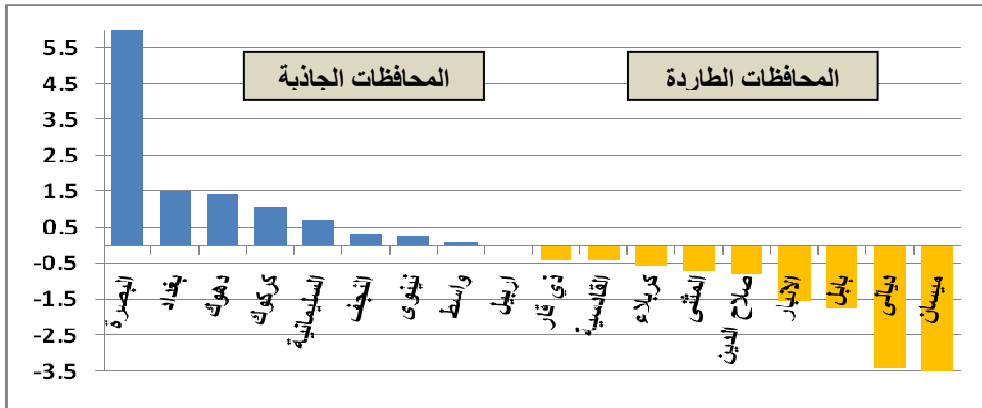
أشارت نتائج المسح إلى أن (9) محافظات طاردة للسكان هي كل من ميسان وديالى والأنبار وبابل والتمنى وكربلاء وصلاح الدين والقادسية وذي قار، مقابل ثمانية منها جاذبة وهي كل من البصرة ودهوك وكركوك والسليمانية والنجف وبغداد ونيوى وواسط، إضافة إلى محافظة واحدة متوازنة وهي محافظة أربيل حيث ما يدخل إليها من مهاجرين يساوي ما يخرج منها.

إن مؤشر نسبة الحرمان يشير إلى أن المحافظات الأكثر حرماناً هي محافظات ميسان والتمنى والقادسية وذي قار حيث تراوحت نسبة الحرمان فيها بين (48% و 56%)، وهذه المحافظات هي الأكثر طرداً للسكان، أما بغداد والبصرة وكل من المحافظات الشمالية كركوك ودهوك وأربيل والسليمانية فلا تتجاوز نسبة الحرمان فيها عن (30%)، لذا فإنها من المحافظات الجاذبة للسكان، وبهذا يمكن اعتبار مستويات المعيشة في المحافظات أن تكون عامل رئيس لتحديد المحافظات الجاذبة والطاردة مع مراعاة عوامل الجذب والطرْد الأخرى.

الشكل (1) يظهر تباين المحافظات في معدلات الهجرة كمحافظات جاذبة ومحافظات طاردة. حيث يتبين أن أكثر من (55%) من مجموع المهاجرين للداخل تساهم بها كل من محافظة بغداد والبصرة وأربيل ودهوك وأربيل وكركوك والسليمانية أي أكثر من نصف المهاجرين يستقرون في هذه المحافظات مما أدى إلى أن تكون نسبة التحضر في هذه المحافظات من أعلى النسب بين المحافظات، كانت محافظة بغداد أكثر المحافظات مساهمة بنسبة المهاجرين الداخلين إليها بنسبة بلغت (21.1%) وهذا يتوافق مع وضع بغداد بوصفها العاصمة وتعد إضافة إلى كونها تمثل مقراً لأغلب الوزارات والدوائر الخدمية وأجهزة الدولة الأخرى، حيث انعكس كل هذا على تطور مستوى الخدمات فيها مقارنة ببقية المحافظات مما جعلها من المراكز الرئيسية الجاذبة للسكان، بينما بلغت نسبة المهاجرين الخارجين منها حوالي (19.6%) وهم يشكلون تياراً مضاداً (معاكساً) للهجرة باعتبار أن كل تيار هجرة له تيار هجرة مضاد (قوانين، Ravenstein).

شكل (1)

المحافظات الطاردة والجاذبة حسب معدلات صافي الهجرة على مستوى المحافظات، 2012.



المصدر: من إعداد الباحث عن نتائج المسح الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، العراق، 2012.

III- تيارات الهجرة

إن عدد تيارات الهجرة الكلية بين جميع المحافظات تساوي (306) تياراً لهجرة الداخل ومثلها للخارج، وتختلف شدة كل تيار تبعاً لعدد من العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية التي تمثل عوامل الجذب والطرود وعليها سيتحدد حجم الهجرة وشدة التيار، وفيما يلي أهم التيارات القادمة والخارجة من المحافظات الرئيسية:

- محافظة بغداد: نسبة المهاجرين الداخلين إليها (21.1%) من إجمالي الهجرة، ونسبة المهاجرين الخارجين منها (19.6%).

إن (59.2% و 57% و 53% و 51%) من إجمالي مهاجري محافظات الأنبار وميسان وواسط وديالى على التوالي توجهوا إلى محافظة بغداد، وأن (18.8% و 16.7% و 12.4% و 9.6%) من مهاجري محافظة بغداد توجهوا إلى كل من محافظة ميسان وديالى والأنبار، كما يتضح إن هذه التيارات هي بين محافظات مجاورة لمحافظة بغداد عدا محافظة ميسان فهي في الجنوب، ونفس المحافظات التي شكلت تيارات هجرة داخلية إلى بغداد، شكلت تيارات خارجة من بغداد إلى نفس المحافظات، وهذا يعني أن لكل تيار، تيار مضاد يعاكسه في الاتجاه.

- محافظة البصرة: نسبة المهاجرين الداخلين إليها (14.4%) من إجمالي الهجرة، ونسبة المهاجرين الخارجين منها (5.2%).

- محافظة أربيل: نسبة المهاجرين الداخلين إليها (6.5%) من إجمالي الهجرة، ونسبة المهاجرين الخارجين منها (6.5%).

- محافظة كربلاء: نسبة المهاجرين الداخلين إليها (5.7%) من إجمالي الهجرة، ونسبة المهاجرين الخارجين منها (6.3%).

يتضح مما سبق أن تيارات الهجرة الداخلية السائدة بين محافظات العراق تتميز بنمط مشترك، أنها تتم بين المحافظات المتجاورة بقوة أكبر، أي أن عامل المسافة يحدد بشكل كبير قوة واتجاه تيار الهجرة بين المحافظات على الأغلب باستثناء بعض المحافظات التي تمثل عامل جذب قوي بغض النظر عن المسافة مثل بغداد، البصرة، كركوك وأربيل.

يوضح الجدول (1) أنواع تيارات الهجرة الداخلة لكل محافظة حسب مكان الإقامة الحالي سواء كان منطقة حضرية أو ريفية. كانت أقوى التيارات باتجاه محافظة بغداد خاصة التيار (ريف-حضر) إذ شكل ثلثه باتجاه حضر بغداد وقادماً من كل المناطق الريفية في العراق وبنسبة (31%)، ثم أيضاً التيار (حضر-حضر) القادم من كل مناطق حضر العراق باتجاه حضر بغداد وبنسبة (22%). بينما التيار (ريف-ريف) أي التيار القادم من كل ريف العراق باتجاه ريف بغداد بنسبة (17.2%).

يشير الجدول أن تيار (حضر-حضر) شكل أعلى نسبة من المهاجرين (63%) وهذا لأن المناطق الحضرية تتوفر فيها كل القدرات، ويليه تيار (ريف-حضر) نسبة (16%) ثم تيار (حضر-ريف) نسبة (12%) وأخيراً تيار (ريف-ريف) نسبة (10%) من إجمالي المهاجرين.

جدول (1)

التوزيع العددي والنسبي للمهاجرين حسب مكان الإقامة الحالي وأنواع تيارات الهجرة، العراق، 2012.

مكان الإقامة الحالي	حضر - حضر		حضر - ريف		ريف - حضر		ريف - ريف		مجموع المهاجرين للدخل
	النسبة	عدد المهاجرين	النسبة	عدد المهاجرين	النسبة	عدد المهاجرين	النسبة	عدد المهاجرين	
دهوك	3.8	73948	6.3	22399	1.4	6792	1.3	4074	107224
نينوى	3.7	72729	16.8	59953	4.7	23029	2.7	8561	164298
السليمانية	5.8	113588	3.3	11732	2.9	14335	0.3	861	140528
كركوك	6.9	134617	5.0	17914	1.6	7627	2.3	7212	167384
اربيل	8.6	167604	1.7	5902	4.2	20520	2.2	6793	200834
ديالى	3.0	57362	10.9	38898	1.0	4871	2.0	6319	107465
الانبار	2.8	53584	6.5	23211	0.3	1653	3.6	11362	89820
بغداد	21.7	421438	6.9	24669	31.2	153419	17.2	53678	653263
بابل	3.1	59746	6.6	23422	3.7	17931	5.1	15965	117077
كربلاء	6.1	118124	3.8	13692	7.9	38800	2.2	6988	177621
واسط	3.3	63305	4.3	15354	3.4	16524	8.6	26904	122097
صلاح الدين	2.8	54234	6.7	23737	1.8	9000	5.1	15841	102824
النجف	5.3	103635	3.8	13549	5.2	25674	3.5	10963	153836
القادسية	2.8	55204	3.0	10762	2.6	12661	3.0	9380	88016
المتن	0.9	18375	2.1	7416	1.0	4720	4.2	13024	43538
ذي قار	2.8	54179	3.4	12191	6.1	30120	20.2	63119	159622
ميسان	1.7	33407	0.6	2178	2.5	12431	3.5	10986	59006
البصرة	14.8	287714	8.3	29554	18.6	91144	12.8	39826	448280
نسبة التيار %		62.6	11.5	15.8	10.1				
المجموع	100.0	1942793	100.0	356535	100.0	491252	100.0	311854	3102734

المصدر: تم احتسابها من قبل الباحث من نتائج المسح الاجتماعي والاقتصادي للأسرة لسنة 2012 (IHSES2).

يظهر الجدول أعلاه توضيحاً لحركة تيارات الهجرة بين المحافظات. أن هناك أنماطاً عامة تتميز بها هذه التيارات سواء كانت الداخلة أو الخارجة من وإلى المحافظات وهي وجود علاقة تبادل التيارات بين المحافظات المتجاورة وتزداد هذه العلاقة - إذا استثنينا محافظة بغداد - كلما تم أخذ عامل المسافة في الاعتبار، وكلما كانت تيارات الهجرة كبيرة يقابلها تيارات معاكسة كبيرة، وإن التيارات الصغيرة يقابلها تيارات معاكسة صغيرة.

ويتضح ذلك في تبادل تيارات الهجرة بين المحافظات الشمالية مع بعضها البعض خاصة المحافظات ذات الحدود المشتركة، فمثلاً محافظات دهوك ونيوى وأربيل والسليمانية وكركوك يوجد فيما بينها حركة هجرة متبادلة هي الأعلى نسبياً من تيارات الهجرة بين أي من هذه المحافظات والمحافظات الأخرى، كما تعتبر محافظة أربيل الأعلى في حجم تيارات الهجرة المتبادلة مع هذه المحافظات باعتبار موقعها يتوسط هذه المحافظات إضافة إلى مكانتها الاقتصادية الجيدة التي انعكست على توفر فرص عمل أفضل جعلتها محافظة تستقطب المهاجرين وبالأخص المحافظات المجاورة.

وأيضاً يظهر هذا النمط من الهجرة بين المحافظات المتجاورة الوسطى وهي (بغداد، بابل، كربلاء، ديالى، الأنبار، صلاح الدين، واسط، النجف والقادسية)، وبالإضافة إلى ما يشكله عامل الجذب القوي المتمركز في محافظة بغداد من استقطاب لتيارات الهجرة إلى داخل هذه المحافظة فإن موقعها الجغرافي قد أظهر عامل المسافة مؤثراً في تحديد حجم واتجاهات تيارات الهجرة إليها من بقية المحافظات المجاورة، كما وإن هناك حركة هجرة بين بعض محافظات المنطقة الوسطى والمحافظات المجاورة من المنطقتين الشمالية والجنوبية، كما يظهر في محافظتي ديالى والأنبار من جهة وما يجاورهما من المحافظات الشمالية من جهة أخرى، وكذلك يظهر في محافظتي كربلاء والنجف والقادسية من جهة أخرى وما يجاورهما من المحافظات الجنوبية وهي (البصرة، ميسان، ذي قار والمثنى)، إذ تبرز محافظة البصرة كمركز جذب قوي للمهاجرين خاصة بين هذه المحافظات المتجاورة، كما وإن هذا النمط يبقى ماشياً كما مر ذكره أعلاه عند تيارات الهجرة على مستويات الحضر والريف.

IV- أسباب الهجرة

تراوحت أسباب الهجرة بين الأسباب الإرادية التي تؤدي إلى قرار الفرد بالهجرة مثل العمل والتعليم وأسباب هجرة لا إرادية مثل الزواج ومرافقة الأسرة والتهجير القسري والعودة من التهجير والأسباب الأمنية وأسباب أخرى لم تذكر هي تؤدي إلى اتخاذ قرار الهجرة من قبل الفرد ولكن تداخل ظروف وعوامل ودوافع أخرى تساهم في اتخاذ القرار، ويبين الجدول (2) التوزيع النسبي للمهاجرين حسب أسباب الهجرة.

جدول (2)

التوزيع العددي والنسبي للمهاجرين حسب الجنس وأسباب الهجرة، العراق، 2012.

أسباب الهجرة	العمل	دراسة أو إنهاء دراسة	زواج أو طلاق أو ترمل	مرافقة الأسرة	ترحيل أو تهجير	العودة من الترحيل أو التهجير	أسباب أمنية	أخرى	المجموع
ذكور	19.8	0.9	0.8	36.7	16.9	9.2	10.0	5.8	100.0
إناث	2.5	0.5	21.4	43.9	14.0	6.7	6.9	4.1	100.0
الإجمالي	10.5	0.7	11.8	40.5	15.3	7.9	8.4	4.9	100.0
(عدد)	325666	20860	367500	1257621	475719	243724	260007	151336	3102434

المصدر: تم احتسابها من نتائج المسح الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، العراق، 2012.

بين الجدول أن نسبة المهاجرين بسبب العمل شكلت بين الذكور (20%) وتقل بين الإناث إلى (2.5%)، بينما الهجرة بسبب التعليم لم تتجاوز (1%) بين الذكور و(0.5%) بين الإناث. شكلت الهجرة بسبب الزواج والطلاق والترمل لكلا الجنسين حوالي (12%) من إجمالي المهاجرين، بينما مرافقة الأسرة تجاوزت (40%)، شكل التهجير القسري نسبة (15%)، والعودة من التهجير والترحيل بلغت (8%). أما الأسباب الأمنية فإنها شكلت (8%) من إجمالي المهاجرين.

يعتبر العمل من الأسباب الرئيسية للهجرة الإرادية، لذا ستركز الدراسة على هجرة العمل للتعرف على خصائص مهاجري العمل وصولاً لمحددات الهجرة الرئيسية.

V - هجرة العمل

إن بيانات المسح لا تسمح بالتعرف على خصائص المهاجرين وقت الهجرة وإنما تمثل واقعهم حال إجراء المسح أي في عام 2012 وبذلك واجه البحث مشكلة التحيز في البيانات ولغرض معالجة هذه المشكلة قام الباحث بالتركيز على مهاجري العمل بعمر (15-64) خلال العشر سنوات الأخيرة قبل تنفيذ المسح أي من عام 2003 لغاية 2012، حيث أفترض أن فترة عشر سنوات التغيير الحاصل في خصائص المهاجرين لن يكون كبيراً، هذا من جانب ومن جانب آخر هناك صعوبة في كيفية التعرف على خصائص غير المهاجرين في الزمن الذي تمت فيه الهجرة، لهذه الأسباب ولغرض التقليل من أثر التحيز في البيانات، كان من الأنسب أخذ نقطتين زمنييتين يتم التركيز فيها على دراسة الهجرة خلالهما وهي (2003-2012).

أوضحت نتائج المسح أن عدد مهاجري العمل خلال الفترة 2003-2012 بلغ (104.077) مهاجراً شكل الذكور منهم (88%)، وفيما يلي أهم تيارات هجرة العمل:

- محافظة بغداد: شكلت نسبة الهجرة الداخلة إليها (7.4%) من إجمالي مهاجري العمل، أقوى تيار هجرة كان قادماً من محافظة الأنبار ومحافظة ذي قار ثم محافظة ديالى بنسب (43% و 29% و 24%) من إجمالي مهاجري العمل الخارجين من هذه المحافظات على التوالي. أما مهاجري العمل والخارجين من بغداد فقد شكلوا أقوى تيار باتجاه محافظة ديالى والأنبار وبابل بنسب (18% و 15% و 13%) من إجمالي مهاجري العمل لمحافظة بغداد إلى هذه المحافظات.

- محافظة البصرة: شكلت نسبة الهجرة الداخلة إليها (10%) من إجمالي مهاجري العمل، أقوى تيار هجرة كان قادماً من محافظة ميسان ومحافظة ذي قار المحاورتين لها بنسب (59% و 35%) من إجمالي مهاجري العمل الخارجين من هذه المحافظات على التوالي. أما مهاجري العمل

والخارجين من البصرة فقد شكلوا أقوى تيار باتجاه محافظة ميسان وبغداد وكربلاء بنسب (30% و 18% و 17.5%) من إجمالي مهاجري العمل لمحافظة البصرة إلى هذه المحافظات.

- محافظة كركوك: شكلت نسبة الهجرة الداخلة إليها (2%) من إجمالي مهاجري العمل، أقوى تيار هجرة كان قادماً من محافظة صلاح الدين ومحافظة الأنبار بنسب (18% و 15%) من إجمالي مهاجري العمل والخارجين من هذه المحافظات على التوالي. أما مهاجري العمل والخارجين من محافظة كركوك فقد شكلوا أقوى تيار باتجاه محافظة صلاح الدين والأنبار وأربيل بنسب (53% و 23% و 12%) من إجمالي مهاجري العمل لمحافظة كركوك إلى هذه المحافظات.

VI- خصائص ومحددات هجرة العمل

6-1- الخصائص الديموغرافية والاجتماعية

يوضح الجدول (3) أعداد المهاجرين وغير المهاجرين والتوزيع النسبي حسب الخصائص الديموغرافية والاجتماعية، كما جاء في الجدول أن نسب المهاجرين تزداد بزيادة العمر عند سن (25) وتستمر بالارتفاع حتى تبدأ بالانخفاض عند تقدم العمر بعد سن (45) سنة مقارنة بغير المهاجرين، وأن مؤشر الاختلاف يؤكد ذلك حين يقارن نسب المهاجرين بغير المهاجرين حسب الفئات العمرية، وأن مجموع مؤشر الاختلاف يبين أن المؤشر يميل إلى المهاجرين بـ أكثر من (72 نقطة)، أما معدل انتشار الهجرة بين المهاجرين وغير المهاجرين حسب فئات العمر فإنه يشير إلى أن مستوى الهجرة يرتفع مع تقدم العمر حتى الفئة (35-44) ثم ينخفض بعد السن (45) سنة. تبين نسبة الأرجحية أن احتمال الهجرة في الفئة العمرية (25-34) أكثر بثلاث مرات من هجرة من كانت أعمارهم عند الفئة المرجعية (15-24)، أما احتمال من كان بالعمر (35-44) يشكل أعلى احتمال هجرة يساوي (4.7) مرة أكثر من احتمال هجرة من هم في الفئة المرجعية ثم يبدأ احتمال هجرة العمل بالانخفاض كلما تقدم العمر.

يبين الجدول أن الهجرة بين الذكور أكثر من الإناث وأن فرصة هجرة العمل للإناث تقل بـ (0.8) مرة عن هجرة الذكور وأن مؤشر الاختلاف يميل لصالح هجرة الذكور أكثر

من الإناث بـ (2.2) نقطة، أما حسب مكان الإقامة السابق فإن احتمال هجرة العمل من مناطق الريف أعلى من هجرة الحضر بـ (1.4) مرة، وكذلك مؤشر الاختلاف يوضح أن الهجرة من مناطق الريف الأعلى (13.1)، وينطبق ذلك على هجرة العمل حسب مكان الإقامة الحالي إلا أن الفجوة بين هجرة الحضر وهجرة الريف تتقلص قليلاً فأخفض مؤشر الاختلاف إلى (11.9)، وأيضاً نسبة الأرجحية تتخفف قليلاً إلى (1.35) بعد أن كانت حسب مكان الإقامة السابق (1.39) لصالح هجرة العمل من المناطق الريفية.

يشير الجدول إلى أن احتمال هجرة العمل يتناسب عكسياً مع حجم الأسرة، فالأسرة التي حجمها (3-4) يقل احتمال هجرة الفرد المنتمي لها بـ (0.2) عن احتمال هجرة الفرد المنتمي إلى أسرة حجمها (1-2)، وأيضاً أشار معدل انتشار الهجرة بين الأسر الصغيرة أكثر من الأسر الكبيرة، وبين مؤشر الاختلاف أن الميل باتجاه هجرة الفرد المنتمي إلى أسرة صغيرة أكثر بـ (54) نقطة عن الهجرة لأفراد ضمن أسر كبيرة.

أشارت الدراسات أن التعليم من العوامل المؤثرة على الهجرة (Lee, 1966)، والجدول يوضح أن احتمال هجرة العمل بين من كان مستواه العلمي (جامعي فأكثر) أعلى من احتمال هجرة الأفراد غير الحاصلين على شهادة (الفئة المرجعية) بـ (1.4) مرة، لكن احتمال هجرة الحاصلين على شهادة ابتدائي أو ثانوي أقل من هجرة الذين بدون شهادة بـ (0.2 و 0.4) على التوالي. وأكد ذلك مؤشر الاختلاف إذ أن (45) نقطة لصالح الهجرة بين من كان مستواه العلمي جامعي فأكثر أو لا يحملون شهادة مقابل غير المهاجرين.

يبين الجدول نتيجة غير متوقعة وهي احتمال هجرة العمل بين من سبق له الزواج أكبر من احتمال الهجرة بين غير المتزوجين بـ (أربع مرات ونصف) وهذا يشير إلى أن هجرة العمل هي هجرة أسر أكثر من كونها هجرة أفراد. ويشير مؤشر الاختلاف إلى أن ميل هجرة العمل لغير المتزوجين أقل من هجرة العمل لمن سبق له الزواج بحوالي (-27) نقطة. ومعدل انتشار هجرة العمل بين من سبق لهم الزواج أكبر من معدل انتشار هجرة العمل بين غير المتزوجين.

يوضح الجدول أن جميع قيم نسبة الأرجحية (Odds ratio) كانت معنوية.

جدول (3)
التوزيع العددي والنسبي للمهاجرين وغير المهاجرين حسب الخصائص الديموغرافية والاجتماعية، العراق، 2012.

فترة الثقة %95		نسبة الأرجحية Odds ratio	معدل انتشار الهجرة %	مؤشر الاختلاف %	غير مهاجر %	مهاجر %	غير مهاجر	مهاجر	الخصائص
الحد الأدنى	الحد الأعلى								
الخصائص الديموغرافية									
فئات العمر									
			0.25	-64.4	39.8	14.2	5768164	14746	24-15
3.42	3.29	3.35**	0.85	19.4	24.7	29.4	3570824	30640	34-25
4.79	4.6	3.7 **	1.19	67.0	17.9	29.9	2590575	31086	44-35
4.31	4.14	4.23**	1.07	50.4	17.6	26.5	2554242	27605	64-45
				72.4					
الجنس									
			1.24	74.3	49.3	85.9	7134739	89384	ذكور
0.162	0.157	0.16**	0.20	-72.2	50.7	14.1	7349067	14694	إناث
				2.2					
مكان الإقامة السابقة									
			37.45	-10.9	68.8	61.3	2819579	1547	حضر
1.41	1.37	1.39 **	39.94	24.1	31.2	38.7	1823948	6264	ريف
				13.1					
مكان الإقامة الحالي									
			0.64	-9.9	68.8	62.0	9964212	64536	حضر
1.37	1.33	1.35**	0.87	21.8	31.2	38.0	4519594	39541	ريف
				11.9					
حجم الأسرة									
			1.01	42.4	5.2	7.4	750110	7676	1-2
0.83	0.79	0.81**	0.82	15.6	18.6	21.5	2690062	22342	3-4
0.81	0.77	0.79**	0.80	12.8	26.3	29.6	3802206	30821	5-6
0.59	0.57	0.58**	0.59	-16.9	50.0	41.5	7241427	43238	7+
				53.9					
الخصائص الاجتماعية - التعليم									
			0.82	15.6	36.6	42.3	5299912	44026	بدون شهادة
0.85	0.83	0.84**	0.69	-2.9	29.8	28.9	4309664	30057	ابتدائي
0.61	0.59	0.6**	0.50	-30.6	27.8	19.3	4026172	20092	ثانوي
1.44	1.38	1.4**	1.15	62.5	5.9	9.5	848057	9901	جامعي فأعلى
				44.6					
الحالة الزوجية									
			0.22	-68.8	37.6	11.7	5447407	12229	غير متزوج
4.61	4.44	4.53**	1.01	41.5	62.4	88.3	9036399	91849	سبق له الزواج
				-27.3					
					100	100	14483806	104077	إجمالي

المصدر: تم احتسابها من نتائج المسح الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، العراق، 2012. ** قيم P-Value معنوية بمستوى دلالة 0.05.

6-2- الخصائص الاقتصادية

يبين الجدول (4) التوزيع العددي والنسبي للمهاجرين وغير المهاجرين حسب الخصائص الاقتصادية، ومن أبرزها النشاط الاقتصادي، إذ أشار الجدول إلى أن احتمال هجرة العاملين في نشاط التعدين والمقالع (الصناعة الإستخراجية) هم أقل احتمالاً للهجرة بحوالي (0.20) مقارنة مع هجرة العاملين في نشاط الزراعة (الفئة المرجعية)، أما هجرة العاملين في الصناعة التحويلية فإن فرصتهم في هجرة العمل أعلى من فرصة الفئة المرجعية بحوالي (1.06) مرة.

يبين الجدول أن أكبر فرصة لمهاجري العمل هم العاملون في قطاع الصحة إذ كانت نسبة الأرجحية تساوي (1.9)، يليها العاملون في السكن وأنشطة الغذاء، مقارنة بمهاجري الزراعة والصيد، أما أقل فرصة لهجرة العمل كانت أمام العاملين في قطاع التجارة وهي أقل من (0.5) مقارنة بهجرة العاملين في الزراعة والصيد والغابات.

ويظهر الجدول أن معدل انتشار الهجرة بين المدراء أعلى من باقي المهن إذ يتمتع أصحاب هذه المهنة بمهارات عالية تؤهلهم للتنافس على أفضل الفرص عند الهجرة، يليهم العاملون في المهن الأولية والفنيون والموظفون المكتبيون من حيث زيادة فرص هجرة العمل، أما أقل الفرص لهجرة العمل فهم العاملون في الزراعة وهذه نتيجة منطقية ترتبط بالتمسك بالأرض الزراعية وندرة من يتخلى عن أرضه ليهاجر باحثاً عن عمل في المدينة.

وبشكل عام فإن العاملون في المهن الزراعية والحرفيون والعاملون في البيع ومشغلو المصانع والآلات والاختصاصيون هم أقل هجرة من المهن الأخرى كالمدراء والفنيون والموظفون المكتبيون والعاملون في المهن الأولية.

وقد تلاحظ أن العاملين في القطاع الخاص أكثر احتمالاً لهجرة العمل من العاملين في القطاع العام بحوالي (1.4) مرة، وأن معدل انتشار الهجرة بين العاملين في القطاع الخاص الأكثر مقارنة بغير المهاجرين، كما أن مؤشر الاختلاف (115) نقطة لصالح مهاجري العمل في القطاع الخاص والقطاعات الأخرى مقارنة بغير المهاجرين.

جدول (4)
التوزيع العددي والنسبي للمهاجرين وغير المهاجرين حسب الخصائص

فترة الثقة 95%	الحد الأدنى	الحد الأعلى	نسبة الإرجحية Odds ratio	معدل إنتشار الهجرة %	مؤشر الاختلاف %	غير مهاجر %	مهاجر %	غير مهاجر	مهاجر	الخصائص الاقتصادية
النشاط الإقتصادي										
				1.29	-7.7	11.0	10.2	598157	7836	الزراعة والصيد
0.92	0.77		0.84**	1.08	-22.8	0.9	0.7	46560	511	التعدين والمقالع
1.09	1.02		1.06**	1.36	-2.6	10.2	9.9	553719	7660	الصناعة التحويلية
1.37	1.25		1.31**	1.69	20.9	2.3	2.8	126101	2164	تجهيز الكهرباء، الغاز
1.58	1.49		1.54**	1.97	41.7	12.6	17.8	682483	13726	البناء والتشييد
0.54	0.5		0.52**	0.68	-51.9	13.7	6.6	742493	5065	تجارة الجملة
1.87	1.69		1.77**	2.27	63.7	1.5	2.5	83202	1934	السكن والغذاء
1.27	1.19		1.23**	1.58	13.4	11.6	13.2	631107	10158	النقل والتخزين
0.81	0.76		0.78**	1.01	-27.8	12.1	8.7	657557	6742	الأنشطة العقارية
1.48	1.38		1.42**	1.83	31.1	7.5	9.8	407038	7578	الإدارة العامة والدفاع
0.75	0.69		0.72**	0.93	-33.6	7.3	4.8	395814	3733	التعليم
1.99	1.83		1.9**	2.43	75.8	2.3	4.0	122442	3055	الصحة
1.42	1.33		1.37**	1.77	26.8	7.2	9.1	388729	7000	أنشطة خدمية أخرى
					127.0	100.0	100.0	5435401	77162	إجمالي القطاعات
المهنة										
				1.90	36.7	2.4	3.3	133024	2583	المدراء
0.71	0.65		0.68	1.31	-6.6	16.1	15.0	882412	11710	الإختصاصيون
0.83	0.76		0.79	1.52	8.6	7.6	8.3	418986	6466	الفنيون ومساعدي الإختصاصيين
0.86	0.77		0.82	1.56	11.7	2.6	2.9	143668	2279	الموظفون الكتابية
0.70	0.64		0.67	1.29	-8.1	22.5	20.7	1234736	16114	عاملو البيع والخدمات
0.64	0.59		0.62	1.18	-15.9	9.8	8.2	534364	6383	العاملون في الزراعة
0.69	0.63		0.66	1.27	-9.2	9.6	8.7	524623	6767	الحرفيون والمهنة المرتبطة بهم
0.71	0.65		0.68	1.30	-6.9	10.8	10.1	592189	7828	مشغلو المصانع
0.93	0.86		0.89	1.71	22.7	18.5	22.8	1016078	17716	المهنة الأولية
					32.9	100.0	100.0	5480079	77846	إجمالي المهنة
نوع القطاع										
				1.29	-8.1	38.4	35.3	2103562	27485	قطاع عام
1.13	1.1		1.12	1.44	2.8	60.4	62.1	3309243	48356	قطاع خاص
2.51	2.29		2.39	3.03	120.1	1.2	2.6	64116	2006	قطاعات أخرى
					114.9	100.0	100.0	5476922	77847	إجمالي
حالة الفقر										
				1.22	71.9	17.5	30.0	2530019	31256	فقراء
0.50	0.48		0.49	0.61	-15.2	82.5	70.0	11953787	72822	غير فقراء
					56.7			14483806	104077	إجمالي

المصدر: تم احتسابها من نتائج المسح الاجتماعي والاقتصادي للأسرة في العراق، 2012.

- ** قيم (P-Value) معنوية بمستوى دلالة 0.05. - تم استبعاد غير النشطين والعاطلين وغير المبين.

تشير البيانات إلى أن نسبة الفقر بين المهاجرين تساوي (30%) بينما بين غير المهاجرين بلغت (17.5%)، وهذا يعني أن هجرة العمل بين الفقراء أعلى من غير الفقراء وهذا ما دل عليه مؤشر الاختلاف (57) نقطة تميل باتجاه هجرة الفقراء للعمل مقارنة بغير المهاجرين، ومعدل انتشار الهجرة بين الفقراء أعلى منه بين غير الفقراء. أما نسبة الأرجحية فإنها دلت إلى أن احتمال هجرة العمل لغير الفقراء أقل من احتمال هجرة الفقراء للعمل بحوالي نصف مرة من هجرة الفقراء.

3-6- محددات الهجرة الداخلية للعمل في العراق

استخدمت الدراسة الأساليب الإحصائية الآتية في تحليل هجرة العمل، والتنبؤ بالعلاقة بين قرارات الأفراد بالهجرة من جهة وبين مجموعة من المتغيرات الفردية والأسرية والمجتمعية من جهة أخرى، بينما المتغير التابع كان وصفاً له وجهين (0 و 1)، يأخذ القيمة (واحد) في حالة حدوث هجرة بسبب العمل والقيمة (صفر) في حالة عدم الهجرة:

- الانحدار الاحتمالي Probit Analysis

- تحليل المعادلات الآتية System of Simultaneous Equations Models

واعتمدت على عينة من بيانات المسح الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، 2012، بلغت (595) مهاجراً، كانت هجرتهم بسبب العمل خلال السنوات العشر الأخيرة (2003-2012) وأعمارهم في سن العمل (15-64)، بعد أن تم استبعاد المهاجرين الذين كانت هجرتهم ضمن نفس المحافظة وكذلك المهاجرين الذين هاجروا لأسباب أخرى غير سبب العمل والمهاجرين الذين هاجروا قبل عام 2003، وبالمقابل كان عدد غير المهاجرين (29439) وفي سن العمل أيضاً، وتم استبعاد غير النشطين من العينة أيضاً، وعند مقارنة أعداد المهاجرين بغير المهاجرين يعتبر الفارق بينهما كبير جداً وبالتالي لا يمكن تطبيق نموذج الانحدار الاحتمالي مع وجود هذا الفارق الكبير بين الحالتين، وأن النتائج حتماً ستكون مظلمة، ولتطبيق هذا النموذج بشكل جيد وتحسين نتائجه إلى درجة أكبر من الدقة، لا بد أن تكون نسبة عدد مفردات المهاجرين إلى غير المهاجرين لا تقل عن (1:4 أو 1:5) مقارنة بأعداد مهاجري العمل إلى غير المهاجرين (Hosmer & Lemeshow, 1989)، ولكي يتحقق هذا التناسب تم سحب عينة عشوائية بحجم 10% من إجمالي غير المهاجرين ليصبح حجم عينة الدراسة (3441) منها (595) مهاجراً و(2946) غير مهاجر.

وتم حصر جميع المتغيرات التي من الممكن أن يكون لها تأثير على هجرة العمل بهدف التعرف على أهم المحددات من خلال العلاقة التي توضح تأثير عدد من المتغيرات التفسيرية (المستقلة) على هجرة العمل، في نموذج من الممكن أن يقدر معامل المتغيرات المستقلة لتفسر هذه العلاقة . كان عدد المتغيرات المختارة والتي من المحتمل ان يكون لها تأثير (13) متغير، ولكن تم استبعاد (4) متغيرات منها لوجود علاقة ارتباط متعددة وقوية فيما بينها (Multicollinearity)، ووجودها كان مؤثراً على دقة النموذج.

حيث ظهرت النتائج الآتية كما في جدول (8). عند تطبيق تحليل الانحدار الاحتمالي.

- **متغير العمر:** (مستمر) ومربع العمر: كان تأثيرهما معنوياً بمستوى دلالة (0.001) وعلاقة العمر باحتمال الهجرة علاقة منحنية بمعنى تتزايد هجرة العمل بتقدم العمر، ثم يبدأ احتمال هجرة العمل بالتناقص بتقدم العمر أكثر، لذا فإن علاقة الهجرة بالعمر علاقة منحنية.

- **الجنس:** بين النموذج أن احتمال هجرة الإناث أقل من الذكور، وهذا يتوافق مع كل فرضيات الهجرة التي تؤكد على إن الهجرة بين الذكور أعلى منها بين الإناث.

- **مكان الإقامة السابق:** أوضح النموذج أن احتمال هجرة العمل من مناطق الحضر أعلى من الهجرة من مناطق الريف وأن العلاقة بين هجرة العمل من مناطق الريف علاقة عكسية مع احتمال الهجرة، مع ثبات العوامل الأخرى.

حجم الأسرة: يوضح النموذج أن العلاقة بين حجم الأسرة وهجرة العمل علاقة عكسية أي كلما زاد حجم الأسرة كلما انخفض احتمال الهجرة، فاحتمال هجرة الأفراد الذين ينتمون إلى أسر حجمها سبعة أفراد فأكثر أقل من احتمال هجرة الأفراد الذين ينتمون إلى أسر حجمها (1-2) فرد، بمعنى أن الأفراد المهاجرين المنتمين إلى أسر صغيرة في عدد أفرادها يميلون نحو هجرة العمل أكثر من الأفراد المنتمين إلى أسر كبيرة بافتراض ثبات العوامل الأخرى دون تغيير.

التعليم: تأثير التعليم معنوي كما أوضح النموذج، ولكنه يشير إلى أن علاقة هجرة العمل مع التعليم علاقة عكسية بمعنى كلما زاد التعليم كلما انخفضت احتمالات هجرة

العمل، فاحتمال هجرة الذين مستواهم التعليمي الابتدائي أقل من إحتمال هجرة من كان بالمستوى بدون شهادة (الفئة المرجعية)، والذين بالمستوى الجامعي فأعلى أو بالمستوى الثانوي إحتمال هجرتهم أقل من إحتمال هجرة من كان بالفئة (بدون شهادة). مع الافتراض ثبات بقية العوامل الأخرى.

الحالة الزوجية: عندما تكون الفئة الأولى غير متزوج هي الفئة المرجعية، فإن النموذج يبين أن فرصة هجرة الذين سبق لهم الزواج أكبر من فرصة هجرة غير المتزوجين، وهذا الأمر غير متوقع لأنه حسب الدراسات السابقة أن الهجرة بين غير المتزوجين أعلى من بين المتزوجين. ولعل هذه النتيجة ربما تؤكد أن زواج المهاجر حدث بعد الهجرة.

المهنة: بين النموذج أن المهنة تأثيرها غير معنوي على هجرة العمل ولا يوجد علاقة بينها وبين الهجرة، وقد تم اختبار دور متغير المهنة في حالة استبعاد متغير التعليم ولكن أيضاً كان تأثيرها غير معنوي.

الفقر: يشير النموذج أن إحتمال هجرة الفقراء أكبر من إحتمال هجرة غير الفقراء، ويتفق هذا مع ما أشارت إليه الدراسات السابقة بأن الفقر يعد حافزاً لهجرة العمل لتحسين المستوى المعيشي للفقراء، مع الافتراض بقاء العوامل الأخرى على ما هي عليه دون تغيير.

المحافظات النفطية حسب مكان الإقامة السابق: يبين النموذج أن إحتمال هجرة العمل من المحافظات غير النفطية أعلى من إحتمال هجرة العمل من المحافظات النفطية، وهذا يشير إلى أهمية هذه المحافظات كجاذبة للسكان بسبب مركزها الاقتصادي سواء كانت العاصمة بغداد وفيها العديد من المنشآت النفطية أو كركوك والبصرة المنتجة والمسوقة للنفط باعتبارهما من المحافظات التي تتيح فرصاً أكثر للعمل، لذا فهي جاذبة لهجرة العمالة أكثر من غيرها من المحافظات.

جدول (5)
نتائج تحليل إندثار Probit

95%فترة الثقة		الخطأ المعياري	المعامل	المؤشر	المتغيرات
الحد الأعلى	الحد الأدنى				
.114539	.0457099	0.02	.08***		العمر – مستمر
-.0004553	-.0013218	0.00	-0.0009***		مربع العمر
-.413963	-.8341089	0.11	-.62***		الجنس
-.1450429	-.3886628	0.093	.34***		مكان الإقامة السابق (1)
					حجم الأسرة
.1346904	-.327368	0.117	0.096-		3-4
.026797	-.4304848	0.116	0.201-		5-6
-.2471976	-.693711	0.114	-0.47***		7+
					التعليم
-.0980333	-.3697138	0.069	-.23***		ابتدائي
-.2821831	-.6022882	0.08	-.44***		ثانوي
-.1944033	-.6781679	0.12	-.43***		جامعي
					الحالة الزوجية
.5207129	.1530128	0.094	0.34***		سبق له الزواج
					المهنة
.0491497	-.2939673	0.088	0.122-		مهارات متوسطة
.0883389	-.2229013	0.079	0.067-		مهارات أولية
.1573361	-.3033447	.117	-.073		عاطلين
					الفقر
.3952735	.1036179	0.07	.249***		فقراء
					محافظات نفطية (1)
.4713499	.2154162	0.065	.34***		نفطية
-1.72249	-2.949642	0.313	-2.33***		Constant

المصدر : من نتائج تحليل Stata

*** مستوى معنوية ($P = \text{value} \leq 0.001$) ** مستوى معنوية ($P = \text{value} \leq 0.05$)

الفئة المرجعية : الفئة الأولى . الجنس (الذكور) ، مكان الإقامة السابق (الحضر) ، حجم الأسرة (1-2) ، التعليم (بدون شهادة) ، الحالة الزوجية (غير متزوج) ، المهنة (مهارات عالية) ، الفقر (غير فقراء) ، محافظات نفطية (غير النفطية) .

4-6- نموذج المعادلات الآتية Simultaneous equations models

تعاني دراسة الهجرة من التحيز في البيانات بسبب كونها كحدث يسبق وقت التعداد أو المسح بزمان محدد، بينما البيانات المتاحة تمثل المهاجرين كما هم وقت التعداد أو المسح، علماً بأن بعض خصائصهم قد تتغير عبر الزمن وبالتالي ستواجه الباحثين مشكلة، أنهم أمام بيانات متحيزة وغير متسقة تؤثر على دقة ما يتوصلون إليه من نتائج.

يمكن معالجة هذه المشكلة من خلال بناء نموذج من المعادلات الهيكلية System of Structural Equations Model وتقدير معاملاتها بطريقة المربعات الصغرى على مرحلتين "2SLS" (Two-stage least squares).

ولبناء هذا النموذج فقد تم تقدير الدوال التالية:

$$Migr = \beta_0 + \beta_1 Age + \beta_2 Age^2 + \beta_3 Edu + \beta_4 sex + \beta_5 P_place + \beta_6 ln_exp_{i,t} + \epsilon_1$$

$$ln_exp_{i,t} = \alpha_0 + \alpha_1 Age + \alpha_2 Age^2 + \alpha_3 Edu + \alpha_4 siz_{i,t} + \alpha_5 gov_{curr} + \alpha_6 pov + \alpha_7 Migr + \epsilon_2$$

المتغير التابع *Migr* متغير ثنائي يأخذ القيمة واحد في حالة المهاجر وصفر في حالة غير المهاجر. والمتغير *ln_{exp}* هو لوغاريتم للأساس *e* لمتغير إنفاق الفرد وهو متغير متصل.

أما المتغيرات المستقلة:

العمر: *Age*، مربع العمر: *Age2*، التعليم: *Edu*، الجنس (*sex*)، مكان الإقامة السابق: (*P_{place}*)، الفقر: (*pov*)، المحافظات النفطية حسب مكان الإقامة الحالي: (*gov_{curr}*)، حجم الأسرة *siz_{it}*.

ولأن أحد المتغيرات التابعة متغير متقطع فقد تم استخدام (Two-stage probit least squares)، حيث يتم تقدير المعاملات لدالة الهجرة في المرحلة الأولى باستخدام الأسلوب الإحصائي probit analysis باستخدام برنامج Stata، عن طريق الأمر (cdsimeq)، وبتنفيذ الأمر (cdsimeq) باستخدام البرنامج الجاهز Stata12، تظهر النتائج الآتية كما في جدول (6).

الدالة الأولى: هجرة العمل

الإنفاق: تأثيره غير معنوي ولا توجد علاقة بين الإنفاق وبين هجرة العمل، بمعنى ليس هناك إختلاف بين مستوى الإنفاق بين المهاجرين وغير المهاجرين.

متغير العمر: متغير مستمر تأثيره معنوياً وكلما زاد تقدم العمر كلما زادت هجرة العمل وأن علاقته بالهجرة منحنية (Curvature)، حيث تزداد الهجرة مع تقدم الأعمار في سن الشباب ثم تتخفف مع الأعمار الكبيرة، مع الافتراض ثبات باقي العوامل.

مستوى التعليم: يبين النموذج أن احتمال هجرة العمل للذين في مستوى التعليم الابتدائي أقل من احتمال الهجرة لمن كان بمستوى بدون شهادة، ومن كانوا بمستوى التعليم الثانوي أقل هجرة مما لو كانوا بدون شهادة مقارنة بالفئة المرجعية (بدون شهادة)، أما الذين بمستوى التعليم الجامعي ومابعده، فإن هجرتهم أقل من هجرة الذين بدون شهادة، مع ثبات العوامل الأخرى.

الجنس: يشير النموذج الى ان هجرة الإناث أقل من هجرة الذكور.

مكان الإقامة السابق: يبين النموذج أن تأثير مكان الإقامة السابق معنوي، وأن هجرة العمل في الريف أقل من الحضر، مع الافتراض ثبات العوامل الإخرى.

الدالة الثانية: لوغارتم الإنفاق الفردي (ln_exp)

بينت نتائج التحليل الآتي كما جاءت في جدول (10) .

هجرة العمل: تأثيرها غير معنوي على الإنفاق الفردي بمعنى أن الهجرة ليس لها تأثير على الإنفاق أي أنه لا يوجد إختلاف في مستوى الإنفاق بين المهاجرين وغير المهاجرين.

متغير العمر: مستمر ومربع العمر: يبين النموذج أن تأثيره معنوياً وأن علاقته بالإنفاق علاقة منحنية بمعنى كلما تقدم العمر زاد الإنفاق، مع الافتراض ثبات العوامل الإخرى.

مستوى التعليم: يشير النموذج الى أن تأثير مستوى التعليم معنوياً بمستوى دلالة (0.001) وأن الإنفاق بين من كانوا بمستوى التعليم الابتدائي أعلى من إنفاق من كانوا بدون شهادة، ويزداد الإنفاق كلما ارتفع مستوى التعليم، فإنفاق من كانوا

بمستوى الثانوي أعلى من إنفاق ذوي الفئة المرجعية (بدون شهادة)، كما يوضح النموذج أن إنفاق ذوي التعليم الجامعي فأعلى أكبر من إنفاق من كان بمستوى بدون شهادة، بمعنى كلما ارتفع مستوى التعليم كلما زاد مستوى الإنفاق.

حجم الأسرة: يوضح النموذج أن تأثير متغير حجم الأسرة كان معنوياً وعلاقته بالإنفاق علاقة عكسية، أي كلما قل حجم الأسرة كلما زاد إنفاق الفرد، وينفق الفرد الذي ينتمي لأسرة حجمها (3-4) أقل من الفرد الذي ينتمي لأسرة حجمها (1-2) وهي الفئة المرجعية، وهكذا فالفرد الذي ينتمي إلى أسرة حجمها سبعة أفراد فأكثر ينفق أقل من الفئة المرجعية أي كلما زاد حجم الأسرة كلما انخفض مستوى إنفاق الفرد.

المحافظات النفطية حسب مكان الإقامة الحالي: ليس لها علاقة مع الإنفاق لأن تأثيرها غير معنوي بمعنى أنه ليس هناك أي إختلاف بين المحافظات النفطية وغير النفطية في مستوى الإنفاق.

الفقر: تأثيره معنوياً بمستوى (0.001) وعلاقته بالإنفاق علاقة عكسية، فكلما زاد مستوى الفقر كلما انخفض مستوى الإنفاق.

جدول (6)

نتائج تحليل نموذج المعادلات الآتية لدالة الهجرة

فترة الثقة %95		الخطأ المعياري	المعامل	المتغيرات
الحد الأدنى	الحد الأعلى			
0.219	- .0518	0.0692	0.0839	لوغارتم الإنفاق
.150	.091	0.0153	0.121***	العمر
.0009 -	- 0017	0.0002	- 0.001***	مربع العمر
-.428	.846 -	0.107	-0.637***	الجنس
-.165	- .414	0.0635	-0.289***	مكان الإقامة السابق (1)
				التعليم
-.090	- .360	0.068	- 0.225***	ابتدائي
-.298	- .615	0.081	- 0.456***	ثانوي
-.201	- .667	0.118	- 0.434***	جامعي فأعلى
-2.611	-4.432	0.465	-3.521***	Constant

المصدر : من نتائج تحليل Stata

*** مستوى معنوية (P= value ≤ 0.001)

الفئة المرجعية: الفئة الأولى. الجنس (الذكور)، مكان الإقامة السابق (الحضر)، حجم الأسرة (1-2)، التعليم (بدون شهادة)، الحالة الزوجية (غير متزوج)، المهنة (مهارات عالية)، الفقر (غير فقراء)، محافظات نفطية (غير النفطية).

جدول (7)
نتائج تحليل نموذج المعادلات الآتية لدالة الإنفاق

فترة الثقة %95		الخطأ المعياري	المعامل	المؤشر
الحد الأعلى	الحد الأدنى			المتغيرات
.1086	-.0158	0.0317	0.0463	هجرة العمل
-.007	-.0283	0.005	-.017***	العمر
.0003	.0001	0.00006	.0002***	مربع العمر
				حجم الأسرة
-.293	-.437	0.0367	- 0.365***	3-4
-.466	-.608	0.0362	- 0.537***	5-6
-.561	-.708	0.037	- .635***	7+
				التعليم
.116	.0369	0.020	0.76***	ابتدائي
.282	.185	0.024	0.233***	ثانوي
.456	.324	0.034	0.39***	جامعي فأعلى
-.788	-.875	0.022	- 0.831***	الفقر (1)
.0126	-.079	0.023	-.0334	محافظات نفطية/ مكان الإقامة الحالي (1)
6.413	5.949	.118	6.182***	Constant

المصدر : من نتائج تحليل Stata ** مستوى معنوية (P=value ≤ 0.001) - الفئة الأولى : الفئة المرجعية

VII - التوصيات

بناءً على النتائج السابقة ، توصلت الدراسة إلى توصية الجهاز المركزي للإحصاء بالعمل على تنفيذ مسوح مقطعية يمكن ربط بياناتها بفترات زمنية مختلفة للوصول إلى دراسات تحليلية معمقة بشتى المجالات، وبشكل خاص فإن دراسات تحليل الهجرة بحاجة إلى مثل هذه البيانات باعتبار أن الهجرة دائماً تحدث بوقت يسبق وقت تنفيذ المسح بفترات قد تطول وقد تقصر، ووجود مثل هذه البيانات يسهل للباحثين والدارسين الخوض في هذا المجال.

- قائمة المراجع

- المراجع العربية

- الجهاز المركزي للإحصاء، تقرير خارطة الحرمان ومستويات المعيشة في العراق، بغداد، 2006.
- الجهاز المركزي للإحصاء(2010)، "تقرير حالة سكان العراق"، بغداد، 2010.
- الجهاز المركزي للإحصاء (2012)، المسح الإجمالي والاقتصادي للأسرة "IHSES2"، بغداد.
- رياض ابراهيم السعدي (1974)، "الهجرة الداخلية للسكان في العراق 1947-1965"، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة.
- عبد علي الخفاف (1986)، "الظاهرة السكانية والتطور الجغرافي، الموسوعة الصغيرة"، دار الشؤون الثقافية العامة، بغداد.
- فتحي محمد أبو عيانة (1987)، "مدخل الى التحليل الإحصائي في الجغرافية البشرية"، دار المعرفة الجامعية - الإسكندرية.
- منصور الراوي (1989)، "دراسات في السكان والتنمية في العراق"، جامعة بغداد، بيت الحكمة.
- هالة وليد الزبيدي (2003)، "تقديرات الهجرة الداخلية في العراق باستخدام النماذج السكانية"، جامعة بغداد، كلية الإدارة والاقتصاد.

- المراجع الأجنبية

- Breck.P. (1980), "A look at the factors underling internal migration in Egypt", The Labour Migration Project, Cairo University, Massachusetts Institute of Technology, Technical Planning Program, January.
- Elsaadani, S . M., (1984), "Internal Migration in Egypt and It's Socio-Economic Correlates", Cairo University , ISSR.
- Hosmer & Lemeshor, (1989), "Applied Logistic Regression", New York.
- Lee, E. S. (1966), "Theory of migration", Demography, Vol. 3, pp. 47-57.

دور الزكاة في معالجة مشكلة الفقر في الجزائر

عائشة شبيلة¹

- مستخلص

يعد دور الزكاة في علاج مشكلة الفقر الهدف الأساسي للزكاة، حيث تسعى أساسا للقضاء على الفقر وتوفير حد الكفاية لمستحقيها.

وظاهرة الفقر تعتبر ظاهرة اجتماعية قديمة تسعى مختلف النظم والمذاهب إلى محاربتها، ولقد اعتبر الإسلام الفقر منقصة يجب السعي إلى تجاوزها، ومفهومها نسبي مرتبط بالتغيرات الاقتصادية والاجتماعية في المجتمع.

وتهدف هذه الدراسة إلى البحث في مفهوم الفقر، والإطار الشرعي للزكاة وكيفية معالجة الزكاة لهذه الظاهرة، وقد شرع الإسلام الزكاة والصدقات والكفارات وأوجب أن تتجه مصادرها إلى سد حاجات الفقراء. ونجحت الزكاة كنظام إسلامي عندما طبقت تطبيقا شاملا في التخفيف من حدة الفقر وقضت عليه نهائيا في عصر خامس الخلفاء الراشدين عمر بن عبد العزيز ثم عادت مشكلة الفقر للظهور حتى أصبحت ظاهرة اجتماعية مزمنة.

وخلصت الدراسة إلى أن نظام الزكاة نظام اقتصادي اجتماعي يوصف بأنه ديناميكي في التطبيق فعال في مردوده. يمكن أن يكون له دور فعال ضمن البرنامج الدولي للتنمية وفي بناء اقتصاد الرفاهية الخالي من ظاهرة الفقر. ولصندوق الزكاة بالجزائر تجربة رائدة في هذا المجال حيث إنه يوزع الزكاة على الفقراء كإعانه مادية للأسر الفقيرة لتحسين أحوالها إضافة إلى استخدام القروض الحسنة لإنشاء المشروعات الصغيرة لتشغيل الشباب وتوفير فرص عمل مناسبة لهم مما يزيد من مساهمتهم ويفعل مشاركتهم المجتمعية.

الكلمات المفتاحية: الفقر، نظام الزكاة، حد الكفاية، صندوق الزكاة، التنمية الاجتماعية المستدامة.

¹ أستاذة مساعدة مكلفة بالدروس، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر. chebila65@hotmail.fr

I- مقدمة

إن أهم ما يميز العصر الحديث هو النمو المتزايد للهوة المادية بين الدول من جهة وبين أفراد المجتمع من جهة أخرى، ويرجع ذلك إلى عدة عوامل يصعب حصرها ومنها عدم العدالة في توزيع الدخل وهيمنة الدول الصناعية على الحصة الكبرى من الثروة العالمية.

فالزكاة تؤدي لزيادة تماسك المجتمع وتكافل أفرادها والقضاء على الفقر وما يرتبط به من مشاكل اجتماعية واقتصادية وأخلاقية إذا ما أحسن استغلال أموالها وصرفها لمستحقيها، ولكي تحقق الزكاة أهدافها المنشودة لا بد لها من مؤسسات متخصصة، تقوم على إدارة شؤونها وتصريفها في مصارفها الشرعية بكل أمانة.

ويعتبر الفقر من أهم العوامل التي تقف عقبة أمام تحقيق التنمية المستدامة والنهوض بالمجتمع نحو الرقي والعدالة وتحقيق العيش الكريم وقد أعلنت الأمم المتحدة عن أهداف الألفية الثالثة في تقريرها الذي نشرته سنة 2003 والذي ركز على محاربة الفقر كرهان أساسي للمرور نحو التنمية الإنسانية.

1-1- مشكلة الدراسة

تحاول هذه الدراسة البحثية أن تجيب عن مجموعة من التساؤلات التي يمكن أن تطرح حول مؤسسة الزكاة ودورها في التخفيف من ظاهرة سلبية ارتبطت بالمجتمعات العربية وهي الفقر، ثم تسليط الضوء على تجربة صندوق الزكاة الجزائري وهل أن لدوره أهمية في الحد من تفاقم هذه الظاهرة.

1-2- أهداف الدراسة

تتمثل أهمية الدراسة فيما يلي:

- تفعيل دور الزكاة في التكافل الاجتماعي و مواجهة المظاهر السلبية المنتشرة في المجتمعات الإسلامية، و من أهمها الفقر ،ما ينتج عنه من آثار سلبية تعصف بالمجتمع.

- إبراز دور مؤسسة الزكاة في استقرار المجتمعات الإسلامية من خلال القضاء على الفقر.
- إظهار نظام الزكاة في كونه ليس من مسؤولية الفرد فقط، بل هو مسؤولية الحكومة بالدرجة الأولى.

3-1- أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل مفهوم الفقر، والإطار الشرعي للزكاة و كيفية معالجة الزكاة لهذه الظاهرة.

4-1- فرضيات الدراسة

للإجابة على إشكالية البحث، اعتمدت الدراسة على ثلاث فرضيات أساسية وهي:

- من شأن الزكاة أن تخفف من معاناة الفقراء في بلاد المسلمين و تقلص من ظاهرة البطالة المنقشية فيها.
- الزكاة مسؤولية الفرد والدولة معا.
- يعد صندوق الزكاة الجزائري تجربة رائدة في مجال تخفيف وطأة الفقر في المجتمع الجزائري ومد يد العون للشباب العاطل في تجسيد المشاريع المختلفة من خلال صيغ التمويل التي يتيحها الصندوق.

5-1- منهجية الدراسة

نظرا لطبيعة الدراسة فقد تم اعتماد المنهج الوصفي عند تناول الجوانب التأصيلية لمعنى الزكاة وكذا دورها في الحد من ظاهرة الفقر في المجتمعات الإسلامية. ومن بين الأدوات المنهجية المتبعة أيضا أسلوب دراسة الحالة المطبق من خلال تناول تجربة صندوق الزكاة الجزائري في معالجة مشكلة أو الحد من تفشي ظاهرة الفقر في المجتمع الجزائري.

II- الزكاة والفقر

تخفيض أعداد الفقراء هو التحدي الرئيسي الذي يواجه المجتمع العالمي عامة والإسلامي خاصة. وقد فشلت السياسات الاقتصادية الكلية المعاصرة في تحقيق النمو اللازم للتخفيف من حدة الفقر وإن نجحت أحيانا فهي نجاحات ظرفية. وقد جربت بدائل متعددة في هذا المجال منها السياسات المالية والنقدية، دعم الأسعار، تحرير السوق، إنشاء المؤسسات الاجتماعية التطوعية، لكن السياسة الاقتصادية الإسلامية بقيت بعيدة عن الميدان وإن طبقت فبشكل جزئي وغير فعال. إن تطبيق المنهج الإسلامي بضمن عدم تردي المجتمع فيما تعانيه الاقتصاديات المعاصرة من مشكلات أبرزها الفقر.

إن أهم الآليات الإلزامية هي فريضة الزكاة ودورها المباشر في محاربة الفقر عن طريق توزيع حصيلتها بين فئات المجتمع الأكثر حاجة إليها أو غير المباشر عن طريق زيادة الطلب على الأيدي العاملة التي تؤدي إلى تقليص حجم البطالة التي هي من أهم مظاهر الفقر.

وقد ظهر مفهوم الفقر سنة 1997 في التقرير العالمي للتنمية الانسانية، وعرف على أنه ما يفرض من الخارج من غياب الفرص والخيارات الأكثر أساسية للتنمية الإنسانية مثل فرصة العيش حياة طويلة وسلمية وبناءة، والتمتع بمستوى معيشي لائق وكذلك بالحرية والكرامة واحترام الذات واحترام الآخرين، (م ليزين، 1985). وحسب تقديرات البنك الدولي نجد أنه في سنة 1998 أن أكثر من 3 مليارات نسمة في دول العالم النامي تعاني الفقر بقساوة شديدة، حيث يموت كل سنة ما يقارب 8 ملايين طفلا نتيجة للأمراض التي تسببها المياه غير النقية والهواء غير النقي، كما يعاني 50 مليون طفلا بعجز عقلي أو بدني بسبب سوء التغذية، (م ليزين، 1985).

إن الفقر مشكلة اجتماعية لها عواقب سيئة على المجتمعات وقد لجأت دول العالم الى مختلف الأنظمة الاقتصادية ولا هدف لها إلا محاربة الفقر وتوفير الحياة الكريمة.

فإنجته هذه الدول الى نظام رأسمالي تارة و شيوعي تارة أخرى وأوضحت التطبيقات الميدانية أن لكل نظام من هذين عيوبه فلجأت بعض الدول إلى حل وسط بين هذين النظامين المتطرفين.

ورغم ذلك أصبحت مشكلة الفقر مشكلة هيكلية نظرا لاعتماد هذه الدول على الآليات التطوعية لمحاربة هذه الظاهرة، وأظهرت التجارب عجز هذه الوسائل. فقد قام الإسلام لأول مرة في تاريخ البشرية بهذا التطور العام، وفرضت الزكاة وأن أول مصارفها كما بين الله تعالى الفقراء والمساكين. وهذا يدلنا على أن الهدف الأول من الزكاة هو القضاء على الفقر والعوز، ويستدل هذا على قول الرسول صلى الله عليه وسلم لمعاذ رضي الله عنه حين أرسله إلى اليمن "أعلمهم أن عليهم صدقة تؤخذ من أغنيائهم وترد على فقرائهم".

إن الزكاة علاج دائم لمشكلة الفقر لأن الله لم يحدد يوما بعينه وإنما أوجبها في العام مرة واحدة عندما تبلغ النصاب ويحول عليها الحول. وتاريخ استيفاء هذه الشروط تختلف من فرد إلى آخر وبذلك فإنها يدوم طوال العام، كما أن الله عز وجل ضمن ديومتها خلال حياة الأفراد والأجيال بفرضها على الناس أولا، وإجبار الحاكم على جمعها من الرعية ثانيا، وهكذا يكون تأثيرها في الحد من مشكلة الفقر وإذا كانت مواردها غير قادرة على مجابهة هذه الظاهرة فإن بعض الفقهاء يرى إمكانية تعجيل دفعها.

III- الإطار الشرعي للزكاة

تعني الزكاة من الناحية اللغوية: الزيادة والنماء ويقال زكا الزرع إذا نمت وطال. وفي الشرع هي إخراج قدر واجب شرعا من أموال محققة لطائفة محققة في وقت محقق. وإذا كانت تعد أحد أركان الإسلام الخمسة، وهي حق للفقراء وفريضة إجبارية على الأغنياء في أموالهم لقول الله تعالى: "والذين في أموالهم حق معلوم للسائل والمحروم"، (سورة المعارج الآية، 34-35)، كذلك هي واجبة الأداء على المسلم الحر العاقل البالغ إذا ملك نصابا ملكا تاما وحال عليه الحول، وقد أمر الله سبحانه وتعالى بآيات كثيرة وقرن بين الزكاة والصلاة بقوله تعالى: "وأقيموا الصلاة وآتوا الزكاة واركعوا مع الراكعين"،

(سورة البقرة، الآية 43)، والزكاة واجبة الأداء على أموال معينة تشكل وعاء الزكاة، وتضم الذهب والفضة والنعم والحبوب والثمار وعروض التجارة والركاز والمعادن.

ويختلف مقدار الزكاة بحسب الوعاء وهي تفرض بنسبة 2.5% على الذهب والفضة والأموال المدخرة وعروض التجارة، وزكاة الزروع والثمار 10% إذا سقي بماء المطر، و5% إذا ما سقي بآلة، وتوزع الزكاة وفقا للمصارف الثمانية التي حددها الله تعالى: "إنما الصدقات للفقراء والمساكين والعاملين عليها والمؤلفة قلوبهم وفي الرقاب والغارمين وفي سبيل الله وابن السبيل فريضة من الله والله عليم حكيم". (سورة التوبة، الآية 60).

وتعتبر الزكاة نظاما ماليا واقتصاديا واجتماعيا يهدف إلى معالجة آثار الفقر من جهة ومكافحة أسبابه من جهة أخرى، فتتمية الجانب الاقتصادي وترقية الجانب الاجتماعي يمر عبر تحقيق الأهداف المختلفة، وتطبيق نتائج هذا النظام على المستويات التالية:

أ- **على المستوى المالي:** تعد الزكاة أول ضريبة عادلة وناجحة في التاريخ بحكم طابعها التعبدية خلافا للضريبة المعاصرة ذات الطابع القانوني الخالي من العدالة والعبادة مما يدفع بالمكلفين إلى التهرب منها والتحايل عليها بخلاف الزكاة التي يدفعها صاحبها مطبقا لفروضه الدينية طالبا الأجرها خائفا من عقابها طامعا في نتائجها، وبالتالي فهي مورد مالي وإيراد كلي لميزانية الدولة يحميها من الوقوع في العجز أو الالتجاء إلى الدين الخارجي أو الداخلي، فهي مورد من موارد الحكومة يصرف لمواجهة الفقر ويمكن للأفراد من إشباع حاجاتهم.

ب- **على المستوى النقدي:** باعتبارها اقتطاع نسبة 2.5% من الثروة النقدية كل عام تدفع بمالكها إلى استثمارها في الواقع وعدم اكتنازها.

ت- **على مستوى التشغيل:** إن نظام الزكاة هو إعادة توزيع الثروة بشكل عادل، فهي تمثل أحد الحلول الرئيسية للحد من البطالة وبالتالي مكافحة الفقر وذلك من خلال تخفيض التكاليف الجبائية والشبه جبائية للمؤسسات واقتصارها على نسبة 2.5%

سنويا مما يزيد في معدلات الأرباح وبالتالي فرص الاستثمار والتوزيع والنمو وبالتالي زيادة فرص وإمكانيات التشغيل والتوظيف مما يؤدي إلى تقليص عدد عاطلين عن العمل وتخفيض نسبة البطالة وتشغيل العاطلين ومن ثم تحجيم ظاهرة الفقر والاحتياج.

ث- **على مستوى الدولة:** إن وظيفة الدولة تحقيق التنمية وتوفير الشغل لكل فرد ومكافحة الفقر وضمان حد الكفاية للمجتمع دون استثناء، ولن يتسنى لها ذلك إلا من خلال تطبيق نظام الزكاة، وتحمل الدولة مسؤولية كل ما يحدث من انحرافات ناجمة عن تزايد حجم الفقر وزيادة عدد الفقراء، ونتيجة لعدم توفر المستوى المعيشي المعقول لذلك اعتبر علماء الإسلام إقامة الحدود دون توفير الكفاية فيه نقد على شريعة الله استنادا إلى تلك الحادثة الشهيرة لعمر بن الخطاب مع أحد ولاته حيث سأله قبل توديعه ماذا تفعل إذا جاءك سارق، قال أقطع يده فرد عليه عمر قائلا: "فإن جاءني منهم جائع أو عاطل فسوف يقطع عمر يدك"، يا هذا إن الله استخلفنا على عباده لنشد جوعهم ونستر عورتهم ونوفر لهم صرفتهم فإذا أعطيناهم هذه النعم تقاضيناهم شكرها، يا هذا إن الله خلق الأيدي لتعمل فإذا لم تجد في الطاعة عملا التمسست في المعصية أعمالا فشغلها بالطاعة قبل أن تشغلك بالمعصية. ومن هنا يبرز عمق نظر الدولة الإسلامية للظواهر الاقتصادية والعلاقات الاجتماعية وقوانين ارتباطها ومكافحة مشكلة الفقر.

ه- **على المستوى الاجتماعي:** إن تطبيق نظام الزكاة يؤدي إلى تقليص الفوارق الاجتماعية وتأمين أبناء المجتمع الواحد من الفقر والكوارث والمشاكل الاجتماعية من الانحراف والانتحار والانعزال، فنظام الزكاة جهاز أساسي من أجهزة التكافل الاجتماعي في الإسلام، ذلك التكافل لم يعرفه الغرب إلا في دائرة ضيقة -التكافل المعيشي لمساعدة الفقراء- وعرفه الإسلام في دائرة أعمق تشمل جوانب الحياة المادية والمعنوية. فهناك التكافل الأدبي والعلمي والسياسي والجنائي وأخيرا المعيشي. (مصطفى السباعي،).

IV- تجربة الجزائر في محاربة الفقر عن طريق الزكاة

أظهرت إحصائيات السكان في الجزائر سنة 2010 ارتفاعا في أعداد الولادات وانخفاض في أعداد الوفيات، حيث وصل معدل النمو السكاني إلى 2% ليصبح عدد السكان في أول جانفي 2010، 36.3 مليون نسمة. (الديوان الوطني للإحصائيات، 2010)، وأمام هذا العدد الهائل من السكان كيف يمكن للجزائر أن تتكفل بجميع حاجيات مواطنيها، وخاصة إذا كانت نسبة الناتج المحلي الخام خارج المحروقات تتراوح بين 20 و 25%.

ويجيب هذا القسم من البحث على السؤال عن كيفية مساهمة صندوق الزكاة الجزائري في مكافحة الفقر.

4-1- تعريف صندوق الزكاة:

صندوق الزكاة هو مؤسسة دينية اجتماعية تعمل تحت إشراف وزارة الشؤون الدينية والأوقاف والتي تضمن له التغطية القانونية حسب أحكام القانون المنظم لمؤسسة المسجد، ويتشكل من ثلاثة مستويات تنظيمية:

- اللجنة القاعدية: مهمتها تحديد المستحقين للزكاة على مستوى كل دائرة إدارية التي تضم بدورها مجموعة من البلديات.
- اللجنة الولائية: توكل إليها مهمة الدراسة النهائية لملفات الزكاة على مستوى الولاية.
- اللجنة الوطنية: نجد من مكوناتها المجلس الأعلى لصندوق الزكاة ومن مهامها الأساسية كونها الهيئة المنظمة لكل ما يتعلق بصندوق الزكاة بالجزائر.

4-2- تسيير صندوق الزكاة: (موقع وزارة الشؤون الدينية والأوقاف، 2010).

يتم تسيير صندوق الزكاة وفق المبادئ التالية:

- يكون الصندوق تحت وصاية وزارة الشؤون الدينية والأوقاف وتحت رقابتها، ويسيره المجتمع من خلال القوى الحية فيه:

- يحصل صندوق الزكاة ويصرف الأموال من خلال الحوالات، ولا يتعامل مع السيولة بناتا، لا تحصيلًا و صرفًا.
- لا تصرف الزكاة إلا من خلال محضر ينجزه المكتب الولائي يشتمل على قائمة رسمية للمستحقين.
- تخصص نسبة من أموال الزكاة للاستثمار من خلال مساعدة صغار المستثمرين من ذوي المهن وخريجي الجامعات.
- يضمن الصندوق مبدأ محلية الزكاة أي أن الأموال التي تجمع في الولاية لا توزع إلا على أهل الولاية وأن الاستثمار يكون محليا أيضا.

أما عن توزيع أموال الزكاة، فقد حدد القانون فئتين من المستفيدين هما:

- الفئة الأولى: تتمثل في منح العائلات الفقيرة حسب الأولوية مبلغا من المال قد يكون سنويا أو سداسيا أو ثلاثيا، إذ يتوقف الأمر على حصيلة الأموال وعدد المحتاجين.
- أما الفئة الثانية: فتحصيص استثمار جزء من أموال الزكاة لصالح الفقراء مثل: القرض الحسن أو تمويل المشاريع الصغيرة.

3-4- أدوات الرقابة على نشاط الصندوق:

تتمثل أدوات الرقابة على نشاط الصندوق في:

- التقارير التفصيلية التي تنشر في كل وسائل الإعلام.
- وضع القوائم المفصلة تحت تصرف أي هيئة أو جمعية للاطلاع على أوجه صرف الزكاة.
- نشر الأرقام بالتفصيل على موقع الوزارة في شبكة الأنترنت.
- اعتماد نشرية صندوق الزكاة كوسيلة إعلامية توزع على كل الجهات والأفراد.

- يستوجب على المزكي إرسال القسائم أو نسخا منها إلى لجان المداولات المختلفة على كل المستويات حتى يساعد الجهاز الإداري للصندوق في الرقابة على عمليات جمع الزكاة.

وبالتالي فإن لكل مواطن ولكل هيئة الحق في الاطلاع على مجموع الإيرادات المتأتية من جمع الزكاة، ويتم دفع الزكاة إلى الصندوق عن طريق حوالة بريدية أو صك لمكتب البريد أو على مستوى الصناديق المسجدية.

4-4- استخدامات أموال الزكاة:

يتم التصرف في أموال الزكاة بناء على المداولات النهائية للجنة الولائية إلى:

- العائلات الفقيرة: حسب الأولوية وذلك بإعطائها مبلغا سنويا أو سداسيا أو ثلاثيا.
- الاستثمار لصالح الفقراء: يخصص جزء من أموال الزكاة للاستثمار لصالح الفقراء كالقرض الحسن أو شراء أدوات العمل للمشاريع الصغيرة.

يوضح الجدول (1) معدل نمو الإيرادات الوطنية للصندوق خلال الفترة 2003-2009 والتي بلغت أقصاها عام 2005 وأدناها عام 2007.

جدول رقم (1)
تنامي الحصيلة خلال الفترة 2003-2009

السنة	تنامي الحصيلة الوطنية	الحصيلة الوطنية بالدينار الجزائري	معدل النمو (%)
2003	57 789 028.60	118 158 269.35	-
2004	114 986 744.00	200 527 635.50	+69.71
2005	257 155 895.80	367 187 942.75	+83.11
2006	320 611 694.36	483 584 931.29	+31.70
2007	262 178 602.70	478 922 597.02	-0.96
2008	241 944 201.50	427 179 898.29	-10.80
2009	270 000 000.00	614 000 000.00	+43.73

المصدر: وزارة الشؤون الدينية والأوقاف، 2010.

ويشير الجدول (2) إلى أن أعداد الأسر التي تكفل بها الصندوق من حصيلة زكاة الفطر تراوح بين 21 ألف أسرة عام 2003 وحوالي 151 ألف عام 2008.

جدول (2)

تنامي عدد العائلات التي تكفل بها الصندوق في زكاة الفطر

السنة	عدد العائلات المستفيدة	معدل النمو (%)
2003	21 000	-
2004	35 500	+69.05
2005	53 500	+50.70
2006	62 500	+16.82
2007	22 562	-63.90
2008	150 598	+567.48

المصدر: وزارة الشؤون الدينية والأوقاف، 2010.

ويظهر الجدول (3) مدى توسع نشاط الصندوق في مجال الاستثمار، حيث ارتفع عدد المشروعات المفتوحة من 256 مشروعا عام 2004 إلى 1200 مشروعا عام 2009 مما يعكس مدى تأثير الصندوق على مقدمي الاستثمارات والتي بدورها سوف تؤثر على مستويات البطالة كما في الجدول التالي:

جدول (3)

ارتفاع تمويل الاستثمار في صندوق الزكاة

السنة	عدد المشاريع المفتوحة	نسبة تطور عدد المشاريع
2004	256	-
2005	466	+82.03
2006	857	+83.90
2007	1147	+33.84
2008	800	-30.25
2009	1200	+50.00

المصدر: وزارة الشؤون الدينية والأوقاف، 2010.

4-5- تخصيص حصيلة الزكاة:

تصرف الزكاة في الجزائر وفقا للآلية التالية: (قريشي محمد الجموعي، 2011).

الحالة الأولى: الحصيلة الولائية أقل من 5 مليون ديناراً جزائرياً.

- يتم تخصيص 87.5% توزع على الفقراء والمساكين.
- وحوالي 12.5% لتغطية تكاليف نشاطات الصندوق.

الحالة الثانية: الحصيلة الولائية 5 مليون ديناراً جزائرياً على الأقل:

- يتم تخصيص 50% للفقراء والمساكين (في صورة مبالغ ثابتة).
- توزع 37.5% على شكل قروض حسنة أي قروض بدون فوائد على القادرين على العمل.
- تخصص 12.5% لتغطية تكاليف نشاطات الصندوق.

وتوزع النسبة المخصصة لتغطية تكاليف نشاطات الصندوق وقدرها 12.5% على

النحو التالي:

- 4.5% لتغطية تكاليف نشاطات اللجنة الولائية.
- 6% لتغطية تكاليف نشاطات اللجان القاعدية.
- 2% تودع في الحساب الوطني لتغطية تكاليف نشاطات الصندوق على المستوى الوطني.

4-6- إنجازات صندوق الزكاة في الجزائر، (فارس مسدور، 2010).

لقد حقق صندوق الزكاة في الجزائر منذ 2003 وحتى الآن الإنجازات التالية:

- ترسيخ فكرة الصندوق في أذهان المواطن (فقراء ومزكين).
- زيادة مستوى الاقتناع بضرورة تنظيم الزكاة جمعاً وتوزيعاً.

- انتشار الفكر الزكاتي عالم الإعلام (جرائد، مجلات، إذاعة، تلفزيون).
- تكوين أكبر تنظيم تطوعي في الجزائر (48 لجنة ولائية، أكثر من 500 لجنة قاعدية، أكثر من 1400 خلية مسجدية، وتجنيد أكثر من 90000 متطوع).
- عقد عدة اتفاقيات تعاون مع بنك البركة الجزائري، اتحاد التجار والحرفيين، اتحاد الفلاحين.
- إحصاء أكثر من 170000 أسرة فقيرة.
- إيصال زكاة المال لأكثر من 70000 أسرة.
- تقديم قروض حسنة لأكثر من 3400 مشروعا صغيرا.
- تنظيم زكاة الفطر جمعا وتوزيعا داخل المساجد واستفادة أكثر من 120000 أسرة.
- إنشاء نيابة مديريةية الزكاة للاشراف على نشاطات الصندوق.
- إنشاء مكاتب الزكاة بكل مديريةية.

ورغم هذه الانجازات، هناك عدة تحديات تؤثر على مستوى فاعلية صندوق الزكاة بالجزائر أهمها:

- الثقة.
- مخاطر القرض الحسن.
- الاستقلالية الإدارية.
- غياب التغطية القانونية.
- طغيان النشاط الموسمي.
- غياب الإطار الإداري المتخصص والمتفرغ لهذه العملية.
- الاعتماد على العمل التطوعي.
- الرؤية المستقبلية للصندوق.

ويهدف صندوق الزكاة إلى تحقيق بعض الأرقام في الآجال القصيرة، المتوسطة والطويلة وذلك على النحو التالي:

• في الآجال القصيرة:

- الوصول إلى جمع وتوزيع مليار سنتيم دينارا من زكاة المال.
- جمع وتوزيع 200 مليون دينارا من زكاة الزروع والثمار والثروة الحيوانية.
- جمع وتوزيع 500 مليون دينارا زكاة فطر.
- تقديم 1500 قرضا حسنا كل سنة.

• في الآجال المتوسطة:

- جمع وتوزيع 300 مليون دينارا من زكاة المال.
- جمع وتوزيع 500 مليون دينارا من زكاة الزروع والثمار والثروة الحيوانية.
- جمع وتوزيع مليار دينارا من زكاة الفطر.
- تقديم 40 000 قرضا حسنا استثماريا.

• الأهداف طويلة الأجل:

- جمع وتوزيع 50% من الزكاة الحقيقية للجزائريين.
- جمع وتوزيع 50% من زكاة الزروع والثمار والثروة الحيوانية.
- جمع وتوزيع 20 مليون دينارا من زكاة الفطر.
- توزيع 100 000 قرضا حسنا استثماريا.

V- الخلاصة والتوصيات

1-5- الخلاصة

يلاحظ من الدراسة أن نظام الزكاة نظام اقتصادي واجتماعي يوصف بأنه ديناميكي في التطبيق فعال في مردوده. لا يكتفي بمعالجة آثار الفقر بل يتجاوزها إلى مكافحة أسبابه بطريقة علمية ميدانية تتأتي بنتائج عملية وذلك باستعمال أنظمة صناديق الزكاة ودورها الفعال

في بناء اقتصاد الرفاهية الخالي من ظاهرة الفقر. ومن غير المنطقي فصل الفقر عن ديناميات التنمية، واعتبار الفقراء فئة على هامش المجتمع، تتطلب سياسات منفصلة خاصة بها. بل ينبغي أن يكون الحد من الفقر هو عنصر رئيسي في البرنامج الدولي للتنمية، وإذا اعتبرنا الزكاة من الفعاليات الهادفة للقضاء على الفقر وأن نموها وتوزيعها بانتظام على كل الطبقات المحرومة والفقيرة. فإن صندوق الزكاة بالجزائر له تجربة رائدة في هذا المجال حيث إنه يوزع الزكاة على الفقراء كإعانه مادية للأسر الفقيرة لتحسين أحوالها إضافة إلى استخدام القروض الحسنة لإنشاء المشروعات الصغيرة لتشغيل الشباب وتوفير فرص عمل مناسبة لهم مما يزيد من مساهمتهم ويفعل مشاركتهم المجتمعية.

5-1- التوصيات

ولتحقيق فعالية أكثر لنظام الزكاة لبلوغ الأهداف المحددة في حل مشكلة الفقر، توصي الدراسة بما يلي:

- تطوير مؤسسة الزكاة في كل دولة، وتأهيل الفقراء للمساهمة في العملية الإنتاجية لصالح استقرار المجتمع ونموه.
- تأهيل العاطلين عن العمل بتمكينهم من القيام بمشاريعهم الصغيرة، فالإسلام قد حث على عمل الفرد إلى جانب تسديد حاجته لتيسر له الحياة الكريمة.
- ضرورة إعطاء صندوق الزكاة في الجزائر صبغة متميزة تجعل التجربة الجزائرية في هذا المجال رائدة ومتميزة، يقتدى بها.

- قائمة المراجع

- المراجع العربية

- جامعة الدول العربية، المنظمة العربية للتنمية الزراعية، (2009) دراسة اتجاهات ومؤشرات الفقر في الدول العربية، الخرطوم، السودان.
- الديوان الوطني للإحصائيات، إحصائيات السكان في الجزائر لعدد الولادات، الجزائر، (2010).

- سعاد قاسم هاشم، سلام عبد الكريم مهمدي سمييم، (2004) الزكاة وأثرها في تحفيز الاستهلاك والاستثمار، آفاق اقتصادية، مجلة فصلية متخصصة ومحكمة يصدرها مركز البحوث والتوثيق، المجلد 25 العدد 97 ، دولة الإمارات العربية المتحدة، اتحاد غرف التجارة والصناعة.
- قريشي محمد الجموعي، فروحات حدة،(2011) فعالية السياسة المالية في ظل الاقتصاد الإسلامي، دراسة تجربة صندوق الزكاة في الجزائر، الملتقى الدولي الأول حول الاقتصاد الإسلامي الواقع ورهانات المستقبل، معهد العلوم الاقتصادية التجارية وعلوم التسيير، المركز الجامعي غرداية.
- ماجدة أحمد شلبي، (1998) دورة الزكاة في توفير حد الكفاية وتحقيق التنمية، أبحاث ندوة التطبيق المعاصر للزكاة، جامعة الأزهر، مركز صالح عبد الله كامل للاقتصاد الإسلامي.
- محمد أحمد صقر،(1976) الاقتصاد الإسلامي مفاهيم ومرتكزات، المؤتمر العالمي الأول للاقتصاد الإسلامي، جامعة الملك عبد العزيز في مكة المكرمة في 21-26 صفر 1396هـ الموافق 21-26 فبراير .
- مسدور فارس، الوقف والزكاة ودورها في دعم الاستثمار ومكافحة البطالة، صندوق الزكاة، وزارة الأوقاف والشؤون الدينية، 2010.
- معهد الأمم المتحدة لبحوث التنمية الاجتماعية، (2010) مكافحة الفقر وعدم المساواة: التغيير الهيكلي والسياسة الاجتماعية والسياسة العامة.
- موقع وزارة الشؤون الدينية والأوقاف على شبكة الأنترنت، الجزائر (2014) .

قياس أثر الجودة الشاملة للخدمات الصحية على ولاء المستفيدين في مصر

ماهر محمد علي²

محمد نجيب عبد الفتاح¹

- مستخلص

على الرغم من تضافر الجهود المبذولة لتدعيم جودة نظام الخدمات الصحية للقيام بأعبائه تجاه المجتمع إلا أنه يشوبه القصور، فأهمية إقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض، ويجرم الامتناع عن تقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل إنسان في حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة، والتزام الدولة بتحسين القطاع الصحي وكذلك تشجيع مشاركة القطاعين الخاص والأهلي في خدمات الرعاية الصحية وفقاً للقانون.

ونظراً لأن الجودة الشاملة للخدمات الصحية تتضمن الجوانب المادية، الاعتمادية، الاستجابية، الثقة والأمان، الجوانب العاطفية، المسؤولية الاجتماعية، الخبرة العامة عن الخدمات الصحية. فإن هناك تأثير معنوي لعاملي الجودة المدركة للخدمات الصحية وجودة العلاقات العامة على ولاء المنتفعين للوحدة الصحية.

وتوصى الدراسة بضرورة إعداد برامج تدريبية متخصصة لمقدمي الخدمة الصحية عن طب الأسرة فيما يتعلق بالتخطيط الإستراتيجي التنموي لتطوير وحدات الرعاية الصحية الأولية على أساس المساواة والعدالة، الجودة والتميز، الفاعلية والكفاءة، حقوق المستفيدين، العمل الجماعي، سلامة المرضى، والاستمرارية.

الكلمات المفتاحية: الخدمات الصحية، الجودة الشاملة، مقياس، تأمين صحي، الرعاية الصحية، ولاء المنتفعين، مصر.

¹ أستاذ دكتور متفرغ بمعهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة، مصر. moh_naguib@hotmail.com

² خبير التحليل الإحصائي بمعهد الدراسات والبحوث الإحصائية السابق، جامعة القاهرة، مصر.

I- مقدمة

ترتكز جودة نظام الرعاية الصحية على ما ورد بإعلان Alma Alta عام 1978 من حيث أنها "الرعاية المبنية على أساس علمي وطرق مقبولة اجتماعيا في إطار العدالة، سهولة المنال، وكفاءة استخدام الموارد بغرض تحليل أوجه القصور في الخدمة الصحية واتخاذ إجراءات تحسين وتطوير أداء الخدمة".

يعمل النظام الصحي على تحقيق العافية الجسدية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من الأمراض، وهي حق أصلي من حقوق الإنسان يجب أن ترعاه القطاعات الاجتماعية والاقتصادية بالاشتراك مع القطاع الصحي، وليس من المقبول سياسياً واجتماعياً واقتصادياً اختلال ميزان العدالة الصحية بين الناس، وبالأخص بين الدول المتطورة والنامية، وكما أن التنمية الاقتصادية والاجتماعية مهمة لتحقيق الصحة للجميع، فتعزيز الصحة ضروري أيضاً لصيانة التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ويملك الناس حق المشاركة الفردية والجماعية في تخطيط وتنفيذ برامج الرعاية الصحية، وتقع على الحكومات مسؤولية رعاية صحة شعوبها عبر إجراءات صحية واجتماعية كافية لتحقيق هذا الهدف.

ونصت المادة 18 من الدستور المصري لعام 2013 على أن "لكل مواطن الحق في الرعاية الصحية المتكاملة وفقاً لمعايير الجودة، وتكفل الدولة الحفاظ على مرافق الخدمات الصحية العامة التي تقدم خدماتها للشعب ودعمها والعمل على رفع كفاءتها وانتشارها الجغرافي العادل، وتلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن 3% من الناتج القومي الإجمالي تتصاعد تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية، وتلتزم الدولة بإقامة نظام تأمين صحي شامل لجميع المصريين يغطي كل الأمراض، وينظم القانون إسهام المواطنين في اشتراكاته أو إعفائهم منها طبقاً لمعدلات دخولهم، ويجرم الامتناع عن تقديم العلاج بأشكاله المختلفة لكل إنسان في حالات الطوارئ أو الخطر على الحياة، وتلتزم الدولة بتحسين أوضاع الأطباء وهيئات التمريض والعاملين في القطاع الصحي وتخضع جميع المنشآت الصحية، والمنتجات والمواد، ووسائل الدعاية المتعلقة بالصحة لرقابة الدولة، وتشجع الدولة مشاركة القطاعين الخاص والأهلي في خدمات الرعاية الصحية وفقاً للقانون".

1-1- مشكلة الدراسة

على الرغم من تضافر الجهود المبذولة عالمياً ومحلياً لتدعيم جودة نظام الخدمات الصحية للقيام بأعبائه تجاه المجتمع إلا أن أبرز معالم القصور به ما نرصده فيما يلي:

- **تدني مؤشرات كفاية الموارد المادية والبشرية لنظام الخدمات الصحية في مصر:** يعاني نظام الخدمات الصحية من سوء توزيع الموارد البشرية والمادية، حيث توضح مؤشرات كل من: عدد السكان لكل طبيب، عدد السكان لكل ممرض، عدد السكان لكل سرير، عدد الأسرة لكل طبيب، عدد الأسرة لكل ممرض، معدل عدد الممرضين لكل طبيب، عدد مرضى الأقسام الداخلية والخارجية لكل طبيب، عدد مرضى الأقسام الداخلية والخارجية لكل ممرض، عدد السكان لكل منشأة صحية، استئثار محافظات الحضر بتلك الموارد دون إعادة جدولة وتوزيع للمنشآت الصحية والهيئة الطبية والتمريضية حسب الاحتياجات الفعلية لسد الفجوة متى وجدت وأينما كانت. (نشرة إحصاء الخدمات الصحية عام 2007).

- **تدني مؤشرات كفاءة العمليات التشغيلية والأنشطة الصحية المقدمة بنظام الخدمات الصحية في مصر:** يعاني نظام الخدمات الصحية من انخفاض كفاءة العمليات التشغيلية والأنشطة الصحية، حيث توضح مؤشرات كل من: إنتاجية الطبيب من المرضى يومياً بالعيادة الخارجية، متوسط مدة إقامة المريض بالعيادة الداخلية، معدل شغل الأسرة في السنة، معدل دوران السرير في السنة، فترة فراغ الأسرة باليوم، نسبة الحوامل اللاتي يحصلن على رعاية قبل الولادة، ونسبة حالات الولادة تحت إشراف صحي، نسبة الأطفال المحصنون في سن (12-23) شهراً، عدم الاستغلال الأمثل للموارد المادية، وللهيئة الطبية والتمريضية وعدم تفرغهم بصفة كاملة لخدمة المرضى (نشرة إحصاء الخدمات الصحية عام 2007).

- **تدني مؤشرات جودة مخرجات نظام الخدمات الصحية:** يعاني نظام الخدمات الصحية من انخفاض جودة مخرجاته، حيث تتدني مؤشرات كل من: توقع الحياة عند الميلاد، معدل وفيات الأطفال الرضع لكل (1000) مولود حي، معدل وفيات الأطفال دون الخامسة لكل (1000) مولود حي، معدل وفيات الأمهات لكل (100.000) مولود حي، معدل مرضى العيادات الداخلية لكل (1000) من السكان، إذا ما قورنت

بنظيرتها في دول كالأردن، البحرين، قطر، الإمارات (تقرير التنمية البشرية لعام 2010، نشرة إحصاء الخدمات الصحية لعام 2007).

- تدني الأهمية النسبية لقطاع الصحة في خطط التنمية الاجتماعية والاقتصادية المتتابة مع التركيز على قطاع الخدمات الصحية العلاجية وإهمال قطاع الرعاية الصحية الوقائية، حيث بلغت قيمة المتوسط الهنيسي لنسبة الإنفاق العام على الصحة إلى الإنفاق العام (4.36%) في الفترة من (2002) إلى (2009)، وهي نسب متدنية إذا ما قورنت بالدول العربية ذات المستوى الإقتصادي والإجتماعي القريب من نظيره في مصر كالأردن.

- بناءً على نتائج مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية، 2004، يمكن رصد أبرز معالم القصور في جودة الخدمات الصحية المقدمة فيما يلي:

- تتوافر منظومة خدمات رعاية الأمومة والطفولة والصحة الإنجابية لدى (41%) من المنشآت الصحية بأدنى تكرارية.
- على الرغم من توافر خدمات رعاية الحمل في (87%) من المنشآت الصحية، إلا أن (26%) منها تقدم خدمات الولادة الطبيعية، كما أن (6%) منها تقدم خدمات الولادة القيصرية.
- على الرغم من ارتفاع مستوى الإشراف الخارجي على مقدمي خدمات رعاية الأمومة في (90%) من المنشآت الصحية، إلا أنه يوجد تدنى واضح في مدى التزامهم بالمعايير القياسية المقبولة في تقديم الخدمات الصحية.
- تدنى توافر الإمدادات والمستلزمات اللازمة للوقاية من العدوى، حيث تتوفر كافة بنود الوقاية من العدوى بنسبة (4%) من المنشآت الصحية، كما تتوافر العناصر اللازمة لجودة التعقيم والتطهير الفائق بنسبة (35%) من المنشآت الصحية، ونادراً ما يقوم مقدمو الخدمة الصحية بغسل الأيدي قبل

القيام بالتدخلات الطبية، حيث لوحظ أن (7%) منهم يقومون بغسل أيديهم قبل إجراء فحص الحوض.

- عدم توافر الأدوية الأساسية بالمنشآت الصحية، حيث تتوافر أدوية ما قبل التحويل في (13%) فقط من المنشآت الصحية التي تقدم خدمات رعاية الطفولة، كما أن نصف المنشآت التي تقدم خدمات رعاية الحمل لا يتوافر بها أقراص حمض الفوليك وأقراص الحديد، كما تتوافر الأدوية اللازمة لعلاج الأمراض المنقولة جنسياً بنسبة (2%) فقط من المنشآت الصحية.

- تدني الالتزام بالمعايير القياسية المقبولة لتقديم الخدمات الصحية، خاصةً فيما يتعلق بالتنظيف الصحي الوقائي، التاريخ الطبي الشامل للمستفيدين من الخدمة الصحية، مع ندرة استخدام السجلات والبطاقات الصحية الفردية للمنتفع التي تضمن استمرارية الخدمة الصحية بما يدعم نظم معلومات برنامج صحة الأسرة.

تأسيساً على ما تقدم، يمكن بلورة المشكلة الرئيسية لهذا البحث على أنها قصور في نظام خدمات الرعاية الصحية الأولية، وافتقار الوحدات الصحية لكيفية الاستفادة من إدارة الجودة الشاملة كمنهج علمي إستراتيجي متكامل يلتزم بتقديم قيمة لكل العملاء من خلال إيجاد بيئة يتم فيها تحسين وتطوير مستمر لمهارات العاملين ولنظم العمل وصيغ كل جانب من جوانب المنشأة ونشاطاتها بصيغة التفوق لتوفير ما يتوقعه المستخدم أو ما يفوق توقعاته.

2-1- أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى ما يلي:

- تحديد أبعاد جودة الخدمة الصحية محل اهتمام المستفيدين.
- قياس مستوى الجودة المدركة من قبل المنتفعين بالخدمات الصحية.
- قياس اثر الجودة المدركة للخدمات الصحية على رضا وولاء المنتفعين بها.
- قياس أثر الخصائص الخلفية على رضا وولاء المنتفعين بالخدمات الصحية.

1-3- أهمية الدراسة

ترجع أهمية موضوع البحث إلى:

- ندرة الدراسات التي اهتمت بقياس أثر الجودة الشاملة للخدمات الصحية على رضا وولاء المستفيدين منها، من خلال نموذج متكامل يأخذ في الاعتبار أبعاد الجودة المدركة وأثرها على ولاء العملاء.
- المساعدة في التخطيط الاستراتيجي التتموي من خلال تحديد رؤية ورسالة الوحدة الصحية، وأهدافها الإستراتيجية، والسياسات، والخطط الإستراتيجية، بالإضافة إلى تحليل وتقييم البيئة الخارجية والداخلية للوحدة الصحية، وتحديد البدائل الإستراتيجية، وتقييم واختيار البدائل الإستراتيجية، (Daft, 2008).
- أدت التحديات العالمية المعاصرة المتعلقة بكل من: عولمة الاقتصاد، انتشار تقنية المعلومات، شبكات المعلومات العنكبوتية Internet، شبكات التواصل الاجتماعي، منظمة المواصفات العالمية ISO، الاتفاقية العامة للتجارة والتعريف الجمركية GATT، إلى تحول الاهتمام المحلي والدولي من مجرد التركيز على توفير الخدمات الصحية إلى الارتقاء بجودة عناصر تلك الخدمات، مما نتج عنه زيادة الضغوط المجتمعية لتحسين نوعية الخدمات الصحية (أحمد سيد مصطفى، 2006).

1-4- تساؤلات الدراسة

يركز البحث على الإجابة على أربعة تساؤلات بحثية، بهدف تناول مختلف أبعاد المشكلة وأهدافها، وذلك كما يلي:

- ما هي أبعاد جودة الخدمة الصحية التي يهتم بها المستفيدون في مصر؟
- ما هو مستوى جودة الخدمة المدركة في الوحدات الصحية من قبل المستفيدين؟
- ما هو الأثر المباشر وغير المباشر لأبعاد الجودة المدركة للخدمات الصحية على كل من: رضا وولاء المنتفعين بالخدمات الصحية؟
- ما هو أثر الخصائص الخلفية على ولاء المنتفعين بالخدمات الصحية؟

1-5- منهجية الدراسة

لتحقيق أهداف البحث والإجابة على تساؤلاته تم الاعتماد على كل من:

- **الدراسة الوصفية:** للتعرف على المقاييس الإحصائية الوصفية التي تتمثل في كل من: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومعامل الاختلاف للتعرف على مستوى أبعاد الجودة المدركة ورضا وولاء المنتفعين بالخدمات الصحية.
- **الدراسة التحليلية:** وتعتمد على الأدوات الإحصائية التالية:

1. معامل الثبات والصدق الذاتي Cronbach's Alpha & Intrinsic Validity:

تم قياس ثبات الاتساق الداخلي باستخدام Cronbach's alpha لتحديد الجزء الحقيقي من التباين العام للاختبار باعتبار أن تباين درجات الاختبار يساوى التباين الحقيقي للدرجات مضافاً إليه تباين الخطأ بحد أدنى (0.70)، والصدق الذاتي لتحديد صدق الدرجات التجريبية للاختبار بالنسبة إلى الدرجات الحقيقية على أن يقاس بالجزء التربيعي لمعامل ثبات أداة القياس للتأكد من أن أداة القياس تقيس ما وضع لقياسه (فؤاد البهي السيد، 1979).

2. التحليل العاملي التوكيدي (Confirmatory Factor Analysis (CFA):

يهدف التحليل العاملي التوكيدي إلى التحقق من الصدق البنائي لمقياس البحث الذي تم بناءه من خلال الدراسات السابقة، والتوصل إلى المتغيرات الخارجية المشاهدة الأكثر ارتباطاً وقدرةً على تفسير كل متغير كامن Latent Variable على حدة، (ياسر فتحي، 2007)، (Hair, et al., 2006).

3. تحليل المسار Path Analysis:

لقياس معنوية العلاقات الخطية المباشرة وغير المباشرة بين مجموعة من المتغيرات الكامنة والمشاهدة لأبعاد الجودة الشاملة للخدمات الصحية، وبين رضا وولاء المنتفعين بالخدمات الصحية، تم استخدام نموذج تحليل المسار.

4. تحليل الانحدار اللوجستي ثنائي التصنيف Binary Logistic Regression:

لقياس أثر الخصائص الخلفية على رضا وولاء المنتفعين بالخدمات الصحية، تم استخدام تحليل الانحدار اللوجستي للمتغير التابع الذي يأخذ إحدى قيمتين هما: الواحد الصحيح ليشير إلى ولاء المنتفعين، الصفر ليشير إلى عدم ولاء المنتفعين للوحدة الصحية.

1-6- الدراسات السابقة:

يمكن استعراض الدراسات السابقة في ضوء أربعة محاور رئيسية كما يلي:

المحور الأول: دراسات خاصة بجودة أداء الخدمات الصحية:

اهتمت دراسات المحور الأول بتقييم أداء المنشآت الصحية من خلال مدخل النظم فيما يتعلق بجودة المدخلات المادية والبشرية والعمليات الطبية والعلاجية والنتائج النهائية للخدمة الطبية دون الاهتمام بقياس رضا العملاء ولأنهم تجاه المنشآت الصحية، ومن ثم إهمال المدخل الوظيفي الذي يهتم بقياس الجودة المدركة وأثرها على رضا وولاء العملاء، ومنها:

(G.S.Sureshchander, et al, 2001), (Sue Jackson, 2001), (Stefan Lagrosen, 2000), (Lauren Crigler, 2005), (Dat Van Duong, et al.,2004), (Huseyin Arasli et al.,2004), (Sayed Saad, et al, 2007), (Yasser Awad, 2007), (Krishna, et al.,2006).

المحور الثاني: دراسات خاصة بأبعاد جودة الخدمة المدركة وعلاقتها بالرضا:

اهتمت دراسات المحور الثاني بقياس أبعاد الجودة المدركة الخمسة لكل من: الجوانب المادية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والثقة، والتعاطف وأثرها على رضى العملاء، دون التطرق إلى الأثر على ولاء العملاء، كما أن مجال التطبيق لم يهتم بالخدمات الصحية بل أنصب غالبته على مجالات مختلفة كالبنوك والجامعات، والاتصالات والقليل منها اهتم بالتطبيق على المستشفيات، ومنها: (ثابت إدريس والمرسى، 1993)، (محمد فريد الصحن، 1994)، (حيدر عبيسات، 2005)، (Al-Tamimi & Al-Amiri, 2003)، (Tailakh, 2012)، (Mohammad & AL-Hamadani,2011).

المحور الثالث: دراسات خاصة بأبعاد جودة الخدمة المدركة وعلاقتها بالولاء:

اهتمت دراسات المحور الرابع بقياس أبعاد الجودة المدركة الخمسة لكل من: الجوانب المادية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والثقة، والتعاطف وأثرها على ولاء العملاء، دون الأخذ في الاعتبار رضا العملاء كمتغير وسيط، كما أن مجال التطبيق لم يهتم بالخدمات الصحية بل أنصب غالبته على مجالات مختلفة كالخدمات التجارية، والاتصالات، والفنادق، والقليل منها اهتم بالتطبيق على المستشفيات، ومنها: (Wong & Sohal, 2003)، (أميرة فؤاد، 2004)، (Akbar & Parvez, 2009).

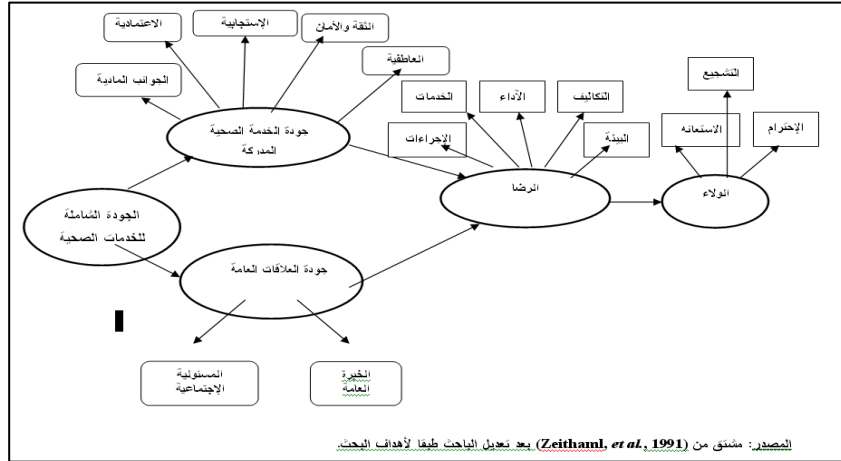
المحور الرابع: دراسات خاصة بأبعاد جودة الخدمة المدركة وعلاقتها بكل من رضا وولاء العملاء: اهتمت دراسات المحور الثالث بقياس أبعاد الجودة المدركة الخمسة لكل من: الجوانب المادية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والثقة، والتعاطف وأثرها على ولاء العملاء، مع الأخذ في الاعتبار رضا العملاء كمتغير وسيط، غير أن مجال التطبيق لم يهتم بالخدمات الصحية بل أنصب غالبية على مجالات مختلفة كالخدمات البنكية، والاتصالات، ولم تهتم بالتطبيق على قطاع الخدمات الصحية، ومنها: (Tibei & Chiao, 2001)، (Aydin & Ozer, 2005)، (Leverin & Liljander, 2006).

7-1- الإطار العلاقي للدراسة

يوجد مدخلين أساسيين لتناول أبعاد جودة الخدمة الصحية، هما المدخل الفني والمدخل الوظيفي فالمدخل الفني يتبنى مدخل النظم، بينما اهتم المدخل الوظيفي بقياس الجودة قد اهتم بالتركيز على مقياس الأداء الفعلي، باعتبار أن رضا وولاء العملاء دالة في الجودة المدركة لأبعاد مقياس الأداء "SERVPERF"، كما هو موضح بالإطار العلاقي على النحو التالي:

شكل (1)

نموذج المدخل الوظيفي لقياس الجودة الشاملة للخدمات الصحية



8-1- المصطلحات المستخدمة في الدراسة

• وحدة صحة الأسرة:

هي تلك الوحدة الصحية التي تقدم الرعاية الصحية الأساسية القائمة على وسائل علمية وعملية ومقبولة اجتماعياً والتي يقدمها الجهاز الصحي لكافة أفراد المجتمع وعائلاتهم

وبمشاركتهم الكاملة على أن تتناسب المجتمعات والحكومات التي تطبقها من حيث التكلفة بحيث تحافظ على تطورها في كل مرحلة من مراحلها مع مراعاة الاعتماد على الذات وتحديد المشاكل الصحية الخاصة، (منظمة الصحة العالمية، 2009).

• الجودة الشاملة:

أسلوب إداري إستراتيجي متكامل يلتزم بتقديم قيمة لكل العملاء من خلال إيجاد بيئة يتم فيها تحسين وتطوير مستمر لمهارات العاملين ولنظم العمل وصيغ كل جانب من جوانب المنشأة ونشاطاتها بصيغة التفوق لتوفير ما يتوقعة العميل أو ما يفوق توقعاته (خالد سعد عبد العزيز، 1997).

• منظومة الرعاية الصحية الأولية:

تضمن منظومة الرعاية الصحية الأولية بوحدة صحة الأسرة الوفاء بكل من علاج الأمراض والمشاكل الشائعة بين جميع أفراد العائلة رجالاً ونساءً وأطفالاً، الاكتشاف المبكر للعديد من الأمراض، متابعة وعلاج الأمراض المكتشفة بعد تشخيصها ومنها الأمراض المزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم وارتفاع سكر الدم، والأمراض المعدية مثل النزلات المعوية والتهابات الرئة، والأمراض النفسية والعصبية، العناية بالأم، قبل وأثناء الحمل، وأثناء وبعد الولادة، العناية بالطفل كمتابعة نموه وتطوره من خلال الزيارات المنتظمة وتسجيل الملاحظات في بطاقة متابعة الطفل السليم، مع تقديم التطعيمات الأساسية له، إحالة الحالات التي تحتاج إلى عناية خاصة إلى التخصص المناسب، التوعية والتثقيف الصحي بأسلوب الغذاء الصحي المتوازن.

II- نتائج الدراسة

يمكن تناول نتائج الدراسة حسب التساؤلات البحثية على النحو التالي:

1-2- التساؤل البحثي الأول: ينص التساؤل البحثي الأول على ما يلي:

"ما هي أبعاد جودة الخدمة الصحية التي يهتم بها المستفيدين في مصر؟".

بناءً على الدراسات السابقة والإطار العلاقي للبحث المبني على المدخل الوظيفي لقياس الجودة الشاملة للخدمات الصحية حسب مقياس الأداء الفعلي "SERVPERF" المعدل، فإن أبعاد جودة الخدمة الصحية هي على النحو التالي:

جدول (1) أبعاد الجودة الشاملة للخدمات الصحية

أداة القياس	المعايير القياسية	أبعاد الجودة الشاملة
مقياس ليكرت الخماسي	<ul style="list-style-type: none"> - المعدات والأجهزة الطبية حديثة ومسايرة للعصر. - الإمكانيات والتسهيلات المتاحة مناسبة وجذابة. - يتميز العاملون بحسن المظهر و أناقة الملابس. - يتلاءم مكان ومظهر المنشأة مع طبيعة الخدمة المقدمة. - توافر الأدوية والإمدادات. 	1- الجوانب المادية Tangibles
مقياس ليكرت الخماسي	<ul style="list-style-type: none"> - أداء الخدمات الصحية كما ينبغي. - الاهتمام الجدي لحل مشاكل المستفيدين. - أداء المنشأة للخدمات الصحية بطريقة صحيحة من أول مرة. - أداء المنشأة للخدمات الصحية في الوقت المحدد. - احتفاظ المنشأة بسجلات وملفات دقيقة عن الخدمات المقدمة للمستفيدين 	2- الاعتمادية Reliability
مقياس ليكرت الخماسي	<ul style="list-style-type: none"> - حصول المستفيدين على خدمة صحية فورية. - إعلام المستفيدين بمواعيد أداء الخدمات الصحية والانتهاؤها منها. - الاستعداد الدائم لدى العاملين للمساعدة والتعاون مع المستفيدين. - تفرغ العاملين لتلبية حاجات ورغبات المستفيدين. - مدة الانتظار مناسبة. 	3- الأسس Responsiveness
مقياس ليكرت الخماسي	<ul style="list-style-type: none"> - التعامل بالمنشأة أهل لثقة المستفيدين. - أشعر بالأمان عند التعامل مع العاملين في المنشأة. - يتحلى العاملون بالوحدة الصحية بالسلوك المهذب على الدوام. - العاملون لديهم المعرفة والمعلومات الأساسية والمهارة المتخصصة. - الكافية للإجابة على تساؤلات المستفيدين. 	4- الثقة والأمان Assurance
مقياس ليكرت الخماسي	<ul style="list-style-type: none"> - أحصل على الاهتمام الشخصي من قبل العاملين بالمنشأة الصحية. - تقدير ظروف المستفيدين والتعاطف معهم. - تضع إدارة الوحدة مصالح المستفيدين في مقدمة اهتماماتها. - تفهم العاملين لاحتياجات وتوقعات المستفيدين. - ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة الصحية المقدمة. 	5- الجوانب العاطفية Empathy
مقياس ليكرت الخماسي	<ul style="list-style-type: none"> - العدالة في تقديم الخدمات الصحية. - تقديم خدمات صحية ذات جودة مرتفعة بتكلفة مناسبة. - تقديم خدمات صحية مجانية أو بالحد الأدنى من التكلفة لغير القادرين. - تقدم الوحدة الصحية الرعاية الطبية دون اشتراط الدفع مقدما. - مراعاة خصوصية وسرية بيانات الخدمات الصحية لكل مستفيد. 	6- المسؤولية الاجتماعية Social responsibility
مقياس ليكرت الخماسي	<ul style="list-style-type: none"> - تعمل الوحدة الصحية على تحقيق توقعات المستفيدين. - الخدمات الصحية بالوحدة ذات جودة بالمقارنة بالوحدات الأخرى. - تكلفة الخدمات الصحية بالوحدة مناسبة مقارنة بالوحدات الأخرى. - سهولة الإجراءات الإدارية. 	7- الخبرة العامة عن الخدمات الصحية Overall Experience
مقياس ليكرت الخماسي	<ul style="list-style-type: none"> - الرضا عن إجراءات الدخول والعلاج والخروج. - الرضا عن الخدمات الطبية والعلاجية. - الرضا عن أداء الهيئة الإدارية والفنية المعاونة. - الرضا عن تكاليف الخدمة الصحية. - الرضا عن بيئة المنشأة الصحية. 	8- رضى المستفيدين Satisfaction
مقياس ليكرت الخماسي	<ul style="list-style-type: none"> - أود الاستعانة بخدمات المنشأة الصحية في الحاضر والمستقبل - أشجع أصدقائي ومعارفي على الاستعانة بخدمات الوحدة الصحية في المستقبل - يتوفر الاحترام والتقدير للمنشأة الصحية من أسرتي وأصدقائي. 	9- الولاء العام للمنشأة الصحية وخدماتها Loyalty

المصدر: مشتق من (Zeithaml, et al., 1991) بعد تعديل الباحث حسب أهداف البحث.

2-2- التساؤل البحثي الثاني: ينص التساؤل البحثي الثاني على ما يلي:
 "ما هو مستوى جودة الخدمة المدركة في الوحدات الصحية من قبل المستفيدين؟".

لقياس مستوى جودة الخدمة المدركة في الوحدات الصحية لكل من: الجوانب المادية، الإعتيادية، الإستجابية، الثقة والأمان، الجوانب العاطفية، المسئولية الإجتماعية، الخبرة العامة عن الخدمات الصحية، رضا وولاء العملاء، تم استخدام المقاييس الإحصائية الوصفية، واختبار T test بأن معلمة الجودة المدركة بالمجتمع تساوى (3.8) على مقياس ليكرت الخماسي، وذلك في الجدول رقم (2).

جدول (2)

قياس مستوى جودة الخدمة المدركة في الوحدات الصحية من قبل المستفيدين

: $\mu = 3.8$ T test		الجودة المدركة			المعايير
Sig.	T value	CV	SD	\bar{X}	
0.011*	2.30	22.43	0.875	3.902	الجوانب المادية
0.996	2.65	25.64	0.941	3.672	الإعتيادية
0.950	1.65	24.57	0.914	3.723	الإستجابية
0.138	1.09	20.68	0.795	3.844	الثقة والأمان
0.749	0.67	21.58	0.814	3.772	الجوانب العاطفية
0.001***	3.56	19.06	0.750	3.936	المسئولية الإجتماعية
0.572	0.18	22.22	0.842	3.792	الخبرة العامة عن الخدمات الصحية
0.917	1.39	24.92	0.930	3.734	الرضا
0.989	2.31	24.66	0.910	3.692	الولاء

* دالة عند مستوى معنوية اقل من (0.05). ** دالة عند مستوى معنوية اقل من (0.001).

يتضح من الجدول رقم (2) مايلي:

أن اتجاهات المستفيدين نحو الخدمات الصحية قد أوضحت اتجاهاً عاماً نحو الموافقة على توافر أبعاد الجودة الشاملة بوحدة صحة الأسرة والوحدات الصحية الحضرية والريفية المتواجدة بمحافظة الجيزة، وقد كانت المعايير الأكثر توافراً على الترتيب: المسئولية الاجتماعية، الثقة والأمان، الجوانب العاطفية، الخبرة في الخدمات الصحية، الجوانب المادية، الإستجابية، الولاء، الرضا، الإعتيادية، وبمعاملات اختلاف مقدارها (19.06%)، (20.68%)، (21.58%)، (22.22%)، (22.43%)، (24.57%)، (24.66%)، (24.92%)، (25.64%) على التوالي.

كما يتضح أنه لا توجد فروق معنوية بين المتوسط الحسابي لاتجاهات عينة الدراسة ومعلمة المجتمع ($\mu=3.8$) نحو توافر أبعاد الجودة المدركة لكل من: الاعتمادية، الاستجابية، الثقة والأمان، الجوانب العاطفية، الخبرة العامة عن الخدمات الصحية، الرضى، الولاء عند مستوى معنوية أكبر من (0.05)، ومن ثم فإن متوسط الوزن النسبي لجودة الخدمات الصحية بعينة الدراسة تساوى (76%). بينما تتوافر أبعاد كل من: الجوانب المادية، المسؤولية الاجتماعية بوزن نسبة أكبر من الوزن النسبي لمعلمة المجتمع حيث بلغ (78%)، مما يدل على الجودة الشاملة للخدمات الصحية تصنف فى المستوى المتوسط.

3-2- التساؤل البحثي الثالث: ينص التساؤل البحثي الثالث على ما يلي:

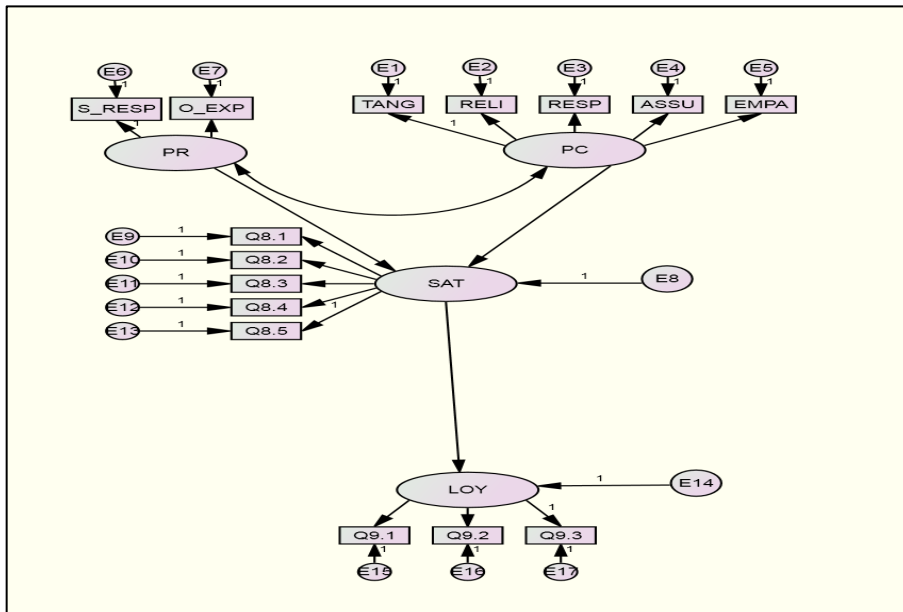
"ما هو الأثر المباشر وغير المباشر لأبعاد الجودة المدركة للخدمات الصحية على كل من: رضا وولاء المنتفعين بالخدمات الصحية؟".

يمكن توضيح النموذج الكلي الذى يتكون من نموذج القياس والنموذج الهيكلي، كما في

الشكل (2) المبين أدناه:

شكل (2)

النموذج الكلى المقترح لتفسير العلاقات بين أبعاد الجودة الشاملة وولاء المستفيدين



أولاً نموذج القياس Measurement Model:

جدول (3)
تقديرات معاملات نموذج التحليل العاُملي التوكيدي النهائي

مستوى المعنوية	قيمة اختبارات ²	الخطأ المعياري	المسار المعياري	المسار	بيان المسارات		
					F1	<--	Q1.1
			.808	^a 1.000	F1	<--	Q1.1
***0.001	16.302	.060	.756	.986	F1	<--	Q1.2
***0.001	18.188	.060	.821	1.097	F1	<--	Q1.3
***0.001	13.667	.069	.658	.943	F1	<--	Q1.5
			.718	^a 1.000	F2	<--	Q2.1
***0.001	11.487	.087	.595	1.002	F2	<--	Q2.2
***0.001	14.093	.078	.727	1.101	F2	<--	Q2.4
			.778	^a 1.000	F3	<--	Q3.1
***0.001	12.286	.056	.609	.686	F3	<--	Q3.2
***0.001	15.062	.064	.726	.964	F3	<--	Q3.3
***0.001	15.585	.061	.746	.955	F3	<--	Q3.4
***0.001	12.288	.062	.609	.765	F3	<--	Q3.5
			.550	^a 1.000	F4	<--	Q4.1
***0.001	8.780	.115	.545	1.006	F4	<--	Q4.2
***0.001	10.356	.121	.698	1.257	F4	<--	Q4.3
***0.001	10.260	.133	.687	1.362	F4	<--	Q4.4
***0.001	11.094	.145	.786	1.609	F4	<--	Q4.5
			.733	^a 1.000	F5	<--	Q5.1
***0.001	14.116	.060	.697	.851	F5	<--	Q5.2
***0.001	11.524	.077	.575	.884	F5	<--	Q5.3
***0.001	13.442	.058	.666	.786	F5	<--	Q5.5
			.629	^a 1.000	F6	<--	Q6.1
***0.001	11.200	.095	.684	1.059	F6	<--	Q6.2
***0.001	12.227	.093	.769	1.138	F6	<--	Q6.3
***0.001	12.250	.096	.772	1.174	F6	<--	Q6.4
***0.001	11.538	.093	.711	1.072	F6	<--	Q6.5
			.697	^a 1.000	F7	<--	Q7.1
***0.001	11.789	.091	.639	1.073	F7	<--	Q7.2
***0.001	12.292	.090	.668	1.105	F7	<--	Q7.3
***0.001	13.852	.090	.757	1.243	F7	<--	Q7.4
***0.001	13.656	.101	.746	1.377	F7	<--	Q7.5
			.616	^a 1.000	F8	<--	Q8.1
***0.001	12.072	.089	.754	1.077	F8	<--	Q8.2
***0.001	13.149	.104	.854	1.361	F8	<--	Q8.3
***0.001	12.958	.107	.835	1.389	F8	<--	Q8.4
***0.001	12.777	.097	.818	1.241	F8	<--	Q8.5
			.682	^a 1.000	F9	<--	Q9.1
***0.001	12.470	.107	.691	1.329	F9	<--	Q9.2
***0.001	12.662	.088	.702	1.118	F9	<--	Q9.3

a: قيمة مبدئية لإمكانية حل معادلات النموذج. *** دالة عند مستوى معنوية أقل من (0.001).

يتضح من الجدول رقم (3) مايلي:

- أن جميع معاملات الانحدار المعيارية المقدره بنموذج القياس لعينة الدراسة، والتي تعبر عن معاملات تشبع Factor Loading المتغيرات المشاهدة الداخلية على العوامل الكامنة لتأثير أبعاد الجودة الشاملة على ولاء المستفيدين أكبر من أوتساوى القيمة (0.50) مما يدل على صدق الاتساق الداخلي لمقياس البحث.
- أن جميع معاملات تحميل المتغيرات المشاهدة على العوامل الكامنة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من (0.001) مما يدل على أهمية المتغيرات المشاهدة في قياس تأثير أبعاد الجودة الشاملة على ولاء المستفيدين.
- بلغت قيمة مؤشرات كل من: كاس² المعياري χ^2 ، جودة التوفيق GFI، جودة التوفيق المصحح AGFI، جودة التوفيق المعياري NFI، جودة التوفيق النسبي RFI، جودة التوفيق المتزايد IFI، جودة التوفيق توكر لويس TL، جودة التوفيق المقارن CFI، (6.217)، (0.651)، (0.591)، (0.658)، (0.620)، (0.696)، (0.660)، (0.694)، مما يدل على أن جميع المؤشرات بالحدود المقبولة، ومن ثم إمكانية مطابقة النموذج الفعلي للنموذج المقدر.
- بلغت قيم الجذر التربيعي لمتوسط مربعات البواقي RMR، الجذر التربيعي لمتوسط مربع خطأ التقدير RMSEA (0.094)، (0.117) على الترتيب، مما يدل على جودة توفيق النموذج الكلى.
- بلغت متوسط نسبة التباين المُفسر (Average Variance Extracted) لإجمالي عوامل أثر الجودة الشاملة للخدمات الصحية على ولاء المستفيدين محل التحليل العاملي التوكيدي (0.50354)، مما يدل على صدق الاتساق الداخلي Convergent Validity لإجمالي العوامل الكامنة ومتغيراتها التفسيرية.
- بلغت متوسط نسبة التباين المُفسر (AVE) لعوامل كل من: الجوانب المادية (F₁)، الإعتماضية (F₂)، الأستجابية (F₃)، الثقة والامان (F₄)، الجوانب العاطفية (F₅)، المسئولية الأجتماعية (F₆)، الخبرة العامة عن الخدمات الصحية (F₇)، رضا العملاء (F₈)، وولاء العملاء (F₉): (0.583)، (0.46567)، (0.4864)، (0.43520)، (0.44925)، (0.51120)، (0.49380)، (0.60880)، (0.47833) على التوالي، مما يدل صدق الاتساق الداخلي لمقياس الدراسة الميدانية.
- أن معامل الثبات Cronbach's alpha لقياس الإتساق الداخلي قد بلغ (0.966)، مما يدل على الثبات المرتفع لأداة القياس، الأمر الذى انعكس أثرة على الصدق الذاتى Intrinsic Validity لمحتوى استجابات عينة الدراسة حيث بلغ (0.989).

ثانياً: تقييم معاملات النموذج الهيكلي المقترح لتفسير العلاقات:

بعد أن تم التحقق إحصائياً من جودة توفيق نموذج التحليل العاظمى التوكيدي CFA، يتم تقييم معاملات النموذج الهيكلي لقياس اثر أبعاد الجودة المدركة على رضى وولاء المستفيدين على النحو التالي:

جدول رقم (4)

النموذج الهيكلي لقياس أثر أبعاد الجودة المدركة على رضا وولاء المستفيدين

بيان المسارات	المسار	المسار المعيارى	الخطأ المعيارى	قيمة اختبار "ت"
جودة الخدمة المدركة ← الرضا العام	0.674	0.767	0.138	4.884**
جودة العلاقات العامة ← الرضا العام	1.375	0.941	0.218	***6.297
الرضا العام ← الولاء	0.876	0.963	0.073	***12.069
جودة الخدمة المدركة ← الجوانب المادية	^a 1.000	0.845		
جودة الخدمة المدركة ← الإعتمادية	1.061	0.833	.052	***20.397
جودة الخدمة المدركة ← الاستجابية	1.047	0.846	.050	***20.941
جودة الخدمة المدركة ← الثقة والأمان	0.916	0.852	.043	***21.180
جودة الخدمة المدركة ← الجوانب العاطفية	0.958	0.870	.044	***21.959
جودة العلاقات العامة ← المسؤولية الإجتماعية	^a 1.000	0.761		
جودة العلاقات العامة ← الخبرة العامة	1.320	0.894	.072	***18.392
الرضا العام ← الرضا عن إجراءات الدخول والعلاج والخروج.	^a 1.000	0.660		
الرضا العام ← الرضا عن الخدمات الطبية والعلاجية.	1.017	0.763	.077	***13.188
الرضا العام ← الرضا عن أداء الهيئة الإدارية والفنية.	1.202	0.763	.087	***13.830
الرضا العام ← الرضا عن تكاليف الخدمة الصحية.	1.228	0.791	.090	***13.594
الرضا العام ← الرضا عن بيئة المنشأة الصحية.	1.150	0.812	.083	***13.892
الولاء ← أود الاستعانة بخدمات المنشأة الصحية فى الحاضر والمستقبل.	^a 1.000	0.692		
الولاء ← أشجع أصدقائى ومعارفى على الاستعانة بخدمات الوحدة الصحية فى المستقبل.	1.228	0.667	.100	***12.264
الولاء ← يتوفر الاحترام والتقدير للمنشأة الصحية من أسرتى وأصدقائى.	1.053	0.714	.083	***12.711

a: قيمة مبدئية لإمكانية حل معادلات النموذج. ** دالة عند مستوى معنوية أقل من (0.01). *** دالة عند مستوى معنوية أقل من (0.001).

يتضح من الجدول رقم (4) مايلي:

- يوجد تأثير معياري إيجابي مباشر دال إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من (0.01) للمتغير الكامن المتعلق بالجودة المدركة للخدمات الصحية (PC) على رضا المنتفعين (SAT) بقيمة (0.767).
- يوجد تأثير معياري إيجابي مباشر دال إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من (0.001) للمتغير الكامن المتعلق بجودة العلاقات العامة (PR) على رضا المنتفعين (SAT) بقيمة (0.941).
- يوجد تأثير إيجابي مباشر دال إحصائياً عند مستوى معنوية أقل من (0.001) للمتغير الكامن المتعلق بالرضى عن الخدمات الصحية على ولاء المنتفعين بقيمة (0.963).
- يوجد تأثير معياري إيجابي غير مباشر لعاملي جودة الخدمة المدركة وجودة العلاقات العامة بالمجتمع الصحى على المتغير الكامن ولاء المنتفعين بقيمة (0.234)، (0.382) على الترتيب.
- أن جميع معاملات تشبع المتغيرات المشاهدة الداخلية على العوامل الكامنة لكل من: جودة الخدمة المدركة، جودة العلاقات العامة بالمجتمع الصحى، رضا وولاء العملاء، ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل من (0.001)، مما يدل على صدق الأتساق الداخلى لمقياس البحث.
- بلغت قيمة الارتباط بين المتغيرات الكامنة لعاملي جودة الخدمة المدركة وجودة العلاقات العامة بالمجتمع الصحى لعينة المنتفعين بالخدمات الصحية (0.884)، وهي دالة عند مستوى معنوية أقل من (0.001).
- بلغت قيمة مؤشرات كل من: χ^2 المعياري، جودة التوفيق GFI، جودة التوفيق المصحح AGFI، جودة التوفيق المعياري NFI، جودة التوفيق النسبي RFI، جودة التوفيق المتزايد IFI، جودة التوفيق توكر لويس TL، جودة التوفيق المقارن CFI، (8.624)، (0.785)، (0.700)، (0.843)، (0.808)، (0.859)، (0.827)، (0.858)، مما يدل على أن غالبية المؤشرات بالحدود المقبولة، ومن ثم إمكانية مطابقة النموذج الفعلي للنموذج الهيكلى المقدر.
- بلغت قيم الجذر التربيعى لمتوسط مربعات البواقي RMR، الجذر التربيعى لمتوسط مربع خطأ التقدير RMSEA (0.074)، (0.141) على الترتيب، مما يدل على إمكانية جودة توفيق النموذج الهيكلى.

4-2- التساؤل البحثي الرابع: ينص التساؤل البحثي الرابع على ما يلي:
"ما هو أثر الخصائص الخلفية على ولاء المنتفعين بالخدمات الصحية؟".

لقياس أثر الخصائص الخلفية على ولاء المنتفعين بالخدمات الصحية، تم تحليل الانحدار اللوجيستي Binary Logistic Regression، نظراً لأن المتغير التابع يأخذ قيمةً وصفية ثنائية التصنيف لتعبر عن ولاء المنتفعين (1)، وعدم ولاء المنتفعين (0)، كما يلي:

جدول رقم (5)

التعريف بالخصائص الخلفية ذات الأثر على ولاء المنتفعين بالخدمات الصحية

المتغيرات	الرمز	مستوى القياس	التعريف والفئة المرجعية
النوع	x_1	متغير وصفى يأخذ قيمةً ثنائية التصنيف، ويمثل بمتغير وهمى واحد.	1= أنثى، 0= ذكر (الفئة المرجعية).
محل الإقامة	x_2	متغير وصفى يأخذ قيمةً ثنائية التصنيف، ويمثل بمتغير وهمى واحد.	1= ريف، 0= حضر (الفئة المرجعية).
عمر المنتفعين	x_3	متغير وصفى يأخذ قيمةً ثنائية التصنيف، ويمثل بمتغير وهمى واحد.	1= الفئة العمرية (+30)، 0= الفئة العمرية (15-29) (الفئة المرجعية).
الحالة التعليمية	x_4	متغير وصفى يأخذ قيمةً ثنائية التصنيف، ويمثل بمتغير وهمى واحد.	1= لم يسبق للمنتفعين الإلتحاق بالتعليم، 0= سبق للمنتفعين الإلتحاق بالتعليم (الفئة المرجعية).
الحالة العملية	x_5	متغير وصفى يأخذ قيمةً ثنائية التصنيف، ويمثل بمتغير وهمى واحد.	1= لا يعمل المنتفعين، 0= يعمل المنتفعين (الفئة المرجعية).
الدخل الشهري للأسرة	x_6	متغير وصفى يأخذ قيمةً ثنائية التصنيف، ويمثل بمتغير وهمى واحد.	1= أقل من وسيط الدخل الشهري (1000 جنيه)، 0= أكبر من وسيط الدخل الشهري (1000 جنيه) (الفئة المرجعية).

جدول رقم (6)

نتائج دراسة أثر الخصائص الخلفية على ولاء
المنتفعين بالخدمات الصحية باستخدام نموذج الانحدار اللوجستي

Prob.	Odds Ratio	اختبار wald		المعاملات المقدره	المتغيرات المستقلة
		مستوى المعنوية	القيمة		
0.2903	0.409	0.001***	65.164	0.893-	الجزء الثابت
0.8218	4.612	0.003**	8.562	1.529	النوع
0.8522	5.768	0.001***	18.402	1.752	محل الإقامة
0.8092	4.240	0.001***	15.786	1.445	عمر المنتفعين
0.6898	2.224	0.001***	10.786	0.799	الحالة التعليمية
0.6501	1.858	0.002**	9.407	0.620	الحالة العملية
0.7539	3.064	0.001***	12.207	1.120	الدخل الشهري للأسرة
CHI ² =2.715 (SIG>0.05) R ² Nagelkerke=33.1 correct classification ratio = 71.3					

يتضح من الجدول رقم (6) ما يلي:

جودة توفيق النموذج:

• حيث ان قيمة إختبار كا² (9.4) وهى الفرق بين قيمة (-2LL) من النموذج اللوجستى الأساسى Base Model إلى النموذج النهائي ذو تأثير معنوى عند مستوى معنوية أقل من (0.05)، مما يدل على أن مجموعة المتغيرات المستقلة في النموذج المقترح ذات تأثير معنوى فى تحسين جودة توفيق النموذج (Hair.et.al.2006,P361-372).

• باستخدام اختبار Hosmer and Lemeshow لجودة توفيق النموذج نجد أن قيمة إختبار كا² (2.715) عند مستوى معنوية أكبر من (0.05)، مما يدل على قبول فرض عدم القائل بأن نموذج الانحدار اللوجستى كاف لجودة توفيق المتغير التابع، ومن ثم عدم وجود فروق معنوية بين قيم المتغير التابع الفعلية والمتوقعة.

نسبة التصنيف الصحيحة:

نجد أن نموذج الانحدار اللوجستى التدريجى يصنف مفردات المتغير التابع- ولاء المنتفعين بالخدمات الصحية من عدمه- بنسبة (71.3%) من إجمالى مفردات المتغير التابع، مما يدل على جودة توفيق نموذج الانحدار اللوجستى.

معامل التحديد حسب مقياس Nagelkerke:

نجد أن المتغيرات المستقلة تفسر (33.1%) من التغير الكلي في المتغير التابع، وباقي النسبة يرجع إلى الخطأ العشوائي في المعادلة أو ربما لعدم إدراج متغيرات مستقلة أخرى كان من المفروض إدراجها ضمن النموذج أو لاختلاف طبيعة نموذج الانحدار عن النموذج اللوجستي.

اختبار Wald:

بناءً على إختبار Wald Test نجد أن الخصائص الخلفية ذات الأثر على ولاء المنتفعين بالخدمات الصحية هي كل من: النوع، محل الإقامة، عمر المنتفعين، الحالة التعليمية، الحالة العملية، الدخل الشهري للأسرة، وذلك عند مستوى معنوية أقل من (0.01)، (0.001) على الترتيب.

نسبة الأرجحية Odds Ratios:

- يوجد تأثير معنوي موجب بين متغيرات كل من: النوع، محل الإقامة، عمر المنتفعين، الحالة التعليمية، الحالة العملية، الدخل الشهري للأسرة، وبين (Log Odds Ratio) بقيمة (4.612)، (5.768)، (4.240)، (2.224)، (1.858)، (3.064) على الترتيب. بدراسة نسبة الأرجحية نجد أن:
- أن ولاء المنتفعين بالخدمات الصحية من الإناث يعادل خمسة مرات تقريباً مقارنة بولاء ولاء المنتفعين بالخدمات الصحية من الذكور.
- أن ولاء المنتفعين بالخدمات الصحية من القاطنين بالريف يعادل ستة مرات تقريباً مقارنة بولاء ولاء المنتفعين بالخدمات الصحية من القاطنين بالحضر.
- أن ولاء المنتفعين بالخدمات الصحية من ذوى الأعمار (30 فأكثر) يعادل أربعة مرات تقريباً مقارنة بولاء ولاء المنتفعين من ذوى الأعمار (أقل من 30 سنة).
- أن ولاء المنتفعين بالخدمات الصحية من اللذين لم يسبق لهم الالتحاق بالتعليم يعادل ضعف ولاء المنتفعين من اللذين سبق لهم الإلتحاق بالتعليم.
- أن ولاء المنتفعين بالخدمات الصحية من غير العاملين يعادل ضعف ولاء المنتفعين العاملين.
- أن ولاء المنتفعين بالخدمات الصحية ذوى الدخل الشهري أقل من ألف جنيه يعادل ثلاثة أضعاف ولاء المنتفعين ذوى الدخل الشهري أكبر من ألف جنيه.

معادلة النموذج:

يمكن صياغة معادلة نموذج الانحدار اللوجستي بناءً على تحويلة اللوجت Logit Transformation على النحو التالي:

$$\text{logit}(p_i) = \ln \left(\frac{p_i}{1 - p_i} \right) = \beta_0 + \beta_1 x_{1,i} + \dots + \beta_k x_{k,i}.$$

$$= -0.893 + 1.529x_1 + 1.752x_2 + 1.445x_3 + 0.799x_4 + 0.620x_5 + 1.120x_6 \ln \left(\frac{p}{1 - p} \right)$$

III- الخلاصة والتوصيات

في ضوء منهجيه الدراسة يمكن استخلاص النتائج والتوصيات الآتية:

1-3- الخلاصة:

- تم قياس الجودة الشاملة للخدمات الصحية بناءً على المدخل الوظيفي حسب مقياس الأداء الفعلي "SERVPERF" المعدل بإعتبار أن رضا وولاء العملاء دالة في الجودة المدركة لأبعاد كل من: الجوانب المادية، الإعتماضية، الإستجابية، الثقة والأمان، الجوانب العاطفية، المسئولية الاجتماعية، الخبرة العامة عن الخدمات الصحية.
- يوجد تأثير معنوى موجب لعاملي الجودة المدركة للخدمات الصحية وجودة العلاقات العامة على ولاء المنتفعين للوحدة الصحية.
- يوجد تأثير معنوى موجب للمتغير الكامن رضا المنتفعين على المتغير الكامن ولاء المستفيدين من الخدمة الصحية.
- يوجد تأثير معنوى لمتغيرات الخصائص الخلفية فيما يتعلق بكل من: النوع، محل الإقامة، عمر المنتفعين، الحالة التعليمية، الحالة العملية، الدخل الشهري، على ولاء العملاء.
- أفضلية ولاء كل من: الإناث، القاطنين بالريف، المنتفعين ذوى الأعمار (+30)، من لم يسبق لهم الإلتحاق بالتعليم، غير العاملين من المستفيدين، ذوى الدخل الشهري أقل من الف جنيه عن مستويات التصنيف الأخرى.

2-3- التوصيات

- إعداد برامج تدريبية متخصصة لمقدمي الخدمة الصحية عن طب الأسرة فيما يتعلق بالتخطيط الإستراتيجي التنموي لتطوير وحدات الرعاية الصحية الأولية.
- تشكيل لجنة فنية من جميع التخصصات الطبية والتمريضية والفنية والإدارية لتقييم رضاء المنتفعين ومقدمي الخدمة بصفة دورية كل ثلاثة أشهر.
- إنشاء برنامج تطعيمي مجاني لكل العاملين داخل المعمل مع المتابعة الاجبارية لحماية كل هؤلاء العاملين داخل المعمل من بعض الامراض المعدية.
- توفير نظام للإحالة بالتنسيق مع المراكز الصحية والمستشفيات المركزية والمتخصصة، مع مراجعة التقارير المرتردة وتسجيلها بالوحدة الصحية.
- بناء نظم معلومات صحية متكاملة عن القطاع السكانى محل اهتمام الوحدة الصحية بما يضمن تغطية جميع أفراد الأسرة من كبار السن والأطفال والنساء، مع استكمال البيانات الأساسية وتحديثها دورياً.
- إعداد تقرير شامل عن الخطة الصحية السنوية للوحدة الصحية، يوضح فيه كل من مناطق القوة والضعف والفرص والتهديدات والمخاطر التى تتعرض لها.
- إعلان التوأمة بين المراكز والوحدات الصحية داخل النطاق الجغرافى بما يضمن تحقيق العدالة والكفاية في توزيع الموارد حسب الإحتياج، وتبادل الخبرات، مع العمل بروح الفريق الواحد.
- عقد إجتماعات اللجان الصحية بجميع وحدات ومراكز صحة الأسرة بصفة دورية مع إجراء رصد متكامل لإنتشار الأمراض الوبائية وتحديد الفئات المجتمعية الأكثر عرضة للإصابة.
- إدخال برنامج الشراكة المجتمعية فى مختلف اللجان الصحية لضمان مساهمة القطاع الحكومى والخاص والعائلى فى بناء وتطوير الوحدات الصحة القائمة.
- إدخال برنامج الإستشارى الزائر بمراكز الرعاية الصحية الأولية للوقوف على إجراءات متابعة الأمراض المزمنة وتدريب الأطباء.
- إدخال خدمة الهاتف فى توصيل الخدمات الصحية للمساعدة فى سهولة الوصول إلى المستهدفين من خدمات التطعيمات ومتابعة رعاية الأمومة واستكمال حصر السكان واستيفاء ودقة البيانات.

قائمة المراجع

المراجع العربية

- أحمد سيد مصطفى (2006)، "إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000: منهج عملي للتنافس بالجودة"، المكتبة الأكاديمية، القاهرة.
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، "الكتاب الإحصائي السنوي"، القاهرة، (2010).
- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، "نشرة إحصاء الخدمات الصحية"، القاهرة، (2007).
- أميرة فؤاد أحمد مهران (2004)، "دراسة لتأثير جودة الخدمة المدركة على درجة ولاء العملاء، بالتطبيق على مطاعم السلسلة المصرية"، مجلة المال والتجارة، العدد رقم 421، مايو.
- ثابت عبد الرحمن إدريس، جمال الدين محمد مرسى (1993)، "قياس جودة الخدمة وتحليل العلاقة بينهما وبين كل من الشعور بالرضا والميل للشراء: مدخل منهجي تطبيقي، المجلة العلمية، العدد الأول، كلية التجارة، جامعة طنطا،.
- خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد (1997)، "إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي"، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض،.
- فؤاد البهى السيد (1979)، "علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشرى"، دار الفكر العربى، الطبعة الثالثة المعدلة، القاهرة،.
- فاطمة الزناتى ومشاركوه (2005)، "مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية، وزارة الصحة والسكان، القاهرة، مصر.
- مجدى عبد الفتاح عبد الرحمن، (2001)، "دور إدارة الجودة الكلية فى زيادة فعالية إدارة العمليات فى صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات"، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التجارة، القاهرة.
- محمد جاد الرب (1997)، سيد "إدارة المنظمات الصحية والطبية، منهج متكامل فى إطار المفاهيم الإدارية الحديثة"، القاهرة، دار النهضة العربية،.
- محمد فريد الصحن (1994)، "الجودة المدركة للخدمات المصرفية: دراسة ميدانية لاختبار محدداتها ونماذجها المستخدمة فى قياسها"، مجلة كلية التجارة للبحوث العلمية، ملحق العدد 2، المجلد 31، كلية التجارة، جامعة الإسكندرية.

- معهد التخطيط القومي، "تقرير التنمية البشرية"، مصر، القاهرة (2010).
- منظمة الصحة العالمية، "دليل تدريبي لمجموعات ممثلي الأحياء والمتطوعين الصحيين: الجزء الأول صحة الأسرة"، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، (2009).
- وزارة التخطيط والتنمية المحلية (2006)، مشروع قضايا وسياسات السكان والتنمية، صندوق الأمم المتحدة، "تقييم أداء المحافظات نحو تحقيق أهداف الألفية.

- المراجع الأجنبية

- Al-Tamimi and Al-Amiri, "Analyzing Service Quality in the UAE Banks", Journal of Financial Services Marketing, V. 8, (2003).
- Anber Mohammad and Shireen Alhamadani, "Service Quality Perspectives and Customer Satisfaction in Commercial Banks Working in Jordan", Euro Journals Publishing, Inc, (2011).
- Aydin, S. and Ozer, G., "The Analysis of Antecedents of Customer Loyalty in the Turkish Mobile Telecommunication Market", European Journal of Marketing, V. 39, No. 7/8, (2005).
- Daft, Richard L., "New Era of Management", 2nd ed. Australia: Thomson South-Western, (2008).
- Dat Van Duong, Colin W. Binns, Andy H. Lee and David B. Hipgrave, "Measuring client-perceived quality of maternity services in rural Vietnam", international journal of Quality in Health Care, vol.no.16, 2004, PP.447-452.
- G.S.Sureshchander, Chandrasekharan Rajendran and R.N.Anantharaman, "A holistic model for total quality Service", international journal of service industry management, vol.12 no.4,2001,PP.378-412.
- Huseyin Arsli, Lillia Ahmed eva, "No More Tears! A Local TQM Formula for Health Promotion", International Journal of Health Care Quality Assurance, vol.17, no.3, 2004, pp.135-145.

- James E. Bartlett, Joe W. Kotrlik, Chadwick C. Higgins, "*Organizational Research: Determining Organizational Research: Determining Appropriate Sample Size in Survey Research*", information Technology, Learning, and Performance Journal, Vol. 19, No. 1, Spring (2001).
- Joseph F.Hair, Jr., William, C.Black, Barry, J.Babin, Rolph E.Anderson, Roland L.Tatham, "*Multivariate Data analysis*", Sixth Edition, New Jersey, Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, (2006).
- Krishna Dipankar Rao, David H. Peters and Karen Bandeen –Roche, "*Towards patient - centered health services in India- a scale to measure patient perceptions of quality*", international journal for quality in Health Care , vol.18, no.5,(2006), pp.414-421.

مستويات وإتجاهات العنف ضد المرأة في مصر

مجدي محمد جمعة¹

– مستخلص

يعتبر العنف ضد النساء أهم نتيجة للتراكمات التاريخية غير المتساوية بين الرجال والنساء والتي أدت إلى الهيمنة والتمييز ضد النساء من قبل الرجال وإلى منع التقدم الكامل للمرأة، وهذا العنف هو أحد الآليات الاجتماعية الحاسمة التي أجبرت بها المرأة على التنازل عن احتلال مواقع متساوية مع الرجل.

وترصد هذه الدراسة مستويات وإتجاهات مظاهر العنف وبتر وتشويه الأعضاء التناسلية، والخطف والاعتصاب مع التعرض لأهم العوامل المؤثرة في هذا الشأن. حيث بدأت نسبة التحرش الجنسي بالأطفال تتصاعد في مجتمعاتنا العربية نتيجة الحساسية والحرص المفرط في التعامل مع هذه المشكلة والتصدي لها. كما ترجع أهم دوافع الاعتصاب والتحرش الجنسي إلى تدنى الظروف الاجتماعية للنساء والأطفال وافتقارهم للرعاية الأسرية، في ظل تدنى القيم والأخلاق وضعف الوازع الديني، وتأخر سن الزواج وانتشار العنوسة والطلاق والخلع والبطالة وتعاطى المخدرات.

وعند الحديث عن علاج هذه الجريمة ووضع حلول لها يجب أن يكون القانون هو الطرف الآخر، فالقانون هو الذي يحمي الإنسان والمرأة، ويوضح حدود وأحكام هذه الجريمة ويضع عقابا مناسباً لصورها بما لا يسمح لمركبيها من الإفلات من العقاب كإلغاء بعض النصوص التشريعية التي لا تحقق الحماية الكافية للمرأة.

وقد خلصت الدراسة إلى التوصية بضرورة الاهتمام بتسجيل البيانات الخاصة بالجنايات والجرح المرتكبة ضد المرأة ونشرها باستمرار من الجهات الأمنية المعنية، وتسهيل إجراءات التبليغ وحسن معاملة المبلغات وتوفير ضرورة توفير فرص إعادة تأهيل المعنفات ورد إعتبارهن، وتعزيز دور المجتمع المدني في تبنى حملات إعلامية لتوعية النساء وزيادة وعيهن بحقوقهن.

الكلمات المفتاحية: العنف ضد المرأة، جرائم، جنح، التمييز، التحرش، الاعتصاب، النصوص التشريعية، العقاب، إعادة تأهيل.

1 نقيب ضابط بأكاديمية الشرطة، مصر. magdygoma2010@yahoo.com

I - مقدمة

لقد حقق الإنسان تقدماً هائلاً على كافة الأصعدة والمجالات الحياتية ويعيش حالياً عصر الحداثة والعولمة، إلا أن هذا التقدم لم يستطع أن يهدى البشرية إلى السلام والرفعة والمحبة والألفة، ولكن بقي الكثير من مظاهر الهمجية والجاهلية عالقة في النفس البشرية، وتتجلى صورتها القبيحة في ممارسة العنف ضد المرأة، حيث تأخذ ممارسة العنف ضد المرأة صوراً مختلفة، منها ما هو مستمد من عادات موروثية مثل عادة ختان الإناث، ومنها ما هو موروث من معتقد ديني أبعد ما يكون عما تصدت له الرسالات السماوية كحق التأديب والإسراف فيه، ومنها ما هو نتيجة لأسباب اجتماعية واقتصادية مثل إجهاض الإناث، ومنها ما هو اعتداء وحشي على الأدمية مثل الجرائم الجنسية.

ويتأيد القول بأن الجريمة حتمية في حياة المجتمعات، واحتمالية في حياة الأفراد - منذ حياة الإنسان الأولى - وذلك من خلال جريمة قتل أحد ابني (آدم عليه السلام) لأخيه.

كذلك ممارسة العنف ضد المرأة، ومن أنواع هذا العنف جرائم الاعتداء على الحقوق والحريات، ومنها الحرية الجنسية للإنسان باعتبارها من الحريات الشخصية، ووفقاً لمبادئ الشريعة الإسلامية يتم تحريم جميع الصلات الجنسية التي تقع خارج نطاق الزواج، ودون أدنى اعتداد بعدم الرضا، الذي يقوم عليه التجريم في التشريعات الوضعية عند ممارسة الفحشاء، وذلك يرجع إلى اعتناق الشريعة الإسلامية للمفهوم الأخلاقي للعرض والذي يقصد به صيانة جسم الإنسان من كل فعل جنسى غير مشروع، سواء كان ذلك بإرادة طرفي العلاقة الجنسية أم بإرادة أحدهما فقط.

وإذا اتخذت الجريمة صورة الاغتصاب أو هتك العرض بالقوة أو التهديد، فإن الاعتداء على الحرية الجنسية يكون متحققاً، كذلك إذا كان الرضى صادراً عن مجني عليها لم تبلغ السن التي يعتد فيها برضاها، فهو في حكم عدم الرضى، ومحل الحماية في جرائم الاعتداء على الحرية الجنسية هو حرية الفرد بالنسبة لحياته الجنسية.

إن العنف ضد النساء هو نتيجة للتراكبات التاريخية غير المتساوية بين الرجال والنساء والتي أدت إلى الهيمنة والتمييز ضد النساء من قبل الرجال وإلى منع التقدم الكامل للمرأة، وهذا العنف ضد النساء هو أحد الآليات الاجتماعية الحاسمة التي أجبرت بها المرأة

على التنازل عن احتلال مواقع متساوية مع الرجل. فالاعتراف بمسألة العنف ضد المرأة والتمييز القائم ضدها مرّ بتطورات تاريخية مهمة وما الاعتراف الدولي لهذه القضية إلا نتيجة لسنوات من العمل على جميع الصعد والتي من أهمها المؤتمرات الدولية ومواثيق الأمم المتحدة.

1-1- مشكلة الدراسة

تتركز مشكلة الدراسة في انتشار العنف ضد المرأة في أرجاء العالم، وتعدد صورته، مما يستوجب الحرص على عدم التمييز ضد المرأة، وكذا الحرص على عرض المرأة وصيانتها من كل عبث، بحيث يغدو السلوك مؤثماً إن جاوز الحدود التي وضعها المشرع المصري لحماية الأعراض والأخلاق والآداب العامة بعدم الاعتداء على عرض المرأة وحرمتها الجنسية.

فضلا عن خطورة الآثار المترتبة على استخدام العنف ضد المرأة، وتعدد صور التمييز ضدها، وجرائم العرض وإفساد الأخلاق والآداب العامة، خاصة جرائم اغتصاب الإناث وأعمال التحرش الجنسي.

ويجب رعاية حقوق الإنسان وحرياته في زمن السلم وفي زمن النزاعات المسلحة، حيث يقل ضحايا الحرب - خاصة ضحايا الاعتداء الجنسي واغتصاب الإناث - حين تُعرف القواعد القانونية التي تحمي حقوق الإنسان أثناء النزاعات المسلحة، ويُطلق على هذه القواعد اصطلاح القانون الدولي الإنساني International Humanitarian law.

ومساهمة من الباحث في تشخيص وتحليل هذه المشكلة وإقتراح الحلول، وتقديم بعض المعلومات التي تساعد الجهات التشريعية والمجتمع المدني في رسم السياسات والبرامج اللازمة.

1-2- أهمية الدراسة

يجب حماية حقوق المرأة من العنف والتمييز ضدها، حيث أن حقوق المرأة من حقوق الإنسان، والاعتداء على هذه الحقوق يُعد جريمة ومن ذلك ارتكاب الجرائم الجنسية.

ويحمي المشرع المصري حقوق المرأة وحرّياتها في زمن السلم وفي زمن النزاعات المسلحة، خاصةً من الاعتداء على الحرية الجنسية، حيث انضمت مصر إلى الاتفاقيات الدولية التي تحمي المدنيين أثناء النزاعات المسلحة، فالحروب تهدد المجتمع المدني بأكمله رجالاً ونساءً وتؤثر بشكل خاص في النساء والأطفال بالاعتداء الجنسي بما في ذلك الاغتصاب. لذا تأتي أهمية الدراسة في تقديم البيانات التفصيلية حول أنواع ومظاهر العنف المختلفة والمرتكبة ضد المرأة المصرية وتطورها عبر الزمن.

1-3- أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى تحديد أنواع ومستويات واتجاهات الجرائم والجناح المرتكبة ضد المرأة في مصر خلال العشريّة الأخيرة ودراسة اتجاهاتها عبر الزمن.

1-4- مصادر البيانات

استعان الباحث بعدد من الإحصائيات تم الحصول عليها من خلال مقابلات شخصية وزيارات للسادة القيادات والضباط بقطاع مصلحة الأمن العام وقطاع مصلحة الأحوال المدنية وقطاع مصلحة السجون، والإدارة العامة لحماية الآداب، والإدارة العامة لشرطة رعاية الأحداث، والإدارة العامة للمعلومات والتوثيق، والإدارة العامة لتحقيق الأدلة الجنائية في وزارة الداخلية، ويجب أن يؤخذ في الاعتبار أن هذه المؤشرات قد تعاني من بعض قصور التسجيل نظراً لحساسية الموضوع.

1-5- منهجية الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لتشخيص مستويات واتجاهات العنف ضد المرأة المصرية باستخدام البيانات المتوفرة من القطاعات المختلفة في وزارة الداخلية.

1-6- مفاهيم الدراسة

• العنف ضد المرأة:

يعرّف بأنه سلوك أو فعل موجّه إلى المرأة يقوم على القوة والشدة والإكراه، ويتسم بدرجات متفاوتة من التمييز والاضطهاد والقهر والعدوانية، ناجم عن علاقات القوة

غير المتكافئة بين الرجل والمرأة في المجتمع والأسرة على السواء، والذي يتخذ أشكالاً نفسية وجسدية متنوعة في الإضرار.

• الإغتصاب:

يعرف بأنه ممارسة الجنس مع شخص دون رضاه بواسطة القوة أو بالترهيب"، ويعتبر الاغتصاب أكثر الجرائم الجنسية شيوعاً.

II- أنواع الجنايات والجرح المرتكبة ضد المرأة

يوضح جدول (1) جنايات العنف المرتكبة ضد المرأة والمبلغ بها خلال عام 2011م موزعة على مديريات الأمن بجمهورية مصر العربية.

جدول (1)

اعداد جنايات العنف ضد المرأة المبلغ بها خلال عام 2011
بجمهورية مصر العربية حسب نوع الجناية

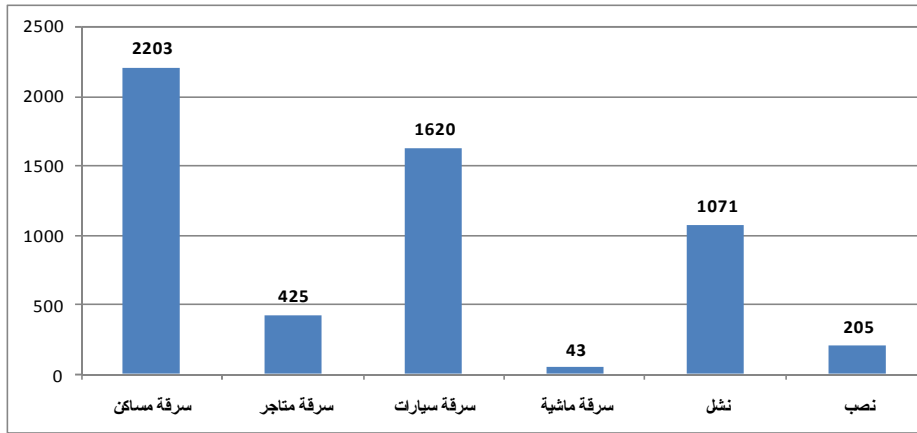
عدد جنايات العنف المبلغ عنها	نوع الجناية
330	قتل عمد
59	ضرب أفضى إلى موت
6	ضرب عاهة
58	خطف
65	هتك عرض
102	اغتصاب
131	سرقة وشروع فيها
55	حريق
1	بلطجة
1	إجهاض
4	توقيع مستند بالقوة

يبين الجدول (1) أن عدد جنايات القتل العمد قد بلغ (330) جناية، وعدد جنايات ضرب موت (59) جناية، وعدد جنايات ضرب عاهة (6) جنايات، وعدد جنايات الخطف (58) جناية، وعدد جنايات هتك العرض (65) جناية، وعدد جنايات الإغتصاب (102)

جناية، وعدد جنایات السرقة والشروع فيها (131) جناية، وعدد جنایات الحريق (55) جناية، وعدد جنایات البلطجة (1) جناية، وعدد جنایات الإجهاض (1) جناية، وعدد جنایات توقيع على مستند بالقوة (4) جنایات.

ويتبين من العرض السابق تزايد جرائم القتل العمد وهتك العرض والسرقة والشروع فيها بالمقارنة بالجرائم الأخرى.

شكل (1) أعداد جرائم الجنح المرتكبة ضد المرأة خلال عام 2011 حسب نوع الجناية



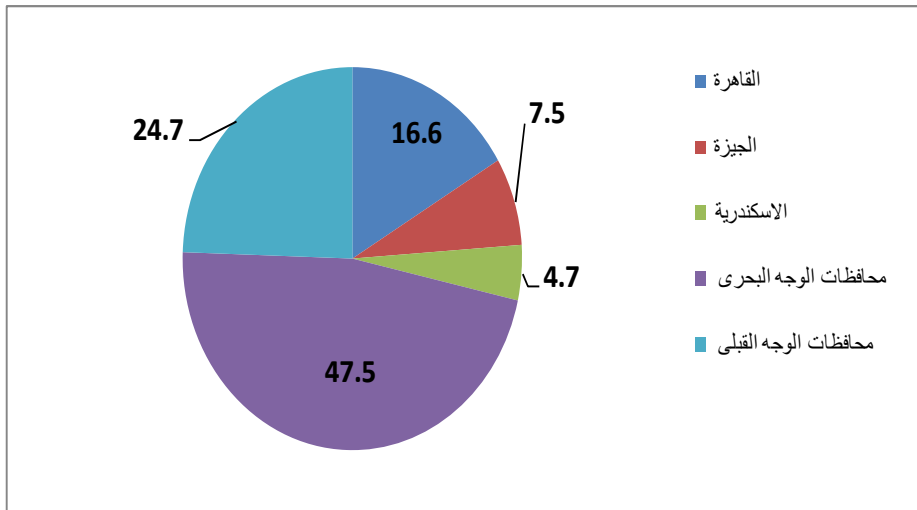
يوضح الشكل رقم (1) أعداد جرائم الجنح الهامة المرتكبة ضد المرأة والمبلغ عنها خلال عام 2010 وقد بلغ عدد جرائم جنح سرقة المساكن (2203) جنحة، وعدد جنح سرقة المتاجر (425) جنحة، وعدد جنح سرقة السيارات (1620) جنحة، وعدد جنح سرقة الماشية (43) جنحة، وعدد جنح النشل (1071) جنحة، وعدد جنح النصب (205) جنحة.

ويتضح من الشكل السابق أن جرائم سرقة المساكن أكبر بكثير من الجرائم الأخرى، الأمر الذي يتطلب أن يؤخذ في الاعتبار في الخطط الأمنية سواء الوقائية منها أو تفعيل جهود ضبط تلك القضايا.

يوضح الشكل (2) نسبة جرائم جنابات العنف المُرتكبة ضد المرأة والمبلغ عنها حسب توزيعها الجغرافي من عام 2006 حتى 2011 وقد احتلت محافظات الوجه البحري المركز الأول بنسبة (47.5%) يليها محافظات الوجه القبلي بنسبة (24.7%)، تليها محافظة القاهرة بنسبة (15.6%) ثم محافظة الجيزة بنسبة (7.5%)، ثم محافظة الإسكندرية بنسبة (4.7%).

ويرجع ارتفاع نسبة العنف ضد المرأة في الوجهين البحري والقبلي بالمقارنة بالمناطق الحضرية بالقاهرة الكبرى والإسكندرية إلى الطابع الريفي والقبلي الذي يسود هذه المناطق، والعادات والتقاليد السائدة والتي تنعكس على أسلوب التعامل مع المرأة والذي قد يشوبه الكثير من العنف.

شكل (2)
نسبة جرائم العنف المرتكبة ضد المرأة والمبلغ عنها من عام 2006 حتى عام 2011 حسب منطقة وقوعها



يوضح الجدول (2) عدد حالات الطلاق بجمهورية مصر العربية من عام 2006 حتى 2011، حيث تراوحت بين 119789 حالة عام 2006 مقابل 135780 حالة عام 2011.

ولاشك أن هذا التزايد الخطير في عدد حالات الطلاق هو ناقوس خطر شديد ينبغي الإنتباه إليه في المجتمع لأن له آثار مباشرة في التفكك الأسري وإنعكاساته السلبية الشديدة

على الأبناء الأمر الذى يتطلب سرعة التنسيق بين وزارات الدولة ومؤسساتها المختلفة، وكذا منظمات المجتمع المدني ذات الصلة لوضع الحلول اللازمة للحد من هذه الظاهرة.

أشارت البيانات إلى أن عدد حالات الإتجار فى البشر بلغت عام 2010 عشر حالات، وقد يثار التساؤل عن إنخفاض هذا العدد والذي قد يرجع السبب في ذلك إلى أن الإتجار بالبشر لم يكن مجرماً حتى عام 2010 حيث صدر القانون رقم 64 لسنة 2010 في شأن الإتجار بالبشر.

جدول (2)

تطور أعداد حالات الطلاق من عام 2006 حتى عام 2011
بجمهورية مصر العربية

السنة	عدد حالات الطلاق
2011	135780
2010	132470
2009	124302
2008	123078
2007	122534
2006	119789

ويوضح الجدول (3) عدد حالات الفعل الفاضح من عام 2006 حتى 2011 والذى يشير إلى إنخفاض الأعداد والمبلغ عنها خلال هذه الفترة.

جدول (3)
تطور أعداد حالات الفعل الفاضح من عام 2006 حتى عام 2011
بجمهورية مصر العربية

السنة	عدد حالات الفعل الفاضح
2011	394
2010	1501
2009	1684
2008	2543
2007	2694
2006	3037

ويرجع انخفاض معدل ارتكاب هذه الجريمة إلى إيجابية المواجهة الأمنية من جانب وكذا جهود مؤسسات الدولة – من جانب آخر .

يوضح الجدول (4) عدد حالات التعرض لأنثى منذ عام 2006 حتى 2011، وقد بلغ عدد الحالات عام 2006 حوالي 52685 حالة، مقابل 6114 حالة عام 2011.

جدول (4)
تطور أعداد حالات التعرض لأنثى من عام 2006 حتى عام 2011
بجمهورية مصر العربية

السنة	عدد حالات التعرض لأنثى
2011	6114
2010	43427
2009	49424
2008	49202
2007	51924
2006	52685

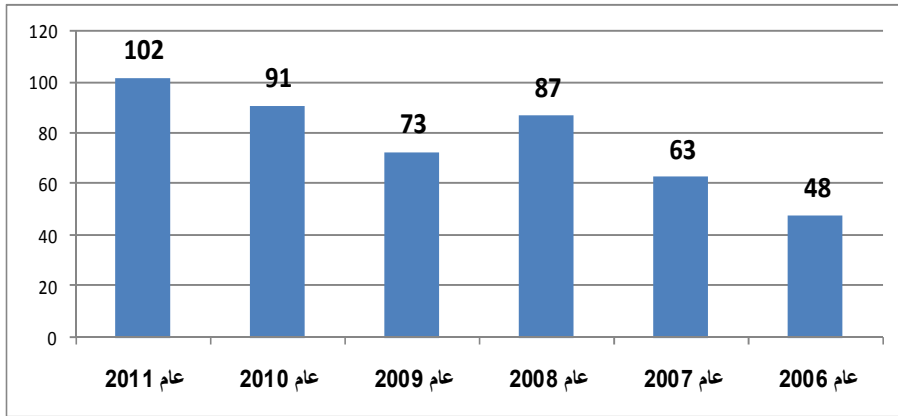
ويظهر التساؤل واضحاً بشأن الإنخفاض الشديد في نسبة ارتكاب هذه الجريمة بالذات.. ولعله من الإنصاف أن نقرر أنه عندما قامت ثورة 25 يناير 2011م أفرزت أحلى ما في

الشعب المصري فور قيامها وكان الحديث دائماً يدور حول عدم وجود أى حالات تعرض للإناث أثناء الثورة وأثناء المظاهرات.

وعلى جانب آخر ومع مرور الوقت تغير الوضع إلى حد كبير وبدأت سلبيات عديدة في الظهور خلال الآونة الأخيرة مرة أخرى .. ويتوقع أن تنتهي عقب انتهاء المرحلة الإنتقالية التي تمر بها البلاد

شكل (3)

تطور أعداد جنائيات الاغتصاب من عام 2006 حتى عام 2011
بجمهورية مصر العربية

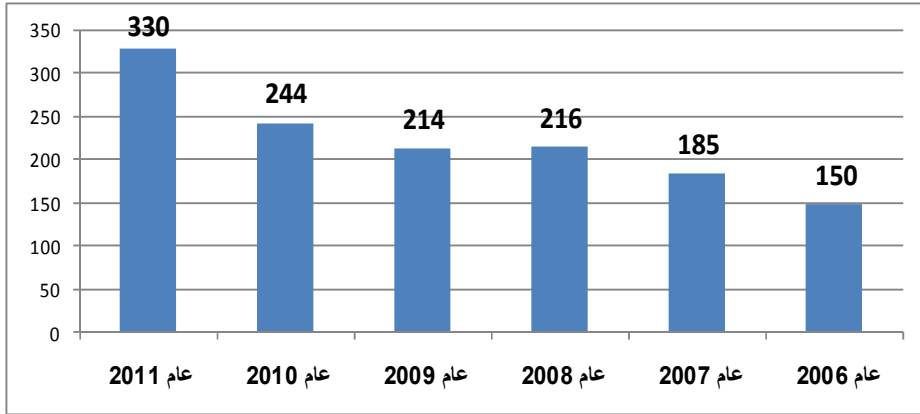


يوضح الشكل (3) عدد حالات الاغتصاب من عام 2006 حتى 2011 حيث تراوح العدد بين 48 و102 جنائية خلال نفس الفترة.

ولاشك أن تزايد حالات الإغتصاب عام 2011، يرجع إلى حالة الإنفلات السلوكي والأخلاقى التي تلت قيام ثورة 25 يناير والظروف التي شهدتها البلاد من عدم التواجد الأمنى وعدم الإستقرار .

ويوضح الشكل (4) عدد جنائيات القتل العمد للإناث من عام 2006 حتى 2011م حيث بلغ عدد جنائيات القتل العمد للإناث 150 حالة عام 2006 وأخذ العدد فى التزايد حتى بلغ 330 حالة عام 2011.

شكل (4)
عدد جنايات القتل العمد للإناث من عام 2006 حتى عام 2011
بجمهورية مصر العربية

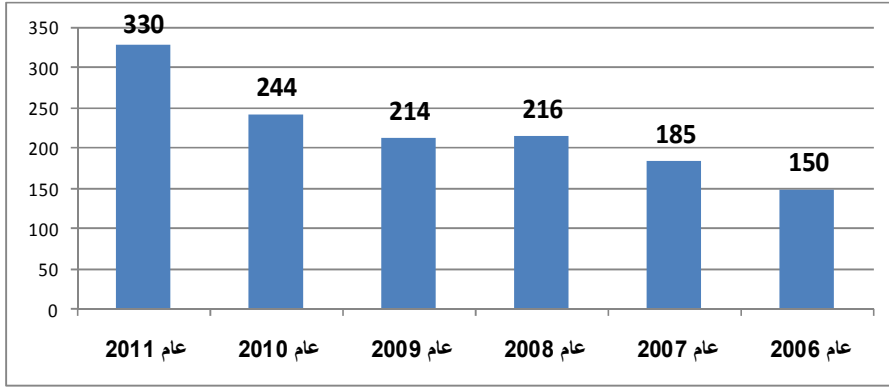


ويوضح الجدول (5) عدد جنایات هتك العرض للإناث من عام 2006 حتى 2011م حيث بلغ عدد جنایات هتك العرض للإناث 88 جنایة عام 2006، وتباين من عام الى آخر حتى بلغ 65 حالة عام 2011.

جدول (5)
عدد حالات التعرض لأنتى من عام 2006 حتى عام 2011
بجمهورية مصر العربية

السنة	عدد حالات التعرض لأنتى
2011	65
2010	114
2009	132
2008	103
2007	103
2006	88

شكل رقم (5)
عدد قضايا ابتزاز وتهديد المرأة من عام 2006 وحتى عام 2011



يوضح الشكل رقم (5) عدد قضايا الابتزاز وتهديد المرأة من عام 2006 حتى عام 2011 حيث ارتفع العدد من 150 قضية عام 2006 الى 330 قضية عام 2011.

وتشير البيانات الى أن عدد قضايا تزويج القاصرات التي تم ضبطها من 2010/8/1 حتى 2011/8/1م حيث بلغ عدد القضايا 320 قضية، مقابل 248 حالة خلال الفترة 2011/8/1 حتى 2012/8/1م.

III- الخلاصة والتوصيات

في ضوء ما تقدم يمكن استخلاص النتائج والتوصيات الآتية:

3-1- الخلاصة:

اعتمدت الدراسة الحالية على البيانات التي حصل عليها الباحث من قطاعات الأمن العام والأحوال المدنية ومصالحة السجون والإدارة العامة لحماية الأدياب وشرطة الأحداث والمعلومات والتوثيق وتحقيق الأدلة الجنائية في وزارة الداخلية.

وقد قدمت الدراسة أعداد الجنايات والجرح المرتكبة في المجتمع وخاصة ضد المرأة وتطورها خلال العشرية الأخيرة والتي من أهمها:

- القتل العمد.
- الضرب.
- الخطف.
- هتك العرض والإغتصاب.

وقد أوضحت الدراسة إرتفاع عدد الحالات المبلغ عنها في الوجهين البحرى والقبلى مقارنة بالقاهرة والاسكندرية والجيزة.

ويؤكد الباحث على ضرورة محدودية هذه البيانات نظرا لحساسية هذه الموضوعات، حيث أنها قد تعانى من بعض القصور بسبب أن البعض قد لا يبلغ عنها بسبب العادات والتقاليد أو صلة القرابة بين المجنى عليها والجانى.

2-3- التوصيات

توصلت الدراسة إلى أهم التوصيات التالية:

- ضرورة الإهتمام بتسجيل البيانات الخاصة بالجنايات والجرح المرتكبة ضد المرأة ونشرها باستمرار من قبل الجهات الأمنية المعنية.
- ضرورة تسهيل إجراءات التبليغ وحسن معاملة المبلغات وتوفير الحماية اللازمة لهن حتى لا يتعرضن لمزيد من الأخطار والعنف.
- ضرورة توفير فرص إعادة تأهيل المعنفات ورد إعتبارهن.
- تعزيز دور المجتمع المدنى فى تبنى حملات إعلامية لتوعية النساء وزيادة وعيهن بحقوقهن وكيفية الحصول على هذه الحقوق ومساعدة المعنفات فى الحصول عليها.
- إلغاء وتعديل بعض التشريعات والنصوص التى لاتحقق الأمان والحماية للمرأة.
- تعديل النصوص التى تضمن عدم التمييز ضد المرأة.
- رفع مستوى إدارة مكافحة جرائم الحاسبات وشبكات المعلومات، بالإدارة العامة للمعلومات والتوثيق، إلى مستوى إدارة عامة، مع تدعيمها تنظيمياً وبشرياً وتقنياً،

للمواجهة التقنية والمباحثية الناجزة لمكافحة الجريمة بصفة عامة ولمكافحة جرائم الاستغلال الجنسي بالاتجار بالبشر وجرائم الاتجار بالأعضاء البشرية وكل ما يؤدي إلى اختلاط الأنساب والجرائم المرتبطة بها بصفة خاصة، وذلك بالتنسيق مع الأجهزة الأمنية المعنية.

- التوسع في أعداد المقبولين من الإناث للعمل في مختلف المجالات الشرطة، وخاصة بمراكز وأقسام الشرطة
- تبني سياسة إعلامية مدروسة وتزويد الأجهزة الإعلامية بالمعلومات عن العمل الأمني بصفة عامة، وجهود الأمن في مكافحة العنف ضد المرأة واغتصاب الإناث والتحرش الجنسي وجرائم الاستغلال الجنسي بالاتجار بالبشر.
- تفعيل التعاون بين أجهزة الشرطة ووزارتي الصحة والدفاع، لعقد دورات تدريبية لبناء قدرات مسئولى إنفاذ القانون الدولي لحقوق الإنسان والقانون الدولي الإنساني بهدف مكافحة جرائم اغتصاب النساء في زمن النزاعات المسلحة، وتكثيف برامج إعادة تأهيل ضحايا اغتصاب الإناث والتحرش الجنسي والاستغلال الجنسي.

قائمة المراجع

المراجع العربية

- إبراهيم محمد عبد الجليل (2011) عَضَلُ النساء جريمة بلا عقاب، مجلة الحقوق للبحوث القانونية والاقتصادية بكلية الحقوق، جامعة الإسكندرية.
- أبو بكر عبد اللطيف عزمي (1995) الجرائم الجنسية وإثباتها، مع مبادئ أصول علم الأدلة الجنائية في مجال إثباتها، دار المريخ للنشر، الرياض، السعودية.
- أحمد جاد منصور (2012) حقوق الإنسان في ضوء المواثيق الدولية والإقليمية والتشريعات الداخلية، ودور الشرطة في حمايتها، مطبعة كلية الشرطة، أكاديمية الشرطة.

- أحمد ضياء الدين محمد خليل (2000) الظاهرة الإجرامية بين الفهم والتحليل، دراسة نفسية قانونية للجريمة سلوكاً ومواجهة في ضوء مبادئ علم الإجرام والعقاب، أكاديمية الشرطة كلية الشرطة، القاهرة .
- أحمد عبد الوهاب (1989) تعدد نساء الأنبياء ومكانة المرأة في اليهودية والمسيحية والإسلام، مكتبة وهبة، القاهرة.
- إدوار غالي الذهبي (2006) الجرائم الجنسية، الطبعة الثالثة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- إسماعيل عبد الرحمن محمد (2000) الحماية الجنائية للمدنيين في زمن النزاعات المسلحة، القاهرة.
- أمير فرج يوسف (2008) الأحكام الدولية المعاصرة، العنف والتمييز ضد المرأة، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.
- السيد عتيق (2003) جريمة التحرش الجنسي، دار النهضة العربية للنشر، القاهرة.
- السيد عليوه (1996) إدارة الأزمات الأمنية والكوارث، مخاطر العولمة والإرهاب الدولي، دار الأقصر للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، القاهرة.

- المراجع الأجنبية

- Dennis, J. Stevens, Applied Community Policing In The 21st Century (Boston: Education, Inc, 2002).
- Gerald D. Robin, Community policing: Origins, Elements, Implements, Assessment (New York the Edwin Mellen Press, 2000).
- Lawrence Singer, Reassurance Policing (London: Home Office Research Study, vol 288, Nov 2004).
- National crime prevention council, improving police-community relations through community policing, U.S. department of justice, 2006.
- Robert Trojanowicz & Bonnie Bucqueroux, Community Policing How to get started.

- Sue Adamson, Community Based Policing: In New Deal For The Community, Research Report 36 (UK: Center For Criminal Justice University of HULL, August 2004), 2.
- Trevor Bennett, police and public involvement in the Delivery of community policing – How to recognize good policing, sage.
- Wilson .J.Q and Kelling G.L., Broken windows.

- المراجع الفرنسية

- Maurice A. Martin, Urban policing in Canada (Canada: McGill-Queen's University.
- Pierre Raymond, L'Enfant Peut il etre de droit, Dalloz, 1988.
- Serge Regourd, sexualite et liberte publiques, Toulouse, 1985.
- Soutoul J.H,B, Lansac j, Beaumont E.et Frage E, Le risque-medico legal croissant dans la pratique legalisee de l'interruption volontaire de grossesse.

دور الدولة في إدارة النفايات والتنمية المستدامة في الجزائر

صليحة مقاوسي¹

هند جمعوني²

سامية لحول³

- مستخلص

إن الزيادة المتنامية والسريعة للنفايات بمختلف أنواعها التي تعتبر ضارة بصورة مباشرة أو غير مباشرة على الصحة العمومية والبيئة والمحيط الاجتماعي، إذا ما طرحت بشكل غير لائق، فإن المواد السامة يمكن أن تتراكم في الكائنات الحية عن طريق تلوث الهواء والمياه والأغذية الملوثة. وقد حان الوقت لمواجهة هذه الأخطار بتطبيق مختلف الطرق والأساليب الممكنة لمعالجة هذه النفايات، باسترجاعها للاستفادة منها.

وقد مرت الجزائر منذ الاستقلال ب 3 مراحل فيما يتعلق بمجال التعامل مع النفايات وقضايا البيئة، فقد عرفت المرحلة الأولى عمدت الدولة إلى تنفيذ سياسة التصنيع على إنشاء وحدات إنتاجية ذات أحجام كبيرة وظهور عدة أقطاب صناعية نتج عنها تجمعات مادية وبشرية والتي غابت عنه سياسات واضحة للتعامل مع قضية النفايات، كما لم تصل المرحلة الثانية خلال الثمانينات لإيجاد حلول للمشاكل البيئية التي تسببت فيها المرحلة الأولى. ولم تساهم في تحسين المحيط رغم إنشاء مندوبية حماية البيئة ولكن نشاطها كان ضئيلا أو منعما، وبدأ الاهتمام بقضايا البيئة خلال المرحلة الثالثة حيث تم إنشاء وزارة البيئة وهيئة الإقليم وأصبح الحفاظ على البيئة هدف من أهداف كل الحكومات المتتالية كما أصبحت المخططات تخضع لمقاييس التنمية المستدامة، وتم سن مجموعة من القوانين وتجميعها في كتاب يضم كل النصوص المتعلقة بحماية البيئة والمحيط.

وقد توصلت هذه الدراسة إلى التوصية بأهمية وضرورة تكثيف المعلومات والإرشادات وتشجيع المواطنين للتعاون من أجل الحفاظ على البيئة ودراسة سوق العمل ومعرفة عدد المصانع والمعامل والشركات المهتمة بشراء المخلفات بأنواعها البلاستيكية والورقية والزجاجية والمعدنية، وتشجيع أصحاب رؤوس الأموال على بناء معامل صغيرة تستعمل هذه الفضلات، وتضافر جهود العديد من الوزارات إضافة إلى جهود منظمات المجتمع المدني.

الكلمات المفتاحية: النفايات، البيئة، المحيط، الإقليم، معالجة، تدوير، فرز النفايات، المفارغ العمومية، قانون البيئة، دور الدولة، الجزائر.

¹ أستاذة محاضرة (أ)، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر. mekaoussi_2007@yahoo.fr

² أستاذة محاضرة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر. djemaounihind@yahoo.fr

³ أستاذة محاضرة (أ)، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر. lahouelsamia@yahoo.fr

I- مقدمة

إن زيادة متطلبات الإنسان وتنوعها نتيجة للتطورات الاقتصادية والاجتماعية التي حصلت في العقود الماضية والتي على إثرها ظهرت أنماطا معيشية جديدة، ساهمت في زيادة كمية النفايات المتولدة يوميا وتنوعها. وأصبحت هناك حاجة ملحة إلى ضرورة اتباع الأساليب العلمية في إدارة هذه النفايات والتعامل معها بطرق سليمة. وأمام هذه الأنواع الكثيرة من الفضلات والمشاكل التي تولدت عنها بدأ التفكير في التخلص منها بطرق علمية دون المساس بالموارد الطبيعية وهكذا على الجزائر اليوم وبعد أن تفاقمت مشكلة النفايات الصلبة أن تأخذ بعين الاعتبار الحلول الجارية لهذه المشكلة التي توصلت إليها الدول الأخرى.

إن الاتجاه السائد الآن هو تقليص كمية النفايات التي ترسل إلى المحارق وذلك باستعمال طريقة فرز النفايات وتدويرها وإعادة استعمالها عوضا عن وضعها في المطامر الصحية التي تعتبر غير صحية لما تسببه من تلوث للتربة والمياه السطحية والجوفية على السواء إضافة إلى ما تسببه من روائح وغازات خطيرة تطلق في الجو فتصبح هذه الأماكن بؤرة لتولد القوارض والحشرات الضارة والجراثيم. سنحاول من خلال مضمون هذه المداخلة التطرق بشكل عام وموجز إلى ماهية النفايات وأنواعها وخصائصها ثم نحاول معرفة دور الدولة الجزائرية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا في معالجة النفايات الصلبة.

1-1- مفاهيم عامة حول النفايات

يتولد عن أي نشاط كميات من النفايات بكافة أنواعها الصلبة والسائلة والانبعاثات الغازية. تتزايد كمية هذه المخلفات مع تغير الأنماط الاجتماعية والمستويات الاقتصادية والحضرية ومع التطور في الأنشطة ذاتها ومستوياتها. وعلى المستوى العام تعتبر مشكلة المخلفات من أهم المشاكل التي تواجه الدول النامية وأصبحت تشكل أحد الأولويات البيئية التي تتطلب مواجهتها والتعامل معها من خلال منظور شامل وفكر علمي يستند إلى التخطيط للإدارة المتكاملة لها ومراعاة كافة الاعتبارات الاجتماعية والفنية، لتحقيق أهداف حماية البيئة والحفاظ عليها وعلى الموارد بصورة مستدامة وستحاول هذه الدراسة التطرق بشكل عام إلى ماهية النفايات وما هي أسباب تزايدها.

- مفهوم النفايات:

تعددت التعاريف المتعلقة بالنفايات، ولكن مضمونها يختلف، على أساس أنه ما يعتبر نفاية عند البعض قد يكون لدى البعض الآخر قابل للاستهلاك أو الاستخدام، ولتفادي مثل هذه الاختلافات سيتم الاعتماد على التعريف الذي ذكره المشرع الجزائري حيث حددها في: "كل ما تخلفه عملية إنتاج أو تحويل أو استعمال، وكل مادة أو منتج أو بصفة أعم كل شيء منقول أهمله أو تخلى عنه صاحبه"، (الجريدة الرسمية، القانون 3/83، 1983)، من خلال التعريف السابق يحدد المفهوم العام للنفايات والذي يتمثل فيما يلي:

- بقايا ومخلفات العمليات الإنتاجية أو التحويلية بمختلف أنواعها وأحجامها وتركيباتها، أي كل ما يتبقى من مستلزمات كالمواد أو الأجزاء والقطع غير الصالحة للاستعمال أو التي يلغى استعمالها لعذر ما.
- كل مادة أو منتج غير تام أو مدحور أو فقد أهمية استعماله لعدم صلاحيته أو لمواصفاته أو لتركيبته أو لتآكل أجزائه أو لتقادمه.
- مختلف الفضلات الناتجة عن استعمال أو استهلاك مباشر كالفضلات المنزلية وفضلات الطرق والمحلات والأسواق العمومية، فضلات الحيوانات والمزارع والأشجار، فضلات المستشفيات.
- كل المنقولات المهملة أو المتروكة عمدا من قبل صاحبها.

ونلاحظ أن هذا التعريف تميز بعمومية الطرح لمفهوم النفاية، حيث حدد النفايات في الأشياء المنقولة المهملة أو الموجهة للإهمال المتمثلة في بواقي العمليات الإنتاجية والتحويلية أو فضلات الاستعمال أو الاستهلاك المباشر مهملًا الجوانب الأخرى للنفايات سواء أكانت منقولة أو غير منقولة كالنفايات السائلة بمختلف أنواعها أو العقارات والأبنية المهمة والمهجورة، كما تجاهل الإشارة إلى إمكانية الاستفادة من مجمل هذه النفايات بعد معالجتها.

ومن خلال هذا التعريف حاولنا تحديد المفهوم الشامل للنفايات بما فيها الخصائص المميزة التي قد يتفق عليها الجميع تفاديا لوجهات النظر المختلفة المستمدة أساسا من مدى حجم الاستفادة من مختلف هذه البقايا والمهملات، إلا أننا نشير أن هذه الخصائص عامة ويبقى لكل منها مميزاتها الخاصة المرتبطة بطبيعتها وتركيباتها.

- خصائص النفايات:

من أجل التقليل من حجم النفايات وإبعاد مضارها واختيار أنسب طريقة لمعالجتها، لتفادي آثارها السلبية على البيئة والمحيط الاقتصادي والاجتماعي يتحتم علينا معرفة النفايات ومفهومها بصورة صحيحة حتى يتسنى لنا تحديدها بشكل دقيق ولن ينجم ذلك إلا بالتطرق إلى الخصائص العامة والمميزة للنفايات والتي يمكن أن تلخيصها فيم يلي:

- فضلات أو مهملات: أي أن كل نفاية مهما كان مصدرها وكيف ما كانت تركيبيتها فهي فضلات الاستهلاك المباشر أو بقايا ومخلفات عملية الإنتاج أو التحويل أو بقايا وقد تظهر في أشياء متروكة ومهملة أو مهجورة دون الاستفادة منها سواء تركت عمدا أو نسيانا.

- صلبة أو سائلة: أن تكون النفايات ومكوناتها صلبة متماسكة فيما بينها جامدة لا نمو لها ولا حياة كالحجر والحصى وبقايا الحديد والهيكل والخردة والأبنية المهدامة المهملة والركام ومخلفات المباني...، أو سائلة كمياء الصرف ومخلفات الصناعة وغيرها، كما قد تكون لينة كفضلات المسالخ والمستشفيات وبعض نفايات الطرق والمحلات والأسواق العمومية وغيرها.

- خطرة ومزعجة: نعلم أن النفايات بمختلف أنواعها ينتج عنها أضرار عديدة على البيئة وعلى المحيط الاجتماعي والاقتصادي، وقد يكون ضررها أنيا ومباشرا تبعا لطبيعتها الخطرة كالنفايات السامة أو المشعة أو القابلة للاشتعال أو الانفجار ولا يمكن تركها في الأماكن العامة والشوارع والقمامات العمومية. وبشكل عام فالنفايات صلبة كانت أو سائلة وإن لم تكن ضارة أو خطرة أنيا فهي ضارة لا محالة آجلا إن تركت على حالها دون معالجة.

- قابلية المعالجة: أي أن النفايات مهما كان نوعها أو مصدرها أو حجمها وفي كل حالاتها تمتاز بقابلية المعالجة، سواء أن كان ذلك بالجمع أو الفرز أو التحويل أو الاسترجاع، أو حتى بالحرق أو التفتيت أو بطرحها وتصريفها في وسط خارجي للقضاء عليها وإزالتها نهائيا. ونشير ضمن هذه الخاصية أنه يجب مراعاة شروط

النظافة والأمن وحفظ الصحة وسهولة الاستغلال وحجم التكاليف المترتبة عن عمليات المعالجة، وبعبارة أخرى يجب أن تكون هذه المعالجة اقتصادية من كل جوانبها سواء أكانت تهدف إلى استرجاعها للاستفادة منها أو كانت تهدف إلى إزالتها والقضاء عليها للتخلص منها نهائياً.

- أنواع النفايات:

سعيًا منا لوضع مرجع بسيط يمكن الاعتماد عليه من قبل المعنيين بجمع النفايات ومعالجتها، نحاول تصنيف النفايات بناءً على مصدرها أو درجة خطورتها كما يلي:

أ- النفايات بحسب درجة خطورتها:

ميز المشرع الجزائري بوضوح بين النفايات الخطيرة والنفايات غير الخطيرة مهما كان نوعها وشكلها وحجمها ومصدرها حيث نجد أن:

* **النفايات غير الخطرة:** هي النفايات التي تجمع وتعالج بشكل عادي في القمامات العمومية المرخصة أو في وحدات المعالجة الأخرى، سواء أكانت هذه النفايات صلبة كالفضلات المنزلية، فضلات المسالخ والمتاجر والأسواق العمومية، الخردة وهياكل السيارات المهملة، الحصى والركام، وما شابه ذلك في الحجم والنوع، أو كانت سائلة لا يمكن جمعها إلا باستخدام وسائل وأدوات خاصة كالمضخات وتظهر في مختلف السوائل الحضرية غير المضرة.

* **النفايات الخطرة:** لصعوبة وضع تعريف دقيق موحد للنفايات الخطرة والمنتجات السامة، باعتبار أن الكثير من النفايات لا تكون سامة أو خطيرة إلا إذا توفرت لها شروط معينة، (Leroy J.BM, 1994)، من واجب الوزارة المكلفة بالبيئة، (الجريدة الرسمية، القانون 3/83، 1983)، وضع قائمة تضم النفايات التي تراها خطيرة على صحة وسلامة المواطن وبيئته، وباعتبار أن هذه القائمة لا يمكن أن تكون نهائية بل

تراجع في كل مرة تبعاً للتطور الاقتصادي والاجتماعي فإننا نعتمد على تعريف وكالة حماية البيئة الأمريكية التي تعتبرها نفايات تسبب الأضرار التالية:

- كثرة الوفيات وزيادة الأمراض التي تسبب عجزاً؛
- أضرار صحية مباشرة أو غير مباشرة.

أربعة خصائص إذا توافرت واحدة أو أكثر منها في النفايات توصف بأنها نفايات خطيرة، كما حددتها وكالة حماية البيئة الأمريكية، ومن هذه الصفات نذكر ما يلي: القابلية للاحتراق، التآكل، النشاط، السمية.

نستنتج أن النفايات الخطرة، هي تلك النفايات التي لا يمكن رميها قانوناً في القمامات العمومية، وتعالج في وحدات مصنفة خاصة معتمدة من قبل السلطات العمومية، (الجريدة الرسمية، القانون 3/83، 1983)، النفايات الخطرة وكيفية كان تأثيرها على الإنسان مباشرة أو على بيئته ومحيطه الخارجي. وبشكل عام تتصف النفايات الخطرة بما يلي:

- النفايات الصناعية الصلبة القابلة للاشتعال أو الذوبان التلقائي.
- المواد القابلة للانفجار والإفرازات التلقائية.
- المواد التي تحمل خطر التلوث الكيميائي أو التسممي.
- المواد الملوثة أو الإشعاعية صافية كانت أو مدمجة مع مستحضرات أخرى.

ب - النفايات بحسب مصدرها:

يمكن تصنيفها إلى:

- نفايات صلبة حضرية: ويقصد بها الفضلات المنزلية وما يماثلها في النوع والحجم وهي على الخصوص:
 - النفايات المنزلية الفردية و الجماعية.
 - المنتجات الناتجة عن التنظيف مثل كس المجاري و تنقيتها.
 - النفايات المضايقة كالأشياء الضخمة والخردة الحديدية والحصى وهياكل السيارات الهالكة.

- نفايات التشريح أو التعفن التي ترميها المستشفيات والعيادات أو مراكز العلاج.
- النفايات التي ترميها المسالخ، وجثث الحيوانات.
- النفايات التجارية ومواد اللف والحزم والبقايا الأخرى المتولدة عن الأعمال التجارية.

نفايات سائلة حضرية: ويقصد بها عموماً مياه الصرف الصحي والمياه المنزلية أو الصناعية المستعملة أو مياه الأمطار التي تغمر المناطق المسكونة أو المياه الراكدة ويتم جمع ومعالجة هذه النفايات بالشبكة العمومية للتطهير المسيرة من قبل مصالح البلديات مع ضرورة ضمان الشروط الملائمة لمتطلبات الصحة العمومية والبيئة.

- **نفايات إشعاعية:** وهي النفايات التي تصدر من المنشآت النووية وما شابهها وهي نفايات جد خطيرة تتطلب وسائل خاصة لمراقبتها ومعالجتها وقد تكون لها مصادر أخرى كالمصانع والمستشفيات والمخابر والمراكز التجارية المتخصصة في المواد المشعة وغيرها، وبشكل عام يعتبر مصدراً للنفايات المشعة كل نشاط من شأنه أن يلوث أو يضر بالسكان مثل: استيراد أجهزة أو مواد من شأنها أن تصدر إشعاعات أيونية، وكذا إنتاجها وصنعها وحيازتها والعبور بها، ونقلها وعرضها للبيع أو بيعها والتنازل عنها وتوزيعها، واستعمالها لأغراض تجارية أو صناعية أو علمية أو طبية أو غيرها.

- **المهملات:** وهي كل الأشياء والممتلكات المنقولة وغير المنقولة سليمة كانت أو معيبة، مهتكة كلياً أو جزئياً، متروكة هكذا مهملات عمداً أو نسبياً دون الاستفادة منها، ومصادر هذه المهملات عديدة منها المساكن والمخابر ومرآب التصليح،...

- **نفايات خاصة:** وهي نفايات خطيرة سائلة كانت أم صلبة مثل النفايات العضوية، المواد الكيميائية الصافية أو المدمجة، المواد الملونة أو المشعة، المواد السامة أو القابلة للذوبان أو الانفجار أو الاشتعال التلقائي ومثيلاتها، ومصادر هذه النفايات عموماً هي المستشفيات والمصانع والمخابر ووحدات البحث وغيرها، ونشير بضرورة معرفة السلطات المحلية المكلفة بمراقبة هذا النوع من النفايات معرفة دقيقة لمصادرها ونوعها وكمياتها حتى

تحدد لها مكانا خاصا لمعالجتها مع أن صاحبها مجبر قانونا بجمعها وإصلاحها ومعالجتها مراعاة في ذلك كل شروط الصحة والأمن العموميين وحماية البيئة والمحيط.

- **نفايات زراعية:** وهي نفايات صلبة ذات مصادر عديدة مرتبطة بهذا القطاع والتي قد تكون مصدرا للحرائق أو الأمراض داخل الثروة الغابية والأشجار والمنتجات الفلاحية، ويتم معالجة مثل هذا النوع من البواقي والنفايات من قبل الوكالات الغابية والفلاحين والمعنيين باتخاذ جميع قواعد الوقاية ومكافحة الأمراض والحشرات الطفيلية ومسبباتها والقضاء على جميع الأضرار التي قد تضر بالثروة الغابية.

- **نفايات الوحدات الصناعية:** عادة ما تواجه وحدات القطاع الصناعي مشكلات من المواد وفضلات الإنتاج والإنتاج المعيب...، ومع لجوئها إلى استخدام كل الطرق الممكنة لندنيته، فإنها تسعى إلى الاستفادة منها ما أمكن من خلال استرجاعها لإعادة استخدامها أو برسكنتها وإدخال التصحيحات اللازمة عليها أو بتصريفها وبيعها كما هي، أو بإلقائها والتخلص منها ويمكن تقسيم هذا النوع من النفايات الصناعية إلى:

- المواد التالفة:

أي النفايات التي يبطل استخدامها و تتمثل في بعض المواد الأولية أو بعض مستلزمات التشغيل أو بعض الآلات والمعدات حتى وأن كانت سليمة وصالحة قد يبطل استعمالها وتعتبر نفاية يجب التخلص منها وقد يعود ذلك لتقدمها أو تغير في تصميم وهندسة المنتج أو تغير في طريقة الصنع أو للتطور التكنولوجي وظهور بدائل لها جديدة تتصف بالدقة، زيادة على الفضلات الأخرى من سائلة كانت أو الملونة أو المعيقة القابلة للانفجار أو الاحتراق وما شابهها من المخرجات الصناعية الخطرة.

- المواد القابلة للإسرجاع:

وهي بواقي ومخلفات العمليات الإنتاجية والتي تتصف بقيمتها الاستردادية، أي قابلية استخدامها من جديد كمواد أولية سواء من قبل المؤسسة نفسها أو من قبل مؤسسات أخرى متخصصة.

1-2- طرق التخلص من النفايات، (Amouri A, 1990):

يتم التعامل مع النفايات بالتخلص منها أو إعادة تدويرها واسترجاعها وذلك كما يلي:

- طرق التخلص من النفايات:

- **دفن النفايات:** يتم دفن النفايات وطمرها في الأرض، وهذه الطريقة ممارسة بشيوع في كثير من البلدان، في معازل حجارة أو مناجم مهجورة أو فوهات الحجارة المستخرجة من الأرض. إن دفن النفايات بطريقة مدارة تكون طريقة نظيفة وغير مكلفة، أما إذا لم يتم إدارتها بشكل جيد فتؤدي إلى تبعثر الفضلات واجتذاب الحشرات وارتشاح الفضلات السائلة إلى جوف الأرض، كما ينتج عنها انبعاث الغاز الذي يتكون معظمه من الميثان وثنائي أكسيد الكربون وهو مضر بالغطاء النباتي وهذا الغاز يتسبب في تسخين غلاف الجو والذي كان أحد أسباب ثقب طبقة الأوزون.

التصميم العصري لدفن النفايات تتضمن احتواء هذه المواد القابلة للارتشاح عن طريق مد طبقات من الطين أو بطانات من المواد البلاستيكية، وتضغط النفايات لزيادة الكثافة واستقرارها وتغطي لمنع اجتذاب الحشرات والفئران والجرذان، وتكون مزودة بنظم لاستخراج الغاز ويتم ضخ الغاز من هذه المدافن بالاستخدام أنابيب ويستخدم هذا الغاز لتوليد الكهرباء.

- **حرق النفايات:** وهي طريقة من طرق التخلص من النفايات، إن هذه الطريقة وطرق التخلص بالحرارة العليا تسمى (العلاج الحراري)، هذه المحارق تقوم بتحويل النفايات والى حرارة وغاز وبخار ورماد. يتم حرق النفايات أما من قبل الأفراد أو من قبل الصانع أو المنتج، وهي تستخدم للتخلص من النفايات الصلبة والسائلة والغازية، وتعتبر هذه الطريقة وسيلة عملية للتخلص من النفايات الخطرة والمواد البيولوجية مثل النفايات الطبية، حرق النفايات هي طريقة مثيرة للجدل بسبب انبعاث الملوثات الغازية، إن حرق مواد مثل الديوكسين يكون لها عواقب بيئية خطيرة في المنطقة على الفور. هذه الطريقة شائعة في كثير من الدول مثل اليابان حيث المساحات غير المسكونة قليلة جدا ولا تتطلب هذه الطريقة مساحات شاسعة كالتي تتطلبها طريقة دفن النفايات.

- طرق التخلص من النفايات:

إن مجمل المواد البلاستيكية مكونة من عنصر واحد من المواد أي أنه من السهل إعادة تدويرها نسبيا، أما الأجهزة الكهربائية والكمبيوتر فتكون إعادة تدويرها أكثر صعوبة ويرجع ذلك إلى الحاجة لتفكيك وفصل وإعادة تدوير.

- إعادة التدوير البيولوجي للنفايات: هي عملية إعادة تدوير المواد العضوية مثل النبات وفضلات الطعام والمنتجات الورقية، إذ يمكن إعادة تدويرها إلى سماد بيولوجي والتي يستخدم في عمليات التحلل العضوي في الزراعة. والغاز الناتج عن هذه العملية هي غاز الميت الذي يستخدم انبعائه في توليد الطاقة الكهربائية. إن الغاية من هذه العملية هو تسريع تحلل المواد العضوية. طرق التحلل البيولوجي مختلفة فهناك الهوائية واللاهوائية وهناك طرق هجينة بين الطريقتين السابقتين.

- استرداد الطاقة: يمكن استخدام النفايات بشكل مباشر للحصول على وقود ويمكن أيضا إعادة معالجتها للحصول على نوع آخر من الوقود يقوم تحويل المواد الصلبة والسائلة والغازية الي طاقة عن طريق توليد البخار والتحول الحراري والتغويز والتوربيات ويمكن تحويلها إلى الكربون المنشط وقوس البلازما.

II- تطور دور الدولة في تسيير الفضلات الصلبة في الجزائر:**1-2- المرحلة الأولى: مرحلة التصنيع المصنع:**

إن الاختيارات الصناعية للجزائر بدأ تنفيذها بعد سنة 1966 في إطار خطة تنموية بعيدة المدى، تركز في جوهرها على التصنيع كاختبار وأسلوب تنموي أساسي لإخراج البلاد من الوضعية المتدهورة والموروثة عن العهد الاستعماري وإقامة اقتصاد وطني قوي ومستقل. وقد تم التركيز لتحقيق هذا الاختبار على إعطاء الأولوية للمشاريع الاستثمارية مرتفعة التراكم والتي تتمثل في الصناعات المصنعة، (المحروقات، البتروكيميائية، الحديد، الصلب والميكانيك) ذات كثافة رأسمالية وتكنولوجيا عالية تقوم بتحقيقها مؤسسات كبيرة في شكل مركبات ومصانع ضخمة تابعة في مجموعها لقطاع الدولة (القطاع العام). تحددت معالم هذه السياسة في الجزائر من خلال المخططين الرباعيين: ففي هذه المرحلة حاولت تحقيق شرط الانطلاق وبناء القاعدة التقنية الاقتصادية والاجتماعية، تحاول ضمان حاجات السكان والتقليل من الفوارق بين المدن والأرياف.

عمدت الدولة في تنفيذ سياسة التصنيع على إنشاء وحدات إنتاجية ذات أحجام كبيرة. فكان من نتائجه ظهور عدة أقطاب صناعية على مجموع الوطن نتج عنها تجمعاً مادياً وبشرياً. غير إن هذه الأقطاب كانت عاجزة على استقبال هذه التجمعات البشرية فتولد عن ذلك مشاكل اجتماعية، (نزوح ريفي، مساكن قصديرية، البطالة...).

أقيمت هذه الوحدات في كثير من الأحيان على حساب الأراضي الفلاحية والمناطق الرعوية مثل حالة مصنع المؤسسة الوطنية للصناعات الكيماوية بمستغانم الذي الحق خسائر كبيرة بالأنشطة الزراعية وبنشاط الصيد البحري وهذا راجع للفضلات الكيماوية، إنشاء معمل الورق في مستغانم يستهلك كميات كبيرة من المياه إضافة إلى حمض الكلور.

شيد هذا المعمل على الشاطئ كما أنشئت له قناة للصرف الصحي طولها كلم واحد عرض البحار. ومع مرور الزمن تأكلت القناة وانكسرت وأصبح الصرف على الشاطئ.

- مركب الاسمنت لمدينة الشلف يتسبب سنويا في خسارة الإنتاج الفلاحي لهذه المنطقة بمقدار مليون دج.
- كما تسبب مركب الأسمدة الفوسفاتية لمدينة عنابة ب 1.5 مليون دج.
- أما مركب الإسمنت لحامة بوزيان (قسنطينة) فقد قضى على كل المنطقة الفلاحية في الحامة وفي المناطق المجاورة.

إضافة إلى أن القطاع الصناعي يستهلك كميات كبيرة من المياه ثم يعيد طرحها على شكل سوائل خطيرة، كما أنه يرمي نفايات صناعية سامة أخرى دون المعالجة ومع الأسف ترمي في القمامات العمومية والبيئة.

صناعة الحجار تنتج صفائح معدنية التي تحول إلى أنابيب ومواد حديدية مصنعة والفضلات تطرح في البحر الأبيض المتوسط حيث لوثته ولوثت المحيط.

الصناعات الكيماوية تسبب في مرض الربو لسكان المنطقة من خلال ما ذكر نلاحظ أن السياسة (الصناعات المصنعة) تنفقر إلى تهئية إقليم حيث ارتكبت أخطاء يدفع ثمنها الباهظ الحكومة والشعب الجزائري.

2-2- المرحلة الثانية: مرحلة الإصلاحات

مرحلة الثمانينات وهي المرحلة التي اتسمت بانخفاض الأداء الاقتصادي وتميزت بظهور نفوذ البرجوازية وتراكم الثروات لديهم واستثمار قسط منها في المجال الاقتصادي الخاص، خلال هذه المرحلة انتهجت الجزائر سياسة انفتاحية والانتقال إلى البرجوازية الاقتصادية والتي تحددت معالمها مع نهاية الثمانينات.

ما يميز السياسة الصناعية خلال هذه المرحلة هو القطيعة التامة مع تلك التي عرفتها العشرية الماضية. وفي مطلع الثمانينات أصبح يعاني الاقتصاد الجزائري من صعوبات واختلافات كثيرة نذكر منها مايلي: انخفاض معدل نمو الناتج الداخلي الخام/ تنامي عجز الميزانية العامة للدولة، وارتفاع معدل التضخم، ارتفاع معدل البطالة، ارتفاع حجم المديونية الخارجية وتكلفة خدماتها.

إن فشل الإصلاحات الاقتصادية في علاج الصعوبات والمشاكل من جهة وتعميق الصراع السياسي من جهة ثانية ولهذا السبب لجأت الجزائر إلى إعادة جدولة ديونها الخارجية وتبني برنامجي "التكيف والتعديل الهيكلي" الذين تنصب جهودها بشكل عام على هدفين رئيسيين: أحدهما هو إعادة التوازن الاقتصادي الكلي لاحتواء التضخم وتحسين ميزان المدفوعات ولآخر هو تحسين كفاءة استخدام الموارد الاقتصادية والسعي لتوسيع وإنماء الطاقات الإنتاجية للجزائر بما يؤدي إلى تحقيق النمو الاقتصادي المستمر وزيادة فرص العمل وخاصة المنتج وتحسين مستويات المعيشة للسكان.

مع الأسف نلاحظ أن هذه المرحلة لم تساهم بتاتا في تحسين المحيط ومحاولة إيجاد حلول للمشاكل البيئية التي تسببت فيها المرحلة الأولى. كان شغلها الشاغل أن تتحصل على نتائج مشجعة وإيجابية فيما يخص التوازنات المالية الداخلية والخارجية وتحسين العديد من المؤشرات على مستوى الاقتصاد الكلي. مما جعل الآثار السلبية على المحيط تزداد في جميع الميادين (صناعة، الإسكان، إلى غير ذلك). انعدام اهتمامها بالبيئة والتهيئة الإقليم.

في هذه المرحلة كانت هناك مندوبة حماية البيئة ولكن نشاطها ضئيل أو منعدم كما كانت توكل لها أي قرارات.

2-3 المرحلة الثالثة: مرحلة بداية الاهتمام بالقضايا البيئية

خلال هذه المرحلة أنشأت وزارة البيئة وهيئة الإقليم حيث أصبحت المحافظة على المحيط الشغل الشاغل لكل الحكومات المتتالية كما أصبحت المخططات تخضع لمقاييس التنمية المستدامة.

كما جمعت النصوص التشريعية المتعلقة بالمحيط وهيئة الإقليم على شكل مواد مرقمة وموزعة بشكل منظم ضمن مؤلف شرعي يسمى "قانون البيئة"، نشر في ملحق رقم 914-2000 من 18 سبتمبر 2000، هذا القانون يوضح من بين المبادئ العامة مايلي:

- قوانين ونظم تنظم حق كل فرد لمحيط سليم.
- من واجب كل فرد أن يسهر على الحفاظ والمساهمة في حماية المحيط.
- الكائنات العمومية الخاصة من واجبهم الامتثال إلى نفس المتطلبات كما حدد "قانون المحيط"، الأهداف الواجب احترامها من أجل تسيير الفضلات نذكر منها مايلي:

- تخفيض مضرات الفضلات،
- تنظيم نقل الفضلات،
- تميم الفضلات من أجل إعادة استعمالها، ورسكلتها وتدويرها،
- تحسيس الجمهور بنتائج مضرات الفضلات على المحيط والصحة العمومية.

خلال هذه الفترة أصدرت الوزارة المعنية بإصدار عدة قرارات في الجريدة الرسمية، كما أنها فرضت على كل المؤسسات الاقتصادية الملوثة للمحيط إتاوة عقوبات، وصنفت ضمن المؤسسات الملوثة للبيئة.

كما ساهمت الوزارة في عدة ملتقيات دولية ومؤتمرات التي تحض المحافظة على البيئة والمحيط وصادقت على عدة اتفاقيات دولية.

تم إنشاء مديرية تنفيذية للبيئة في كل ولاية من ولايات الجزائر ومخابر جهوية للبيئة، وأصبحت مادة المحافظة على البيئة تدرس في مراكز التكوين المهني، وأصبح يخصص للنفايات الصلبة مراكز للتخزين التقني، في كل ولاية وتتم هذه العملية على المستوى المحلي.

كما قامت الوزارة بفرض رسوم على كل من يساهم في تلويث البيئة ومنها مايلي:

- رسم على النشاطات الملوثة أو الخطيرة على البيئة تم فرضها من طرف قانون المالية لسنة 1992 المادة 117،
- رسم ملحق على تلوث الغلاف الجوي مؤسس من قانون المالية 2002 المادة 205،
- رسم تحفيزي على عدم تخزين المواد الصناعية الخاصة أو الخطيرة قانون المالية 2005 المادة 203،
- رسم إضافي على المياه الملوثة الصناعية قانون المالية 2003 المادة 94،
- رسم على الفضلات المنزلية مؤسسه بقانون المالية 2002 المادة 11،
- رسم تحفيزي على عدم تخزين الفضلات الناتجة عن المصحات والمستشفيات قانون المالية 2002 المادة 204،
- رسم على صناعة الأكياس البلاستيكية قانون المالية 2004 المادة 53،
- وأخيرا رسم على المحروقات.

* اهتمامات الدولة الجزائرية بالنفايات الصلبة

نظرا لتطور إنتاج النفايات الصلبة بالجزائر الناتج من المراحل السابقة. كما أن هذا الازدياد المتواصل أثر سلبا على الاقتصاد الوطني من جهة وعلى محيط الإنسان وبيئته.

إن مشكلة تنامي أكداس القمامة في كل مكان من مدن وطننا أصبحت مشكلة يعاني منها المواطن الجزائري يوميا، كما أنها مضرّة بالصحة وتشوه المناظر الطبيعية.

أما فيما يخص النفايات المتعلقة بالجلود، (Amouri A, 1990)، في منتصف الثمانينيات قدرت بحوالي 5076 طن وازدادت إلى 7165 طن في 1990 ووصلت في سنة 2000 إلى حوالي 20000 طن سنويا. كما قدرت خلال الثمانينيات نفايات المناطق الصناعية والوحدات العمومية والخاصة بمدينة الجزائر العاصمة لوحدها بأكثر من 8000

طن يوميا متمثلة أساسا في الورق والكرتون والخشب والخردة والحديد والزجاج والبلاستيك والنحاس والنسيج ونفايات أخرى. وهذه الصورة ما هي إلا صورة مختصرة عن تطور النفايات بصفة عامة في الجزائر وبالخصوص المتعلقة بالنفايات الصناعية.

أما فيما يخص نفايات القطاع الصناعي، فإنها في تزايد مستمر مثلا نفايات قطاع النسيج في سنة 1989 كانت تقدر بحوالي 10662 طن ووصلت إلى 221154 طن في سنة 2000.

* دور النفايات الصلبة في الاقتصاد الوطني الجزائري:

بعدما كانت النفايات الصلبة عبئا على عائق الدولة حيث كانت تتحمل جميع التكاليف (الجمع والتفريغ والإزعاج والأمراض ومكافحة الحشرات)، بفضل تنمية البيئة أصبحت النفايات الصلبة مورد للاقتصاد الجزائري (مناصب شغل جديدة لعمال الفرز والرسكلة). كما ساهمت الدولة في حفظ وإعادة الاعتبار لمئات الهكتارات المتلفة، وأعيد إدماجها في المخططات العمرانية واسترجاعها ضمن الأراضي الفلاحية الخصبة.

أصبحت النفايات الصلبة مادة أولية تدخل في الصناعة ويعاد تدويرها وعلى هذا الأساس لجأت الدولة إلى عملية فرز القمامة من أجل تصنيع بعض المواد مثل البلاستيك والزجاج والورق أما المواد العضوية والتي هي عبارة عن فضلات المطابخ وبقايا مواد الطعام يمكن تحويلها إلى سماد عضوي يضاف إلى التربة لتحسين خصائصها الزراعية. وبطريقة الفرز يمكن التخلص من كمية القمامة التي ترسل إلى المطامر، وهناك تجارب ناجحة ومعتبرة في هذا المجال ونذكر منها مايلي:

- **بالنسبة للنفايات الحديدية:** أصبح مركب الحجار للحديد والصلب يشتري النفايات الحديدية حيث يتم إعادة تصنيعها. هذه النفايات أصبحت تشكل مورد مالي للدولة ومصدر دخل كبير لكثير من العائلات.
- **نفايات الدواجن:** تلوث المحيط عن طريق الروائح الكريهة وتحمل مساحات كبيرة وخاصة التربية الصناعية للدواجن. أما حاليا بفضل التنمية المستدامة، أصبحت تخزن حتى تخمر ثم يتم استعمالها كأسمدة عضوية للأراضي الفلاحية ابتغاء في زيادة الإنتاج الجيد لأنها أسمدة عضوية طبيعية (BIO).

- **تصنيع المنتجات الحليبية:** سابقا كان الماء الناتج عن تخمير الحليب (**Lactosérum**) يرمى ولا تتم الاستفادة منه. أما الآن بفضل الدراسات أصبح يستغل كغذاء أساسي لأنه غني بالأملاح المعدنية والفيتامينات ومفيد لتربية المواشي وخاصة عند صغار الأبقار. بعد ما كان لاكتوسيروم نفاية ترمى أصبح عضوا أساسيا في التغذية الحيوانية وغير مكلف وهو يصلح كإنتاج ذاتي هذه العملية مطبقة في مزارع متواجدة في بجاية.

- **تصنيع زيوت المعاصر:** ينتج عن طحن وعصر الزيتون منتجين جزئيين (نواة زيتون مكسر Grignon، جيلاتينو Gélatineux) فيما يخص بقايا الزيتون كانت ترمى في القمامات وكانت تلوث الموارد المائية الباطنية كونه يحتوي على حمض الكبريت المضر بالصحة لأنه مادة سامة. أما حاليا فأصبحت تستعمل في التغذية الحيوانات حسب نمط الحفظ تستعمل على شكلين:

- **الشكل الأول** طازج مدة الحفظ لا تتجاوز 15 يوم بعيدة عن الرطوبة والضوء (مكان داكن) وعلى سمك 80 سم. الشكل الثاني مجفف ينشر ويجفف تحت أشعة الشمس وتحفظ خلال مدة أكثر من 45 يوم. الكميات الموصى بها في التغذية الحيوانية 4 إلى 5 كغ في اليوم للبقرة الحلوب، 2 إلى 3 كغ في اليوم لصغار البقر، 0.5 إلى 1 كغ للغنم والماعز، مع العلم أن القنطار من الزيتون يعطي 40 كغ في القنطار.

- **أما المادة الثانية** هي المارجين Margine كانت ترمى في مسالك صرف المياه وينجم عنها تفجيرات في قنوات الصرف لأنها تحتوي على غاز ثاني أكسيد الكبريت. أما الآن بعد عملية التخزين والتخمير (المدة ثلاثة أشهر) أصبحت تستعمل كأسمدة.

- **نواة التمر:** في الجنوب الجزائري تستعمل كعلف للمواشي كما أنها أصبحت مصدر تسخين وطهي طعام لأن درجة حرارة النواة عند إشعالها تفوق درجة حرارة الخشب.

• **صناعة السكر:** من البنجر السكري بعد تكرير السكر ينجر عنه بقايا التورتو Turtoux تقدم كتغذية للبقر الحلوب من أجل تزويدها بالطاقة الحرارية. (ولاية بجاية، 2005).

• **بالنسبة لصناعة الإسمنت والأسمدة:** فرض عليها وضع مصفاة في أعلى الفرن لمنع أو تخفيض تسرب الموارد الصلبة (الغبار) في الغلاف الجوي والحفاظ على صحة المواطنين من الأمراض الصدرية والحساسية (مما يوفر على الدولة أغلفة مالية كانت تخصص لشراء الأدوية بالعملة الصعبة) كما أن الغبار مصدر إتلاف هكتارات من الأراضي الفلاحية حيث كان يسبب غلق مسامات النباتات الفلاحية.

وتعتبر هذه الطريقة اقتصادية بحتة وعلمية بالدرجة الأولى تحث على التشجيع العلمي ومراعاة الجانب العلمي في البحث. أصبحت الفضلات التي كانت سابقا في القمامات تسبب الإزعاج والأضرار للبيئة والمواطن مصدرا للبحوث وإيرادات مالية تعود بالخير الحميم للاقتصاد الجزائري من جهة، والمنفعة للعباد، بفضل السياسة الرشيدة المنتهجة من طرف وزارة البيئة وتهيئة الإقليم.

رغم الجهود المبذولة ورغم الإستراتيجية المتبعة من طرف الوزارة في مجال حماية وتطوير البيئة، إلا أن هناك نقائص كثيرة في تسيير وإدارة النفايات أهمها:

- بين القطاعات والتداخل في الصلاحيات والاختصاصات ما بين القطاعات الوزارية والبلديات في تسيير مراكز الدفن التقني المسجلة عبر مخططات التنمية للولايات.
- مازال يمارس التسيير الفوضوي للمفارغ العمومية المنتشرة عبر عدة ولايات (جزائر، عنابة، قسنطينة) حيث ترمى بطريقة مخالفة لقوانين البيئة والصحة دون أي عملية فرز أو تصنيف واسترجاع أو حتى تدمير للمواد السامة التي ترمى يوميا. مثل المواد الطبية والصيدلانية والمواد التي تستعمل في المستشفيات والمبيدات، وحسب ممثلي جمعيات البيئة فإن الفوضى الحاصلة على مستوى المفارغ العمومية ناتجة عن بعض الولاة الذين يتخذون قرارات ارتجالية بإنشاء

مؤسسات دون أي دراسة، وتوكل مهمة تسييرها إلى بلديات أثبتت فشلها بعد فترة وجيزة من التسيير.

- هناك نزاعات بين البلديات حول كيفية استغلالها وطريقة تسديد حقوق رمي النفايات ورفض كثير من مسئولى البلديات التي تتواجد فوق أراضيها هذه المفارغ العمومية السماح بدخول شاحنات القمامة التابعة لبلديات أخرى رفضت تسديد المستحقات مما دفع أصحاب الشاحنات إلى تفريغ حمولات بعشرات الأطنان على مستوى الطرقات والأودية المحاذية لهذه المفارغ العمومية كما وقع بمفرغة البركة الزرقاء بلدية البوني بولاية عنابة ومفرغة الهريّة بقسنطينة.

- إن السبب الرئيسي الذي تسبب في نشوب هذه النزاعات هو تأخر صدور قرارا واضحا يحدد الطبيعة القانونية للمؤسسة التي ستشرف على تسيير 11 مركزا للدفن عبر الوطن والتي رصدت الهيئات العليا لإنجازها حوالي 30 مليار سنتيم للحد من فوضى جمع وتفريغ مئات الأطنان من النفايات في مفارغ عمومية مهمة وتفقر لأدنى التقنيات.

- تواجه الجزائر مصاعب كثيرة في مجال معالجة النفايات، بسبب بعض البلديات في دفع الرسوم المستحقة على تسيير وجمع فضلات إقليمها الجغرافي.

- كما تعاني الجزائر من عدم قدرتها على تحويل النفايات، بسبب عدم امتلاكها التقنيات الضرورية للمعالجة، وهو ما يرغمها على فتح السوق أمام الاستثمارات الخاصة، لرسكلة النفايات.

- معظم مراكز معالجة النفايات هي في طور التجميد منذ فترة ليست بالقصيرة، كما يحترز آخرون على عامل عدم اعتناء السلطات بتطوير مراكز تصنيع النفايات مثلما هو عليه الحال في ضاحية أولاد فايت (20 كلم شرق العاصمة)، ما سبب تسرب مواد سامة وتضرر المياه الجوفية، وعدم ملائمة طرق معالجة النفايات مع الطرق المعمول بها في دول عربية رائدة في هذا المجال.

- استعانت الجزائر بالخبرة الألمانية، ووفقا لآخر التقديرات التي استندت إلى دراسات مسحية، فإن هنالك على الأقل 20 منطقة صناعية ومنطقة نشاط صناعي موزعة

عبر الوطن بالقرب من المدن الكبرى بالخصوص تمثل عامل قلق في مجال النفايات الصناعية وتشمل منطقة حاسي بن عقبة وحاسي بونيف بوهران، هذه الأخيرة استفادت من مركز ردم تقني.

- ولقد سجلت الجزائر تأخرا كبيرا في مجال معالجة النفايات الصناعية والخطيرة، حيث اعتمدت عام 2003 على مخطط وطني لتسيير ومعالجة النفايات الخاصة والذي تضمنه القانون 01-19 المؤرخ في 12 ديسمبر 2001 المتعلق بتسيير ومراقبة والقضاء على النفايات، إلا أن الإطار القانوني لم يكن كافيا للحد من الظاهرة التي أخذت أبعادا مقلقة ما بين 2005 إلى 2008، كما تأخرت الجزائر في تجسيد مشاريع مراكز الردم التقني ومعالجة النفايات الصناعية والخاصة أيضا ومن المنتظر أن تعرف مناطق أخرى مشاريع مماثلة لردم النفايات الصناعية بعد معالجتها خاصة مناطق الوسط والغرب التي تعاني من زيادة كبيرة للنفايات الصناعية ومن التلوث الصناعي.

III- النتائج والتوصيات

3-1- النتائج:

لقد حققت الجزائر العديد من الانجازات والنتائج في مجال التعامل مع النفايات والمخلفات بكل أنواعها حيث:

- أصبح تعريفها للمخلفات الصلبة بأنها مواد أولية يجب ألا تضيع بل يعاد تصنيعها.
- أصبحت النفايات موردا يجب الاستفادة منه. بعدما كانت النفايات الصلبة تؤثر سلبا على الاقتصاد الوطني وعلى الصحة العمومية والبيئة والمحيط الاجتماعي.
- أصبحت النفايات موادا أولية يمكن لها أن تدخل في الصناعة ويعاد تدويرها وبالتالي تستطيع المحافظة على هذه المواد من الاستشراق وخصوصا أن أغلبها قابل للنفاد.
- لجأت الدولة إلى عملية فرز القمامة من أجل إعادة تصنيع بعض المواد كالبلستيك، الزجاج، والورق.

3-2- التوصيات:

- تطوير عمليات الاستفادة من المواد العضوية التي تمثل نفايات المطابع وبقايا الطعام التي يمكن تحويلها إلى سماد عضوي يضاف إلى التربة لتحسين خصائصها الزراعية وبطريقة الفرز يمكن التقليل من حجم القمامة التي ترسل إلى المفاوغ.
- ضرورة إنشاء مراكز أو محطات تستقبل وتقوم بفرز النفايات ثم تعيد بيعها إلى المؤسسات التي تحتاجها لغرض إعادة تصنيعها وتحويلها إلى سلع "مثلا مؤسسة صغيرة بديدوش مراد تقوم بشراء القارورات البلاستيكية وتعيد تدويرها وصنعها فتتحصل على أحمية بلاستيكية (لبشامق)".
- تسمح هذه العمليات بتوفير الطاقة لأن التصنيع من الخامات يتطلب طاقة أكبر مثلا صهر الرمل يتطلب طاقة أكبر عند تحويله. ولهذا جمع الزجاجات وإعادة صهرها يوفر الطاقة.
- أهمية توعية الطلبة وتلاميذ المدارس والمتوسطات والثانويات وتشجيع متطوعين من الجامعات من أجل الترويج لهذا المشروع.
- تكثيف حملات التوعية ونشر المعلومات والإرشادات وتشجيع المواطنين للتعاون من أجل مصلحتهم.
- دراسة سوق العمل ومعرفة عدد المصانع والمعامل والشركات المهتمة بشراء المخلفات بأنواعها البلاستيكية والورقية والزجاجية والمعدنية وما هو نوع الدعم الذي يمكن أن تقدمه هذه المعامل لقاء تزويدها بهذه المواد الأولية.
- كما تساهم في تشجيع أصحاب رؤوس الأموال على بناء معامل صغيرة تستعمل هذه الفضلات (مثلا تشجيع عمليات إعادة تصنيع الورق وتحويله إلى ورق تواليت أو ورق لطبع الجرائد أو علب الكارتون التي تستعمل في التغليف).
- لإنجاح هذا المشروع يتطلب تضافر جهود العديد من الوزارات إضافة إلى جهود منظمات المجتمع المدني.
- كما يجب أن يرفق هذا المشروع بقوانين صارمة التي تحاسب وتعاقب وتجبر المخالفين على رفع الضرر وحث المواطنين عن طريق المعلومات البسيطة والمكثفة كل حسب مستواه إلى التعاون من أجل الصالح العام.

قائمة المراجع

المراجع العربية

- الأمانة العامة للحكومة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد رقم 6 لسنة 1983 المتضمن قانون حماية البيئة.
- الأمانة العامة للحكومة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد رقم 30 لسنة 1986 المتضمن قانون المياه.
- المكتب الوطني للدراسات المختصة بالتنمية الريفية، الدراسة الخاصة بالمخطط المتعلق بالتنمية الفلاحية والريفية لولاية بجاية، 2005، الجزائر.
- عبد القادر محمد عبد القادر عطية، اتجاهات حديثة في التنمية، الدار الجامعية 2000، الاسكندرية، مصر.
- عيسى بن ناصر، الآثار الاقتصادية والاجتماعية لبرنامج التكيف والتعديل الهيكلي في الجزائر، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، الجزائر.
- ميلود تومي، ضرورة المعالجة الاقتصادية للنفايات مجلة العلوم الإنسانية جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.

المراجع الأجنبية:

- Cahier de charges pour l'exploitation du centre d'enfouissement technique de Batna EURL –NEE. Filiale du group E.E.C certifiée ISO 9002.
- Gestion des déchet: guide pour les établissements publics d'enseignement supérieur ou de recherche INS ER. CNRS- INR A.
- Leroy J.BM Les déchets et leur traitement, que sais je? PUF; Paris; 1994, 2éme 2d. PP15-16.
- Manuel d'information sur la gestion des déchets solides urbains. Edité pour le, Ministère de l'Aménagement du Territoire et de l'Environnement Alger-Juillet 2001.

السلوك الإيجابي الخطر وأثره على وفيات الرضع والأطفال ودور خدمات الأمومة الآمنة في الحد من خطورته في مصر، 2008¹

منى السيد عراره²

I- مقدمة

كي تحقق بعض السيدات حلم الأمومة قد يلجأن إلى الحمل في توقيتات قد تعرض إما حياتهن أو حياة مولودهن أو كلاهما للخطر، ويمكن أن يكون الحمل ذي خطورة عالية لأسباب عدّة؛ بعضها يتعلق بالأم وبعضها يتعلق بالجنين، ومن هذه الأسباب المتعلقة بالأم ما يمكن التحكم فيه وهو ما يتعلق بسلوك السيدة الإيجابي.

ويقصد بالسلوك الإيجابي هنا العمر عند الإنجاب وعدد مرات الإنجاب والفترة بين الحمل والسابق له، ويعرف السلوك الإيجابي الخطر على أنه أي من الحالات التالية:

- الإنجاب قبل سن 18 سن.
- الإنجاب في عمر 35 سنة فأكثر.
- إنجاب 4 مواليد أو أكثر.
- إنجاب مولود بعد أقل من 24 شهر منذ ولادة المولود السابق له (Rutstein & Rojas, 2006).

1-1- أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى:

- التعرف على مدى انتشار السلوك الإيجابي الخطر بين السيدات وتبايناته.
- تحديد العوامل المؤثرة على انتشار هذا السلوك الخطر بين السيدات.

¹ ملخص رسالة ماجستير مقدمة لقسم الإحصاء الحيوي والسكاني في معهد الدراسات والبحوث الإحصائية في جامعة القاهرة.

² مسؤولة تجهيز وتحليل البيانات في البرنامج العربي لصحة الأسرة - جامعة الدول العربية. mona.elsayed@gmail.com

- تحديد العوامل المؤثرة على حصول الأمهات على خدمات رعاية الأمهات.
- قياس تأثير السلوك الإيجابي الخطر على وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة.
- قياس أثر استخدام خدمات برامج الأمومة الآمنة في الحد من تأثير السلوك الإيجابي الخطر على وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة.

II- ملخص لأهم النتائج

خلصت الدراسة إلى عدة نتائج، يتم عرضها فيما يلي:

2-1- بعض ملامح الحياة الإيجابية

يتبين أن هناك ظواهر تهيئ للسيدة أن تسلك سلوكاً إيجابياً خطراً، حيث أظهرت البيانات أن 5% من السيدات المبحوثات في عمر (15-49) سنة يتزوجن قبل بلوغ 15 سنة وواحدة من بين كل أربع سيدات في العمر (20-49) سنة يتزوجن قبل بلوغ الثامنة عشر. وتتجب 29% من السيدات اللاتي يبدأن حياتهن الزوجية قبل بلوغ 18 سنة مولودهن الأول خلال أقل من سنة بعد الزواج مما يعني أن السيدة قد تتجب في هذه الحالة قبل بلوغ 18 سنة أيضاً، حيث أن متوسط العمر عند إنجاب المولود الأول لهؤلاء السيدات هو 17.8 سنة. وإجمالاً فإن سيدة من بين كل عشر بالغات في عمر (15-19) سنة يبدأن حياتهن الإيجابية بالفعل في هذا العمر.

أما فيما يخص توجه السيدة للمباعدة بين الولادات ولتحديد العدد الذي ترغب في إنجابه فإن 58% تقريباً من السيدات (15-49) سنة المتزوجات يستخدمن وسائل حديثة لتنظيم الأسرة، بينما لا تستخدم ربع السيدات أي وسيلة ولكن ينوين الاستخدام في المستقبل. وتوجد سيدة واحدة من بين كل سبع سيدات لا تستخدم ولا تنوي الاستخدام مستقبلاً، وفي المتوسط تريد أن تتجب السيدة ثلاثة أطفال تقريباً. وبلغ معدل الخصوبة الكلي 3 مواليد لكل سيدة، ومتوسط عدد الأطفال الذي تتجبه السيدات السابق لهن الزواج بنهاية حياتهن الإيجابية أي السيدات في العمر (45-49) سنة هو 4.5 مولود ويصل إلى 6 مواليد تقريباً بين السيدات الأفقر. وتستمر السيدة في الإنجاب لما بعد الثانية والثلاثين من العمر وتتجاوز الخامسة والثلاثين إن تزوجت بعد بلوغها 25 سنة أو أكثر.

2-2- تباينات ومحددات السلوك الإيجابي الخطر

بلغت نسبة السيدات (40-49) سنة اللاتي شمل سلوكهن الإيجابي طوال حياتهن أثناء إنجاب أي مولود أياً من جوانب الخطورة 77.9%. وتزداد هذه النسبة بين اللاتي بدأن حياتهن الزوجية قبل بلوغ 18 سنة مقارنة بالأخريات وكذلك بين الريفيات وذوات التعليم المنخفض والفقيرات وغير الملتحقات بسوق العمل مقارنة بقريناتهن من الحضريات وذوات التعليم العالي والأغنياء والعاملات. كما أن وفاة أطفال للسيدة يدفعها إلى انتهاج سلوك إيجابي يتصف بالخطورة لمحاولة تعويض الأطفال المتوفين.

وأظهرت النتائج أن العوامل المحددة لتوجه السيدة نحو السلوك الإيجابي الخطر حسب الأهمية هي كالتالي: (1) عدد المواليد الذي ترغب السيدة في إنجابه، (2) الاستخدام السابق لوسائل تنظيم أسرة حديثة، (3) إنجاب السيدة لمواليد أحياء توفوا فيما بعد، (4) المستوى التعليمي للسيدة، (5) العمر عند الزواج الأول، (6) محل إقامة السيدة (حضر/ريف)، (7) المستوى التعليمي للزوج، (8) المستوى الاقتصادي للأسرة.

وأوضحت النتائج أن العوامل التي تدفع السيدة إلى أن تسلك سلوكاً إيجابياً خطراً هي رغبتها في أن تنجب عدد كبير من الأطفال، ووفاء مواليد لها من قبل، وإقامتها في الريف، وزواجها قبل 18 سنة، وتدني مستواها الاقتصادي. وبالتعرف على خصائص السيدات اللاتي يسلكن سلوكاً إيجابياً خطراً من واقع نتائج النموذج، وجد أن الاحتمالات الأعلى هي بين السيدات الفقيرات اللاتي لم يحصلن على أي شهادة دراسية ممن يعشن في الريف وقد تزوجن قبل الثامنة عشرة من العمر، بينما الاحتمال الأقل وجد بين السيدات في الحضر ممن حصلن على شهادة ثانوية أو أعلى والأغنياء واللاتي بدأت حياتهن الزوجية في عمر الثامنة عشر أو أكبر.

2-3- رعاية الأمهات

أظهرت النتائج أنه تمت متابعة الحمل في ثلثي المواليد تقريباً خلال الفترة (2003-2008) وتبين وجود فروقات حسب الخصائص المختلفة حيث تقل هذه النسبة لتبلغ 49% تقريباً بين مواليد ريف وجه قبلي ومواليد الأمهات اللاتي لم يحصلن على أي شهادات

دراسية والفقيرات. كما أوضحت النتائج أن 7 ولادات تقريباً من بين كل عشر أثناء تلك الفترة تمت في مؤسسة صحية وكانت 8 منهم بحضور كادر طبي. وتلاحظ أن نسبة الأمهات اللاتي تلقين رعاية صحية بعد الولادة من قبل كادر طبي مؤهل بلغت 66% تقريباً، وترتفع هذه النسبة بين السيدات الأغنى لتصل إلى 90% تقريباً بينما تنخفض إلى 41% بين السيدات الأفقر. وبلغت بالكاد نسبة اللاتي حصلن على الرعاية أثناء المراحل الثلاثة النصف وترتفع هذه النسبة أيضاً بين السيدات الأغنى لتصل إلى 82% تقريباً بينما تنخفض بين السيدات الأفقر إلى حوالي 21%.

وبالنظر إلى نسب تلقي الرعاية المتكاملة حسب السلوك الإيجابي للأم وقت إنجاب المولود، أظهرت النتائج أن أكثر نسب متابعة كانت بين الأحمال الخطرة بصورة لا يمكن تجنبها أي المولود الأول للسيدات في عمر (18-34) سنة وقد وقد يُظهر ذلك وجود اهتمام بالمولود الأول وبلغت هذه النسبة 63% تقريباً، ولكن تلاحظ انخفاض نسب المتابعة بزيادة جوانب الخطورة في السلوك الإيجابي للأم.

وبإجراء تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي للتعرف على العوامل الأكثر تأثيراً على توجه السيدات لتلقي الرعاية الصحية للحمل والولادة وما بعدها وبمراعاة المتغيرات الخاصة بالسلوك الإيجابي منفصلة، ظهرت النتائج أن العوامل الأكثر تأثيراً على تلقي الأم لخدمات رعاية الأمومة خلال المراحل المختلفة حسب أهميتها هي: (1) المستوى الاقتصادي، (2) الإقليم، (3) المستوى التعليمي للسيدة، (4) من بيده قرار حصول السيدة على الرعاية الصحية، (5) الحالة العملية للسيدة، (6) وفاة أطفال للسيدة من قبل، (7) ترتيب المولود، (8) المستوى التعليمي للزوج، (9) عمر الأم عند إنجاب المولود.

حيث تلاحظ أن تدني المستوى الاقتصادي للسيدة وإقامتها في ريف محافظات صعيد مصر أو وجه بحري أو محافظات الحدود وعدم حصولها على أي شهادة دراسية وعدم اتخاذها القرار فيما يخص تلقيها الرعاية الصحية وعدم التحاقها بسوق العمل وعدم حصول زوجها على أي شهادات دراسية يقلل من احتمالات تلقيها خدمات رعاية الأمومة.

وفيما يخص المتغيرات الخاصة بالسلوك الإيجابي، تشير النتائج إلى أن الأمهات يقل اهتمامهن بالتوجه لتلقي الرعاية الصحية المتكاملة عند إنجاب المولود الرابع أو ما بعده مقارنة بنسب توجههن عند إنجاب المولود الأول أو الثاني أو الثالث. كما تشير النتائج إلى أن وفاة أطفال أنجبتهم السيدة قبل إنجابها لمولودها الجديد يكون دافعاً لها للتوجه للحصول على الرعاية اللازمة أثناء الحمل والولادة وما بعدها.

وبالتعرف على خصائص السيدات اللاتي يحصلن على الرعاية الصحية المتكاملة من واقع نتائج النموذج، تلاحظ أن أعلى احتمال لحصول السيدة على مثل هذه الرعاية كان بين السيدات في الحضر ممن حصلن على شهادة ثانوية أو أعلى من الأغنياء وعمرهن عند إنجاب المولود إما أنه أقل من 18 سنة أو بعد تجاوز العمر 34 سنة، بينما الاحتمال الأقل هو بين السيدات الفقيرات اللاتي لم يحصلن على أي شهادة دراسية ممن يعشن في الريف وكان عمرهن عند إنجاب المولود (18-34) سنة.

كما أكدت نتائج النموذج أن الاحتمالات الأقل لتوجه السيدة لتلقي الرعاية الصحية المتكاملة هي بين اللاتي تعددت جوانب الخطورة في سلوكهن الإيجابي وقت المولود وكانت الأعلى عند إنجاب المولود الأول للسيدات في عمر (18-34) سنة أي الحالة التي توصف بأنها خطرة ولكن بصورة لا يمكن تجنبها.

2-4- تغذية المولود وصحته

تشير البيانات إلى أن تقريباً 3 مواليد من بين كل عشر تلقوا الرعاية الطبية من كادر طبي مؤهل بعد الولادة إما مباشرة أو خلال الشهرين التاليين للولادة، وتتنخفض هذه النسبة إلى حوالي 20% إن كان المولود قد ولد خارج مؤسسة صحية. وبلغت نسبة المواليد ناقصي الوزن أي الذين يزنون أقل من 2500 جم 11% تقريباً. كما تظهر النتائج أنه يتم إرضاع غالبية المواليد (95.8%) رضاعة طبيعية ويبدأ أكثر من نصف المواليد (52.7%) الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى من العمر حسبما توصي به المنظمات الدولية المعنية. وبلغت نسبة استكمال التحصينات بين الأطفال في عمر (12-23) شهر 92% تقريباً.

وتزداد معاناة الأطفال من سوء الحالة التغذوية مع ازدياد جوانب الخطورة في السلوك الإيجابي للأم خاصة قصر القامة وظهرت هذه الزيادة بالصورة الأكبر بين المواليد الذين ولدوا خلال أقل من 24 شهر منذ ولادة المولد السابق لهم، وبحساب مستويات سوء التغذية بين الأطفال حسب الحالة التغذوية للأم نفسها؛ تبين أن معاناة الأم نفسها من سوء التغذية يزيد من فرص معاناة مولودها هو الآخر. كما تزداد نسب انتشار قصر القامة ونقص الوزن بين المواليد التوأم.

2-5- وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة ونتائج تحليل البقاء

حققت مصر انخفاضاً في معدلات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة عبر الفترة الماضية، وهي في طريقها لتحقيق الهدف الرابع والمتعلق بذلك من الأهداف التنموية للألفية، وتشير النتائج إلى أن 89% من وفيات الأطفال في مصر تحدث خلال العام الأول من حياة المولود. كما تلاحظ ارتفاع معدلات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الريف عنها في الحضر وبين الأطفال في الأسر الفقيرة مقارنة بالأسر الغنية، وكذلك ترتفع معدلات الوفاة بين الأطفال بانخفاض المستوى التعليمي للأم. كما ترتفع المعدلات بزيادة جوانب الخطورة في السلوك الإيجابي للأم؛ حيث أن معدلات الوفيات للمولود الرابع أو ما بعده تزيد عن تلك المعدلات بين مواليد الترتيب الأول أو الثاني أو الثالث للأم بصورة تتجاوز المرة ونصف. كما تتجاوز المعدلات بين المواليد الذين لم يمر 24 شهراً بين ولادتهم وولادة المولود السابق ضعف تلك المعدلات بين المواليد الذين مر عامين أو أكثر بين ولادتهم وولادة المولود السابق لهم. وتتنخفض معدلات وفيات الأطفال بتلقي الأم لخدمات رعاية الأمومة وبحصول المولود على الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى من ولادته. وعندما يتضمن سلوك الأم الإيجابي أكثر من جانب من جوانب الخطورة في نفس الوقت عند إنجاب مولودها فإن احتمال تعرضه للوفاة يزيد بأكثر من ثلاثة أضعاف احتمال تعرضه للوفاة إن لم تسلك السيدة أي سلوك إيجابي خطر.

وتظهر نتائج تحليل البقاء وجود علاقات معنوية بين كل من جوانب السلوك الإيجابي للأم وتلقيها لخدمات برامج رعاية الأمومة والرعاية الصحية للمولود من جهة ووفيات الرضع والأطفال من جهة أخرى. ويبقى الفارق الذي يحدثه تلقي خدمات رعاية الأمومة ثابتاً

تقريباً حتى في وجود جوانب خطيرة في السلوك الإيجابي للأم، مما يشير إلى أنه سيظل هناك خطر أكبر على وفاة الطفل ولكن سيبقى لخدمات برامج رعاية الأمومة دور في التقليل منه.

III- التوصيات

في إطار ما تم التوصل إليه من نتائج، فيمكن إيجاز أهم التوصيات فيما يلي:

- الحث على تجنب الممارسات الضارة والتي يأتي من ضمنها الزواج المبكر ودعوة على الحرص على عدم بدء الإنجاب في سن مبكرة حتى وإن تزوجت السيدة في سن مبكر.
- الارتقاء بمهارات العاملين في مراكز خدمات الصحة الإنجابية ورعاية الأمومة والتأكيد على تقديمهم للرسائل الصحية للمترددات على هذه المراكز فيما يتعلق بأهمية تلقي الرعاية الصحية أثناء المراحل الثلاثة؛ الحمل والولادة وما بعد الولادة.
- التأكد على رفع وعي العاملين الصحيين ومعرفتهم بالتوصيات الصحية الدولية خاصة فيما يتعلق بضرورة إرضاع المولود من الثدي خلال الساعة الأولى من الحياة واستمرار الرضاعة الطبيعية المطلقة لستة أشهر لنقلها بدورهم للأمهات.
- التشجيع على تعليم المرأة وتمكينها خاصة فيما يتعلق بقدرتها على اتخاذ قرارات تلقياها للرعاية الصحية.



Our Family Health Our Nation's Wealth

ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION

RESEARCHES and STUDIES

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

IN THIS ISSUE:

- SOCIO-ECONOMIC DETERMINANTS OF HUMAN DEVELOPMENT INDEX IN EGYPT: AN INTER-GOVERNORATES ANALYSIS USING PANEL DATA APPROACH.
- LEVELS, PATTERNS AND STRUCTURES OF LABOUR FORCE IN KINGDOM OF BAHRAIN IN 2001 AND 2010.
- IMPROVING MATERNAL HEALTH IN THE ARAB COUNTRIES SITUATIONAL ANALYSIS AND THE WAY FORWARD FOR THE POST -2015 ERA.



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

Volume VII - 18th Issue - June 2014

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 Abdel Monem

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 to 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@gmail.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
- Socio-Economic Determinants of Human Development Index in Egypt: An Inter-Governorates Analysis using Panel Data Approach.	
Amany Y. Gad.....	1-18
- Levels, patterns and Structures of Labour Force in Kingdom of Bahrain in 2001 and 2010.	
Maha Abdulla Sabt.....	19-42
- Improving Maternal Health in the Arab Countries Situational Analysis and the Way Forward for the Post-2015 Era.	
Maha El Adawy and Ahmed Abdel Monem,.....	43-66

Deposit Number:
G 06/ PER (2014)/ N18 (0506)

Socio-Economic Determinants of Human Development Index in Egypt: An Inter- Governorates Analysis using Panel Data Approach

Amany Y. Gad¹

Abstract

This study investigates the main socio-economic determinants of Human Development Index (HDI) by estimating two least square regression models using panel data during 2000-2007 for Egypt's governorates (excluding Luxor Governorate). Data for analysis were sourced from Egypt Human Development Reports, during the period 2000 – 2007. The study concluded that the life expectancy at birth playing an important role in increasing HDI, followed by adult literacy rate and real GDP per capita. Additionally, it is plausible conclusion of the second models that both life expectancy at birth, combined basic and secondary enrollment ratio, adult literacy rate and female participation in labor force playing an important role in increasing HDI, Increase the resources that allocated to develop and improve health services system to raise life expectancy at birth and reduce the infant mortality rate and enlargement of women participation in labor force are essential factor to enhance HDI.

Key Words: Human Development Index (HDI), Panel Data, Regression, Governorates.

¹ Cairo Demographic Center, Institute of National Planning, Egypt, amanygad@yahoo.com

I- INTRODUCTION

The objective of Development is to create an enabling environment for people to enjoy long, healthy, and productive lives. Then Human Development (HD) plays a pillar role and remains the most important factor in economic growth and development in countries of the world. The UNDP defines HD as the process of enabling people to have wider choices and improving their well-being. The human development concept was developed by economist Dr. Mahbub ul Haq, argued that existing measures of human progress. In 1990, he published the first Human Development Report, which was commissioned by the United Nations Development Programme. Since 1990, the United Nations Development Programme (UNDP) has published a series of annual Human Development Reports (HDRs).

The concept of Human Development Index (HDI) occupies great importance since it covers both economic and social factors of human development. HDI is a composite index used to measure of how well a country is doing on human development, to rank countries by level of “human development” and to separate countries into developed (high development), developing (middle development), and under-development (low development) categories (UNDP, 2009).

HDI is composed of three basic indices (dimensions) of human development, namely, a long and healthy life (health), education (access to knowledge), and income (standard of living). Longevity is measured by life expectancy at birth; education is measured by a combination of the adult literacy rate and the combined primary, secondary, and tertiary gross enrolment ratio and standard of living (income) by GDP per capita. HDI is calculated as the simple average of these three indices (for more details see the appendix).

HDI concept takes into account all the products of development including education, health...etc. Hence, Policy makers must be reoriented to know the enormity of its determinants and improve the standard level of people.

Human Development Index (HDI) 2013 ranks Egypt 112nd position out of 186th listed middle human development. The first 1994 Egypt Human Development Report (EHDR) takes its inspiration from the global report produced each year by the UNDP, (EHDR, 1995). Since 1994, Egypt has published a series of annual Human Development Reports (HDRs). The significant contribution of this series of reports has been to cause a dialogue about the concept of human development and to a lesser extent in both international and national policy discussion, (UNDP, 1993).

Several studies attempt to explore several socio-economic factor associated with HDI and the influencing factors, like the study of Singariya (2014) in major states of India using quantitative secondary data collected from various databases and regression and principal component analysis as statistical methods, this study show that infant mortality rate, incidence of poverty and marriage below age eighteen are also playing an important role in reducing the value of HDI.

Adediran (2012) employed the tools of empirical econometric analysis to examine the relationship between human development and poverty parameters of the Millennium Development Goals (MDGs) in Nigeria within the context of the United Nations Development Programme (UNDP) report. Regression models were specified from predicted functional relationship between HDI and vector of poverty indices and parameters MGDs. HDI was first regressed on each of the poverty parameters in MDGs in simple regression models. Subsequently, HDI was regressed on a vector of selected poverty-related indicators of MDGs. Estimation of model coefficients was facilitated by E-Views statistical package via Ordinary Least Squares (OLS) techniques. The results showed unexpected reverse relationship with statistically significant effect at 10% and 5% levels of significance. The Augmented Dickey-Fuller (ADF) unit root tests were carried out to confirm stationary in data time series. The results showed that all time series variables were stationary at levels for both intercept and deterministic trend.

Bildirici and Sunal (2007), attempted to determine the main socio-economic determinants of development in word economy using a cross sectional comparison among individual and groups of sample countries. Country groups are analyzed by various time series and panel data methods. The data used cover the period 1985-2004. The results showed that the main factor that underlies development in many countries is technology and political stability seems to play an increasingly determinant role in development countries, especially in the period after 1980.

In the study of **Subramanian (2003)**, using cross-section data of sixty leading countries from Human Development Report, 1997 of UNDP, the main findings of this study are that life expectancy at birth is to be given the first factor in enhancing HDI. This is followed by literacy rate, combined enrolment ratio and per capita real GDP in importance in enhancing HDI.

The study of **Noorbakhsh (1998)**, examines the components and structure of the UNDP's Human Development Index (HDI). This study suggests some improvements on the components of the index. Data from the Human Development Report 1995 are used to test and compare the robustness of all alternative indices.

Using the data from a series of annual Egypt Human Development Reports (EHDRs) in the period 2000–2007, identifies the socio-economic indicators determinants of the HDI. The plan of this paper is as follows: The next section contains the objectives and research hypotheses, section 3 contains the data source and the methodology, section 4 contains the results, and section 5 contains the conclusion and recommendations.

1.1 The Objectives of the Study:

The objectives of this study are to:

- Identify and examine the impact of each indicator that composing the HDI in inter-governorates in Egypt (excluding Luxor governorate) during the period 2000-2007.

- Identify and examine the major socio-economic indicators determinants the HDI, an inter-governorate in Egypt (Excluding Luxor Governorate) in the period 2000-2007.

1-2- The research Hypotheses

The null hypotheses based on these of objective are:

- H0: There is no significant difference impact of each indicator that composing the HDI in cross-sectional data of 26 governorates in Egypt during the period (2000- 2007).
- H0: There are no significant differences between socio-economic indicators determinants the HDI in cross-sectional data of 26 governorates in Egypt during the period (2000- 2007).

1-3- Data Source and Methodology

This study used panel data covering the period 2000-2007 for studying the relationship between HDI and the socio-economic indicators in inter-governorates for 26 governorates (excluding Luxor governorate). Data for analysis were sourced from Egypt Human Development Reports, (2000/2001, 2003, 2005, 2008, 2010), and for the rest of the years, it has been using methods of statistical interpolation such as regression.

The Ordinary Least Squares (OLS) method has been used in the regression models to estimate the main socio-economic determinants of HDI. Estimation of model coefficients was facilitated by E-Views statistical package. The OLS regression model using panel data can take the following equations: (Keanse and Runkle, 1992).

$$y_{it} = \alpha + \beta' X_{it} + u_{it}. \quad i = 1, \dots, N; t = 1, \dots, T,$$

Where:

i : is the individual dimension and t is the time dimension.

Different assumptions can be made on the structure of this general model. Two important models are the fixed effects model and the random effects model. The fixed effects model is denoted as:

$$y_{it} = \alpha + \beta' X_{it} + u_{it},$$

$$u_{it} = \mu_i + \nu_{it}.$$

μ_i : are individual-specific, time-invariant effects (fixed over time), this is called the fixed-effects model. The random effects model assumes in addition that:

$$\mu_i \sim \text{i.i.d. } N(0, \sigma_\mu^2)$$

$$\nu_{it} \sim \text{i.i.d. } N(0, \sigma_\nu^2),$$

The two error components are independent from each other.

The panel data sets used in this study have several observations, collected over time (2000-2007) for a number of regions and governorates. They share properties with time series and cross-sectional data sets. Panel data models are usually estimated using either fixed or random effect techniques. The random effect estimator is used if the individual specific component is assumed to be random with respect to the explanatory variables. The fixed effects estimator is used if the individual specific component is not independent with respect to the explanatory variables. [(Keane and Runkle, 1992) & (Edwin and Shajehan, 2001)].

Two least square regression models estimated using panel data during 2000-2007 for 26 governorates; Model (1) includes the socio-economic indicators composing in HDI as an independent variables and HDI as a dependent variable, and Model (2) includes all significantly indicators as an independent variables and HDI as a dependent variable.

1-4- Importance of the Study

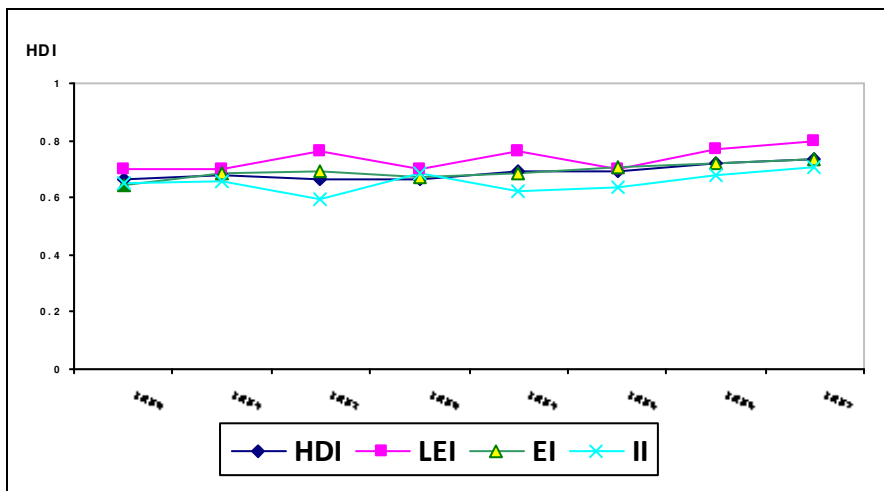
This study investigates the main socio-economic determinants of HDI by estimating two least square regression models using panel data during 2000-2007 for 26 governorates. This section will divided into three sub-section, the first will devoted to present the general trends of the Human

Development Index (HDI) and its components during the period 2000-2007, disparities between regions during the period 2000-2007 and disparities between governorates, 2000-2007, the second will focus on the descriptive statistics of selected socio-economic variables and the third will devoted to present the least square regression models.

II- Trend of the Human Development Index (HDI) in Egypt, 2000-2007:

The HDI is a composite index which can offer a summary measure for assessing long-term progress in three major dimensions of human development: a long and healthy, access to knowledge and access to recourses (income).

Figure (1)
Egypt's HDI Trends and its Components, 2000-2007.



- Source: EHDR's (several years).

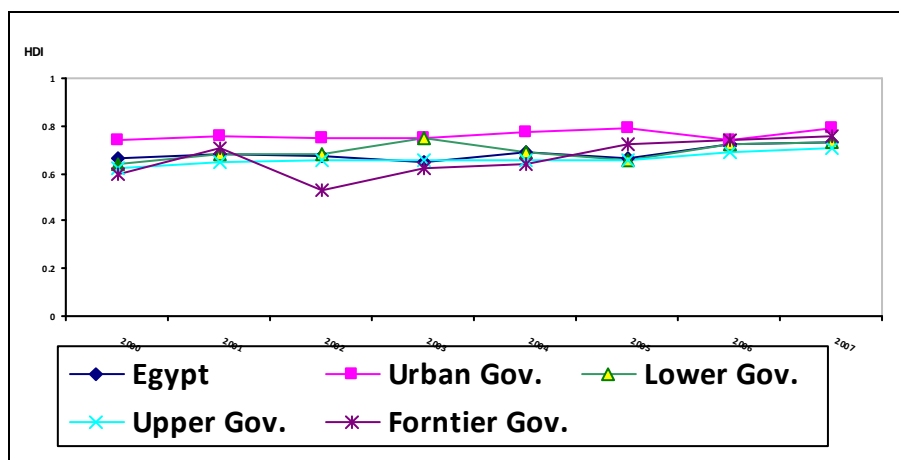
Figure (1) shows a continuing improvement in Egypt's HDI, reaching 0.731 in 2007, up from 0.665 in 2000. "Although the value of the three indexes, education, life expectancy, and income, play an important role in the HDI, and besides the continuing improvement of each of these indexes" (EHDR, 2010), the recorded values for the progress of the income index indicates a noticeable improvement in 2007, where it reached 0.727 compared to 0.6499 in 2000, an improvement is also larger compared with

both health and education. The health index also has an improvement, reaching 0.778 in 2007, up from 0.702 recorded in 2000. Education index has an improvement, reaching 0.718 in 2006, up from 0.634 in 2000, but it decline in 2007 by about 0.019 compared to its value in 2006, this is may be due to the absence of enrollment and the school dropout.

2-1- Disparities among Regions in Egypt, 2000-2007

According to EHDR's, Egypt divided to four regions: Urban Governorates, Lower Egypt Governorates, Upper Egypt Governorates and Frontier Governorates. Figure (2) shows that the Urban Governorates have achieved the highest level in human development at 0.794 in 2007, up from 0.74 in 2000, compared to Lower Egypt Governorates at 0.734 in 2007, up from 0.641 in 2000, Upper Egypt Governorates at 0.708 in 2007, up from 0.622 in 2000 and Frontier Governorates at 0.753 in 2007, up from 0.6 in 2000.

**Figure (2)
Region's HDI Trends, 2000-2007.**



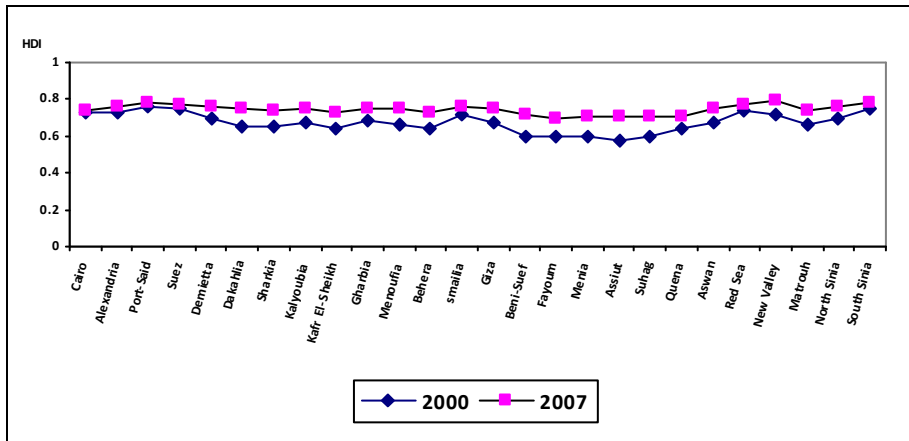
- Source: EHDR's (several years).

2-2- Disparities among Governorates in Egypt, 2000-2007

Figure (3) shows that five governorates have achieved the higher level of human development in 2000 and 2007, namely Port Said, Suez, Alexandria, Damietta and Ismailia, while the governorates that have achieved the lower level of human development, namely Fayoum, Assiut,

Menia, Beni Suef and Suhag. Assiut has the highest absolute increase in HDI of 0.13 in 2007 compared to 2000, while Cairo has the lowest absolute increase in HDI of 0.01 in 2007 compared to 2000.

Figure (3)
Comparison between the Values of HDI according to Governorates, 2000 and 2007



- Source: EHDR's (several years).

2-3- Descriptive Statistics of Selected Socio-Economic Variables:

Table (1) provides descriptive statistics of selected 10 socio-economic variables divided into two groups: first group contains the socio-economic indicators that composing the HDI, second group contains the rest of the socio-economic indicators.

The descriptive statistics for each indicator include the mean, standard deviation and the correlation coefficient. Regarding to the values of correlation coefficient, the results show that all the socio-economic indicators were significant at 1or 5%.

For first group, results in table (1) show that all the indicators were positive correlation with HDI. Adult literacy rate is the major indicator correlated with HDI, followed by Real GDP per capita, life expectancy at birth and combined 1st, 2nd & 3 rd-level gross enrollment rate. This finding is supported by the result of Singariya, 2014.

For second group, results in table (1) show that infant mortality rate and maternal mortality rate were negative correlated with HDI, while the rest indicators were positive correlation with HDI. Combined basic and secondary enrollment ratio is the major indicator correlated with HDI followed by infant mortality rate and female labor force participation rate.

Table (1)
Descriptive Statistics of Selected Variables

Variables	N	Mean	Standard Deviation	Correlation Coefficient
Human Development Index (HDI)	208	0.704	0.0513	1
Socio-Economic Indicators that Composing HDI				
Life Expectancy at Birth (years)	208	69.401	2.007	0.398**
Adult Literacy Rate (15+) %	208	68.07	11.08	0.600**
Combined 1st, 2 nd & 3 rd-Level Gross Enrollment Rate %	208	73.55	5.61	0.161*
Real GDP Per Capita (ppp\$)	208	5692.924	2058.70	0.538**
Socio-Economic Indicators that not Composing HDI				
Infant Mortality Rate	208	22.415	10.40	-0.255**
Maternal Mortality Rate (per 100000 live births)	208	66.862	38.79	-0.168*
Combined Basic and Secondary Enrollment Ratio %	208	87.193	7.865	0.404**
Contraceptive Prevalence Rate %	208	58.01	8.62	0.254**
Labor Force 15+ (as % of total population)	208	31.799	5.44	0.167*
Female Labor Force Participation Rate %	208	22.057	15.044	0.274**

- Source: computer by the researcher. **Correlation at the 0.01 level. *Correlation at the 0.05 level.

2-4- The Least Square Regression Models

In this study an attempt has been made to examine the main socio-economic determinants of HDI, this study estimate two least square regression models using panel data during 2000-2007 for 26 governorates; Model (1) includes the socio-economic indicators composing in HDI (which has significant correlated with HDI at 5% or lower level two tailed Pearson Correlation) as an independent variables and HDI as a dependent variable, and Model (2) includes all significantly indicators (which has significant correlated with HDI at 5% or lower level two tailed Pearson Correlation) as an independent variables and HDI as a dependent variable.

Table (2)
Estimated Regression Coefficient for Model (1)

Independent Variables	Coefficient	Standard Error	T-Statistics	P-Value
Constant	0.124521	0.095776	1.300124	0.1950
Life Expectancy at Birth (years)	0.005308	0.001335	3.977361	0.0001
Adult Literacy Rate (15+) %	0.001809	0.000264	6.843281	0.0000
Combined 1 st , 2 nd & 3 rd -Level Gross Enrollment Rate %	0.000596	0.000462	1.291342	0.1981
Real GDP Per Capita (ppp\$)	0.0000077	1.39E-06	5.588758	0.0000
R-Square	0.498			
Adjusted R-Square	0.488			
F-Statistics	50.36			
Prob. (F-Statistics)	0.000			
Durbin-Watson Statistics	1.819			

- Source: computed by the researcher.

Table (2) shows the estimated regression coefficient for Model (1); Life expectancy at birth (years), adult literacy rate (15+) and real GDP per capita have significant and positively associated with HDI, while combined 1st, 2nd & 3rd-level gross enrollment rate was not significant. One average one year increases in life expectancy at birth will increase the value of HDI with 0.005 points, one percent increases in adult literacy rate will also increase the HDI by 0.001 points, and one unit increases in real GDP per capita will increase the HDI by 0.0000077 points. The results reveal that the life expectancy at birth playing an important role in increasing HDI followed by adult literacy rate and real GDP per capita.

And the independents significant variables will explain the change in the HDI by only about 49%. The constant is not significant means that stationary status (fixed effect) in both inter-governorates and during the period 2000-2007. The regression equation which significantly explains the variation of the dependent variable HDI for Model (1) takes the following form:

HDI = 0.005308 Life Expectancy at Birth +0.001809 Adult Literacy Rate (15+) +0.0000077 Real GDP Per Capita.

Table (3)
Estimated Regression Coefficient for Model (2)

Independent Variables	Coefficient	Standard Error	T-Statistics	P-Value
Constant	0.155140	0.123092	1.260354	0.2093
Life Expectancy at Birth (years)	0.006048	0.001716	3.523774	0.0006
Adult Literacy Rate (15+) %	0.001412	0.000290	4.871440	0.0000
Combined 1 st , 2 nd & 3 rd -Level Gross Enrollment Rate %	-0.007238	0.001071	-6.757466	0.0000
Real GDP Per Capita	3.30E-06	1.48E-06	2.235741	0.0267
Infant Mortality Rate	-0.000550	0.000263	-2.087026	0.0384
Maternal Mortality Rate	-0.000115	6.82E-05	-1.681208	0.0946
Combined Basic and Secondary Enrollment Ratio %	0.006243	0.000811	7.697222	0.0000
Contraceptive Prevalence Rate %	-0.000284	0.000430	-0.661020	0.5095
Labor Force 15+ (as % of total population)	0.000621	0.000452	1.375449	0.1709
Female Labor Force Participation Rate %	0.000857	0.000232	3.690861	0.0003
R-Square	0.74			
Adjusted R-Square	0.67			
F-Statistics	10.92			
Prob. (F-Statistics)	0.000			
Durbin-Watson Statistics	2.20			

- Source: computed by the researcher.

Table (3) shows the estimated regression coefficient for Model (2); Life expectancy at birth (years), adult literacy rate (15+), real GDP per capita, combined basic and secondary enrollment ratio and female labor force participation rate (%) have significant and positively associated with HDI, while combined 1st, 2nd & 3rd-level gross enrollment rate and infant mortality rate have significant and negatively associated with HDI and the rest independent variables were not significant. One average one year increases in life expectancy at birth will increase the value of HDI with 0.006 points, one percent increases in adult literacy rate will also increase the HDI by 0.001 points, one unit increases in real GDP per capita will increase the HDI by 0.0000033 points, one percent increase in combined basic and secondary enrollment ratio will increase HDI by 0.006 points and one percent increase in female labor force participation rate will increase HDI by 0.008 points. While one unite increase in infant mortality rate will decrease the HDI by 0.00055 points.

The results indicated that both life expectancy at birth and combined basic and secondary gross enrollment ratio playing an important role in increasing HDI, While infant mortality rate has an important role in reducing HDI. This finding is supported by the results of Singariya, 2014. And the independents significant variables explained the change in the HDI by about 74%. The constant is not significant means that stationary status (fixed effect) in both inter-governorates and during the period 2000-2007.

The regression equation which significantly explains the variation of the dependent variable HDI for Model (2) takes the following form:

$$\text{HDI} = 0.006 \text{ Life Expectancy at Birth} + 0.0014 \text{ Adult Literacy Rate (15+)} - 0.007 \text{ Combined 1st, 2nd \& 3 rd-Level Gross Enrollment Rate} + 0.0000033 \text{ Real GDP Per Capita} - 0.00055 \text{ Infant Mortality Rate} + 0.006 \text{ Combined Basic and Secondary Enrollment Ratio} + 0.0008 \text{ Female Labor Force Participation Rate}.$$

Based on the previous results, both the two null hypothesis will be accepted that there is no significant difference impact of each indicator that

composing the HDI in cross-sectional data of 26 governorates in Egypt during the period (2000-2007) and there are no significant differences between socio-economic indicators determinants the HDI in cross-sectional data of 26 governorates in Egypt during the period (2000-2007).

III- Conclusion and Recommendations:

3-1- Conclusion

Then Human Development (HD) plays a pillar role and remains the most important factor in economic growth and development in countries of the world. HDI is composed of three basic indices (dimensions) of human development, namely, a long and healthy life (health), education (access to knowledge) and income (standard of living). Despite the great efforts have been made to raise the level of human development over the past 20 years, Human Development Index (HDI) 2013 ranks Egypt 112nd position out of 186 nd listed middle human development among the world's.

In the light of the main findings of this study, it can be concluded that the life expectancy at birth playing an important role in increasing HDI among the socio-economic indicators composing HDI, followed by adult literacy rate and real GDP per capita. And the independents significant variables will explain the change in the HDI by only about 49%. The constant is not significant means that stationary status (fixed effect) in both inter-governorates and during the period 2000-2007.

Additionally, it is plausible conclusion that that both life expectancy at birth, combined basic and secondary enrollment ratio, adult literacy rate and female participation in labor force playing an important role in increasing HDI, while infant mortality rate has an important role in reducing HDI among the socio-economic indicators composing or not composing HDI. The constant is not significant means that stationary status (fixed effect) in both cross-sections between governorates and during the period 2000-2007.

Finally, based on the previous results, both the two null hypothesis will be accepted that there is no significant difference impact of each indicator that composing the HDI in cross-sectional data of 26 governorates

in Egypt during the period (2000- 2007) and there are no significant differences between socio-economic indicators determinants the HDI in cross-sectional data of 26 governorates in Egypt during the period (2000-2007).

3-2- Recommendations

Based on the above main findings derived from this study, the following are important recommendations that raise level of human development index (HDI):

- Enhance educational opportunities to increase the enrollment rate especially in basic and secondary level,
- Improving the quality of education to make the schools attractive and effective to reduce repetitions and dropout,
- Effort are needed to put an effective policy and programs of adult education to eliminate illiteracy within five years at the most,
- Increase the resources that allocated to develop and improve health service system to raise life expectancy at birth and reduce the infant mortality rate and finally,
- Enlargement of women participation in labor force is essential to enhance HDI.

- References

- **Adediran. (2012).** An Assessment of Human Development Index and Poverty Parameters.
- **Bildirici, Melike and Sunal, Seckin.(2007).** Socio-Economic Determinants of Development in World Economy, Applied Econometrics and International Development, Vol. 7 (2), pp. 5-22.
- **Edwin, Dewan and Shajehan, Hussein. (2001).** Determinants of Economic Growth (Panel Data Approach), Economic Department, Reserve Bank of Fiji, Suva, Fiji.

- **In The Millennium Development Goals:** Evidence from Nigeria, Department of Economics, - College of Social and Management Sciences, Crescent University, Nigeria.
- **Keane, Runkle. (1992.).** On the Estimation of Panel-Data Models with Serial Correlation when Instruments Are Not Strictly Exogenous, *Journal of Business & Economic Statistics*, Vol. 10 (1).
- **Noorbakhsh, Farhad. (1998).** The Human Development Index: Some Technical Issues and Alternative Indices, *Journal of International Development*, Vol. 10 (5), pp. 589-605.
- **Singariya. (2014).** Socioeconomic Determinants of Human Development Index in India, *Management and Administrative Sciences Review*, Vol. 3 (1), pp. 69-84.
- **Subramanian, M. S., (2003).** Determinants of Human Development, Book Published by PVT. LTD, New Delhi, India.
- **United Nations Development Programme (UNDP), (1990).** Human Development Report 1990. Concept and Measurement of Human Development. New York: Oxford University Press.
- **United Nations Development Programme (UNDP), (1993).** Human Development Report 1993. People's Participation. New York: Oxford University Press.
- **United Nations Development Programme (UNDP), (2000/2001).** Egypt Human Development Report 2000/2001, Institute of National Planning, Cairo, Egypt.
- **United Nations Development Programme (UNDP), (2003).** Egypt Human Development Report 2003, Institute of National Planning, Cairo, Egypt.
- **United Nations Development Programme (UNDP), (2005).** Egypt Human Development Report 2005.Choosing our .Future: Towards a New Social Contract, Institute of National Planning, Cairo, Egypt.
- **United Nations Development Programme (UNDP), (2008).** Egypt Human Development Report 2008. Egypt's Social Contract: The Role of Civil Society, Institute of National Planning, Cairo, Egypt.

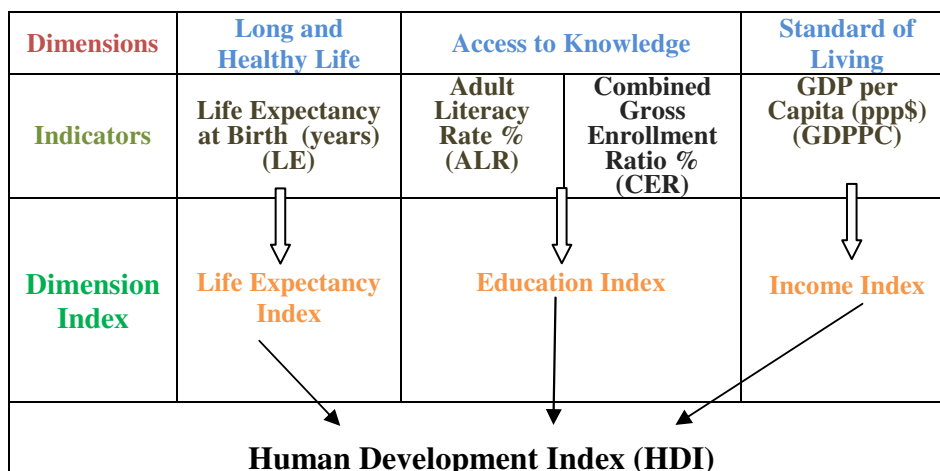
- **United Nations Development Programme (UNDP), (2009).** Human Development Report 2009. Overcoming Barriers: Human Mobility and Development. New York: Oxford University Press.
- **United Nations Development Programme (UNDP), (2010).** Egypt Human Development Report 2010. Youth in Egypt: Building our Future, Institute of National Planning, Cairo, Egypt.
- **United Nations Development Programme (UNDP), (2013).** Human Development Report 2013. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World. New York: Oxford University Press.

- Appendix

- Human Development Index and its Components:

The Human Development Index (HDI) is a summary measure of key dimensions of human development. It measures the average achievements in a country in three basic dimensions of human development: a long and healthy life, education and standard of living. The HDI is the simple average of normalized indices from each of these three dimensions.

Human Development Index (HDI) and its Components (Diagrammatic Representation).



- Source: EHDP, 2010.

- Calculation of HDI:

Before the calculation of the HDI, an index for each key dimension is calculated separately as follows:

- **Life Expectancy Index (LEI)** = $(LE-25) / (85-25)$,

Where: the minimum value is 25, while the maximum value is 85 years.

- **Education Index (EI)** including two indices as follows:

- **Literacy Index (LI)** = $(ALR-0) / (100-0)$,

Where: the minimum value is 0, while the maximum is 100.

- **Combined Enrollment Index (CEI)** = $(CER-0) / (100-0)$,

Where: the minimum value is 0, while the maximum is 100.

Hence, **Education Index (EI)** = $2/3 (LI) + 1/3 (CEI)$.

- **Income Index (II)** = $(\log (GDPPC) - \log (100)) / (\log (4000) - \log (100))$,

Where: income per capita is adjusted because achieving a suitable level of development does not require a specific level of income. Therefore, the logarithm of income (GPD per capita) is used; the minimum value is 100, while the maximum is 40000 (EHDR, 2010).

- Finally, the HDI is the **simple average** of the previous three normalized indices which equals $1/3 (LEI + EI + II)$.

Levels, patterns and Structures of Labour Force in Kingdom of Bahrain in 2001 and 2010.

Maha Abdulla Sabt¹

Abstract

The general goal of the study is to examine Levels, Patterns and Structure of Labour Force in Kingdom of Bahrain according to 2001 and 2010 censuses. More specifically the study will meet the objectives such Unemployment Insurance Scheme since 2006, Labour Market National Plan since 2007, Setting quotas on the number Bahrainis in each industry for a given number of expatriates employed in any given sector.

The main concluding remarks of the study indicated that the relative size of the non-Bahraini labour force increased about three-fourth of the total labour force. The overall level of unemployment dropped widely to more than double its level in the period under the study from about 5.5 percent in 2001 to 1.1 percent in 2010.

Based on the above main findings, the study recommended to focus training Bahrainis and encourage women to engaged in the labour force, Set plans to replace non-Bahraini labour force with the Bahraini especially in the high skilled job.

Key Words: labour force, job, unemployment, work, expatriates, Bahrinization, Bahrain.

¹ Cairo Demographic Center, Institute of National Planning, Egypt., maha.sabt@gmail.com

I- Introduction

Human beings intervene in economic phenomena in two ways: as factor of production and as the final objectives of the socio-economic processes. The study of the elements that influence the working capacity of human beings and their influence on production; that is , the analysis of human beings as factor of production can be called the economics of human resources.

Labour force includes all persons of either sex who furnish the supply of labour for the production of economic goods and services during a specified time-reference period (**ILO, 1982**). Generally in many countries as in Kingdom of Bahrain, the working age population is defined as 15+ years.

In some Arab countries and particularly in the Gulf countries the structure of employment consists of natives and expatriates who come for work. Such structure keeps on changing from time to time, as could be seen from the information available like population censuses or statistical abstract of these countries, therefore study the structure of both native and expatriates is most important when analyzing labour force.

1.1 The importance of the study

Labour force is the most essential element to economic development of any country, which typically refers to the relatively high level of economic growth and security. Human resource represent most important element for productive activity, where it is the main engine for all the economic and social activities. Therefore, the study of labour force structure and other related characteristics are important to the policy makers and development planners.

Demographers' interest in labor force study is based on the fact that it consists of more than 30 percent of the total world population. In addition, it has a big effect on the other demographic variables. Labor force size in any country is affected by population size, age composition, available work opportunities, educational participation, women's participation, and social legislations that determine the age of work. Therefore, demographers are

interested in studying labour force size, growth, structure and characteristics. (Mahmoud H, 2008).

1.2 Research problem

Kingdom of Bahrain is a country, which attracts a good number of foreigners to work in, with lot of employment opportunities. According to the 2010 Bahrain census, the number of non-Bahraini is more than Bahraini. However, there is also a significant rate for unemployment among Bahrainis.

The non-Bahraini labour force are working either as experts in selected fields or low skilled jobs. The low skilled job, generally performed by expats, is difficult to be replacing with Bahrainis because of the wage and type of work. Bahrain has specific plans to train up Bahrainis to make them capable of undertaking expertise job in the long run, both in the public and private sectors.

Bahrain government adopted some actions in this direction to solve labour force problems as follows:

- Unemployment Insurance Scheme since 2006: This financed the unemployed by an unemployment allowance, for a specific period or till one finds a job. The scheme is financed through the contributions of one percent of wages pay by worker, employer and government.
- Labour Market National Plan since 2007: This covers all labour market aspect "management, employment and training policies". One of its objectives is to balance between the projects and employers needs and the foreign labour force, enabling Bahrainis to be the best choice for employment.
- Setting quotas on the number Bahrainis in each industry for a given number of expatriates employed in any given sector. The scheme is called "Bahrainisation", and operated by Labour Market Regulatory Authority (LMRA).
- In 2008, the Government introduced fees for employing expatriate workers, which will be used to fund training for nationals.

In this context it is of great importance to draw a recent profile on both Bahraini and Non-Bahraini levels, patterns and structures of labour force.

1.3 Objectives of the study

The general goal of the study is to examine Levels, Patterns and Structure of Labour Force in Kingdom of Bahrain according to 2001 and 2010 censuses. More specifically the study will meet the following objectives:

- To examine the size, growth and pattern of the labour force in Kingdom of Bahrain.
- To examine demographic and social characteristics for unemployed persons in Kingdom of Bahrain.
- To examine the structure of working population in kingdom of Bahrain.
- To examine the characteristics of working population in kingdom of Bahrain.

1.4 Sources of Data

The main source of data for this study is the Bahrain population censuses of 2001 and 2010. Kingdom of Bahrain conduct census each 10 years, the 2010 census is the latest census. Both censuses provide detailed data on Bahraini and non-Bahraini labour force size and structure based on the most recent international classifications.

In 2010 Kingdom of Bahrain conducted the census using the banks of information which was established in 1984 and possesses high quality integrated systems of information on population, housing, buildings and establishment.

These two censuses provide also comparative data on all demographic and social characteristics of labour force which makes it possible to draw detailed labour force profile in kingdom of Bahrain.

1.5 Methodology

This paper is generally descriptive in nature. The study uses simple statistical and demographic measurements such as crude activity rate,

refined activity rate and age specific activity rate. Proportional distributions and comparative tabulations for describing employment status, industrial and occupational status, in addition of labour force characteristics like nationality, marital status and educational level are used to identify the existing structure of the labour force and its change over time in kingdom of Bahrain.

1.6 Literature Review

Alharban, D (2006) in a research about trends of status of women in the kingdom of Bahrain for the (1981, 1991& 2001) censuses years, the research concludes that in term of participation of females in the economic and labour market, Bahraini females reached 25.8% of the total Bahraini labour force, which is higher than their percentage before two decades of about 10.7 percentage points. The research indicates that Bahraini females participation witnessed an increase from 14.3% in 1981 to 25.5% in 2001. Also, in term of employment status of Bahraini women, the research shows that in 2001 the unemployment of Bahraini females (10.5percent) was more than twice as high as male unemployment (4.1 percent) for the same year.

ILO, (2002) in a report about the Decent Work Pilot Program explained the Segmented Labour Market in kingdom of Bahrain. The report mentioned that The most prominent feature of Bahrain's labour market is its segmentation between national and expatriate workers. Nationals accounted for 90 per cent of the public sector work force in 2000, while two thirds of workers in the private sector were non-nationals. Foreigners make up nearly 60 per cent of the work force, a proportion that has changed little over the past 15-20 years. Most work permits issued to expatriates are for unskilled and semi-skilled workers. In 2000, for example, professional, technical, administrative and managerial workers accounted for just 10 per cent of the total. In addition, The country's labour market is also segmented along gender lines, with women concentrated in a narrow range of occupations. More than half of the Bahraini female labour force is in the public sector, mainly in health and education. Women face additional constraints to labour market integration, as indicated by unemployment rates that have consistently been double that of men since the 1980s.

Mohammed, R. (2002) examined the level of participation and structure of the labor force in Northern Sudan. She explained the level of participation for male and female labor force by age, sex and place of residence. She concludes that 55.4 percent of the workers are engaged in the major category of occupation including agriculture and animal husbandry. The unemployment rates in both urban and rural areas are higher among females than males. The majority of males and females in urban areas are employees, while in rural the majority of males are self-employed (51.7 percent) and most females are unpaid family workers (48.4 percent).

1.7 Organization of the Study

This Paper consists of 6 sections. Following this introductory section, section two discusses levels and patterns of the labour force in Kingdom of Bahrain. Section three deals with the labour force characteristics. Section four presents the Unemployment. Section five presents the labour force structures. Finally the last section introduces the conclusion and recommendations of the study.

II- Trend of the Human Development Index (HDI) in Egypt, 2000-2007:

In this section, the levels and patterns of labour force size and growth in Kingdom of Bahrain are examined based on data derived from 2001 and 2010 censuses of kingdom of Bahrain. It includes the analysis of labour force size, growth and patterns participation in labour force in terms of age, sex specific activity rates for both Bahrainis and non-Bahrainis.

2.1 Labour Force Size and Growth in Kingdom of Bahrain

The size of labour force at any given time largely depends on the aggregate size of the population and its demographic characteristics (UN, 1973). Table (1) presents the total population, the population 15 years and above, labour force and their growth rates by nationality and sex in Kingdom of Bahrain according to 2001 and 2010 censuses. The table indicates that the working age population (15 and above) for kingdom of Bahrain reached 469 thousand persons in 2001 and increased to 987 thousand persons in 2010 with a growth rate of 7.44% . The size of labour force grew from about 308 thousand persons to about 711 thousand persons with a growth rate of 8.36% for the same period. The growth rate of labour force between 2001 and 2010 is more than the growth rate of the population 15 and above by about one percentage point, which indicates higher

participation in labour force. This trend is observed among all Bahraini and non-Bahraini except for the Bahraini males in which that the growth rate of the population 15 and above is higher than that of labour force by about one and half percentage point.

Table (1)
Population, Labour Force (15+) and their Growth Rates by Nationality and Sex, Kingdom of Bahrain 2001 & 2010.

Item	Nationality/Sex								
	Bahraini			Non-Bahraini			Total		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
2001									
Population	204,623	201,044	405,667	169,026	75,911	244,937	373,649	276,955	650,604
Population (15+)	128,971	128,490	257,461	151,942	59,832	211,774	280,913	188,322	469,235
Labour Force (15+)	94,354	32,769	127,123	147,123	34,097	181,220	241,477	66,866	308,343
2010									
Population	287,239	281,160	568,399	481,175	184,997	666,172	768,414	466,157	1,234,571
Population (15+)	194,643	192,822	387,465	447,078	152,425	599,503	641,721	345,247	986,968
Labour Force (15+)	123,016	62,039	185,055	437,394	88,781	526,175	560,410	150,820	711,230
Growth Rate for Population (15+)	4.12	4.06	4.09	10.79	9.35	10.41	8.26	6.06	7.44
Growth Rate for Labour Force (15+)	2.65	6.38	3.75	10.90	9.57	10.66	8.42	8.13	8.36
Source: Bahrain Population Censuses 2001 & 2010, Central Informatics Organization									

2.2 Levels of participation in Labour Force for Kingdom for Bahrain

In this part of the study the relationship between population and labour force that is the extent of participation of population in the labour force will be examined. The measures used in this context are the crude activity rates and refined activity rates.

Table (2) presents crude and refined activity rates for kingdom of Bahrain population by nationality and sex according to 2001 and 2010 censuses. Crude Activity Rate (CAR) measures the relationship between the labour force and the total population. The table indicates that CAR for Bahraini was about 32 percent in both 2001 and 2010, while it reached about 79 percent for the Non-Bahraini in 2010 with an increase by five percentage points compared to 2001.

There was a marked difference between Bahraini males and females in both 2001 and 2010. In 2001 the crude activity rate for males was about 46 percent, while it was about 16 percent for females. In 2010, the crude activity rate decreased for males to reach about 43 percent, while for female it increased to about 22 percent. In 2001 the crude activity rate for Non-Bahrainis was 87 percent for males and 45 percent for females, and then it increased in 2010 to 91 percent and 48 percent for males and females respectively.

Level of labour force participation can be better measured through the Refined Activity Rate (RAR) which measures the relative size of labour force in relation to the population in working age. According to table (2) in 2010, the refined activity rate was about 48 and 89 for Bahraini and non-Bahraini population respectively, this difference is due to the fact that most of non-Bahraini are workers. The table shows also the extreme difference between the males and females, the refined activity rate for males is more than females for both Bahraini and non-Bahraini in both censuses. Regarding the sex differential in the refined activity rate there is a decreasing for Bahraini males between 2001 and 2010, while there was an increase of 7 percent points in case of Bahraini women. In the case of non-Bahraini population, there was no considerable difference between 2001 and 2010 in respect of the refined activity rate.

Table (2)
Crude and Refined Activity Rates for Bahrain Population by Nationality and Sex, Kingdom of Bahrain 2001 & 2010.

Indicator	Nationality/Sex								
	Bahraini			Non-Bahraini			Total		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
2001									
Crude Activity Rate (CAR) %	46.1	16.3	31.3	87.0	44.9	74.0	64.6	24.1	47.4
Refined activity rate (RAR) %	73.2	25.5	49.4	96.8	57.0	85.6	86.0	35.5	65.7
2010									
Crude Activity Rate (CAR) %	42.8	22.1	32.6	90.9	48.0	79.0	72.9	32.4	57.6
Refined activity rate (RAR) %	63.2	32.2	47.8	97.8	58.2	87.8	87.3	43.7	72.1
Source: Bahrain Population Censuses 2001 & 2010, Central Informatics Organization									

2.3 Patterns of Labour force participation

Age, Sex Specific Activity Rates (ASAR) measure the relative size of labour force to the population for both males and females at each age group, starting from the minimum working age which is 15 years in Bahraini. It's one of the most significant labour force indicators because it gives the age pattern of labour force participation by sex and age.

Table (3) presents the age, sex specific activity rates for Bahrain population by nationality and sex according to 2001 and 2010 censuses. The table indicates that the highest level of participation for Bahraini males labour force in 2001 was 97.5 percent in the age group (35-39) with abroad peak exceeding 93 percent between the age group (25-29) and (45-49), which followed the universal pattern of males participation in labour force. This pattern continued the same in 2010 but with a considerable decline in the rate of participation, in which the highest level reached only 88.7 percent in 2010.

Table (3)
Age, Sex Specific Activity Rates for Bahrain Population(15+)by Nationality
and Sex, Kingdom of Bahrain 2001 & 2010.

Age Groups	Nationality/ Sex								
	Bahraini			Non-Bahraini			Total		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
2001									
15 - 19	20.60	5.95	13.48	12.71	3.59	8.45	19.52	5.65	12.81
20 - 24	78.16	36.09	57.68	94.37	65.42	83.21	84.45	44.76	66.52
25 - 29	96.12	45.95	71.32	99.54	63.43	88.84	98.32	53.58	81.20
30 - 34	97.48	38.53	67.29	99.79	65.65	89.72	99.07	51.23	80.86
35 - 39	97.51	33.51	64.13	99.84	58.78	88.23	99.02	43.61	77.43
40 - 44	95.85	29.38	61.11	99.82	54.77	89.65	98.50	38.20	76.87
45 - 49	93.04	24.30	59.79	99.69	52.83	90.33	97.17	32.95	75.47
50 - 54	88.22	14.50	54.75	99.11	46.01	89.00	94.03	22.21	69.66
55 - 59	71.58	5.55	37.95	98.06	37.06	85.51	82.49	10.24	52.31
60 - 64	40.61	1.68	20.29	88.43	23.72	71.60	51.41	3.57	28.43
65 Years & Above	24.24	0.58	12.25	56.59	9.20	40.03	27.80	1.10	14.62
2010									
15 - 19	6.67	1.97	4.37	11.06	3.32	7.35	7.47	2.21	4.91
20 - 24	55.68	31.59	43.99	95.00	61.91	83.84	78.26	44.38	64.38
25 - 29	80.09	56.10	68.39	99.33	63.21	90.73	95.59	60.20	84.83
30 - 34	85.94	50.53	68.28	99.72	60.50	90.16	97.11	56.32	84.46
35 - 39	88.71	46.15	66.95	99.77	61.74	90.52	97.75	55.17	84.45
40 - 44	86.88	40.28	62.71	99.81	61.69	90.63	96.90	51.06	81.87
45 - 49	83.60	35.88	58.81	99.78	59.79	89.85	94.88	45.76	77.29
50 - 54	79.89	31.47	54.94	99.71	55.00	90.49	93.04	39.12	74.36
55 - 59	69.98	24.38	49.07	99.66	51.04	89.75	86.13	31.45	67.30
60 - 64	52.69	15.12	35.34	98.36	39.01	82.99	68.78	19.45	48.83
65 Years & Above	35.91	5.83	20.29	83.37	16.73	56.23	41.70	6.71	23.93

Source: Bahrain Population Censuses 2001 & 2010, Central Informatics Organization.

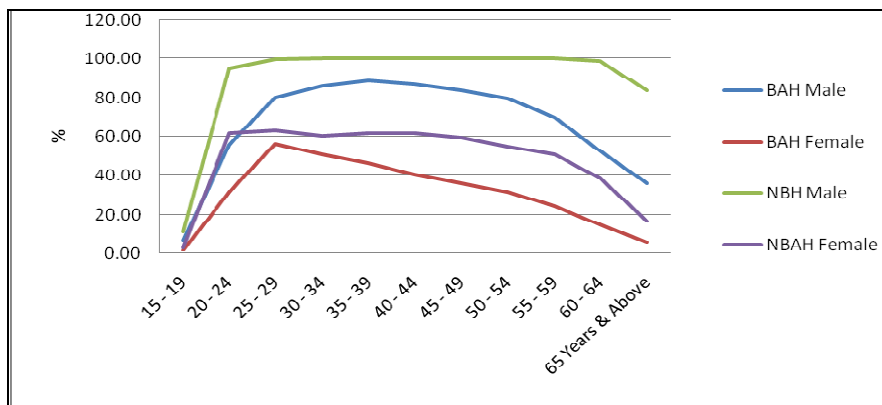
As regards the pattern of participation in labour force among Bahraini females, the table indicates a considerably very low level of participation in all age groups in general and in the youngest and oldest age groups in particular. The peak age of females participation was so early at the age group (25-29) years with a level of about 46 percent in 2001 and increased to 56 percent in 2010. In general females participation in labour force has shown considerable increase in all age groups between 2001 and 2010. This trend may reflect more empowerment of the rate of women in Bahraini society in recent year.

The table shows also that the lowest level of participation is in age group (15-19) for both sexes in both censuses, and that is because people on this age group are mostly attending educational institutions.

As it may be expected, the age, sex pattern of participation in labour force among the non-Bahraini is generally higher than that of the Bahraini one, particularly among females. The male’s participation rate was approaching almost 100 percent for all categories of age groups except for the youngest age groups and oldest in both censuses. The pattern of participation among non-Bahraini females is much higher than the Bahraini one in all age groups without exception.

Figure (1) presents the age, sex specific activity rate by nationality and sex for 2010 census, the graph indicates the participation rate among Bahraini and Non-Bahraini for males and females. The highest level of participation was observed in the case of Non-Bahraini males followed by the Bahraini males.

Figure (1)
Age, Sex Specific rates by Nationality and sex in kingdom of Bahrain, 2010.



III. Labour Force Characteristics

The demographic and social characteristics of labour force, including the employed person can be further analyzed through examining their percentage distributions according to such characteristics like age groups, educational status, marital status and sub-regions of residence for example urban and rural, districts, ..etc). This section is devoted to examine selected demographic and social characteristics of the employed person Bahraini and Non-Bahraini Labour force in 2001 and 2010 censuses.

3.1 Nationality

Table (4) presents the percentage distribution of working population (15+) by nationality and sex in kingdom of Bahrain according to 2001 and 2010 censuses. It shows that more than half of the working population were Non-Bahrainis in both 2001 and 2010 about (62 and 75) percent respectively and that is reasonable because of the total population for Non-Bahraini more than total population of Bahraini.

Table (4)
Percentage distribution of Working Population (15+) by Nationality and Sex, Kingdom of Bahrain 2001 & 2010.

Nationality/Sex	2001			2010		
	Male	Female	Both Sexes	Male	Female	Both Sexes
Bahraini	36.68	43.55	38.09	21.61	38.88	25.17
Non-Bahraini	63.32	56.45	61.91	78.39	61.12	74.83
Total %	100	100	100	100	100	100
Number	231,524	59,854	291,378	557,944	145,263	703,207
Source: Bahrain Population Censuses 2001 & 2010, Central informatics Organization						

3.2 Marital Status

Table (5) shows the percentage distribution of working population (15+) by marital status, nationality and sex in kingdom of Bahrain according to 2001 and 2010 censuses. The table shows that the predominant category of marital status was the (Married) category for both Bahraini males and females and for non-Bahraini males only. This category represented about two – third of working persons in 2001 for the mentioned persons. In 2010

the percentage of (married) increased to 74 percent and 70 percent for Bahraini males and females respectively. On the contrary, for non-Bahraini it decreased considerably to about 33 percent for males and only about 25 percent for females and that because changing in kingdom of Bahrain policy, thinking that single females will devote more to work and stay longer.

Table (5)
Percentage distribution of Working Population (15+) by Marital Status, Nationality and Sex, Kingdom of Bahrain 2001&2010

Marital Status	Nationality / Sex								
	Bahraini			Non-Bahraini			Total		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
2001									
Never Married	28.90	33.49	29.98	37.10	50.32	39.58	34.10	42.99	35.92
Married	69.36	60.41	67.26	62.67	45.96	59.54	65.13	52.25	62.48
Divorced	1.52	4.65	2.26	0.16	1.80	0.47	0.66	3.04	1.15
Widowed	0.22	1.45	0.51	0.06	1.93	0.41	0.12	1.72	0.45
% Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Number	84,920	26,067	110,987	146,604	33,787	180,391	231,524	59,854	291,378
2010									
Never Married	23.32	22.10	22.93	67.16	74.86	68.46	57.68	54.35	56.99
Married	74.01	70.48	72.89	32.70	24.62	31.34	41.63	42.45	41.80
Divorced	2.30	5.25	3.24	0.09	0.35	0.13	0.56	2.26	0.91
Widowed	0.37	2.16	0.94	0.05	0.17	0.07	0.12	0.94	0.29
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Number	120,550	56,482	177,032	437,394	88,781	526,175	557,944	145,263	703,207
Source: Bahrain Population Censuses 2001 & 2010, Central informatics Organization									

3.3 Marital Status

Table (6) shows the percentage distribution of working population (15+) by highest educational level, nationality and sex in kingdom of Bahrain according to 2001 and 2010 censuses. It indicates that the highest rank for Bahraini working population was for Secondary Level which was about 45 percent in 2001 and increased to about 52 percent in 2010.

For Non-Bahrainis, the secondary level category took the highest proportion of about 24 percent in 2001 despite it was almost the same percentage in 2010, but Read & Write level was the highest rank with about 32percent. And that shows the result of Bahrainization policy to replace the Non-Bahrainis in the high skills jobs. The Table also indicates that the smallest proportion of labour force in 2010 was in illiterate level because the literacy rate in 2010 was more than 90 percent for total population of 15 years and above.

Table (6)
Percentage Distribution of Working Population (15+)by Highest Educational Level, Nationality and sex, Kingdom of Bahrain 2001 & 2010.

Highest Educational Level	Bahraini			Non-Bahraini			Total		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
2001									
Illiterate/Read only	4.25	2.09	3.74	17.68	20.40	18.24	12.24	12.26	12.25
Read & Write	5.86	2.21	5.00	17.16	29.38	19.69	12.58	17.30	13.61
Primary	12.74	4.04	10.69	11.60	8.40	10.94	12.06	6.46	10.84
Preparatory	19.08	7.62	16.39	17.86	10.20	16.27	18.35	9.05	16.32
Secondary	43.89	50.51	45.44	24.51	20.79	23.74	32.35	34.01	32.71
Tertiary and above	14.19	33.52	18.73	11.19	10.84	11.12	12.41	20.93	14.27
% Total Number	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	84,920	26,067	110,987	146,604	33,787	180,391	231,524	59,854	291,378
2010									
Illiterate/Read only	1.87	1.98	1.91	4.18	8.79	4.96	3.68	6.14	4.19
Read & Write	9.52	6.63	8.60	30.62	42.06	32.55	26.06	28.28	26.52
Primary	11.09	4.01	8.83	17.76	8.33	16.17	16.32	6.65	14.32
Preparatory	16.73	9.20	14.33	14.67	12.95	14.38	15.12	11.49	14.37
Secondary	50.70	54.82	52.01	24.59	19.78	23.78	30.23	33.41	30.89
Tertiary and above	10.09	23.36	14.32	8.18	8.08	8.16	8.59	14.02	9.71
% Total Number	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	120,550	56,482	177,032	437,394	88,781	526,175	557,944	145,263	703,207

Source: Bahrain Population Censuses 2001 & 2010, Central informatics Organization

IV. Unemployment

The unemployed comprise all persons without work, but willing and able to work and had taken steps to seek work but not engaged in the labour force yet. This section presents the unemployment rate and some

demographic characteristics of unemployment in the Kingdom of Bahrain Population.

4.1 Levels and trends of Unemployment

The unemployment rate is the percentage of unemployed persons to the total labour force in a given point of time at the censuses or survey. The unemployment rate is considered an important economic indicator for any country as most of the economic development policies and strategies seek to decrease the unemployment rate to a minimum level through more investments to provide more job opportunities to meet the needs of the growing numbers of labour force, (Ibrahim.M, 2013).

Table (7) presents the unemployment rate for kingdom of Bahrain, by nationality and sex according to 2001 and 2010 censuses. It shows an extreme decrease in the unemployment rate for both sexes in both censuses. The unemployment rate for Bahraini population 15 years and above, dropped more than half from 2001 to 2010.

The comparison between males and females indicates that the unemployment rate for Bahraini females were much higher than males in 2010. For non-Bahraini the unemployment rate was less than 1 percent in 2001 and there were no unemployed non-Bahraini in 2010. This is mainly due to the employment policy adopted recently in kingdom of Bahrain which restrict receiving non-national labour force unless they have available jobs opportunities for them.

Table (7)
Unemployment Rate by Nationality and Sex, Kingdom of Bahrain 2001 & 2010.

Nationality/Sex	2001			2010		
	Male	Female	Both Sexes	Male	Female	Both Sexes
Bahraini	10.00	20.45	12.69	2.00	8.96	4.34
Non-Bahraini	0.35	0.91	0.46	0.00	0.00	0.00
% Total	4.1	10.5	5.5	0.4	3.7	1.1
Number	9953	7012	16,965	2466	5557	8023
Source: Bahrain Population Censuses 2001 & 2010, Central informatics Organization						

4.2 Educational Levels of Unemployed persons

Table (8) presents the percentage distribution of unemployed population by highest educational level, nationality and sex for Kingdom of Bahrain, according to 2001 and 2010 censuses. The table shows that the highest unemployed percentage among Bahraini population was for those with the secondary education which increased to reach about 62 percent in

2010. While only less than 2 percent of the Bahraini population was illiterate and unemployed in both censuses.

Table (8)
Percentage Distribution of Unemployed Population (15+) by Highest Educational Level, Nationality and Sex, Kingdom of Bahrain 2001 & 2010.

Highest Educational Level	Bahraini			Non-Bahraini			Total		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
2001									
Illiterate/ Read only	2.65	0.90	1.92	6.94	1.61	4.95	2.87	0.93	2.07
Read & Write	5.82	1.67	4.10	7.51	2.90	5.79	5.91	1.73	4.18
Primary	19.37	4.55	13.21	18.88	3.23	13.03	19.34	4.49	13.20
Preparatory	27.67	12.21	21.24	22.74	9.35	17.73	27.41	12.08	21.07
Secondary	41.32	65.65	51.43	37.96	61.61	46.80	41.14	65.47	51.20
Tertiary and above	3.18	15.03	8.10	5.97	21.29	11.70	3.33	15.30	8.28
% Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Number	9,434	6,702	16,136	519	310	829	9,953	7,012	16,965
2010									
Illiterate/ Read only	0.24	0.18	0.20	-	-	-	0.24	0.18	0.20
Read & Write	5.84	1.60	2.90	-	-	-	5.84	1.60	2.90
Primary	11.92	1.96	5.02	-	-	-	11.92	1.96	5.02
Preparatory	14.48	6.05	8.64	-	-	-	14.48	6.05	8.64
Secondary	57.10	64.68	62.35	-	-	-	57.10	64.68	62.35
Tertiary and above	10.42	25.54	20.89	-	-	-	10.42	25.54	20.89
% Total	100	100	100	-	-	-	100	100	100
Number	2,466	5,557	8,023	-	-	-	2,466	5,557	8,023
Source: Bahrain Population Censuses 2001 & 2010, Central informatics Organization									

4.3 Marital Status of Unemployed persons

Table (9) presents the percentage distribution of unemployed population (15+) by marital status, nationality and sex in kingdom of Bahrain according to 2001 and 2010 censuses. The table shows a remarkable decrease in the percentage of never married Bahraini unemployed from about 75 percent in 2001 to about 44 percent in 2010. On the other hand, the unemployed married Bahrainis increased to more than half, which was about 22 percent to about 53 percent for the same period. In 2001 the highest level for unemployed non-Bahraini persons was in never married category among both sexes which was about 75 and 63 percent for males and females respectively. The table indicates that the lowest

percentage for unemployed Bahraini persons was for the widowed category for both males and females in both censuses.

Table (9)
Percent Distribution of Unemployed Population (15+) by Marital Status, Nationality and Sex, Kingdom of Bahrain 2001&2010.

Marital Status	Nationality / Sex								
	Bahraini			Non-Bahraini			Total		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
2001									
Never Married	79.32	69.38	75.19	75.34	63.55	70.93	79.11	69.12	74.98
Married	18.83	26.48	22.01	23.12	32.9	26.78	19.05	26.77	22.24
Divorced	1.79	3.83	2.64	1.16	2.26	1.57	1.76	3.76	2.59
Widowed	0.06	0.3	0.16	0.39	1.29	0.72	0.08	0.34	0.19
% Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Number	9,434	6,702	16,136	519	310	829	9,953	7,012	16,965
2010									
Never Married	69.95	32.45	43.97	-	-	-	69.95	32.45	43.97
Married	28.14	64.46	53.3	-	-	-	28.14	64.46	53.3
Divorced	1.82	2.99	2.63	-	-	-	1.82	2.99	2.63
Widowed	0.08	0.11	0.1	-	-	-	0.08	0.11	0.1
% Total	100	100	100	-	-	-	100	100	100
Number	2,466	5,557	8,023	-	-	-	2,466	5,557	8,023
Source: Bahrain Population Censuses 2001 & 2010, Central informatics Organization									

V. Labour Force Structure

Three principle classifications of the economic characteristics of labour force are currently used in population statistics: First: Industry, referring to the function of the establishment or the enterprise in the individual works, Second: occupation, referring to the type of the work which the individual worker does, Third: employment status of which four primary categories are identified as employers, work on own account, employees and unpaid family workers, (U.N, 1973).

In this part of the study, the labour force structure of both Bahraini and Non-Bahraini were examined in terms of these main classifications.

5.1 Employment Status

Population who are engaged in the labour force can be classified according to the relationship between the persons and their employers. Table (10) shows the percentage distribution of working population by employment status, nationality and sex in Kingdom of Bahrain according to 2001 and 2010 censuses. The table shows that paid employee's category represents the vast majority of the combined Bahraini workers which was

about 91 percent in 2001 and increased to 93 percent in 2010. The table indicates also that almost all Non-Bahraini workers are participating in the labour force as paid employees in both censuses. The table shows also that the percentage distribution for unpaid employee was less than 1 percent for both Bahraini and non-bahraini workers in 2001, and it decrease to disappeared on 2010.

Regarding the sex differential, the proportion for Bahraini males who classified as paid employee was about 90 percent which is less than the females (96 percent) in 2001, however it increased for the males and reached about 93 percent and decreased for females till it reached 94 percent in 2010.

Table (10)
Percent distribution of Working population(15+) by Employment Status, Nationality and Sex, Kingdom of Bahrain 2001 & 2010.

Employment Status	Nationality / Sex								
	Bahraini			Non-Bahraini			Total		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
2001									
Employer	5.58	3.13	5.00	0.43	0.14	0.38	2.32	1.44	2.14
Self-Employed	4.26	0.71	3.42	0.45	0.06	0.37	1.85	0.34	1.54
Paid-Employee	90.11	96.05	91.50	99.10	99.78	99.23	95.80	98.16	96.29
Unpaid-Employee	0.05	0.12	0.07	0.02	0.01	0.02	0.03	0.06	0.04
% Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Number	84,920	26,067	110,987	146,604	33,787	180,391	231,524	59,854	291,378
2010									
Employer	4.62	5.00	4.74	0.58	0.41	0.55	1.45	2.19	1.61
Self-Employed	2.67	0.78	2.07	-	-	-	0.58	0.30	0.52
Paid-Employee	92.71	94.22	93.19	99.42	99.59	99.45	97.97	97.51	97.87
% Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Number	120,550	56,482	177,032	437,394	88,781	526,175	557,944	145,263	703,207
Source: Bahrain Population Censuses 2001 & 2010, Central informatics Organization									

5.2 Industrial Structure

The industrial composition provides knowledge of integration of occupation into firms, plants or establishment. They show the activities of people with various skills are integrated in the community needs. (BOGUE, 1969). it is important to note that according to the different industry classification group between 2001 and 2010 censuses, the categories has been combined in this research to be comparable between both censuses. Table (11) presents the percentage distribution of working population (15+) by industry and nationality in kingdom of Bahrain according to 2001 and 2010 censuses. The table shows that (Public administration and defense;

compulsory social security) sectors attracted about 28 percent of Bahrainis in 2001 and it increased to reach about 33 percent in 2010. On the other hand, around 20 percent of Non-Bahraini workers engaged in the Manufacturing sector in 2001 and it decreased to around 12 percent in 2010, and construction sector jumped to the first ranks with around 28 percent for the same year. The table indicates also (Agriculture, forestry and fishing, Mining and quarrying) sector had the lowest proportion for combined population in both censuses.

Table (11)
Percent distribution of Working Population (15+) by Industry and Nationality, Kingdom of Bahrain 2001 & 2010.

Industry	2001			2010		
	Bahraini	Non-Bahraini	Total	Bahraini	Non-Bahraini	Total
Agriculture, forestry and fishing ,Mining and quarrying	3.21	1.90	2.43	0.88	1.48	1.33
Manufacturing	11.32	20.23	16.68	11.36	12.41	12.14
Electricity, gas, steam and air conditioning supply , water supply	1.13	0.65	0.84	0.33	0.12	0.17
Construction	3.70	12.21	8.82	8.37	27.87	22.96
Wholesale and retail trade; repair of motor vehicles and motorcycles	8.76	13.33	11.51	13.96	16.35	15.75
Transportation and storage,Accommodation and food service activities,Information and communication,Arts, entertainment and recreation	9.84	8.39	8.97	7.83	9.03	8.73
Financial and insurance activities, Real estate activities	8.23	7.14	7.58	7.01	2.51	3.65
Public administration and defense; compulsory social security	27.82	10.65	17.49	32.71	5.34	12.23
Education,Professional, scientific and technical activities	8.73	1.74	4.53	13.08	3.11	5.62
Activities of households as employers of domestic personnel	0.08	16.37	9.88	0.00	16.04	12.00
Other services	17.17	7.38	11.28	4.47	5.75	5.43
% Total	100	100	100	100	100	100
Number	110,987	180,390	291,377	177,032	526,175	703,207

Source: Bahrain Population Censuses 2001 & 2010, Central informatics Organization.

5.3 Occupational Structure

The occupational structure provides a stock of actual skills which are being used by economically active population. It is also an indicator of the

changing occupational needs required at different stages of the economic growth. Occupation refers to the kind of work done during the time of the reference period established by date on economic characteristics. (SHRYOK H.S., 1976). Table (12) shows the percentage distribution of working population (15+) by major occupation groups and nationality in kingdom of Bahrain according to 2001 and 2010 censuses. The Table shows that (clerical) occupation category represents the first rank for Bahraini workers in both 2001 and 2010 with relative share of about 20 percent, followed by (Principal and Auxiliary Engineering) with a proportion of about 16 percent and it increased to about 18 percent for the same period.

For Non-Bahraini workers, Occupations related to (Services) and (Principal and Auxiliary Engineering) came both in the first rank with approximately about 32 percent for each occupation categories in 2001. The percentage distribution for the (service) category decreased to about 29 percent and the (Principal and Auxiliary Engineering) category increased to about 43 percent in 2010. The table shows that (Agriculture, Stock-Breeding... etc) category had lowest level for Bahraini worker with a level of less than 1 percent in both 2001 and 2010.

Table (12)
Percent distribution of Working Population (15 Years +) by Major Occupation Groups and Nationality, Kingdom of Bahrain 2001 & 2010.

Occupation Groups	Year/ Nationality					
	2001			2010		
	Bahraini	NON-Bahraini	Total	Bahraini	NON-Bahraini	Total
Legislators, Administration Directors and Managers, Working Proprietors	12.90	3.68	7.23	15.75	5.35	7.94
Scientific, Technical and Human Matters Specialists	11.78	7.37	9.07	13.50	5.56	7.54
Scientific, technical and Human Subjects Technicians	12.65	3.77	7.19	12.82	3.82	6.07
Clerical Occupations	20.38	4.53	10.64	19.35	1.76	6.15
Sales Occupations	3.58	3.21	3.35	3.37	3.78	3.67
Services Occupations	16.37	32.37	26.21	11.91	28.95	24.70
Agriculture, Stock-Breeding, Aviculture and Hunting Occupations	0.81	3.40	2.41	0.51	1.86	1.52
Industrial, Chemical and Food Industries Occupations	5.07	10.29	8.28	5.08	6.26	5.97
Principal and Auxiliary Engineering Occupation	16.46	31.38	25.63	17.72	42.66	36.44
% Total	100	100	100	100	100	100
Number	110,987	180,391	291,378	177,032	526,175	703,207
Source: Bahrain Population Censuses 2001 & 2010, Central informatics Organization						

VI. Conclusion and recommendations

6-1 Conclusion

This paper examined labor force size, characteristics and structure for kingdom of Bahrain through the 2001 and 2010 censuses. The main concluding remarks are summarized as follows:

- The relative size of the non-Bahraini labour force increased from 59 percent of the total labour force in 2001 to reach 74 percent in 2010, i.e about three-fourth of the total labour force. This is almost due to the ambitious development program adopted in the recent years in the kingdom of Bahrain.
- The crude, refined and age, sex activity rates for kingdom of Bahrain indicate the low participation of labour force among females in general and Bahraini females in particular due to prevalent customs and traditions regarding females participation in economic activities.
- The quality of the labour force in terms of educational level shows that about 45 percent of Bahraini workers have attained secondary level in 2001, and increased by about 7 percent in 2010. This level is about 24 percent for Non-Bahraini workers in both censuses. furthermore, illiteracy labour force decreased considerably for all males and females, as well as for Bahraini and non-Bahraini.
- The overall level of unemployment dropped widely to more than double its level in the period under the study from about 5.5 percent in 2001 to 1.1 percent in 2010. However, unemployment is considered a character of Bahrain labour force rather than the non-Bahraini, and much more prevalent among females rather than males.
- The predominant category of employment status of labour force is the "paid employees" with a proportion exceeding 95 percent of the employed person. This is true for both males and females, Bahraini and non-bahraini and in both 2001 and 2010 censuses.

- The industrial structure of the labour force showed that among Bahraini workers (Public administration, defense and compulsory social security) came in the first rank for both censuses, while for non-Bahraini workers the (Manufacturing) came in the first rank in 2001 and construction in 2010 by exchanging with (Manufacturing) sector which moved back to the second rank. Worker who participated in (Electricity, gas, steam, air conditioning supply and water supply) was very small in both censuses.
- The Bahraini workers are engaged in various occupational categories like “Scientific, Technical and Human Matters Specialists”, “Legislators, Administration Directors and Managers, Working Proprietors”, and others. While, the non-Bahraini workers are concentrated in two occupational categories namely as “Principal and Auxiliary Engineering Occupation” and “Services Occupations” for both censuses.

6.2 Recommendations

- Greater effort in training Bahrainis to replace the foreigner expertise and let the Bahraini be the first choice.
- Encourage Bahraini women to engaged in the labour force.
- Set plans to replace non-Bahraini labour force with the Bahraini especially in the high skilled job.
- More effort to balance between the education and job needed which is very important to balance between the supply and demand in labour force, considering Bahrain situation.
- More effort should be devoted to education programs in order to ensure better educational levels for Bahraini citizens. This will be the most important measure for improving the quality of Bahraini labour force in the long run.

- A distribution of workforce among industry groups for Bahraini & Non Bahraini workers, which is highly variant, warrants specific job oriented training for Bahrainis to make them capable to take up work in these industries in order to increase their participation as workers.

- References

- Alharban, Dua`a. Trends and Status of Women in the Kingdom of Bahrain (1981, 1991 & 2001), CDC 2006.
- Bogue, J. Donald. Principle of Demography, Wiley and sons, New York 1969.
- Central Informatics organization, 2010 census report, kingdom of Bahrain 2010.
- Hattem, Mahmoud. Some characteristics of labor force in Syria in 1994 and 2004, CDC 2008
- Ibrahim, Magdi. Brief Note on Labour force, Cairo Demographic Center 2013.
- International Labour Organization. The 13th International Conference of Labour Statistics (1982). (www.ilo.org).
- International Labour Organization. Decent Work Country Program March 2002.
- Mohamad, Rasha. (2002), Some demographic aspects of labor force in Sudan 1996. Cairo Demographic Center.
- Sherlock & Siegal, 1976. The Method and Materials of Demography, Academic Press, New York.
- United Nations. The determinants and consequences of population trends, vol.1. population No.50 New York 1973.

Improving Maternal Health in the Arab Countries Situational Analysis and the Way Forward for the Post-2015 Era¹

Maha El Adawy²

Ahmed Abdel Monem³

Abstract

Good maternal health indicators reflect a well-developed health system. Therefore, it is imperative to increase the capacity of the health system and strengthen all its components to provide quality maternal care in order to reduce inequities in access and utilization of service.

Arab countries are committed to address the challenge of achieving Millennium Development Goal 5 of improving maternal health. Many of the countries already have policies to address both targets associated with the goal. However, in light of the financial crisis, some priorities should be addressed like the operationalization of Dubai Declaration of January 2013 to accelerate progress towards achieving MDGs 4 and 5, identify mechanisms to improve coordination and alignment among development partners and the capitalization on existing funding mechanisms, and the establishment of partnerships with the national and Arab private sector to support and fund interventions leading to improved maternal health.

The study aimed to identify causes of maternal mortality and measure the progress made to achieve MDGS 4 and 5.

Humanitarian crises in some countries and reproductive health commodity security must be addressed at the policy level and should ensure a proper and sustained system for forecasting, procurement, management and distribution of contraceptives and emergency obstetric care essential equipment.

Key Words: maternal health, MDGs, Arab countries, Panel Data, Regression, Governorates.

¹Modified version of the original paper presented to Arab Council for Ministers of Health prepared with UNFPA support (2013).

² UNFPA regional Advisor, Cairo Regional Office, eladawy@unfpa.org.

³ PAFAM Manager, League of Arab States, Cairo. ahmonem@gmail.com.

I- Introduction

Maternal health is defined as the health of women during pregnancy, childbirth and the post-partum period. For most women, motherhood is a happy and positive experience. However, for many families around the world it ends with severe health complications or loss of life. Every minute a woman dies because of pregnancy or child birth and their complications mostly (99%) in the least developed countries particularly in Africa and South Asia. In the Arab region the life time risk of death from a cause related to pregnancy or child birth ranges between 1 in 16 to 1 in 490 in the least developed and in the middle income countries compared to 1 in 4,700 in developed countries. The loss of mother while giving birth affects the chances of survival of her newborn and the well-being of her other children and family.

Additionally, most of the causes of maternal death are preventable and affordable. The world is now focusing attention on maternal, newborn and child health and there is a global consensus that in spite of the achievements in reducing maternal and newborn mortality we still have a long way to achieve the goals set in 2000. New challenges and competing agendas will appear for the post-2015 era; however, it is the role of health professionals to ensure that maternal health is at the center of new development agendas to ensure the well-being of the society. Countries that have progressed towards achieving the goals show improved national averages; however, there are inequities in access to and financing of health services that persist among sub-regions of each country.

The Arab States region, as a whole, is doing comparatively better now than it was in 1990, but shows wide gaps and variations in all maternal health indicators between the rich and poor countries as well as within each country. Improving maternal health poses a challenge in almost all the middle income and the least developed Arab countries. Meanwhile maternal health indicators for the Gulf countries are comparable to those of the most developed countries.

The Millennium development goal to improve maternal health (MDG 5) has two targets that are measured by two sets of indicators. The first set (Target 5A) measures maternal mortality and skilled birth attendance, both aim to measure progress towards reducing maternal mortality and the

second (Target 5B) measures access to reproductive health services. Although universal access to reproductive health is a wider and more comprehensive concept that encompasses maternal health in addition to taking into account the life cycle approach for well-being it has been added as a new MDG5 target in 2007. This addition helped to strengthen the link between the goals of the International Conference on Population and Development (ICPD) 1994 goals of universal access to reproductive health with the MDGs. The indicators selected to measure progress towards Target 5B also have a direct effect on fulfilling Target 5A. The late inclusion of the “Universal access to reproductive health services” to the maternal health goal reduced the attention given to the goal and its indicators although all of them are essential to improve maternal health. This target should be given more attention during planning for the way forward, particularly for post-2015.

Maternal mortality ratio (MMR) is defined as the number of deaths of women aged 15-49 from causes related to pregnancy, child birth or in the 42 days following child birth (post-partum period) per 100,000 live births in the same place and time. Some experts are reviewing the definition to include the first year after giving child birth as research evidence showed that women could die from causes related to pregnancy and child birth for up to six months after labor. However, for easier reference and because the data collected in Arab countries refers to the 42 days after delivery the definition used in the discussion covers only this period.

The definition includes women who die from all causes related to pregnancy and childbirth including unsafe abortion and still births.

It is important to note that the number of women dying does not reflect the actual magnitude of the burden of complications that women suffer as a result of pregnancy and child birth, which is estimated to be almost 20 times higher than mortality, (*The Lancet, September 2006*). More women suffer from a range of complications that ranges from mild infections or breastfeeding problems to severe illness such as post-partum depression, infertility after hysterectomies, or pelvic disorders such as vesico-vaginal fistula (obstetric fistula) with its long-term social, physical and psychological repercussions.

II- Causes of Maternal Mortality

Reducing maternal mortality and morbidity in order to improve maternal health requires interventions at several levels. The below mentioned causes are also often referred to as the three delays in reaching

health care, the first delay occurs at the home, the second is on the way to reach care and the third is in the health facility. The causes of maternal mortality can be summarized as follows:

- **Direct clinical causes:** most women who die because of maternal health issues suffer from post-partum bleeding, severe infection, high blood pressure in pregnancy (Eclampsia), prolonged obstructed labor and other similar conditions. Most death happens in the intra-partum period particularly during childbirth and the immediate post-partum period. In Sudan and Djibouti, as well as in other countries reporting high MMR women reach the services very late and cannot be saved either because of delayed response at the household level to the risk or because of difficulties to reach the emergency unit. In many cases, women reach the hospital too late to be saved. Two national maternal mortality studies in Egypt (1992/93 and 2000) showed that women die in health facilities because of late arrival or the delayed response of the health system to the emergency. Similar results were found in other countries including Jordan and Morocco.
- **Intermediate factors related to the health system and the health seeking behavior:** good maternal health indicators reflect a well-developed health system. Therefore, it is imperative to increase the capacity of the health system and strengthen all its components to provide quality maternal care in order to reduce inequities by improving access and utilization of the poor and marginalized. It must be noted, however, that simply strengthening the health system will not improve utilization if the social and financial barriers to care are not addressed.

In many Arab countries particularly the LDCs, the health system is weak and does not provide coverage to the whole population. The main interventions to improve maternal health are availability of skilled birth attendants, family planning and access to basic and comprehensive emergency obstetric care. Recently, more attention has also been given to care during the post-partum (post-delivery) period as most of maternal deaths occur during this period particularly the first 48 hours after delivery.

Data show that in most Arab countries we have challenges related to all the interventions required for maternal health. Human

resources for health are insufficient and capacities to address primary health care issues are particularly lacking. Trained midwives are essential for safe delivery. However, in Arab countries with high maternal mortality such as Sudan, Yemen, Somalia and Djibouti there is a shortage of trained midwives. In addition, they are not well distributed to reach the rural and remote areas and are not connected to a referral system. Yemen made many efforts to train midwives but is faced with challenges such as basic educational level of women (literacy rate 30%), capacity of women to work and move from house to house, and a human resource policy for retention and deployment of midwives. Health infra-structure is also not well distributed making access to health facilities for childbirth difficult and costly to reach. Similar challenges are found in Sudan, Somalia and Djibouti.

Figure 3 clearly demonstrates that countries with a higher proportion of births attended by skilled personnel have lower maternal mortality ratios. Other factors affecting the health system include other types of human resources such as obstetricians, anesthetists, nurses and laboratory staff to provide comprehensive emergency obstetric care and Cesarean Sections when needed, to ensure the availability of necessary medicines and equipment, an adequate information system and the allocation of adequate resources to continuously improve the health system.

- **Structural causes related to society, traditions, living conditions, policies and gender issues:** Structural causes represent important determinants of maternal health and any long term sustained success will depend on dealing with those causes. Dealing with structural causes allows us to adopt a life cycle and holistic approach to women's health that prepares her to deal with health challenges during adolescence, child bearing age, menopause and post-menopause.

These vary from access to financial resources which can affect the utilization of health services (this was the case in Morocco that led to a change in policy to provide free access to childbirth in hospitals), to traditions that prevent women from receiving education, taking proper nutrition, or seeking economic opportunities (as is the case in Sudan, Yemen, Somalia and rural areas of middle income countries such as in Upper Egypt, rural Morocco, Syria,

Jordan), or roads (South Sudan, Somalia, Djibouti), or lack of policies that empower women. In Arab societies, tradition and culture contribute to maternal health outcomes through the following determinants that impact both targets 5A and 5B:

- **Age of marriage:** country reports show that the age of marriage is increasing in countries that are progressing towards achieving MDG5. In Tunisia and Algeria, for example, women are marrying in their late twenties. In almost all middle income Arab countries of Mashreq and Maghreb the average age of marriage is increasing. Many countries have laws that set a minimum age of 16 or 18 for women to marry. However, other countries such as Yemen are still struggling to pass such a law. A study in Syria showed that women aged 15-19 have a five times more chance of dying while giving birth than women aged 20-24. In Yemen, mothers under the age of 19 constitute a disproportionate percentage of total maternal deaths.
- **Age of first pregnancy:** Arab societies still have the belief that the use of contraceptives to delay the first pregnancy. Traditionally, a woman should become pregnant as soon as she is married. In countries where women marry young it is expected that they also have children at an early age.
- **Number of children:** still many Arab countries have total fertility rates above 3 (Bahrain, Egypt, Jordan) and many have TFR above 4 such as Syria, Djibouti, Yemen, Iraq and Oman. Women use contraceptives for limiting rather than for spacing and they do so after they have the desired number of children. The result is that many women suffer from repeated un-spaced pregnancies that negatively affect their health.

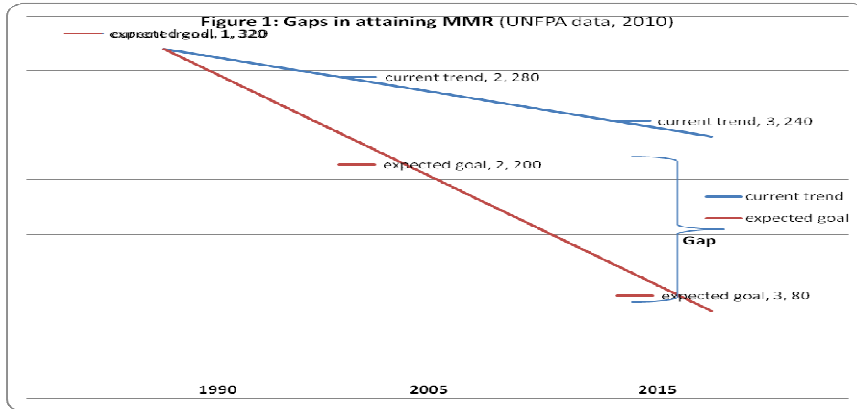
III- Status of progress:

Figure 1 below shows that progress on MDG 5 has been generally slow for Arab countries. Collectively, the Arab States region will not achieve reduction of maternal mortality by 75% by the year 2015.⁴

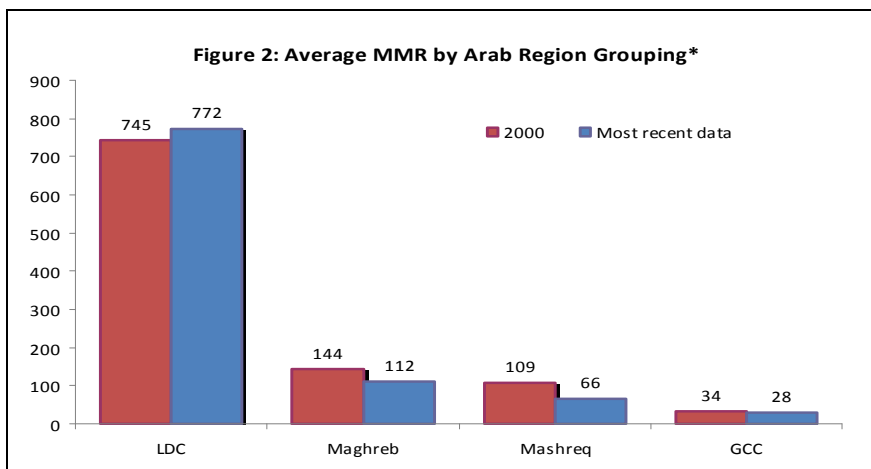
Monitoring the status of progress is challenged by the lack of accurate data on maternal mortality and the different methodologies used for data collection. However, data on target 5B is in general more reliable as most

⁴The figures are estimates taken from a maternal mortality study made by WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank and each agency provided regional estimates based on its definition of the region. Trends in maternal mortality, 2012

Arab countries conduct periodic surveys to determine contraceptive prevalence, age specific fertility rates and unmet needs for family planning.



The gap shown in the figure above is a result of the great variations in maternal reduction achievements in the region. The Gulf (GCC) countries show very low maternal mortality reaching below 10/100,000 live births. Meanwhile, a country like Somalia has maternal mortality ratio estimated to be around 1400/100,000 life birth. Somalia is one of two countries in the world with MMR estimates above 1000/100.000 LB. other countries in the region such as Djibouti, Sudan and Yemen still have considerably high MMR. Figure 2 below shows average maternal mortality ratios in Arab countries grouped into four categories: LDCs (Comoros, Djibouti, Mauritania, Somalia, Sudan and Yemen); Maghreb countries (Algeria, Morocco, Tunisia and Libya); Mashreq countries (Lebanon, Egypt, Jordan, Syria and OPT); and GCC (Bahrain, Kuwait, Oman, Qatar, UAE and Saudi Arabia).



The category averages do mask variations in MMR among Arab countries within each category. In addition, for many countries; particularly middle income countries the national average figures do not reflect the variations within the country. There are variations in achievement between rural and urban areas, the highest and lowest income quintiles and between the educated and the less fortunate.

The burden of maternal mortality is not equally shared among Arab countries. Kuwait, Bahrain, Oman, Kingdom of Saudi Arabia and the United Arab Emirates (GCC) have achieved the goal of 75% reduction or even more success or in some cases their figures are too low to be reduced by 75%. The GCC countries continue to maintain the low levels of maternal mortality. Countries of the Mashreq (Egypt, Jordan, Lebanon, Palestine and Syria) reduced MMR significantly since the 1990's. They all reported declines in MMR as well as an increase in the number of births attended by skilled health personnel (physicians, midwives and nurses) and an increase in the average age of marriage. It is not expected that any of the Mashreq countries will achieve the MDG5 target although some countries report being on track.

According to a government's recent report, Lebanon is one of the countries that is on track to achieve the MMR goal of 26/100,000 live births by the year 2015. Iraq data is a good example of the effect of war and the emerging humanitarian conditions on MMR. In the early 1990s before the sanctions, Iraq reported MMR to be 117/100,000; the Iraqi living conditions survey in 2004 estimated MMR to be 193/100,000 while the government adopted an estimate of 293/100,000 in 1999 and the most recent estimate of 84/100,000 in 2006/2007 study. The reason for adopting the latter two

estimates is because they were taken from national studies that followed the same methodology (ICMMS and IFHS 2006/07 respectively). This emphasizes the issue of data quality and availability for measuring MMR. The more recent I-WISH survey in Iraq did not provide a measure of maternal mortality. Yemen remains the most challenging Arab country in Asia.

Unlike its neighbors, Yemen's MMR has increased over the past years, according to national studies, to reach 365/100,000 from 351/100,000 in the early 1990s, which is considerably high and requires urgent and innovative interventions to reverse the current status. However, those figures do not correspond with the estimates for Yemen in international studies where Yemen is estimated to have reduced MMR to 210/100,000 although the Ministry of Health of Yemen does not accept this estimate and will verify it by a national survey soon during 2013/2014.

The Maghreb countries also show variations in reduction of MMR. Tunisia has reached an estimated MMR of 36.5/100,000 and Algeria 88.9 while Morocco succeeded in 2011 to reach 112/100,000 LB after a long period of stagnation at 227/100,000 and Mauritania is still extremely high, estimated to have an MMR of 820/100,000. In contrast, Tunisia, with a relatively low MMR will achieve all the MDGs ahead of time except for target A of MDG 5.

A common factor that contributes to MMR reduction in Tunisia and Algeria is the significant increase of the average age of marriage for women to the late twenties and a reduction of total fertility rate to 2.04 and 2.27, respectively. In Tunisia, the proportion of births attended by skilled personnel is almost universal reaching 94.5%. Morocco improved access to maternal health services at community level since 2008 when it developed a national health strategy that aimed to reduce maternal mortality.

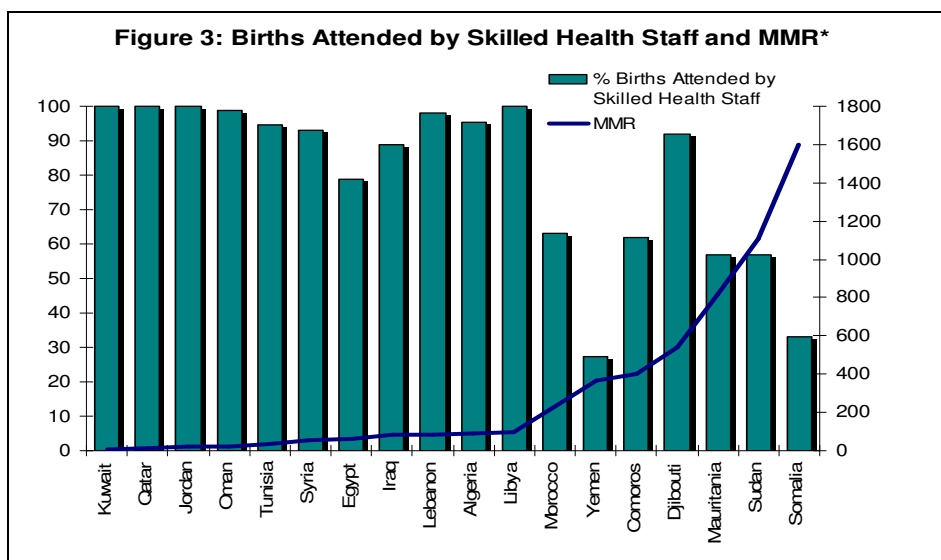
The proportion of births attended by skilled health personnel (the second indicator for MDG5 Target 5A) varies from one country to the other. The figure below (Fig. 3) shows that countries with positive progress towards achieving reduction in MMR, also have a higher proportion of births attended by skilled personnel.⁵

Algeria, Bahrain, Lebanon, Libya, Oman, Palestine, Qatar, Saudi Arabia, Syria, Tunisia and UAE achieved more than 90% coverage with

⁵A skilled attendant means a health care provider, whether a physician, nurse or a midwife, who is well trained to assist a pregnant woman through a normal child birth (Not a Cesarean section nor episiotomy) and is capable of identifying danger signs and referring the woman to more specialized care when needed.

skilled birth attendants. Somalia and Yemen have the lowest coverage. The proportion of births attended by skilled personnel reflects the capacity of the health system to deliver health care through trained human resources. However, one should be careful when applying the definition. Some countries have different levels of midwives who assist in delivery but are not all qualified.

The countries with high MMR need to improve the quality of training that the midwives receive to improve birth outcomes. Also, skilled attendance does not mean child birth in a health facility. It could be home birth with the assistance of trained personnel. Countries that focus on hospital or facility-based delivery miss a large number of women who are unable to reach the hospital on time. A recent study in Morocco showed that although more women are delivering in hospitals after the policy of free-of-charge services, there are still women dying as they deliver at home and have no access to skilled community based personnel. In Sudan, the SHHS 2010 showed that although the proportion of births attended by skilled personnel is almost 60% institutional delivery is still much lower.

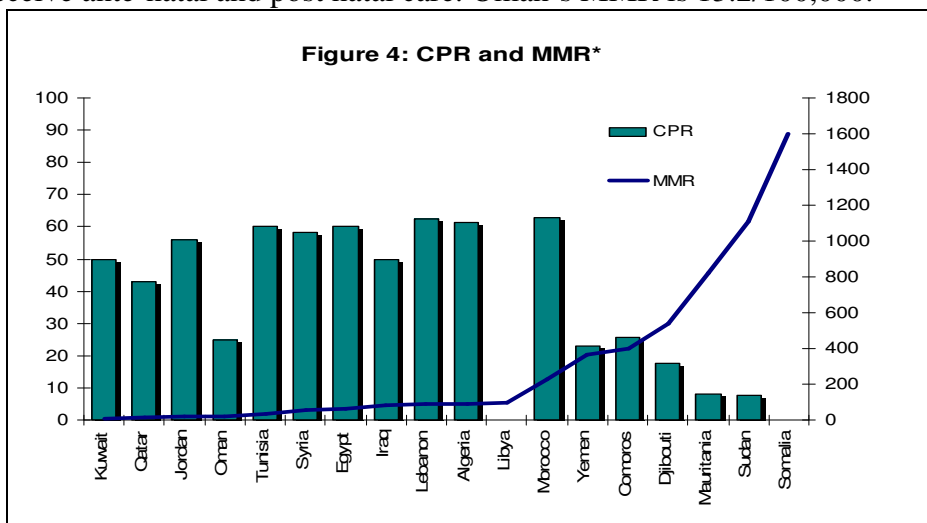


* Data for Algeria, Bahrain, Comoros, Iraq, Kuwait, Jordan, Libya, Mauritania, Qatar, Saudi Arabia, Somalia and the UAE was collected from WHO.

Indicators for universal access to reproductive health (Target 5 B), are measures of interventions or programs that are necessary to achieve Target 5A. Target 5B indicators were selected to measure access to and utilization of some essential reproductive health services such as family planning,

unmet needs and ante-natal care as well as follow adolescents' fertility rate, which is an important proxy for improved maternal health with women delivering at more suitable age to prevent maternal mortality. Indicators for target 5B also show discrepancies among Arab countries. Figures 4 and 5 below show contraceptive prevalence rate variations among Arab countries and Ante-natal care coverage.

Contraceptive prevalence rate (CPR) refers to the number of married women in reproductive age (15-49) who were using a method of contraception at the time of the study, regardless of the type of method including traditional (non-modern) methods. Figure 4 shows that, except for Oman, countries that have low CPR are those with the highest MMR. Family planning is known to be one of the most effective interventions to improve maternal health as it allows women to space their births. Oman is a rich country with a well developed health system and almost all women receive ante-natal and post natal care. Oman's MMR is 13.2/100,000.



*Data for Bahrain, Comoros, Iraq, Jordan, Kuwait, Mauritania and UAE was collected from WHO.

Ante-natal coverage is a good proxy indicator for access to services in general. The ante-natal care is an opportunity to immunize the pregnant woman against Tetanus (particularly when the woman is likely to give birth at home) to protect both mother and child. In addition, it is a good opportunity for health education. WHO, UNICEF and UNFPA prefer that women receive ante-natal care through at least 4 visits to the health facility. However, one visit is sufficient to establish the contact and the measure could be for one or four visits. The literature does not provide enough evidence of the link between ante-natal care and maternal mortality but it is

a contributing factor to the reduction of neo-natal mortality. Figure 5 below shows variations in ante-natal care attendance.

Data for Adolescent birth rate and the unmet need for family planning also show discrepancies between Arab countries. Adolescent birth rate is the number of children born to women between the age of 15- 19. In Tunisia the Adolescent birth rate is 1.5% as a result of improved access to girls' education and job opportunities resulting in the rise of average age of marriage. Also, women have universal access to family planning services. Yemen, on the other hand, has an estimated adolescent birth rate of 72%, one of the highest in the world.

The unmet need for family planning is as high as 50%. However, in Yemen marriage happens at an even earlier age followed by pregnancy and its complications that may lead to death. The Ministry of Public Health and Population in Yemen estimates that adolescent mothers (more correctly mothers below 19 years of age) contribute disproportionately to total maternal mortality (around 30% of total MMR).

The unmet need for family planning is an indicator that reflects poor access to information and quality family planning services. Countries such as Egypt, Morocco and Syria show lower levels of unmet need for family planning at 9%, 10% and 11% respectively. Those countries are facing a "plateauing" or leveling of contraceptive prevalence rates over the past decade and a program that focuses on the unmet needs could bring a difference. Financial resources are required to change the status quo and to improve program interventions and increase the contraceptive method mix and supplies as well as improve counseling in order to increase utilization. It is also important to improving counseling to address the issue of discontinuation of use of contraceptives within the first 12 months of initiating use.

MDG 5 and humanitarian situations

Sudan, Somalia, Iraq, Palestine, Yemen as well as other Arab countries are exposed to a number of situations either man-made or sometimes natural disasters that affect maternal health. In times of crisis pregnant women become very vulnerable. Palestine after having made great progress in improving maternal health saw a reversal after the second intifada due to the closures and the inability of women to access maternity hospitals in time for child birth. Studies showed an increase in maternal morbidity, mortality and neo-natal mortality. In some parts of Sudan and

Somalia women are afraid to seek health care and deliver at home in the absence of providers who are also unable to travel to reach women in need. Ambulances in Somalia are targeted and women abstain from using them. The war in Iraq destroyed many of the previously existing facilities, the sanctions led to reduction in resources going to the health system and many qualified personnel left the country. It is important to provide special attention to countries in humanitarian situation particularly to ensure that women continue to have access to care during the intra-partum period.

MDG 5 and development goals

Improving maternal health links to other MDGs. This explains some of the underlying causes for poor maternal health mentioned earlier.

MDG 1 to reduce poverty will contribute to reduction of maternal mortality both by improving the ability of poor families to access health care and by reducing the burden of poverty that could result from poor mothers having to use expensive health services.

MDG 2 of improved girls' education will increase the awareness of educated women to use health services as well as provide a pool of women who can work as skilled birth attendants.

MDG 3 plays an important role in empowering women to be able to make decisions about using services and to improve their opportunities for income generation and access to financial resources.

MDG 4 on reducing child mortality will help mothers to re-think the number of children they have if they know that they have a good chance to survive and MDG 6 on reducing infections particularly HIV/AIDS and sexually transmitted infection, malaria which kills pregnant women in Sudan and Somalia.

It is, therefore, important to link all the development goals together and to provide the evidence of the effects of improving maternal health on other development issues.

VI- Challenges facing maternal health in Arab Countries and the Post-2015 agenda

There are many challenges facing Arab countries that hinder the reduction of maternal mortality and the achievement of MDG 5 targets 5A and 5B. These maybe challenges resulting from more global issues such as

political or economic challenges in the region particularly following the political changes that occurred in many countries and resulted in transitions in governments and the emergence of new social and development priorities or the effects of global issues on our region. Other challenges will be related to the state of the health systems and the conditions that contribute to the increased maternal mortality in the region.

Because of the diversity in this region, the international community does not always give it priority for development assistance. In addition to the oil rich countries there are several middle income countries that should be capable of addressing their developmental issues and strengthen their health systems. Additionally, the region is not benefiting from its resources.

The growing population in the region is contributing to increasing the challenges because of the escalating unemployment and economic difficulties facing countries of the region. However, we should be able to turn this to an opportunity similar to what happened to the Asian tigers in the 1990s and use the demographic dividend to our advantage and growth.

- The conflicts in Sudan, Somalia and most others also have a negative effect on the financial resources and in particular official development assistance (ODA) that is directed towards humanitarian priorities rather than development. This was the case in Iraq but there is now a shift towards development assistance.
- In many of the Arab countries out-of-pocket expenditures exceed 50% of total health expenditures. Although the economic difficulties will negatively impact both men and women, it is expected that women will be worse affected. In the least developed Arab countries women's access to education and income-earning opportunities are hindered by both tradition and poverty. There is a fear that the economic crisis will further eliminate women from the public domain and reduce their already constrained decision-making power to access timely health services for child birth, ante-natal and post-natal care. This might lead to sustaining or further exacerbating the high MMRs among the LDCs. In addition, poverty may lead to perpetuating a culture of early age of marriage for girls and hence a rise in MMR. Recent discussions in the Parliament of Yemen to discuss an Act that would set a minimum age of marriage for girls identified poverty as one of the contributing factors to early

marriage, although not the only one. This would also lead to girls leaving school before they finish their basic education or even not attend schooling at all.

- The economic difficulties could affect the already constrained resources for health and in particular allocations for primary health care and for family planning. The private sector plays a role in the provision of family planning services in Arab countries. Declining income could negatively impact upon the voluntary use of family planning services increasing unmet needs and unwanted pregnancy and increasing MMR. In a study in Morocco to identify barriers to access safe delivery in hospitals, financial constraints were found to be the most important factor to prevent access to births in a health facility. The Ministry of health responded to the finding by making delivery in hospitals free of charge and is now documenting an increase in utilization of health facilities for child birth.

Causes inherent to socio-economic and health system issues

- The causes of maternal mortality still persist in Arab countries. Those include direct causes of maternal mortality such as severe bleeding during pregnancy, child birth and in the post-partum period, post-partum infection and unsafe abortion (data on this issue remains insufficient and possibly does not reflect the actual contribution of unsafe abortion to maternal mortality; scientific literature estimates unsafe abortion as the cause of 13% of maternal deaths), pre-Eclampsia and Eclampsia (hypertension disease of pregnancy) and other clinical complications.
- There are also causes that stem from the poor health system including the inadequate numbers of human resources, particularly well trained midwives, available to provide health services to mothers in pregnancy and child birth; the inadequate number of comprehensive and basic emergency obstetric care units and systems of referral from the community level to the health facility level, in particular in countries with poor roads and transport systems; poor health information systems affecting planning, management and evidence generation to inform programmatic directions; inadequate supplies of reproductive health commodities and poor logistic systems; and the inadequate financing of the primary care system and the lack of social health insurance coverage in many of the Arab

LDCs and middle income countries. Tunisia, which has a good health insurance system, does not include reproductive health issues in its health insurance package. Until recently Egypt's health insurance covered a wide range of chronic and acute illnesses but not child birth and reproductive health. Such health financing constraints must be addressed to ensure that women are protected from the negative effects of the financial crisis.

- In addition to the direct causes of maternal mortality and the health system issues mentioned above maternal mortality and access and utilization of health care are affected by community and household factors such as tradition and culture.

In some countries women do not leave their homes to seek health care without the permission of the husband or an elderly member of his family, which could delay the access to timely health services. Practices such as early marriage, limited education, female genital cutting and son-preference influence the behavior of women especially in the use of contraceptives, ante-natal care, repeated and early pregnancy and choosing to give birth at home. In many countries child birth is regarded as a normal occurrence that should take place at home and the hospital is used only in case of complications. Meanwhile, Arab societies are transitioning and the social network systems of support are changing.

V- Policies to address the challenges to achieve MDG 5

Arab countries are committed to address the challenge of achieving Millennium Development Goal 5 of improving maternal health. Many of the countries already have policies to address both targets associated with the goal. However, in light of the financial crisis, the following priorities should be addressed:

- Operationalize the Dubai Declaration of January 2013 to accelerate progress towards achieving MDGs 4 and 5. All the Ministries of health of Arab countries signed on the Dubai Declaration or on the commitments of Maputo and CARMMA.
- Advocate for maternal and newborn health to be part of the post-2015 development agenda and allocate more resources to achieve the goals.

- Review funding for health care and increase government financial allocations to family planning and emergency obstetric care programs with the aim of both sustaining existing programs in the Mashreq and Maghreb countries and strengthening and expanding coverage in the least developed countries or the slow achieving middle income countries.
- Identify mechanisms to improve coordination and alignment among development partners. Many Arab countries are signatory to the Paris declaration for donor harmonization and should use this as a tool for more effective donor programming and funding for MDG 5 targets. Arab countries also signed the Accra declaration of new aid and funding modalities.
- Capitalize on existing funding mechanisms such as the H4, in the case of Yemen, and the IHP+, in the case of Djibouti, to mobilize resources to address priority health issues and in particular the high maternal mortality and the low contraceptive prevalence rates.
- Lobby for the inclusion of priority countries such as Sudan and Somalia to benefit from the existing funding modalities and to shift funds to priority development issues and not only to humanitarian aspects. Also, lobby to extend Africa based modalities, for example, the Maputo and the Abuja declarations and CARMMA, to create partnerships with the Arab League and other influential policy bodies who could bring those modalities to Yemen in particular.
- Benefit from existing opportunities to increase funding to the health system strengthening such as funds available from the GFATM and GAVI and channel resources to their own health system priorities.
- Establish partnerships with the national and Arab private sector to support and fund interventions leading to improved maternal health. In most Arab countries the private sector is a main provider of family planning methods and should be mobilized to support disadvantaged population groups.
- Develop new approaches to maternal health service delivery that can reduce costs and ensure sustainability such as transferring experiences from some Arab countries to others on community participation in improving access to maternal health and the use of

non-physicians to provide family planning services in areas where human resources are constrained.

- Develop policies to motivate human resources in the health sector to remain in their countries and even to re-locate to difficult areas. Policies should address and introduce new incentives and mechanisms of provider payment and policies for distribution and capacity building of human resources. In addition, health human resource policies should address the issue of the brain drain and provide solutions to retain health care providers.

In addition to issues related to financing the following health system issues must be addressed:

- Ensuring that maternal health and family planning are included in the comprehensive new approaches for strengthening the health system. Many countries are embarking or participating in health system strengthening initiatives or health sector reforms. Such initiatives must include MDG 5 in the essential package of services.
- Increasing the efficiency of reproductive health commodity security logistics systems for forecasting, procurement and distribution by aligning them and including them in the essential drug list and unifying the logistics management systems.
- Conducting national studies to provide the evidence of the positive economic returns of investing in family planning and reducing maternal mortality and morbidity.
- Investigate the direct, immediate and root causes of poor maternal health in Arab countries and provide adequate evidence and solutions to policy makers and advocates. This includes support to laws that define the minimum age of marriage, support the elimination of gender discrimination particularly in education and access to opportunities to participate in the economy. This also includes policies that improve physical and financial access to timely quality health care.
- Provide the space and support the participation of civil society in changing attitudes towards access to maternal care.

VI- Concluding remarks

- With the world approaching the final days (less than 1000 days) to the achievement of the Millennium Development Goals and in preparation for the post 2015, the Arab countries should benefit both from existing mechanisms such as Dubai declaration and CARMMA to inform the post-2015 development agenda and to accelerate progress towards achieving the goals in the framework of human rights and ensuring equity among the citizens of this region in its new post-revolutionary era.
- MDG 5 remains one of the most difficult to achieve of the Millennium Development Goals.
- Arab countries on average have shown some progress towards achieving the goal with GCC countries attaining the goal while the Mashreq and Maghreb countries show variations in achievement between and within countries. There are some Arab countries that are still far from attaining the goal or showing positive progress, including Djibouti, Mauritania, Somalia, Sudan and Yemen.
- The global financial crisis will negatively affect middle income and poor Arab countries particularly those that depend largely on ODA and development partners to finance and support key programs required to achieve the different components of MDG5. In addition to the economic crisis, there are emerging issues such as climate change and its negative effect on water resources and agriculture, the increase in natural disasters, the emerging wars in some countries and the effect on displacing the population and channeling resources to other priorities, the aging population and its social and medical demands and new pandemics such as H1N1 and Avian flu.
- Humanitarian crises in many countries will hinder progress towards achievement of MDG 5 and may even reverse the fulfilled targets.
- Arab countries will have to think of new and innovative approaches to utilize and rationalize resources. MDG 5 will be achieved within a more comprehensive approach to development.
- Countries should also focus on strengthening the health system and building their human resources.
- Issues of reproductive health commodity security must be addressed at the policy level and should ensure a proper and sustained system

for forecasting, procurement, management and distribution of drugs, contraceptives and emergency obstetric care essential equipment.

The private sector and other stakeholders must be involved in programmatic activities in order to achieve progress in MDG 5.

- References

- Central Bureau of Statistics (2011), “Syrian Household Health Survey 2009 – Principal Report” – Central Bureau of Statistics and PAPFAM, 2011.
- Central Organization for Statistics and Information Technology (2012), “Iraqi Women Integrated Social and Health Survey ; I-WISH 2011: Findings Report” - Central Organization for Statistics and Information Technology, UNFPA and PAPFAM, March 2012.
- Department of Statistics and ICF Macro (2010), “Jordan Population and Family Health Survey 2009” - Department of Statistics and ICF Macro, May 2010.
- Directorate of National Statistics and Demographic Studies (2004), “Djiboutian Family Health Survey 2002 – Principal Report” - Directorate of National Statistics and Demographic Studies, Ministry of Health and PAPFAM, 2004.
- Directorate of National Statistics and Demographic Studies (2013), “Djiboutian Family Health Survey 2012 – Principal Report” - Directorate of National Statistics and Demographic Studies, Ministry of Health and PAPFAM, 2013.
- El-Zanaty, F. and Ann Way. (2009), “Egypt Demographic and Health Survey 2008” - El-Zanaty and Associates, and Macro International, March 2009.
- Kassas, M., Hefni, M., Hanafi, A., Campbell, O. (1995), “The National Maternal Mortality Study of Egypt 1992-1993” – International Journal of Gynecology and Obstetrics, Volume 50, Supplement 2, October 1995.
- Ministry of Health (2012), “National Survey on Population and Family Health in Morocco 2010/2011” – Directorate of Planning and Financial Resources and PAPFAM (2012).
- Ministry of Health and Population (2001), “National Maternal Mortality Study, Egypt 2000: Report of Findings and Conclusion” – Directorate of Maternal and Child Health Care, Ministry of Health and Population, June 2001.
- Ministry of Health and Population, Maternal Mortality Surveillance System (2010).
- Ministry of Health, Population and Hospitals Reform (2004), “Algerian Family Health Survey 2002 – Principal Report” - Ministry of Health, Population and Hospitals Reform and PAPFAM, July 2004.
- Roudi-Fahimi, F., Abdelmonem, A., Ashford, L. and El-Adawy, M. (2012), “Women’s Need for Family Planning in Arab Countries” – PRB, July 2012.
- WHO (2006), “Health System Profile-Djibouti”, Regional Health Systems Observatory- EMRO.

- WHO (2006), “Health System Profile-Egypt”, Regional Health Systems Observatory- EMRO.
- WHO (2006), “Health System Profile-Iraq”, Regional Health Systems Observatory- EMRO.
- WHO (2006), “Health System Profile-Jordan”, Regional Health Systems Observatory- EMRO.
- WHO (2006), “Health System Profile-Kuwait”, Regional Health Systems Observatory- EMRO.
- WHO (2006), “Health System Profile-Morocco”, Regional Health Systems Observatory- EMRO.
- WHO (2006), “Health System Profile-Qatar”, Regional Health Systems Observatory- EMRO.
- WHO (2006), “Health System Profile-Saudi Arabia”, Regional Health Systems Observatory- EMRO.
- WHO (2006), “Health System Profile-Somalia”, Regional Health Systems Observatory- EMRO.
- WHO (2006), “Health System Profile-Sudan”, Regional Health Systems Observatory- EMRO.
- WHO (2006), “Health System Profile-United Arab Emirates”, Regional Health Systems Observatory- EMRO.
- WHO (2006), “Health System Profile-Yemen”, Regional Health Systems Observatory- EMRO.
- WHO (2007), “Health System Profile-Bahrain”, Regional Health Systems Observatory- EMRO.
- WHO (2007), “Health System Profile-Libya”, Regional Health Systems Observatory- EMRO.
- WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank (2012), “Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates” – WHO, Geneva (2012).