

# صلة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

دورية علمية متخصصة محكمة

يصدرها البرنامج العربي لصحة الأسرة

جامعة الدول العربية



في هذا العدد:

- تلوث الهواء بغاز الأمونيا وثاني أكسيد الكبريت وعلاقته بالتوافق النفسي البيئي لدى السكان المعرضين لبعض مصانع الأسمدة" في مصر.
- الخيارات الصحية لسكان مدينة صور في لبنان.
- انعكاسات الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية على صحة الطفل في الجزائر.
- وفيات الأمهات وتوزيعاتها المكانية في العراق.
- إدارة المخاطر وتحديات أمن الأسرة العربية: دراسة سوسيو ديموجرافية تحليلية.
- مؤشرات التجربة الماييزية المعاصرة في تحقيق العدالة الاجتماعية خلال أربعين عاما (1970-2010).
- انعكاسات النمو الديموغرافي على الطلب الاجتماعي على التمدرس، إقليم الجزائر العاصمة الكبرى أنموذجا.
- تقييم مستوى العنف الزوجي الممارس ضد المرأة من خلال بناء دليل عام مركب.

صلة الأسرة  
تتروك أمتنا



المجلد العاشر - العدد الثالث والعشرون - يناير 2017

PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH



## الهيئة الاستشارية والعلمية (حسب الترتيب الأبجدي)

- أ.د. أحمد رجاى رجب أستاذ الصحة الإنجابية – جامعة الأزهر. مصر.
- د. أحمد عبد المنعم مدير وحدة الدراسات والمسوحات الاجتماعية والميدانية سابقا وخبير الدراسات السكانية والصحية، مصر.
- أ. أحمد عبد الناظر مدير مركز بحوث الصحة الإنجابية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري. تونس.
- أ.د. أحمد العتيق أستاذ علم النفس البيئي، 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 في قضايا السكان والهجرة. مصر.
- السفير الدكتور بدر الدين علالي خبير في قضايا التنمية الاقتصادية ورئيس قطاع الشؤون الاجتماعية بجامعة الدول العربية، المغرب.
- أ.د. توفيق بن خوجة مدير عام المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة بدول مجلس التعاون الخليجي. السعودية.
- أ.د. حلا نوفل أستاذ الدراسات السكانية والديموغرافية، الجامعة اللبنانية، لبنان.
- د. رامت مهائني مستشار إقليمي بمكتب منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بالقاهرة. سوريا.
- د. ساهر وصفي شقيدف خبير تقييم البرامج والأنظمة الصحية. الأردن.
- د. سلمى جلال خبيرة في قضايا الصحة والسكان والتنمية. مصر.
- أ.د. شبيب دياب أستاذ علم الاجتماع بالجامعة اللبنانية. لبنان.
- أ.د. عبد البارى 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 علاق أستاذ بحوث العمليات، رئيس مجلس إدارة مصلحة الإحصاء والتعداد، ليبيا.
- د. عبد الله الزعبي خبير السكان والتنمية، الأردن.
- 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.
- أ.د. فوزي عبد الرحمن أستاذ أنثروبولوجيا، كلية البنات، جامعة عين شمس، مصر.
- أ.د. محمد نجيب عبد الفتاح أستاذ الدراسات السكانية والاجتماعية، معهد البحوث والدراسات الإحصائية- جامعة القاهرة، مصر.
- أ.د. مراد كامل حساتين أستاذ أمراض نساء وتوليد، جامعة الأزهر. مصر.
- أ.مصطفى أزماط خبير القضايا الصحية والديموغرافية، وزارة الصحة، المغرب.
- د. مواهب المويلحي طبيبة وباحثة في مجال الصحة الإنجابية والسكان. مصر.





# صحة الأسرة العربية والسكان بحوث ودراسات

رئيس التحرير

د. أحمد عبد المنعم

سكرتارية التحرير

رابع حلبي

محمد خالد يوسف

فنيحة أوقيرتي

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



## شروط النشر

- أن تكون المادة العلمية المقدمة مرتبطة بصحة الأسرة والسكان.
- ألا يكون قد سبق نشرها في أي دورية أخرى.
- تستوفي الشروط والمواصفات العلمية للأبحاث والدراسات.
- 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: [papfam@gmail.com](mailto:papfam@gmail.com)
- تليفون/ فاكس: +202 - 27383634

## الافتتاحية

حرصاً من إدارة البرنامج العربي لصحة الأسرة (PAPFAM) 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 الثالث والعشرون 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 كما نرحب بآرائكم 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  
جامعة الدول العربية.

في هذا العدد:

الصفحة	الموضوع
39-1	- تلوث الهواء بغاز الأمونيا وثاني أكسيد الكبريت وعلاقته بالتوافق النفسي البيئي لدى السكان المعرضين لبعض مصانع الأسمدة في مصر. أحمد فخري هاني،
58-41	- الخيارات الصحية لسكان مدينة صور في لبنان. صفاء علي عقيل،
76-59	- انعكاسات الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية على صحة الطفل في الجزائر. فاطمة الزهراء سي الطيب،
100-77	- وفيات الأمهات وتوزيعاتها المكانية في العراق. عباس فاضل السعدي،
123-101	- إدارة المخاطر وتحديات أمن الأسرة العربية: دراسة سوسيو ديموجرافية تحليلية. محمد عبد الرحمن صالح،
144-125	- مؤشرات التجربة الماليزية المعاصرة في تحقيق العدالة الاجتماعية خلال أربعين عاما (1970-2010). محمد يحيى الكبسي،
165-145	- انعكاسات النمو الديموغرافي على الطلب الاجتماعي على التمدرس - إقليم الجزائر العاصمة الكبرى أنموذجا. جيلالي سالمي،
188-167	- تقييم مستوى العنف الزوجي الممارس ضد المرأة من خلال بناء دليل عام مركب، (تطبيق على عينة من السيدات المصريات). رشا علي محمد علي السقا،

رقم الإيداع:

م 06/ دوري 51 (2017) / ع 23 (0249)



## تلوث الهواء بغاز الأمونيا وثاني أكسيد الكبريت وعلاقته بالتوافق النفسي البيئي لدى السكان المعرضين لبعض مصانع الأسمدة في مصر

أحمد فخري هاني<sup>1</sup>

### - مستخلص

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أثر التلوث الهوائي الناتج عن غاز الأمونيا وغاز ثاني أكسيد الكبريت وعلاقته بالتوافق النفسي البيئي لدى عينة من السكان القاطنين بجوار مصانع الأسمدة الفوسفاتية والنيتروجينية المعرضين لتلوث الهواء والفرق في درجات البيئة الفيزيائية والتوافق النفسي بين السكان المعرضين والسكان غير المعرضين في منطقة بعيدة عن مصدر التلوث. وتكونت عينة الدراسة من (133) من الذكور، تتراوح أعمارهم ما بين 30-45 ويقطنون مناطق الدراسة، وقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات الأولى وعددهم (43) من السكان المقيمين بجوار مصنع التبنين للأسمدة النيتروجينية وأكثر تعرضاً لتلوث الهواء بغاز الأمونيا، المجموعة الثانية وعددهم (44) من السكان المقيمين بجوار مصنع الأسمدة الفوسفاتية وأكثر تعرضاً لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت، والمجموعة الثالثة الضابطة وعددهم (46) من السكان غير المعرضين لتلوث الهواء في وسط مدينة الخانكة، واستخدم الباحث أدوات من تصميمه منها: مقياس البيئة الفيزيائية للمعرضين وغير المعرضين لتلوث الهواء، ومقياس التوافق النفسي البيئي.

وأكدت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى معرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت على مقياس البيئة الفيزيائية. كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى معرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت على مقياس التوافق النفسي البيئي، ولا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى من السكان غير المعرضين على مقياس البيئة الفيزيائية لصالح عينة السكان غير المعرضين، وتوجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة من السكان غير المعرضين على مقياس التوافق النفسي البيئي لصالح عينة السكان غير المعرضين، كما أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت وعينة من السكان غير المعرضين على مقياس البيئة الفيزيائية لصالح عينة السكان غير المعرضين.

**الكلمات المفتاحية:** التلوث الهوائي، غاز الأمونيا، غاز ثاني أكسيد الكبريت، التوافق النفسي، البيئة الصحية والنفسية.

## I - مقدمة

تعد مشكلة تلوث الهواء، من أخطر المشكلات التي يواجهها الإنسان، في العصر الحاضر، وبخاصة في المدن والمناطق الصناعية المزدحمة، فالتكوين الجسمي والفيولوجي يمكن الإنسان من العيش لبعض الوقت بدون طعام وأيضاً يمكنه أن يعيش بعض الوقت بدون مياه، ولكنه لا يستطيع الحياة بدون هواء يتنفسه لدقائق معدودة، وفي الوقت الحاضر يشكو الكثيرون هنا وهناك من مشكلة تلوث الهواء، وآثاره الخطيرة على الإنسان بل وعلى الكائنات الحية جميعاً.

حيث تعد المصانع من أكثر المنشآت تلويثاً للبيئة، إذ تنبعث من المصانع العديد من المخلفات السائلة والصلبة والغازية التي لها تأثير سلبي على البيئة مسببة تلوثاً وضرراً بيئياً وصحياً لكافة الكائنات الحية ومنها الإنسان.

وليس هناك شك أن سلوك الإنسان وحالته المزاجية والانفعالية إنما هي نتاجاً للتفاعل والتأثير المتبادل بين بيئة الإنسان المحيطة به وسلوكه والاستثارة الفسيولوجية التي يواجهها من البيئة المحيطة، ولذلك كلما كان هناك توافق وانسجام بين الفرد وبيئته المحيطة، نتج عن ذلك التوافق النفسي والمهني والصحي والبيئي، وفي هذا الإطار لا نستطيع أن نغفل بعض المتغيرات الخاصة بالفرد والبيئة المحيطة به، من الاستجابة الانفعالية تجاه البيئة ومدة الإقامة في تلك البيئات وشدة المثير البيئي، وسن الفرد وقدراته وخبراته ومدى شعوره بالمثير ودرجته، وكلها أمور تؤثر في درجة تأثير الفرد بالبيئة ومدى علاقته التوافقية وانسجامه مع البيئة المحيطة به.

## 1-1 - مشكلة الدراسة

تعد مصانع الأسمدة سواء كانت مصانع للأسمدة النيتروجينية أو مصانع للأسمدة الفوسفاتية من أكثر المنشآت الصناعية تلويثاً للبيئة، وخاصة البيئة الهوائية. إذ تنبعث من هذا النوع من الصناعات العديد من الملوثات الغازية والسائلة والصلبة والتي لها آثاراً بيئية ضارة على المدى القريب والبعيد.

وتتعدد المكونات الغازية المنبعثة إلى الهواء من مصانع الأسمدة، إذ تتصاعد من هذه المصانع كميات كبيرة من المخلفات الغازية مثل الأمونيا واليوريا وحامض الفسفوريك وحمض الكبريتيك والميثانول وكثير من المركبات المتطايرة مثل مركبات النترات بالإضافة إلى الجسيمات الدقيقة والأكاسيد الغازية مثل الأكاسيد النيتروجينية والكبريتية وأول وثاني أكسيد الكربون وفلوريد الهيدروجين وكلها بلا استثناء مركبات ضارة بالبيئة والإنسان والحيوان، (أحمد أحمد، 2012).

وتؤثر صناعة الأسمدة الكيماوية على البيئة باتجاهين: أولهما يقع ضمن ما ينتج من ملوثات خلال التصنيع، والثاني نتيجة تسرب هذه الكيماويات أثناء وبعد الاستعمال إلى البيئة. ففي اجتماع

كيوتو الخاص بالمناخ المنعقد عام 1997 تم الاتفاق بين الدول الصناعية لتقليل الغازات الخاصة بالاحتباس الحراري بنسبة 5% عما كان ينتج عام 1990 للفترة بين 2008-2012.

والغازات التي يجب أن تقلل إنتاج معظمها من صناعة الأسمدة الكيماوية وهي ثاني أكسيد النيتروجين (No2) وكذلك غاز الميثان (CH4) فعلى سبيل المثال يعتبر ثاني أكسيد الكربون (Co2) كنتاج عرضي غير مرغوب فيه في صناعة الأمونيا بينما يتم إطلاق ثاني أكسيد النيتروجين (No2) أثناء عملية إنتاج حامض النتريك لغرض إنتاج سماد نترات الأمونيوم، (غازي مالح مطر، 2009).

ونجد أن الملوثات التي تتوافر بشأنها بيانات أكثر دلالة على إثارتهما للقلق في مجال الصحة العامة هي المواد الجسيمية الدقيقة والغازات (أول أكسيد الكربون والأوزون وأكاسيد النيتروجين وثاني أكسيد الكبريت والمركبات العضوية المتطايرة). وتضر المواد الجسيمية الدقيقة المنتشرة في الأماكن الداخلية والخارجية بصحة عدد أكبر من الناس من أي ملوث آخر من ملوثات الهواء غير ترسب الجسيمات في المسالك الهوائية والأسناخ الرئوية الأصغر حجماً، وتتركز بوجه خاص على الكربون الأولي والمواد العضوية والمعادن الانتقالية والمركبات المعدنية ومواد الكبريتات والنترات اللاعضوية وغاز الأمونيا وكلوريد الصوديوم وغبار المعادن من بين أشكال المواد الجسيمية الدقيقة ويمكن أن تضر الجسيمات الممتصة بالوظيفة الرئوية والجهاز القلبي الوعائي وتغير سرعة القلب واضطراب نظامه، (منظمة الصحة العالمية، 2014).

ويعزى أسباب المرض والوفاة الرئيسية التي يمكن تجنبها على صعيد العالم إلى تلوث الهواء حيث يرتبط ما يناهز 4.3 ملايين حالة وفاة كل سنة يسجل معظمها في البلدان النامية بالتعرض لتلوث الهواء في المساكن (الهواء الداخلي) ويعزى عدد إضافي من حالات الوفاة يبلغ 3.7 ملايين حالة وفاة في السنة إلى تلوث الهواء المحيط (الهواء الخارجي)، (WHO, 2012).

وقد صنفت الوكالة الدولية لبحوث السرطان مؤخراً تلوث الهواء وخاصة الجسيمات الدقيقة المكونة له على أنه سبب الإصابة بسرطان الرئة، ويمكن عزو ما يناهز 30% من جميع حالات الوفاة بسبب سرطان الرئة إلى الآثار المشتركة الناشئة عن تلوث الهواء في المساكن وتلوث الهواء المحيط، (Straif K, Cohen A. & Samet J. 2014).

ومن جانب آخر أشارت الرابطة الوطنية للأطباء من أجل البيئة على أهمية الجوانب النفسية لتلوث الهواء.

فالآثار النفسية للسمية الناتجة عن تلوث الهواء يمكن أن تؤدي إلى أعراض نفسية، كالقلق وتغيرات في المزاج، والإدراك والسلوك حيث يرافق مستويات بعض ملوثات الهواء من زيادة الأعراض النفسية وخاصة على الجهاز العصبي، وهناك آثار طبية أخرى لتلوث الهواء منها الربو والإجهاد النفسي والاضطرابات النفسجسمية، وتعتمد تلك الأعراض على المتغيرات الثقافية

والفردية والقرب أو البعد عن مصدر التلوث والهوائي، (The National Association Physicians for the Environment, 1996).

هذا ويؤثر التعرض الحاد والطويل الأجل لتلوث الهواء تأثيراً كبيراً في الصحة غير أن الآثار الناجمة عن التعرض الطويل الأجل هي أكبر بكثير من الآثار الملاحظة بالنسبة إلى التعرض القصير الأجل، مما يوحي أن الأضرار لا تنتج عن تفاعل الأمراض الموجودة أصلاً فقط بل تتجم أيضاً عن تطورها، فالتعرض الطويل الأجل للجسيمات الدقيقة المنقولة بالهواء يؤدي إلى زيادة حالات الوفيات المبكرة بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية والأمراض التنفسية الانسدادية المزمنة وسرطان الرئة، (WHO Regional Office for Europe, 2013).

ونجد أن تلوث الهواء وخاصة الناتج من المصانع خطر يهدد الصحة الجسمية والنفسية للإنسان حيث تبلغ معدلات الوفيات الناتجة عنه مستويات لا يستهان بها، حيث يتضرر كل الفئات السكانية من تلوث الهواء، ونجد أن الأحياء والسكان المقيمين بالقرب من مصانع الأسمدة الفوسفاتية والنيتروجينية يتعرضون لمستويات عالية من تلوث الهواء المحيط بهم حيث يتحمل السكان الغازات والأثرية المحملة بغازات الأمونيا وثاني أكسيد النيتروجين وثاني أكسيد الكبريت والجسيمات الصلبة، حيث تسرب تلك الملوثات الهوائية الضارة إلى المناطق السكنية المحيطة بالمصانع وتتسرب إلى مساكنهم فيصبحون معرضين لتلوث الهواء خارج وداخل مساكنهم.

وتتطلق الدراسة الحالية من مشكلة تلوث الهواء بغاز الأمونيا وثاني أكسيد الكبريت وعلاقته بالتوافق النفسي البيئي لدى السكان المعرضين وغير المعرضين بالمناطق المحيطة بمصانع الأسمدة الفوسفاتية والنيتروجينية.

### 1-2- أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يأتي:

معرفة أثر التلوث الهوائي الناتج عن غاز الأمونيا وغاز ثاني أكسيد الكبريت وعلاقته بالتوافق النفسي البيئي لدى عينة من السكان القاطنين بجوار مصانع الأسمدة الفوسفاتية والنيتروجينية المعرضين لتلوث الهواء والفرق في درجات البيئة الفيزيائية والتوافق النفسي بين السكان المعرضين والسكان غير المعرضين في منطقة بعيدة عن مصدر التلوث.

### 1-3- أهمية الدراسة

تتمثل أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

#### - الأهمية النظرية:

- تبرز أهمية الدراسة في كونها تتناول مشكلة تلوث الهواء كقضية بيئية ومدى علاقته بالتوافق النفسي البيئي من منظور بيئي نفسي.

- إن التوافق النفسي لا يعتمد على أسس داخلية فحسب، وإنما يعتمد أيضاً على مدى اتساق وتوافق وجودة البيئة المحيطة بالإنسان.

#### - الأهمية التطبيقية:

- تكمن أهمية الدراسة في الكشف عن درجة التوافق النفسي والبيئي وعلاقتها بالتلوث الهوائي، حتى يمكن أن يوفر للجهات التنفيذية ولوإضعي الخطط التنموية ما يتيح فرصة المواجهة وتقديم العلاج.
- توفر هذه الدراسة أدتان لقياس البيئة الفيزيائية والتوافق النفسي البيئي من منظور علم النفس البيئي.

#### 1-4- الدراسات السابقة

نتعرف من تلك الدراسات على التأثيرات البيئية الصحية والنفسية لتلوث الهواء وانبعاثاته الضارة على الإنسان في البيئة الداخلية (المسكن) والبيئة المحيطة به.

ومن الدراسات المبكرة في دراسة تلوث الهواء دراسة أحمد مصطفى العتيق (1987) عن الآثار النفسية للتلوث بعامد الأسمنت بمنطقة حلوان حيث أكدت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين عينتي المعرضين والضابطة في القدرات العقلية والحالة الانفعالية لصالح العينة الضابطة.

دراسة نوال جامع حسان، (1991): عن الآثار النفسية المرتبطة بتعرض العمال لبعض الغازات السامة في المهن الخطرة في الصناعة. وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً لصالح غير المعرضين للغازات في بعد العصابية والقلب وأعراض التنفس والدورة الدموية والأعراض السيكوسوماتية لصالح المجموعة غير المعرضة للغازات.

كما أشارت دراسة أحمد مصطفى العتيق، (1999): عن التلوث بالمعادن الثقيلة وتأثيره على بعض جوانب الأداء العقلي والحركي والحالة الانفعالية لدى عينات من الأفراد المعرضين. وكشفت النتائج عن وجود بعض الخصائص النفسية العامة للأفراد المعرضين للتلوث بالمعادن الثقيلة حيث أكدت الدراسة أن تأثير المعادن الثقيلة يكون عضوياً ووظيفياً وتمتد آثاره لتشمل الجوانب الانفعالية والعقلية والحركية.

أيضاً كشفت دراسة كلاً من شاتوبادا هي وصوم (1995) **Chattapdhay P. & Som P., (1995)**: حيث أجريت هذه الدراسة لتحديد آثار تلوث الهواء على الصحة البدنية والعقلية لدى السكان المقيمين في المناطق الصناعية والسكنية والتجارية. وكشفت النتائج أن السكان المقيمين في المناطق الصناعية تأثروا لدرجة كبيرة من حيث الصحة الجسدية والعقلية واشتكوا من تهيج العين والحلق

ومشاكل الجهاز التنفسي والتوتر والقلق أكثر بكثير من سكان المناطق السكنية وانخفضت الأعراض لدى سكان المناطق التجارية.

أيضاً دراسة كلاً من أستيفن وبيتي وكينت (Steven G., Betty L. & Kent W., (2004): عن التقييم السلوكي العصبي لمجتمع معرض بشكل مزمن لغاز كبريتيد الهيدروجين. وأظهرت النتائج في المنطقة الملوثة بغاز كبريتيد الهيدروجين بالأداء المنخفض في اختبار الذاكرة والعجز في الأداء السلوكي العصبي الشامل مقارنة بالعينة التي لم تعرض للغاز<sup>(12)</sup>.

كما أوضحت دراسة كلاً من نارلين وألياس (Narilena K. & Elias C., (2008): عن التأثيرات على الصحة من تلوث الهواء الناتج من المواد الكيماوية الخطرة المتسربة إلى البيئة من خلال عدد من الأنشطة الصناعية من خلال ملوثات الهواء مثل أول أكسيد الكربون (CO) وثاني أكسيد الكبريت (SO<sub>2</sub>)، وأكاسيد النيتروجين والمركبات العضوية المتطايرة والأوزون (O<sub>3</sub>) والمعادن الثقيلة، والجسيمات الصلبة (PM<sub>2.5</sub>) و (PM<sub>10</sub>)، حيث أشارت النتائج أن لتلوث الهواء آثار حادة ومزمنة على صحة الإنسان. كما تم الربط بين التعرض قصير الأجل وطويل الأجل لتلوث الهواء مع الوفيات المبكرة وانخفاض متوسط العمر المتوقع.

أيضاً دراسة كلاً من سييلا وماريا (Sibila M. & Maria L., (2011): دراسة عن السكان الذين يعيشون في المناطق الرمادية بسبب النشاط الصناعي وعلاقته بالصحة النفسية، حيث أشارت النتائج عن ارتباط كبير بين الذين يعيشون في المناطق الصناعية وكانت النتائج تشير إلى ارتفاع معدلات القلق والاكتئاب والأعراض الصحية والنفسية لدى الأفراد المقيمين في المناطق الصناعية.

وأوضحت دراسة كلاً من فيكتوريا وجسبر وإسماعيل (Victoria B. Jesper B. & Esmail, (2012): هدفت الدراسة إلى التعرف على التعرض المزمن للمواد الكيميائية في المناطق السكنية وآثاره على الصحة النفسية والعلاقة بين الجرعة والاستجابة من تلوث الهواء على الإجهاد البيئي الذي يؤثر على الأفراد وصحتهم النفسية والاجتماعية. وتم حساب مدة التعرض للنفايات القابلة للتحلل (الأمونيا NH<sub>3</sub>). وتحلل الدراسة الارتباط بين متوسط التعرض لغاز الأمونيا ودرجات مقياس الاستجابات النفسية والاجتماعية للسكان. وقد أفاد 45% من العينة أن التلوث بالأمونيا يسبب الإزعاج وعدم الثقة بالنفس وتوهم المرض والاضطرابات السلوكية، من خلال التعرض للأمونيا في البيئة المحيطة.

دراسة كلاً من توماس وأنا (Thomas R. & Ana F., (2014): عن التلوث الهوائي بأكسيد النيتريك والعمليات النفسية. وأوضحت النتائج ارتباط أكاسيد النيتريك بارتفاع درجات الضغط النفسي والإجهاد والانفعال والاكتئاب الشديد والقلق والأمراض النفسية باستخدام المقاييس النفسية. وربطت

أيضاً بين التوتر الحاد والقلق والتأثير السلبي لأكاسيد النيتريك العالية في البيئة المحيطة بالأشخاص المعرضين.

دراسة كلاً من زينجاتو وهينك (Zhengtao L. & Henk F., (2014): عن تأثير تلوث الهواء على مدى السعادة. قامت الدراسة بالنظر إلى شدة التعرض لتلوث الهواء ومخاطر التلوث وقرب الأشخاص من مصدر التلوث. وأشارت النتائج أن الحد من تلوث الهواء يحسن الشعور بالسعادة لدى الناس. ومن العوامل الهامة للمخاطر المفترضة هي القرب من مصادر التلوث سواء في السكن أو في بيئة العمل، حيث تؤثر على الحالة الإيجابية للإنسان وسعادته<sup>(17)</sup>.

أيضاً توضح دراسة نيكول وفكتور وهندرسون وهيوارد (Nicole M., Victor W., Henderson W. & Howard N., (2014): حيث ربطت الدراسة بين مكونات تلوث الهواء وعلاقتها بالوظيفة الإدراكية لدى السكان وتتبع الدراسة تأثيرات الملوثات الهوائية من ثاني أكسيد النيتروجين والأوزون. وأشارت النتائج أن هناك درجات مرتفعة مع زيادة التعرض لملوثات الهواء بثاني أكسيد النيتروجين مع انخفاض التعلم اللفظي والذاكرة الغير منطقية عندما تتزايد الملوثات في البيئة المحيطة من ثاني أكسيد النيتروجين والأوزون.

أيضاً دراسة ريتشارد (Richard J., (2015): هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير أول أكسيد الكربون والنمو العصبي والصحة العامة. حيث تشير الأدلة على وجود صلة بين تلوث الهواء والضعف العصبي والاضطرابات السلوكية عند الأطفال منهم المعرضون بصفة خاصة للتلوث الهوائي وأول أكسيد الكربون (Co) وهو عنصر مشترك من تلوث الهواء في الأماكن المغلقة والبيئة المحيطة، حيث تشير النتائج إلى أن التلوث الهوائي بألو أكسيد الكربون (Co) يمكن أن يعطل عدد من العمليات الحيوية في الدماغ ويضعف النمو العصبي ويساعد على الانحرافات السلوكية لدى الأطفال.

كما أوضحت دراسة كلاً من ليليان وأنجيلا ومارسا وطمارا (Lilian T., Angela W., Martha D. & Tamara S., (2015): تأثير التلوث الهوائي على المدى الطويل والضوضاء على الوظائف المعرفية والنفسية لدى البالغين وتم قياس الآثار الطويلة الأجل للتعرض لتلوث الهواء والضوضاء في البيئة المحيطة بالسكان. وأشارت النتائج إلى انخفاض درجات الوظائف الإدراكية والتعلم اللفظي وغير اللفظي والذاكرة وأنشطة الحياة اليومية، وارتفاع أعراض الاكتئاب والقلق. وأكدت النتائج ارتباط العوامل البيئية مع الصحة العقلية.

كما أوضحت دراسة فيكتوريا (Victoria V., (2015): تلوث الهواء الناجم عن النفايات القابلة للخلل (الأمونيا NH3) والأعراض الصحية بين السكان من الانزعاج. وأسفرت النتائج عن أن هناك دلائل قوية تشير إلى الاستجابة لجرعة التعرض لغاز الأمونيا (NH3) والشعور بالانزعاج والتوتر وأعراض (الغثيان، الصداع، والدوخة) وصعوبة التركيز والتعب والإجهاد غير الطبيعي. وتشير هذه

الدراسة إلى أن التعرض لتلوث الهواء بغاز الأمونيا يلعب دوراً هاماً في نشأة الأعراض غير المحددة بين السكان المعرضون للتلوث الهوائي بغاز الأمونيا (NH<sub>3</sub>).

### 1-5- فروض الدراسة

في ضوء أدبيات الدراسة ودراساتها السابقة يمكن للباحث صياغة فروض الدراسة الحالية على النحو الآتي:

- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى معرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت على مقياس البيئة الفيزيائية.
- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى معرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت على مقياس التوافق النفسي البيئي.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى من السكان غير معرضين على مقياس البيئة الفيزيائية لصالح عينة السكان غير المعرضين.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة من السكان غير معرضين على مقياس التوافق النفسي البيئي لصالح عينة السكان غير المعرضين.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت وعينة من السكان غير معرضين على مقياس البيئة الفيزيائية لصالح عينة السكان غير المعرضين.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت وعينة من السكان غير معرضين على مقياس التوافق النفسي البيئي لصالح عينة السكان غير المعرضين.

### 1-6- الإطار النظري للدراسة

#### - تلوث الهواء

عرّف خبراء منظمة الصحة العالمية تلوث الهواء بأنه الحالة التي يكون فيها الجو خارج أماكن العمل محتوباً على مواد بتركيزات تعتبر ضارة بالإنسان أو بمكونات بيئته.

وعلى ذلك يقصد بتلوث الهواء احتوائه على ملوثات أو عدة ملوثات بكميات مؤثرة، ولفترة زمنية قد يكون لها تأثير على صحة الإنسان أو الحيوان أو النبات، أو المحيط الحيوي الذي يعيش فيه الإنسان، (أحمد عبد الجواد، 1991).

وقد عرف المجلس الأوروبي تلوث الهواء بالتالي: يقال إن هناك تلوثاً في الهواء عندما تظهر مادة غريبة أو يحدث تبدل هام في نسبة عناصره يؤدي لنتيجة ضارة أو إلى خلق مرض أو تضايق، (عبد الرحمن حميدة، 1993).

وقد يرتبط تلوث الهواء بالتجمعات الصناعية المتمركزة حول المدن، مما تسبب أضراراً

بالغة على صحة الإنسان، وتلوث التربة والماء. هذا وتعتبر صناعة الأسمدة من الصناعات الأكثر تلويثاً للبيئة في مصر. وتنتج شركات الأسمدة المصرية نوعين أساسيين من الأسمدة هي الأسمدة النيتروجينية والأسمدة الفوسفاتية.

وتتعدد المكونات الغازية المنبعثة إلى الهواء من مصانع الأسمدة، تتصاعد من هذه المصانع كميات كبيرة من المخلفات الغازية مثل الأمونيا واليوريا وحامض الفوسفوريك وحمض الكبريتيك والميثانول وكثير من المركبات المتطايرة مثل مركبات النيترات بالإضافة إلى الجسيمات الدقيقة والأكاسيد الغازية مثل الأكاسيد النيتروجينية والكبريتية وأول وثاني أكسيد الكربون وفلوريد الهيدروجين وكلها بلا استثناء مركبات ضارة بالبيئة والإنسان والحيوان، (أحمد أحمد السروري، 2007).

وسوف نستعرض بعض هذه المركبات الضارة وتأثيرها البيئي وتأثيرها على الإنسان:

#### - الأمونيا:

الأمونيا يرمز لها بالرمز (NH<sub>3</sub>) غاز عديم اللون يمكن إسالته بالضغط. تذوب الأمونيا في الماء حتى نسبة 34%، وتبلغ درجة حرارة الغليان 15.5م والأمونيا مادة مسببة للتآكل ذات رائحة نفاذة (حادة)، وتعتبر المصدر الرئيسي للنيتروجين المكون لكافة الأسمدة النيتروجينية، (أحمد أحمد، 2012).

#### - انبعاثات العمليات من إنتاج الأمونيا:

تتكون انبعاثات العمليات من مصانع الأمونيا أساساً من الغاز الطبيعي، والهيدروجين (H<sub>2</sub>)، وثاني أكسيد الكربون (CO<sub>2</sub>) والأمونيا (NH<sub>3</sub>)، وأول أكسيد الكربون (Co) وقد يوجد كبريتيد الهيدروجين (H<sub>2</sub>S) حسب الوقود المستخدم. وقد تحدث أيضاً انبعاثات متسربة من الأمونيا من الخزانات والصمامات والأنابيب ولا سيما أثناء النقل أو التحويل. وقد تحتوي الانبعاثات غير المعتادة المتصلة بمواقف تعطل العمليات أو الحوادث على الغاز الطبيعي، أول أكسيد الكربون (Co)، الهيدروجين (H<sub>2</sub>)، ثاني أكسيد الكربون (CO<sub>2</sub>)، مركبات عضوية طيارة (Voc<sub>s</sub>)، أكسيد النيتروجين (Nox) والأمونيا (NH<sub>3</sub>)، (وزارة الدولة لشئون البيئة، 2003).

#### - حامض الكبريتيك (H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>):

تعتمد عملية التصنيع على تفاعل حجارة الفوسفات مع حامض الكبريتيك، وحامض الكبريتيك هو سائل أكال زيتي القوام عديم الرائحة يتراوح لونه بين الشفاف عديم اللون أو المصفر والبنّي الداكن، وهو سائل قابل للامتزاج. وتبلغ درجة حرارته 307.7°م. أما حامض الكبريتيك النقي فهو مادة صلبة عند درجات الحرارة الأقل من 28°م ويتفاعل حامض الكبريتيك بعنف مع الماء وتتولد الحرارة عن هذا التفاعل ويدخل حامض الكبريتيك ضمن المدخلات

المستخدمة في صناعة الأسمدة، (أحمد أحمد، 2012).

وعادة ما يستخدم الكبريت العنصري كمادة خام ويتم أكسدته إلى ثاني أكسيد الكبريت ( $SO_2$ ) وبعد ذلك يتم أكسدة ثاني أكسيد الكبريت إلى ثالث أكسيد الكبريت ( $SO_3$ ) باستخدام العامل المساعد خامس أكسيد الفاناديوم ( $P_2 O_5$ ) ويتم صهر الكبريت أولاً باستخدام البخار، ونتائج الاحتراق عبارة عن غاز يحتوي على نسبة 8-11% من ثاني أكسيد الكبريت و8-13% من الأكسجين الذي يتم تبريده في غلايات طاقة عند درجة حرارة حوالي 430° م، ويتم تحويل حوالي 95 إلى 98% من غاز ثاني أكسيد الكبريت ( $SO_2$ ) إلى ثالث أكسيد الكبريت ( $SO_3$ ) بانبعثات حرارة كبيرة، ويرجع مصدر كبير للتلوث الناتج عن هذه العملية إلى انبعثات غازي ثاني أكسيد الكبريت وثالث أكسيد الكبريت مع رذاذ الحامض من برج الامتصاص وكذلك التسرب الناتج من المبادلات الحرارية وتتواجد أعلى المخاطر من التلوث الطارئ أثناء تخزين ونقل حامض الكبريتيك، (وزارة الدولة لشؤون البيئة، 2003).

#### - التأثيرات الناتجة من مصانع الأسمدة:

سواء كان تأثير النفايات الصناعية على جودة الهواء أو الماء أو التربة أو الثروة الحيوانية التي يتغذى عليها الإنسان، ففي النهاية تصل هذه المضار إلى الإنسان وتؤثر على صحته الجسدية والنفسية بشكل واضح مما يخلق نوع من عدم التوافق بين الإنسان ومحيطه البيئي. وتتسبب الأمونيا في حدوث الالتهابات والتهيجات بالجلد والأعين والأنف والحلق والجزء العلوي من الجهاز التنفسي، كما أن حامض الفوسفوريك يتسبب في تهيج الجلد والعيون باللامسة وحدث تقرحات بالأغشية والأنسجة، كما أنه يؤدي إلى التسمم في حالة البلع أو الاستنشاق.

كما تشير الدراسات المنظمة التي أجريت على المصابين بالربو إلى حدوث تغيرات في وظيفة الرئتين وأعراض تنفسية لدى بعض هؤلاء المصابين بعد تعرضهم لثاني أكسيد الكبريت لمدة لا تتجاوز 10 دقائق. واستناداً على هذه البيانات يوصى بعدم تجاوز تركيز مقداره 500 ميكروغرام/متر مكعب من ثاني أكسيد الكبريت لفترات يبلغ متوسطها 10 دقائق. والتعرض القصير الأمد لثاني أكسيد الكبريت يعتمد كثيراً على طبيعة المصادر المحلية وظروف الأرصاد السائدة.

كما ارتبطت مستويات ثاني أكسيد الكبريت لكل 24 ساعة ارتباطاً واضحاً بمعدلات الوفيات اليومية في 12 مدينة كندية، حيث لم يتجاوز معدل التركيز 5 ميكروغرام/متر مكعب ولم يتجاوز أعلى تركيز لثاني أكسيد الكبريت 10 ميكروغرامات/متر مكعب، (منظمة الصحة العالمية، 2005).

ومن خلال نتائج الدراسات السابقة في الدراسة الحالية نجد أن هناك ارتباط بين الأمراض النفسية والأمراض العضوية، فالرائحة غير المرغوبة في الهواء كما في غاز النشادر (الأمونيا) وكذلك غاز ثاني أكسيد الكبريت ووجود الأتربة والجسيمات الصلبة لا شك في أنها تسبب الشعور

بالضيق النفسي لدى الإنسان، كما أن لبعض الغازات الصادرة عن مصانع الأسمدة تأثير مثير للأعصاب وبالتالي على الحالة المزاجية والانفعالية وتوافق الإنسان مع بيئته بشكل عام.

### - التوافق النفسي

يعتبر مفهوم التوافق من المفاهيم النفسية التي حظيت باهتمام بالغ من قبل علماء النفس بصورة عامة، حيث يتصف المتوافق نفسياً واجتماعياً بشخصية متكاملة قادرة على التنسيق بين حاجاته وسلوكه الهادف وتفاعله مع بيئته، ويجمعون بأنه عملية تفاعل مستمر بين قطبين أساسيين أحدهما الفرد نفسه والثاني بيئته المادية والاجتماعية، يسعى الفرد من خلال وسائل مرضية لذاته وملائمة للجماعة التي يعيش بين أفرادها.

ويعرف **عبد الهادي الجوهري، (1998)** التوافق النفسي بأنه: مصطلح سيكولوجي يستخدمه علم النفس للإشارة إلى العملية التي من خلالها يكون الفرد علاقة منسجمة وصحيحة مع البيئة الفيزيائية والاجتماعية.

كما يعرفه **رشيد حميد العبودي، (2003)**: التوافق من خلال العلاقة المرضية للإنسان مع البيئة المحيطة به، ولهذا التوافق جناحان هما:

الملاءمة أو التلاؤم (Adaptation) والرضا (Satisfaction) والتلاؤم يرتبط بالبيئة المادية ومطالب الواقع بجميع جوانبها الاجتماعية والثقافية أو البيولوجية والطبيعية، ولا يحقق التوافق أو لا يكون كاملاً إلا إذا صاحب هذا التلاؤم رضا الإنسان وإحساسه بالسعادة والتقبل النفسي لهذه البيئة المحيطة، (رشيد حميد العبودي، 2003).

ونجد أن التوافق هو مجموعة من الديناميات التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي الداخلي ليستجيب لقيود البيئة المحيطة أو لخبرات جديدة، وتعتبر عملية التوافق عملية لخلق توازن بين بيئة الفرد الداخلية وبين البيئة الخارجية المحيطة به.

ومعظم الباحثين في ميدان علم النفس يتفقون على أن البعدان الأساسيان للتوافق هما: البعد الشخصي (الداخلي) والبعد الاجتماعي (البيئي الخارجي) على اعتبار أن تلك المظاهر المتعددة يمكن ضمها إلى بعضها لتشكيل عناصر البعدين الشخصي والاجتماعي البيئي.

حيث حدد الباحث من خلال دراسته أن عملية التوافق النفسي البيئي تعتمد على تداخل مجموعة من العمليات التوافقية، مثل: التوافق النفسي، والتوافق الاجتماعي البيئي، والتوافق المهني، والتوافق الصحي.

حيث نجد أن عندما يتعرض الفرد للمثيرات البيئية بدرجة تفوق قدرته على التكيف، يقال أن الفرد يتحمل قدراً من الإثارة الزائدة، وتشمل هذه الإثارة مؤثرات بسيطة نسبياً مثل: الضوء واللون

والصوت والضوضاء والحرارة والبرودة. بالإضافة إلى المؤثرات الأكثر تعقيداً مثل المباني والطرق والخلفيات الفيزيائية والأفراد الآخرين، وتتباين الإثارة من خلال بعدين أساسيين وهما الكم والمعنى. فمن حيث الكم، تختلف الإثارة من حيث الشدة والمدة التي تستغرقها ومعدل ترددها. أما بالنسبة للمعنى فإنه يخضع للتقييم السيكولوجي لهذه المؤثرات البيئية، ذلك أن أنماط التفكير وسبل التفاعل الاجتماعي وأشكال الأداء المختلفة جميعها تعتمد بدرجة كبيرة على أنماط هذه الإثارة وردود أفعالنا إزاءها، (فرانيسيس ماك أندرو، 1998).

ووفقاً لهذا النموذج فإن جزءاً عريضاً من السلوك والخبرة يرتبط من حيث الشكل والموضوع بالكيفية التي تتم بها إثارة الفرد.

ويمكن تفسير ذلك فيسيولوجياً من خلال زيادة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم وسرعة التنفس، وزيادة إفراز الإدرينالين، كما يمكن تفسير ذلك سلوكياً من خلال زيادة النشاط الحركي والواقع أن المثير يعمل على زيادة نشاط العقل بواسطة مركز الاستئارة في المخ والذي يعرف باسم Reticular Formation (Bell P.A., Greene T.C., Fisher J.D. & Baum A. 2001).

وللإثارة نتيجة مهمة على الأداء، ويوضح العلاقة بينهما قانون يركس-دودسون-Yarkes-Dodson Law وطبقاً لهذا القانون يكون الأداء عند حدة الأمثل عند المستويات المتوسطة من الإثارة ثم يسوء تدريجياً إذا انخفضت الإثارة أو ارتفعت عن هذا المستوى، وهذه العلاقة تنسق نسبياً مع طبيعة الكائن البشري من حيث سعيه الدائم إلى المستوى المتوسط من الإثارة وإن الإفراط أو التفریط غير مرغوب فيهما، (Bell P.A., Fisher J.D., Baum A. & Greene T.E., 1996).

ومن المفاهيم المرتبطة بنموذج الإثارة مفهوم "طاقة الحمل" وهو يشير إلى الحد الأقصى من المثيرات التي يمكن أن يستوعبها الفرد دون حدوث آثار سلبية.

وفي بحث مثير قدم ميلجرام *Milgram, 1970* تحليلاً لكيفية تكييف الأفراد للمثيرات التي تزيد على طاقة الحمل وأوضح ميلجرام أن الأفراد لديهم عديد من أساليب الاستجابة لهذه المثيرات التي تزيد على طاقة الحمل وهذه الأساليب التي أطلق عليها ميكانيزمات تأخذ أحياناً شكل التصفية المعتمدة (أو الطرد المعتمد) لتلك المثيرات.

ويعد مدخل الانعصاب البيئي من أهم المداخل التي تستخدم في علم النفس البيئي على نطاق واسع، وتقوم الفرضية الأساسية لهذا المدخل على أساس أن متغيرات البيئة المختلفة كالضوضاء، الحرارة، وتلوث الهواء تمثل ضواغط تهدد التكوين النفسي للفرد والانعصاب أو الإجهاد هو رد فعل لهذه المثيرات، ويشتمل رد الفعل طبقاً لنموذج الانعصاب على مكونات انفعالية وسلوكية وفسولوجية، وهذه المكونات مجتمعة تكون ما يعرف بالانعصاب البيئي.

ويوضح **كوهين 1980, Cohen** أن رد الفعل للضغوط، عبارة عن استجابة لعدم إمكانية التنبؤ وعدم إمكانية السيطرة المدركة للبيئة، والتي تترك الفرد يشعر بالعجز وعدم القدرة على مواجهة الموقف أو التعايش معه.

وقد ظهرت نماذج عديدة للانعصاب البيئي، منها النموذج التكيفي الذي وضعه ميكانيك **Mechanic, 1962** ووفقاً للنموذج التكيفي فإن الأفراد في سبيل تكيفهم مع المواقف الضاغطة يمرون بخبرة تتمثل في عدم الراحة، وأن هذه الخبرة تختلف من فرد لآخر تبعاً لمجموعة من الاعتبارات كالأخصائص الشخصية للفرد وطبيعة المساعدة الاجتماعية التي يتلقاها من البيئة.

أما **لازاروس 1966, Lazarus** فقد وضع النموذج النفسي الذي يقوم على فرضية أساسية مؤداها أن الانعصاب يحدث عندما يدرك الفرد أن المواقف الضاغطة تهدد صحته وسلامته، فالاستجابة للمواقف الضاغطة (الانعصاب) يحدث كنتيجة لتقييم الفرد لهذه المواقف على أنها ضاغطة ومجهدة.

وقد حاول **فرنش وكان 1962, French & Kahn** تفسير الانعصاب البيئي من خلال رؤية منظومية شاملة أطلق عليها النموذج البيئي-الاجتماعي للانعصاب، ويحدث الانعصاب نتيجة لتفاعل مجموعة من العوامل المتداخلة تأثير البيئة الخارجية كما يدركها الفرد على البناء النفسي للفرد، البيئة النفسية للفرد، استجابة الفرد للمواقف الضاغطة، الصحة النفسية والجسمية للفرد من منظور متكامل، خصائص الفرد الوراثية، الشخصية، العلاقات الاجتماعية للفرد.

وقدم **باساويتز وزملاؤه 1955, Basawitz et al.** النموذج التصاري للانعصاب ووفقاً لهذا النموذج يعتبر القلق متغيراً وسيطاً بين الضغوط البيئية والانعصاب البيئي، فأى ضاغط بيئي يدركه الفرد على أنه مصدرراً للتهديد يؤدي إلى حدوث القلق.

أما **كوكس وماكاي 1981, Cox & Mackay** فقد وضعوا النموذج التعملي ووفقاً لهذا النموذج، ينتج الانعصاب من التفاعل بين الفرد والبيئة وذلك حينما يدرك الفرد (التقييم الإدراكي) أن المتطلبات التي فرضت عليه تفوق قدرته على مواجهتها.

ويتضح من خلال النماذج المفسرة للانعصاب أنها تشير إلى:

- (أ) تعرض الفرد لمواقف ضاغطة في البيئة الخارجية (كالتلوث الهوائي، الضوضاء، الحرارة)، وضغوط اجتماعية أو كليهما معاً.
- (ب) يفقد الفرد توافقه مع نفسه ومع البيئة المحيطة عندما يقيم قدراته وإمكاناته أنها لا تقوى على مواجهة الضغوط الخارجية.
- (ج) يسعى الفرد لاستعادة توافقه مع البيئة من جديد.
- (د) في إطار سعي الفرد لاستعادة توازنه وتوافقه تنتابه حالة من التوتر وعدم الاتزان تظهر

نتائجها من خلال الأعراض النفسية والفسولوجية كاستجابات للانعصاب البيئي. (هـ) تختلف تأثيرات الانعصاب على الفرد وفقاً لشدة الضغوط ومدتها وخبرة الفرد بها وخصائص الفرد الشخصية، والمساندة الاجتماعية.

كما يستعرض هذا البحث مفهوم التوافق، ويقصد به مدى تأثير المواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد وقدرته على التوافق النفسي معها. وتتضمن مجموعة من العمليات التوافقية مثل: التوافق النفسي، التوافق الاجتماعي البيئي، التوافق المهني، والتوافق الصحي.

### 1-7- إجراءات الدراسة: (المشاركون في الدراسة الحالية)

تضمنت عينة الدراسة ثلاث أقسام كالآتي:

- **القسم الأول:** مجموعة من السكان المقيمين في منطقة عزبة مراد وعزبة شكري التابعة لقرية أبو زعبل، مركز الخانة بمحافظة القليوبية، حيث تقع عزبة مراد بجوار مصنع الأسمدة الفوسفاتية بأبو زعبل وتواجهها من الناحية الأخرى عزبة شكري. وتم تطبيق مقاييس الدراسة على عينة قوامها (50) من الذكور تتراوح أعمارهم ما بين (30-45) سنة تقريباً، وتم أخذ عينات من قياس الهواء بمنطقة الدراسة كما هو موضح بالجدول (1).

#### جدول (1)

قياس تلوث الهواء الناتج عن  
مصنع أبو زعبل للأسمدة الفوسفاتية بمحافظة القليوبية

مقياس التلوث	حالة التلوث	القراءة الحالية	مواصفات PME	المعدل	النوعية
تلوث	غير صحي	0.55 PPM	0.35 PPM	ساعة	أكسيد النيتروجين (Nox)
تلوث	غير صحي	3.52 PPM	0.28 PPM	ساعة	ثاني أكسيد الكبريت (So <sub>2</sub> )
تلوث	غير صحي	3.3 PPM	0.14 PPM	ساعة	هيدروجين سولفيد (H <sub>2</sub> S)
تلوث	غير صحي	65.7 PPM	35 PPM	ساعة	أول أكسيد الكربون (Co)
تلوث	غير صحي	391 Ug/m <sup>3</sup>	80 Ug/m <sup>3</sup>	ساعة	الجسيمات العالقة PM10

- المصدر: (إعداد الباحث)

يشير الجدول السابق أن أكسيد النيتروجين (Nox)، خلال معدل القياس في الساعة سجل معدل قراءة 0.55 PPM جزء في المليون أعلى من معدل PME المواصفات القياسية العالمية لمنظمة الصحة العالمية 0.35 PPM، أي يفارق 15 جزء في المليون، وبهذا تكون حالة التلوث غير صحية في الهواء بالمنطقة بأكاسيد النيتروجين (Nox).

وثنائي أكسيد الكبريت (So<sub>2</sub>)، سجل معدل قراءة في الساعة PPM 3.52 جزء في المليون، أي أعلى من معدل PME للمواصفات القياسية العالمية PPM 0.28، أي بفارق 3.24 جزء في المليون. وبهذا تكون حالة التلوث غير صحية في الهواء بالمنطقة. أيضاً هيدروجين سولفيد (H<sub>2</sub>S)، سجل معدل قراءة في الساعة PPM 3.3 جزء في المليون أعلى من معدل PME للمواصفات القياسية العالمية PPM 0.14، أي بفارق 3.16 جزء في المليون. وبهذا تكون حالة التلوث غير صحية في الهواء بالمنطقة.

سجل معدل أول أكسيد الكربون (Co) خلال ساعة معدل قراءة PPM 65.7، أي أعلى من معدل PME للمواصفات القياسية العالمية PPM 35، أي بفارق قدرة 30.7 جزء في المليون، وبهذا تكون حالة التلوث غير صحية في الهواء بالمنطقة.

والجسيمات العالقة PM<sub>10</sub> ميكروجرام لكل متر مكعب، الجسيمات العالقة في الهواء مقدارها 312 ميكروجرام لكل متر مكعب في الساعة. والمواصفات القياسية العالمية مقدارها 80 ميكروجرام لكل متر مكعب، أي بفارق 311 ميكروجرام لكل متر مكعب. وبهذا تكون حالة التلوث غير صحية بالجسيمات العالقة في الهواء بالمنطقة.

- **القسم الثاني:** مجموعة من السكان المقيمين في منطقة عرب أبو ساعد التابعة لحي التبين، مركز الصف بحلوان محافظة الجيزة، وتم تطبيق مقاييس الدراسة على عينة قوامها (50) من الذكور تتراوح أعمارهم ما بين (30-45) سنة تقريباً، وتم أخذ عينات من قياس الهواء بمنطقة الدراسة كما هو موضح بالجدول (2):

يشير الجدول (2) أن أكسيد النيتروجين (Nox)، خلال معدل القياس في الساعة سجل معدل قراءة PPM 0.50 جزء في المليون أعلى من معدل PME للمواصفات القياسية العالمية لمنظمة الصحة العالمية PPM 0.35، أي بفارق 10 جزء في المليون، وبهذا تكون حالة التلوث غير صحية في الهواء بالمنطقة.

## جدول (2)

يوضح قياس تلوث الهواء الناتج عن مصنع التبين للأسمدة النيتروجينية، بمحافظة الجيزة

مقياس التلوث	حالة التلوث	القراءة الحالية	مواصفات PME	المعدل	النوعية
تلوث	غير صحي	0.50 PPM	0.35 PPM	ساعة	أكسيد النيتروجين (Nox)
تلوث	غير صحي	4.48 PPM	0.28 PPM	ساعة	ثاني أكسيد الكبريت (So <sub>2</sub> )
تلوث	غير صحي	3.20 PPM	0.14 PPM	ساعة	هيدروجين سولفيد (H <sub>2</sub> S)
تلوث	غير صحي	61.7 PPM	35 PPM	ساعة	أول أكسيد الكربون (Co)
تلوث	غير صحي	3.2 PPM	2.6 PPM	ساعة	الأمونيا (NH <sub>3</sub> )
تلوث	غير صحي	412 Ug/m <sup>3</sup>	80 Ug/m <sup>3</sup>	ساعة	الجسيمات العالقة PM <sub>10</sub>

- المصدر: (إعداد الباحث).

وسجل ثاني أكسيد الكبريت (So2) معدل قراءة في الساعة PPM 4.48 جزء في المليون، أي أعلى من معدل PME للمواصفات القياسية العالمية، حيث 0.28 PPM، أي بفارق 4.2 جزء في المليون، وبهذا تكون حالة التلوث غير صحية في الهواء بالمنطقة.

كما أشار الجدول إلى هيدروجين سولفيد (H2S)، خلال معدل القياس في الساعة سجل معدل قراءة PPM 3.20 جزء في المليون أعلى من معدل PPM للمواصفات القياسية العالمية 0.14 PPM، أي بفارق 3.6 جزء في المليون، وبهذا تكون حالة التلوث غير صحية في الهواء بالمنطقة. أيضاً أول أكسيد الكربون (Co)، خلال معدل القياس في الساعة سجل معدل قراءة PPM 61.7 جزء في المليون أعلى من معدل PPM لمنظمة الصحة العالمية PPM 35 جزء في المليون، أي بفارق 26.7 جزء في المليون، وبهذا تكون حالة التلوث غير صحية في الهواء بالمنطقة.

أيضاً الأمونيا (NH3) معدل القياس في الساعة سجل معدل قراءة PPM 3.2 جزء في المليون، أي أعلى من معدل PPM للمواصفات القياسية العالمية، حيث PPM 2.6 جزء في المليون، أي بفارق 0.6 جزء في المليون. وبهذا تكون حالة التلوث غير صحية في الهواء بالمنطقة، والجسيمات العالقة في الهواء مقدارها 412 ميكروجرام متر مكعب في الساعة والمواصفات القياسية العالمية مقدارها 80 ميكروجرام لكل مكعب أي بفارق 332 ميكروجرام متر مكعب. وبهذا تكون حالة تلوث الهواء بالجسيمات العالقة غير صحية بالمنطقة.

**- القسم الثالث:** مجموعة من السكان المقيمين في مركز الخانكة التابع لمحافظة القليوبية، وبعيداً عن مصنع الأسمدة بأبوز عبل مصدر التلوث الهوائي، وتم تطبيق مقاييس الدراسة على عينة قوامها (50) من الذكور تتراوح أعمارهم ما بين (30-45) سنة تقريباً.

كما تم اختيار عينات الدراسة في ضوء المعايير التالية:

- قام الباحث بتطبيق مقياس البيئة الفيزيائية للمعرضين وغير المعرضين لتلوث الهواء، ومقياس التوافق النفسي البيئي على أفراد العينة على عينة إجمالية قدرها (150) من السكان الذكور المعرضين وغير المعرضين لتلوث الهواء، تتراوح أعمارهم ما بين (30-45) عاماً تقريباً.
- قام الباحث باصطحاب فني معمل قياس التلوث الهوائي بمعهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس، لأخذ عينات قياس من خلال جهاز لقياس الغازات في محيط مصانع الدراسة يطلق عليه (AeroQual) وقياس لمدة 24 ساعة للوقوف على حجم انبعاثات الغازات في الهواء من المصانع محل الدراسة. وأخذت القياسات حول المصانع بالقرى المحيطة بالمصانع مساءً. حيث يتم تشغيل المصانع وخطوط الإنتاج ليلاً وأخذت على ساعات متفرقة تمتد لمدة 8 ساعات. وتم

مقارنة النسب بالنسب العالمية لتلوث الهواء الناتج من مصانع الأسمدة. وأشارت النسب إلى ارتفاع نسب تلوث الهواء بمصانع الأسمدة فوق الحدود المسموح بها، كما أشرت في الجداول السابقة أرقام (1)، (2)، (3).

- تم مراعاة أن يكون أفراد العينة البحثية من السكان المقيمين بجوار المصانع محل الدراسة، وأن تكون مدة إقامتهم بالمناطق السكنية مدة زمنية لا تقل عن سنة، وعينة غير معرضين بعيدة عن أماكن التلوث.

- قام الباحث بتصحيح مقاييس الدراسة وبناءً عليه تم استبعاد (13) استمارة، لعدم استكمالهم الاستجابات بشكل دقيق، كما تم استبعاد (4) مقاييس من العينة لأنهم يسكنون بصفة غير دائمة في المناطق المعرضة للتلوث، وبهذا أصبحت عينة الدراسة النهائية (133) موزعة على ثلاث مجموعات بحثية.

### - خصائص العينة

يوضح الجدول (3) الخصائص العامة لعينات الدراسة:

#### جدول (3)

خصائص عينة الدراسة (عينة أبو زعبل - عينة التبين) (عينة ضابطة الخانكة)

عينة ضابطة "الخانكة"			عينة منطقة التبين			عينة منطقة أبو زعبل			الخصائص	
45-39	39-35	35-30	45-39	39-35	35-30	45-39	39-35	35-30	الفئة	السن
11	17	18	14	13	16	14	18	12	التكرار	
%24	%37	%39	%33	%32	%37	%32	%50	%27	النسبة	
	متزوج	أعزب		متزوج	أعزب		متزوج	أعزب	الفئة	الحالة
	28	18		31	12		30	14	التكرار	الاجتماعية
	%91	%39		%72	%28		%68	%32	النسبة	
موظفين	يعمل بالمهنة	يعمل بالمهنة	موظفين	يعمل بالمهنة	يعمل بالمهنة	موظفين	يعمل بالمهنة	يعمل بالمهنة	الفئة	المهنة
9	37		5	7	31	9	8	27	التكرار	
%20	%80		%12	%16	%72	%20	%18	%61	النسبة	
خمس سنوات فاكتر	من سنة إلى خمس سنوات	من سنة إلى خمس سنوات	خمس سنوات فاكتر	من سنة إلى خمس سنوات	من سنة إلى خمس سنوات	خمس سنوات فاكتر	من سنة إلى خمس سنوات	من سنة إلى خمس سنوات	الفئة	عدد سنوات العمل
38	8		40	3		39	5		التكرار	
%83	%17		%99	%07		%87	%12		النسبة	
المتوسط			المتوسط			المتوسط			عدد ساعات العمل في اليوم	
88 ساعات في المتوسط			من 8-12 ساعة			من 8-12 ساعة				
خمس سنوات فاكتر	من سنة إلى خمس سنوات	من سنة إلى خمس سنوات	خمس سنوات فاكتر	من سنة إلى خمس سنوات	من سنة إلى خمس سنوات	خمس سنوات فاكتر	من سنة إلى خمس سنوات	من سنة إلى خمس سنوات	الفئة	مدة الإقامة بالحي السكني
35	11		35	8		38	6		التكرار	
%76	%24		%81	%19		%86	%14		النسبة	
جميعهم مقيمين في منطقة الخانكة			جميعهم مقيمين في منطقة التبين بجوار مصنع الأسمدة النتروجينية			جميعهم مقيمين في منطقة أبو زعبل بجوار مصنع الأسمدة الفوسفاتية			الحي السكني	

- المصدر: (إعداد الباحث)

1-8- أدوات البحث: تم استخدام مجموعة من الأدوات على النحو التالي:

- مقياس البيئة الفيزيائية للمعرضين وغير المعرضين لتلوث الهواء (إعداد الباحث) - وصف المقياس:

بالرجوع إلى الإطار النظري والدراسات السابقة، وأدبيات علم النفس البيئي، وما أتيج من مقاييس سابقة عن البيئة الفيزيائية، قام الباحث بإعداد مقياس البيئة الفيزيائية للمعرضين وغير المعرضين لتلوث الهواء، والهدف من المقياس التعرف على البيئة الفيزيائية من بيئة العمل، بيئة الحي السكني، بيئة المسكن لدى السكان المقيمين بالمنطقة المحيطة بمصانع الأسمدة والمعرضين لتلوث الهواء والسكان في مناطق بعيدة غير معرضين للتلوث وذلك للتعرف على مدى تعرض عينة البحث للتلوث الناتج من مصانع الأسمدة ومدى تأثير بيئة العمل والحي السكني والمسكن بشدة التلوث. ويتكون المقياس في صورته النهائية من (30) عبارة، حيث يتضمن بعد بيئة العمل على (10) عبارات، وبعد الحي السكني على (10) عبارات، وبعد المسكن على (10) عبارات.

وقد راعى الباحث في إعداد المقياس دقة وسهولة ووضوح العبارات، وعدم وجود عبارات مركبة تحمل أكثر من معنى، وتتم الإجابة على المقياس من خلال اختيار المفوض إجابة واحدة من ثلاث إجابات هي: (موافق بشدة، موافق، لا أوافق). وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع معدل التأثير السلبي للتلوث لدى عينة الدراسة.

وقد أجريت عمليات التقنين من ثبات وصدق على المقياس التي أكدت صلاحيته لقياس البيئة الفيزيائية للمعرضين وغير المعرضين لتلوث الهواء.

- تصحيح المقياس:

- الخصائص السيكمترية للمقياس: أجريت عمليات التقنين من ثبات وصدق على مقياس البيئة الفيزيائية للمعرضين وغير المعرضين لتلوث الهواء كمايلي:

- الصدق الظاهري للتعرف فيما إذا كان المقياس صادقاً في قياس ما وضع لقياسه في ضوء التعريف الإجرائي لكل بعد، وهو البيئة الفيزيائية للمعرضين وغير المعرضين لتلوث الهواء. حيث تم عرض المقياس على لجنة من المحكمين المختصين (خبراء أكاديميين وميدانيين) لبيان صدق المقياس في قياس البيئة الفيزيائية للمعرضين وغير المعرضين لتلوث الهواء، وقد تم تعديل بعض الفقرات وإلغاء فقرات أخرى بناء على نسبة الاتفاق بين آراء لجنة التحكيم حيث تم اعتماد الفقرات التي اتفق عليها (10) محكمين من الخبراء الأكاديميين والخبراء الميدانيين في مجال تلوث الهواء أو يعملون في السياقات البيئية التي تتعرض لمتلوثات هواء، وتم أخذ بنسبة 90% على الأقل من نسب الاتفاق بين هؤلاء المحكمين.

- تم إيجاد صدق البناء (Construct Validity) لهذا المقياس بحساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة وعددها (74) من الأفراد المعرضين للتلوث على كل بعد من الأبعاد والدرجة الكلية على المقياس والجدول التالي يبين ذلك:

## جدول (4)

معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية وقيم الاحتمالية المرتبطة بها

معامل الارتباط بالدرجة الكلية	معاملات الارتباط البيئية			أبعاد البيئة الفيزيائية
	بيئة المسكن	بيئة الحي السكني	بيئة العمل	
*0.51	*0.74	*0.84	-	بيئة العمل
*0.63	*0.82	-	-	بيئة الحي السكني
*0.88	-	-	-	بيئة المسكن
	*0.88	*0.63	*0.51	الدرجة الكلية للمقياس

\* دال عند مستوى (0,001)

- صدق الاتساق الداخلي: يتم إيجاد الصدق الداخلي من خلال معامل الارتباط البيئي بين كل فقرة والبعد التي تنتمي إليه وكذلك معامل الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس والجدول التالي يلخص هذه النتائج

## جدول (5)

الاتساق الداخلي لمقياس البيئة الفيزيائية للمعرضين وغير المعرضين لتلوث الهواء.

بيئة المسكن			بيئة الحي السكني			بيئة العمل		
الارتباط بالدرجة الكلية	الارتباط بالبعد	رقم العبارة	الارتباط بالدرجة الكلية	الارتباط بالبعد	رقم العبارة	الارتباط بالدرجة الكلية	الارتباط بالبعد	رقم العبارة
*0.46	*0.65	1	0.41	*0.48	1	*0.45	*0.58	1
*0.41	*0.56	2	0.50	*0.48	2	*0.61	*0.63	2
*0.46	*0.48	3	0.62	*0.48	3	*0.65	*0.45	3
*0.41	*0.55	4	0.55	*0.48	4	*0.56	*0.42	4
*0.61	*0.56	5	0.41	*0.61	5	*0.48	*0.62	5
*0.41	*0.61	6	0.50	*0.41	6	*0.37	*0.59	6
*0.61	*0.37	7	0.62	*0.48	7	*0.61	*0.53	7
*0.48	*0.61	8	0.55	*0.48	8	*0.61	*0.63	8
*0.61	*0.61	9	0.48	*0.61	9	*0.65	*0.67	9
*0.46	*0.67	10	0.61	*0.41	10	*0.56	*0.59	10

\* دال عند مستوى (0,001)

- ثبات المقياس:

طبق المقياس على عينة أولية بلغ عدد أفرادها (74) وتم إيجاد معاملات الثبات، حيث تم إيجاد معامل الثبات الكلي للمقياس باستخدام طريقة الإعادة (Test Re Test) وبفارق زمني في التطبيق بلغ أسبوعين، حيث أخذت درجاتهم في التطبيقين وتم حساب معامل ارتباط "بيرسون" بينهما، وقد تم إيجاد معامل الثبات للدرجة الكلية له، باستخدام طريقة الإعادة (Test-Re-Test)، وكذلك الثبات بمعامل الفا ويوضح الجدول (6) أن معاملات الارتباط تتراوح قيمتها بين (0.56 - 0.81) وهي معاملات جميعها دالة عند مستوى (0.001).

جدول (6)  
معاملات ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا

معامل ألفا	ثبات الإعادة	البعد
0.71	.64	بيئة العمل
0.56	.71	بيئة الحي السكني
0.63	0.72	بيئة المسكن
0.81	.63	الدرجة الكلية

- مقياس التوافق النفسي البيئي (إعداد الباحث)  
- وصف المقياس:

بالرجوع إلى الإطار النظري والدراسات السابقة وأدبيات علم النفس وعلم النفس البيئي، وما أتيج من مقاييس سابقة عن التوافق النفسي البيئي، قام الباحث بإعداد مقياس التوافق النفسي البيئي، والهدف من المقياس التعرف على التوافق النفسي البيئي لدى ساكني المناطق المحيطة بمصانع الأسمدة والمعرضين للتلوث الهوائي والسكان الغير معرضين للتلوث الهوائي للتعرف على التوافق النفسي البيئي لديهم.

ويتكون مقياس التوافق النفسي البيئي في صورته النهائية من (60) عبارة، حيث يتضمن بعد التوافق النفسي على (15) عبارة، وبعد التوافق الاجتماعي البيئي على (15) عبارة، وبعد التوافق المهني على (15) عبارة، وبعد التوافق الصحي على (15) عبارة. وقد راعى الباحث في إعداد المقياس دقة وسهولة ووضوح العبارات، وعدم وجود عبارات مركبة تحمل أكثر من معنى.

وتتم الإجابة على المقياس بأن يختار المفحوص إجابة واحدة من ثلاث استجابات هي: (غالباً، أحياناً، نادراً). وهناك بعض العبارات السلبية على المقياس وأرقامها كالتالي: (1، 3، 4، 6، 7، 8، 9، 10، 12، 13، 14، 17، 18، 19، 20، 22، 23، 25، 26، 28، 31، 32، 33، 35، 36، 37، 39، 40، 41، 43، 44، 45، 46، 47، 50، 51، 54، 56، 58) وتعطى الدرجات (3، 2، 1) بالترتيب وبالعكس على العبارات الإيجابية (1، 2، 3).

وتشير الدرجة المرتفعة إلى زيادة عدم التوافق النفسي البيئي، وقد أجريت عمليات التقنين من ثبات وصدق على المقياس التي أكدت صلاحيته لقياس التوافق النفسي البيئي.

- تصحيح المقياس:

- توزيع فقرات المقياس ومحتوى الفقرة (سلبية- ايجابية):

- الخصائص السيكومترية للمقياس:

أجريت عمليات التقنين من ثبات وصدق على مقياس التوافق النفسي البيئي كمايلي:

- الصدق الظاهري للتعرف فيما إذا كان المقياس صادقاً في قياس ما وضع لقياسه في ضوء

التعريف الإجرائي لكل بعد، وهو التوافق النفسي البيئي ، حيث تم عرض المقياس على لجنة من المحكمين المختصين (خبراء أكاديميين وميدانيين) لبيان صدق المقياس في قياس التوافق النفسي البيئي للمعرضين وغير المعرضين لتلوث الهواء، وقد تم تعديل بعض الفقرات وإلغاء فقرات أخرى بناء على نسبة الاتفاق بين آراء لجنة التحكيم حيث تم اعتماد الفقرات التي اتفق عليها (10) محكمين من الخبراء الأكاديميين والخبراء الميدانيين في مجال تلوث الهواء أو يعملون في السياقات البيئية التي تتعرض لملوثات هواء ، وتم أخذ بنسبة 90% على الأقل من نسب الاتفاق بين هؤلاء المحكمين.

- تم إيجاد صدق البناء (Construct Validity) لهذا المقياس بحساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة وعددها (74) من الأفراد المعرضين للتلوث على كل بعد من الأبعاد والدرجة الكلية على المقياس والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (7)  
معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية وقيم الاحتمالية المرتبطة بها

معامل الارتباط بالدرجة الكلية	معاملات الارتباط البينية				أبعاد التوافق النفسي البيئي
	التوافق الصحي	التوافق المهني	التوافق الاجتماعي البيئي	التوافق النفسي	
*0.69	0,84	*0,77	*0,71	-	التوافق النفسي
*0.71	0,86	*0,82	-	-	التوافق الاجتماعي البيئي
*0.64	0,76	-	-	-	التوافق المهني
*0,81	-	-	-	-	التوافق الصحي
	*0,81	*0.64	*0.71	*0.69	الدرجة الكلية للمقياس

\* دال عند مستوى (0.001)

- صدق الاتساق الداخلي: يتم إيجاد الصدق الداخلي من خلال معامل الارتباط البيني بين كل فقرة والبعد التي تنتمي إليه وكذلك معامل الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس والجدول التالي يلخص هذه النتائج.

- ثبات المقياس:

طبق المقياس على عينة أولية بلغ عدد أفرادها (74) وتم إيجاد معاملات الثبات، حيث تم إيجاد معامل الثبات الكلي للمقياس باستخدام طريقة الإعادة (Test Re Test) ويفارق زمني في التطبيق بلغ أسبوعين، حيث أخذت درجاتهم في التطبيقين وتم حساب معامل ارتباط "بيرسون" بينهما، وقد تم إيجاد معامل الثبات للدرجة الكلية له، باستخدام طريقة الإعادة (Test-Re-Test)، وكذلك الثبات بمعامل الفا والجدول التالي يوضح هذه النتائج:

جدول (8)  
الاتساق الداخلي لمقياس التوافق النفسي البيئي

التوافق الصحي			التوافق المهني			التوافق الاجتماعي البيئي			التوافق النفسي		
الارتباط بالدرجة الكلية	الارتباط بالبعد	رقم العبارة	الارتباط بالدرجة الكلية	الارتباط بالبعد	رقم العبارة	الارتباط بالدرجة الكلية	الارتباط بالبعد	رقم العبارة	الارتباط بالدرجة الكلية	الارتباط بالبعد	رقم العبارة
*0.46	0.5	54	*0.46	*0.63	11	0.41	0.55	8	0.55	*0.58	24
*0.41	0.5	17	*0.41	*0.47	15	0.50	0.41	6	0.41	*0.63	27
*0.61	0.4	40	*0.46	*0.48	34	0.62	0.50	48	0.50	0.55	45
*0.46	0.5	18	*0.41	*0.55	12	0.55	0.62	55	0.62	0.55	1
*0.41	0.5	41	*0.61	*0.56	35	0.55	0.75	9	0.55	0.41	46
*0.74	0.4	19	0.55	*0.74	13	0.74	0.71	49	0.55	0.50	25
*0.41	0.7	44	0.55	*0.68	36	0.68	0.69	7	0.41	0.84	2
*0.59	0.6	20	0.41	0.49	51	0.62	0.75	57	0.50	0.55	3
*0.75	0.5	43	0.50	0.82	14	0.62	0.49	30	0.62	0.48	26
*0.61	0.5	22	0.62	0.62	37	0.75	0.50	59	0.55	0.61	56
*0.41	0.5	23	0.55	0.75	58	0.56	0.62	31	0.48	0.55	28
*0.58	0.7	60	0.48	0.62	38	0.61	0.48	10	0.61	0.41	4
*0.48	0.6	21	0.84	0.55	52	0.69	0.48	50	0.55	0.50	47
*0.61	0.6	53	0.72	0.48	16	0.41	0.77	32	0.41	0.74	29
*0.46	0.7	42	0.69	0.61	39	0.50	0.55	33	0.50	0.59	5

\* دال عند مستوى (0.001)

جدول (9)  
معاملات ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا

معامل ألفا	ثبات الإعادة	البعد
0.67	.55	التوافق النفسي
0.79	.73	التوافق الاجتماعي البيئي
0.63	0.81	التوافق المهني
0.74	0.71	التوافق الصحي
0.87	.82	الدرجة الكلية

يوضح الجدول (9) أن معاملات الارتباط تتراوح قيمتها بين (0.56-0.81) وهي معاملات جميعها دالة عند مستوى (0.001).

II- نتائج الدراسة:

2-1- نتائج الفرض الأول:

لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى معرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت على مقياس البيئة الفيزيائية.

## جدول (10)

الفروق بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء  
بغاز الأمونيا وعينة أخرى معرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت على مقياس البيئة الفيزيائية.

مستوى الدالة	قيمة ت	المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت		المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا		البعد الفرعى	متغير أساسى
		ع	م	ع	م		
غير دالة	0.91	2.9	19.7	2.7	19.1	بيئة العمل	مقياس البيئة الفيزيائية
غير دالة	0.92	3.3	20.8	3.1	21.4	بيئة الحى السكنى	
غير دالة	1.01	2.8	17.8	2.1	17.1	بيئة المسكن	
غير دالة	1.1	4.8	42.3	4.9	42.2	الدرجة الكلية	

ويتضح من الجدول (10) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى معرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت على مقياس البيئة الفيزيائية.

## 2-2- نتائج الفرض الثاني:

لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى معرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت على مقياس التوافق النفسي البيئي.

ويتضح من الجدول (11) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى معرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت على مقياس التوافق النفسي البيئي.

## جدول (11)

الفروق بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا  
وعينة أخرى معرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت على مقياس التوافق النفسي البيئي

مستوى الدالة	قيمة ت	المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت		المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا		البعد الفرعى	متغير أساسى
		ع	م	ع	م		
غير دالة	0.61	3.6	36.1	3.4	36.4	التوافق النفسى	التوافق النفسى البيئى.
غير دالة	0.82	2.7	37.9	2.4	38.2	التوافق الاجتماعى البيئى	
غير دالة	1.3	3.3	33.1	3.4	33.4	التوافق المهنى	
غير دالة	1.3	2.8	32.1	2.2	31.1	التوافق الصحى	
غير دالة	0.87	6.1	133.3	6.2	132.5	الدرجة الكلية	

## 2-3- نتائج الفرض الثالث:

توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى من السكان غير معرضين على مقياس البيئة الفيزيائية لصالح عينة السكان غير المعرضين.

ويتضح من الجدول (12) أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى من السكان غير معرضين على مقياس البيئة الفيزيائية لصالح عينة السكان غير المعرضين.

### جدول (12)

الفروق بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى من السكان غير معرضين على مقياس البيئة الفيزيائية لصالح عينة السكان غير المعرضين.

متغير أساسي	البعد الفرعي	المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا		غير المعرضين لتلوث الهواء		قيمة ت	مستوى ادلالة
		ع	م	ع	م		
مقياس البيئة الفيزيائية	بيئة العمل	2.7	19.1	1.2	12.2	15.4	دالة لصالح المعرضين لتلوث الأمونيا
	بيئة الحى السكنى	3.1	21.4	3.3	10.1	14.9	دالة لصالح المعرضين لتلوث الأمونيا
	بيئة المسكن	2.1	17.1	2.8	9.5	13.4	دالة لصالح المعرضين لتلوث الأمونيا
	الدرجة الكلية	4.9	42.2	3.1	22.1	22,8	دالة لصالح المعرضين لتلوث الأمونيا

## 2-4- نتائج الفرض الرابع:

توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى من السكان غير معرضين على مقياس التوافق النفسي البيئي لصالح عينة السكان غير المعرضين.

### جدول (13)

الفروق بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى من السكان غير معرضين على مقياس التوافق النفسي البيئي لصالح عينة السكان غير المعرضين

متغير أساسي	البعد الفرعي	المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا		غير المعرضين لتلوث الهواء بالأمونيا		قيمة ت	مستوى ادلالة
		ع	م	ع	م		
التوافق النفسي البيئي.	التوافق النفسي	3.4	36.4	2.4	20.8	8.4	غير دالة
	التوافق الاجتماعي البيئي	2.4	38.2	2.3	22.4	11.7	غير دالة
	التوافق المهني	3.4	33.4	2.1	18.1	16.7	غير دالة
	التوافق الصحى	2.2	31.1	2.1	19.7	10.7	غير دالة
	الدرجة الكلية	6.2	132.5	5.3	95.7	19.8	غير دالة

ويتضح من الجدول (13) أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة من السكان غير معرضين على مقياس التوافق النفسي البيئي لصالح عينة السكان غير المعرضين

## 2-5- نتائج الفرض الخامس

توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت وعينة من السكان غير معرضين على مقياس البيئة الفيزيائية لصالح عينة السكان غير المعرضين.

ويتضح من الجدول (14) أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت وعينة من السكان غير معرضين على مقياس البيئة الفيزيائية لصالح عينة السكان غير المعرضين.

### جدول (14)

الفروق بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت وعينة من السكان غير معرضين على مقياس البيئة الفيزيائية لصالح عينة السكان غير المعرضين

مستوى ادلالة	قيمة ت	غير المعرضين لتلوث الهواء		المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت		البعد الفرعى	متغير أساسى
		ع	م	ع	م		
دالة لصالح المعرضين لتلوث بغاز ثاني أكسيد الكبريت	11.2	2.3	11.1	2.9	19.7	بيئة العمل	مقياس البيئة الفيزيائية
دالة لصالح المعرضين لتلوث بغاز ثاني أكسيد الكبريت	12.4	2.4	12.9	3.3	20.8	بيئة الحى السكنى	
دالة لصالح المعرضين لتلوث بغاز ثاني أكسيد الكبريت	9.4	1.9	13,5	2.8	17.8	بيئة المسكن	
دالة لصالح المعرضين لتلوث بغاز ثاني أكسيد الكبريت	18.4	4.1	33.7	4.8	42.3	الدرجة الكلية	

## 2-6- نتائج الفرض السادس

توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت وعينة من السكان غير معرضين على مقياس التوافق النفسي البيئي لصالح عينة السكان غير المعرضين.

### جدول (15)

الفروق بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت وعينة من السكان غير معرضين على مقياس التوافق النفسي البيئي لصالح عينة السكان غير المعرضين

متغير أساسي	البعد الفرعي	المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت		غير المعرضين لتلوث الهواء		قيمة ت	مستوى ادلالة
		ع	م	ع	م		
التوافق النفسي البيئي	التوافق النفسي	3.6	36.1	2.4	23.7	12.7	دالة لصالح المعرضين لتلوث غاز ثاني أكسيد الكبريت
	التوافق الاجتماعي البيئي	2.7	37.9	1.7	29.7	14.4	دالة لصالح المعرضين لتلوث غاز ثاني أكسيد الكبريت
	التوافق المهني	3.3	33.1	2.5	20.4	9.1	دالة لصالح المعرضين لتلوث غاز ثاني أكسيد الكبريت
	التوافق الصحي	2.8	32.1	1.4	19.4	11.7	دالة لصالح المعرضين لتلوث غاز ثاني أكسيد الكبريت
	الدرجة الكلية	6.1	133.3	4.1	84.7	24.7	دالة لصالح المعرضين لتلوث غاز ثاني أكسيد الكبريت

ويتضح من الجدول (15) أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت وعينة من السكان غير معرضين على مقياس التوافق النفسي البيئي لصالح عينة السكان غير المعرضين.

### III- مناقشة وتفسير النتائج

#### 3-1- مقياس البيئة الفيزيائية للمعرضين وغير المعرضين لتلوث الهواء

سبق أن أوضحنا أن مقياس البيئة الفيزيائية يضم ثلاثة مقاييس فرعية تقيس في مجملها مدى تعرض عينة البحث للتلوث الناتج من مصانع الأسمدة المحيطة ببيئة العينة.

والمقاييس الفرعية هي: بيئة العمل، بيئة الحي السكني، بيئة المسكن. وسوف نتناول مناقشة النتائج في ضوء ما توصلت إليه فروض الدراسة.

تشير نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى معرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت على مقاييس البيئة الفيزيائية. فعلى مستوى بيئة العمل، يتراوح مستوى المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا 19.1 (متوسط مرجح)، و19.7 لعينة المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت، وبالنسبة لبيئة الحي السكني تراوح المتوسط المرجح 21.4 لعينة المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا، وبالنسبة للمعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت 20.8 (المتوسط المرجح).

أما بالنسبة لبيئة المسكن تراوح المتوسط المرجح 17.1 للمعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا، بينما تراوح المتوسط المرجح 17.8 للمعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت، وعلى مستوى الاستجابة الكلية على المقياس تراوح المتوسطات 42.2 للمعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا، وتراوح المتوسط المرجح 42.3 للمعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت، وتمثل الاستجابات الثلاث السابق الإشارة إليها (بيئة العمل، بيئة الحي السكني، بيئة المسكن) والاستجابة الكلية على مقياس البيئة الفيزيائية، تمثل في مجملها منظومة الحالة الفيزيائية للمعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وغاز ثاني أكسيد الكبريت لعينات الدراسة. والتي تبدو أنها تعاني من تلوث الهواء سواء في بيئة العمل حيث يعمل العديد من عينات الدراسة في منطقة التبين وأبو زعل في مصانع الأسمدة بحكم قربها من منازلهم وبالتالي يتعرضون لتلوث الهواء في بيئة عملهم. وأيضاً بحكم قرب الحي السكني من مصانع الأسمدة محل الدراسة يتعرض الحي السكني لكمية كبيرة من تلوث الهواء وفقاً للقياسات التي أشرنا إليها في الدراسة الحالية، وأيضاً تتعرض حالة المسكن من الداخل للغبار والتلوث الناتج من أذخنة المصانع حيث لاحظ الباحث أن نوافذ تلك المساكن غير محكمة الإغلاق ويلتصق بها الغبار من الداخل والخارج، غير أن المساكن مساحتها ضيقة من الداخل والتهوية غير جيدة لضيق المسكن. وهذا ما جعل هناك تطابق في نتائج التعرض لتلوث الهواء على مقياس البيئة الفيزيائية سواء العينة المعرضة لغاز الأمونيا وعينة غاز ثاني أكسيد الكبريت.

كما تشير نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى من السكان غير معرضين على مقياس البيئة الفيزيائية لصالح عينة السكان غير المعرضين. فعلى مستوى بيئة العمل، يتراوح مستوى المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا 19.1 (متوسط مرجح)، و12.1 لعينة السكان بمنطقة الخانكة غير المعرضين لتلوث الهواء الناتج عن مصنع الأسمدة، وبالنسبة للحي السكني تراوح المتوسط المرجح 21.4 لعينة المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا و10.1 لعينة السكان غير المعرضين لتلوث الهواء، وتراوح المتوسط المرجح 17.1 لعينة المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا في بيئة المسكن. بينما تراوح 9.5 لعينة السكان غير المعرضين لتلوث الهواء، وعلى المستوى الاستجابة الكلية على المقياس تراوح المتوسط المرجح 42.2 للمعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا، وتراوح المتوسط المرجح 22.1 لعينة السكان غير المعرضين لتلوث الهواء.

أيضاً أشارت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت وعينة أخرى من السكان غير معرضين لتلوث الهواء على مقياس البيئة الفيزيائية لصالح عينة السكان غير المعرضين، فعلى مستوى بيئة العمل، يتراوح مستوى المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت 19.7 (متوسط مرجح)، و11.1 لعينة

السكان غير المعرضين لتلوث الهواء، وبالنسبة لبيئة الحي السكني تراوح المتوسط المرجح 20.8، و12.9 لعينة السكان غير المعرضين لتلوث الهواء، وبيئة المسكن تراوح المتوسط المرجح 17.8 لعينة السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت، و13.5 لعينة السكان غير المعرضين لتلوث الهواء، وعلى مستوى الاستجابة الكلية على المقياس تراوح المتوسط المرجح 42.3، لعينة المعرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت، وتراوح المتوسط المرجح 33.7 لعينة السكان غير المعرضين لتلوث الهواء. واطمأن الباحث لنتائج الدراسة من حيث تأثر السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وثاني أكسيد الكبريت من حيث التأثير في بيئة العمل وبيئة الحي السكني وبيئة المسكن مقارنة بالسكان المقيمين في منطقة بعيدة عن تلوث الهواء الناتج عن مصانع الأسمدة الفوسفاتية بأبو زعل والأسمدة النيتروجينية بالتبين، حيث تتفق النتائج أيضاً مع نسب القياسات التي تمت في منطقتي الدراسة حيث أشارت إلى ارتفاع نسب تلوث الهواء بالغبار الناتج عن مصانع الأسمدة فوق الحدود المسموح بها وفقاً لمنظمة الصحة العالمية. وهذا ما أدى إلى تأثر سكان المناطق المحيطة بمصانع الأسمدة من خلال نتائج الاستجابات على مقياس البيئة الفيزيائية للسكان المعرضين لتلوث الهواء والسكان غير المعرضين لتلوث الهواء.

هذا وقد أكد *راسل وسوندرجاس (Russell & Sondgrass, 1987)* على أن الخاصية الانفعالية الوجدانية للبيئة هي الجزء الأكثر أهمية في علاقة الفرد بهذه البيئة، لأن الخاصية الوجدانية للبيئة هي العامل الأول في تحديد الحالات المزاجية التي يمكن أن تؤثر في صحة الفرد ورفاهيته<sup>(39)</sup>. والمكون الانفعالي للبيئة لا يعتمد على آلية بيولوجية فحسب، بل يتأثر وبشكل مباشر بالخصائص الفيزيائية للبيئة، إيجابية كانت أو سلبية. وتتكون الانفعالات من أشكال السلوك والتغيرات الفسيولوجية والخبرات الذاتية المرتبطة بالبيئة الفيزيائية المحيطة بالفرد.

ويتضح من خلال استعراض البحوث والدراسات البيئية أن التأثير النفسي بالملوثات يخضع لمجموعة من العوامل أهمها:

- **نوع الملوث:** ونجد أن معظم الملوثات التي حاول الباحثون الكشف عن أثارها النفسية أول أكسيد الكربون، ثاني أكسيد الكربون، الرصاص، تراب الأسمنت، وركز الباحث هنا على غاز الأمونيا وثاني أكسيد الكبريت. أيضاً تركيز الملوثات الذي يتعرض له الفرد: فكلما زاد تركيز الملوث وتجاوز الحدود المسموح بها كلما أدى ذلك إلى زيادة وتعقد أثاره النفسية وهذا ما قام به الباحث من خلال قياس نسبة ملوثات الهواء الناتجة عن مصانع الأسمدة النيتروجينية والفوسفاتية مناطق الدراسة ومقارنتها بقياسات الصحة العالمية.

- **أيضاً مدة التعرض:** فالتعرض لفترات طويلة يزيد من احتمال حدوث الآثار النفسية للملوث وكان من شروط اختيار عينة الدراسة الحالية أن يكون أفراد العينة مقيمين في البيئة المحيطة بالمصانع مدة لا تقل عن سنة إقامة دائمة.

- **الخصائص الصحية والاجتماعية للأفراد المعرضين للتلوث:** حيث كشفت بعض الدراسات على

أن تقدم السن وسابق الإصابة بأمراض جسمية من العوامل المساعدة على التأثير النفسي بالملوثات، لذا عمد الباحث على اختيار عينة من فئة الشباب للتعرف على مدى تأثير التلوث الهوائي بالغازات على توافقهم النفسي.

هذا وتتسق نتائج هذه الدراسة مع دراسات (Victoria, Jesper & Esmail, 2012) حيث أكدت نتائجها أن التعرض المزمن لغاز الأمونيا والمواد الكيماوية في المناطق السكنية وفقاً لمدة التعرض في البيئات السكنية بسبب انزعاج وإجهاد وعدم ثقة وتصور المخاطر الصحية والاضطراب السلوكي نتيجة التعرض لغاز الأمونيا في البيئة المحيطة مما يؤثر على الأفراد وصحتهم النفسية والاجتماعية.

كما تتفق مع نتائج دراسة (Worgacki, 2013) حيث أكدت النتائج أن الناس يقضون جزء كبير من حياتهم داخل البيئة المبنية (المباني العامة والسكنية)، ونسبة الوقت الذي يقضيه في الداخل يمكن أن يكون مرتفعاً من 80% إلى 90% في العديد من المباني سواء عامة أو صناعية أو سكنية لا توفر الظروف الملائمة فيما يتعلق بالأماكن المغلقة ونوعية الهواء. ويرجع ذلك إلى زيادة ملوثات الهواء مما يؤدي إلى خفض نوعية الحياة وزيادة مخاطر المشاكل الصحية وتؤدي إلى الإعاقة في أداء العمل، وتكيف الأفراد وأصحاب العمل.

أيضاً تتفق مع نتائج دراسة كلاً من (Zhengtao & Henk, 2014) حيث أشارت النتائج أن الحد من تلوث الهواء بالقرب من المساكن. وفي بيئة العمل يؤثر على الحالة الإيجابية للإنسان وسعادته.

كذلك تتسق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Victoria, 2015) حيث أكدت الدراسة أن تلوث الهواء من النفايات القابلة للتحلل (الأمونيا  $NH_3$ ) بالقرب من المساكن ومدة التعرض أدت إلى أعراض (الغثيان، والصداع، والدوخة، وصعوبة التركيز). وتشير أن التعرض لتلوث الهواء بغاز الأمونيا يلعب دوراً هاماً في نشأة الأعراض بين السكان الذين يتعرضون لتلوث الهواء المنخفض إلى المتوسط من النفايات القابلة للتحلل.

أيضاً تتفق مع نتائج دراسة كلاً من (Jasmin, Runloord, Tabia & Elke, 2012) أكدت نتائج الدراسة أن أكثر الأعباء أو الظروف البيئية إرهاقاً من خلال المقارنة بين التقارير الذاتية للسكان عن مدى الارتياح الذاتي للحي السكني والرضا عن الحياة والسلوك الصحي والأعراض النفسجسمية من الأعباء البيئية الضجيج وتلوث الهواء وقلة المساحات الخضراء العامة كانت أقل رضا عن حياتهم في الحي أو المنطقة السكنية مقارنة بالمناطق الأقل عبء بيئي ومع ذلك هناك أعباء أخرى مرتبطة بالأعراض الصحية العامة وهي (الضوضاء، القمامة، انعدام الغطاء النباتي في المناطق الحضرية).

كما تتسق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة كل من: (Bernard, 2005; Steven & et al, 2004; Maria Luise, 2004; Tuvlia & et al., 2002): أشارت النتائج أن معايير التعرض للمواد المستنشقة الناتجة عن تلوث الهواء ومدة التعرض تؤدي إلى انخفاض كفاءة العمل وضعف الحماية الذاتية وخلل الأداء النفسي بسبب التعرض المفرط لتلوث الهواء في أماكن العمل وفترات التعرض الطويلة الناجمة عن التعرض للرصاص والمواد الكيميائية تؤدي إلى انخفاض معدل الذكاء وارتفاع الأمراض العصبية. كما لوحظ ارتباط وثيق بين التعرض لتلوث الهواء والانزعاج في المسكن وكذلك بين الانزعاج نفسه في العمل في الأماكن المغلقة والتعرض لفترة PM2.5 وأيضاً تصور المخاطر الصحية والانزعاج البيئي يكون بنسب كبيرة بالنسبة للسكان المقيمين بالقرب من مصادر التلوث والنفايات. فالسكان المقيمين بالقرب من الموقع مصدر التلوث لديهم أعراض نفسية مع المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والانزعاج البيئي حيث هناك ارتباط وثيق بين تصور المخاطر والتفاعل بين التصور والانزعاج البيئي زيادة كبيرة في التنبؤ بالأعراض النفسية، كما أن السكان البالغين في المناطق المعرضة لغاز كبريتيد الهيدروجين مقارنة بالسكان الذين لم يتعرضوا أظهرت أن السكان المعرضين للغاز في بيئتهم السكنية لديهم اضطرابات سلوكية وعصبية وانخفاض في الأداء السلوكي العصبي مع التعرض لتلوث الهواء بكبريتيد الهيدروجين، (Steven G., Betly L. & Kent W. 2004)، (Jasmin H., Reinhard B., Fabia L. & Elke V, 2012)، (Tuvlia R., Rucy O., Nino K., Paolo C., Mark J. & Matti J., 2002)، (Bernard W, 2005).

وتتسق النتائج السابقة مع ما توصلت إليه النتيجة في جزئها الأول على مقياس البيئة الفيزيائية للمعرضين وغير المعرضين للتلوث بغازي الأمونيا وثاني أكسيد الكبريت. ويتمثل ذلك في تلك الخصائص المتأثرة بتلوث الهواء في الأماكن المعرضة للتلوث سواء في بيئة العمل، بيئة الحي السكني، بيئة المسكن، مما يشير إلى تأثير تلك البيئات إزاء تعرضها لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وثاني أكسيد الكبريت بالمناطق السكنية المحيطة بمصنعي التبين وأبو زعل للأسمدة مقارنة مع السكان غير المعرضين لتلوث الهواء في بيئة العمل وبيئة الحي السكني وبيئة المسكن، وبهذا يكون الباحث قد اطمان لما توصلت إليه النتائج في جزئها الأول.

### 3-2- مقياس التوافق النفسي البيئي

سبق أن أوضحنا أن مقياس التوافق النفسي البيئي يضم أربعة مقاييس فرعية تقيس في مجملها مدى التوافق النفسي البيئي لعينة البحث المعرضة للتلوث الهوائي بغاز الأمونيا وغاز ثاني أكسيد الكبريت وعينة ضابطة بعيدة عن مصادر التلوث الهوائي.

والمقاييس الفرعية هي: التوافق النفسي، التوافق الاجتماعي البيئي، التوافق المهني، التوافق الصحي.

## IV- النتائج والتوصيات

## 1-4- مناقشة النتائج

وسوف يتم مناقشة النتائج في ضوء ما توصلت إليه فروض الدراسة:

تشير نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى معرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت على مقياس التوافق النفسي البيئي. فعلى مستوى التوافق النفسي، يتراوح مستوى المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا 36.4 (متوسط مرجح)، و 36.1 لعينة المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت، وبالنسبة للتوافق الاجتماعي البيئي تراوح المتوسط المرجح 38.2، بينما المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت بلغ 37.9، والتوافق المهني بلغ المتوسط المرجح 33.4، للمعرضين لتلوث الهواء بالأمونيا، وبلغ 33.1 متوسط مرجح لعينة المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت، فحين بلغ المتوسط المرجح 31.1 على التوافق الصحي لعينة المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا، وبلغ 32.1 لعينة المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت، وبلغت الدرجة الكلية للمقياس 132.5 متوسط مرجح لعينة المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا، وبلغت 133.3 متوسط مرجح لدى المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت.

وتمثل الاستجابات الأربعة السابق الإشارة إليها (التوافق النفسي، التوافق الاجتماعي البيئي، التوافق المهني، التوافق الصحي) والاستجابة الكلية على المقياس، تمثل في مجملها منظومة حالة التوافق النفسي البيئي للمعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وغاز ثاني أكسيد الكبريت لعينة الدراسة، حيث تشير النتائج على المقياس تطابق في عدم التوافق النفسي البيئي والاجتماعي والمهني والصحي بين العينات من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت وغاز الأمونيا، حيث اطمأن الباحث لنتائج الفرض من حيث تأثير تلوث الهواء على عدم توافق أفراد عينة البحث مع ذواتهم داخلياً من حيث عدم الشعور بالسعادة والرضا عن النفس والقدرة على التحكم في ضبط الانفعالات وإشباع الحاجات والدوافع الداخلية لهم.

أيضاً تشير النتائج إلى عدم التواصل الإيجابي مع البيئة المحيطة من حيث عدم التعاون والتفاعل البناء الإيجابي مع أفراد المجتمع والمحيط البيئي الذي يعيشون به، وأيضاً انخفاض الأداء في داخل بيئة العمل. ومن الناحية الفسيولوجية تشير النتائج أيضاً أن المؤثرات الخارجية للبيئة المتمثلة في التلوث الهوائي بغازي الأمونيا وثاني أكسيد الكبريت كان لها التأثير المباشر في استثارة أعضاء الحس أو المستقبلات الحسية المتصلة بأعضاء الجسم.

وبالتالي أحدثت خلل في الجانب النفسي للفرد مما أثر على الجوانب العضوية الصحية لدى أفراد عينة الدراسة. وهذا ما يدل على تطابق نتائج عيني الدراسة على الاستجابة على مقياس التوافق النفسي البيئي لتعرضهم لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وغاز ثاني أكسيد الكبريت الناتج عن مصانع الأسمدة بمنطقتي أبو زعبل والتبين.

كما تشير نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا وعينة أخرى من السكان غير معرضين على مقياس التوافق النفسي البيئي لصالح عينة السكان غير المعرضين، فعلى مستوى التوافق النفسي، يتراوح مستوى المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا 36.4 متوسط مرجح، 20.8 متوسط مرجح لعينة السكان غير المعرضين بمنطقة الخانكة، والتوافق الاجتماعي البيئي بلغ المتوسط المرجح 38.2، لعينة المعرضين لغاز الأمونيا، و22.4 لعينة السكان غير المعرضين، كما بلغ المتوسط المرجح 33.4، على مستوى التوافق المهني لعينة المعرضين لغاز الأمونيا، 18.1 متوسط مرجح لعينة السكان غير المعرضين لتلوث الهواء، والتوافق الصحي بلغ المتوسط المرجح 31.1 لدى عينة المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا، بينما بلغ 19.7 لعينة السكان غير المعرضين لتلوث الهواء. وعلى الاستجابة الكلية لمقياس التوافق النفسي البيئي بلغ 132.5 متوسط مرجح لعينة المعرضين لتلوث الهواء بغاز الأمونيا، وبلغ 95.7، لدى عينة السكان غير المعرضين بمنطقة الخانكة.

كما أشارت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين عينة من السكان المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت وعينة أخرى من السكان غير معرضين لتلوث الهواء على مقياس التوافق النفسي البيئي، لصالح عينة السكان غير المعرضين، فعلى مستوى التوافق النفسي، 36.1 (المتوسط المرجح) لدى المعرضين لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت، بينما غير المعرضين لتلوث الهواء بلغ 23.7، وعلى مستوى التوافق الاجتماعي البيئي بلغ 37.9 المتوسط المرجح لعينة المعرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت، بينما بلغ 29.7 لعينة السكان غير المعرضين لتلوث الهواء، وعلى مستوى التوافق المهني، 33.1 المتوسط المرجح لدى عينة المعرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت، وبلغ 20.4 لدى عينة السكان غير المعرضين لتلوث الهواء، وعلى مستوى التوافق الصحي بلغ 32.1 المتوسط المرجح لدى عينة المعرضين لغاز ثاني أكسيد الكبريت بينما بلغ 19.4 لدى عينة السكان غير المعرضين لتلوث الهواء، وعلى الاستجابة الكلية للمقياس بلغ 133.3 متوسط مرجح لدى عينة السكان المعرضين للتلوث الهوائي بغاز ثاني أكسيد الكبريت، وبلغ 84.7 لدى عينة السكان الغير معرضين لتلوث الهواء.

واطمأن الباحث لنتائج الدراسة من حيث تأثير تلوث الهواء بغاز الأمونيا وثاني أكسيد الكبريت بالمناطق المعرضة على عدم توافق السكان نفسياً واجتماعياً وصحياً ومهنياً، لارتفاع نسب التلوث الهوائي بتلك المناطق وقرب المناطق السكنية من مصانع الأسمدة بمنطقتي أبو زعبل والتبين وارتفاع نسب التلوث الهوائي بالغازات والمواد الصلبة وفقاً للقياسات التي تمت لقياس نسب التلوث بتلك المناطق مقارنة مع المنطقة الضابطة بمنطقة الخانكة حيث تبعد عن مصادر التلوث الهوائي ومصانع الأسمدة حيث المنطقة يغلب عليها الطابع السكني والتجاري وبعض المزارع المحيطة بالمساكن.

ونجد أن التوافق النفسي البيئي، عملية شديدة التعقيد، تتضمن متغيرات انفعالية وفيزيائية ومعرفية واجتماعية ... وغيرها. والانفعالات التي يشعر بها الناس هي ناتج البيئة المحيطة إلى حد

كبير، بما تحمله البيئة من تلوث هوائي وضوضاء، وضغوط بيئة العمل وتأثير كل ذلك على توافق الفرد نفسياً.

ويرى راسل وسوندرجاس (Russell & Sondgrass, 1987) أن الخاصية الانفعالية الوجدانية للبيئة هي الجزء الأكثر أهمية في علاقة الفرد بهذه البيئة، لأن الخاصية الوجدانية للبيئة هي العامل الأول في تحديد الحالات المزاجية المرتبطة بالمكان، مما يمكن أن يؤثر في صحة الفرد ورفاهيته وتوافقه النفسي والاجتماعي.

ونجد أن التوافق هو مجموعة من الديناميات التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي الداخلي ليستجيب لقيود البيئة المحيطة أو لخبرات جديدة، وتعتبر عملية التوافق عملية لخلق توازن بين بيئة الفرد الداخلية وبين البيئة الخارجية المحيطة به.

وعندما يتعرض الفرد للمثيرات البيئية بدرجة تفوق قدرته على التكيف يقال أن الفرد يتحمل قدرًا من الإثارة الزائدة، وتشمل هذه الإثارة مؤثرات بسيطة مثل: الضوء واللون والصوت والضوضاء وتلوث الهواء والحرارة بالإضافة إلى المؤثرات الأكثر تعقيداً مثل المباني والطرق والخلفيات الفيزيائية والأفراد الآخرين وتتباين الإثارة من خلال بعدين أساسيين وهما الكم والمعنى. فمن حيث الكم تختلف الإثارة من حيث الشدة والمدة التي تستغرقها ومعدل ترددها. أما المعنى فإنه يخضع للتقييم السيكولوجي لهذه المؤثرات البيئية، ذلك أن أنماط التفكير وسبل التفاعل الاجتماعي وأشكال الأداء المختلفة جميعها تعتمد بدرجة كبيرة على أنماط هذه الإثارة وردود أفعالنا إزاءها، (Francis T.M., 1994).

وتتنسق نتائج الدراسة الحالية مع العديد من نتائج الدراسات السابقة حيث ركزت بعض النتائج على التوافق النفسي لدى المعرضين لتلوث الهواء ومدى تأثيرهم في الحالة الانفعالية والعقلية والجوانب السلوكية وانخفاض مستويات السعادة والتفاؤل والتوافق النفسي وارتفاع معدلات القلق والاكتئاب والأعراض النفسية وعدم الثقة بالنفس والتوتر الحاد وارتفاع الإجهاد والضغط النفسي وانخفاض التعلم اللفظي والذاكرة والانحرافات السلوكية وانخفاض أنشطة الحياة اليومية وصعوبة التركيز والتعب وفقدان الثقة بالنفس مقارنة بالسكان الغير معرضين لتلوث الهواء بالمناطق التي يعيشون بها، (أحمد العتيق، 1987)، (أحمد العتيق، 1999)، (Narilena et al., 1995)، (Steven & et al., 2004)، (Silila et al., 2011)، (Victoria et al., 2012)، (Thomas & Ano, 2014)، (Nicole & et al., 2014)، (Zhengtao & Henk, 2014)، (Victoria, 2015).

وتتنسق تلك النتائج مع مدخل الانعصاب البيئي، حيث تقوم الفرضية الأساسية لهذا المدخل على أساس أن متغيرات البيئة المختلفة كالضوضاء والحرارة وتلوث الهواء تمثل ضواغط تهدد التكوين النفسي للفرد والانعصاب أو الإجهاد Stress هو رد فعل لهذه المثيرات ويشتمل رد الفعل طبقاً لنموذج الانعصاب على مكونات انفعالية وسلوكية وفسولوجية وهذه المكونات مجتمعة تكون

ما يعرف بالانعصاب البيئي والتي تترك الفرد يشعر بالعجز وعدم القدرة على مواجهة الموقف أو التعايش معه، (Cohen S.A. & Weinstein N. 1980).

ومن هنا نجد أن الفرد يفقد التوافق مع نفسه داخلياً، ومع بيئته خارجياً نتيجة لمتغيرات البيئة المحيطة به.

كما تتسق نتائج الدراسة مع نتائج الدراسات التي ركزت على التوافق الاجتماعي البيئي من حيث ردود أفعال الناس الوجدانية تجاه تلوث الهواء والعوامل الديموجرافية لهذه التفاعلات ومجموعة من التصورات والمواقف فيما يتعلق بتلوث الهواء بما في ذلك، درجة الغضب الذي أثاره تلوث الهواء.

حيث تشير النتائج أن تلوث الهواء يسهم في الظروف الاجتماعية التي تكون بمثابة ضغوطات على مستوى المجتمع المحلي ومنها الهجرة من أماكن التلوث والروائح الكريهة والميل إلى الحد من التلوث وطرق التعامل معه من خلال أهمية وجود رقابة اجتماعية، كما أن هناك ردود فعل عاطفية في الرغبة في الحد من التلوث كما ترتبط المشاعر السلبية في المحيط الاجتماعي بمناطق التلوث الهوائي<sup>(45)</sup>.

ووفقاً للنموذج التكيفي الذي وضعه ميكانيك (Mechanic, 1962) فإن الأفراد في سبيل تكيفهم مع المواقف الضاغطة يمرون بخبرة تتمثل في عدم الراحة، وأن هذه الخبرة تختلف من فرد لآخر تبعاً لمجموعة من الاعتبارات كالخصائص الشخصية للفرد وطبيعة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها من البيئة<sup>(34)</sup>.

وقد حاول فرنش وكان (French & Kahn, 1962) من خلال النموذج البيئي الاجتماعي للانعصاب، تفسير الانعصاب البيئي نتيجة لتفاعل مجموعة من العوامل المتداخلة تأثير البيئة الخارجية كما يدركها الفرد على البناء النفسي للفرد، استجابة الفرد للمواقف الضاغطة، الصحة النفسية والجسمية للفرد من منظور متكامل، خصائص الفرد الوراثية، الشخصية، العلاقات الاجتماعية للفرد.

أما على مستوى تأثير تلوث الهواء على التوافق المهني لدى السكان المعرضين لتلوث الهواء تتسق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة حيث أشارت النتائج أن الجودة المدركة للهواء في الأماكن المغلقة يؤثر على فقدان الإنتاجية، وعدم الرضا الوظيفي، كما يؤدي تلوث الهواء إلى الإعاقة في أداء العمل وعدم تكيف الأفراد مع بيئة العمل.

وهناك ارتفاع لتغيب العمال عن العمل بسبب المشاكل الصحية مما يؤثر على الإنتاجية، كما أن القرب من مصادر تلوث الهواء سواء في السكن أو في بيئة العمل يؤثر على الحالة الإنتاجية للإنسان وسعادته، أيضاً أظهر العديد من العمال شكاوى بسبب تلوث الهواء داخل أماكن

العمل تؤدي إلى اللامبالاة وزيادة الاستثارة والعصبية بين العمال الذين يتعرضون للمواد الكيميائية، (Zhengtao L. & Henk F., 2014)، (Wargocki P., 2013)، (Kosomen R. & Tan F., 2004)، (Bernard W., 2005).

ونجد أن للإثارة نتيجة مهمة على الأداء، ويوضح العلاقة بينهما قانون بيركس – دودسون Yarkes – Dodeson Law وطبقاً لهذا القانون يكون الأداء عند حده الأمثل عند المستويات المتوسطة من الإثارة ثم يسوء تدريجياً إذا انخفضت الإثارة أو ارتفعت عن هذا المستوى، وهذه العلاقة تتسق نسبياً مع طبيعة الكائن البشري من حيث سعيه الدائم إلى المستوى المتوسط من الإثارة وإن الإفراط أو التفريط غير مرغوب فيهما، (Bell P.A., Fisher J.D., 1996)، (Baum A. & Greene T.E., 1996).

ومن خلال القياسات التي تمت بمعرفة الباحث في أماكن الدراسة اتضح من خلال مؤشرات القياس أن نسب تلوث الهواء ترتفع عن الحدود المسموح بها عالمياً وفقاً لقياسات منظمة الصحة العالمية. وهذا يؤدي إلى إثارة عالية عن الحدود والمستويات المناسبة في مناطق الدراسة مما يؤدي إلى عدم التوافق المهني لدى عينات الدراسة المعرضة لتلوث الهواء بغاز ثاني أكسيد الكبريت وغاز الأمونيا مقارنة بأفراد العينة الضابطة الغير معرضين بنسب مرتفعة من تلوث الهواء حيث أشارت نتائج المقياس توافقهم مهنيًا.

أيضاً تتسق نتائج الدراسة الحالية مع النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة من حيث مستوى التوافق الصحي للسكان المعرضين لتلوث الهواء مقارنة بعينات أخرى من السكان غير معرضين لتلوث الهواء حيث تشير نتائج الدراسات إلى تأثير ملوثات الهواء على الجهاز العصبي المركزي خاصة تلوث الهواء بالمركبات العضوية الفوسفاتية الناتجة من مصانع الأسمدة الفوسفاتية والمركبات المعدنية وخصوصاً الرصاص والزنبق والكاديوم، حيث تؤدي إلى ضرراً بالجهاز العصبي والوظيفة الإدراكية، كما أن هناك علاقة بين الجسيمات الصلبة الدقيقة وارتفاع ضغط الدم وتلوث الهواء في البيئة المحيطة، أيضاً التعرض للملوثات المحمولة جواً يمكن أن يؤدي إلى مجموعة متنوعة من المشاكل الصحية: مثل تسمم الدم، والآثار المسببة للسرطان، والأمراض التنفسية المزمنة، وتهيج العين، وأمراض الحساسية، وأعراض (الغثبان، والصداع والدوخة، وصعوبة التركيز، والتعب غير الطبيعي). كما تم ربط التعرض قصير الأجل وطويل الأجل لتلوث الهواء بالمواد الكيميائية إلى الوفيات المبكرة وانخفاض متوسط العمر المتوقع، (Margaret T., Timothy (Daniel V, 2014)، (Victoria, V. 2015)، (Cocheo P. & Zaratini L., 2015)، (D. & Any J., 2014)، (Narilena K. & Elias C. 2008).

ويمكن تفسير ذلك فسيولوجياً أن المثبرات البيئية المتمثلة في تلوث الهواء تعمل على زيادة نشاط العقل بواسطة مركز الاستثارة في المخ والذي يعرف باسم Reticular Formation، فتحدث الآثار الفسيولوجية على صحة الفرد بزيادة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم وسرعة التنفس، وزيادة إفراز الأدرينالين، كما يمكن تفسير ذلك سلوكياً من خلال زيادة النشاط الحركي.

أما لازاروس (Lazarus, 1966) فقد وضع النموذج النفسي الذي يقوم على فرضية أساسية أن الانعصاب يحدث عندما يدرك الفرد أن المواقف الضاغطة تهدد صحته وسلامته، فالاستجابة للمواقف الضاغطة (الانعصاب) يحدث كنتيجة لتقييم الفرد لهذه المواقف على أنها ضاغطة ومجهدة.

وإطمأن الباحث لتطابق نتائج دراسته مع نتائج الدراسات السابقة، حيث تشير النتائج أن عدم التوافق النفسي للفرد مع البيئة المحيطة به، ناتج عن تعرض الفرد لمواقف ضاغطة في البيئة الخارجية متمثلة في تلوث الهواء، في بيئة العمل وبيئة الحي السكني وبيئة المسكن، وهذا ما يسبب فقدان الفرد لتوافقه النفسي والاجتماعي والمهني والصحي مع البيئة المحيطة به عندما يشعر بفقدان قدرته وإمكاناته أمام الإثارة الزائدة كضغوط خارجية بيئية متمثلة في التلوث الهوائي بغازي الأمونيا وثاني أكسيد الكبريت، ويعجز الفرد على استعادة توافقه مع البيئة المحيطة من جديد ويفقد توافقه مع ذاته من خلال الأعراض النفسية ويفقد توافقه الاجتماعي من خلال تدهور الأداء والاستثارة الزائدة والعصبية والانعزالية، كما يفقد أدائه الإنتاجي في بيئة العمل وتظهر عليه الأعراض الفسيولوجية والمشاكل الصحية كاستجابة للضغوط البيئية والمثيرات المحيطة به وتختلف الدرجة من فرد لآخر وفقاً لشدة الضغوط والمثيرات ومدتها وخصائص الفرد الشخصية، وحالته الصحية والمساندة الاجتماعية التي يتلقاها.

#### 4-2- التوصيات

تناول البحث الحالي واحدة من أخطر المشكلات التي تواجه جمهورية مصر العربية، وهي مشكلة التلوث الهوائي، والتي تمثل عقبة أمام التنمية الشاملة والتخطيط البيئي المستقبلي، خاصة أن نسب التلوث الهوائي بمناطق دراسته تجاوزت الحدود المسموح بها، ومن خلال استنتاجات دراسته الحالية وفقاً لعلم النفس البيئي، هناك نقاط تستدعي التركيز:

- أن مشكلة تلوث الهواء بمناطق الدراسة لا تتوقف على التأثيرات الصحية فقط بل تخطتها إلى عجز الفرد عن إستعادة توازنه وتوافقه مع البيئة المحيطة به وفقد توازنه النفسي وتوافقه مع ذاته من خلال ظهور الأعراض النفسية وعدم التوافق الاجتماعي وتدهور الأداء في العمل وقلة الإنتاجية وفرض مشاعر العجز وفقدان قدره على السيطرة على المصير ومشاعر الأعباء والإنسحاب والإستسلام التي تسيطر على السكان المحيطين بمصانع الأسمدة بمناطق الدراسة.
- وهذا ما يشجع المتخصصين والباحثين في مجال علم النفس البيئي إلى مزيد من البحث والدراسة في مجال التلوث الهوائي والأخذ به من قبل المخططين واصحاب المصانع والوزارات المعنية عند الشروع في إقامة المناطق الصناعية لتقديم تشخيصاً موضوعياً بما يتيح فرصة مواجهته وتقديم العلاج.
- الأسهل والأقل كلفة والأقل دماراً لكل من صحة الإنسان والبيئة هو الحد من انبعاث المواد السامة وهو أفضل من معالجة التلوث بعد حدوثه.

- نقل مصانع الأسمدة بعيداً عن الكتلة السكنية إلى مناطق بعيدة عن مراكز المدن.
- أهمية تشديد الرقابة على مصانع الأسمدة والمصانع الملوثة للبيئة للتقليل من الانبعاثات التي تصدرها للهواء.
- ضرورة وضع مواصفات قياسية للحدود المسموح بها للعناصر التي تتركز في الهواء ولا يسمح بتجاوزها وتطبيق العقوبة الفورية لمخالفتها.
- زيادة المساحات الخضراء المشجرة داخل المدن والتي يجب أن لا تقل عن 40% من مساحة المدينة بالإضافة إلى زراعة أحزمة خضراء تحيط بها.

## - المراجع

### - المراجع باللغة العربية:

- أحمد أحمد (2012): الملوثات الهوائية (المصادر - التأثيرات البيئية والصحية، التحكم والعلاج)، دار الكتب العلمية، القاهرة، ص 7.
- أحمد أحمد السروري (2007): الملوثات المائية (المصدر - التأثير - التحكم والعلاج)، دار الكتب العلمية للنشر، القاهرة، ص 12.
- أحمد عبد الجواد (1991): تلوث الهواء، الطبعة الأولى، الدار العربية للنشر والتوزيع، ص 23.
- أحمد مصطفى العتيق (1988): الآثار النفسية للتلوث بعامد الأسمت بمنطقة حلوان، رسالة ماجستير (غ.م) معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس.
- أحمد مصطفى العتيق (1999): التلوث بالمعادن الثقيلة وتأثيره على بعض جوانب الأداء العقلي والحركي والحالة الانفعالية لدى عينات من الأفراد المعرضة له، مجلة التربية وعلم النفس، كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد (23).
- رشيد حميد العبودي (2003): التعلم والصحة النفسية، دار الهدى، الجزائر، ص 224.
- عبد الرحمن حميدة (1993): التلوث، أبعاده وأخطاره، مجلة كلية العلوم الاجتماعية، مجلد 35، ص 552.
- عبد الهادي الجوهري (1998): قاموس علم الاجتماع، ط3، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، ص 205.
- غازي صالح مطر (2009): أثر صناعة الأسمدة الكيماوية على التربة والبيئة في العراق، مجلة القادسية للعلوم الهندسية، المجلد 2، العدد 4، ص 3.
- فرانسيس ماك أندرو (1998): علم النفس البيئي، ترجمة: عبد اللطيف محمد خليفة، جمعة سيد يوسف، لجنة التأليف والنشر، جامعة الكويت، ص 101.
- منظمة الصحة العالمية (2005): دلائل منظمة الصحة العالمية لنوعية الهواء، فيما يخص المواد الجسيمية والأوزون وثاني أكسيد الكبريت وثاني أكسيد النيتروجين، ملخص نتائج تقييم عوامل الاقنطار، ص 16.
- منظمة الصحة العالمية (2014): الصحة والبيئة: التصدي لأثر تلوث الهواء على الصحة، المجلس التنفيذي، الدورة السادسة والثلاثون بعد المائة، تقرير من الأمانة، ص 2.
- نوال جامع حسان (1991): الآثار النفسية المرتبطة بتعرض العمال لبعض الغازات السامة في المهن الخطرة في الصناعة، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر.
- وزارة الدولة لشئون البيئة (2003): قائمة التفتيش على منشأة لصناعة الأسمدة، جهاز شئون البيئة.

## - المراجع الأجنبية:

- Basowitz H. (1950): Anxiety and stress, McGraw – Hill, New York.
- Bell P.A., Fisher J.D., Baum A. & Greene T.E., (1996): Environmental Psychology Fort Worth Tx: Holt, Rinehart & Winston, p. 117.
- Bell P.A., Greene T.C., Fisher J.D. & Baum A. (2001): Environmental Psychology, (Fifth Edition), New York: Harcourt College Publishers, p. 103.
- Bernard W. (2005): Psychological Indices of Toxicity, Encyclopedia of Toxicology, p. 558-567.
- Chattapadhyay P. & Som P. (1995): Air Pollution and Health Hazards in Human Subjects: Physiological and self-report indices, journal of environmental psychology, vol. (15), issue, 4, p. 327-331.
- Cocheo P. & Zaratini L., (2015): Assessment of Human Exposure to air pollution, module in earth systems and environmental sciences from encyclopedia of environmental health, p.: 230-237.
- Cohen S.A. & Weinstein N. (1980): Nonauditory Effects of Noise on Behavior and Health Journal of Social Issues, 37, 36-70.
- Daniel V., (2014): Neurological effects of air pollutants, fundamentals of air pollution, p: 327-340.
- Francis T.M., (1994): Environmental Psychology, California, Brookscales Publishing Company, p. 55.
- French J. & Kahn R. (1962): A pragmatic approach to studying the industrial environmental and mental health, journal of social issues, 18, 1-47.
- Jasmin H., Reinhard B., Fabia L. & Elke V. (2012): Multiple Environmental Durdens and Neighborhood – Related Health of City Residents, Journal of Environmental Psychology, Vol. (32), (4), pp: 305-317.
- Kosomen R. & Tan F., (2004): The effect of perceived indoor air quality on productivity loss, energy and buildings, vol. (36), (10), pp: 981-986.
- Lazarus R.S. (1966): Psychological stress and the copying process. McGraw Hill, New York.
- Lilian T., Angela W., Martha D. & Tamara S. (2015): Effect of long-term outdoor air pollution and noise on cognitive and psychological functions in adults, international journal of Hygiene and Environmental Health, vol. (218), issue 1, p. 1-11.
- Margaret T., Timothy D. & Any J., (2014): Fine particulate matter air pollution and blood pressure: The modifying role of psychological stress, environmental research, vol. (133), p: 195-203.
- Maria Luise L., (2004): On the influence of risk perception on mental health living near an incinerator, Journal of Environmental Psychology, Vol. (24), (1), pp: 7-84.
- Mechanic D. (1962): Students under stress, the free press, New York.
- Milgram S. (1970): The Experience of living in cities, science, p. 167.
- Moshe Z. & Mordechai S., (1988): Psychological responses to air pollution: some personality and demographic correlates, journal of environmental psychology, vol. (8),

(3), pp: 191-208.

- Narilena K. & Elias C. (2008): Human health effects of air pollution, environmental pollution, vol. (151), issue 2. p. 362-367.
- Nicole N., Victor W., Henderson W. & Howard N. (2014): Components of air pollution and cognitive function in middle – aged and older adults in Los Angeles, Neuro Toxicology, vol. (40), p. 1-7.
- Richard J. (2015): Carbon monoxide pollution and neurodevelopment a public health concern, neurotoxicology and teratology, vol. (49), p. 31-40.
- Sibila M. & Maria L. (2011): Living in grey areas: Industrial activity and psychological health, journal of environmental psychological, vol. (31), issue 4, p. 314-322.
- Steven G., Betly L. & Kent W. (2004): Neurobehavioral evaluation for a community with chronic exposure to hydrogen sulfide gas, Environmental Research, vol. (95), issue 1. p. 53-61.
- Straif K, Cohen A. & Samet J. (2014): Air pollution and cancer, IARC scientific publication no. 161. Lyon, France p. 303.
- The National Association Physicians for the Environment (1996): Psychiatric aspects of air pollution, presented at the conference; "Air pollution impacts on body organs and systems", otolaryngology – Head and Neck Surgery, vol. (114), (2), pp: 227-231.
- Thomas R. & Ana F. (2014): Airway nitric oxide and psychological processes in asthma and health: a review, Annals of Allergy, vol. (112), issue 4, p. 302-308.
- Tuvlia R., Rucy O., Nino K., Paolo C., Mark J. & Matti J., (2002): Determinants of Perceived air Pollution annoyance and association between annoyance scores and air pollution (PM 2.5, No<sub>2</sub>) concentrations in the European Expolis Study, Atmospherie Environment, Vol. (36), (29),., pp: 4593-4602.
- Victoria B., Jesper B. & Esmaeil S. (2014): Chronic exposure to odorous chemicals in residential areas and effects on human psychosocial health: Dose-response relationship, science of the total environment, vol. (490), p. 545-554.
- Victoria, V. (2015): Air pollution from biodegradable westes and non-specific health symptoms among residents: Director annoyance – mediated associations?, chemosphere, vol. (120), p. 371-377.
- Wargocki P., (2013): Productivity and Health Effects of High Indoor Air Quality, Reference Module in Earth Systems and Environmental Sciences.
- WHO (2012): Burden of disease from ambient air pollution, p. 33.
- WHO Regional Office for Europe (2013): Review of evidence on health aspects of air pollution – REVIHAAP Project: Technical Report Copenhagen, p. 54.
- Zhengtao L. & Henk F. (2014): To what extent does air pollution affect happiness? The case of the Jenchuan mining area, China, Ecological Economics, vol. (99), p. 88-99.



## الخيارات الصحية لسكان مدينة صور في لبنان

### صفاء علي عقيل<sup>1</sup>

#### - مستخلص

تم اختيار هذا الموضوع بدوافع شخصية وعلمية معرفية تتمثل في تحليل الدوافع التي تقف وراء خيارات السكان الصحية في مدينة عربية متوسطة هي مدينة صور، والوسائل التي يلجأ إليها السكان للحصول على الخدمات الصحية وما تخفي من مضامين اجتماعية واقتصادية مختلفة.

إضافة إلى البحث المكتبي، تم استخدام الاستمارة لجمع المعلومات من عينة من ربات الأسر في المدينة، وقد تضمنت عدة أسئلة (متغيرات) ذات تأثير على السلوك الصحي لتلك السيدات.

وأبرز النتائج التي تم التوصل إليها تؤكد فرضياتنا لجهة الفروقات بين الأحياء السكنية في المدينة حيث يختلف السلوك تبعاً للمستوى المعيشي للأسرة، فالسلوك الصحي لربة الأسرة يرتبط إلى حد بعيد بالحالة الاقتصادية والضمان الصحي، فالأسر الميسورة كذلك التي تتمتع بتغطية صحية، تتوجه إلى العيادات أو المستشفيات الخاصة، بينما تتوجه الأسر الأقل يسراً إلى الصيدلية أو تعتمد إلى التداوي بالأعشاب أو الأدوية البسيطة المتوفرة في المنزل.

تعتبر مدينة صور أفضل من بقية من المناطق من حيث التغطية الصحية بسبب إقبال السكان على الوظيفة العامة التي تؤمن هذه التغطية، وهي تتشابه مع المدن الأخرى من حيث الحصول على الخدمات الصحية.

الكلمات المفتاحية: مدينة صور، الخيارات الصحية، القطاع العام، القطاع الخاص، القطاع الأهلي، الضمان الصحي، التغطية الصحية.

1- باحثة في العلوم الاجتماعية، دبلوم الدراسات العليا في العلوم الاجتماعية، لبنان، safa\_akil@hotmail.com

**I- مقدمة**

يشكل الطلب على الخدمات الصحية قلقاً يومياً للسكان في مدينة صور، في ضوء تدني ارتفاع كلفة هذه الخدمات وتدني القيمة الشرائية للرواتب والأجور خاصة لدى الشرائح الدنيا من المجتمع اللبناني، ويبقى هاجس الأسرة باستمرار موجهاً نحو تأمين سبل الوقاية من الأخطار وخاصة حالات المرض.

تتفاوت نوعية الخدمات الصحية المعروضة في المدينة بين القطاعين العام والخاص والقطاع الأهلي، وتتفاوت كلفة الخدمات بين هذه القطاعات تبعاً للنوعية، خاصة وأن المناطق الطرفية لا تحظى بالاهتمام اللازم، ونظراً لضعف القطاع الأهلي، يصبح القطاع الخاص هو الأهم في المنطقة.

**1-1- مشكلة الدراسة**

تعتبر الصحة أحد مكونات رأس المال البشري، وتلعب دوراً محورياً في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، لذا فإن الإشكالية تنطلق من تساؤل أساسي يتمثل في تحديد الخيارات الصحية المعتمدة من قبل السكان في المدينة، والعوامل التي تتحكم بهذه الخيارات؟ وتلك المحددة لسلوك ربة الأسرة، هل هي ذاتية متعلقة بظروف الأسرة أم أنها موضوعية تتصل بالمتوفر من الخدمات في مجال المدينة.

**1-2- فرضية الدراسة**

إن الوضع الاقتصادي والاجتماعي لسكان مدينة صور يحدد فرص حصولهم على الخدمات الصحية وتحديد مؤشري الدخل والحي السكني. وتتفاوت ثقة السكان بالمؤسسات الصحية بين الحكومية والخاصة والأهلية لما يؤدي إلى تحديد خياراتهم الصحية وتوجيهها.

**1-3- المنهجية المستخدمة في الدراسة**

تم الاعتماد على أسلوب دراسة الحالة، وتمثلت التقنيات بالمقابلة والاطلاع على المتوفر من أدبيات ومراجع تتعلق بالسياسة الصحية والشأن الصحي في لبنان، إضافة إلى استمارة جمع البيانات، التي احتوت على ثلاثة محاور تتعلق بالظروف الاجتماعية والاقتصادية لأفراد العينة، مع التركيز على الحالة الصحية ومدى فهم واستخدام وسائل الوقاية الصحية، والمراكز الصحية التي يرتادونها ودرجة فعاليتها في تأمين الخدمات الصحية بشكل كافٍ ومرضى.

**1-4- عينة الدراسة**

لقد تم اختيار عينة مكونة من 150 أسرة موزعة على ثلاثة أحياء هي: (الحي المسيحي، الرمل العالي، وحي المسلمين) بمعدل خمسين أسرة في كل حي، وقد تم اختيار هذه الأحياء الثلاثة من بين الأحياء الستة في المدينة باعتبارها تشمل مختلف الفئات الاجتماعية، سواء على المستوى الاقتصادي أو الثقافي أو الطائفي وذلك لتحديد مدى انسجام الخيارات الصحية لهذه الفئات مع أوضاعها الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

**1-5- المجال الجغرافي للدراسة**

تمثل بمدينة صور ومحيطها، نظرا للتداخل العمراني بين المدينة والقرى المجاورة. فالمستشفيات تقع خارج الحدود الإدارية للمدينة في حين أن رواد هذه المستشفيات بغالبيتهم، من سكان المدينة وقرى القضاء. وقد استهدف ربات المنازل من سكان مدينة صور.

**II- نتائج الدراسة**

سيتم فيما يأتي استعراض العوامل التي تدفع السكان لتحديد خياراتهم لتلقي المعالجة الطبية، والتي ترتبط بنوع المرض والجهة الضامنة وطبيعة المؤسسات الصحية سواء على مستوى المستشفيات أو على مستوى المستوصفات الموزعة داخل المدينة ومحيطها.

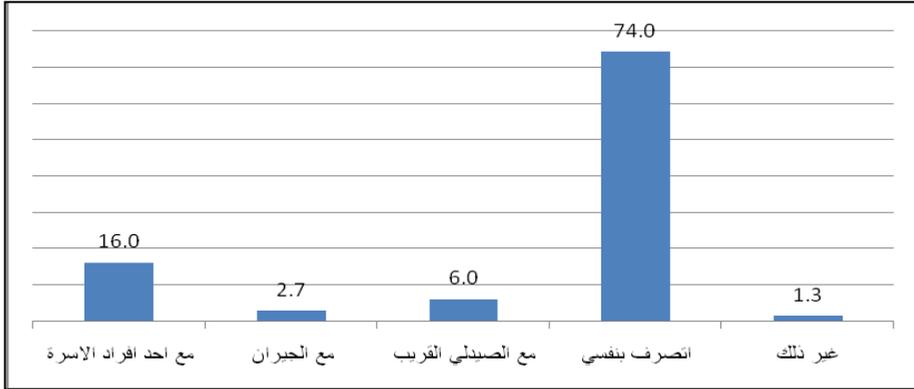
**2-1- السلوك في حالة المرض**

حاولت الدراسة التعرف على التدبير الذي تتخذه ربة الأسرة في حال شكا أحد أفراد أسرتها من ألم أو وعكة صحية؛ وذلك لمعرفة مدى اعتمادها على نفسها أو اللجوء إلى الآخرين وثقتها بهم، بما يعبر عن ثقافتها وقدرتها على التصرف، أو اللجوء لأصحاب الاختصاص، فكانت الإجابات كالتالي:

تتصرف نسبة عالية جدا (74%) بنفسها، أي تأخذ قرارها بنفسها، وهذا دليل على الثقة بالنفس، ومعرفة بما يجب أن تقوم به. وإذا كانت نسبة 16% قد صرحت بأنها تتشاور مع أحد أفراد الأسرة فإننا نفهم الأمر على أنه التشاور مع رب الأسرة لاتخاذ قرار مشترك يتم تحمله نتائجها بالمشراكة، سواء أكان لجهة الإنفاق ودفع نفقات الانتقال والطبيب أو المستشفى، أو لجهة تداعيات المرض على المصاب.

وفي مطلق الأحوال نرى أن ربة المنزل صاحبة قرار في الحالات الطارئة، أما النسبة المتبقية وهي 6% تتشاور مع الصيدلي، و2.7% التشاور مع الجيران وربما ينطبق على عدم توفر إمكانية التشاور مع شريك من الأسرة.

شكل (1)  
مع من تتشاور ربة الأسرة في حال توقعك أحد أفراد الأسرة صحياً



إلا أن الأمر يختلف تبعاً لمتغيرات تتعلق بخصائص المستجوبة. وسنتوقف عند كل متغير يمكن أن يكون دالاً إحصائياً.

من حيث مكان السكن تبين أن نسبة 24% من السيدات في حارة المسلمين يتشاورن مع أحد أفراد الأسرة، مقابل 10% في حارة المسيحيين والحالات التي تتصرف فيها المرأة بنفسها هي الأعلى بين سيدات حارة المسيحيين. فالمرأة في حارة المسلمين تبدو أقل مبادرة وحرية بالتصرف من مثيلتها في حارة المسيحيين. (أنظر جدول (1)).

جدول (1)  
توزيع المستجوبات حسب الحي وجهة التشاور في حال وعكة صحية (%).

الإجمالي	التشاور في حال وعكة صحية					الحي
	غير ذلك	أنصرف بنفسي	مع الصيدلي القريب	مع الجيران	مع أحد أفراد الأسرة	
100	2.0	66.0	8.0	-	24.0	حارة المسلمين
100	-	80.0	2.0	8.0	10.0	حارة المسيحيين
100	2.0	76.0	8.0	-	14.0	حي الرمل
100	1.3	74.0	6.0	2.7	16.0	الإجمالي

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحث.

وليس هناك فروقات تذكر في السلوك تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، لا من حيث العمر، ولا من حيث مهنة السيدة أو مهنة رب الأسرة. أما من حيث دخل الأسرة فإن السيدات في الأسر ذات الدخل الشهري الذي لا يتجاوز المليون ليرة لبنانية، يعتمدن أكثر على الآخرين من بقية السيدات لجهة التشاور مع أحد أفراد الأسرة. وربما بسبب ما يترتب على الحالة من إنفاق مالي يؤثر على

ميزانية الأسرة التي لا تتحمل أية نفقات إضافية. ويختلف تصرف سيدة المنزل في حال حصول وعكة صحية لأحد أفراد الأسرة حسب وجود ونوع الضمان الصحي؛ فالأسر التي تتمتع بضمان من الجهات الحزبية أكثر تشاوراً مع أحد أفراد الأسرة، والسبب يعود إلى أن المضمون وحده يكون على علم بكيفية الاستفادة من هذه الجهة الحزبية، ويلاحظ أن جميع المنتمين إلى صناديق التعاضد يتصرفون بأنفسهم على الفور باعتبارها الصناديق تقدم خدمات جيدة وتغطي نسبة عالية من النفقات، بخلاف لتعاونية موظفي الدولة حيث تقديماتها أدنى من تلك الصناديق، فنجد أن ربات الأسر ترجع إلى التشاور مع أحد أفراد الأسرة، أو استشارة الصيدلي، بهدف توفير معاينة عند الطبيب، نظراً لتراجع تقديمات تعاونية موظفي الدولة. (جدول 2).

### جدول (2)

مع من تتشاور ربة الأسرة في حال توقع أحد أفراد الأسرة صحياً حسب جهة الضمان الصحي (%)

المجموع	التشاور في حال وعكة صحية					جهة الضمان الصحي
	مع أحد أفراد الأسرة	مع الجيران	مع الصيدلي القريب	أتصرف بنفسي	غير ذلك	
100	10.9	4.3	6.5	78.3	-	صندوق الضمان الاجتماعي
100	11.1	11.1	22.2	55.6	-	تعاونية موظفي الدولة
100	13.0	-	-	82.6	4.3	الجيش والقوى الأمنية
100	-	-	-	100.0	-	صناديق التعاضد الحكومية
100	38.9	-	-	61.1	-	إحدى الجهات الحزبية
100	15.7	2.0	7.8	72.5	2.0	بدون تأمين
100	16.0	2.7	6.0	74.0	1.3	المجموع

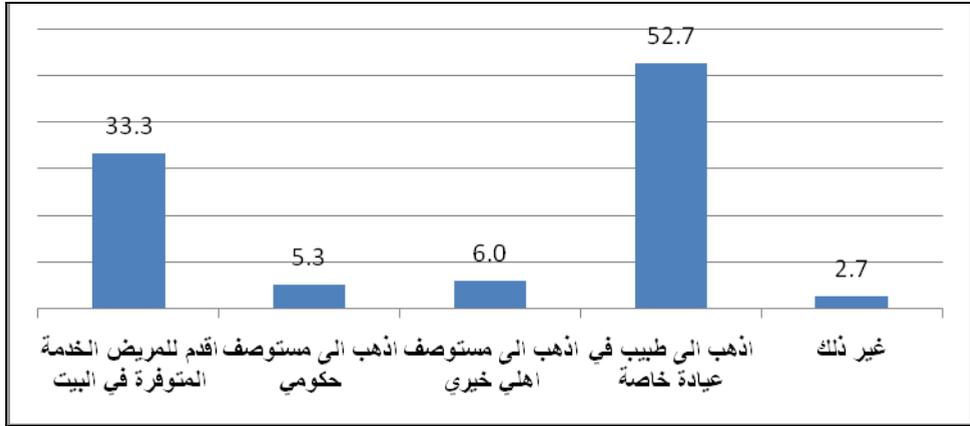
المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحث.

### 2-2- تصرف ربة المنزل في حال المرض

بعد أن تتشاور ربة المنزل أو تفكر بما يجب أن تقوم به في حال مرض أحد أفراد الأسرة؛ كيف تتصرف بعد التشاور، أو بعد قرارها بالقيام بمبادرة منها:

وتوضح بيانات الجدول (2) أن ثلث ربات الأسر يقدمن للمريض أو المصاب الخدمة المتوفرة في المنزل، كأقرص المسكن للألام، أو التداوي بالأعشاب أو بدواء متوفر سبق أن اختبرته، بينما صرحت نسبة 52.7% أنهم يذهبون إلى الطبيب في عيادة خاصة، وهي النسبة الأعلى بين السيدات، بينما تذهب نسبة 6% فقط إلى مستوصف حكومي ومثلها تقريبا يتوجهن إلى مستوصف أهلي، علماً أن المستوصفات الحكومية والأهلية شبه مجانية أو تكاليف الفحوصات فيها زهيدة يمكن تحملها من قبل الفقراء. ولكي لا نتسرع بتفسير أسباب هذا السلوك سنتم دراسته في الفقرة اللاحقة على ضوء متغيرات متعلقة بالسيدة نفسها وبالقدرة الاقتصادية للأسرة على دفع نفقات المعالجة.

شكل (2)  
كيفية تصرف ربة الأسرة بعد التشاور في حال حصول وعكة صحية (%)



في قراءة لتصرف السيدة في حال المرض وبعد التشاور تقوم ربة الأسرة في حارة المسلمين بنسبة 46% بتقديم الخدمة المتوفرة في المنزل من مسكنات أو أعشاب أو طعام مناسب، وذلك توفيرا للمال؛ نظرا لقدرة الأسر الاقتصادية المتواضعة في هذه الحارة. وبالمقابل إذا نظرنا إلى من يتوجهن إلى الأطباء في العيادات الخاصة نجد أن أعلى نسبة هي لسكان حي الرمل 76% تليها حارة المسيحيين 50% وهذا الحي أقل يسرا، وأخيرا تأتي نسبة حارة المسلمين بنسبة 32% وهو الحي الأقل يسرا من حيث المداخل بين الأحياء الثلاثة كما أسلفنا.

ومن هنا يمكن أن نستنتج أن الوضع الاقتصادي للأسرة متمثلا بالدخل الشهري يلعب دورا محددًا في تصرف ربة المنزل في التوجه إلى العيادات الخاصة أو التداوي بما تيسر في حال تعرض أحد أفراد الأسرة للمرض.

جدول (3)  
كيفية تصرف ربة الأسرة بعد التشاور حسب الحي السكني

الحي	تصرف ربة الأسرة بعد التشاور				
	أقدم للمريض الخدمة المتوفرة في البيت	أذهب إلى مستوصف حكومي	أذهب إلى مستوصف أهلي خيري	أذهب إلى طبيب في عيادة خاصة	غير ذلك
حارة المسلمين	46.0	12.0	10.0	32.0	-
حارة المسيحيين	36.0	2.0	6.0	50.0	6.0
حي الرمل	18.0	2.0	2.0	76.0	2.0
الإجمالي	33.3	5.3	6.0	52.7	2.7

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحث.

ويبدو أن المستوى التعليمي للسيدة لا يلعب دوراً في تحديد خياراتها الصحية، ولا حالتها الزوجية، ولا حتى العمر حسب بيانات الدراسة، ولعل العنصر المهم هو توفر الضمان الصحي:

تبين نتائج الدراسة (جدول 4) أن نسبة 62.7% من الأسر التي ليس لديها ضمان صحية تتوجه إلى الطبيب في حال المرض، ونسبة 23.5% فقط من ربّات الأسر يقدمن للمريض الخدمة المتوفرة في المنزل. وهذا يعود إلى أن غير المضمونين هم من ذوي الدخل المرتفع، أي أن ذوي المداخيل المتواضعة إما منتسبون إلى تعاونية موظفي الدولة أو صندوق الضمان الاجتماعي، وإما لديهم ضمان من إحدى الجهات الحزبية. وقد بين اختبار (ك تريبغ) وجود علاقة قوية بين متغيري جهة الضمان الصحي وتصرف ربة الأسرة بعد التشاور حول الحالة المرضية.

#### جدول (4)

توزيع المستجوبات حسب جهة الضمان الصحي والتصرف بعد التشاور

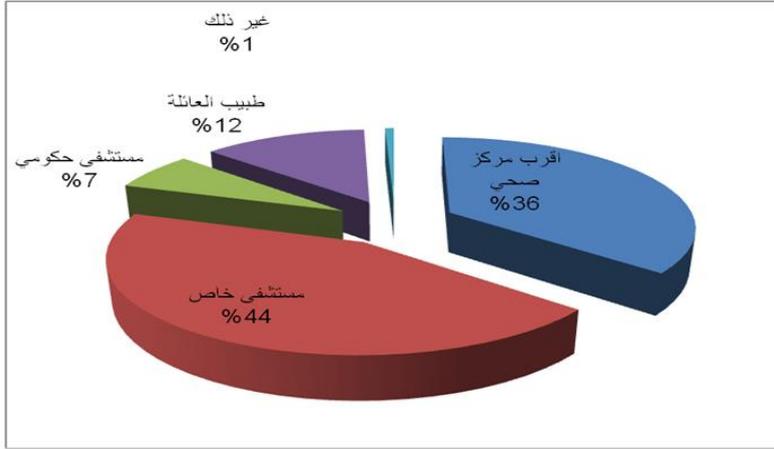
الإجمالي	التصرف بعد التشاور					جهة الضمان الصحي
	غير ذلك	أذهب إلى طبيب في عيادة خاصة	أذهب إلى مستوصف أهلي خيري	أذهب إلى مستوصف حكومي	أقدم للمريض الخدمة المتوفرة في البيت	
100	-	50.0	4.3	4.3	41.3	صندوق الضمان
100	-	66.7	22.2		11.1	تعاونية موظفي
100	8.7	60.9	4.3	-	26.1	الجيش والقوى
100	33.3	33.3	33.3	-	-	صناديق التعاضد
100	-	16.7	-	16.7	66.7	إحدى الجهات
100	2.0	62.7	5.9	5.9	23.5	بدون تأمين
100	2.7	52.7	6.0	5.3	33.3	الإجمالي

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحث.

### 2-3- الحالات الطارئة

حاولت الدراسة في هذا السؤال اختبار توجه السيدات في حال حصول حالة صحية طارئة في الأسرة تستوجب تدخل الطبيب، فكانت الإجابات كما يبين الرسم البياني أدناه؛ يتوجه 44% من المستجوبات إلى مستشفى خاص، بينما أجابت نسبة 36% أنها تتوجه إلى أقرب مركز صحي، بصرف النظر عن تبعية المركز للقطاع الحكومي أو الأهلي أو الخاص، وذلك تحت ضغط الحالة الطارئة، وأجابت نسبة 12.7% أنها تتوجه لطبيب خاص، كما أجابت نسبة 6.7% أنها تتوجه إلى مستشفى حكومي وهي النسبة الأقل، وهذا يعود لضعف ثقة المستجوبات بالقطاع الحكومي.

شكل (3)  
التوزيع النسبي للأسر حسب الجهة الطبية المقصودة عند الطوارئ



ويختلف سلوك ربة الأسرة حسب مكان السكن، إذ تتوجه النسبة الأعلى (50%) من سكان حارة المسلمين إلى أقرب مركز صحي، وتتوجه نسبة 16% إلى المستشفى الحكومي، بينما تتخفف نسبة من يتوجهن إلى المستشفى الحكومي من حارة المسيحيين إلى 2%، ومثلها من حي الرمل، وهذا تبعا للمستوى المعيشي المرتفع تصاعديا في حارة المسلمين، ثم حارة المسيحيين فحي الرمل.

جدول (5)  
الوجهة التي يتم التوجه إليها في حال الطوارئ حسب الحي السكني

مجموع	غير ذلك	طبيب العائلة	مستشفى حكومي	مستشفى خاص	أقرب مركز صحي	
100.0	-	6.0	16.0	28.0	50.0	حارة المسلمين
100.0	2.0	16.0	2.0	42.0	38.0	حارة المسيحيين
100.0		16.0	2.0	62.0	20.0	حي الرمل
100.0	.7	12.7	6.7	44.0	36.0	إجمالي

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحث.

ويؤكد الجدول التالي تفسيرنا هذا حيث نجد أن من هم من أصحاب المداخل المتدنية (دون المليون ليرة لبنانية) يتوجهون إلى المستشفى الحكومي بنسبة 13.3% منهم، بينما تتخفف هذه النسبة إلى 3.4% بين من لم يتجاوز دخل أسرهم الشهري ثلاثة ملايين ليرة لبنانية. كما أن أصحاب المداخل المرتفعة يترددون بنسبة أقل على المراكز الصحية كما يبين الجدول أدناه:

جدول (6)  
الوجهة التي يتم التوجه إليها في حال الطوارئ حسب الدخل الشهري للأسرة

مجموع	غير ذلك	طبيب العائلة	مستشفى حكومي	مستشفى خاص	أقرب مركز صحي	الدخل الشهري الإجمالي للأسرة
100	-	13.3	13.3	30.0	43.3	أقل من مليون ل.ل.
100	1.6	11.5	8.2	32.8	45.9	بين مليون ومليونين
100	-	23.3	3.3	46.7	26.7	بين مليونين و3 ملايين
100	-	3.4	-	79.3	17.2	أكثر من 3 ملايين ل.ل.
100	.7	12.7	6.7	44.0	36.0	إجمالي

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحث.

كما يختلف سلوك ربة الأسرة تبعاً لجهة الضمان الصحي؛ فالمضمونون من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والمنتسبون إلى الجيش والقوى الأمنية وصناديق التعاقد لا يتوجهون إلى المستشفى الحكومي، حيث يستقبل المستشفى الحكومي بعض المضمونين من الجهات الحزبية وتعاونية موظفي الدولة، إضافة إلى بعض الذين لا يتمتعون بأية ضمانات صحية.

جدول (7)  
الوجهة التي يتم التوجه إليها في حال الطوارئ حسب جهة الضمان

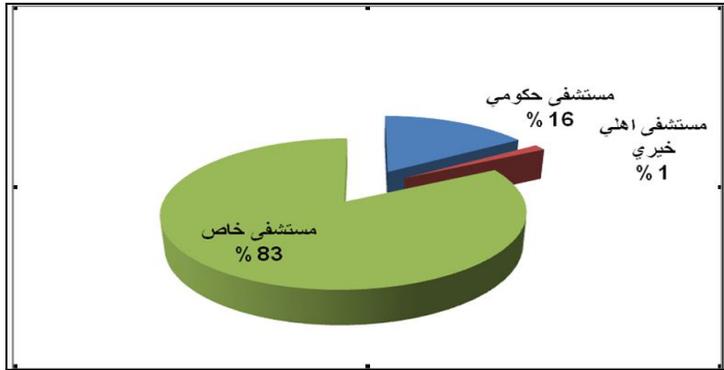
مجموع	غير ذلك	طبيب العائلة	مستشفى حكومي	مستشفى خاص	أقرب مركز صحي	جهة الضمان الصحي
100		8.7		47.8	43.5	صندوق الضمان الاجتماعي
100		22.2	11.1	55.6	11.1	تعاونية موظفي الدولة
100	4.3	21.7		43.5	30.4	الجيش والقوى الأمنية
100		66.7			33.3	صناديق التعاقد الحكومية
100		11.1	27.8	11.1	50.0	إحدى الجهات الحزبية
100		7.8	7.8	52.9	31.4	بدون تأمين
100	.7	12.7	6.7	44.0	36.0	إجمالي

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحث.

## 2-4- الاستشفاء

لمعرفة أفضليات الأسر في اختيار المستشفى عند ما يحتاج أحد أفراد الأسرة إلى الاستشفاء، تم طرح السؤال على ربّات الأسر؛ فكانت الإجابات لصالح المستشفى الخاص بنسبة 82.7%، ثم المستشفى الحكومي بنسبة 16%، والنسبة الضئيلة المتبقية تفضل المستشفى الأهلي الخيري. علماً أن المستشفى الحكومي متوفر بالجوار وكذلك المستشفيات الخاصة، أما المستشفيات الأهلية الخيرية فهي غير متوفرة في المدينة.

شكل (4)  
التوزيع النسبي للأسر حسب المستشفى المفضل للاستشفاء



يظهر من الجدول أدناه أن أهالي حارة المسلمين هم الأكثر إقبالا على المستشفى الحكومي، بنسبة وصلت إلى 38%، وهو الحي الذي سبق أن صنفناه الأقل يسرا بين الأحياء الثلاثة. وهناك نسبة 90% من حارة المسيحيين تتوجه إلى المستشفى الخاص، بينما ترتفع هذه النسبة إلى 98% في حي الرمل. (انظر الجدول أدناه).

جدول (8)  
المستشفى المقصود للاستشفاء من قبل الأسر في صور حسب الحي السكني للأسرة

مجموع	المستشفى المقصود			الحي
	مستشفى خاص	مستشفى أهلي خيري	مستشفى حكومي	
100	60.0	2.0	38.0	حارة المسلمين
100	90.0	2.0	8.0	حارة المسيحيين
100	98.0	-	2.0	حي الرمل
100	82.7	1.3	16.0	إجمالي

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحث.

كما تبين النتائج أن ربات الأسر من المهن الدنيا وتحديدًا العاملات في مجال المهن ذات الطابع الحرفي تتوجه نسبة 43% منهن إلى المستشفيات الحكومية، بينما تتوجه 60% من العاملات والمستخدمات غير الماهرات إلى المستشفى الحكومي، وهذا يؤكد أهمية القطاع العام الصحي في خدمة الفقراء. ويؤكد ذلك مستوى الدخل الشهري للأسرة، حيث تبين أن نسبة 46.7% ممن دخلهم أقل من مليون ل.ل. شهريا يتوجهون إلى المستشفى الحكومي، وتنخفض هذه النسبة إلى 13% في الفئة ذات الدخل الذي يتراوح بين مليون ومليون ل.ل. لتتخفف إلى 3% فقط بين من دخلهم الشهري يزيد عن مليون ل.ل. وبهذا تكون المستشفيات الخاصة لمن تزيد مداخيلهم عن

مليون ل.ل. بنسب تزيد عن 85%، لتصل إلى 93.1% لمن دخلهم الشهري يفوق 3 ملايين ل.ل. كما يبين الجدول (9).

جدول (9)  
المستشفى المقصود عادة حسب الدخل الشهري للأسرة

مجموع	المستشفى المقصود			الدخل الشهري الإجمالي للأسرة
	مستشفى خاص	مستشفى أهلي خيري	مستشفى حكومي	
100	53.3		46.7	أقل من مليون ل.ل.
100	85.2	1.6	13.1	بين مليون ومليونين
100	96.7		3.3	بين مليونين و3 ملايين
100	93.1	3.4	3.4	أكثر من 3 ملايين ل.ل.
100	82.7	1.3	16.0	إجمالي

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحث.

كما يتوجه إلى المستشفيات الحكومية ربع السكان تقريبا الذين لا ضمان صحي لهم، وحوالي 15% ممن لهم ضمان صحي حزبي، وربما يعود الأمر إلى أن الأحزاب تقدم المعايير والطبابة، ولا تقدم الاستشفاء للذين تغطيهم.

وأخير يبين الجدول (10) أن المستوى التعليمي يؤثر على خيارات ربات الأسر في التوجه إلى أي نوع من المستشفيات، حيث تبين أن صاحبات المستوى التعليمي المتدني يتوجهن بنسبة أعلى (29.8%) إلى المستشفيات الحكومية من السيدات ذوات المستوى التعليمي الأعلى سواء الثانوي (14.6%) أو الجامعي (5.5%)، وهذا بتقديرنا لا يعود إلى المستوى التعليمي بعينه كتحصيل علمي ثقافي، بل بمقدار ما يؤشر إلى المستوى المعيشي للأسرة. (انظر الجدول أدناه).

جدول (10)  
توزيع المستجويات حسب المستوى التعليمي والمستشفى المقصود عادة

مجموع	المستشفى المقصود			المستوى التعليمي
	مستشفى خاص	مستشفى أهلي خيري	مستشفى حكومي	
100	68.1	2.1	29.8	متوسط وما دون
100	85.4		14.6	ثانوي
100	92.7	1.8	5.5	جامعي وما فوق
100	82.7	1.3	16.0	إجمالي

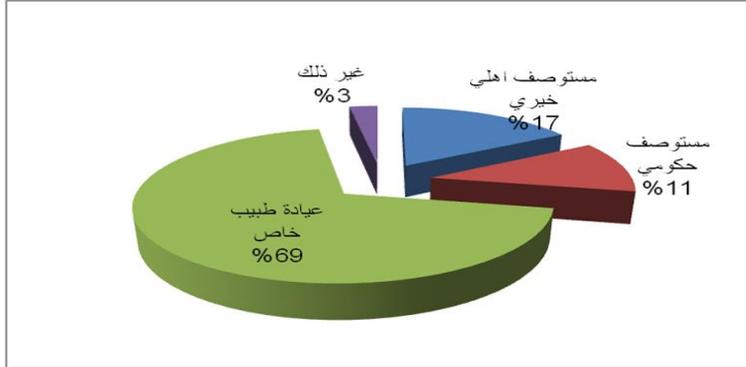
المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحث.

## 2-5- الطبابة

لمعرفة الموقف من المستوصفات الأهلية والحكومية طرحنا على المستجويات سؤالاً عن آخر مركز صحي زاره أحد أفراد الأسرة، وذلك لكي نتعرف على موقف الأسرة وممارستها الصحية حيال المراكز، فتبين أن نسبة 69% من السكان يتوجهون إلى العيادات الخاصة، وهناك نسبة مقلية

(17%) يتوجهون إلى القطاع الأهلي، ونسبة أقل بقليل (11%) يتوجهون إلى المستوصفات والمراكز الحكومية. كما يظهر من الشكل (5).

شكل (5)  
التوزيع النسبي للأسر حسب آخر مركز صحي تمت زيارته



تبدو الفروقات واضحة بين الأحياء لجهة آخر زيارة لمركز صحي تمت زيارته من قبل أحد أفراد الأسرة، إذ أن سكان حارة المسلمين أي الأقل يسرا يرتادون أكثر المستوصفات الخيرية والحكومية من سكان الحيين الآخرين وخاصة حي الرمل الأكثر يسرا. وبالمقابل نجد أعلى نسبة ترتاد العيادات الخاصة من حي الرمل المفترض أنه الأكثر يسرا من الحيين الآخرين وخاصة حارة المسلمين، وبذلك تكون حارة المسيحيين في الوسط لجهة اليسر أو زيارة المراكز الصحية.

جدول (11)  
توزيع الأسر حسب آخر مركز صحي تمت زيارته و الحي السكني للأسرة

مجموع	آخر مركز صحي تمت زيارته				
	غير ذلك	عيادة طبيب خاص	مستوصف حكومي	مستوصف أهلي خيري	
100		44.0	26.0	30.0	حارة المسلمين
100	4.0	78.0	6.0	12.0	حارة المسيحيين
100	4.0	86.0	2.0	8.0	حي الرمل
100	2.7	69.3	11.3	16.7	إجمالي

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحث.

أما لجهة الانتماء المهني لرب الأسرة فإن من يرتاد المستوصفات الأهلية والحكومية هم الفئات المهنية الدنيا، حيث تبلغ نسبة العاملين في مجال المهن ذات الطابع الحرفي التي ترتاد المستوصفات الأهلية 40% والحكومية 10%، كما أن المزارعين والعمال المهرة في الزراعة وصيد الأسماك 36% منهم كانت آخر زيارة لهم لمستوصف أهلي، و 21% لمستوصف حكومي.

مع ارتفاع المستوى المهني في فئة المستخدمين في المجالات المكتبية والمالية والإدارية والاستعلامات، هذه الفئة الأقرب إلى الطبقة الوسطى ترتاد نسبة 13% منها المراكز الصحية الأهلية أو الحكومية.

أما باقي الفئات المهنية؛ فإنه قلما نجد فيها من يرتاد مراكز القطاع الصحي الأهلي أو الحكومي بمن فيهم العسكريون الذين يتوجهون جميعا إلى الطبيب لخاص.

### جدول (12)

توزيع الأسر حسب آخر مستوصف تمت زيارته ومهنة رب الأسرة

المهنة	آخر مستوصف صحي تمت زيارته		
	مستوصف أهلي خيري	مستوصف حكومي	عيادة طبيب خاص
مستخدمون إداريون في المجالات المكتبية والمالية والاستعلامات	7	6	87
المزارعون والعمال المهرة وما شابه في الزراعة وصيد الأسماك	36	21	43
العاملون في مجال المهن ذات الطابع الحرفي	40	10	50
إجمالي	16.7	8.3	73.9

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحث.

وتأكيدا لكل ما ورد: تظهر الأرقام المستقاة عن علاقة الدخل بأخر زيارة مركز صحي، وبشكل واضح أن ذوي الدخل المنخفض هم المستفيدون أولا من خدمات المراكز الصحية الأهلية ثم الحكومية، وكلما ارتفع دخل الأسرة كلما باتت أكثر توجهها نحو الطبيب الخاص. (انظر الجدول أدناه):

### جدول (13)

التوزيع النسبي للأسر حسب الدخل وآخر مركز صحي تمت زيارته

مجموع	آخر مستوصف صحي تمت زيارته				الدخل الشهري الإجمالي للأسرة
	غير ذلك	عيادة طبيب خاص	مستوصف حكومي	مستوصف أهلي خيري	
100.0		46.7	23.3	30.0	أقل من مليون ل.ل.
100.0	1.6	63.9	14.8	19.7	بين مليون ومليونين
100.0	10.0	73.3	3.3	13.3	بين مليونين و3 ملايين
100.0		100.0			أكثر من 3 ملايين ل.ل.
100.0	2.7	69.3	11.3	16.7	إجمالي

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحث.

كما بينت المعطيات الإحصائية أنه عندما يكون في الأسرة شخص ذو إعاقة، تذهب الأسرة إلى المركز الصحي الأهلي بنسبة 50%، ويعود السبب إلى الاهتمام الخاص الذي يوليه القطاع الأهلي بالأشخاص ذوي الإعاقة لجهة تقديم الخدمات النوعية المناسبة لهم.

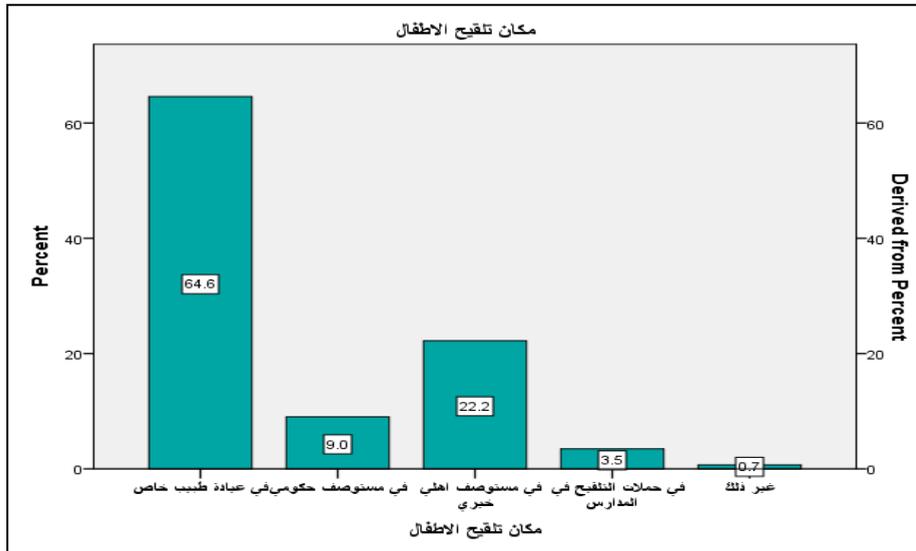
ويستفيد من القطاع الأهلي نسبة 39% من الذين يتمتعون بضمانة صحية لدى الجهات الحزبية، والأرجح أن هؤلاء يترددون على المستوصفات الأهلية التابعة للأحزاب السياسية. كما يتردد 22% منهم إلى المستوصفات الحكومية.

وتتردد نسبة 21.6% من بين من هم بدون تأمين على مستوصفات القطاع الأهلي، ونسبة 13.7% على المستوصفات الحكومية.

## 2-6- تلقيح أطفال الأسرة

يتم تلقيح 64.6% من أطفال الأسرة في عينتنا في العيادات الخاصة للأطباء، وتأتي المستوصفات الأهلية في المرتبة الثانية لاستقبالها 22.2% من الأسر، ثم 9% في المستوصفات الحكومية. والمعروف أن حملات التلقيح وصلت إلى كل المناطق اللبنانية وإلى كل أطفال لبنان بنسب تقارب 99%.

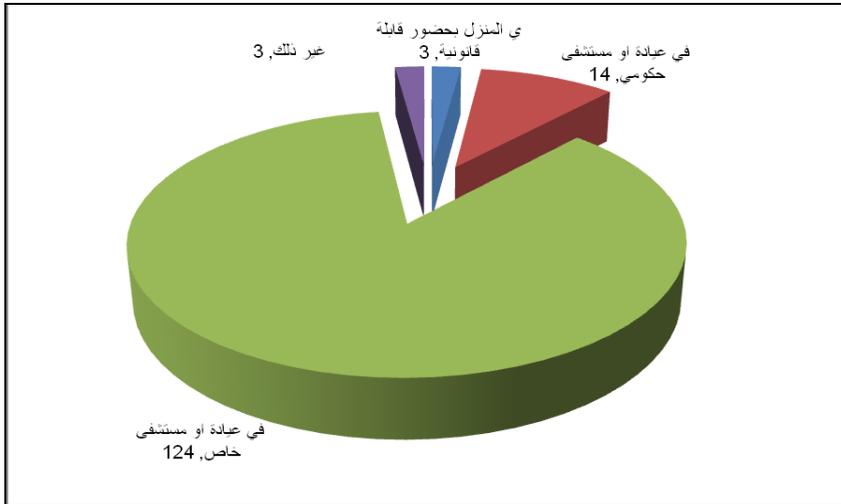
شكل (6)  
توزيع الأسر حسب مكان تلقيح الأطفال



## 2-7- مكان ولادة آخر طفل في الأسرة

من بين 144 طفلا ولدوا في الأسر المعنية بهذه الدراسة تمت ولادة 124 منهم في دار ولادة أو مستشفى خاص، إي ما يشكل نسبة 86% من المواليد، و 14 منهم ولدوا في مستشفى حكومي إي ما يشكل نسبة 10% تقريبا من المواليد، و 3 أولاد في المنزل بحضور قابلة قانونية. وهذا يعني أن الولادات باتت أكثر أمانا لأنها تتم بحضور قابلة قانونية على الأقل إن لم يكن على يد طبيب اختصاصي. والجدير بالذكر أن من بين المواليد من تجاوز الرابعة عشرة من العمر، إذن تشمل عينة الولادات من ولدوا حتى قبل العام 2000، ونستنتج من ذلك أن التقدم حصل منذ عشرين سنة على الأقل في مجال العناية بالأم الحامل والموليد الجدد.

شكل (7)  
مكان ولادة آخر طفل في الأسرة



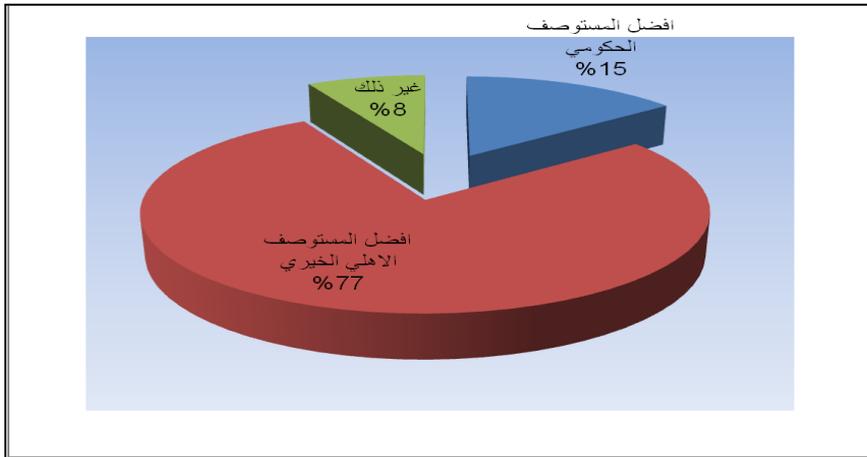
## 2-8- الأفضليات الطبية في مجتمع الدراسة

عندما سألنا المستجوبات عن الجهة الطبية التي يتوجهن إليها، في حال كان الاستشفاء أو المعاينة بالمجان؛ فكانت الإجابة قاطعة لدى 99% من المستجوبين أنهم سيتوجهون إلى المستشفيات الخاصة للاستشفاء، وإلى العيادات الخاصة للطبابة. لم يكن الأمر مفاجئاً لنا لأن الانطباع السائد في كل المجتمع اللبناني هو أن القطاع الصحي الخاص هو أفضل بما لا يقاس من القطاعين الأهلي والحكومي، حتى ولو كان الطبيب نفسه يقدم الخدمة، فان تقدير التجهيزات المتوفرة وآداء الطواقم الطبية بين الخاص وكل من الأهلي والحكومي يميل بشكل قاطع لصالح القطاع الخاص.

## 2-9- المستوصف المفضل

بين القطاع الأهلي والقطاع الخاص كانت إذن خيارات المستجوبات قاطعة، ولكن أردنا أن نتعرف إلى الفارق في النظرة بين القطاعين الأهلي والحكومي، لذا طرحنا السؤال على المستجوبات في حال اضطررن للاختيار بين مستوصف حكومي أو مستوصف أهلي فكانت الإجابات لصالح المستوصف الأهلي بنسبة 77%، بينما بلغت نسبة الذين اختاروا المستوصف الحكومي 15% فقط. أما النسبة المتبقية البالغة 8% فقد رفضت الإجابة لانحيازها الدائم إلى خيار ثالث، والبعض لأنه لم يكن يعرف أيهما أفضل: المستوصف الأهلي أم المستوصف الحكومي. وفي مطلق الأحوال يبدو أن الثقة أعلى بكثير بمؤسسات القطاع الأهلي الصحية قياساً على المؤسسات الصحية الحكومية.

شكل (8)  
نوع المستوصف المفضل

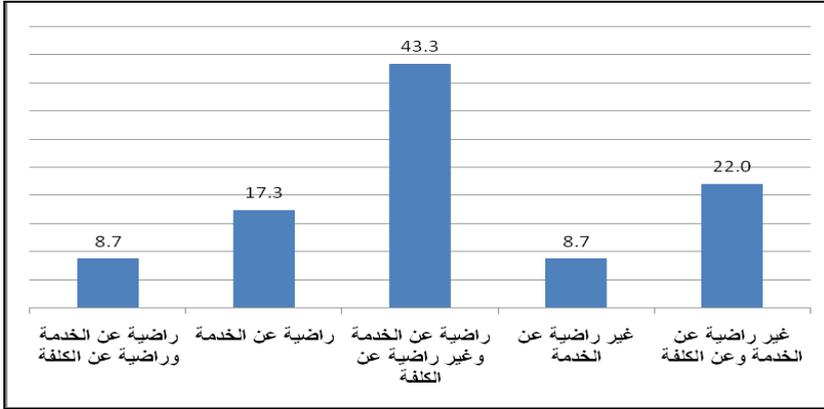


## 2-10- الرضا عن الخدمات المقدمة

بيّنت الأرقام التي تم الحصول عليها أن نسبة 74% من السيدات المستجوبات غير راضيات عن الخدمة الصحية كنوعية خدمة، بصرف النظر عن الكلفة، وبلغت نسبة غير الراضيات منهن 69.3%، وعدم الرضا هذا ناتج إما عن نوعية الخدمة أو كلفتها، أو عن الاثنين معاً. ويظهر من الشكل (9) أن على طرفي الرضا وعدم الرضا هنالك نسبة 22% غير راضيات عن الخدمة وعن الكلفة في آن واحد، وبالمقابل هنالك نسبة 8.7% راضية عن الخدمة وعن الكلفة في آن واحد.

والأكثر تعبيراً نسبة اللواتي عبّرن عن رضاهن عن الخدمة وعدم رضاهن عن الكلفة، إذ بلغت هذه النسبة 43.3% وهي الأعلى كما يظهر من الشكل (9).

شكل (9)  
رضى المستجوبات عن الخدمة الصحية (%)



### III- الخلاصة

أظهرت البيانات التي تم الحصول عليها من الدراسة الميدانية ارتباط خيارات السكان الصحية في المدينة بعدة متغيرات أثرت بشكل مباشر أو غير مباشر على سلوكهم تجاه التعامل مع المؤسسات الصحية في مدينة صور وجوارها. وقد توزعت هذه المتغيرات على المستويات الآتية:

- **مستوى الفوارق بين سكان الأحياء:** إن سكان مدينة صور وإن كانوا يشكلون وحدة اجتماعية، فإن فروقات واضحة في مستوى المعيشة تبدو بين الأحياء. فخلافا للمدينة القديمة يبدو حي الرمل الحديث نسبيا يضم العائلات الشابة، وريات الأسر تعليما وثقافة صحية. وهذا ما يتوافق مع الفرضية السادسة التي انطلقت من دور الحي في تحديد سلوك الأفراد في خياراتهم للحصول على الخدمات الصحية عند الحاجة إليها.

- **على مستوى الدخل:** يتأثر السلوك الصحي لريات الأسر بشكل مباشر بمستوى دخل الأسرة، فالأسر الميسورة أو تلك التي تتمتع بتغطية صحية من إحدى الجهات، تتوجه عند الضرورة إلى الطبيب الخاص أو المستشفى الخاص، بينما تتوجه الأسر الأقل يسرا إلى الصيدلية أو تعتمد إلى التداوي بالأعشاب أو الأدوية البسيطة المتوفرة في المنزل. وعند الضرورة القصوى تتوجه إلى المراكز الصحية الأهلية أو المستشفى الحكومي. فالسلوك الصحي لرية الأسرة يرتبط إلى حد بعيد بالحالة الاقتصادية والضمان الصحي، سواء بالنسبة للطبابة أو الاستشفاء. وهذا يتوافق مع الفرضية الأولى حول دور الوضع الاقتصادي للأسرة في تحديد خياراتها وسلوكها من الطلب على الخدمات الصحية. ويترجم هذا السلوك عمليا بتلقيح الأطفال في العيادات الخاصة، كما أن عمليات الولادة باتت تتم بحضور قابلة قانونية في المنزل، أو في العيادات والمستشفيات الخاصة. وبتنا نرى قليلا جدا من الولادات تتم دون إشراف طبي قانوني.

- **على مستوى اختيار المؤسسة الصحية:** لقد أوضحت الدراسة الميدانية حول آراء ربات الأسر بالموضوع الصحي، أنهن إذا خيّرن لعلاج مجاني، فإنهن يخرن بالدرجة الأولى القطاع الخاص سواء كمستشفيات أو عيادات طبية، أما إذا خيّرن بين المستوصفات والمستشفيات الحكومية والأهلية فإنهن يخرن القطاع الأهلي بحيث يعتبرن أن خدماته تبقى أفضل من الخدمات الحكومية. وبهذا فإن الدراسة بينت ترتيباً تنازلياً للأفضليات في مجال الصحة: القطاع الخاص أولاً، ثم القطاع الأهلي ثم يأتي في المرتبة الأخيرة القطاع الحكومي. وهذا ما ينسجم مع الفرضية الثانية حول الدور الذي تلعبه الثقة في المراكز الاستشفائية في تحديد الخيارات الصحية. إذ أن التفاوت في الإقبال على القطاعات المختلفة يعكس السياسة العامة المعتمدة في البلاد لجهة تعزيز القطاع الخاص على حساب القطاع الحكومي الذي أهمل من قبل السلطة الحاكمة.

## - المراجع

### - المراجع باللغة العربية

- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ملامح التنمية البشرية المستدامة في لبنان، بيروت، 1997،
- وزارة الشؤون الاجتماعية، إدارة الإحصاء المركزي، البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، الدراسة الوطنية لأحوال المعيشية للأسر 2007، بيروت، 2008.
- رحال، معضاد، تشريعات العمل والحماية الاجتماعية بين قانوني العمل والضمان الاجتماعي، دار العلوم العربية، بيروت، 2007، .
- منظمة الصحة العالمية، الصحة النفسية، تعزيز استجابتنا، صحيفة وقائع رقم 220، أيلول 2010.
- النجدة الشعبية اللبنانية، الأوضاع الصحية في لبنان، مؤسسة البحوث والاستشارات، بيروت، 1984.
- بهيج، عريبي، الصحة واقع وحلول نحو ترشيد الإنفاق الصحي وتصحيح لمسار السياسة الصحية، دار الفكر العربي، بيروت، 2000،
- شبيب دياب، قضاء صور، دراسة مونوغرافية، منشورات وزارة الشؤون الاجتماعية - معهد العلوم الاجتماعية، بيروت، 1999.

## انعكاسات الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية على صحة الطفل في الجزائر.

فاطمة الزهراء سي الطيب<sup>1</sup>

### - مستخلص

شهد المستوى الصحي للأطفال في الجزائر تحسنا ملحوظا، وعلى الرغم من أن معظم الأطفال بغض النظر عن خلفياتهم قد استفادوا من هذا التحسن، خاصة بعد تكثيف البرامج الصحية التي ركزت بالدرجة الأولى على توفير التطعيم و تعميمه، إلا انه مازالت هناك تباينات واضحة في احتمالات البقاء على قيد الحياة، فالأطفال في الريف، وأطفال السيدات الأقل تعليما، والأطفال المنتمين لأسر فقيرة يتعرضون للاعتلال والوفاة بدرجة اكبر من أطفال الحضر، وأطفال السيدات الأكثر تعليما، والأطفال المنتمين لأسر ميسورة الحال. وهو ما يؤكد تأثير العوامل الاجتماعية (المستوى التعليمي للأم، مكان الإقامة) والعوامل الاقتصادية (حجم الأسرة، الوضعية المهنية للوالدين، خصائص المسكن)، وكذا العوامل الديموغرافية كمكان إقامة الأم ورتبة الطفل ونوع الولادة على ظاهرة وفيات الأطفال، لتصبح حياة الطفل في الجزائر مرتبطة بمدى ايجابية هذه العوامل أو سلبيتها.

وعلى الرغم من أهمية معرفة نسب ومعدلات وفيات الأطفال في الجزائر إلا انه من الضروري تفسير تلك التباينات والاختلافات الواضحة في المستوى من خلال إبراز أهم العوامل المؤثرة، حتى تكون عملية وضع سياسات وبرامج صحية موجهة لمكافحة وفيات الأطفال قائمة على أسس صحيحة تأتي بالنتائج المرجوة في المستقبل.

**الكلمات المفتاحية:** وفيات الأطفال، الاعتلال، الأمراض، التلقيح، وفيات حديثي الولادة، البيئة الصحية، الرعاية الصحية، التغطية الصحية، التغذية، السياسات الصحية.

<sup>1</sup> أستاذة محاضرة بقسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة الجزائر2، sitayebfz@yahoo.fr

**I - مقدمة**

تلقى دراسة وفيات الأطفال أهمية خاصة في الحديث عن الوفيات في أي مجتمع، حيث ترتفع المعدلات في هذه المرحلة ارتفاعا ملموسا لتشكّل أكبر نسبة من إجمالي الوفيات، فربح هذه الأخيرة يحدث خلال السنة الأولى من العمر.

من المعروف أن فئة الأطفال دون الخامسة تعد من أكثر الفئات العمرية تعرضا للأمراض وأقل مقاومة للأمراض المعدية، كما إن لصحة الأطفال ووفاتهم علاقة وثيقة بمستويات النمو الاقتصادي والتغير الاجتماعي وما يرتبط بذلك من مستويات الفقر، لهذا السبب اعتبرت معدلات وفيات الأطفال أحد المعايير الأساسية لتحديد درجة التقدم الاقتصادي والاجتماعي للدول والمجتمعات، وهي في نفس الوقت المقياس الأمثل لقياس مدى نجاح البرامج والسياسات الصحية.

لقد شهد العالم في العصر الحديث هبوطا كبيرا في مستوى الوفيات بشكل عام ووفيات الأطفال على وجه الخصوص، حيث باتت الدول المتقدمة تسجل أقل المعدلات، في حين لا تزال المعدلات مرتفعة في الدول النامية بما فيها الجزائر، هذه الأخيرة التي كثفت منذ الاستقلال من البرامج والسياسات الصحية من أجل مكافحة هذه الظاهرة وتقليص معدلاتها سعيا منها لبلوغ مستويات الدول المتقدمة.

وبالفعل عرفت وفيات الأطفال في الجزائر هبوطا تدريجيا، وسجلت في السنوات الأخيرة معدلات منخفضة ولكن لا تزال بعيدة عن المستويات المسجلة في الدول الأوروبية، الشيء الذي أثار فضولنا وجعلنا نركز اهتمامنا على الأسباب والعوامل التي حالت دون ذلك.

**1-1 - مشكلة الدراسة**

لقد كان وما زال ملف الصحة من أولويات الدولة الجزائرية منذ الاستقلال، هذا ما يجسده الدستور في مادته 61 والتي تنص على "أن جميع السكان لهم الحق في حماية صحتهم، وتضمن الدولة في هذا الإطار الوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستوطنة".

كان على أثر هذا انتهاج واعتماد برامج وطنية مكثفة للرفي بصحة السكان عموما والأطفال على وجه الخصوص، انطلاقا من تطبيق مبدأ مجانية العلاج، وتعميم عملية التطعيم للقضاء على مختلف الأمراض الوبائية، وكذا المصادقة على كل الاتفاقيات والمواثيق التي تنص على ضرورة

حماية صحة الأم والطفل، والبداية كانت مع اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل سنة 1980، والميثاق الإفريقي لحقوق الطفل ورفاهيته خلال نفس السنة.

بالفعل كان للبرامج الوقائية والسياسات الصحية المنتهجة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا انعكاسا طيبا على صحة السكان وفئة الأطفال الأقل من 5 سنوات بالدرجة الأولى، الشيء الذي يبرزه بوضوح تطور معدل وفيات الأطفال الذي عرف انخفاضا تدريجي منذ الاستقلال، فبعدها كان يقدر ب 142% سنة 1970 انخفض إلى 84.7% سنة 1980 ليصل إلى 46.8% سنة 1990، يتواصل هذا الانخفاض لنسجل سنة 2008 معدل يقدر بحوالي 25.5%، ليبلغ 22.0% سنة 2014، (ONS, 2014, p.3).

يعود هذا الانخفاض عموما إلى تحسن الشروط العامة للعيش من جهة، وإلى فاعلية البرامج والسياسات الصحية التي تم وضعها حيز التنفيذ لمكافحة وفيات الأطفال من جهة أخرى، ويأتي برنامج تعميم التلقيح في المرتبة الأولى، وهو ما يؤكد معدل التغطية الذي قدر بحوالي 83% بالنسبة لكل التلقيحات المسجل سنة 2012، مع الإشارة إلى وجود تباينات حسب الإقامة، المستوى التعليمي للأمم.

وتجدر الإشارة إلى أن الوفيات في السنوات الأولى من العمر تشكل دائما موضوع انشغال الصحة العمومية، وعقبة أمام أي تنمية مستقبلية، لهذا السبب أصبحت كل المجهودات موجهة للتقليل من هذا النوع من الوفيات، خاصة و إنها لا تزال تسجل معدلات معتبرة، فالملاحظ أن معظم وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات تحدث في السنة الأولى من العمر (89%)، من بين هؤلاء 73% تحدث في الشهر الأول.

من جهة أخرى، لا يزال مستوى وفيات الأطفال يعرف تباينات و اختلافات بين المناطق، بحيث يقدر معدل وفيات الأطفال بحوالي 14% في المناطق الشمالية الوسطى مقابل 32% في المناطق الجنوبية. وهو أيضا مرتفع في المناطق الريفية 25% عنه في المناطق الحضرية 19% (Ministère de la Santé et de la Population, 2015, p.20).

ونظرا لبقاء وفيات حديثي الولادة (0-28 يوم) تمثل أكبر حصة من وفيات الأطفال، فقد كثفت الجزائر من البرامج والسياسات الصحية لمكافحة هذا المشكل والتقليل من حدته، والموجهة في الأساس للارتقاء بصحة الأم والطفل في آن واحد، نظرا للارتباط القوي الذي بينهما. وكانت

البداية سنة 2005، حيث تم تطبيق برنامج وطني لمكافحة وفيات ما حول الولادة، من أهدافه الأولية تقليص هذه الأخيرة إلى 30% ووفيات الأمهات إلى 50%.

صحيح أن ظاهرة اعتلال وموت الأطفال ظاهرة بيولوجية لكن للعوامل الاجتماعية والاقتصادية دورا مهما في ارتفاع وانخفاض مستوياتها واتجاهاتها، كما لا ننسى تأثير المتغيرات الديموغرافية (رتبة الطفل، سن الإنجاب، ...، وغيرها)، خاصة على تلبية حاجيات الطفل الصحية.

وتحاول هذه الدراسة الإجابة على التساؤلات التالية:

- لماذا لا تزال نسبة وفيات الأطفال مرتفعة رغم التطور الصحي الذي شهدته الجزائر منذ الاستقلال؟
- ما مدى تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية وكذا الديموغرافية على مستوى وفيات الأطفال في الجزائر؟.

### 1-2- الهدف من الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على الوضع الصحي للأطفال من خلال إبراز مستويات وفيات الأطفال الذي بلغته الجزائر بعد تطبيق جملة من البرامج الصحية منذ الاستقلال، وكذا دراسة التباينات والاختلافات التي تعكس مظاهر عدم المساواة في الظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحية بين الأسر، مما يساعد على معرفة البيئة الداعمة لتحسين المستوى الصحي وبالتالي التقليل من وفيات الأطفال، ويبرز الفئات الأكثر حاجة للبرامج الصحية.

### 1-3- مصدر البيانات

اعتمدت هذه الدراسة على نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة لعام 2002، الذي تم تنفيذه من قبل الدولة الجزائرية ممثلة بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة تحت إشراف جامعة الدول العربية، تم الاعتماد في هذا المسح على خمس (5) استبيانات هي استبيان الأسرة المعيشية، واستبيان الصحة الإنجابية، واستبيان كبار السن واستبيان الشباب، واستبيان السيدات بعد سن الإنجاب، وهي مجموعة الاستبيانات المقترحة من قبل المشروع.

استعمل أثناء هذا المسح طريقة المعاينة المتعددة المراحل، وبلغ حجم العينة حوالي 10000 أسرة موزعة عبر التراب الوطني، وتتوسع إلى 20000 أسرة لدراسة وفيات الأطفال.

## II- العوامل الديموغرافية المؤثرة على وفيات الأطفال

تعتبر العوامل الديموغرافية أكثر عن سلوكيات ومواقف الأمهات اتجاه الإنجاب، وهي عوامل لها تأثير، بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، ومن خلال ارتباطها بعوامل أخرى، على اعتلال وفيات الأطفال.

ويركز هذا الجزء من الدراسة على ثلاثة متغيرات أساسية بينت عدة دراسات لاسيما المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002 مدى تأثيرها على مستوى وفيات الأطفال، وهي: رتبة الطفل، سن الأم، بالإضافة إلى نوع الولادة.

### 2-1- رتبة المولود

تعد رتبة الولادة من المحددات المتسببة في وفاة الأطفال، خاصة حديثي الولادة، فغالبا ما يلاحظ معدلات وفيات الأطفال مرتفعة بالنسبة للرتبة الأولى، وهو ما يرتبط بشكل مباشر بقلة تجربة الأم التي تكون في بداية حياتها الإنجابية، كما يمكن أن يكون لذلك علاقة بولادة قبل الأوان أو بالوزن الضعيف للمولود.

ولكن أظهرت نتائج المسح أن معدل وفيات الأطفال يرتفع كلما كانت رتبة الولادة متأخرة ليقدر بحوالي 37% في حالة الولادة الأولى، ليرتفع تدريجيا بارتفاع رتبة المولود ليصل إلى 49% في حالة الولادة في الرتبة الخامسة أو أعلى، و يبرز هذا الفرق بشكل واضح بين المواليد الذكور، حيث بلغ المعدل حوالي 55% في حالة الرتبة الخامسة وأعلى مقابل 37.2% عند الرتبة الأولى. (Ministère de la santé et de la population et la réforme hospitalière, vol 1, 2005, p.31).

كما تراجع، من جهة أخرى، تأثير عامل قلة تجربة الأم وعدم اكتسابها للمعارف المرتبطة بالرعاية الصحية للطفل بسبب ارتفاع المستوى التعليمي عند النساء المتزوجات في سن متأخر، في حين يبقى عدد مرات الولادة وكذا المدة الفاصلة بين المواليد هو ما يفسر بوضوح سبب ارتفاع معدلات وفيات الأطفال بالنسبة للرتب المتأخرة.

وهو ما يظهر جليا من خلال نتائج المسح حيث تبين بالفعل أن للفترة ما بين ولادتين تأثير على مستوى وفيات الأطفال، بحيث قدر معدل وفيات الرضع عندما تكون هذه المدة أقل من سنتين بضعف ما هو عليه عندما تكون 4 سنوات وأكثر، أي 51.2% و 25.8% على التوالي.

جدول (01)  
وفيات الأطفال حسب الجنس ورتبة الولادة.

الرتبة	1	2	3	4	5 أكثر
الذكور %	37.2	41.5	43.3	48.3	54.8
الإناث %	37.5	33.7	29.4	29.3	42.7
إجمالي %	37.3	37.7	36.2	38.8	49.0

المصدر: جامعة الدول العربية، وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، جويلية 2004، ص 32.

## 2-2- سن الأم عند الإنجاب

من المعروف أن الإنجاب بالنسبة للمرأة في سن متأخر يشكل خطرا على صحتها وحياتها، كما يمثل أحد الأسباب الرئيسية لاعتلال ووفاة طفلها، فالأمراض والمشاكل الصحية تظهر بتقدم المرأة في السن، خاصة إذا ما حملت عدة مرات، فمع كل حمل وولادة تضعف قدرتها الجسدية.

وقد يكون الحمل في سن متأخر هو السبب في ظهور عدة مشاكل صحية كمرض القلب وضغط الدم وغيرها، وتزيد الولادة من حدة هذه المشاكل وتعقيدها، لاسيما إذا تمت هذه الأخيرة في ظروف صحية سيئة.

من جهة أخرى، يحتمل أن تنجب المرأة التي تتجاوز 35 سنة من العمر أطفالا مصابين بمرض التثلث الصبغي 21 أو أمراض أخرى ترفع احتمال وفاتهم قبل عيد ميلادهم الأول.

كما تتعرض بدورها المرأة التي تنجب في سن مبكر، أي قبل 20 سنة، لاحتمال ولادة أطفال قبل الأوان أو بأوزان ضعيفة مما يجعلهم معرضين لخطر الوفاة.

وتؤكد نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة هذه الحقيقة، بحيث تبين أن أخطار الوفاة تكون كبيرة خاصة بالنسبة للأمهات البالغات اقل من 20 سنة من العمر، فمستوى وفيات الأطفال يرتفع عند هؤلاء ليبلغ حوالي 78% مقابل 30.3% بالنسبة للفئة العمرية 30-34 سنة، و36.7% بالنسبة لفئة 20-24 سنة.

ونفس الملاحظة تسجل بالنسبة للأمهات اللواتي أنجبن وعمرهن تجاوز 35 سنة، حيث بلغ معدل وفيات الأطفال 43.4%.

والجدير بالذكر، وحسب نتائج جدول 02، فإن مستوى وفيات الأطفال أكبر عند الإناث بالنسبة للأمهات الصغيرات في السن، أقل من 20 سنة، حيث بلغ المعدل حوالي 90% مقابل 67% عند الذكور. في حين سجلت معدلات منخفضة لوفيات الإناث بالنسبة للفئات العمرية الأخرى.

ربما تعبر هذه النتائج عن نوع من التفريق بين الذكور والإناث من حيث العناية والاهتمام، فغالبا ما يرغب الأزواج أن يكون طفلهم الأول ذكرا، كما يمكن إرجاع سبب ذلك إلى قلة تجربة الأم الصغيرة في السن عند الإنجاب الأول (Ibid, p.30).

### جدول (02)

#### وفيات الأطفال حسب الجنس و سن الأم عند الإنجاب

السن الجنس	أقل من 20 سنة	24-20	29-25	34-30	35 سنة فأكثر
ذكور %	66.7	40.7	51.9	32.8	48.3
إناث %	89.7	32.7	34	27.7	38
إجمالي %	77.7	36.7	43.1	30.3	43.4

المصدر: جامعة الدول العربية، وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، جويلية 2004، ص 29.

### 2-3- نوع الولادة

تبين نتائج المسح أن الأطفال التوائم معرضين بأكثر من 6 مرات لخطر الوفاة من المولودين من حمل مفردة. ذلك لأن الحمل المتعددة يتولد عنها في الغالب أطفال بأوزان صغيرة تكون معرضة بشكل كبير للوفاة.

ونظرا لمحدودية الإمكانيات المخصصة للعناية بهذه الفئة سواء على مستوى المستشفيات أو المراكز الصحية في الدول النامية مثل الجزائر، تبقى هذه الحالات هي الأكثر تعرضا للوفاة.

وتبرز نتائج الجدول (03) بشكل واضح هذه الحقيقة، بحيث يظهر فرق شاسع في مستوى وفيات الأطفال حسب نوع الولادة، فقد بلغ المعدل 204.4% بالنسبة للتوائم مقابل 34.9% بالنسبة للحمول المفردة.

ويشتد هذا التباين حسب جنس الطفل، بحيث قدر معدل وفيات الأطفال الذكور بالنسبة للتوائم حوالي 255.7% مقابل 157.1% وفيات بين الإناث.

**جدول (03)**  
**وفيات الأطفال حسب الجنس ونوع الولادة**

إجمالي %	إناث %	ذكور %	الجنس
			نوع الولادة
34.9	31.0	38.5	مفردة
204.4	157.1	255.7	توائم

المصدر: جامعة الدول العربية، وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، جويلية 2004، ص 33.

### III- العوامل الاجتماعية المؤثرة على وفيات الأطفال

تعد العوامل الاجتماعية، لاسيما مكان إقامة الوالدين (الريف/ الحضر)، ومستواهم التعليمي، وعلى وجه الخصوص المستوى التعليمي للأم، من العوامل الأساسية في تحديد الوضعية الصحية للأطفال، وتؤثر بشكل واضح في مدى بقاء هؤلاء على قيد الحياة.

حين نتكلم عن تأثير وسط الإقامة على وفيات الأطفال، فهذا يعني انه كلما كانت الأسر تقطن في المناطق الحضرية كلما كانت سهولة الوصول إلى المرافق الصحية المتوفرة بشكل كبير في هذه المناطق.

كما يلعب المستوى التعليمي للوالدين، وبشكل بارز المستوى التعليمي للام، دور أساسي في التقليل من اعتلال وفيات الأطفال، فالتعليم هو أحسن وسيلة لرفع المستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي للفرد، لاسيما للمرأة، نظرا للدور الذي تلعبه داخل الأسرة.

فالأمية والزواج المبكر يحولان دون تطور المرأة، في هذه الحالة سيكون أفضل مصدر بالنسبة لها لاكتساب المعارف والتجربة المرتبطة بتربية الأطفال والاعتناء بصحتهم هي الأساليب التقليدية المتداولة من قبل نساء العائلة المسنات كوالدة، والحماة... وغيرهن.

### 3-1- المستوى التعليمي للوالدين

يمثل التعليم عاملا فعالا في مكافحة اعتلال ووفيات الأطفال، خاصة حديثي الولادة، فهو الوسيلة الفعالة لمواجهة الفقر وتأهيل المرأة وتقوية مكانتها في اخذ القرارات داخل الأسرة.

فالأزواج المتعلمين مهئين أكثر لاكتساب معارف صحيحة وإتباع طرق سليمة لضمان صحة جيدة لأبنائهم. فالتعليم هو عامل ضروري وأساسي يدفع بالآباء إلى اكتساب سلوكيات أولية تسمح بالوقاية من الأمراض واللجوء في حالة إصابة الأطفال إلى الأساليب الطبية الحديثة.

لقد أظهرت نتائج المسح أن المستوى التعليمي للأب بإمكانه أن يلعب دور جوهري لمواجهة وفيات الأطفال والتقليل منها، بحيث تبين أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأب انخفض معدل وفيات الأطفال ليلعب 25.6% بالنسبة لذوي المستوى الثانوي وأعلى، مقابل 48.4% بالنسبة للأمية.

(Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, vol 1, 2005).

ولكن عندما تم الربط بين المستوى التعليمي للأب والمستوى التعليمي للأم، اتضح التأثير البالغ لهذا الأخير على مستوى وفيات الأطفال، مما يعني أن المستوى التعليمي للأم يبقى هو العامل الحاسم والفعال في ارتفاع أو انخفاض وفيات الأطفال، ذلك نظرا لطبيعة العلاقة والاتصال الوجود والدائم بين الأم وطفلها.

### جدول (04)

وفيات الأطفال حسب المستوى التعليمي للوالدين.

ثانوي و أكثر %	متوسط %	ابتدائي %	أمي %	الأب	
				أمي	الأب
(17.7)	33.1	52.8	52.1	أمي	
21.0	21.5	45.7	33.9	ابتدائي	
27.0	33.9	36.0	28.3	متوسط	
25.2	(14.3)	(17.2)	(20.0)	ثانوي و أكثر	
المعدلات بين قوسين تأخذ بتحفظ عدد الوفيات الملاحظ منخفض جدا.					

المصدر:

Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, Enquête Algérienne sur la santé de la famille, analyses approfondies, vol 1, 2005, p.25

في نفس السياق، تبرز من خلال نتائج المسح حول صحة الأسرة مدى العلاقة بين مستويات الوفيات والمستوى التعليمي للام، حيث أن هذا المستوى ينخفض مع ارتفاع المستوى التعليمي للام، فأطفال الأمهات اللواتي لديهن أعلى مستوى دراسي يتمتعون بفرص أكبر للبقاء على قيد الحياة خلال السنة الأولى من العمر، وهو ما يتضح من خلال المعدلات المسجلة أثناء المسح، حيث تبين أنه من 40 وفيات رضيع لكل 1000 ولادة عند الأمهات الأميات ينخفض هذا المعدل إلى 12 وفاة لكل 1000 ولادة عند الأمهات ذوات المستوى الثانوي أو أعلى.

ونفس الملاحظة نسجلها بالنسبة لوفيات الأطفال دون الخامسة من العمر، حيث إن احتمال وفاة أطفال النساء الأميات يمثل أربع أضعاف الاحتمال المسجل بالنسبة لأطفال النساء ذوات المستوى الثانوي فما فوق.

وبالتالي، يبدو أن المستوى التعليمي، للام على وجه الخصوص، له تأثير قوي على مستوى وفيات الأطفال، ويرجع ذلك إلى أن الأمهات اللواتي حصلن على التعليم هن أكثر إقبالا على تحصين أطفالهن ضد الأمراض وأكثر إماما بالأعراض المرضية التي تصيب الطفل والتي تستدعي نقله إلى المراكز العلاجية.

#### جدول (05) معدلات وفيات حديثي الولادة و الرضع والأطفال حسب خلفية الأم

وفيات الأطفال (0-5 سنوات) %	وفيات ما بعد (28-365 يوم) %	وفيات حديثي (0-27 يوم) %	وفيات الرضع (1-0 سنة) %	الوفيات خلفية الأم
المستوى التعليمي للام				
46.7	7.1	23.3	39.9	أمية
33.4	4.5	18.0	29.1	تقرأ وتكتب
30.6	3.4	17.4	27.3	إبتدائي
29.2	3.7	18.9	25.6	متوسط
11.8	0.0	9.4	11.8	ثانوي وأكثر
سن الأم				
50.7	5.0	29.1	45.9	أقل من 20 سنة
36.3	5.8	19.4	30.6	20 – 29
33.8	4.0	16.5	29.9	30 – 34
46.1	6.1	25.6	40.2	35 – 49
38.3	5.4	20.3	33.1	إجمالي

المصدر: جامعة الدول العربية، وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، جويلية 2004، ص46.

وهو ما يؤكد J.CALDWELL الذي يرى أن تعليم المرأة يلعب دور أساسي في التقليل من وفيات الأطفال، لأنه العامل الذي يسمح بالانفصال عن كل التابوهات التغذوية وكل السلوكيات

الصحية التقليدية، كما أنه يسمح بإحداث توازن داخل الأسرة، من خلال تقوية مكانة الأم في محيطها الأسري وتمكينها من اخذ القرارات المهمة، لاسيما ما يتعلق بصحة أطفالها (FAZOUANE. A, 2001, p84).

### 3-2- سن الأم

أما بالنسبة لمتغير سن الأم فمن المعروف انه ذو علاقة بصحتها الإنجابية وقدرتها على الحمل وإبقائه في صحة جيدة، وبالتالي حماية الولادة من الوفاة.

كما اتضح أن وفيات الأطفال تقل عندما يكون سن الأم ما بين 20 و34 سنة، حيث يقارب المعدل 30%، ويرتفع قبل هذا السن وبعده إلى ما يفوق 40% وهذا يعني أنه كلما كانت الأم صغيرة في السن كلما كانت تجربتها وخبرتها في مواجهة اعتلال الأطفال بسيطة، إن لم نقل منعدمة، ومعارفها المرتبطة بالرعاية الصحية محدودة، نظرا للمستوى التعليمي الذي بلغته إذ غالبا ما تتخلى هذه الأخيرة عن الدراسة في وقت مبكر من أجل الزواج.

من جهة أخرى، قد لا يرجع ارتفاع معدلات وفيات الأطفال عند النساء الأكبر سنا إلى قلة تجربتهن في هذا المجال، بقدر ما يرتبط بمستواهن التعليمي، خاصة إذا ما تزوجن في سن مبكر، الشيء الذي لم يسمح لهن بمتابعة دراستهن وبلوغ المستويات العالية، بالإضافة إلى عدد الأطفال الذي أنجبته، خاصة إذا كان الحجم كبير والمدة الفاصلة بين الولادات قصيرة.

### 3-3- مكان الإقامة

أكدت نتائج المسح أن الانخفاض الذي يشهده معدل وفيات الرضع في الجزائر، بلغ خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح 31.2%.

ويبدو أن متغير وسط الإقامة له تأثير واضح على مستوى وفيات الأطفال، بحيث تتباين حسبه المعدلات لتشير إلى إن وفيات الأطفال أقل في الوسط الحضري عنه في الوسط الريفي بمعدل يقدر ب 29.7% مقابل 33.0%.

والملاحظ أن هذه الفروق قد تقلصت بالنسبة للوسطين على ما كانت عليه في العشر سنوات الماضية، حيث سجل خلال تلك الفترة معدل وفيات قدر ب 30.5% في الوسط الحضري مقابل 51.8% في الوسط الريفي، أي بفارق 21.3 نقطة، (جامعة الدول العربية، وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سابق، ص 48).

وهو ما يشير إلى أن هذه الفترة قد عرفت تكثيف البرامج و تدعيم انتشار المرافق الصحية في المناطق الريفية من أجل التحكم في مستوى وفيات الأطفال و تقليص معدلاتها.

من جهة أخرى، تتضح الفروقات بشكل أكبر عند إدخال متغير جنس الطفل، بحيث بلغ معدل وفيات الأطفال 25.6% عند الإناث في الوسط الحضري، ليرتفع إلى 33.8% عند الذكور في الوسط الريفي.

وبالتالي، يبقى أن نشير إلى أنه على الرغم من انتشار وسائل منع الحمل في الوسط الريفي، وكذلك تراجع مؤشر الخصوبة الذي أصبح يقارب ذلك المسجل في الوسط الحضري، إلا أن وفيات الأطفال تبقى مرتفعة في المناطق الريفية.

#### جدول (06)

معدلات وفيات الرضع حسب النوع ووسط الإقامة.

النوعين %	إناث %	ذكور %	النوع الإقامة
29.7	25.6	33.7	حضر
33.0	32.3	33.8	ريف
31.0	28.6	33.7	المجموع

المصدر: جامعة الدول العربية، وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، جويلية 2004، ص 44.

#### IV- العوامل الاقتصادية المؤثرة على وفيات الأطفال

يؤثر المستوى الاقتصادي المتدهور للأسرة على الوضعية الاجتماعية والصحية لها، بما في ذلك سوء التغذية وانخفاض المستوى التعليمي والثقافي. فإذا ما اعتبرنا أن سوء الحالة الاقتصادية وانخفاض مستوى الدخل أو انعدامه مؤشرا للفقر بصفة عامة، فإن هذا الأخير يؤدي إلى حرمان الكثير من الأسر من التعليم، والتغذية، والمسكن اللائق المزود بمتطلبات الحياة الكريمة، من مياه للشرب، وشبكة الصرف الصحي، وهو ما يؤثر بشكل مباشر على الوضع الصحي للأسرة، وعلى الوضع الصحي للأطفال وبقائهم على قيد الحياة على وجه الخصوص.

فالفقر وتدني المستوى المعيشي للأسر يتولد عنه تدني المستوى التعليمي والثقافي، وكذا سوء التغذية التي تجعل من الأم والطفل لا يقاومان المرض، حيث تتعكس سوء تغذية الأم، خاصة أثناء مرحلتها الحمل وما بعد الولادة، أي أثناء مرحلة الرضاعة الطبيعية، على صحة طفلها وتؤثر بصورة مباشرة على مستوى وفيات الأطفال، خاصة حديثي الولادة.

كما تحول هذه الظروف المعيشية المتدهورة دون استفادة الأسر من الرعاية الصحية والعلاج في حالة إصابة أطفالها وسوء وضعهم الصحي، ففي الغالب المستشفيات والمراكز الصحية لا تقدم

الدواء للمرضى بل عليهم اقتناؤه، ولا نستثني من ذلك الاستعدادات التي لا توفر أدنى وسائل الاستطباب الأولي.

#### 1-4- حجم الأسرة

اعتبرت الدراسات التي اهتمت بموضوع اعتلال ووفيات الأطفال أن حجم الأسرة يعد احد العوامل ذات التأثير السلبي على صحة هؤلاء، فالأطفال اللذين ينمون في اسر كبيرة الحجم هم الأكثر عرضة لمخاطر الوفاة، بسبب التأثير القوي للعدوى نتيجة للتقارب الموجود بين أفراد الأسرة، خاصة في حالة ضيق المسكن، وكذا الإمكانيات المادية المتوفرة والتي من المفروض أنها تلبي احتياجات كل أفراد الأسرة، بالإضافة إلى قلة الاهتمام والرعاية التي يحظى بها الأطفال من قبل أمهات منشغلات بصفة مستمرة بشؤون المنزل والأسرة، ففي ظل هذه الأوضاع أخطار إصابة الأطفال ووفاتهم مضاعفة.

ولكن رغم هذه الحقائق التي توصلت إليها عدة دراسات، إلا أن نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة أظهرت العكس، بحيث تبين أن معدلات وفيات الأطفال تتطور بعكس حجم الأسرة، إذ كلما كان حجم الأسرة كبير كلما انخفض معدل وفيات الأطفال ليقدر بحوالي 29.4% بالنسبة لحجم الأسرة 10 فما فوق مقابل 57.2% بالنسبة لحجم الأسرة من 0 إلى 4 أفراد.

وتجدر الإشارة إلى أن هذا المعدل منخفض بشكل أكبر بين الذكور، خاصة عند الأسر الكبيرة الحجم، حيث بلغ 26.9% مقابل 32.1% بالنسبة للإناث. وهنا نشير إلى مكانة الطفل الذكر في الوسط العائلي الجزائري، والاهتمام الكبير الذي يحظى به من قبل كل أفراد الأسرة.

#### جدول (07)

معدلات وفيات الرضع حسب الجنس و حجم الأسرة.

إجمالي %	إناث %	ذكور %	الجنس حجم الأسرة
56.5	55.8	57.2	4 - 0
40.3	32.9	47.5	9 - 5
29.4	32.1	26.9	10 وأكثر

- Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, Enquête Algérienne, opcit, p.23.

يمكن تفسير نتائج المسح إلى أن الأطفال في الأسر الكبيرة الحجم، و على الرغم من أن احتمال تعرضهم للمرض والوفاة كبير نتيجة للأسباب المذكورة سابقا، إلا أنهم يحضون باهتمام ورعاية كل أفراد الأسرة، خاصة في السنوات الأولى من ولادتهم، ففي حالة تعرضهم لمشكل صحي فإن الأم، سواء كانت أمية أو متعلمة، لن تترك بمفردها للعناية بالطفل المصاب، وإنما ستجد دائما أحدا من أعضاء الأسرة إلى جانبها لإرشادها ومساعدتها، وكذا مرافقتها إلى الطبيب أو المراكز الصحية لإسعاف الطفل المصاب.

بالإضافة إلى ذلك، يساهم أغلب أفراد الأسرة الكبيرة في التكاليف المادية بما فيها المخصصة للرعاية الصحية، لامتلاك الأسرة لعدة مداخيل بفضل عمل عدد معين من أفرادها.

#### 4-2- الحالة العملية للأب

يمكن الاعتماد على متغير الوضعية المهنية للأب لتحديد، ولو بتحفظ، المستوى المعيشي للأسرة، ذلك لان لهذا الأخير تأثير على وفيات الأطفال، إذ كلما كان المستوى المعيشي للأسرة متدني اثر ذلك على الجانب التغذوي للطفل، وكذا على توفير الرعاية الصحية والعلاج على مستوى المؤسسات الصحية، الخاصة منها، في حالة اعتلال الطفل ووجوب إسعافه من قبل المتخصصين في الصحة.

تبين من نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة أن معدلات وفيات الأطفال الأعلى سجلت عند فئة الآباء الأجراء غير الدائمين، حيث قدرت ب 48.6% مقابل 35.6% عند الآباء في فئة الأعمال الحرة.

وتجدر الإشارة إلى تمركز أكبر معدل لوفيات الأطفال والمقدر بحوالي 94.3% عند فئة الآباء ذوي الوضع المهني غير المحدد (Ibid, p.26) الشيء الذي يدفعنا للقول بان متغير الوضعية المهنية للأب لا يفسر بشكل واضح مستوى وفيات الأطفال في الجزائر، خاصة مع انتشار العمل غير الرسمي في السنوات الأخيرة.

من جهة أخرى، يبدو أن للوضع المهني للام ارتباط واضح بمستوى وفيات الأطفال، فالأمر العاملة غالبا ما تتكفل بمصاريف علاج أطفالها في حالة إصابتهم بمرض أو لمجرد المراقبة الطبية الدورية (Lebègne J, 2001, p119)، وهو ما سبق وأكدته نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، حيث بينت التأثير الإيجابي لعمل الأم على احتمالات بقاء الأطفال على قيد الحياة بعد السنة الأولى من العمر، ففي حين أن احتمال وفاة الأطفال ينعدم تقريبا بين أطفال الأمهات اللاتي

يعملن مقابل أجر نقدي، فإنه يبلغ 8% بين أطفال الأمهات اللاتي لا يعملن (جامعة الدول العربية، وزارة الصحة والسكان،...، 1992، ص 34).

#### 4-3- نوع المسكن وخصائصه

الانخفاض الذي عرفه مستوى وفيات الأطفال في الجزائر خلال السنوات الأخيرة يرجع إلى تحسن التغطية الصحية، وكذا ارتفاع المستوى التعليمي للأُم خاصة، ولكن تبقى العوامل الاقتصادية والظروف المحيطة لاسيما السكن وخصائصه تؤثر بشكل سلبي، وهو ما أكدته نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة، حيث لوحظ وجود تباينات في مستوى وفيات الرضع بين الأسر القاطنة في منازل فردية وتقليدية، وتلك القاطنة في شقق، حيث بلغ 21.5% ويرتفع إلى الضعف بالنسبة للأسر القاطنة في منازل تقليدية ليقدّر بحوالي 40.4%، مع ملاحظة ارتفاع نسبة وفيات فئة (1-11) شهرا من إجمالي وفيات الرضع بشكل واضح، فهي 29.3% عند الأسر القاطنة في شقق مقابل 40.6% عند الأسر القاطنة في بيوت تقليدية.

إضافة إلى نوع السكن، اهتم المسح بإبراز العلاقة بين مستويات وفيات الرضع وبعض خصائص المسكن، لاسيما المصدر الرئيسي لمياه الشرب، وتوفر المسكن على شبكة الصرف الصحي، وطريقة التخلص من القمامة.

لقد تبين أن المعدل بلغ 29.8% عندما يكون مصدر المياه الصالحة للشرب هو الشبكة العامة، بينما يرتفع إلى حوالي 40% إذا كان مصدر آخر.

وتمثل نسبة وفيات (1-11) شهرا من إجمالي وفيات الرضع 37.9% و39.6% على التوالي، وبالتالي فإن توفر المياه من الناحية الكمية والكيفية هو أمر ضروري لمكافحة وفيات الأطفال، لهذا أي سياسة صحية تعتمد على الوقاية ولا تولي اهتماما خاصا لتسيير وتوفير المياه الصالحة ستكون سياسة فاشلة مهما كان حجم الانجازات في مجال الوقاية و العلاج.

أما بالنسبة للارتباط بشبكة الصرف الصحي وتأثير ذلك على وفيات الأطفال فإن المعدل يبلغ 42.2% في حالة عدم وجود هذا الارتباط، بينما يفوق 29.4% إذا كان المسكن مرتبط بالشبكة.

كما يلاحظ أن كيفية التخلص من القمامة تمثل أحد العوامل التي تؤدي إلى تباينات في مستوى وفيات الأطفال، حيث يبلغ المعدل 24.2% إذا كانت العملية تتم عن طريق جامع القمامة، وترتفع إلى 38.6% إذا كانت طريقة أخرى.

جدول (08)  
معدلات وفيات حديثي الولادة والرضع والأطفال حسب نوع وخصائص المسكن.

النسبة** %	وفيات الأطفال (0-5 سنوات) %	وفيات ما بعد (28-365 يوم) %	وفيات حديثي (0-27 يوم) %	وفيات الرضع (0-1 سنة) %	الوفيات خصائص المسكن
نوع السكن					
29.3	25.6	6.3	15.1	21.5	شقة
38.4	35.5	11.6	18.6	30.2	منزل فردي
40.6	45.5	16.4	24.0	40.4	منزل تقليدي
شبكة المياه					
37.9	34.5	11.3	18.5	29.8	الشبكة العامة
39.6	46.4	15.8	24.2	39.9	آخر
الصرف الصحي					
39.1	33.2	11.5	17.9	29.4	مرتبط بالشبكة
37.2	51.1	15.7	26.5	42.2	غير مرتبط
مكان القمامة					
28.5	28.6	6.9	17.3	24.2	جامع القمامة
37.2	35.7	11.6	19.6	31.2	مكان مخصص
44.3	47.2	16.2	22.4	38.6	آخر
38.4	38.3	12.7	20.3	33.1	المجموع
*نسبة وفيات 1 إلى 11 شهرا من وفيات الرضع					

المصدر: جامعة الدول العربية، وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سابق.

وتظهر هذه التباينات بشكل واضح عندما يتعلق الأمر بفئة الأطفال البالغين (1-11) شهرا من العمر، حيث تبلغ نسبتهم من إجمالي وفيات الرضع 28.5% و 44.3% على التوالي، (جامعة الدول العربية، وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سابق)، وبالتالي هناك ارتباط قوي بين خصائص المسكن ووفيات الأطفال، حيث نجد أن معظم الأطفال اللذين يعيشون في مساكن صحية (توفر مياه صالحة للشرب، قنوات الصرف الصحي...) يتمتعون باحتمالات أقل لخطر الوفاة من غيرهم.

## V- الخاتمة

### 1-5- النتائج

- يمكن القول أن مستوى وفيات الأطفال في العموم عرف انخفاض حقيقي نتيجة لعدة برامج وسياسات تم تطبيقها منذ الاستقلال أهمها: برنامج التطعيم، برنامج التغذية، برنامج التنظيم العائلي، برنامج مكافحة الإسهال والأمراض التنفسية.

- كان لهذه البرامج نتائج مرضية أثرت بشكل أساسي على معدلات وفيات الأطفال، إلا أن عدم وجود تكامل وتنسيق بين هذه البرامج الصحية والقطاعات الأخرى أثر سلبا على صحة الأطفال وخلق هذه التباينات والاختلافات في المستوى، مما قلل من مردودية البرامج الصحية، خاصة مع بقاء تأثير مشكل نوع المسكن وبعض خصائصه، لاسيما المصدر الرئيسي لمياه الشرب، وتوفر شبكة الصرف الصحي، والبيئة الصحية السليمة على العموم.
- وهو ما يؤكد على أن البرامج الصحية لوحدها لا تكفي للتخفيض من وفيات الأطفال والرقى بصحتهم، بل يجب أن تكون مرفقة ببرامج اجتماعية واقتصادية تسمح بتحسين أوضاع الأفراد و تمكنهم من طلب الاستفادة من الخدمات الصحية، شريطة أن تكون هذه الأخيرة متوفرة في كل المناطق، فمن الضروري أن يتم إزالة الفوارق بين الريف والحضر، وبين الشمال والجنوب، من خلال التوزيع العادل للمرافق الصحية والأطباء المختصين.

## 5-2- التوصيات

- الرفع من نسب بقاء الأطفال على قيد الحياة بتعزيز البرامج الهادفة لخفض نسبة وفيات الرضع ووفيات حديثي الولادة على وجه الخصوص.
- ضرورة تكثيف الجهود بين مختلف القطاعات، الصحة، السكن والبيئة من أجل توفير ظروف معيشية آمنة وصحية حتى تاتي البرامج الموجهة للطفل بثمارها.
- ضرورة الرفع من المستوى المعيشي ومكافحة الفقر من أجل تحسين الوضعية الاجتماعية والاقتصادية للأسر، مما سينعكس بالإيجاب على صحة الطفل ويقلص من مستويات وفيات الاطفال.
- توفير الخدمات الصحية وتطويرها من خلال إنشاء المؤسسات الصحية وتزويدها بالكوادر الطبية المختصة في المناطق الحضرية والريفية.
- تعزيز المتابعة للحمل والمولود الحديث عن طريق الرعاية ما قبل وبعد الولادة والرعاية خلال فترة الولادة في المنشآت الصحية.
- إنشاء مراكز لتشخيص سابق للولادة للأخذ بعين الاعتبار تزايد الحمل المتأخر الذي بات يشكل خطر كبير على الأم والجنين وحديث الولادة.

## - قائمة المراجع:

### - باللغة العربية

- أبو حس ليلي، علم اجتماع الصحة، دار البارودي العلمية، عمان، الطبعة الأولى، 2003.
- جامعة الدول العربية، وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، التقرير الرئيسي، الجزائر، 1994.

- جامعة الدول العربية، وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، 2004.
- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مشروع صحة الأم والطفل، الدورة التاسعة، الجزائر، 28-29 أكتوبر، 1997.
- وزارة التضامن الوطني، الندوة الوطنية حول مكافحة الفقر والإقصاء، الجزائر، أكتوبر 2000.

#### - باللغة الأجنبية

- FAZOUANE Abdesselam, Pauvreté et mortalité en milieu urbain marocain, in Transition démographique des pays du sud, Universités Francophones, Edition Estem, 2001.
- LEBEGNE Julie, Baisse de la mortalité des enfants, risques économiques et comportements sanitaires acquis a Bamako – MALI, in Transition démographique des pays du sud, Universités Francophones, Edition Estem, 2001.
- OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES, Démographie Algérienne, in Données statistiques, Alger, 2014.
- MINSTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE, Enquête Algérienne sur la santé de la famille, analyses <approfondies, vol 1, 2005
- .....  
Enquête par grappes a indicateurs multiples (mics) 20120-02013, Alger, 2015.

## وفيات الأمهات وتوزيعاتها المكانية في العراق

عباس فاضل السعدي<sup>1</sup>

### - مستخلص

إن وفيات الأمهات وغيره من أنواع الوفيات لا يرتبط بعوامل ديموغرافية فحسب بل بعوامل صحية وثقافية وبيئية واقتصادية وطبيعية وتهدف هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على تباينات الظاهرة وتحديد المتغيرات التي تقف وراء هذه التباينات في جمهورية العراق.

وتركز الدراسة الحالية على دور المرأة كوعاء للحمل وحاملة للجنين ومربية للأطفال يقع عاتقها تجديد الأجيال، وعلى خلو شهادة الوفاة من معلومات تتعلق بأمراض النساء خلال مرحلة الحمل والوضع وما بعده، ونقص البيانات الخاصة بنسبة وفيات الأمهات أثناء الحمل والوضع والنفاس في تقارير المؤسسات الصحية والجهات الرسمية الأخرى.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها أن نسبة وفيات الأمهات انخفض بحسب عينة عام 2012، إلى 35.7 حالة وفاة لكل مائة ألف ولادة حية، أي إلى أقل من ثلث ما كان عليه قبل ربع قرن. وبذلك يكون قد اقترب من الرقم المستهدف عالمياً سنة 2015 والبالغ 29 وفاة، كما أن ثلاثة أرباع حالات وفيات الأمهات كانت موتقة كوفاة أم والربع المتبقي لم يحدث في أقسام التوليد من المؤسسات الصحية الحكومية، وأن أكثر من ثلاثة أرباع الأمهات توفين عندما كنَّ في المستشفى، وأغلبها حدث في مرحلة النفاس، وحددت نسبة الوفيات بين الأمهات الحوامل بنحو 23%، نصفها حدث في الحمل الأول.

كما توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات أهمها إجراء المزيد من المسوحات الدورية عن وفيات الأمهات آخذين بالحسبان أن تكون ممثلة للمجتمع وأن تشمل سبب الوفاة ووقت ومكان حدوثها وعمر المرأة عند الوفاة ومستواها التعليمي والاقتصادي لكي تساعد هذه البيانات على فهم ومعالجة الظاهرة المدروسة وإجراء تحقيق عن سبب وفيات الإناث في سن الإنجاب، وهل أن المتوفاة كانت حامل، وتمت الوفاة بسبب الحمل أو الوضع أو في مرحلة النفاس، أم لسبب آخر، وتسهيل توفير الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة، ونشر الوعي بأهمية الصحة الإنجابية عبر وسائل الإعلام المختلفة في جميع المحافظات.

الكلمات المفتاحية: وفيات الأمهات، الحمل، الولادة، النفاس، الياقعات، تنظيم الأسرة، سن الإنجاب.

<sup>1</sup> - أستاذ الجغرافيا والدراسات السكانية بجامعة بغداد. abbasasaadi1943@yahoo.com

## I - مقدمة

تعد الوفيات عنصراً مهماً من عناصر تغير السكان حيث تفوق في أثرها عامل الهجرة وإن كان الخصب يسبقها في ذلك. كما أنها تتناقض مع الخصب في كونها أكثر ثباتاً ويمكن التحكم في مستواها، ولا يبدو أثرها في تغير حجم السكان فقط بل في توزيعهم وبنيتهم أيضاً.

ويظهر أثر الوفيات عنصراً من عناصر التغير الديموغرافي في المجتمع من خلال زيادة السكان زيادة طبيعية بالمواليد وبالتالي فهي المصدر الرئيس لزيادتهم، ونقصهم نقصاً طبيعياً بالوفيات. والوفيات تبقى مستمرة حتى وإن توفرت جميع الوسائل الصحية والتغذية السليمة وانعدمت الأوبئة والكوارث، لأن حياة الناس محدودة بأجل معين، وكل إنسان يموت بعد أن يبلغ حداً معيناً من العمر.

## 1-1- أهمية الدراسة:

هنالك ثلاثة أسباب تستوجب دراسة وفيات الأمهات أثناء الولادة:

- دور المرأة كوعاء للحمل وحاملة للجنين ومربية للأطفال يقع عاتقها تجديد الأجيال.
- خلو شهادة الوفاة من معلومات تتعلق بأمراض النساء خلال مرحلة الحمل والوضع وما بعده.
- نقص البيانات الخاصة بنسبة وفيات الأمهات أثناء الحمل والوضع والنفاس في تقارير المؤسسات الصحية والجهات الرسمية الأخرى، (حسين جعاز ناصر، 2000).

ويتوزع انتشار الوفيات، بما فيها وفيات الأمهات، بين مجاميع الدول النامية والمتقدمة بشكل متباين، وكذلك داخل الدولة الواحدة بين الريف والحضر، وبين الأغنياء والفقراء، ومن وحدة إدارية لأخرى. وكلما كان المكان ذا مستوى حضاري وصحي وغذائي متقدم قلت فيه نسب تلك الوفيات، والنقيض صواب.

فعلى مستوى العالم بلغ عدد وفيات الأمهات المسجل عام 2005 نحو (536.000) وفاة (U.N., 2007)، يتركز معظمها في مجموعة الدول النامية. وأكثر من نصف هذا الرقم في هذه المجموعة سجل في قارة إفريقيا، يليها آسيا بنسبة 45%، وأقل من 3% في أمريكا اللاتينية، أما مجموعة الدول المتقدمة فلم يسجل فيها سوى نسبة ضئيلة (أقل من 1%).

وتباين الوفيات المذكور بين العراق ودول العالم الأخرى أمر يعكسه تباين مستويات التنمية البشرية بين دول العالم، وبين منطقة وغيرها داخل تلك الدول. فقد وضع التقرير الوطني للتنمية

البشرية 2014 العراق في المرتبة 114 من بين 186 دولة، وقيمة دليل التنمية فيه (0.694). ليقترّب من مستوى المعدل العالمي المقدر بنحو 0.695 (التقرير الوطني للتنمية البشرية، 2014). وبذلك مازال العراق بعيداً عن مستويات التنمية البشرية في دول الجوار المحيطة به، حيث يوجد تحسن ملموس في مكونات الدليل في تلك الدول مثل الصحة والدخل والتعليم وأمد الحياة.

وعلى مستوى المحافظات يلاحظ وجود تفاوت كبير نسبياً في مستويات التنمية البشرية، ويمكن تقسيمها إلى ثلاثة مستويات: أعلاها في بغداد وثلاثة محافظات شمالية تزيد فيها قيمة الدليل عن (0.716) وأدناها يقل فيها الدليل عن (0.655) وتمثله محافظات نينوى، المثنى، ميسان. في حين تشغل 11 محافظة متبقية القيمة المتوسطة التي تقترب من قيمة الدليل الوطني السابق ذكرها.

وكما تختلف معدلات التنمية البشرية بين العراق ودول العالم الأخرى، فإن نسب وفيات الأمهات هي الأخرى تختلف بينه وبين بقية الأقطار العربية. وتتفاوت النسبة في بعض تلك الأقطار تفاوتاً كبيراً يتراوح، بموجب تقديرات مطلع القرن العشرين، بين (50) وفاة في مجموعة أقطار الخليج العربي و(800) وفاة لكل مائة ألف ولادة حية في كل من موريتانيا والصومال والسودان واليمن. وتراجع نسب وفيات الأمهات عندما يحضر عملية الولادة أخصائيو صحة متمرسون، كما في أقطار المجموعة الأولى، وما يزال أكثر من ثلث النساء الحوامل في أقطار المجموعة الثانية يخضعون لعملية الولادة دون دعم طبي مختص، (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2003).

وعلى الرغم من أن وفيات الأمهات يمثل أحد أصعب المؤشرات في القياس إلا أنه من الواضح أن المنطقة العربية بحاجة إلى المزيد من الجهود لتحسين جمع وتوفير مثل هذه البيانات التي قد تلقي الضوء على سبب استمرار بعض الدول مثل السودان في المعاناة من نسب مرتفعة في وفيات الأمهات على الرغم من ارتفاع الولادة التي يحضرها أخصائيو والعكس صحيح.

إن وفيات الأمهات والرضع وغيرها لا يرتبط بعوامل ديموغرافية فحسب بل بعوامل صحية وثقافية وبيئية واقتصادية وطبيعية (المناخ، المستنقعات) وغيرها. حيث ترتفع النسبة في المناطق التي يسود فيها التخلف والجهل، وتنتشر فيها الفاقة والحرمان والأوبئة، وينخفض في المجتمعات المتطورة. مما يؤثر في تحديد مستويات الوفاة واختلاف نسبه تبعاً لنوعية العوامل السائدة. وتباين هذه العوامل من مجتمع لآخر، ومن مكان لآخر، أو من مجموعة سكانية لغيرها داخل المجتمع الواحد يعمل على تفاوت تلك النسب. وهو أمر يحمل في طياته مشكلة للباحث الجغرافي، لذا فإن هدف البحث ينصب على كشف تباينات الظاهرة وتحديد المتغيرات التي تقف وراء هذه التباينات.

**1-2- تساؤلات الدراسة**

إن التساؤل الرئيسي الذي تطرحه الدراسة هو هل تتفاوت نسب وفيات الأمهات ما بين محافظات العراق ولماذا تتفاوت؟

**1-3- فرضية الدراسة**

والإجابة على هذا التساؤل يمثل فرضية البحث التي تتضمن وجود تباين واضح بين منطقة وأخرى ومحافظه وغيرها، وبين الريف والحضر داخل القطر العراقي، لارتباط هذا التباين بمجموعة من المتغيرات تتباين هي الأخرى بين مكان وآخر.

**1-4- المنهج المستخدم في الدراسة**

تم استخدام المنهج الوصفي والتحليلي في هذه الدراسة اعتماداً على البيانات التي وفرتها وزارة التخطيط باعتماد عينات كبيرة الحجم، وكان آخرها المسح الذي أجري في عام 2013 معتمداً على إيداء الأسر حول وفيات الأمهات لعام 2012. فضلاً عن البيانات التي وفرها التقرير الإحصائي السنوي لوزارة الصحة العراقية عام 2013.

**II- نسبة وفيات الأمهات وانتشارها الجغرافي:**

إن المقياس المستخدم في قياس نسبة وفيات الأمومة (الأمهات) Maternal Mortality Ratio يتم حسابه على أساس نسبة وفيات الأمهات في السنة إلى عدد مواليد السنة نفسها، (الأمم المتحدة، 1989). أي النسبة بين عدد وفيات الأمهات الناجمة عن مضاعفات الحمل أو المخاض أو الوضع أو ما بعده خلال مدة النفاس البالغة ستة أسابيع (42 يوماً) من انتهاء الحمل إلى عدد المواليد الأحياء، في سنة معينة مضروباً في 100000 بسبب صغر حجم عدد وفيات الأمهات. (دولت أحمد صادق، 1969):

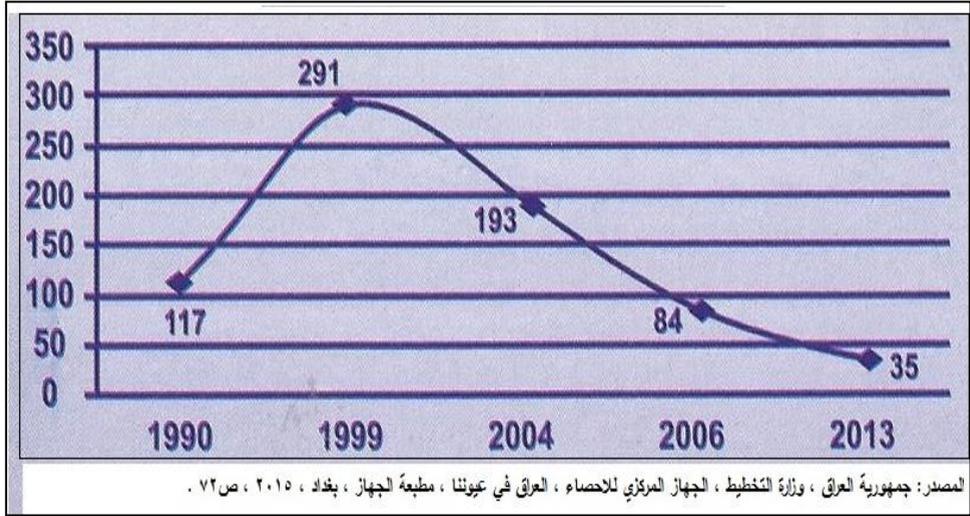
وقد بلغت نسبة وفيات الأمهات في العراق نحو 117 لكل مائة ألف مولود حي عام 1990، وارتفعت النسبة إلى 291 حالة وفاة في عام 1999 بسبب الحصار الاقتصادي، وتدهور الوضع الصحي. وفي عام 2006 انخفضت 84 حالة وفاة لكل مائة ألف ولادة حية، (اللجنة الوطنية للسياسات السكانية، 2010).

وتبرز أهمية نسبة وفيات الأمهات من كونها تعبر عن الهدف الخامس من المؤشرات الثمانية للأهداف الإنمائية للألفية في العراق، إذ سعى هذا الهدف، في غايته الأولى، إلى تخفيض

نسبة وفيات الأمهات بنسبة 75% للمدة 1990-2015. وفي عام 2012 انخفضت إلى 35.7 وفاة لكل مائة ألف ولادة حية. وبذلك اقترب من الرقم المستهدف تحقيقه (محلياً وعالمياً) بحلول عام 2015 والبالغ 29 وفاة لكل مائة ألف ولادة حية، (وزارة التخطيط، 2014).

### شكل (1)

#### تطور نسبة وفيات الأمهات 1990-2013



واعتماداً على مسح عام 1999 الذي أجرته وزارة الصحة على مستوى أربعة أقاليم عراقية، سجل فيه الإقليم الجنوبي، الذي يضم محافظات (البصرة، ميسان، ذي قار) أعلى نسبة لوفيات الأمهات وصل إلى 354 حالة وفاة لكل مائة ألف ولادة حية، وهو يزيد عن متوسط القطر البالغ 291 حالة وفاة. في حين سجل الإقليم الشمالي الذي يضم محافظات (نينوى، كركوك، اربيل، السليمانية، دهوك) أدنى نسبة، وهو بقدر متوسط إجمالي العراق. ويتقارب إقليم الفرات الأوسط (273 حالة وفاة ويضم محافظات بابل، كربلاء، النجف، القادسية، المثنى) والوسط (277 حالة وفاة ويضم خمس محافظات متبقية) حيث سجلا أدنى النسب التي تقل عن متوسط إجمالي العراق.

وكما تتفاوت النسبة بين الأقاليم الخمسة، فيلاحظ هذا التفاوت بين الريف الذي ترتفع فيه النسبة إلى 306 والحضر الذي تنخفض فيه النسبة إلى 286 حالة وفاة لكل مائة ألف ولادة حية، (صلاح محسن جاسم، 2010). ويلاحظ أيضاً أن أكبر نسبة لوفيات الأمهات تحصل خلال مرحلة النفاس بنسبة 40.3% في الحضر، بينما يسجل الريف أعلى نسبة، وهي مقارنة للنسبة السابقة

ولكن تحصل أثناء مرحلة الحمل، حيث لا تجد الأم وسائل الرعاية الكافية خلال تلك المرحلة، على نقيض الحضر الذي تزداد فيه مراجعة الأمهات لأماكن الرعاية خلال مرحلة الحمل، وتقل خلال مدة النفاس.

أما التوزيع الجغرافي لوفيات الأمهات، على مستوى المحافظات فلا يتوفر إلا لعام 2008 بحسب التسجيلات الحيوية (عدا الأنبار وثلاثة محافظات شمالية) التي أعطي لها رقم يمثل متوسط المدة 2004-2008.

## 2-1- بعض خصائص وفيات الأمهات

فيما يأتي بعض خصائص وفيات الأمهات التي أظهرتها عينة عام 2012 والتي أجرتها وزارة التخطيط وجهات أخرى، (وزارة التخطيط، 2014):

## 2-2- رصد وفيات الأمهات وتسجيلهن:

أظهرت العينة المذكورة أن ثلاثة أرباع حالات وفيات الأمهات كانت مرصودة أي موثقة ك وفاة أم. في حين ان ربع الحالات غير المرصودة حدثت فيها الوفيات المشار إليها في البيت او الطريق أو أقسام (الطوارئ والإنعاش والباطنية) وليست في أقسام الولادة.

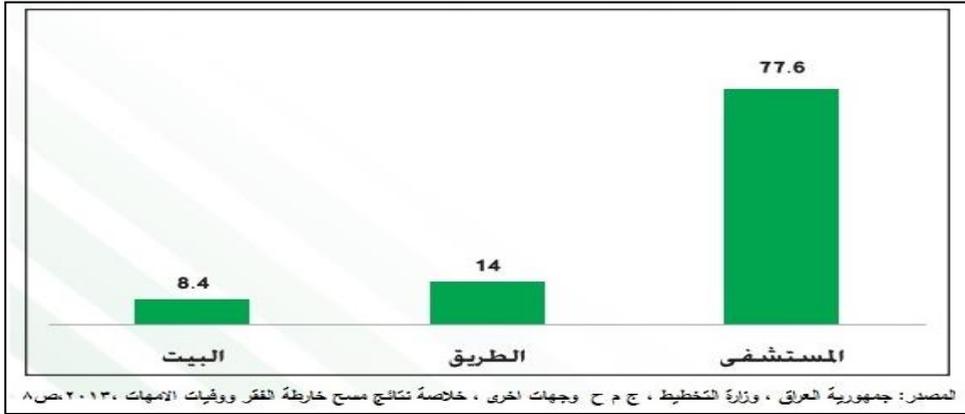
## 2-3- وفيات الأمهات بحسب الإحالة:

- لقد تم إحالة نصف حالات المتوفيات إلى مستوى رعاية أعلى قبل وفاتهن لأسباب عديدة:
- 68.8% لعدم توفر العناية المركزة (الإنعاش). - 5.2% لعدم وجود العلاج.
- 12.1% بسبب عدم وجود الدم.
- 6.5% أخرى مثل عدم توفر غسيل الكلى.
- 7.4% بسبب عدم توفر التخدير.

## 2-4- مكان الوفاة والمرحلة التي حصلت فيها:

توفيت 77.6% من الأمهات عندما كن في المستشفى و14% منهن توفين في الطريق أثناء الذهاب إلى المؤسسة الصحية أو أثناء الإحالة من مؤسسة إلى أخرى وهذا يحتمل عدة أسباب منها تأخر الأهل في مراجعة المؤسسة الصحية، وتأخر الإحالة، وصعوبة الوصول إلى المؤسسة الصحية بسبب الطريق. وحصلت 8.4% من الوفيات في المنزل. والملاحظ أن 27.6% من حالات وفيات الأمهات حصلت في مرحلة الحمل، في حين أن 11% من تلك الحالات حصلت أثناء الولادة. والنسبة المتبقية، أكثر من نصفها (53.6%) حصلت الوفاة في مرحلة النفاس، و7.9% كان الإسقاط سببها.

شكل (2)  
توزيع الأمهات المتوفيات بحسب مكان الوفاة عام 2012



## 2-5- المضاعفات أثناء الحمل:

أشار مسح عام 2011 إلى أن نسبة الأمهات اللاتي عانين من مضاعفات أثناء الحمل بلغت نحو 34% على مستوى إجمالي العراق. ارتفعت النسبة في كربلاء إلى حوالي الضعف، بينما انخفضت في محافظتي بغداد وواسط إلى نحو 19%. كما عانت 18.3% من النساء من أعراض تدل على سقوط الرحم، ارتفعت النسبة في كربلاء إلى 41%، بينما انخفضت في محافظتي كركوك والنجف إلى 7.3%، (وزارة التخطيط، 2012). وقد تؤدي المضاعفات أثناء الحمل إلى الوفاة، فقد بلغت نسبة وفيات الأمهات الحوامل 22.9% عام 2012 وتمت وفيات 12.4% منهن في الحمل الأول، (وزارة التخطيط، 2014).

وكثيراً ما يتمخض عن وفيات الأمهات نتائج سلبية على المولود الجديد وبقية الأطفال، حيث تضعف فرص بقائهم أحياء لدرجة كبيرة، لذلك فإن وفاة الأم تعد مأساة إنسانية على صعيد كافة المستويات الفردية والأسرية والمجتمعية.

## 2-6- الفحص والمضاعفات بعد الولادة:

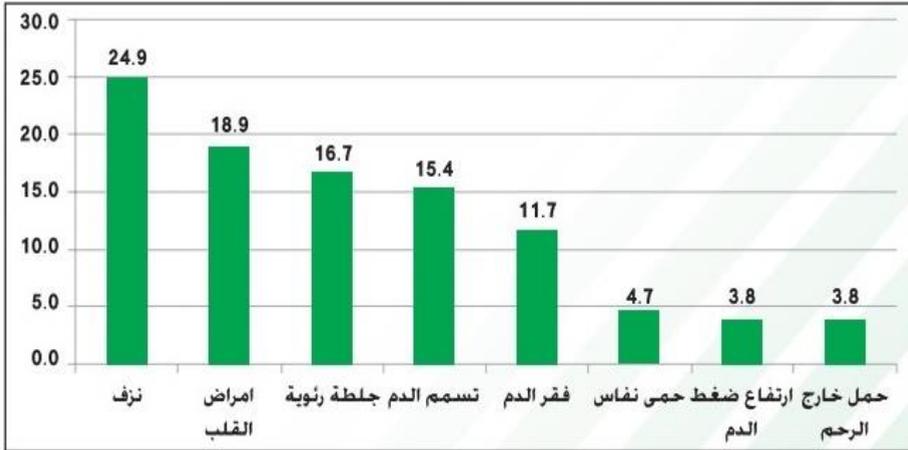
ظهر أن حوالي ربع الأمهات المتوفيات لم تراجع، في مرحلة ما بعد الولادة، أية مؤسسة صحية. في حين أن حوالي ثلاثة أرباع الأمهات المتوفيات تراوحت زيارتهن ما بين 1-3 زيارة فأكثر. وهذا يحتاج إلى متابعة وتعزيز نوعية الرعاية المقدمة للأمهات في مرحلة ما بعد الولادة حيث توزعت المضاعفات خلالها كالاتي:

28.7% بسبب النزف والشحوب، و 19.1% لفقدان الوعي و 14.2% لحدوث ألم في الصدر و 14% لضيق التنفس و 11.3% بسبب الصداع و 12.6% نتيجة الحمى. كما أظهر المسح أن

حوالي ربع الأمهات المتوفيات كان بسبب النزف ومعظمه حصل بعد الولادة. في حين ان نحو خمس الحالات كان سببه أمراض القلب المرافق للحمل.

### شكل (3)

#### توزع الأمهات المتوفيات بحسب سبب الوفاة عام 2012



المصدر: جمهورية العراق، وزارة التخطيط، ج م ح وجهات اخرى، خلاصة نتائج مسح خارطة الفقر ووفيات الامهات، 2013، ص 9

## 2-7- حالات الإجهاض والمواليد الأموات عند الأمهات:

لا تنتهي جميع أحمال الأم العراقية بمولود حي كما هو الحال في كل المجتمعات البشرية، فهناك نتائج أخرى للحمل منها الإجهاض التلقائي (أي غير الاختياري) والمولود الميت. وقد أظهر المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 أن 29% من الأمهات اللاتي لم ينجبن مولوداً حياً قط قد عانين من أكثر من حالة إجهاض، وأن 7% منهن قد أبلغن عن أكثر من حالة مولود موتى. وقد أبلغت 17% وحوالي 5% من النساء عن حدوث حالة إجهاض أعقبها حالة مولود ميت بالتتابع. ولوحظ أن نسب الإجهاض والمواليد الموتى كانت ترتفع مع تقدم عمر الأمهات. أما بحسب المناطق الجغرافية فقد سجلت النسب الأعلى في محافظات اربيل والسليمانية ودهوك (31% للإجهاض و10% للمواليد الموتى). في حين بلغت في باقي أنحاء البلاد نحو 29% للإجهاض و6% للمواليد الموتى، (اللجنة الوطنية للسياسات السكانية، 2010).

وتتباين معدلات الإجهاض من محافظة لأخرى، فبينما تتراوح بين 8-12 حالة إجهاض لكل ألف امرأة في سن الإنجاب عام 2013 في محافظات واسط، ميسان، كربلاء، البصرة، نينوى، بابل والتي تزيد عن متوسط العراق البالغة 7.5 حالة إجهاض، يلاحظ انخفاضها عن المتوسط المذكور في بقية المحافظات، (عدا ثلاث محافظات شمالية).

أما الولادات الميتة فقد بلغت نسبتها 0.8% من إجمالي الولادات في العراق عام 2013، أكبر النسب سجلت في محافظات دهوك، كربلاء، البصرة، وأصغرها في الأنبار وديالى. وبلغت نسبة الأسباب العشرة الأولى للولادات الميتة في العراق عام 2013 نحو 59% من إجمالي الأسباب، منها 45% سببها مضاعفات الحمل والمخاض والولادة واضطرابات وانفصال المشيمة المبكر، ويعود أقل من 5% إلى اضطرابات تنفسية وقلبية وعائلية خاصة بالمدة حوالي الولادة، (وزارة الصحة، 2013).

## 2-8- المتغيرات المرتبطة بتباين نسب وفيات الأمهات:

تتأثر وفيات الأمهات ووفيات الأطفال ويضمنهم الرضع بجملة متغيرات تؤدي إلى تباين ظاهرة الوفيات من مكان لآخر وتتمثل بالآتي:

- متغيرات ديموغرافية (مستوى الخصب، عمر الأم عند الولادة، طول المدة بين ولادة وأخرى، الرعاية السابقة على الولادة).
  - متغيرات بيئية (مكان الإقامة في الريف أو الحضر).
  - متغيرات اقتصادية واجتماعية (دخل الفرد، المجاعات ونقص الغذاء، المهنة، السكن، التعليم، الكهرباء).
  - الوضع الصحي (مدى توفر الرعاية الصحية والخدمات الصحية، الأمراض والأوبئة، الأمراض غير الانتقالية والاعتلال الناجم عنها، الأمراض الانتقالية، نقص الموارد الطبية البشرية، شبكة مياه الشرب النقية، مياه الصرف الصحي).
  - المناخ والتضاريس (الحرارة، الرطوبة، الرياح، المستنقعات).
  - متغيرات سلوكية (التدخين، مقدار تناول الفواكه والخضر والغذاء المتكامل، نسبة الخمول البدني).
  - متغيرات بيولوجية (الوزن، البدانة، ارتفاع ضغط وسكر الدم، نسبة الكوليسترول).
  - متغيرات اخرى (الحوادث، الحروب، العنف، الإرهاب).
- وسيتم اختيار بعض المتغيرات ذات الصلة تبعاً لما يتوفر عنها من معلومات، وفيما يأتي أبرزها مع التركيز على المتغيرات الصحية:

## 2-9- الخدمات الصحية:

تعد الخدمات الصحية مؤشراً لما وصل إليه المستوى الحضاري للبلد، فإذا ما ارتفعت تلك الخدمات قلت الأمراض وازداد النشاط والعمل وارتفعت إنتاجية السكان. وعلى نقيض ذلك فإن انخفاض الخدمات الصحية يؤدي إلى ازدياد الأمراض وارتفاع الوفيات ومنها وفيات الأمهات الذي لا يرجع فقط إلى قلة كفاءة الرعاية الطبية وسوء التغذية أثناء الحمل والولادة والنفاس فحسب وإنما أيضاً إلى نمط السلوك الإنجابي الذي يتمخض عنه إرهاق صحة الأم وتعرضها للمخاطر. فضلاً عن قلة التسهيلات المتعلقة بالولادة الآمنة والصحية، فهي لا تتاح إلا لقلّة مختارة في المناطق الحضرية والمدن الرئيسية.

كما لم تحقق الجهود المبذولة النجاح المطلوب لتحسين أوضاع الريف ومهنة القبالة فيه (توليد النساء على يد قابلة مؤهلة ومأذونة) لصعوبة النقل وارتفاع تكاليفه وطول الطريق ووعورته وضعف المواصلات وبالتالي صعوبة وصول النساء إلى المراكز الصحية لتلقي الرعاية المناسبة والعناية الطبية الملائمة في موقع الخدمة أثناء الحمل والولادة. فضلاً عن ارتفاع نسبة الأمية، والوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدني، ووجود بعض العادات المحلية المؤذية للام. يضاف لها عدم الرغبة لدى النساء الحوامل من مراجعة المراكز الصحية وعيادات الصحة الإنجابية في الريف حتى وإن كانت قريبة من مساكنهم، لأن أغلب العاملين فيها هم أقل خبرة، وبساطة نوعية الخدمات الصحية المقدمة للنساء وكونها غير متطورة مقارنةً بالمناطق الحضرية.

وتعد الجهود الرامية إلى التصدي لهذه المعوقات في الوصول إلى المكان المناسب في الوقت الملائم من الأمور المصيرية لتخفيض وفيات الأمهات وإنقاذ حياتهن وحيات المواليد. والتخفيض المذكور يتطلب أن تحظى الأم برعاية صحية جيدة أثناء الحمل، وأن تجري الولادة على أيدي متدربات كالأطباء والقابلات المؤهلات مع وجود نظام لتقديم خدمات بمستوى عال أو مقبول للرعاية الطارئة للتوليد.

وتمثل وفيات الأمهات والأطفال الرضع نسبة عالية من مجموع الوفيات، وهي انعكاس للحالة الصحية العامة. وتعكس أيضاً مقدار العناية بالحوامل وبالمولود قبل ولادته، وخلال السنة الأولى من عمره، وإبان المدة الواقعة بين العام الأول والعام الخامس من العمر.

فمعدل وفيات الرضع لوحده يصل في العراق (عدا ثلاث محافظات شمالية) إلى 18.5 بالألف، بينما لا يزيد معدل وفيات البالغين (15-60 سنة) عن 2.1 بالألف عام 2013. وتشير تقارير وزارة الصحة العراقية إلى أن أقل من نصف عشرة أسباب لوفيات الرضع يعود الى الاضطرابات التنفسية والقلبية الوعائية والعداوي الخاصة بالمدة حوالي الولادة، ونحو 12.5% منها يعود إلى تسمم الدم وإلى اضطرابات ذات علاقة بمدة الحمل ونمو الجنين، (وزارة التخطيط، 2014).

وما يخص وفيات الأمهات، أثناء الحمل، فعلى الرغم من ان الحمل هو حدث طبيعي في حياة المرأة إلا أنه قد ينطوي على بعض المخاطر، ولكن تقدم الطب قد أسهم في الحد من تلك المخاطر بما وفره من أساليب للعناية بصحة الحامل والجنين. وتبعاً لذلك انخفض وبشكل فعال نسبة وفيات النساء الناجمة عن الحمل والولادة في الدول التي توفر خدمات الرعاية الصحية للام أثناء الحمل.

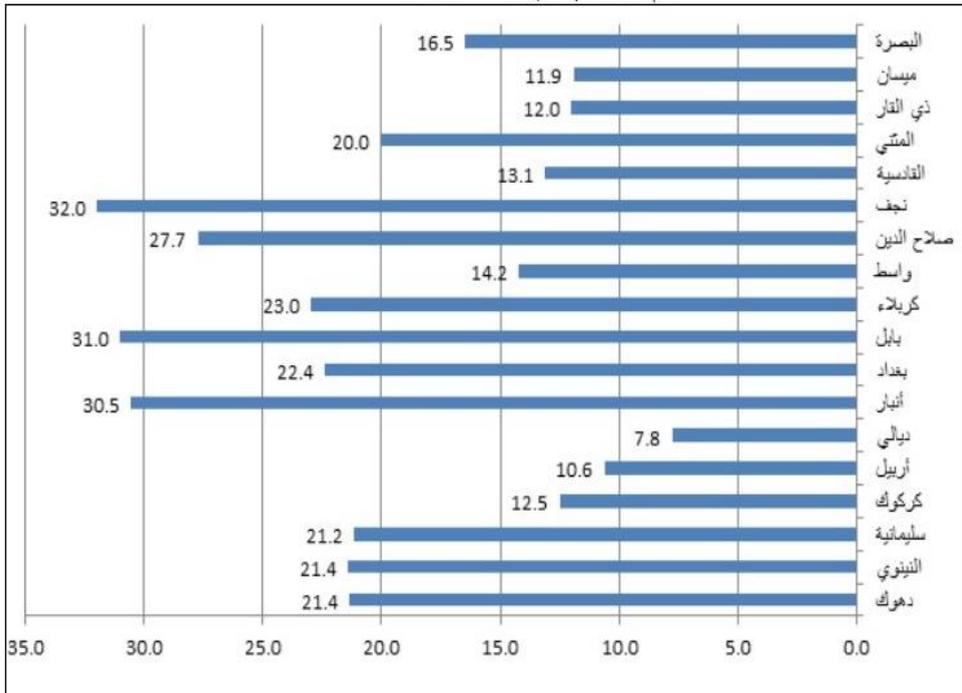
وعموماً تقسم أسباب وفيات الأمهات إلى ثلاث مجموعات: مجموعة توليدية مباشرة تتجم عن مضاعفات الحمل والولادة وتشكل أربعة أخماس مجموع الأسباب، ومجموعة توليدية غير مباشرة ناجمة عن بعض الأمراض، ومجموعة ثالثة تتعلق بالحوادث والقتل، (صباح وهب عبد الله العتايبي، 2014).

وترتبط صحة الأم بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للمجتمع، كما أن برامج الصحة العامة الأخرى مثل صحة البيئة، برامج مكافحة الأمراض المعدية، صحة التغذية وغيرها ذات تأثير مباشر على صحة الأم. على أن ينبغي إجراء فحوصات مختبرية على عينة من دم الحامل لاستكمال صورة وضعها الصحي لاسيما معرفة نسبة الهيموغلوبين في الدم التي تعكس حالة الوضع الغذائي، ومعرفة صنف الدم والصفة الوراثية التي تميز كريات الدم الحمراء، (مكتب اليونسكو الإقليمي، 1990).

وخلال مدة الحمل ينبغي على المرأة الحامل أن تحصل على رعاية صحية أولية قبل الولادة، وأن تجري فحصاً دورياً، بلغت نسبته في العراق عام 2013 نحو 52% (زيارة واحدة) و34% (أربع زيارات فأكثر). وتتباين هذا النسبة فيما بين المحافظات، من أعلاها (لأربع زيارات فأكثر) في كربلاء (52%) وقريباً منها في النجف وذي قار، إلى أدناها في الأنبار (15%) وقريباً منها في المتنى.

#### شكل (4)

نسب استخدام الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل والولادة بين النساء (15-49) سنة لآخر مولود بحسب المحافظات



المصدر: جمهورية العراق، وزارة التخطيط، ج م ح وجهات اخرى، المسح المتكامل للاوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة العراقية 2011، تموز 2012، ص 92.

وأشارت عينة عام 2012 إلى أن 83.8% من الأمهات المتوفيات حصلن على رعاية صحية أولية، ونحو نصف المتوفيات قمن بـ 2-3 زيارات إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية خلال مدة الحمل وأن 46.1% من المتوفيات تلقين الرعاية من مركز صحي 38.8% من عيادات خاصة و15.1% من المستشفيات، (وزارة التخطيط، 2013).

وتشمل الرعاية الصحية الأولية، في مراكز الرعاية المعتمدة، على الخدمات الأساسية والشاملة المقدمة في المجالات الوقائية والعلاجية ومتابعة نمو الطفل في الرحم لغرض تحسين صحة الفرد والمجتمع وخصوصاً صحة الأم والطفل. وتتصح منظمة الصحة العالمية بان تراجع الحامل المختصين خمس مرات على الأقل خلال مدة الحمل. ولوحظ ان نحو نصف النساء الحوامل يتأخرن في الحصول على الرعاية الصحية إلى ما بعد الشهر الرابع من الحمل وبخاصة في جنوب العراق، (وزارة التخطيط، 2005). ومن الصعوبات التي واجهت النساء الريفيات اللواتي ولدن في المنزل عدم تمكن سيارات الإسعاف من الوصول إلى 40% منهن، (صلاح محسن جاسم، 2010).

أما رعاية الأم أثناء الولادة فتشمل التسهيلات الطبية والصحية والنفسية التي تتلاقها أو يتم تقديمها للام أثناء الولادة من قبل مختصين صحيين للمساعدة في الوصول لولادة آمنة نفسياً وعضوياً، ولهذه المساعدة دور في تقليل نسب وفيات الأمهات والأطفال الرضع.

والمعروف عن النساء الحوامل، والريفيات بصورة خاصة، انهن اقل تقبلاً للسماح للأطباء الذكور بالإشراف على ولادتهن في المستشفيات. وهذه العادات تمثل مشكلة في مثل تلك البيئات لان 58.5% من الأطباء وحوالي 63% من الملاكات التمريضية ومن ذوي المهن الصحية و53% من المساعدين الصحيين هم من الذكور العاملين في المستشفيات، وإشرافهم على الولادات فيها أمر محتمل بنسبة كبيرة. وبسبب العادات تختار الحامل قابلة أنثى لإجراء الولادة في المنزل لاسيما وان حالة المؤسسات الصحية في الريف ليست بالمستوى المطلوب لذلك ترى النساء الحوامل ان الولادة في المنزل أفضل من إجرائها في المؤسسات الصحية الحكومية.

وخلال مدة النفاس (بعد الوضع) تبدأ الرعاية بعد الولادة مباشرة وتستمر ستة أسابيع (42 يوماً)، يعود خلالها جهاز المرأة التناسلي إلى وضعه الاعتيادي، إذ ينقلص الرحم ويعود لحجمه الطبيعي، إي إلى ما كان عليه قبل الولادة. وقد لا يعود ويحدث نزيف يتطلب تدخل الطبيب لمعالجة هذا الوضع الطارئ. ويكون ذلك الجهاز عرضةً للالتهابات وخاصةً عندما تتعدم شروط النظافة والتعقيم أثناء الولادة. مما قد يؤدي إلى ما يسمى بـ(حمى النفاس) التي كانت، في زمن غير بعيد، من أهم أسباب وفيات الأمهات.

وعلى الأم أن تستمر في إجراء الفحوصات على جسمها بعد الولادة، وفي العراق بلغت نسبة إجراء تلك الفحوصات عام 2013 نحو 53% وهي تتباين فيما بين المحافظات من أعلاها في واسط (84%) وقريباً منها في القادسية (79%) إلى أدناها في اربيل (17%) ودهوك (21%) وكل من ديالى والسليمانية (22% لكل منهما). وعلى الأم أيضاً أن تواصل الزيارة لوليدها لوجود مخاطر عليه بلغت نسبتها 22% وكانت الزيارة الأولى قد بلغت نسبتها 74%، انخفضت في الزيارة الرابعة إلى 57%، (وزارة الصحة، 2013).

ولخدمات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية دور مكمل في تقليل وفيات الأمهات والأطفال وبقية الفئات. فهي تمثل إحدى الركائز الأساسية للخدمات الصحية العلاجية والتأهيلية التي يتم تقديمها للمواطن من خلال المستشفيات العامة والتخصصية المنتشرة في عموم العراق بما يؤمن التكامل في تقديم الخدمات الصحية للفرد والمجتمع.

ففي العراق تخدم كل (0.7) مستشفى حكومي نحو مائة ألف نسمة من السكان، تتباين من أعلاها في السليمانية (1.9 مستشفى) إلى أدناها في نينوى (0.4 مستشفى). ومن مجموع المستشفيات الحكومية البالغة 255 مستشفى في العراق توجد منها 13 مستشفى متخصصة بالنسائية والتوليد (5.1%)، ست منها تتواجد في وسط العراق وجنوبه موزعة على خمس محافظات. في حين تتواجد سبع منها في ثلاث محافظات شمالية، وبالرغم من ضرورتها للأمهات إلا أن توزعها على المحافظات غير عادل.

أما المستشفيات المتخصصة بالولادة والأطفال فعددها 19 مستشفى، أكثرها يتركز في محافظة السليمانية (4 مستشفيات) واثنان في كل من بغداد وديالى والأنبار، ومستشفى واحد في محافظات أخرى.

ويمكن أن تؤخذ أسرة المستشفيات كمؤشر صحي، في زيادتها إيضاح للإمكانيات الطبية المهيأة للعلاجات السريرية وخدمة المرضى على أفضل شكل، وقلتها مع تزايد السكان إشارة إلى ضعف القدرات الإنشائية والعلاجية.

وعموماً يرتبط عدد أسرة المستشفيات (لكل ألف من السكان) بعلاقة عكسية مع مستوى وفيات الأمهات، أي أنه كلما زاد العدد تنخفض مستوى الوفيات المذكورة. ويظهر هذه العلاقة معامل ارتباط بيرسون (-0.16) وإن كانت ضعيفة، حيث أن هذا الضعف هو انعكاس لمدى دقة بيانات وفيات الأمهات.

## جدول (1)

توزيع عدد الأسرة لكل ألف من السكان في المستشفيات الحكومية في العراق عام 2013

عدد الأسرة	المحافظة	عدد الأسرة	المحافظة
1.4	واسط	1.5	بغداد
1.0	ذي قار	1.5	البصرة
1.6	المتنى	1.1	نينوى
1.1	صلاح الدين	1.1	ميسان
1.3	النجف	1.1	القادسية
1.2	وسط العراق وجنوبه	1.0	ديالى
1.6	اربيل	1.1	الانبار
1.4	دهوك	1.1	بابل
1.6	السليمانية	1.1	كربلاء
1.3	اجمالي العراق	0.9	كركوك

المصدر: وزارة الصحة، دائرة التخطيط وتنمية الموارد، التقرير الإحصائي السنوي 2013، مطابع دائرة العيادات الطبية الشعبية، بغداد، جدول 3-5، ص 107.

وكما لوحظ وجود تباين في عدد المؤسسات الصحية وعدد الأسرة، يلاحظ مثل ذلك عند توزيع عدد الأطباء لكل عشرة آلاف نسمة من السكان بين المحافظات العراقية. فبينما كانت النسبة عام 1997 نحو 4.2 طبيب، تضاعف إلى 8.8 طبيب عام 2013. وبينما يرتفع الرقم عن متوسط إجمالي العراق في كل من السليمانية واربيل وكربلاء وبغداد يلاحظ اقترابه من متوسط القطر في كل من دهوك والنجف وبابل والبصرة. في حين يقل في بقية المحافظات عن 8 أطباء، بل ويصل إلى نصف هذا الرقم في محافظة ذي قار (4.5 طبيب) كما يتضح من الجدول (2):

## جدول (2)

متوسط عدد الأطباء لكل عشرة آلاف نسمة من السكان بحسب المحافظات عام 2013

متوسط عدد الاطباء	المحافظة	متوسط عدد الاطباء	المحافظة
5.6	واسط	9.9	بغداد
4.5	ذي قار	8.1	البصرة
6.5	المتنى	8.0	نينوى
7.3	صلاح الدين	5.5	ميسان
8.5	النجف	7.2	القادسية
7.8	وسط العراق وجنوبه	6.8	ديالى
15.6	اربيل	6.4	الانبار
8.5	دهوك	8.3	بابل
18.4	السليمانية	9.8	كربلاء
8.8	اجمالي العراق	5.7	كركوك

المصدر: وزارة الصحة، دائرة التخطيط وتنمية الموارد، التقرير الإحصائي السنوي 2013، مطابع دائرة العيادات الطبية الشعبية، بغداد، جدول (6-3)، ص 167.

أما حالات الولادة التي تجرى تحت إشراف موظفي صحة من ذوي الاختصاص (طبيب، ممرضة، قابلة) فإن نسبتها تصل في العراق (عدا المحافظات الشمالية الثلاث) إلى 87.7% تتراوح من 99.9% في كربلاء إلى 66.1% في صلاح الدين عام 2013. في حين يبلغ الرقم المستهدف عام 2015 بحسب الألفية نحو 100%، (التقرير الوطني للتنمية البشرية، 2014). كما يخدم كل عشرة آلاف نسمة من السكان نحو 19.6 من ذوي المهن الصحية.

وهناك عوامل أخرى ترتبط بصحة الأم تتعلق بمدى توفر الخدمات ذات العلاقة بصحة الإنسان. فقد بلغت نسبة السكان الذين يحصلون على مياه مأمونة صالحة للشرب في العراق عام 2010 نحو 78.7%، ترتفع في الحضر إلى 86.1% وتخفض في الريف إلى 62.1%. ونسبة السكان الذين يمكنهم الانتفاع بصرف صحي محسن عام 2011 تبلغ 93.8%، (عباس فاضل السعدي، 2014).

إن تباين الخدمات المقدمة والمؤشرات الصحية بين المحافظات العراقية يعكس مدى التباين في وفيات الأمهات والرضع والأطفال أقل من خمس سنوات وبقية الفئات العمرية للسكان. نسبة الأمهات الحوامل المحصنات بلقاح توكسيد الكزاز:

ترتبط وفيات الأمهات بعلاقة طردية مع الأمهات غير المحصنات بلقاح الكزاز، فكلما ارتفعت نسبة غير المحصنات بلقاح الكزاز ازدادت نسبة وفياتهن، وبالعلاقة عكسية مع النساء المحصنات.

وقد بلغت نسبة النساء الحوامل الملقحات بلقاح توكسيد الكزاز عام 2013 نحو 24% للجرعة الأولى و 12% للجرعة الرابعة. في حين بلغت نسبة النساء غير الحوامل الملقحات نحو 10% للجرعة الأولى و 5% للجرعة الرابعة، (وزارة الصحة، 2013).

وتتباين نسبة النساء الحوامل الملقحات باللقاح المذكور في الجريتين بين المحافظات، من أعلى نسبة في ديالى (49%) والسليمانية (37%) إلى ادني نسبة في واسط (16%) للجرعة الأولى. أما في الجرعة الرابعة فقد تباينت النسب من أعلاها في ديالى (31%) إلى أدناها في دهوك (5%). والتباين في اخذ هذا اللقاح بين المحافظات له تأثير كبير في تباين وفيات الأمهات فيما بينها.

## 2-10- عمر الأم عند الحمل:

يعد عمر الأم عند الحمل من العوامل الديموغرافية المؤثرة على نسب وفيات الأمهات لتعرضها لمخاطر الحمل والوضع. ويأخذ هذا التعرض، بالنسبة لعمرها، شكلاً منحنياً يشبه الحرف

U. حيث تزداد فيه أخطار الوفاة نسبياً قبل بلوغ سن العشرين. وتبلغ نسبة الوفاة أدنى حد له بين سن 20-30، وهي المدة المثالية للحمل، ثم يرتفع بعد سن الثلاثين.

ويعد الحمل بعد سن الـ(35) عملية مجازفة بالغة الخطورة من وجهة النظر الطبية وينبغي تفاديها قدر الإمكان. فالنساء اللاتي يحملن بين سن (30 و 40) تبلغ نسبة تعرضهن لأخطار الوفاة أثناء الحمل أو الولادة ضعف نسبة تعرض النساء اللاتي يحملن بين سن 20 و 30، فقد بلغت النسبة عام 2012 نحو 48.5%، (وزارة التخطيط، 2014).

وترتفع نسبة تعرض النساء فوق سن 40 إلى أربعة أو خمسة أضعاف النسبة المثالية، (عبد الرحيم عمران، 1988). وقد بلغت نسبة وفيات الأطفال 64 وفاة لكل ألف ولادة حية عندما كانت الأم بعمر 40-49 سنة، وينخفض إلى أدنى معدلاته بعمر 20-29 سنة، (وزارة التخطيط، وبيت الحكمة، 2009).

وهناك مخاطر عديدة خاصة بالحمل في سن المراهقة مثل حصول تسمم الحمل، وفقر الدم، وصعوبة الولادة. كما يزداد احتمال ولادة أطفال غير كاملين النمو أو بعيوب خلقية أو وفاتهم عقب ولادتهم. ومن الممكن خفض احتمالات هذه المخاطر إذا ما تم تأجيل الحمل الأول إلى الفئة العمرية التالية.

## 2-11- الخصب وتنظيم الأسرة:

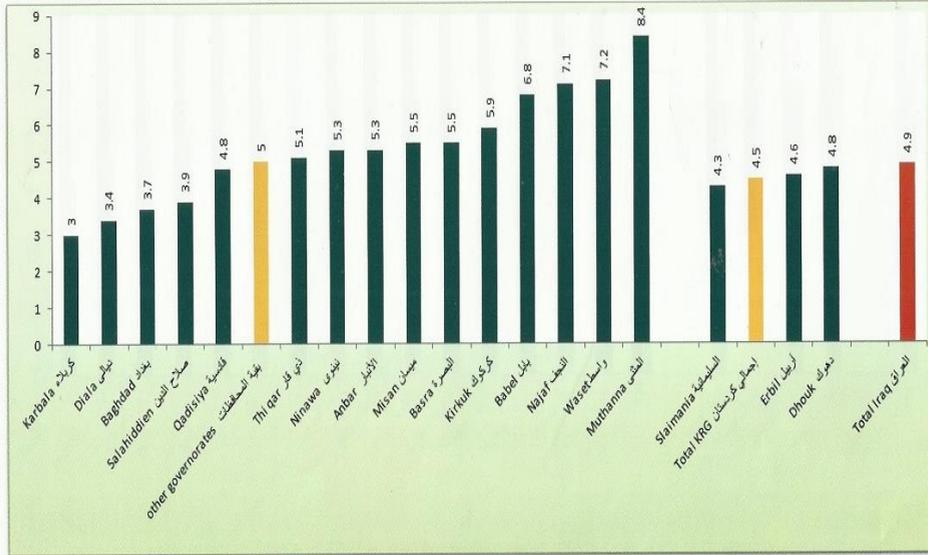
اتجهت معدلات الخصوبة، خلال العقود الثلاثة الأخيرة، نحو الانخفاض التدريجي وبوتائر معتدلة. ولكن بعد عام 2006 ارتفع المعدل قليلاً من 4.3 إلى 4.5 مولود/امرأة في عام 2011 ثم انخفض المعدل إلى 4.2 مولود/امرأة عام 2013، (سهام محمد عبد الحميد، 2014، التقرير الوطني للتنمية البشرية، 2014). ويعد من أعلى معدلات الخصب الكلية في الأقطار العربية والدول النامية والعالم. وقد رافق ارتفاع المعدل المذكور في العراق ارتفاع في نسبة الزواج المبكر. وكان لبيئة السكن، وتحسن المستوى المعيشي للأسرة، والتوجهات الدينية في السنوات الأخيرة الأثر المباشر على توجه نمط الخصب بهذا الاتجاه.

ويؤثر الزواج المبكر سلباً على اليافعة بل هو انتهاك لحقوق المرأة، فضلاً عن خطورته على صحة اليافعة الإنجابية، إذ ستعرض لمخاطر الحمل المبكر، والانقطاع عن التعليم، وصعوبة التأقلم للظروف الاقتصادية والاجتماعية المستجدة. وقد ارتفعت قليلاً نسبة اليافعات المتزوجات بعمر يقل عن 15 سنة من 5.4% إلى 5.5% بين عامي 2006 و 2011، كما ارتفعت النسبة بعمر يقل عن 18 سنة من 22.6% إلى 23.4% خلال المدة نفسها. وللمستوى التعليمي تأثير واضح لخفض نسبة اليافعات المتزوجات بعمر 15-19 سنة. فبينما ترتفع نسبتهن إلى 32% للحاصلات على الشهادة الابتدائية، تنخفض إلى 12% عند الحاصلات على الشهادة المتوسطة،

مع وجود فوارق بين الحضرة والريف ليست كبيرة لكنها تتأثر بمستوى التعليم، حيث ترتفع النسبة بين غير المتعلمات وعند الأسر الفقيرة، (سهام محمد عبد الحميد، 2014).

### شكل (5)

نسبة النساء في سن الإنجاب اللاتي تزوجن مبكراً قبل بلوغ العمر 15 بحسب المحافظة عام 2011.



المصدر: جمهورية العراق، وزارة التخطيط، ج م ح وجهات اخرى، المسح المتكامل للاوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة العراقية 2011، تقارير المحافظات، 2012، ص 42.

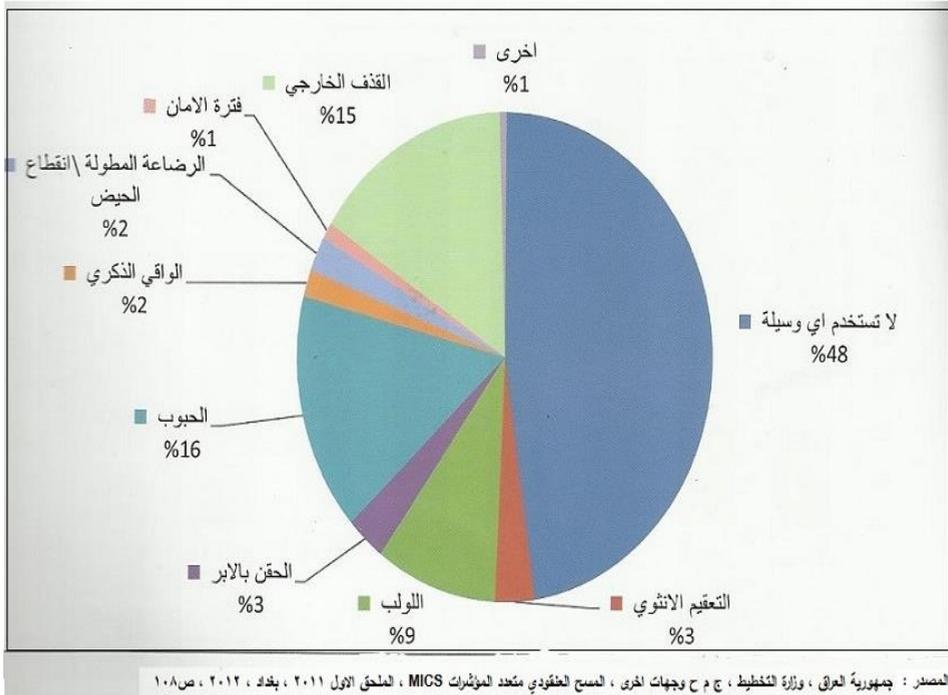
لذلك يرتفع معدل الولادة في سن المراهقة إلى نحو 59 لكل ألف امرأة بعمر 15-19 سنة مقابل 46 بالآلاف في مصر و29.5 بالآلاف في إيران و39.2 بالآلاف في تركيا، (وزارة التخطيط، 2014). ويتباين المعدل بين محافظات العراق، من أدناه في دهوك (23.5) إلى أعلاه في النجف (89.3) وولادة لكل ألف امرأة للفئة العمرية المشار إليها. وفي عام 2013 ارتفع المعدل إلى 72 بالآلاف، ويتفاوت بين المحافظات، من أدنى معدل في صلاح الدين (53 بالآلاف) إلى أعلى معدل في النجف (106 بالآلاف). في حين ان معدل الولادات الخام لإجمالي العراق لا يزيد عن 36 لكل ألف امرأة (أعلاه في دهوك وأدناه في السليمانية)، (وزارة الصحة، 2013).

وعلى الرغم من الارتفاع النسبي لظاهرة الزواج المبكر وارتفاع معدلات الخصب السكاني خلال المدة 2006-2011 إلا أنها عبر العقود الماضية تراجعت هذه الظاهرة قليلاً، حيث تشير الدراسات المتخصصة إلى أن المجتمع العراقي يبدي استعداداً متزايداً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة والتقليدية من أجل منع حالات الحمل المبكر جداً أو المتأخر جداً، والحمل المتكرر الزائد عن أربعة، وترك مدة زمنية كافية بين الولادات، وتحديد عدد الأطفال.

فقد ارتفعت نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة من 43.5% في عام 2000 (MICS) إلى 49.8% في عام 2006. والاتجاه نحو استخدام وسائل تنظيم الأسرة في تحسن مستمر، تؤكد ذلك نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4) لسنة 2011 حيث وصلت النسبة إلى 52.5%. أي أن أكثر من نصف النساء المتزوجات بعمر 15-49 سنة يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة (وهي في الحضر 54.7% وفي الريف 47%). ولا يقتصر تحسن التوجه نحو تنظيم الأسرة في العراق على ذلك وإنما سار نحو استخدام الوسائل الحديثة بنسبة 33.6%، في حين أن 18.8% من النساء المتزوجات بعمر الإنجاب يستخدمن من الوسائل التقليدية، نتيجة لزيادة الوعي بأهمية الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، واتساع خدمات الرعاية الصحية الأولية، فضلاً عن توفر وسائل تنظيم الأسرة في القطاع الخاص.

ويتباين معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة من محافظة لأخرى، من أدناها في نينوى (43%) إلى أعلاها في السليمانية (68.1%). في حين يقترب معدل الاستخدام في محافظات بغداد والأنبار وكربلاء والنجف والبصرة وبابل ودهوك من معدل القطر (52.5%)، (وزارة الصحة، 2013).

شكل (6)  
استخدام وسائل تنظيم الأسرة في العراق عام 2011.



ومن المعروف أن النساء اليافعات أقل ميلاً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة لأنهن يرغبن بالحمل والولادة، وهي حالة سلبية تعرض اليافعات إلى المخاطر الصحية كنتيجة لظاهرة سلبية أخرى وهي الزواج المبكر. وكلما ازداد عدد الأطفال الأحياء للمرأة، كانت أكثر ميلاً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة. فقد ارتفعت نسبة الاستخدام من 33% للنساء اللواتي لديهن طفل حي واحد إلى ضعف هذا الرقم للنساء اللواتي لديهن أربعة أطفال فأكثر، وهذا تقريباً توجه شبه ثابت لم يطرأ عليه تغيير خلال المدة (2000-2011).

وبالنسبة للمباعدة بين الأحمال بلغت نسبة الرغبة فيها 5%، والحد من النسل 4%، (سهام محمد عبد الحميد، 2014). ويعد تدني مستوى استخدام وسائل تنظيم الأسرة لتقادي الحمل المبكر جداً من أهم مشاكل ارتفاع نسبة وفيات الأمهات والأطفال.

ويصل عدد المراكز التي تعمل بتنظيم الأسرة في العراق إلى 391 مركزاً، تشكل أقل من 10% من مجموع المؤسسات الصحية في القطر. ويوجد تفاوت كبير بين المحافظات، من مركز واحد في المثنى إلى 69 مركزاً في محافظة بغداد (حوالي 18% من مجموع عدد المراكز). وهو انعكاس لحجم السكان والمستوى الحضاري الذي بلغته كلا المحافظتين.

ويرتبط عدد المراكز التي تعمل بتنظيم الأسرة بعلاقة عكسية مع نسبة وفيات الأمهات، أي كلما ازداد عدد تلك المراكز قل نسبة الوفيات المشار إليه. ويؤكد ذلك معامل ارتباط بيرسون الذي يظهر تلك العلاقة (-0.06) وإن كان المعامل ضعيفاً الذي يعكس بيانات وفيات الأمهات الذي يشوب تسجيلها نقص واضح.

## 2-12- تكرار الحمل والمباعدة ما بين الولادات:

يرتفع احتمال وفاة الأم الحامل والطفل الرضيع كلما قصرت المدة بين ولادتين متتاليتين وذلك لأنها لا تمنح الوقت الكافي للام لاستعادة عافيتها البدنية والغذائية، مما يجعلها تتعرض لحالات فقدان حمل ومواليد ذوي وزن ناقص عند الولادة.

وينبغي أن ينظر إلى مدة الولادة بوصفها مؤشراً يدل على مدى الضغط على الأم من أجل رعاية الأطفال. فعندما تكون مدة الولادة قصيرة سيكون هناك على الأقل طفلان صغيران في الأسرة. مما يمكن أن يسبب ضغطاً شديداً على الأم المسؤولة عن رعايتهما، ومن ثم يفضي إلى ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال.

وعليه تزداد مخاطر الولادة ووفيات الأمهات أثناء الحمل أو الوضع أو ما بعده مع زيادة مرات الحمل، حيث تتعرض الأم المتعددة الولادات لخطر الوفاة بنسبة أكبر (ثلاث أو أربع مرات) من نسبة تعرض الأم ذات الأسرة الصغيرة.

فقد تعرضت نحو 30% من النساء الحوامل في عام 2013 إلى الخطورة، تراوحت من أعلاها في محافظة البصرة وذي قار (48 لكل منهما) إلى أدناها في دهوك (13%)، وقد تؤدي هذه الخطورة إلى وفاة الأم.

وقد أشارت عينة عام 2012 إلى أن 47.1% من الأمهات المتوفيات كان لديهن 4 أطفال فأكثر و40.5% لديهن 2-3 أطفال، (وزارة التخطيط، 2014).

وتشمل المخاطر المصاحبة للحمل والولادة والنفاس تسمم الحمل، انيميا الحمل، ضغط الدم المرتفع، فقر الدم، الولادة المتعسرة، حمى النفاس، عيوب المشيمة، سوء جيئة الجنين، النزيف، انفجار الرحم، سرطان عنق الرحم، روماتزم المفاصل.

وفضلاً عما تقدم هنالك أمراض حوالي الولادة تنجم عن اعتلال صحة الأم قبل الحمل وأثناءه مع قلة الرعاية بعد الولادة مباشرة، وإلى ممارسات الولادة غير الصحية وغير المأمونة، مما يسبب في رفع وفيات الأمهات والرضع.

وعليه فإن العدد المثالي لحجم الأسرة، من وجهة النظر الصحية، طفلان أو ثلاثة تفصل بينهم مدة مناسبة لا تقل عن سنتين أو ثلاث سنوات بحيث تكون الأم قد بلغت سناً آمنة، وبحيث تتوفر الرغبة الكاملة في إنجاب هؤلاء الأطفال.

### III- الخلاصة والتوصيات

#### 3-1- الخلاصة

توصل البحث إلى جملة استنتاجات فيما يأتي أبرزها:

- انخفضت نسبة وفيات الأمهات، بحسب عينة عام 2012، إلى 35.7 حالة وفاة لكل مائة ألف ولادة حية، أي إلى اقل من ثلث ما كان عليه قبل ربع قرن. وبذلك يكون قد اقترب من الرقم المستهدف عالمياً سنة 2015 والبالغ 29 وفاة.
- اتضح أن ثلاثة أرباع حالات وفيات الأمهات كانت موثقة كوفاة أم والربع المتبقي لم يحدث في أقسام التوليد من المؤسسات الصحية الحكومية.
- أن أكثر من ثلاثة أرباع الأمهات توفين عندما كنَّ في المستشفى، وأغلبها حدث في مرحلة النفاس، وحددت نسبة الوفيات بين الأمهات الحوامل بنحو 23%، نصفها حدث في الحمل الأول.

- ظهر أن حوالي ربع الأمهات المتوفيات لم تراجع، في مرحلة ما بعد الولادة، أية مؤسسة صحية. واتضح أن أكثر من ربع سبب المضاعفات في تلك المرحلة هو النزيف والشحوب، واتضح وجود نقص في الرعاية المركزة (الإنعاش) الخاصة بالأمهات الحوامل.
- قلة عدد المستشفيات المتخصصة بالنسائية والتوليد فضلاً عن توزيعها غير العادل بين المحافظات، ونصف عدد المحافظات محرومة من خدماتها.
- ترتفع نسب وفيات الأمهات في سن المراهقة (اقل من 20 سنة) بنسبة 60% عن الأمهات اللاتي يفقدن حياتهن بين سن 20-24 عام. كما يزداد احتمال وفاة الطفل خلال العام الأول من عمره مرتين أو ثلاث مرات قياساً بوفيات الأمهات في سن المراهقة.
- تزداد مخاطر الولادة ووفيات الأمهات أثناء الحمل أو الوضع أو ما بعده مع زيادة مرات الحمل، حيث تتعرض الأم المتعددة الولادات لخطر الوفاة بنسبة اكبر (ثلاث أو أربع مرات) من نسبة تعرض الأم ذات الأسرة الصغيرة.

### 2-3- أهم التوصيات

- زيادة الاهتمام بصحة الأم والطفل وتوعية الأمهات لخفض معدلات خصوبتهن وتقليل الفوارق الحضارية بين الريف والحضر لتقليل فجوة وفيات الأمهات بين البيئتين، وتشجيع الولادة في المستشفيات، وتوفير الكادر النسائي المتخصص، والقيام بحملات صحية لفحص الحوامل في الريف، وتوفير سيارات الإسعاف القادرة على الوصول إلى مختلف المناطق لنقل الحالات المستعجلة.
- إجراء مسوحات دورية عن وفيات الأمهات آخذين بالحسبان أن تكون ممثلة للمجتمع وأن تشمل سبب الوفاة ووقت ومكان حدوثها وعمر المرأة عند الوفاة ومستواها التعليمي والاقتصادي لكي تساعد هذه البيانات على فهم ومعالجة الظاهرة المدروسة.

### - قائمة المراجع:

### - باللغة العربية

- الأمم المتحدة، الاتحاد الدولي للدراسات العلمية للسكان، المعجم الديموغرافي متعدد اللغات، السفر العربي، ط1، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الاسكوا)، 1989، ص94.
- اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق، حالة سكان العراق 2010، دعم صندوق الأمم المتحدة للسكان، شباط 2011، ص24.
- اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق، تحليل الوضع السكاني في العراق 2012، دعم صندوق الأمم المتحدة للسكان، حزيران 2012، ص47.

- أحمد صادق دولت، محمد عبد الرحمن الشرنوبى، الأسس الديموغرافية لجغرافية السكان، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1969، ص119.
- بديعة محمد نجيب، صحة الجنين وتأثره بصحة الأم الحامل، الاتحاد العام لنساء العراق، حلقة دراسية (رقم 17)، بغداد، 1979، ص3.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، الأهداف التنموية للألفية في البلدان العربية نحو 2015: الانجازات والتطلعات، نيويورك، كانون الأول 2003، ص13.
- جمهورية العراق، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء (ج م ح) وجهات أخرى، التقرير الوطني للتنمية البشرية 2014: شباب العراق تحديات وفرص، ط1، ص21-22.
- جمهورية العراق، وزارة التخطيط، ج م ح وجهات محلية ودولية أخرى، خلاصة نتائج مسح خارطة الفقر ووفيات الأمهات 2013، مطبعة الجهاز، بغداد، 1014، ص6.
- جمهورية العراق، وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي، ج م ح وتكنولوجيا المعلومات، مسح الاحوال المعيشية في العراق 2004، ج2، التقرير التحليلي، بغداد، 2005، ص74-76.
- جمهورية العراق، وزارة التخطيط، ج م ح وجهات محلية ودولية أخرى، المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة العراقية: تقرير المحافظات (1-WISH 2011)، تموز 2012، ص12.
- جمهورية العراق، وزارة التخطيط وبيت الحكمة، العراق 7000 سنة من الحضارة، التقرير الوطني لحال التنمية البشرية 2008، بغداد، 2009، ص60.
- جمهورية العراق، وزارة الصحة، التقرير الموحد السنوي للولادات، 2008.
- جمهورية العراق، وزارة الصحة، دائرة التخطيط وتنمية الموارد، التقرير الإحصائي السنوي 2013، مطابع دائرة العيادات الشعبية، بغداد، ص46.
- جمهورية العراق، وزارة الصحة، قسم الإحصاء الصحي والحياتي لعام 2008، بيانات غير منشورة.
- جيمس ب غرانت، وضع الأطفال في العالم 1990، منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا، مكتب اليونسكو الإقليمي.
- حسين جعاز ناصر، "التباين المكاني لوفيات الأمهات في محافظة النجف"، مجلة الجمعية الجغرافية العراقية، العدد 44، حزيران 2000، ص347.
- سهام محمد عبد الحميد، الطفولة في العراق بين تداعيات الماضي وجهود التنمية، وزارة التخطيط، ج م ح، مطبعة الجهاز، بغداد، 2014، ص62.
- صباح وهب عبد الله العتابي، التباين المكاني للوفيات المسجلة في محافظة واسط، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، مقدمة الى كلية التربية للبنات بجامعة بغداد، 2014، ص74.
- صلاح محسن جاسم، "وفيات الأمهات في العراق"، مجلة الجمعية الجغرافية العراقية، المجلد 1، العدد 60، السنة 2010، ص243.

- عباس فاضل السعدي، "السكان والتنمية في محافظات الهضبة الغربية في العراق"، مجلة السدير، السنة الثانية 2004-2005، العدد 5 تصدرها كلية الآداب/جامعة الكوفة، ص129.
- عباس فاضل السعدي، جغرافية خدمات البنى التحتية في العراق، دار أمجد للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2014، ص43، 72.
- عباس فاضل السعدي، "وفيات الأطفال الرضع والحصار الاقتصادي في العراق"، مجلة النشرة السكانية، الاسكوا، العدد 44، 1996، ص56.
- عبد الرحيم عمران، سكان العالم العربي حاضراً ومستقبلاً، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك، 1988، ص297.
- فتحي محمد أبو عيانة، جغرافية السكان، ط2، دار النهضة العربية، بيروت، 1980، ص206.
- مكتب اليونسكو الإقليمي للتربية في الدول العربية، كتاب مرجعي في التربية السكانية، ج6: السكان والصحة والتغذية في الوطن العربي، ط1، عمان-الأردن، 1990، ص69.
- نجية صالح باجيشي وآخرون، نحو استراتيجية آمنة للأمومة في الجمهورية اليمنية، وزارة التخطيط والتنمية، ج م ت، المؤتمر الوطني الاول للسياسات السكانية في الجمهورية اليمنية، مشروع خطة العمل للسياسات السكانية في إطار الإستراتيجية الوطنية للسكان، صنعاء، 26-29 اكتوبر 1991، ص9-10.

#### - باللغة الأجنبية

- Beatty, Sharon, the status of Health and Nutrition of Women and children in the Yemen Arab Republic, December 1988, P.10.
- U.N.WHO, Maternal Mortality in 2005, Geneva, 2007, P. 16.



## إدارة المخاطر وتحديات أمن الأسرة العربية: دراسة سوسيو ديموجرافية تحليلية.

محمد عبد الرحمن صالح<sup>1</sup>

### - مستخلص

إن إدارة المخاطر يمكن أن تكون أداة قوية لتحقيق التنمية، وإحلال الأمن وتحقيق الرفاهية لشعوب العالم النامي. ذلك أن معظم سكان الوطن العربي يعانون من الفقر والبطالة وانتشار العشوائيات ونقص المياه والغذاء، والنمو السكاني المفرط، والحرمان من التعليم والرعاية الصحية. غير أن هذه المخاطر الاجتماعية يختلف تأثيرها باختلاف المجتمعات والتركيبة النوعي والعمرى للسكان وأوضاعهم الطبقيّة.

وهناك نوعان من المخاطر: المخاطر الاجتماعية بمعناها التقليدي، والتي تشير إلى مخاطر كالبطالة والفقر والاستبعاد الاجتماعي، وتردى خدمات الإسكان والمرافق، مما ينعكس على جودة الحياة. أما النوع الثاني فهو ما يسمى بالمخاطر الاجتماعية الجديدة، وهي المخاطر الناتجة عن التغيرات الاجتماعية والاقتصادية، يعد من أهمها: انسحاب دور الدولة من تقديم الخدمات الاجتماعية- ضعف شبكات الحماية والأمان الاجتماعي - ظهور الفقر والحرمان متعدد الأبعاد - التمييز ضد الشباب - فجوة النوع الاجتماعي العزوف عن الزواج والعنوسة - الطلاق والطلاق السريع - تغير التركيبة السكانية والتحول الديموجرافي.

هذا الواقع الجديد يؤثر سلباً على الأمن الإنساني العربي، وتوفير احتياجات السكان وتأمينهم ضد الأخطار المختلفة، حيث تشهد الساحة الدولية تغيرات جذرية، فرضت أن يكون هناك تفسيرات جديدة لمفهوم الأمن. حيث لم تعد مصادر التهديد للدولة، مجرد تهديدات عسكرية فقط، وإنما تعدت ذلك ومنها الإرهاب الدولي، وتجارة المخدرات عبر الحدود، وانتشار الأمراض والأوبئة والفقر والتلوث البيئي، ومن هنا يأتي الاهتمام الدولي بمفهوم الأمن الإنساني، من خلال إنشاء وحدة الأمن الإنساني (OCHA) في عام 2004، كاستجابة للتغيرات الجذرية التي يمر بها المشهد الدولي في الآونة الأخيرة بهدف رصد النوافذ الخارجية للمخاطر العربية- الكشف عن دور السياسات الاجتماعية في تنمية المخاطر- تحديد بعض السياسات المقترحة لدرء المخاطر العربية، باستخدام المنهج التحليلي المقارن، ومجموعة كبيرة من البيانات الثانوية، المستقاة من التقارير العالمية، وانتهى البحث إلى أن التبعية الكلاسيكية تمثل نواة مجتمع المخاطر، بينما تمثل العولمة السياسة الناعمة في تصدير المخاطر للمنطقة العربية- إن سوء إدارة المخاطر العربية ساعد على بقائها وإعادة إنتاجها - مثل نقص وهدر المياه، زيادة معدلات الفقر والبطالة، نمو العشوائيات وفجوة النوع الاجتماعي، الاستبعاد الاجتماعي للطبقة الوسطى..إلخ. في ضوء ما سبق يحدد البحث بعض سياسات درء المخاطر العربية وهي: تبادل الخبرات وتأسيس العمل العربي المشترك - توظيف الفائض السكاني في مناطق الندرة السكانية- محو الأمية وتطوير منظومة التعليم- إعادة بناء الطبقة الوسطى وخلق مساحات للحراك الاجتماعي - إنشاء وحدة المرصد الاجتماعية العربية.

**الكلمات المفتاحية:** المخاطر - إدارة المخاطر - الأمن الإنساني - أمن الأسرة العربية - عولمة المخاطر - سياسات درء المخاطر - المرصد الاجتماعي للمخاطر.

1- أستاذ مدرس بقسم علم الاجتماع، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، مصر.  
mohamed\_abdelrahman1152@yahoo.com.

## I - مقدمة

إن المخاطر العالمية هي تعبير عن شكل جديد من الاعتماد العالمي المتبادل، والتي لا يمكن معالجتها على نحو كاف عن طريق السياسة الوطنية أو الأشكال المتاحة من التعاون الدولي، (Ulrich Beck, 2006)، ويعتبر من أحدث الرسائل التي يبعث بها تقرير التنمية العالمي، إن إدارة المخاطر يمكن أن تكون أداة قوية لتحقيق التنمية، وإحلال الأمن وتحقيق الرفاهية لشعوب العالم النامي. ويوصى التقرير البلدان المختلفة بأن تنشئ مجالس وطنية لإدارة المخاطر كي تستطيع تقييم المخاطر بشكل منتظم، وأن تتسق العمل العام والخاص لمعالجتها، (World Bank, 2014). ذلك أن معظم سكان الوطن العربي يعانون من الفقر والبطالة وانتشار العشوائيات ونقص المياه والغذاء، والنمو السكاني المفرط، إضافة إلى تعرض البعض إلى الحرمان من التعليم والرعاية الصحية. غير أن هذه المخاطر الاجتماعية يختلف تأثيرها باختلاف المجتمعات والمجموعات السكانية وأوضاعها الطبقيّة.

فالأفراد الذين يتمتعون بإمكانات محدودة في التعليم والصحة، هم الأقل قدرة على مواجهة المخاطر، التي تتباين حسب المراحل العمرية. وإن أي نقص قد يتعرض له الفرد خلال هذه المراحل يعرضه للمزيد من المخاطر في مراحل لاحقة، (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2014)، وهناك نوعان من المخاطر: المخاطر الاجتماعية بمعناها التقليدي، والتي تشير إلى مخاطر كالبطالة والفقر والاستبعاد الاجتماعي، وتردّى خدمات الإسكان والمرافق، مما يعكس على جودة الحياة. أما النوع الثاني فهو ما يسمى بالمخاطر الاجتماعية الجديدة، وهي المخاطر الناتجة عن التغيرات الاجتماعية والاقتصادية، (أحمد زايد، 2013)، يعد من أهمها: انسحاب دور الدولة من تقديم الخدمات الاجتماعية - ضعف شبكات الحماية والأمان الاجتماعي - ظهور الفقر والحرمان متعدد الأبعاد - خلل المنظومة التعليمية واغترابها عن سوق العمل المعولم - سيادة النزعة الفردية في مواجهة المخاطر - التمييز ضد الأقليات والصراع الطائفي - التمييز ضد الشباب - فجوة النوع الاجتماعي - الفجوة بين الأجيال وتفكك الأسرة - ضعف الانتماء وزيادة الطلب على الهجرة - العزوف عن الزواج والعنوسة - الطلاق والطلاق السريع - تغير التركيبة السكانية والتحول الديموجرافي.

وعليه دعت ندوة إدارة المخاطر الاجتماعية في أبو ظبي، إلى ضرورة إنشاء وحدة في وزارات الشؤون والتنمية الاجتماعية لدول مجلس التعاون، والعمل على إصدار تقرير إقليمي خليجي موحد حول المخاطر الاجتماعية، (جريدة الاتحاد، 2013). ويعتبر من أبرز المخاطر التي تواجه المنطقة، التحولات الثورية العربية وانتشار الحروب الطائفية والمذهبية والإرهاب، هذا الواقع الجديد يؤثر سلباً على الأمن الإنساني العربي، وتوفير احتياجات السكان وتأمينهم ضد الأخطار المختلفة، ولا يتوقف ذلك عند حدود المجتمع الواحد وتأمين حياة سكانه، بل يمتد ليشمل المستوى الإقليمي والدولي. حيث تشهد الساحة الدولية تغيرات جذرية، فرضت أن يكون هناك تفسيرات جديدة لمفهوم الأمن.

وبشير مفهوم "الأمن الإنساني إلى: "أن أمن الإنسان لا يعني الحفاظ علي حياته فقط، وإنما أيضاً الحياة بكرامة وحرية ومساواة وتكافؤ في الفرص وتنمية قدرات البشر". ويعتبر مفهوم الأمن الإنساني مفهوماً ديناميكياً وليس جامداً، يختلف باختلاف المجتمعات. وفي أدبيات العلاقات الدولية، نجد اتفاقاً حول تعريف المفهوم من خلال عنصرين أساسيين، وهما: الحماية: ولحماية الإنسان من هذه المخاطر يجب الاعتراف بالحقوق الأساسية للإنسان، وبذل مجهود حقيقي من خلال المؤسسات الوطنية حكومية وغير حكومية لحماية هذا الأمن. والتمكين: فتمكين الأفراد يحدث بتوفير التعليم المناسب، ووجود مناخ عام من الديمقراطية واحترام الحريات العامة، وحق المشاركة السياسية، (United Nation, 2003). وبهذا المعنى يتضمن الأمن الإنساني سبعة محاور وهي: الأمن الشخصي- الأمن الغذائي- الأمن الصحي- الأمن البيئي- الأمن الاقتصادي، ولهذا يتداخل المفهوم مع مفاهيم أخرى مثل حقوق الإنسان. التي يعد أي نقص فيها تهديداً لأمن الأسرة العربية.

### 1-1- مشكلة الدراسة

تنبولور في قضية محورية مؤداها: أن التحولات الاقتصادية العالمية وسوء إدارة المخاطر العربية، ساهمت في تنمية مجتمع المخاطر، الذي يتجسد على أرض الواقع من خلال مجموعة من المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والديموجرافية، التي تنذر بتداعيات خطيرة على أمن واستقرار الأسرة العربية في المستقبل".

### 1-2- أهداف الدراسة

- رصد النوافذ الخارجية للمخاطر العربية
- الكشف عن دور السياسات الاجتماعية في تنمية المخاطر.
- بيان مؤشرات مجتمع المخاطر وتحديات أمن الأسرة العربية.
- تحديد بعض السياسات المقترحة لدرء المخاطر العربية.

### 1-3- أهمية الدراسة

- بيان حجم المخاطر المهددة للأمن الأسرة العربية.
- إن الاعتماد على فرضيات وآليات التبعية الكلاسيكية والمستحدثة، علاوة على الاستناد إلى الرؤى النظرية لما يسمى بسوسيولوجيا المخاطر، يبرز أهمية البحث على المستوى النظري. باعتباره من أكثر التوجهات النظرية حداثة.
- ربما يفيد البحث الراهن في إعداد السياسات الاجتماعية العربية بطريقة أقرب إلى الواقع المعاش، فضلاً عن زيادة وعي المواطن العربي بالتهديدات المتنوعة، التي تمس حياته وحياة أبنائه، مما يساهم في ارتفاع مستوى الشراكة بين المواطنين والحكومات، وتحمل نتائج السياسات المناهضة للمخاطر الاجتماعية.
- تقديم إسهام متواضع لعلاج المخاطر الراهنة والمحتملة في المستقبل. بناءً على مجموعة من السياسات الاجتماعية المقترحة، بهدف مؤازرة صناعات السياسة.

**1-4- منهجية وأدوات الدراسة:**

يعتمد البحث على المنهج التحليلي المقارن، وعلى مجموعة كبيرة من البيانات الثانوية، المستقاة من التقارير العالمية وهي: التنمية البشرية لعام 2013/2014 - التنمية الإنسانية 2010 - التنافسية العالمية 2013، إلى جانب التقارير التي تخص الجوانب السكانية وأهداف الألفية الثالثة، وخاصة تقرير فجوة النوع الاجتماعي 2013، والتقارير العربي لما بعد توصيات مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية 2014، ولقد اتجهت عملية التحليل من العام (النظام العالمي) إلى الخاص (الوطن العربي) إلى مستوى الوحدات الصغرى (البلدان العربية)، إضافة إلى المزج في التحليل بين أنماط المخاطر، والعلاقات التبادلية بينها. وبناءً على ذلك قسم البحث إلى الجوانب التالية:

**II: النوافذ الخارجية للمخاطر العربية**

إن تأسيس بنية مجتمع المخاطر ترتبط تاريخياً بالحقبة الاستعمارية، وما صاحبها من علاقات تابعة للنظام الرأسمالي العالمي، التي ساهمت في استدامة تدنى مستويات نوعية الحياة للمواطن العربي وبرزت المخاطر الاجتماعية. التي تطورت تحت تأثير عولمة التجارة والأعمال والمال والثقافات والسياسات، ويمكن تفسير ذلك على النحو التالي:

**2-1- التبعية المستدامة ونواة المخاطر**

يرى فرانك أن نظريات الحداثة تعد مضللة، حيث تشوه الحقيقة في تفسير أسباب الفقر في المستعمرات، (J. Matunhu, 2011)، كما إن التخلف المعاصر في جزء كبير منه هو نتاج للعلاقات الاقتصادية التاريخية التي ربطت بين عواصم المجتمعات الصناعية المتخلفة والبلدان المتقدمة، (Andre Gunder Frank, 1972)، فالعملية التاريخية التي ولدت التخلف في مكان ما هي نفسها التي ولدت التطور في مكان آخر، (فيصل سعد، 2005)، وما كان ذلك يمكن أن يتحقق بفعل آليات الدول المسيطرة، ولكن أيضاً من خلال قوة النخبة في البلدان التابعة، (Vincent Ferraro, 1996)، التي تعد الراعي الرسمي لعلاقات التبعية، والحفاظ على مصالح الغرب في الداخل، لكونهما شريكان في الاستغلال.

ولذا فإن التحرر من التبعية لن يحدث إلا من خلال شروط ثلاث هي: الاستقلال السياسي - الاستقلال الاقتصادي - التحول الاجتماعي الذي يؤدي إلى اختفاء الطبقات المرتبطة بالاستعمار عن بعد، (ثروت محمد، 2001)، وعلى الرغم من حصول الدول العربية والنامية على استقلالها وانفصالها عن النظام الاستعماري القديم، الذي وضع بذور (مجتمع المخاطر)، إلا أنها بقيت أسيرة الاستعمار الجديد، الذي فرض منظومة جديدة من الهيمنة، عن طريق آليات التبعية المستحدثة، التي ساهمت في (تنمية مجتمع المخاطر)، وكان ذلك عن طريق العولمة وما يرتبط بها من سياسات، أصبحت مهددة للأمن الأسرة العربية.

## 2-2- العولمة وتنمية المخاطر

منذ أن ظهر مفهوم العولمة ويثار تساؤلات عديدة منها: هل هي أنظمة تكامل اقتصادي وسياسي وثقافي عبر العالم؟ أم أنها هيمنة أمريكية على شئون العالم من أجل استغلال العالم النامي وانتهاك لحقوق الإنسان؟، (The Strategies And International Studies Center, Russia, 2001)، ويسعى المحللين الاجتماعيين والسياسيين إلى الإجابة عليها، مما ولد معارضة دولية نظراً لزيادة أسس عدم المساواة بين بلدان العالم، (James Wolfensohn, 2001)، نظراً لانعكاساتها السلبية على المستقبل، حيث زادت معاناة الشعوب على المستوى الدولي، (Christopher Chase-Dunn, 2007)، وجعلت المجتمع العربي باباً مفتوحاً للتدخل والتحكم الاقتصادي والسياسي والثقافي، الذي يصاغ وفقاً لمصالح الأطراف المسيطرة على العالم. ويعتبر من أخطر ما أنتجته العولمة التأثير المتزايد لصندوق النقد والبنك الدوليين، إضافة إلى العديد من المنظمات الدولية التابعة للأمم المتحدة، التي تعمل على تشكيل القضايا العالمية.

وإذا كانت العولمة قد أتاحت المزيد من الفرص الجديدة، لكنها فتحت الطريق أمام انتقال تداعيات الأزمات وانتشارها، واستمرارها في العقود المقبلة، (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2014). وتعتبر المنطقة العربية أكثر تضرراً بالعولمة، لأنها لا تملك التأثير على القرارات الدولية ووسائل الحماية منها.

إن جوهر الخطورة في العولمة أنها تستمد مرجعيتها من تصورات أورو-أمريكية، تسمح للقوى العالمية بالتحكم في العديد من الفعاليات الدولية، (جوزيف رامز أمين، 2001). بما في ذلك صياغة ثقافات الشعوب على النسق الأوروبي، من أجل خلق أجيال تميل في أفكارها وقيمها إلى الثقافة الغربية، بهدف إضعاف انتماء الشباب إلى أوطانهم ومحو فكرة القومية من قاموس التنشئة الاجتماعية للأجيال القادمة.

ولقد كان انتشار الإنترنت في أفريقيا ودول أمريكا اللاتينية من أهم العوامل التي ساعدت على نشر الثقافة الغربية وأمركة الثقافات العربية، (Radley Balko, 2007)، عن طريق تدفقات التجارة الثقافية من موسيقى وكتب وصناعة الأفلام وخدمات أخرى عابرة للحدود الدولية، (Institute For Statistics, Montreal, 2005)، فضلاً عن تأثيره القوي في قيام ثورات الفوضى الخلاقة في بعض البلدان العربية، حيث سهل عمليات الحشد والاستئثار وتنظيم المظاهرات والاحتجاجات.

ومن ثم فإن العولمة هي الأساس الذي يبني عليه شكل النظام العالمي في ق21، بهدف تدمير قدرة الدول والقوميات والشعوب على المقاومة السياسية، وسوف يكون اشد خطورة من النظام الذي ساد ق20، (حسين معلوم، 1999)، ويرى البعض أن العولمة هي "مرحلة ما بعد الاستعمار"، كما إنها استعمار بطريقة وصور حديثة، في حين يرى آخرون أنها اجتياح للنموذج الغربي الذي يريد أن يفرضه على كل دول العالم، (عبد العزيز المنصور، 2009)، وإذا كانت الصورة قاتمة حول المشكلات

الاقتصادية والاجتماعية التي يعاني منها العرب في المرحلة الراهنة، فإن الواقع السياسي أكثر مأساوية.

وإذا كانت أوجه الخطر في الماضي معروفة الأسباب والنتائج، فإن مخاطر اليوم يتعذر أن نحدد مصادرها وأسبابها، (دار الأخبار، 2014)، حيث يرى جيدنز أن هناك ثلاثة أنواع من المخاطر وهي، المخاطر المصنعة، والمخاطر البيئية، والمخاطر الصحية، إلى جانب سلسلة من المتغيرات وهي: التقلب في أنماط العمالة والاستخدام - تزايد الإحساس بانعدام الأمن الوظيفي - انحسار أثر العادات والتقاليد على الهوية الشخصية - تآكل أنماط العائلة التقليدية وشيوع التحرر والديمقراطية في العلاقات الشخصية، ولذا فإن مستقبل الأفراد لم يعد مستقرا وثابتا نسبيا كما كان الحال في المجتمعات التقليدية، (السيد ياسين، 2011)، وهكذا تعد العولمة مسئولة عن نمو معدلات الفقر والبطالة، والتفاوت الثقافي بين الأجيال وتفكك الأسرة وسيادة الفردية، والهدر الذي يتعرض له رأس المال البشري والاجتماعي.

ولقد تم إدخال مصطلح "مجتمع المخاطر" في علم الاجتماع من قبل بيك (1992)، حيث تغير المجتمع الحديث جوهريا، بالنظر إلى عدم المساواة في الثروة والدخل، (Martin Shaw, 1995)، والميل إلى الفردية في الحياة اليومية، حيث أصبح الفرد مجبراً على أن يفقد الثقة بالوعود العقلانية للإعلام والدولة، (أولريش بيك، 2013)، واللجوء إلى الحلول الفردية أمام غياب الحلول المجتمعية في إشباع متطلبات الحياة، مما أدى إلى انتشار أنماط متنوعة من الفساد الاجتماعي، الذي بات مهدداً للأمن الأسرة العربية.

ولقد استدعى ذلك تنامي تيار بحثي جديد في مجال علم الاجتماع تحت مسمى "سوسيولوجيا المخاطر"، التي تتباين من شخص لآخر حسب متغيرات التعليم والثقافة والدخل (أماني قنديل، 2013)، وإذا كانت العولمة الوسيلة لتصدير المخاطر وسياسة ناعمة، فإن مسؤولية البلدان العربية تكمن في سوء إدارة المخاطر.

## 2-3- إدارة المخاطر العربية

يعرف البنك الدولي إدارة المخاطر الاجتماعية : بأنها وسائل جديدة في النظر للخطر، بما في ذلك وضع مجموعة واسعة من استراتيجيات المبادرة الرسمية وغير الرسمية، من الأفراد والمجتمعات المحلية، والأمم والمجتمعات الدولية، (نياب البداينة، 2013)، وبهذا المعنى فإن إدارة المخاطر هي مسألة دولية أكثر منها محلية، ومنها الاتجار بالبشر والهجرة غير الشرعية والإرهاب...الخ. التي يعتمد أسلوب إدارتها على وجود المراصد الاجتماعية وأجهزة مختصة بالإنداز المبكر.

ويمثل نظام الرصد الاجتماعي أداة لمتابعة ورصد مؤشرات ظاهرة اجتماعية ما، بشكل دوري منتظم، وتحليلها ومتابعة تطورها والاستفادة منها في إعداد السياسات، (نياب البداينة، 2013)، ورقابة

أداء الحكومة في تنفيذ سياسات التنمية الاقتصادية، والكشف عن التباين في توزيع عوائد التنمية بين الجماعات السكانية والفجوة القائمة بين الأقاليم والفئات العمرية والنوعية للسكان، ومن ثم توافر القدرة على تقديم المقترحات المساعدة في برامج تعزيز العدالة الاجتماعية.

أما عن الإنذار المبكر فالهدف منه التنبؤ بالحالات السلبية قبل وقوعها، ومن مهامه: رصد الظواهر كالفقر والبطالة - الرقابة وتقييم أداء البرامج - تحليل البيانات - تنفيذ الدراسات ذات العلاقة بالمشكلات ذات الاهتمام - إنشاء قاعدة بيانات بموضوعات اختصاص المرصد - تنظيم المؤتمرات والندوات وورش العمل - التوصية للجهات المعنية. ويعتبر تصاعد معدلات البطالة وزيادة أعداد السكان تحت خط الفقر وتآكل الطبقة الوسطى، ونمو العشوائيات وزيادة معدلات التضخم، مؤشرات مهددة لأمن الأسرة، وإنذار مبكر لحدوث أزمات اجتماعية مستقبلية.

ذلك أن الفشل في إدارة المخاطر الاجتماعية التقليدية والناشئة، من شأنها أن توجع مشاعر سلبية ضد الحكومات، وتؤدي إلى العنف وعدم الاستقرار الاجتماعي، (نياب البداينة، 2013)، ورغم تصاعد المخاطر العربية لا يوجد مرصد اجتماعية لتوجيه السياسات الاجتماعية والاقتصادية، ذلك إلى جانب "التشتت" في جهود منظمات المجتمع المدني، وضعف الشراكة partnership في مواجهة المخاطر الاجتماعية، بين الحكومة، القطاع الخاص والمجتمع المدني. حيث يلاحظ أن معظم سياسات مكافحة الفقر مثلاً، تعتمد على سياسات الكفالة الخيرية دون سياسات التمكين، ومن ثم تلبي حاجة مؤقتة لا تساعد في القضاء على الفقر، أو الحد منه.

### III- مؤشرات المخاطر العربية

إن المدقق في أوضاع سكان الوطن العربي يجد كم هائل من المشكلات الاجتماعية، التي تؤثر على نوعية الحياة وتهدد أمن واستقرار الأسرة العربية، كما يصورها الشكل (1)، ويعتبر من أهم المخاطر الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية ما يلي:

#### 3-1- المخاطر الاجتماعية والاقتصادية

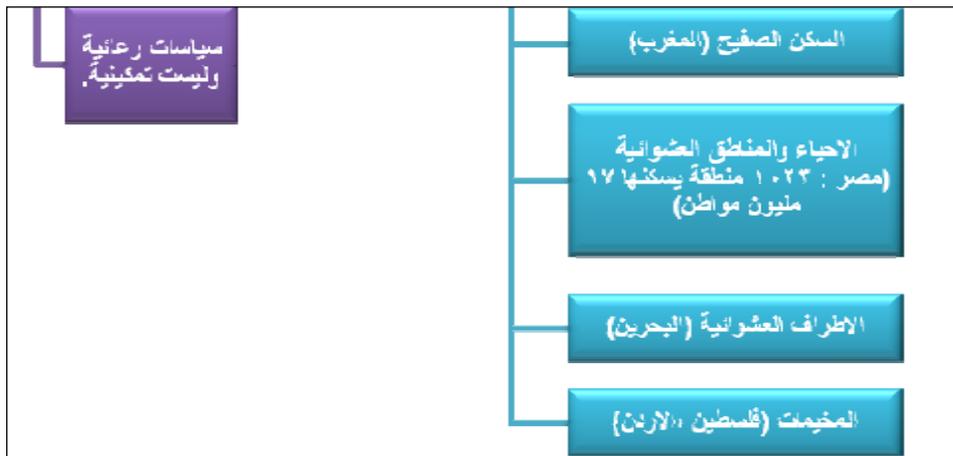
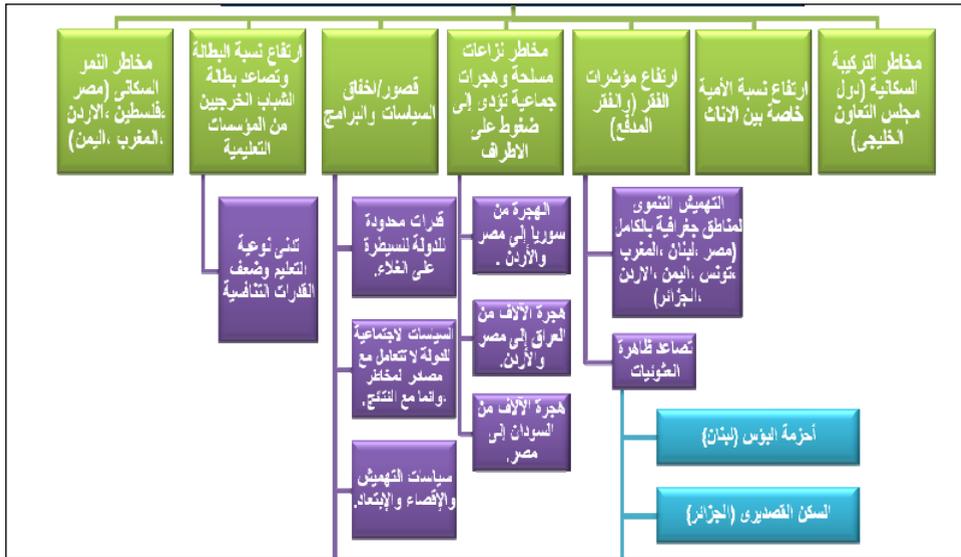
##### - المياه العربية بين الهدر والاستحواذ

عكفت الحركة الصهيونية منذ فترة ثيودور هرتزل على مصادرة المياه العربية، حيث رفضت إسرائيل إعطاء أي معلومات عن الثروة المائية في الضفة الغربية أو قطاع غزة إلى السلطة الفلسطينية، بل رفضت توقيع أي اتفاق حول المياه يتعلق بإدارة أو التتقيب عن المياه، (جامعة الدول العربية، 2013).

إن التباطؤ في مواجهة أزمة المياه الحالية، قد يزيد من حجم المخاطر الاجتماعية والاقتصادية والبيئية في المستقبل، إذ تظهر التوقعات الحالية أنه بحلول عام 2025، سيصل معدل إمدادات المياه في المنطقة العربية إلى 15% فقط مما كان عليه في عام 1960، (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2014)، مما يهدد الأمن المائي العربي، حيث لازال ملف المياه الإستراتيجية التي تستخدمها

إسرائيل، لفرض الهيمنة على الدول العربية، وإثارة التوتر في منطقة الشرق الأوسط، حيث تدخل في صراع مع لبنان بسبب نهر الوزاني في الفترة الحالية، فضلاً عن إثارة الريبة بين الدول العربية ودول حوض النيل، مستغلة حالة عدم الاستقرار السياسي والمصالح المتضاربة. ويمثل مشروع سد النهضة الإثيوبي أحد ملامح أزمة المياه في المنطقة العربية، الذي يندرج بمخاطر كبيرة على كل من مصر والسودان.

شكل (1)  
مخاطر ترتبط بالبنية الاجتماعية والاقتصادية والسياسية



- أمانى قنديل، المرجع السابق.

فالمؤسسة الإسرائيلية اخترقت بعض الدول الأفريقية وسعت إلى تغيير الاتفاقيات الموقعة بين دول حوض نهر النيل، بغرض التحكم في المياه لمواجهة العجز المائي المتوقع لها في عام 2020، (أحمد سليمان، 2013). كما سيطرت إسرائيل بعد حرب 1967 على حوض نهر الأردن الأعلى الذي ينبع من لبنان وسوريا، وحوض نهر اليرموك المشترك بين الأردن وسوريا والخزانات الجوفية الضخمة تحت الضفة الغربية بفلسطين والمعروفة بخزان الجبل وبئر الجبل، (هيثم محمد أبو غزلان، 2012)، غير إن أزمة المياه ليست ناجمة عن السياسات العدوانية التي يمارسها الكيان الصهيوني فقط، (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2014)، وإنما في الهدر المائي غير المنضبط في كثير من البلدان العربية. مما يشير إلى سوء إدارة المخاطر والأزمات التي يمكن أن تنتج عنها. نتيجة لتغير المناخ والنمو السكاني الأمر الذي يهدد الأمن الاقتصادي العربي، وضعف القدرة على الإمداد بالغذاء والطاقة الكهربائية وكافة الأنشطة الصناعية، التي تعتمد على المياه بشكل رئيسي، علاوة على نقص نصيب الفرد من المياه، بما يهدد الأمن الصحي لسكان الوطن العربي، ما لم تتخذ الحكومات العربية دوراً إيجابياً، في التصدي إلى سياسات الهيمنة الإسرائيلية على المياه العربية، إلى جانب مكافحة الهدر المائي وترشيده.

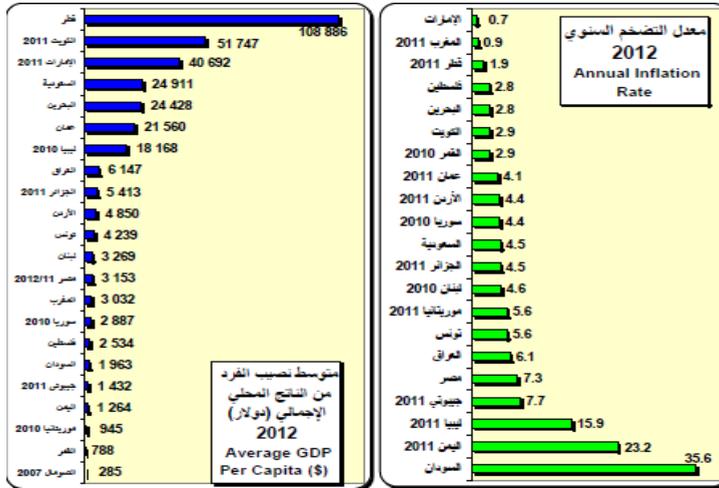
#### - الفقر وإعادة إنتاج المخاطر

قدر ما تساهم التحديات الخارجية في تهديد الأمن الإنساني العربي، فإن السياسات العربية ذاتها تساهم في تنمية مجتمع المخاطر، بسبب العجز عن تحقيق العدالة الاجتماعية بصورة مرضية، يراعى فيها الفئات السكانية الأولى بالرعاية. الذين تزداد أوضاعهم سوءاً كلما زاد معدل التضخم، حيث ينخفض نصيب الفرد من الدخل القومي، الذي يعد منخفضاً أصلاً انظر الشكل (2)، ويبرز ذلك بوضوح في البلدان العربية الفقيرة ذات الكثافة السكانية العالية، وهي نفس البلدان التي تشهد توتراً سياسياً وموجات من الثورات الشعبية الناجمة عن تردى نوعية الحياة.

فالفقر والحرمان يمثل خطراً على السلام الاجتماعي، باعتباره بيئة خصبة تنمو بها أشكال مختلفة من الانحراف والتطرف التي قد تستهدف الدولة ذاتها في نهاية الأمر، (هبة الليثي، 2005)، وإذا كانت سياسات البنك الدولي في مكافحة الفقر والمخاطر الاجتماعية لا تتعلق فقط بتطبيق سياسات اقتصادية صحيحة، بل تتعلق أيضاً بتشجيع التنمية الاجتماعية التي تمكن الناس، (البنك الدولي، 2014)، فإن نقص البيانات يقف عائقاً أمام عملية قياس وتقييم الفقر، حيث لا زالت دول عربية تعد من أقل مناطق العالم في توفير بيانات الفقر. وخاصة على مستوى الوحدات الصغرى (الأسرة - الأفراد)، مما يخلق فجوة في قاعدة بيانات الفقر، (محمد عبد الله الشايع، 2004).

## شكل (2)

معدل التضخم السنوي ومتوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي بالدولار عام 2012



## جامعة الدول العربية، 2013.

ومن ثم فإن الحاجة ماسة إلى تفعيل منظومة مشتركة تعتمد على وحدة المفاهيم حول الفقر وأبعاده وأنماطه المختلفة، إلى جانب إجراء البحوث البنينة التي تهتم برصد طبيعة الفقر في البلدان العربية، بهدف تكوين وحدة المعلومات حول قضايا الفقر وتداعياته على الأسرة والمجتمع، وهي المهمة الرئيسية لأنظمة الرصد الاجتماعي.

وفيما يتعلق بمدى انتشار الفقر في المنطقة العربية، يشير تقرير التنمية الإنسانية لعام 2010 إلى زيادة عدد الفقراء من 34.9 - 35.4 مليون نسمة خلال الفترة من 1995 - 2005، (جامعة الدول العربية، 2010)، غير أن التوقعات المستقبلية تشير إلى زيادة عدد السكان الذين يعيشون في فقر مدقع خلال الفترة من 2010-2050، حيث يرتفع هذا العدد من 25 مليون - 120 مليون (أنظر جدول: 1) في ضوء الظروف الاقتصادية والتوترات الاجتماعية والسياسية ومعدلات النمو الراهنة.

## جدول (1)

عدد السكان في البلدان العربية الذين يعيشون في فقر مدقع \* 2010-2050 بالمليون.

المنطقة	2010	2020	2030	2040	2050	الزيادة 2010-2050
الدول العربية	25	25	39	73	145	120

(تقرير التنمية البشرية، 2013: 100)،

\* يعرف الفقر المدقع بحالة العيش على 1.25 دولاراً في اليوم بمعادل القوة الشرائية.

كما يلاحظ من جدول (2) تباين نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر بين بعض البلدان العربية الفقيرة خلال الفترة (2000-2009)، وبين المناطق الحضرية والريفية، ففي مصر على سبيل المثال يمثل نسبة فقراء الحضر 9.2%، بينما الريف 22.1%، ويعود ذلك إلى التنمية الإقليمية غير المتوازنة، والاستبعاد الاجتماعي لبعض المحافظات من التنمية وخاصة محافظات الصعيد، مما ولد موجات من الهجرة الداخلية، شوهدت المناطق الحضرية، عن طريق نمو العشوائيات وما صاحبها من أزمات ومخاطر اجتماعية نتاج الاستيطان العشوائي، الأمر الذي يدل على سوء إدارة المخاطر، أو تجاهلها أو التقليل من شأنها، حتى أصبحت قنابل موقوتة تهدد الاستقرار الأمني في المناطق الحضرية بالبلدان الفقيرة، مع الأخذ في الاعتبار درجات التباين لهذه المخاطر حسب طبيعة العشوائيات بين بلد وآخر.

### جدول (2)

نسبة السكان الذين يعيشون تحت خط الفقر في الدول العربية خلال الفترة (2000-2009).

البلد	مصر	الأردن	سوريا	فلسطين	اليمن	تونس	المغرب
سنوات	2000	2009	1997	2002	1997	2007	1998
م حضرية %	9.2	10.1	19.7	12.9	12.6	9.9	17.3
م الريفية %	22.1	28.9	27	18.7	16	15.1	18.3

- تقديرات برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي سنوات مختلفة.

ولا شك أن عجز الحكومات العربية عن مكافحة الفقر يساهم في إعادة إنتاج المخاطر الناجمة عنه، بل يتوقع البعض أن تظهر موجات من الغضب الشعبي مع تصاعد معدلات التضخم وعجز الفقراء عن البقاء، مما قد يؤدي إلى ثورة الجوع، (ILO, 2011)، وبالنظر إلى أوضاع العمل في معظم البلدان العربية، نجد أن هناك نقص في فرص العمل مقابل زيادة الطلب على العمل، الناجم عن التحولات الديموجرافية وزيادة فئة الشباب من جملة السكان، كما أن العاملين منهم يعملون تحت ظروف عمل غير آمنة لا توفر لهم الحياة الكريمة والدخل الدائم، مما يزيد من أعداد الفقراء.

### - الفجوة بين التعليم وسوق العمل

إن تعليم الشباب في الوطن العربي يعاني من مواطن خلل بين ومنها: إن التعليم يعيد إنتاج التمايزات الاجتماعية، خاصة بين الذكور والإناث ومصادرة التعليم الذاتي، فضلاً عن قصور مخرجاته عن تلبية المتطلبات المتجددة لاستدامة التنمية، (كمال نجيب، 2005)، وقد يفسر ذلك أسباب عودة الاهتمام بين الاقتصاديين بموضوع اقتصاديات التعليم، (Stephen Machin, 2007)، خاصة وإن تعليم اليوم يساعد على اتساع الفجوة الطبقية، وهدر الدخل القومي وإنتاج العاطلين.

فالتدهور الاقتصادي في العالم العربي منذ العشرين سنة التالية لثورة النفط، هبطت معه معدلات النمو وأيضاً القدرة على التوظيف وتوليد فرص العمل المطلوبة، (UNFPA, 2007)، ولكن لازال هناك إخفاق في توفير العمالة الكاملة والمنتجة وخاصة للشباب، ومن المتوقع أن يرتفع أعداد العاطلين في المستقبل. وبالنظر إلى (الجدول 3) نلاحظ أن معدل البطالة يختلف من دولة عربية لأخرى، ويرتفع كلما انخفض نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي وجملة الاستثمارات الأجنبية، ولذا يعلو هذا المعدل في كل من الأردن وسوريا والعراق ولبنان ومصر والجزائر، التي سجلت أعلى نسبة بطالة، بينما ينخفض في بلدان الخليج العربي.

ويمثل تصاعد أعداد العاطلين إهداراً لعنصر العمل العربي، ومما يزيد من خطورة الموقف، أن دول الخليج تستخدم نحو 14 مليون عامل آسيوي على الأقل، (منير الحمش، 2011)، علاوة على تجاهل سياسات الأنظمة العربية مصالح الأغلبية والعمل لمصالح الخارج وفئة قليلة من السكان، ومن ثم العجز عن تحقيق عدالة التوزيع والنمو الاقتصادي.

### جدول (3)

إجمالي ونسبة البطالة حسب النوع في البلدان العربية عام 2013

الإناث	الذكور	الإجمالي	
2013	2013	2013	
21.2	11.0	12.9	الأردن
10.5	2.4	4.2	الإمارات
.....	.....	4.0	البحرين
27.4	15.0	17.6	تونس
17.5	8.4	10.0	الجزائر
21.3	2.7	5.5	السعودية
23.8	13.0	.....	السودان
22.0	6.2	8.6	سوريا
.....	.....	8.0	العراق
.....	.....	14.0	عمان
32.9	20.5	23.0	فلسطين
2.8	0.1	0.5	قطر
4.9	2.9	3.6	الكويت
10.4	5.0	6.4	لبنان
14.1	13.2	13.5	ليبيا
22.7	8.9	12.0	مصر
12.2	8.4	8.9	المغرب
39.5	11.0	14.3	اليمن

المصدر: جامعة الدول العربية.

## 3-2- المخاطر الديموجرافية

## - العشوائيات نافذة للمخاطر الاجتماعية

تشير العشوائيات إلى قطع الأراضي غير المسجلة التي يتم البناء عليها دون موافقة الحكومة، (Johnie. k. N, 2010)، إضافة إلى إنها مجموعة من المساكن المعدة من مواد بسيطة مؤقتة، ويعيش بها غالباً أفقر السكان، الذين انتقلوا من المناطق الريفية إلى المدينة، (2011 Kilian Christ)، ويعتبر السكن العشوائي تجسيداً للسكن غير الصحي حيث يفقد لكافة الاحتياجات المعيشية، ويعاني درجة عالية من التلوث البيئي الناجم عن الأنشطة الصناعية وعمليات الصرف البدائية، (Margaret. C& David. H, 2002)، مما أدى إلى ظهور مشكلة العلاقة بين الإنسان والبيئة، حيث يعد استخدامه للموارد البيئية المتاحة مدمر للغاية، (Ahmed Sadauki, 2012)، هذا وتشارك الأحياء المتخلفة هذه العشوائيات في نقص المياه النقية والكهرباء والصرف الصحي وغيرها من الخدمات الأساسية، (United Nations, 2007)، ومن هنا فإن الزحف السكاني على هذه الأحياء، واختلاط السكن العشوائي بالسكن المتخلف، يعد سبباً جوهرياً في الخلط القائم بين المفاهيم. أما إذا نظرنا إلى حالة السكن فيما يخص المدن العربية فإن أسعار المساكن في العديد من العواصم والمدن العربية تتجاوز بكثير إمكانيات غالبية الناس.

وقد كشفت دراسة للمعهد العربي لإنماء المدن أن وجود المناطق العشوائية ظاهرة عامة في الدول العربية، ففي مصر على سبيل المثال، 12 مليون يعيشون في المقابر والعشش. وفي سوريا تحيط العشوائيات مدينة دمشق، وفي قطر تزايد عدد الأكشاك على حواف مدينة الدوحة العاصمة، وفي الإمارات تمتد العشوائيات إلى الأطراف على عكس ما يحدث في الدول الأخرى، (محمد محمود يوسف، 2011)، وعلى أية حال فإن نفسى ظاهرة العشوائيات في المدن العربية، تعد ظاهرة خطيرة أمنياً، فضلاً عن أنها باتت نقطة ضعف في نسيج المجتمع، فتحت وطأة الفقر يصبح انتماء البعض من سكانها للجماعات المنطرفة والخارجة عن القانون.

## - الطبقة الوسطى وسياسات الاستبعاد الاجتماعي

في الآونة الأخيرة، تم إعادة اكتشاف الطبقات الوسطى من وجهة نظر عالمية، على أنها المبتكرين وأصحاب القيم وأساليب الحياة الجديدة. ويعتقد أن الطبقات الوسطى تساهم في نمو الاقتصاد وتعزيز الديناميات الاجتماعية المرغوبة وحماية الديمقراطية. ويرى فريق المتفائلين أن هذه الطبقة سوف تشهد نوعاً من الحراك الاجتماعي الإيجابي بينما يرى المتشائمون أنها سوف تعاني من الركود والانكماش بسبب التحولات الاقتصادية العالمية وسياسات الهيمنة، ويتساءل البعض هل الطبقة الوسطى تضم مجموعة غير متجانسة من الناس، وتضم طائفة واسعة من المهن ومستويات الدخل وأمط الحياة والطموحات السياسية؟ أم أنها ذات تشكيل اجتماعي واحد، وقيم وتصرفات مشتركة؟ (Carola Lentz, 2014)، إن الإجابة على هذا السؤال يعد غاية في الصعوبة، خاصة عندما نتحدث عن الطبقة الوسطى العالمية، ذلك أن تحديد مؤشرات هذه الطبقة يخضع لمحددات عدة من بينها الوضع الاقتصادي العام للبلد الواحد ومدى عدالة التوزيع وتلبية حقوق الإنسان

ومساحة الحراك الاجتماعي وآلياته، ومستوى الفساد الاجتماعي، فضلاً عن محتوى السياسات الاجتماعية وتوجهها نحو الشباب، وحدود الفجوة النوعية، وتمثل كافة هذه المحددات، أحد أهم أسباب تأكل الطبقة الوسطى في البلدان العربية، مع الأخذ في الاعتبار الفروق البينية بينها.

وإذا كانت الطبقة الوسطى أرتبط تاريخها بتاريخ الدول العربية، حيث قدمت بعض المهن العليا الحديثة ابتداءً من نهاية القرن التاسع عشر كالمحامين والأطباء والمهندسين، وعدد من قادة الحركات الوطنية والقومية، وصفوا بالنخبة القادرة على إخراج بلادها من التخلف بعد حقبة الاستعمار الأجنبي، (اليزابيث لونغيس، 2011)، إلا أنها اليوم تعاني من الاستبعاد الاجتماعي والسياسي الذي ساهم في تأكلها وانضمامها إلى طبقة الفقراء، خاصة بعد إغلاق النوافذ التي كانت تساهم في الماضي في تحسين أوضاعها، فأصيبت بالإحباط وفقد أبنائها الأمل في المستقبل، مما دفع البعض للانضمام إلى التنظيمات المتطرفة، بينما ظلت شريحة محدودة منها منغمسة في الفساد الإداري للدولة ونفاق السلطة الحاكمة.

غير أن هذه الطبقة أصبحت تمثل البيئة الخصبة لإنتاج التطرف، ومصدراً للتهديد، بفعل الضغوط الاقتصادية، (باسم الطويسى، 2014)، فالجماعات الإرهابية لم تصبح قاصرة على شباب الفقراء، بل تستقطب إليها شرائح طبقية أخرى، تحت تأثير حوافز مادية أو خطابات دينية وسياسية خاطئة، ومن ثم فإن سياسات الاستبعاد للطبقة الوسطى تفتح نافذة المخاطر الاجتماعية. التي يجب أن تعلق بدعم سياسات التمكين وإزالة الفجوة القائمة في النوع الاجتماعي.

#### - التهميش وفجوة النوع الاجتماعي

تعد قضية تمكين المرأة ومشاركتها الكاملة المبنية على أساس المساواة في جميع قطاعات المجتمع، بما في ذلك المشاركة في عملية صنع القرار والوصول إلى السلطة، من الأمور الأساسية لتحقيق المساواة والتنمية والسلام، (UNFPA, and UNIFEM, 2006)، وعلى الرغم من التحسن الكبير الذي تشهده معدلات محو الأمية بين الإناث في البلدان العربية، ومعدلات الالتحاق بالمدارس والمشاركة في القوة العاملة ومعدلات البطالة، لا تزال هناك فجوة بين الجنسين لصالح الذكور، وفق تقرير الفجوة العالمية بين الجنسين 2013 .

حيث أكد التقرير أن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، كانت المنطقة الوحيدة في العالم، التي لم تحرز تحسناً ملحوظاً في تصنيفها العام في 2013، (Oliver Cann, 2013)، حيث احتلت اليمن ذيل قائمة تصنيف الدول علاوة على ما سبق هناك ما يسمى "بالفجوة المستحدثة" الفجوة الرقمية في مجال النوع الاجتماعي التي تستخدم لوصف جوانب التفاوت في مجال نفاذ النساء والرجال إلى تكنولوجيا المعلومات والاتصالات واستخدامها، (Huyer, S. and Sikoska, T, 2003)، ويلاحظ أن الوصول إلى المعلومات في أفريقيا يتسم بالحدودية، وخاصة بالنسبة إلى نساء الريف، (Hafkin, N, and Odame, H 'Gender, ) .

وأى كان الأمر فإن تكنولوجيا المعلومات والاتصالات تدعم بشكل رئيسي التمكين الاقتصادي والسياسي والاجتماعي للنساء، فضلاً عن تعزيز المساواة بين الجنسين، (UNFPA, and UNIFEM, 2006)، ولذا عملت القمة العالمية لمجتمع المعلومات، على تطوير قائمة تحمل عنوان "الضرورات السبع" وتدعيم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بوصفها أداة لبناء السلام، (Primo, N, 2003)، غير إن نسبة ليست بقليلة من النساء العربيات، تعشن في ظل حياة صعبة تحت وطأة العشوائيات والفقر، الذي يساهم في إنجاب أجيال تعيد إنتاج الفقر والأمية والتمييز الاجتماعي، وهو ما يمثل خطورة على الاستقرار والسلم الاجتماعي.

ولذلك دعي برنامج عمل مؤتمر السكان والتنمية بالقاهرة ما بعد 2014، على ضرورة اتخاذ بعض السياسات من أهمها: دعوة الدول العربية إلى التوقيع والتصديق على اتفاقية السيداو - إدماج المساواة بين الجنسين في جميع خطط التنمية - حماية حق مشاركة المرأة في مراكز اتخاذ القرار - إدخال إصلاحات في قوانين الزواج تمنع زواج الأطفال، وتضمن حماية ورفاهية الأطفال الإناث - حماية المرأة من كل أشكال العنف داخل الأسرة وخارجها، (المؤتمر الإقليمي للسكان والتنمية في الدول العربية، 2014)، ويعد منهاج عمل بيجين عام 1995 الإطار الدولي الأكثر شمولاً لسياسة المساواة بين الجنسين، حيث تضمن جدول أعمال لتمكين المرأة وتعزيز وحماية التمتع الكامل بجميع حقوق الإنسان وحرية جميع النساء طوال دورة حياتهن، (OSAGI, 2010)، وكما أكدت البحوث الاجتماعية والديموقراطية أن النساء في العالم النامي والعربي على وجه الخصوص، ترتبط دورة حياتهن بالعديد من المخاطر، التي تؤثر على صحتهن الإنجابية، وعلى الأجيال المتوقع إنجابهن في المستقبل، ومن ثم تعيد إنتاج المخاطر وعلى نحو أسوأ، نظراً لتعدد نمط الحياة وتعدد المخاطر الاجتماعية المحيطة بالأسرة والمجتمع، ويعتبر مدخل دورة الحياة أحد المداخل الانثروبولوجية الجديدة، التي تكشف عن ملامح الخطر الذي يتعايش معه نساء المنطقة العربية، ويمكن إيضاح ذلك على النحو التالي:

#### - المخاطر المرتبطة بدورة الحياة

##### - المرحلة الأولى: الطفولة

هناك أدلة على أن مشكلات الطفولة ترتبط بالفروق الاجتماعية التي يصاحبها آثار لاحقة على النواحي المادية والصحة النفسية خاصة في منتصف العمر.

##### - المرحلة الثانية: فترة المراهقة

- معظم الفتيات أقل عرضة من الأولاد ليكونوا مسجلين في المدرسة، وأكثر عرضة للتسرب.
- عمالة الأطفال التي تديم دائرة الفقر وتحد من الفرص التعليمية.
- الاتجار بالفتيات.
- العنف البدني والجنسي.
- الزواج المبكر والزواج القسري.

- تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، والحمل المبكر والإجهاض، وغياب المعرفة الحيوية حول الصحة الجنسية والإنجابية.
- الاستغلال في العمل داخل المنزل وخارج المنزل.

### - المرحلة الثالثة: النضج - الأمومة

- ما يقرب من امرأة واحدة كل دقيقة، تموت نتيجة لمضاعفات الحمل في البلدان النامية.
- عبء العمل سواء على مستوى الأسرة أو على المستوى المهني.
- النساء غالباً ما تعمل أكثر من الرجال، ولكن بأجر أقل.

علاوة على ما سبق نجد أن العنف ضد المرأة مشكلة عالمية مستمرة في الانتشار، **The Doha International Institute For Family Studies And Development, 2008**)، ويشكل العنف ضد المرأة مشكلة صحية عامة وانتهاكا لحقوق الإنسان، وفي مصر يتعرض ثلث النساء لسوء المعاملة الجسدية على يد أزواجهن، **(El-Zanaty Fatma, 2006)**، ويمثل العنف المنزلي سبباً كبيراً للإعاقة والوفاة بين النساء على مستوى العالم، ويعرضهن لخطر أكبر يتعلق بالحمل غير المرغوب والإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً ولاضطرابات أمراض النساء ومضاعفات الحمل، مما يسبب ضرراً خطيراً للأم والجنين، **(N.N. Sarkar, 2008)**، فالنساء الفقيرات والأقل تعليماً اللاتي تزوجن في سن مبكرة، أكثر احتمالاً للتعرض إلى العنف الزوجي، مقارنة باللاتي تزوجن في سن متأخرة وأكثر تعليماً، **(Family Violence Prevention Fund, 2010)**، فليس هنالك مجموعة محصنة ضد العنف، وإن كان يتم بشكل نسبي بين الطبقات، غير إنها تظهر في المستويات الدنيا بصورة أوضح.

ويعتبر من أكثر الأمور أهمية، التي تضاف إلى قائمة المخاطر السابقة، قضية تهيش المرأة، التي تتجلى في نسبة الزواج المبكر وتأثيره على اتخاذ القرار - نسبة تمثيل النساء في البرلمان والمناصب القيادية العليا، وتمثيلهن في قوة العمل وريادة الأعمال الخاصة.

وفيما يتعلق بنسبة تمثيل النساء في البرلمان، نجد أنها مشكلة تكاد تكون دولية، وإن كانت تظهر بوضوح في المنطقة العربية، حيث لازال العمل السياسي عملاً ذكورياً. وتعتبر نسبة تمثيل النساء في قوة العمل من الجوانب التي تشهد تقدماً على مستوى العالم، حتى في محيط بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (18).

### - العزوف عن الزواج والعنوسة

كشفت دراسة حديثة لمركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار في مصر، عن تأخر سن الزواج في المجتمع العربي، حيث تصل نسبة السكان الذين لم يسبق لهم الزواج في الفئة العمرية (30-34) سنة حوالي 37.7% في تونس، ولبنان 36.1%، وقطر 22.9%، وسوريا 19.5%،

والسعودية 11.4%، ومصر 11.7%، أما عن الشبان والشابات الذين تجاوزوا سن 35 سنة ولم يتزوجوا يمثلون 9 ملايين نسمة، منهم 3 ملايين و773 فتاة، و6 ملايين من الذكور، (مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، 2009)، وهناك عوامل عديدة وراء ارتفاع مشكلة تأخر سن الزواج، ومنها: ارتفاع مستويات البطالة بين الذكور - التصاعد المستمر في تكاليف المعيشة - ارتفاع المستوى التعليمي للإناث ورفض الزواج من شباب ذو مستوى تعليمي أقل - المغالاة في طلب المهور العالية وتكلفة الزواج - ميل بعض الذكور للحرية والاستقلالية. (محمد عبد الله الشايع، 2004).

وإذا كان العامل الاقتصادي يعتبر من أهم العوامل المرتبطة بسيادة ظاهرة العنوسة في المجتمعات العربية الفقيرة مثل مصر، خاصة عند الأخذ في الاعتبار الصعوبات المرتبطة بالحصول على فرصة عمل وسكن وارتفاع تكلفة الحياة، التي قد تدفع بعض الذكور الزواج من إناث أكبر سناً، لكونها تمتلك مسكن أو يمكنها التنازل عن بعض متطلبات الزواج المادية للخروج من دائرة العنوسة، وقد يؤدي ذلك إلى مشكلات أسرية فيما بعد، نظراً لفروق السن وربما لعدم القدرة على الإنجاب، مما قد يصاحبه الطلاق أحياناً أو توتر العلاقة الزوجية وعدم استقرارها.

#### IV- أهم النتائج والتوصيات

##### 1-4- أهم النتائج

- تمثل التبعية الكلاسيكية نواة مجتمع المخاطر، بينما تمثل العولمة السياسة الناعمة في تصدير المخاطر للمنطقة العربية.
- إن سوء إدارة المخاطر العربية ساعد على بقاءها وإعادة إنتاجها، فالفرقة والانقسام وخلل السياسات الاجتماعية والاعتماد على الحلول التسكينية، والانصياع للتوصيات الغربية في مجالات الإصلاح الاقتصادي والتكيف الهيكلي، زادت من معاناة سكان الوطن العربي، وتفشى الفساد الاجتماعي وتضخم المخاطر الاجتماعية المهددة للأسرة العربية.
- يعتبر من أهم مؤشرات المخاطر الاجتماعية الديموجرافية، نقص وهدر المياه، زيادة معدلات الفقر والبطالة، نمو العشوائيات وفجوة النوع الاجتماعي، الاستبعاد الاجتماعي للطبقة الوسطى، والعزوف عن الزواج والعنوسة، واحتمال زيادتها في المستقبل نتيجة للتوترات السياسية الراهنة في المنطقة العربية.
- إن خطر تفكك الأسرة العربية الناجم عن المخاطر الاجتماعية الراهنة يمثل التحدي الرئيسي، لحماية الأمن الإنساني العربي.

#### - سياسات درء المخاطر العربية

في ضوء ما سبق توصى الدراسة ببعض المقترحات السياسية، التي يمكن أن تساهم في تفعيل أمن الأسرة العربية وهي:

## 4-2- أهم التوصيات: سياسات درء المخاطر العربية

## - تبادل الخبرات وتأسيس العمل العربي المشترك

الأمة العربية لديها مقومات التنمية، المال والثروات الطبيعية وأصحاب الخبرة والعلماء، وفي جميع المجالات التكنولوجية والاقتصادية والاجتماعية، الذين يمكنهم تحقيق منظومة العمل العربي المشترك، والخروج من دائرة العباءة الرأسالية والاعتماد على الغرب، ويتم ذلك من خلال:

- تأسيس مشروعات صناعية إستراتيجية كالدواء والسلاح والمنتجات النفطية والسيارات، ذات جودة عالية قادرة على المنافسة في السوق العالمية.
- إقامة أنشطة زراعية تعوض نقص الغذاء في مناطق الوفرة المائية والأرض الخصبة، في بعض البلدان الأفريقية مثل السودان، لتحقيق الأمن الغذائي.
- تفعيل السوق العربية المشتركة والتجارة الحرة، مع صدور عملة عربية موحدة.
- تأسيس وحدة البحث العلمي وخاصة في مجالات النانو تكنولوجي والطاقة المتجددة.

## - محو الأمية وتطوير منظومة التعليم

- تفعيل الخدمة الوطنية في مجال محو الأمية، بالنسبة لخريجي كليات التربية ولعدة سنوات فقط، كفيل بمحو الأمية في الوطن العربي.
- إعداد منظومة تعليمية موحدة، مع مراعاة الخصوصية والهوية الثقافية والتاريخية للمجتمعات العربية. وذلك بهدف توحيد الثقافة العربية وبت روح الانتماء للأمة العربية.
- مواكبة نمط التعليم لمتطلبات سوق العمل وتشجيع التعليم المبنى على الإبداع والتفكير وليس الحفظ والتلقين، وتفعيل مفهوم الاستثمار في البشر من خلال التعليم.
- إنشاء مدارس للمتميزين وأصحاب المهارات الخاصة، باعتبارهم نواة علماء المستقبل.
- الاهتمام بالتعليم الفني والتدريب المهني لتوفير الطاقات الإنتاجية الماهرة .

## - إعادة بناء الطبقة الوسطى وخلق مساحات للحراك الاجتماعي من خلال

- تمكين الشباب، وتضييق فجوة النوع الاجتماعي وزيادة مشاركة النساء في الحياة الاجتماعية، وتخفيف حدة التمايزات في منح الوظائف القيادية العليا أو غيرها، بهدف دمج الشباب في صنع القرار.

كما توصي الدراسة بما يلي:

- إجراء البحوث حول القضايا التي تمثل خطراً على أمن واستقرار الأسرة العربية. لتوفير قاعدة بيانات موحدة حول أوضاع السكان والتنمية، مع توحيد المفاهيم العلمية لمفاهيم مثل الفقر والعشوائيات والقاصرات والطفل والشباب... الخ. من خلال وحدة البحوث.
- عقد المؤتمرات والندوات وورش العمل لمناقشة القضايا الاجتماعية، التي تشكل تهديداً لأمن الأسرة العربية.

## - المراجع

## - المراجع باللغة العربية:

- الأمم المتحدة وجامعة الدول العربية، "التقرير العربي الثالث حول الأهداف التنموية للألفية وأثار الأزمات الاقتصادية على تحقيقها"، (الأمم المتحدة، 2010)، ص: 7.
- الأمم المتحدة، "تقرير الأمن البشري للجميع، وحدة الأمن البشري"، مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، (نيويورك، 2007)، ص: 12.
- البنك الدولي، "التنمية الاجتماعية- موجز نتائج القطاع: وضع الناس في المقام الأول، (تقرير التقدم المحرز في إستراتيجية الشراكة القطرية"، ( قسم المشاريع والعمليات، الدوحة، 2014).
- الدسوقي عاصم، ندوة "مأزق الطبقة الوسطى في مصر" (مركز بحوث الشرق الأوسط والدراسات المستقبلية، جامعة عين شمس، الاثنين 12 أبريل، 2010).
- المؤتمر الإقليمي للسكان والتنمية في الدول العربية، "برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ما بعد عام 2014، تحديات التنمية والتحويلات السكانية في عالم عربي متغير"، (إعلان القاهرة، 2014) ص: 2.
- أحمد زايد، "التخطيط لآليات إدارة المخاطر- الأزمات في السياسات الاجتماعية"، في إشكاليات السياسات الاجتماعية في إدارة المخاطر بدول مجلس التعاون الخليجي، سلسلة الدراسات الاجتماعية العدد (80)، ط (1)، (البحرين، 2013)، ص: 12-13.
- أحمد سليمان، "سد النهضة الأثيوبي.. ومستقبل الأمن القومي المصري قراءة في سيناريوهات مواجهة الأزمة"، (الألوكة، السعودية، 2013/6/3).
- أماني قنديل، "قدرات المجتمع المدني في مواجهة المخاطر الاجتماعية: حالة المجتمعات العربية" في إشكاليات السياسات الاجتماعية في إدارة المخاطر بدول مجلس التعاون الخليجي، (سلسلة الدراسات الاجتماعية العدد (80)، ط (1)، (البحرين، 2013)، ص: 228.
- أماني قنديل، "التقرير السنوي الحادي عشر للمنظمات الأهلية العربية، المنظمات الأهلية في مواجهة المخاطر التي تتعرض لها الأسرة العربية"، (الشبكة العربية للمنظمات الأهلية، 2013) ص: 12-15.
- أولريش بيك، "مجتمع المخاطر العالمي: بحثاً عن الأمان المفقود"، ترجمة: علا عادل، وهند إبراهيم، وبسنت حسن، (المركز القومي للترجمة، القاهرة، 2013)، ط1، ص: 24.
- إيزابيث لونغينيس، "المهن العليا والتغير الاجتماعي في المشرق العربي: دراسة في سوسيولوجيا المهن"، المعهد العالي للدكتوراه في الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، (الجامعة اللبنانية، 2011)، ص: 3.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، "حوكمة المياه في المنطقة العربية -إدارة الندرة وتأمين المستقبل"، (المكتب الإقليمي للدول العربية، 2014) ص: 3.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2014، حوكمة المياه في المنطقة العربية -إدارة الندرة وتأمين المستقبل، المكتب الإقليمي للدول العربية، ص: 3
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية، "المضي في التقدم درء للمخاطر"، 2014 ص: 53.
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية، "نهضة الجنوب: تقدم بشري في عالم متنوع 2013، ص: 100.
- تقديرات برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والبنك الدولي، 2010، الفقر في البلدان العربية.

- ثروت محمد، "تنمية المجتمع"، (مركز التعليم المفتوح، كلية الآداب، جامعة بنها، مصر، 2001) ص: 13.
- جامعة الدول العربية، "اتفاقية تيسير وتنمية التبادل التجاري بين الدول العربية"، (1981).
- جامعة الدول العربية، "التقرير العربي الثالث حول الأهداف التنموية للألفية" (الأمانة العامة لجامعة الدول العربية، 2010)، ص: 4.
- جامعة الدول العربية، "تقرير الأطر الأخلاقية والمعيارية والتربوية لتدعيم الأمن البشري في الدول العربية"، (الأمانة العامة، 2005) ص: 3.
- جامعة القاهرة، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، اللجنة الاقتصادية، 2005.
- جوزيف رامز أمين، "العولمة وأثارها على إفريقيا"، (مكتبة الأسرة، القاهرة، 2001)، ص: 19-20.
- حسين معلوم، "التسوية في زمن العولمة"، في العولمة والتحول المجتمعية في الوطن العربي، (مركز البحوث العربية والجمعية العربية لعلم الاجتماع، مكتبة مدبولي، ط1، القاهرة، 1999)، ص: 120-177.
- خالد عبد الحليم، "تطوير المناطق اللارسمية بالمشاركة الدليل الإرشادي لصانعي القرار"، (وزارة التخطيط وبرنامج التعاون الإنمائي الألماني، مصر، القاهرة، 20 يوليو 2011)، ص: 14.
- دار الأهرام، دورية الديمقراطية، عدد أكتوبر، 2004.
- صلاح عثمان، "الطبقة الوسطى في دول الخليج"، (مركز قضايا الخليج للدراسات الإستراتيجية، 2014).
- صندوق النقد الدولي، 2013، أفاق الاقتصاد العالمي: الآمال والواقع والمخاطر، دراسات استقصائية للأوضاع الاقتصادية والمالية العالمية، إبريل، ص: 64:60.
- عادل بدارنه، واقع مشكلة العنوسة في المجتمع الأردني وأبعادها الاقتصادية، جمعية العفاف الخيرية، (الأردن، 2007)، ص: 3.
- عبد العزيز المنصور، "العولمة والخيارات العربية المستقبلية"، (جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية - المجلد 25 - ، العدد الثاني، 2009) ص: 561.
- علي جلبي، "ندوة الطبقة الوسطى المصرية: التحديات والفرص"، (مكتبة الإسكندرية، 2007)، ص: 2.
- علي ليلة "مؤشرات قياس فاعلية السياسات الاجتماعية في مواجهة المخاطر"، في إشكاليات السياسات الاجتماعية في إدارة المخاطر بدول مجلس التعاون الخليجي، العدد (80)، ط (1)، (سلسلة الدراسات الاجتماعية، البحرين، 2013)، ص: 105.
- فيصل سعد، "عوامل التخلف وقصور مدرسة التبعية"، (قضايا فكرية، مؤسسة الوحدة للصحافة والطباعة والنشر، فبراير، 2005).
- كمال نجيب، "تطوير منظومة التربية العربية من أجل تمكين الشباب: التحديات وآفاق المستقبل"، (إدارة السياسات السكانية والهجرة، جامعة الدول العربية، نوفمبر، 2005)، ص: 4.
- محمد عبد الرحمن، "الفقراء الجدد والاستبعاد الاجتماعي للطبقة الوسطى"، (المؤتمر السنوي للمركز الديموجرافي، القاهرة، 2013).
- محمد عبد الله الشابع، "الأسباب المؤدية إلى حدوث العنوسة لدى الفتيات داخل المجتمع السعودي"، (قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، كلية اللغة العربية والدراسات الاجتماعية، جامعة القصيم، السعودية، 2004، ص: 202).
- محمد محمود يوسف، "في ظل أزمة السكن... العشوائيات والتجارب العربية والعالمية"، (الشبكة العربية العالمية،

26 مايو، 2011.

- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، "تأخر سن الزواج مشكلة تبحث عن حل"، (السنة (3)، ع(36)، مصر، (2009)، ص.11
- هبة الليثي، "القضاء على الفقر"، مؤتمر المرأة المصرية والأهداف التنموية للألفية.
- هيثم محمد أبو الغزلان، "المياه مدخل لاختراق الأمن القومي العربي وإشعال الحروب"، (الوحدة الإسلامية، السنة الحادية عشر - العدد 131، نوفمبر، 2012).

### - المراجع الأجنبية:

- Ahmed Sadauki "An Assessment of Some Environmental Effects of Squatter Settlement in Dutse", (Natural Science, Vol. 5, No. 1, Abuja, Nigeria, 2012), p. 11.
- Beck Ulrich, "Living in the world risk society", (Economy and Society Volume 35 Number 3 August, 2006), p.336.
- Carola Lentz, "The Making of Middle Classes: Social Mobility and Boundary Work in Global Perspective", (Academy of Advanced African Studies, Bayreuth univ, 2014) p.1.
- Christopher Chase-Dunn, "Dependency And World-Systems Theories", Comparative And Historical Sociology, (Sociological And Social Theory, 2007), P.1062.
- David. H, Margaret. C& "Urban Informal Settlements In Vanuatu: Challenge For Equitable Development", Report Prepared For Pacific Islands Forum Secretariat And Un Economic And Social Commission For Asia And The Pacific, (Pacific Operation Centre, 2002), P.17.
- D. Plou, "Women and the politics of the Internet in Latin America and the Caribbean", (America Latina, ycaribe, 2001), p25.
- Family Violence Prevention Fund, "Domestic, Sexual Violence Can Harm Women's Reproductive Health" (2009), (accessed at www.endabuse.org, on April 29, 2010).
- Fatma El-Zanaty "Egypt Demographic and Health Survey 2005" (Cairo: Ministry of Health and Population, National Population Council, 2006), p.28.
- Ferraro Vincent, 1996, "Dependency Theory" Mount Holyoke College South Hadley, Ma, July P.1.
- Frank Andre Gunder, "The Development Of Underdevelopment," In James D. Cockcroft, Andre Gunder Frank, And Dale Johnson, Beds. Ependence and Underdevelopment. Garden City, (New York, Anchor Books 1972) P. 3.
- George T. & Hamid R.; "Challenges of growth and globalization in the the Middle East and North Africa", (International Monetary Fund, 2003).
- Globalization, "A project Of the Carnegie Endowment for International Peace" (The Strategies and International Studies Center, Russia, 2001), P.4.
- H Odame, and N Hafkin, N 'Gender, ICTs and agriculture: a situation analysis for the 5th Consultative Expert Meeting of CTA's ICT Observatory meeting on Gender and Agriculture in the Information Society', (Netherlands: Technical Centre for Agricultural

- and Rural Cooperation ACP-EU (Africa, Caribbean and the Pacific – European Union, 2002) p.2.
- ILO, Decent Work, & Poverty Reduction”,( Doha,2011), october25-26,p.17
  - James Wolfensohn, "Globalization", (The World Bank group, Berlin, Germany, 2001), P.5.
  - Johnie k. N, "Improvement Of Squatter Settlements: The Link Between Tenure Security, Access To Housing, And Improved Living And Environmental Conditions", A Thesis Submitted For The Degree Of Doctor Of Philosophy, (The University Of Otago, Dunedin, New Zealand, 2010) .P.20.
  - Kilian Christ, "slums and squatters", Urbanization, (17march 2011) p: 12.
  - Martin Shaw, "The development of 'common risk' society: a theoretical overview", Paper delivered at seminar on 'Common risk society', Garmisch-Partenkirchen, (London: Routledge, 1995), p.2.
  - Matunhu J, "A Critique Of Modernization And Dependency Theories In Africa: Critical Assessment", (Journal Of History And Culture, African, 2011) Vol. 3(5), Pp. 65-66.
  - Mohamed Abdel Rahman, "Child Labour In Egypt", (Annual Conference CDC, Cairo, 1998).
  - N Ayubi, Over-stating the Arab State: "Politics and Society in the Middle East", (London, 1995), p125.
  - N Sarkar, "The Impact of Intimate Partner Violence on Women's Reproductive Health and Pregnancy Outcomes,"(Journal of Obstetrics and Gynecology 28, no. 3, 2008), p.75.
  - Oliver Cann, "World Economic Forum Gender Gap", (New Release, 2013), p: 2-3.
  - OSAGI " Promoting Empowerment of Women in Arab Countries" ,(Tunis ,The Doha International Institute for Family Studies and development (DIIFSD), 5-6 October, 2010),P:16.
  - Primo, N., 'Gender issues in the information society', (Paris: UNESCO Publications for the World Summit on the Information Society (WSIS), UNESCO WSIS Publication Series, 2003), p.28.
  - Radley Balko "Americanization Or Culture Diversity" World Connected, Virginia, June, 2007), P: 22.
  - Vincent Ferraro, "Dependency Theory", South Hadley, Mount Holyoke College, 1996, Ma, July P.1.
  - Stephen Machin; "The New Economics Of Education: Methods, Evidence And Policy", (Development And Economics, Univ. College London, UK, 2007), p27.
  - Scott Nader, "China And Iran Economic, Political, And Military Relations", (Center For Middle East Public Policy Rand Corporation, 2012), P.18.
  - Sikoska and Huyer, S., T, 'Overcoming the gender digital divide: understanding ICTs and their potential for the empowerment of women',( United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women, 2003)p.5.
  - The Doha International Institute For Family Studies And Development, "Impact Of Violence Against Women On The Family",19-20 ,NOV., , DOHA , 2008),P.7.
  - THE World Bank, "Risk Management for Development: From Crisis to combat systemic risk management", Risk and Opportunity, (World Development Report (WDR), 2014),

p.14

- United Nations "Human Settlements Programme", (Un-Habitat, Nairobi, Kenya, 16 - 20 April2007), P.15.
- UNIFEM, "Bridging the gender digital divide: a report on gender and information and communication technologies in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States", (United Nations Development Fund for Women, Bratislava, 2006).
- United Nation," Final report of commission human security", (New York, 2003) p.5.
- UNESCO, "International Flows Of Selected Cultural Goods And Services, 1994-2003" (Institute For Statistics, Montreal,2005), P.9.
- UNFPA," the Millennium Development Goals, Population and Development", (Un, 2007), p.10.
- UNFPA, "Achieving the Millennium Development Goals, Population and Development", (StrategiesSeries, UNFPA, N.10, 2003) p.4.
- UNFPA, and UNIFM, "Gender responsive budgeting and women's reproductive rights", ( A resource PACK,2006) p.7.



## مؤشرات التجربة الماليزية المعاصرة في تحقيق العدالة الاجتماعية خلال أربعين عاما (1970-2010).<sup>1</sup>

محمد يحيى الكبسي<sup>2</sup>

### - مستخلص

يحاول هذا البحث إلقاء الضوء على التجربة الماليزية التي تعد من أهم التجارب العالمية الرائدة لإعادة توزيع الثروة وتحقيق التوازن الاجتماعي والاقتصادي والعدالة الاجتماعية بين فئات المجتمع. باستخدام التحليل الوصفي واستقراء التجربة من نواحيها المختلفة الاقتصادية والاجتماعية والتاريخية للوصول إلى استنباط الرأي حول هذه التجربة.

نجحت ماليزيا في كلاً استراتيجياتها في القضاء على الفقر المدقع حيث انخفض معدل الفقر المدقع من 6.9% سنة 1984 إلى 0.2% سنة 2012، أما فيما يخص التخفيف من التفاوت سواء بين الريف والحضر أو بين العريقات، فقد انخفض التفاوت في معدل الفقر المدقع من 2.9% في الحضر مقابل 9.3% في الريف سنة 1984 إلى 0.1% في الحضر مقابل 0.6% في الريف سنة 2012، كما انخفض التفاوت بين العريقات من 9.8% بين الملايو مقابل 1.9% بين الهنود سنة 1984 إلى 0.3% بين الملايو مقابل 0% بين الصينيين سنة 2012، ويلاحظ نفس النمط بالنسبة لمعدل الفقر، كما بين معامل جيني (Gini coefficient) لقياس التفاوت في الدخل أنه في عام 1970م كان مقياس التفاوت بين أفراد المجتمع الماليزي يعادل 0.513، وانخفض عام 2012م إلى 0.431.

ويمكن الاستفادة في العالم العربي من التجربة الماليزية في تحقيق العدالة الاجتماعية وعدم التعارض مع المزيد من النمو الاقتصادي والتقدم التنموي، مع النظر لخصوصيات كل بلد من خلال السياسات الاقتصادية التي اتبعت في الحالات العادية، وكذا في الحالات الطارئة.

**الكلمات المفتاحية:** التجربة الماليزية، الفقر، الفقر المدقع، التفاوت، الدخل، السياسات الاقتصادية والاجتماعية، الثروة.

1- بحث قدم للمؤتمر العالمي العاشر للاقتصاد والتمويل الإسلامي، تحت عنوان (الجوانب المؤسسية للإصلاحات الاقتصادية والنقدية والمالية)، الدوحة - قطر 23-24 مارس 2015م.

2- أستاذ مساعد، قسم الاقتصاد الإسلامي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الإيمان-صنعاء- اليمن.  
- عضو الاتحاد العالمي لعلماء المسلمين.

- مدير إدارة التدريب والتطوير، بنك سبأ الإسلامي - صنعاء - اليمن. Mykebsi99@hotmail.com

## I - مقدمة

تعتبر التجربة الماليزية التنموية المعاصرة من أهم التجارب العالمية التي تمت في العصر الحديث لإعادة توزيع الثروة والدخل بين فئات مختلفة من المجتمع، وتحقيق العدالة الاجتماعية بشكل واضح مع عدم التعارض بين تحقيق نمو اقتصادي كبير وتعميم مظاهر العدالة الاجتماعية بين أفراد المجتمع.

فالتجربة الماليزية في تحقيق التوازن الاجتماعي والاقتصادي بين أفراد المجتمع من التجارب المعاصرة العالمية الرائدة، مع أنّ فترتها الزمنية قليلة (قرابة 40 عاماً)، وهي فترة تكونت فيها معظم دول العالم الإسلامي بعد خروج الاستعمار، ولكن الفارق كبير لصالح التجربة الماليزية في كل الجوانب الاقتصادية والاجتماعية.

وسيركز هذا البحث على مسألة تحقيق العدالة الاجتماعية وإعادة توزيع الثروة والدخل في ماليزيا من خلال المزيد من التقدم التنموي ومعدل نمو اقتصادي كبير، من خلال استخدام المنهج الوصفي والذي اعتمد على استقراء التجربة من نواحيها المختلفة الاقتصادية والاجتماعية والتاريخية للوصول إلى استنباط الرأي حول هذه التجربة.

وتم اختيار ماليزيا لما سبق وذلك لكونها تجربة متميزة في هذا الجانب، وأيضاً لأنه من الجانب الفني فإن إعادة التوزيع التي تمت في ماليزيا بين الأعراق المكونة للمجتمع الماليزي وهي تركيبة عرقية محددة ومضبوطة عددياً، كان له دور في إمكانية قياس نتائج عملية إعادة التوزيع بشكلٍ دقيقٍ، ويعطي صورة واضحة حول تجربة إعادة التوزيع بين أعراق المجتمع الماليزي.

ولكن هل حققت التجربة الاقتصادية والتنموية الماليزية هدفها الأصلي الذي هو معالجة الفقر والتخفيف من حدة التفاوت مع الحفاظ على نمو اقتصادي مرتفع دون الإخلال بأي من المحورين؟

وكيف استفادت الحكومات الماليزية من قيم مجتمعها الدينية والحضارية في تحقيق هذه الطفرة، وعكسها في الحياة العملية من خلال مؤسسات عملية تعمل وفق استراتيجيات وسياسات واضحة ودقيقة؟

وكيف استطاعت تجاوز كثير من الإشكالات والأزمات وسيرها نحو الأمام لتحقيق أهدافها الإستراتيجية؟

**II: نبذة عامة عن ماليزيا.****2-1- نبذة جغرافية عن ماليزيا (1) .**

ماليزيا اتحاد يتألف من ثلاث عشرة ولاية وثلاثة أقاليم اتحادية، وهي جوهور، كيدا، كيلانتان، ملاكا، نيجري سيمبلان وباهانج، بيراك، برليس، بينانغ، سيلانغور، تيرينجانو، صباح، سراوق، والولايات الاتحادية كوالالمبور وبوتراجايا ولابوان.

وهي دولة قارية جزرية تضم العديد من الجزر، وتتألف من شبه جزيرة ماليزيا (ماليزيا الغربي، وماليزيا الشرقية التي تتوسط بحر الصين الجنوبي). ويحدّ شبه جزيرة ماليزيا تايلند من الشمال وسنغافورة من الجنوب. وتقع جزيرة سومطرة غرب شبه جزيرة ماليزيا، حيث يفصلها عنها مضيق ملقا، أما ماليزيا الشرقية فتقع على جزيرة بورنيو حيث تتقاسم حدودها مع إندونيسيا وبروناي، ويبلغ مجموع مساحة الأراضي الماليزية (330.803) كم<sup>2</sup>.

ماليزيا بلد متعدد الأعراق. المجموعات العرقية الرئيسية هي الملايو والصينية والهندية. وهناك مجموعة هامة أخرى هي السكان الأصليين في صباح وساراواك، ويُعرف الملاويون والسكان الأصليين الآخرون جميعهم باسم بوميوترا، أي: أبناء الأرض (Bomeputra) أما السكان الآخرون فينحدرون من المستوطنين المهاجرين اللاحقين.

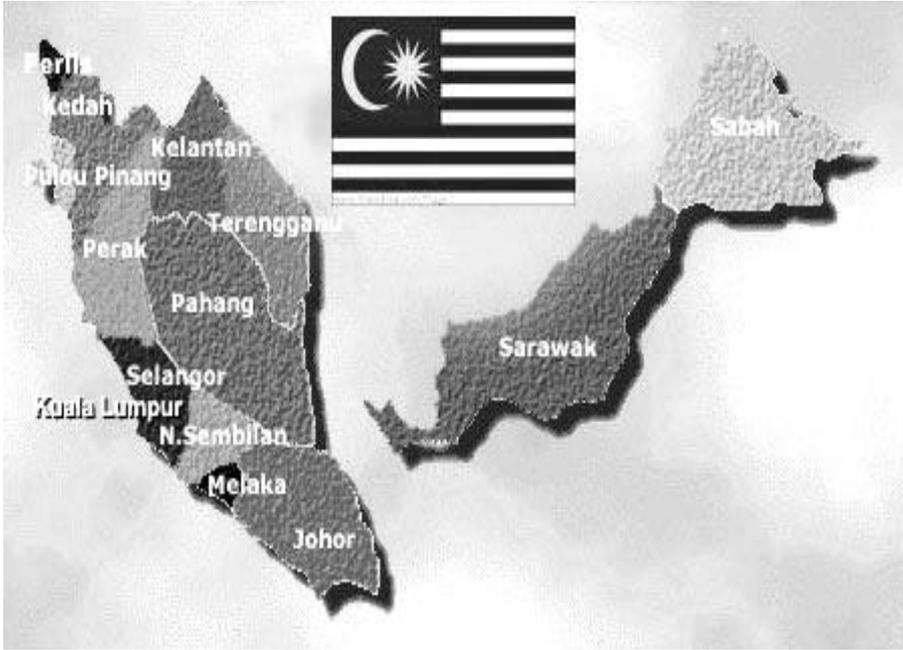
وبلغ مجموع عدد سكان ماليزيا قرابة ثمان وعشرين مليون (28) نسمة. وتتوزع بين تركيباتها العرقية الرئيسية كالتالي: قرابة 18.7 مليون من البوميوترا منهم 15.1 مليون من الملاويين، و3.6 مليون من السكان الأصليين، و6.6 مليون من الصينيين، و2 مليون من الهنود، و260 ألف من أعراق أخرى.

ولذا فإن نسبة السكان بحسب الأعراق في ماليزيا كالتالي: 55% من الملاويين، و12.5% من السكان الأصليين، و25% من الصينيين، و7.5% من الهنود، و0.9% من أعراق أخرى.

فإبان حقبة الحكم الاستعماري البريطاني تم جلب الصينيين إلى مالايا، وهو الاسم الذي كانت تُعرف به ماليزيا آنذاك للعمل في مناجم القصدير والتجارة والأشغال العام، أما الهنود وخاصة التاميل والتيلغو، فقد جلبهم البريطانيون كعمال مستخدمين للعمل في مزارع المطاط والطرق وسكك الحديد فضلاً عن العمل كمدرسين وحرفيين في ميادين متنوعة، ونتيجة لهذا أصبحت ماليزيا دولة متعددة الأعراق والأديان.

1 - مقتبس من تقرير: The Malaysian Economy in Figures 2013, Prepared by Economic Planning Unit, Prime Minister's Department, P5. & National Report Submitted From Malaysia, Human Rights Council, Fourth Session Geneva, 2-13 February 2009, General Assembly, United Nations, P2.

## خريطة ماليزيا المحلية، وفيها تقسيمات ولايات ماليزيا.

2-2- نبذة عن الحالة الاقتصادية في ماليزيا قبل 1970م.<sup>(1)</sup>

عند استقلال ماليزيا كان سكان البلاد الأصليين الذين غالبيتهم من الملايو (البوميوترا)، يعملون في الزراعة، ولذا كان يعيش قرابة 80% منهم في الريف، بينما الصينيون يعيشون في المناطق الحضرية ويمارسون الأنشطة التجارية والصناعية، فأدى ذلك إلى سيطرة العرق الصيني مع الأجانب على رأس المال الوطني، وكانت ملكية رأس المال الوطني منه 63.4% للأجانب، و27.2% للصينيين، بينما البوميوترا لم يكونوا يملكون إلا قرابة 2.4% من رأس المال الوطني.

وكان لطبيعة التعليم دور في تفاقم التفاوت في ماليزيا، فالملايو كانوا يتعلمون في مدارسهم الخاصة بلغة الملايو، وركز الاستعمار البريطاني على التدريس باللغة الإنجليزية في المدن، والتي كان يُدرّس فيها أبناء العرق الصيني والهندي، ثم آلت الأمور إلى تسليم الوظائف الإدارية المهمة إلى من تعلموا في المدارس الإنجليزية، وبالتالي المزيد من التهميش للملايو.

1- Malaysia: 30 Years Of Poverty, Case Study Submitted in Shanghai Poverty Conference Scaling Up Poverty Reduction (March 12, 2004): & Poverty Reduction Strategies in Malaysia, P:37..

وكانت السياسة الاقتصادية التي استخدمتها الدولة بعد الاستقلال مباشرة امتداد للسياسة الاقتصادية للاستعمار على قاعدة دعه يعمل، بدلا عن التدخل في توجيه الاقتصاد، وإن كانت تدخلت بشكل أكبر في مجال الاستثمار الزراعي والتنمية الريفية، فكان مقدار الإنفاق الحكومي على التنمية الزراعية في الفترة (1957-1970) يمثل نسبة 22.3% من الإنفاق العام مقارنة مع 2.4% للتنمية الصناعية، ولكن مع ذلك كان نصف السكان تقريباً في ماليزيا قبل 1970م يعانون من الفقر، وكان الغالبية منهم من البوميوترا؛ لأن 80% منهم كانوا يعيشون في الريف، و70% من الفقراء بشكل عام كان يعيشون في المناطق الريفية، وجدول 1 يوضح الحالة الاقتصادية والفقر للمجتمع الماليزي على حسب التقسيم العرقي:

جدول (1)  
الحالة الاقتصادية في عام 1970 (%).

بحسب العرقيات				بحسب المناطق		إجمالي ماليزيا	الحالة الاقتصادية في عام 1970
أخرى	الهنود	الصينيون	(البوميوترا) الملايو	الريف	الحضر		
44.8	39.2	26	64.8	58.7	21.3	49.3	نسبة الفقر عام 1970
813	304	394	172	200	428	264	دخل الأسرة شهرياً بالرنقت

المصدر: تقارير وحدة التخطيط الاقتصادي الماليزية، وPoverty Reduction Strategies in Malaysia.

### III- السياسات الاقتصادية الماليزية لرفع معدل النمو ومكافحة الفقر من 1970م.

عندما شعرت الحكومات الماليزية بعد أحداث 1969م بخطر الفقر والتفاوت على الوحدة الوطنية والاستقرار الاقتصادي والاجتماعي قامت بوضع سياسات اقتصادية لمعالجة هذا الخلل في المجتمع الماليزي، ويمكن أن نُقسّم هذه السياسات إلى الاستراتيجية طويلة المدى، وسياسات طارئة خاصة بالأزمات، والخطط الاقتصادية الخمسية (خطة لكل خمس سنوات). وكانت كلها تخدم الفلسفة الاقتصادية لماليزيا القائمة على النمو ومكافحة الفقر، وكانت تستخدم لتحقيق أهداف هذه السياسات والاستراتيجيات العامة سياسات اقتصادية ومالية جزئية، ولذا سنتحدث عن هذه السياسات بالتقسيم السابق كالتالي:

#### 3-1- الاستراتيجيات الاقتصادية<sup>(1)</sup>.

هي عبارة عن سياسات اقتصادية طويلة المدى، وهي ثلاث استراتيجيات: السياسة الاقتصادية الجديدة (NEP)، وسياسة التنمية الوطنية (NP)، ورؤية 2020 (Vision 2020). وسنذكرها بترتيبها الزمني كالتالي:

## - السياسة الاقتصادية الجديدة NEP (1971-1990) (1)

تم وضع هذه الإستراتيجية بعد الإشتباك الدموي الذي تحدثنا عنه في عام 1969م، وقامت على أساس إعادة هيكلة الاقتصاد والمجتمع، بناءً على أساس عرقي، من خلال منح معاملة تفضيلية لتصحيح الاختلال الاجتماعي والاقتصادي في المجتمع الماليزي، وتحقيق الوحدة الوطنية من خلال وسيلتين:

**الأولى:** الحد من الفقر المطلق إلى القضاء عليه، وذلك بتوفير فرص عمل جديدة، ورفع مستويات الدخل لجميع الماليزيين بدون إعادة توزيع للثروة بقدر ما هو توسيع قاعدة الثروة بإيجاد مصادر جديدة لها، وصولاً إلى تخفيض نسبة الفقر إلى 16.7%.

**والثانية:** إعادة هيكلة المجتمع عن طريق إعادة هيكلة العمالة، وملكية رأس المال بحيث تعكس التركيبة العرقية للسكان، وذلك بتنمية الموارد البشرية بالتعليم والتدريب، ومنح الامتيازات القانونية لليومبيوترا (السكان الأصليين)، وصولاً إلى أن تكون ملكيتهم من الأصول الرأسمالية بما يعادل 30 % في عام 1990م.

وكان من جملة هذه الامتيازات أن عملت الحكومة على تأمين الشركات الخاصة، ووزعت أسهمها على اليومبيوترا. فكان النتيجة لهذه السياسة انخفاض كبير في نسبة الفقر فاق المخطط له، والذي كان المقدر له أن الوصول بنسبة الفقر في ماليزيا إلى 16.7%، ولكن وصلت نسبة الفقر في نهاية الإستراتيجية إلى نسبة 16.5%، وكان توزيعها على مكونات المجتمع الماليزي كالتالي في الجدول 2:

جدول (2)  
تطور نسبة الفقر بين 1970 و 1989 (%).

بحسب العرقيات				بحسب المناطق		إجمالي ماليزيا	نسبة الفقر
أخرى	الهنود	الصينيون	(اليومبيوترا) الملايو	الريف	الحضر		
44.8	39.2	26	64.8	58.7	21.3	49.3	عام 1970
28.9	19.8	16.5	49.2	45.8	17.5	37.4	عام 1979
22.8	7.6	5.4	23	21.1	7.1	16.5	عام 1989

جدول 2، المصدر: تقارير وحدة التخطيط الاقتصادي الماليزية، و التجربة التنموية الماليزية.

.Poverty Reduction Strategies in Malaysia.

1 - أنظر: أعضاء على التجربة التنموية الماليزية. محمد شريف بشير الشريف. جامعة العلوم الإسلامية الماليزية. الطبعة الأولى. 1429هـ - 2009م، ص 76-80، و

Islam And Development Revisited With Evidences From Malaysia, Ataul Huq, P50. و Poverty Reduction Strategies in Malaysia, P8.

**- سياسة التنمية الوطنية NP (1991-2000)<sup>(1)</sup>:**

وفيه تحول التركيز من إعادة التوزيع للثروة والدخل إلى الاهتمام بمزيد من النمو؛ لأن مشكلة الفقر فيه لم تعد خطيرة، ولكن مع بقاء التركيز على القضاء على الفقر المدقع بنفس الآليات السابقة.

**- رؤية 2020**

وهي عبارة عن الحالة التي يجب أن تكون عليها ماليزيا في عام 2020م، وهو أن تكون ماليزيا دولة كاملة النمو، ومن الدول الصناعية الكبرى، من خلال نمو اقتصادي سنوي بمقدار 7%، وذلك بتطوير الصناعات التحويلية، والاهتمام بالمشاريع الصغيرة والمتوسطة، وتطوير القطاع الزراعي، والتنمية البشرية.

**3-2- الخطط الاقتصادية الخاصة بالأزمات: (محمد شريف بشير الشريف، 2009م).**

وهي عبارة عن خطة تم بها مواجهة أزمة معينة، وأوضح مثال على ذلك الخطة التي بها مواجهة الأزمة المالية التي اجتاحت دول جنوب آسيا في منتصف 1997م، فاتخذت الحكومة الماليزية مجموعة من الإجراءات الاقتصادية والنقدية التي هدفت إلى استعادة ثقة السوق ودعم النظام المصرفي.

وكان من جملتها الدعم الحكومي للمتأثرين بالأزمة، ومنها: إدراج دعم للفقراء ضمن الميزانية الاتحادية للعام 1998م، والتخفيف نفقات الحكومة المركزية لصالح الوزارات العاملة في مجال المشروعات الاجتماعية، وتنمية الريف، والمشروعات الموجهة للفقراء، ودعم صندوق للقروض المتناهية في الصغر للمنشآت الصغيرة والأعمال التجارية، ودعم بعض تكاليف التعليم والدراسة للطلاب الفقراء.

**3-3- الخطط الاقتصادية الخمسية:**

وهي عبارة عن خطط اقتصادية لكل خمس سنوات بدأت من عام 1966م، ويمكن أن نلخص أهم عناصرها في الجدول 3:

(Economic and Social Commission for Asia and the Pacific Poverty and Development Division, 2006).

جدول (3)  
تطور نسبة الفقر بين 1970 و 1989 (%).

الإستراتيجية	الخطة الخمسية	أهم ملامحها الاقتصادية
	الأولى 1970-1966	كانت أول خطة ماليزية، وكانت مهتمة في المقام الأول بتحقيق النمو السريع، ولم تكن تركز على القضاء على الفقر، ولكن كان في برامجها برامج تعود بالنفع على سكان المناطق الريفية.
	الثانية 1975-1971	كانت أهداف السياسة الاقتصادية الجديدة القضاء على الفقر وإعادة هيكلة المجتمع وحفز الاستثمار وخلق فرص عمل جديدة واضحة في اتجاهها نحو القضاء على الفقر، من خلال تحديث برامج الرعاية للمناطق الريفية، وتحسين الحياة المعيشية للفقراء، وتحسين وإعادة توزيع الدخل.
السياسة الاقتصادية الجديدة NEP	الثالثة 1980-1976	كانت موجهة نحو استعادة التوازن العرقي في العمالة، وتوفير فرص كافية للتعليم والتدريب، وإنشاء صناديق استثمارية للملايو، وتشجيعهم على المشاركة في الملكية. وتم التركيز فيها على القضاء على الفقر المدقع.
	الرابعة 1985-1981	تم تصميمها على مواجهة الركود الاقتصادي، والتكيف الهيكلي، أكثر من القضاء على الفقر. واستخدمت نهجاً جديداً للتنمية الزراعية المتكاملة، وتحديث مصائد الأسماك الصغيرة وغيرها.
	الخامسة 1990-1986	لم تشمل على جديد في مكافحة الفقر، ولكن تم فيها رفع خط الفقر بإعادة تعريفه بحيث يكون إلى جانب الاحتياجات الضرورية من الغذاء والملبس والسكن والخدمات الاجتماعية كالصحة والتعليم والنقل، ما يجب أن يحصل عليه الفقراء من الملكية العقارية، وصافي التحويلات المالية.
	السادسة 1995-1991	برنامج لتطوير الفقراء المدقعين المواطنين (PPRT) شملت طائفة واسعة من البرامج المخصصة للتصدي لاحتياجات أفقر شرائح المجتمع. وتزويدهم بمرافق البنية التحتية الأساسية.
سياسة التنمية الوطنية NP	السابعة 2000-1996	إشراك القطاع الخاص في برامج إعادة الهيكلة، وكان أيضاً هناك هدف هام في هذه الخطة وهو تطوير المشاريع الصغيرة والمتوسطة الحجم. كما كان من المخطط تمكين المزيد من منظمى الأعمال البوميوترا للوصول إلى القطاعات الثانوية خلال هذه الفترة، وكانت هناك برامج محددة موجهة من أجل توليد الدخل من خلال زراعة المحاصيل، وتربية الثروة الحيوانية والأحياء المائية، والتجارة الصغيرة والصناعات المنزلية. وقد عملت هذه السياسة لاستهداف المناطق الأكثر فقراً من خلال نظام متكامل، والمنهج المتعدد القطاعات.
رؤية 2020	الثامنة 2005-2001	تولت مهمة التأكد من أن معدل انتشار الفقر قد انخفض إلى 0.5% بحلول عام 2005. ووضعت لنفسها العمل على إزالة ما تبقى من جيوب الفقر خلال هذه الفترة، ولا سيما في المناطق النائية.
	التاسعة 2010-2006	اتخاذ التدابير لتقوية الاقتصاد المحلي، وتوسيع نطاق المشاركة في قطاعات اقتصادية جديدة أخرى، وتشجيع الاستثمارات المحلية والأجنبية مباشرة.

المصدر: وحدة التخطيط الاقتصادي 2015، و Income Generation And Poverty Reduction، والتجربة التنموية الماليزية.

**IV- الإستراتيجية العامة لمكافحة الفقر من 1970 - 2010م.**

كل الاستراتيجيات السابقة والخطط المنبثقة منها كانت - كما ذكرنا- تهدف إلى تحقيق النمو الاقتصادي الذي يولد مزيد من المساواة، ويكافح الفقر. وسنذكر هنا الجانب المتعلق بتحقيق المساواة ومكافحة الفقر في تلك الاستراتيجيات والسياسات السابقة كالتالي:

**4-1- السياسات المالية.**

استخدمت فيها الحكومات الماليزية أدوات السياسة المالية للتخفيف من الفقر واللامساواة، ومنها سياسة الإنفاق العام، فقد نما الإنفاق العام كوسيلة للتدخل في توزيع الدخل والحد من التفاوت والقضاء على الفقر بمعدل 11.5% سنويا للفترة (1966- 2006م)، ولتوضيح هذا النمو في الإنفاق العام فقد كانت النفقات في الخطة الخمسية السابعة (1996-2000) = 500.8 مليار رنقت، وفي الخطة الخمسية الثامنة (2000-2005) = 781.8 مليار رنقت، وفي الخطة التاسعة (2006-2010) فقد بلغ الإنفاق العام مقدار 1,051.4 مليار رنقت، أي: بمقدار الضعف عن السابعة، وكانت اتجاهات هذه النفقات نحو توزيع الدخل، والتأكيد على البرامج التي تعمل على تحسين الدخل ونوعية الحياة للشعب مثل الإنفاق على تنمية المناطق الزراعية والريفية، والإنفاق على التعليم والصحة والنقل وسائر الخدمات الاجتماعية<sup>(1)</sup>.

ومن الإنفاق على هذه الخدمات الأساسية نقف مع بعض الأمثلة من السياسة الإنفاقية.

- **سياسة تأمين المساكن:** ركز القطاع العام على بناء مساكن منخفضة التكاليف لمن يعيشون في الأماكن المعزولة، والفقراء في الريف والحضر. وشجع في إطار خطته التاسعة القطاع الخاص على بناء عدد كبير من المساكن ذات التكلفة المنخفضة، والمتوسطة في إطار مشاريعها الإنمائية، وكذلك تقدم الحكومة خطة لإقراض ذوي الدخل المحدود بواسطة صندوق الإقراض السكني، مما يمكنهم من بناء مساكن، أو شراء مساكن منخفضة التكاليف لتحسين مستواهم المعيشي<sup>(2)</sup>.

- **سياسة الضمان الصحي:** وتقوم الدولة على توفير الرعاية الصحية لكل أفرادها، وذلك من خلال الخدمات الصحية الحكومية المجانية أو بتعرفة رمزية، ومن خلال التأمين الصحي لموظفيها الذي يغطي حوالي 98% من أشكال الرعاية الصحية، ويوجد هناك التأمين الصحي الخاص الذي تقوم الشركات بتوفيره مقابل أقساط دورية، وبشكل عام يعتبر تأمين الخدمات الصحية من أولويات الخطط والسياسات الاقتصادية للحكومة الماليزية<sup>(3)</sup>.

1 - Public Expenditure Impact On Income Distribution In Malaysia, Mukaramah Binti Harun, Zakariah Abd Rashid And Azali Bin Mohamed, University Putra Malaysia, www.pdfgeni.com, 25/12/2009. P:4.

2 - أنظر: مرجع سابق، National Report Submitted From Malaysia P:11.

3 - أنظر: التجربة التتموية الماليزية. مرجع سابق. ص141-147. و National Report From Malaysia P:8-9.

- سياسة الضمان والتأمين: سلكت الدولة سياسة الادخار الإلزامي القائم وفق تعاليم الشريعة، وتعتمد هذه السياسة على مؤسسات رعاية أو تأمين ومنها: صندوق احتياطي الموظفين الذي يقوم على ضمان معيشة الموظف بعد تقاعده، ويقدم سلفاً وتسهيلات تمويلية للموظفين المحتاجين، ويستقطع قسطاً شهرياً من راتب الموظف يبلغ 6%، ويشترك صاحب العمل بما لا يقل عن 12%، وينطبق هذا النظام على كل الموظفين ما عدا خدم البيوت.

ومؤسسات التكافل العام، وتقوم بتغطية كثيرٍ من الأخطار كحوادث الحريق والسيارات وغيرها، ويدفع المشترك أقساطاً ولكن على أساس تبرع، ولا يحق له المطالبة بالربح، ويتفق الأعضاء على التبرع من صندوق المؤسسة لكلِّ عضوٍ حصل له خسارة.

ومؤسسات التكافل العائلي، وتُعطي مساعدة لمن يعول غيره، ومنها منظمة الأمن الاجتماعي، والتي تقدم مساعدات للعائل الذي يقل دخله الشهري عن 550 رنقت عند الوفاة أو العجز عن العمل.

وهناك مؤسسة خاصة بالادخار للحج يضع فيها المُدخر للحج أمواله في صندوق ادخار الحج، فيتكفل الصندوق بتكلفة حجه، وتأمين كل خدمات الحج له (1).

ومن السياسات المالية التي استخدمتها الحكومة الماليزية لتحقيق أهداف المساواة ومكافحة الفقر السياسة التمولية الإسلامية تشجيع قيام مؤسسات تمويل إسلامية حيث أن في وجودها تشجيعاً للبرق الملايوي للدخول في عالم التمويل والمال بعد أن كان يبتعد غالباً عن المشاركة كمودع أو كمقترض أو كمساهم في المؤسسات المالية التقليدية بسبب قيامها على الربا.

وتتكون المؤسسات المالية الإسلامية من جزئين: المؤسسات المالية المصرفية والتأمينية الإسلامية، ومؤسسات الإقراض الأصغر وفق الشريعة مثل مؤسسة (أمانة اختيار ماليزيا - Amanah Ikhtiar Malaysia) والتي تأسست عام 1987م لمكافحة الفقر، وتقليل آثاره وسط السكان الماليزيين من خلال تمكينهم من الحصول على قروض متناهية في الصغر، ودون فوائد ربوية، وقد غطت شبكة القروض التي قدمتها خلال 20 عاماً ما لا يقل عن 70 ألف أسرة فقيرة، وتعتبر الآن أكبر مؤسسة للاقتراض متناهية الصغر في ماليزيا، وفي جنوب شرق آسيا (2).

وأما المؤسسات المالية الإسلامية التي تشمل البنوك الإسلامية وشركات التأمين، والعمل المصرفي الإسلامي في ماليزيا فقد تم الموافقة عليه بقانون في عام 1983م، وأنشأت الحكومة البنك الإسلامي (BANK ISLAM) تحت إشراف البنك المركزي، وأنشأ بعده بنك معاملات، ثم

1 - انظر: التجربة التنموية الماليزية. مرجع سابق. ص169-170، و Islamic banking and finance in South-east Asia, P:167-179.

2 - انظر: أضواء على التجربة التنموية الماليزية، ص225-260.

بعد عشر سنوات سُمح للبنوك التقليدية بفتح نوافذ وفروع إسلامية، وكذلك فروع لبنوك إسلامية خارجية كبيت التمويل الكويتي ومصرف الراجحي. وتمت الموافقة في عام 1984م على قانون التكافل، وهو مصطلح للتأمين المتوافق مع الشريعة. ثم كونت الحكومة الماليزية اللجنة الوطنية الاستشارية لمجلس الشريعة الإسلامية (NSAC)، وعمدت إليه الإشراف على الخدمات المصرفية الإسلامية، والتنسيق بين أعمال المصارف والتأمين بما يتوافق مع الشريعة الإسلامية. وتُسوّق ماليزيا نفسها اليوم على أن تكون المركز العالمي للتمويل الإسلامي.

ويبقى معنا هنا الدعم الرسمي للمؤسسات الإسلامية المالية الخيرية العامة كمؤسسة الزكاة في ماليزيا ومؤسسة الوقف.

والتجربة الماليزية في مؤسسة الزكاة لها خصوصية اختلاف بعض صور تطبيقاتها من ولاية إلى ولاية حيث أن ماليزيا تتكون من ثلاثة عشر ولاية، لكل ولاية دستور وقوانين وحاكم، ولكن تجتمع في الالتزام بأداء الزكاة إلى أجهزة الدولة في كل ولاية، ويبقى الاختلاف في تحديد أموال الوعاء الزكوي الواجب دفعها، وكذلك العقوبات على المخالفين<sup>(1)</sup>.

ويشرف على عملية جمع الزكاة في كل ولاية مجلس الشئون الدينية في الولاية الذي يشرف عليه رئيس الولاية أو الحاكم الوطني إلا في ولاية قدح فللزكاة مجلس مستقل هو لجنة الزكاة تعمل تحت مكتب منفصل مسئول أمام حاكم الولاية.

ولكن بالجملة ساهم وجود مؤسسة الزكاة في ماليزيا في دعم السياسات الاقتصادية المحققة للعدالة والتقليل من التفاوت ومعالجة الفقر.

ومن الصور الابتكارية التي استخدمها مركز جمع الزكاة الفيدرالي الماليزي تسليم مهام جمع الزكاة والتبرعات لشركة متخصصة مقابل 10% من حصيله الزكاة من نصيب العاملين عليها، وهذا كان له دورٌ كبيرٌ في زيادة ما جمع من الزكاة من 5 ملايين رنجت عام 91 إلى 26 مليون رنجت عام 93، وقد بلغ ما جمع من الزكاة بواسطة مؤسسات خاصة في عام 2007م في ولاية سلانجور فقط مثلاً (202.19) مليون رنقت، ومجموع ما تم تحصيله من الزكاة في ماليزيا كلها (806.28) مليون رنقت، بزيادة 155.08 مليون عن عام 2006م أي بنسبة 21.61%، وقد تم صرف (641.06) مليون رنقت من الزكاة في عام 2007م، أي مع بقاء فائض بنسبة 24.4%<sup>(2)</sup>.

1- التجربة الماليزية مقتبسة من، مؤتمر الإطار المؤسسي للزكاة، أبعاده ومضامينه، تحرير: بوعلام بن جلالي ومحمد العلمي، وقائع المؤتمر الثالث للزكاة المنعقد في كوالالمبور- ماليزيا، 1410 هـ- 1990م، المعهد الإسلامي للبحوث والتدريب، البنك الإسلامي للتنمية، جدة، وقائع ندوة رقم 22، الطبعة الثانية، 1422 هـ- 2001م، ص 491 وما بعده، ومن كتاب Role of Zakah and Awqaf In Poverty Alleviation , Habib Ahmed. Islamic Research and Training Institute, Islamic Development Bank. 1425, 2004, P : 77-91

2- انظر: Localization Of Malaysian Zakat Distribution: Perceptions of Amil And Zakat Recipients, Hairunnizam Wahid & Radiah Abdul Kader, Seventh International Conference,

وأما الوقف فهو تحت إشراف المجلس الإسلامي، وهو مؤسسة رسمية تُشرف على كل الأنشطة الدينية الإسلامية. وأول تنظيم للأوقاف كان في قانون ولاية سلانقور 1952م، ثم تبعتها بقية الولايات الماليزية، وكانت تجعل المجلس الإسلامي هو المتولي العام على جميع الأوقاف الإسلامية، ويحتفظ بجميع الوثائق المتعلقة بالأوقاف، ويلتزم بصرف ريع الأوقاف على الأغراض المحددة لها وفق شرط الواقفين.

وفي جانب السياسة النقدية المتصلة بالعمل المصرفي قامت الحكومة بإصدار بعض المشتقات النقدية الحكومية المتوافقة مع الشريعة، كسندات الخزينة العامة، وسندات الدين الإسلامي. وقد بلغت نسبة الأصول المصرفية الإسلامية في عام 2003 قرابة 9.4 % من الأصول العامة، وكذلك مؤسسات التكافل حصلت على نسبة 5.3 %، ومخطط لها أن تستحوذ على 20% في عام 2010م من الأصول العامة، وبلغت موجودات البنوك الإسلامية لعام 2003م. 72 مليار رنقت (= 19 مليار دولار)، ويضم القطاع المصرفي حاليًا 14 نافذة إسلامية لمصارف تقليدية، و9 مؤسسات مالية بالإضافة إلى مصرفين جديدين فضلًا عن البنك الإسلامي المركزي<sup>(1)</sup>.

كما كان من السياسات المالية المستخدمة لمكافحة الفقر السياسة الضريبية، من ناحيتين الأولى: من خلال دعم وتشجيع إخراج الزكاة من قبل المواطنين المسلمين (أفراد وشركات) لصالح صندوق الزكاة القومي مقابل تخفيض نسبة ما يؤخذ من الضريبة لصالح دافعي الزكاة. ومن ناحية ثانية: اعتمدت السياسة الضريبية على مبدأ التصاعدية في ضريبة الدخل، حيث يبلغ الحد الأدنى للدخل الخاضع للضريبة حوالي 658 دولار أمريكي، وتؤخذ الضريبة بعد خصم أقساط التأمين، ونسبة أطفال المُكلف بالضريبة، وكذلك نفقة المعوقين منهم، ومن يعول من الوالدين، ومساهمة صندوق التأمين الإجباري<sup>(2)</sup>.

#### 2-4- سياسات التنمية الزراعية.

لما كان أغلب العاملين الفقراء هم من العاملين في الزراعة لاحظنا الاهتمام بدعم القطاع الزراعي من بعد الاستقلال مباشرة، ومن أول خطة خمسية 1966م، وقد توجهت البرامج التنموية الزراعية إلى تحويل الزراعة التقليدية في الريف إلى قطاع حديث يستخدم التقنية المتطورة من أجل زيادة الإنتاجية والكفاءة الاقتصادية، وبالتالي القيمة المضافة، وذلك سواءً في استخدام التقنيات الحديثة في الزراعة أو في جمع المحاصيل وتجهيز المنتجات، وبالإضافة إلى دعم التنمية الزراعية فقد كان هناك تحسين لأوضاع المزارعين الفقراء في المناطق الريفية من خلال تطوير البنى

The Tawhidi Epistemology: Zakat and Waqf Economy, Bangi 2010, P:467  
في المجتمعات المعاصرة، فؤاد العمر، ذات السلاسل - الكويت، 1996م، ص 34.

1- أنظر: Islamic banking and finance in South-east Asia, P:155-158.

2- أنظر: التجربة التنموية الماليزية. مرجع سابق، ص 217.

التحتية، وتهيئة الأسواق المباشرة للمزارعين في المراكز الحضرية، وكما تم توزيع أراضي زراعية للمزارعين الذين هم بدون أراضي<sup>(1)</sup>.

#### 4-3- الاتجاه العام للسياسة الاقتصادية الماليزية في مكافحة الفقر<sup>(2)</sup>:

من خلال التعرّيج السريع على أهم السياسات التي خدمت هدف ماليزيا في التخفيف من التفاوت ومكافحة الفقر نخرج بتصور عن أهم الاتجاهات التي توجهت إليها الحكومات الماليزية المتعاقبة من بعد الاستقلال من أجل تحقيق هذا الهدف:

- الاهتمام بالتنمية الاقتصادية ورفع معدل النمو: على أساس أن النمو بزيادة الإنتاجية يقود إلى زيادة الدخل، وزيادة الدخل لعموم المجتمع تؤدي إلى القضاء على الفقر.
- الاهتمام بالتنمية الزراعية: باعتبار أن أغلب الشعب الماليزي، وبالذات الفقراء منهم يعملون في القطاع الزراعي. وكان الاهتمام بالتنمية الزراعية من خلال تحديث الإنتاجية الزراعية وزيادتها من خلال توزيع الأراضي الزراعية للمواطنين، والمساعدة في تسويتها، واعتماد وسيلة الزراعة المكثفة، ودعم الزُّراع بالأسمدة والبذور والإرشاد من أجل تحسين الناتج، وتقليل التكلفة الإضافية.
- الاهتمام بمكافحة الفقر بشكل مباشر: من خلال دعم الخدمات الأساسية كالماء والكهرباء والمساكن والاتصالات والمواصلات، والاهتمام بنوعية هذه الخدمات وجودتها خاصة في الجانب الصحي، وكذلك دعم الطلب الاستهلاكي من خلال تقديم منح، وإعانات للأسر والأفراد الفقراء، ولكن الدعم النقدي المباشر لا يُقدم إلا للمسنين والمعاقين الذين لا يستطيعون الانخراط في العمل. ومساعدة الفقراء من خلال تقديم قروض بدون فوائد لشراء المساكن، وإقامة المشاريع الصغيرة والمتناهية في الصغر.
- معالجة عدم المساواة في الثروة والدخل: تمت معالجة التفاوت في الدخل من خلال ما سبق، وأمّا التفاوت في الثروة فتمت معالجته من خلال تقديم امتيازات تفضيلية قانونية لليوميوترا، وبالذات العرق الملايوي في العقود والمقاولات الحكومية، وتمليكهم أسهم الشركات المساهمة.
- الاهتمام بالتعليم: لأنه بالتعليم تكون فرصة الفقراء بالترقي في السلم الاجتماعي أكثر، كما أنه كلما زاد المستوى التعليمي للفرد مكنه من الحصول على فرص مصادر دخل أفضل.

1 - Eradication Of Poverty And Other Development Issues, Statement By Mr. M. Ashri Muda, Representative Of Malaysia, Implementation Of The First United Nations Decade For The Eradication Of Poverty (1997-2006) At The Second Committee Of The 60th Session, The United Nations General Assembly, New York, 15 November 2005. P:2.

وانظر: التجربة التنموية الماليزية. مرجع سابق. ص217.

2 - انظر: التجربة التنموية الماليزية. ص76-80. و المرجع السابق. P:11-14 Poverty Reduction Strategies.

- توسيع دور المنظمات غير الحكومية: من خلال تشجيع القطاع الخاص على دعم الفقراء بالمساعدات والقروض الخالية من فوائد، وتمكين بعض المنظمات غير الحكومية من الإشراف على بعض الخدمات الاجتماعية وإدارتها.

#### V- تقييم التجربة الماليزية في تحقيق العدالة من خلال المزيد من النمو الاقتصادي للفترة 1970-2010م.

التجربة الماليزية تجربة رائدة في مكافحة الفقر والتخفيف من التفاوت، ولكن لا بد من الوقوف على هذه التجربة بشكل أكثر تفصيلاً، وكما هو معروف أنّ هذه التجربة في جانبها الاجتماعي قامت على تحقيق هدفين: الأول هو مكافحة الفقر، والثاني هو التخفيف من التفاوت، وسنقف مع كل هدف على حدة.

#### 1-5- هدف مكافحة الفقر

نجحت ماليزيا في كلّ استراتيجياتها في القضاء على الفقر على حسب المخطط لها، ويوضح الجدولان التاليان تطور نسبة القضاء على الفقر في كل فترة إستراتيجية.

ويمكن القول - بحساب الإحصائيات الماليزية الرسمية - أنه قد تم القضاء على الفقر المدقع في ماليزيا<sup>(1)</sup>، ومن خلال الجدول رقم 4 تتضح هذه المسألة:

#### جدول (4)

تطور نسبة الفقر المدقع في ماليزيا خلال الفترة 1984 - 2012 (%) حسب مكان الإقامة والعريقات.

نسبة الفقر المدقع	إجمالي ماليزيا	بحسب المناطق		بحسب العريقات			
		الحضر	الريف	(البومبيترا) الملايو	الصينيون	الهنود	أخرى
عام 1984	6.9	2.4	9.3	9.8	2.2	1.9	7.1
عام 1989	3.9	1.3	5.2	5.8	.8	1.2	3.4
عام 1999	1.9	.5	3.6	2.9	.2	0.3	5.9
عام 2009	0.7	0.3	1.4	1	0.1	0.3	1.4
عام 2012	0.2	0.1	0.6	0.3	0	0.2	-

جدول: 4. المصدر: تقارير وحدة التخطيط الاقتصادي الماليزية، ومراجع أخرى.

ومن ناحية نسبة الفقر بشكل عام في ماليزيا نلاحظ انخفاضه بمعدل كبير من 49.3% في عام 1970م، إلى 1.7% في إحصائيات 2012م.

1 - الإحصاءات انظر: من موقع وحدة التخطيط الاقتصادي الماليزي، [www.epu.gov.my](http://www.epu.gov.my) بتاريخ 2015/2/27، Household Income & Poverty, Time Series of Income Distribution and Poverty Statistics, 1970-2012، الجدول السابع الخاص بالفقر المدقع.

ونلاحظ أنّ نسبة الفقر في الملايو لا زال كبيرًا بالمقارنة بالهنود أو بالصينيين الذي كاد يختفي الفقر منهم<sup>(1)</sup>، وكذلك لا زال التفاوت بين الريف والحضر كما يوضحها الجدول رقم 5 التالي:

### جدول (5)

تطور نسبة الفقر في ماليزيا خلال الفترة 7019 - 2012 (%) حسب مكان الإقامة والعريقات.

نسبة الفقر	إجمالي ماليزيا	بحسب المناطق		بحسب العريقات			
		الحضر	الريف	(البومبيترا) الملايو	الصينيين	الهنود	أخرى
عام 1970	49.3	21.3	58.7	64.8	26	39.2	44.8
عام 1979	37.4	17.5	45.8	49.2	16.5	19.8	28.9
عام 1989	16.5	7.1	21.1	23	5.4	7.6	22.8
عام 1999	8.5	3.3	14.8	12.3	1.2	3.4	25.5
عام 2009	3.8	1.7	8.4	5.3	.6	1.7	9.8
عام 2012	1.7	1	3.4	2.2	.3	1	6.7

جدول 5: المصدر: تقارير وحدة التخطيط الاقتصادي الماليزية، ومراجع أخرى.

واختلف المحللون الاقتصاديون في تعليل سبب انخفاض نسبة الفقر في ماليزيا، فالبعض يرجعه إلى نتيجة النمو الذي حققه الاقتصاد، والبعض يضيف إلى نمو جهود الحكومة الدؤوبة للقضاء على الفقر<sup>(2)</sup>.

وتوجد بعض المؤشرات الإيجابية في الخدمات الأساسية التي يستفيد منه الفقراء بشكل كبير، ف 98% من الماليزيين يمكنهم الحصول على مياه صالحة للشرب عام 2000م، وفي عام 1995م يكون 97.6% من الأفراد قادرين على الحصول على الكهرباء، وبلغ في عام 2000م. معدل الالتحاق بالمدارس 98.8%، والذي يستطيعون القراءة بحلول عام 2002م سيصلون إلى قرابة 90.8%<sup>(3)</sup>.

### 5-2- هدف التخفيف من التفاوت.

من الجوانب المهمة لتحقيق الوحدة الوطنية التقليل من حدة التفاوت، وعلاج مشكلة الفقر هي المنطلق الأول لعلاج مشكلة التفاوت الفاحش بين أفراد المجتمع.

1- الإحصاءات انظر: من موقع وحدة التخطيط الاقتصادي الماليزي، [www.epu.gov.my](http://www.epu.gov.my) بتاريخ 2015/2/27، Household Income & Poverty, Time Series of Income Distribution and Poverty Statistics, Poverty Reduction Strategies in Malaysia, P:23. ومن الجدول السادس الخاص بالفقر. 1970-2012 Public Expenditure Impact On Income Distribution, & National Report From Malaysia.P:10.P:4.

2 - انظر: مرجع سابق، National Report Submitted From Malaysia, P:10.

3 - انظر: مرجع سابق، Poverty Reduction Strategies in Malaysia, P:16.

وقد وضحنا أثر مكافحة الفقر في السياسات الاقتصادية الماليزية خلال أربعين عاما من عام 1970 إلى عام 2010م، ويبقى معنا هدف التخفيف من التفاوت وكيف تم معالجته ونتائج هذه المعالجة.

ويمكن معرفة التفاوت بين أفراد المجتمع الماليزي من خلال معرفة جانبي الدخل والثروة لأفراد المجتمع الماليزي من خلال:

**الجانب الأول:** التفاوت في مستوى الدخل، وسيوضح بمعرفة متوسط دخل الأسرة الشهري في عام 2012م على حسب التقسيم العرقي للمجتمع الماليزي، ونلاحظ فيه ارتفاع المعدل العام لمستوى دخل الأسرة الواحدة الماليزية بشكل عام، وانخفاض نسبة التفاوت بينهم في الدخل، ولكن مع بقاء البومبوترا في أسفل القائمة بمبلغ شهري مقداره 4457 رنقت ماليزي، وهو بهذا يعادل 70% من دخل الأسرة الصينية = 6366 و 85% من دخل الأسرة الهندية = 5233<sup>(1)</sup>.

ويوضح الجدول والشكل التاليان تطور التفاوت في الدخل بين الأسر الماليزية خلال فترة (1970م- 2004م) بالرنقت الماليزي.

#### جدول (6)

تطور متوسط الدخل الشهري للأسرة بالرنقت في ماليزيا خلال الفترة 1970 – 2012 (%) حسب مكان الإقامة والعريقات

بحسب العريقات			بحسب المناطق		إجمالي ماليزيا	متوسط الدخل الشهري للأسرة بالرنقت	
أخرى	الهنود	الصينيون	(البومبوترا) الملايو	الريف			الحضر
813	304	394	172	200	428	264	عام 1970
1475	756	1002	492	523	1045	678	عام 1979
955	1209	1630	940	957	1606	1169	عام 1989
1371	2702	3456	1984	1718	3103	2472	عام 1999
3640	3999	5011	3624	2545	4705	4025	عام 2009
3843	5233	6366	4457	3080	5742	5000	عام 2012

جدول 6، المصدر: تقارير وحدة التخطيط الاقتصادي الماليزية، ومراجع أخرى.

وباستخدام معامل جيني<sup>(2)</sup> (Gini coefficient)، لقياس التفاوت في الدخل كانت النتيجة أنه في عام 1970م كان مقياس التفاوت بين أفراد المجتمع الماليزي يعادل 0.513، وفي عام 1979م بلغ التفاوت 0.505، وفي عام 1989م بلغ التفاوت 0.442، وفي عام 1999م بلغ التفاوت 0.443. عام 2009م بلغ التفاوت 0.441، وفي عام 2012م بلغ التفاوت 0.431<sup>(3)</sup>.

1 - انظر: مرجع سابق، Public Expenditure Impact On Income Distribution, P4.  
 2 - معامل جيني: من المقاييس الهامة والأكثر شيوعاً في قياس عدالة توزيع الدخل، ويقال للتفاوت - على حسب مقياس جيني- كلما اتجهنا نحو الصفر، ويزيد كلما اتجهنا نحو الواحد الصحيح.  
 3- الإحصاءات انظر: من موقع وحدة التخطيط الاقتصادي الماليزي، [www.epu.gov.my](http://www.epu.gov.my) بتاريخ 2015/2/27، Household Income & Poverty, Time Series of Income Distribution and Poverty Statistics، الجدول الخامس الخاص بقياس التفاوت بمعامل جيني، 1970-2012.

وفي هذا إشارة واضحة إلى أن التفاوت ظل في مستويات متقاربة خلال فترة الأربعين عاماً، ولم يتم التخفيف من حدة التفاوت بشكل كبير.

وعلى حسب تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة للعام 2007م-2008م كان نصيب أفقر 10% من الدخل والإنفاق في ماليزيا يصل إلى 1.7%، وبالمقابل كان نصيب أغنى 10% من الماليزيين 38.4% من الدخل، أي: أنّ نسبة الفارق بين المجموعتين في الدخل وصل إلى 22.1% (1).

وهذا يدل على أنّ نسبة التفاوت لا زالت كبيرة في المجتمع الماليزي أفراداً أو أسراً ومجموعات ومناطق.

**الجانب الثاني:** التفاوت في ملكية الثروة (رأس المال)، وهو جانب اهتمت بعلاجه السياسات الاقتصادية المختلفة من خلال تسهيل امتلاك أصول الأموال للبويميترا (العرق الأصلي)، فقد كان المخطط -كما ذكرنا سابقاً- الوصول في عام 1990م إلى امتلاك البوميوترا وعلى رأسهم الملايو لـ 30% من أصول الأموال الوطنية في ماليزيا، ولكن الحكومات المتعاقبة أخفقت في الوصول بهم إلى هذه النتيجة، فقد وصلت في عام 1990م إلى 19.3% من ملكية أصول الأموال فقط، وكان هذا الهدف هو أيضاً هدف السياسة القومية للتنمية (1990-2000م)، وأيضاً لم يصلوا إليه فقد استمروا عند 19%.

وهذا يعني أنّ التفاوت في الثروة، وإن خفّ فإنه ما زال كبيراً بين الأعراق الماليزية لصالح العرق الصيني والهندي (بالنسبة إلى تعدادهم)، ولغير صالح الملايو (البوميوترا) (2). كما سيظهر في الجدول رقم 7:

#### جدول (7)

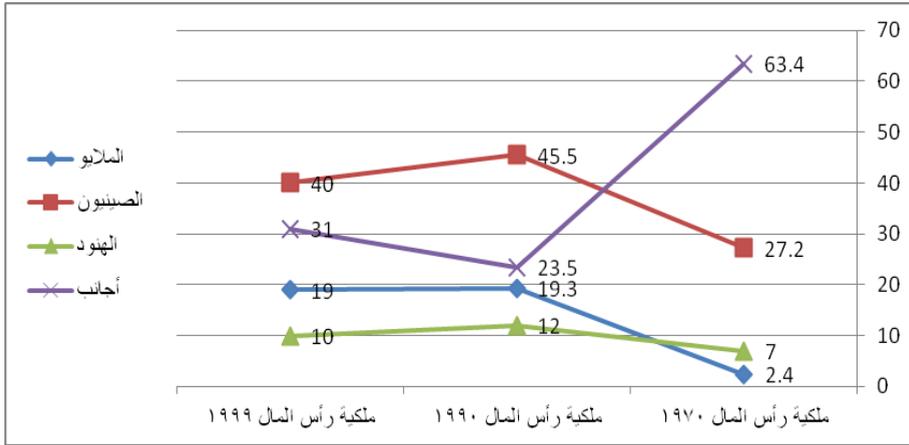
#### نسبة ملكية الأعراق الماليزية لرأس المال الوطني

أجانب	الهنود	الصينيون	الملايو	نسبة ملكية الأعراق الماليزية لرأس المال الوطني
63.4	7	27.2	2.4	ملكية رأس المال 1970
23.5	12	45.5	19.3	ملكية رأس المال 1990
31	10	40	19	ملكية رأس المال 1999
جدول 7: المصدر: Poverty Reduction Strategies in Malaysia				

1- انظر: تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة للعام 2007م-2008م، بند عدم المساواة في الدخل والإنفاق، الجدول 15، ص 270. و Public Expenditure Impact On Income Distribution, P4.  
2- انظر: مرجع سابق، P16. Poverty Reduction Strategies in Malaysia

والشكل التالي يبين مسارات انتقال ملكية رأس المال الوطني خلال العرقيات المختلفة المكونة للمجتمع الماليزي:

شكل (1)  
انتقال ملكية رأس المال الوطني بين العرقيات المكونة للمجتمع الماليزي  
خلال الثلاثين عاما 1970 - 2000م.



وأرجع بعض الباحثين هذه النتيجة، أي قدرة الاستراتيجيات والسياسات الاقتصادية على حل مشكلة الفقر بشكل أكبر من معالجة التفاوت بين أفراد المجتمع، عرقياته المختلفة إلى تغير طبيعة الإنفاق العام، ففي السنوات الأولى للاستقلال (1956-1970) كان الإنفاق كبير على الزراعة، وتنمية المناطق الريفية. وبدأ هذا الإنفاق على القطاع الزراعي بالانخفاض من عام 1980م، فعندما كان الإنفاق على القطاع الزراعي في الخطة الخمسية الثانية (1971-75) يبلغ 24.4%، وصل في الخطة الخمسية الثامنة (2001-2005م) إلى 6% فقط. ولكن الإنفاق على الخدمات الاجتماعية زاد من 14.9% (1971-1975) إلى 39.7% للفترة (2001-2005)، وهذا ساهم في معالجة الفقر دون معالجة حدة التفاوت<sup>(1)</sup>.

## VI- الخلاصة

تحقيق العدالة الاجتماعية يتم من خلال معالجة مشكلة الفقر بين أفراد المجتمع، ومن خلال تخفيف التفاوت بين أفراد وفئات المجتمع المختلفة، وبدراسة التجربة الماليزية الحديثة في تحقيق العدالة الاجتماعية نخلص من خلال ما سبق أنّ هدف التخفيف من التفاوت نجحت فيه الحكومات الماليزية المتعاقبة، ولكن ليس بالقدر الذي نجحت في تحقيق هدف إعادة هيكلة العمالة والقضاء على الفقر، فقد نجحت فيهما نجاحاً كبيراً، بل في فترات تجاوز النجاح المقرر من الخطة كما حصل

1 - انظر: نفس المرجع، ص 5.

في السياسة الاقتصادية الجديدة (1971-1990)، والتي كان من المقرر فيها خفض معدل الفقر إلى 16.8%، ولكنها استطاعت خفضت معدل الفقر إلى ما دون 16.5%.

ولكن تبقى التجربة الماليزية هي التجربة الرائدة على المستوى العالمي والإسلامي في إعادة توزيع الثروة والدخل وتحقيق العدالة بها دون التعارض مع السياسات الاقتصادية المحفزة للنمو الاقتصادي والعاملة على رفع مستوى البلاد الاقتصادي.

كما أن لها بعداً إسلامياً من خلال أن الهدف من إعادة التوزيع في ماليزيا كان لصالح عرق الملايو المسلم، وقد استخدمت من أجل تحقيق هذا الهدف مجموعة من السياسات الاقتصادية المباشرة، وكان من جعلتها تفعيل دور مؤسسات إعادة التوزيع الإسلامية، وتشجيعها على القيام بدورها، وخاصةً مؤسسات الإقراض الأصغر بلا فوائد، والمؤسسات المالية الإسلامية التي قامت بدعمها وتشجيعها ليكون لها الصدارة في التمويل الإسلامي العالمي، وكذلك قامت ضمن هذه السياسات بدعم مؤسسات إعادة التوزيع الشرعية كالزكاة والأوقاف وغيرها، ومن جانب آخر فقد كان للقيم الجوهرية في الإسلام، والتي يعتنقها الملاويون المسلمون كالعادلة والإحسان دور كبير في المساهمة في تحقيق معجزة في البلاد في العقود الثلاثة الماضية مع تطبيق سياسات اقتصادية واقعية<sup>(1)</sup>.

ويمكن الاستفادة في عالمنا العربي من التجربة الماليزية في تحقيق العدالة الاجتماعية وعدم التعارض مع المزيد من النمو الاقتصادي والتقدم التنموي، مع النظر لخصوصيات كل بلد من خلال السياسات الاقتصادية التي اتبعت في الحالات الاعتيادية، وكذا في الحالات الطارئة كما بينا في أثناء هذا البحث.

## - المراجع

### - المراجع باللغة العربية:

- إدارة مؤسسة الزكاة في المجتمعات المعاصرة، فؤاد العمر، ذات السلاسل - الكويت، 1996م.
- أضواء على التجربة التنموية الماليزية. محمد شريف بشير الشريف. جامعة العلوم الإسلامية الماليزية. الطبعة الأولى. 1429هـ - 2009م.
- أوراق مؤتمر الإطار المؤسسي للزكاة، أبعاده ومضامينه، تحرير: بوعلام بن جلالى ومحمد العلمي، وقائع المؤتمر الثالث للزكاة المنعقد في كوالالمبور - ماليزيا، 1410هـ - 1990م، المعهد الإسلامي للبحوث والتدريب، البنك الإسلامي للتنمية، جدة، وقائع ندوة رقم 22، الطبعة الثانية، 1422هـ - 2001م.
- التقرير الاقتصادي الماليزي لعام 2009م.

1 - انظر: Islam And Development Revisited With Evidences From Malaysia, Ataul Huq Pramanik, Islamic Economic Studies, Jeddah-Saudi Arabia, Vol. 10, No. 1, September 2002, P:50.

- تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة للعام 2007م-2008م.
- موقع وحدة التخطيط الاقتصادي الماليزي، [www.epu.gov.my](http://www.epu.gov.my).
- تقرير السلسلة الزمنية لتوزيع الدخل وإحصاءات الفقر للفترة 1970-2012م. من موقع وحدة التخطيط الاقتصادي الماليزي.

### - المراجع الأجنبية:

- Eradication Of Poverty And Other Development Issues, Statement By Mr. M. Ashri Muda, Representative Of Malaysia, Implementation Of The First United Nations Decade For The Eradication Of Poverty (1997-2006) At The Second Committee Of The 60th Session, The United Nations General Assembly, New York, 15 November 2005.
- Income Generation And Poverty Reduction Experiences Of Selected Asian Countries, Development Papers No. 26, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific Poverty and Development Division, United Nations publication, Printed in Bangkok, January 2006..
- Islam And Development Revisited With Evidences From Malaysia, Ataul Huq Pramanik, Islamic Economic Studies, Jeddah-Saudi Arabia, Vol. 10, No. 1, September 2002.
- Islamic banking and finance in South-east Asia Its development and future, Angelo M.Venardos. WeWorld Scientific- Singapore,2005..
- Localization Of Malaysian Zakat Distribution :Perceptions of Amil And Zakat Recipients, Hairunnizam Wahid & Radiah Abdul Kader, Seventh International Conference, The Tawhidi Epistemology: Zakat and Waqf Economy, Bangi 2010. †
- Malaysia: 30 Years Of Poverty, Case Study Submitted in Shanghai Poverty Conference Scaling Up Poverty Reduction (March 12, 2004): Economic Planning Unit, Prime Minister's Department. P:5. & Poverty Reduction Strategies in Malaysia..
- National Report Submitted From Malaysia, Human Rights Council, Fourth Session Geneva, 2-13 February 2009, General Assembly, United Nations.
- Poverty Reduction Strategies in Malaysia Some Lessons, Anoma Abhayaratne, Working Paper, Faculty of Economics and Administration, University of Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia, 2004.
- Public Expenditure Impact On Income Distribution In Malaysia, Mukaramah Binti Harun, Zakariah Abd Rashid And Azali Bin Mohamed, Universiti Putra Malaysia, [www.pdfgeni.com,25/12/2009](http://www.pdfgeni.com,25/12/2009).
- Role of Zakah and Awqaf In Poverty Alleviation , Habib Ahmed. Islamic Research and Training Institute, Islamic Development Bank. 1425, 2004.

## انعكاسات النمو الديموغرافي على الطلب الاجتماعي على التمدرس - إقليم الجزائر العاصمة الكبرى أنموذجا -

الجيلالي سالمي<sup>1</sup>

### - مستخلص

تحاول هذه الدراسة إيجاد صيغة لنموذج الإسقاط للسكان المتمدرسين وفق المعطيات والبيانات الديموغرافية المتوفرة، وقد اعتمدت الدراسة إجراء هذه الإسقاطات على طريقة المركبات والتمثلة في الإسقاط المنفصل للذكور والإناث لكل فئة عمرية أين يُعد التركيب العمري والنوعي، الخصوبة والوفاة من بين المتطلبات الواجب توفيرها لتطبيق هذه الطريقة، آخذين بعين الاعتبار خصوصية كل منطقة فيما تعلق بالمؤشرات الديموغرافية المستخلصة، بالإضافة إلى البيانات المتعلقة بحساب مختلف المؤشرات الأخرى (معدلات الانتقال والإعادة حسب السن والجنس، معدلات التأطير والاستقبال، فكلما وفرنا المعطيات اللازمة لأغراض التخطيط كلما كانت التقديرات مقبولة وعقلانية، لذلك فالاعتماد على معدلات النمو، الولادات، الإعادة، الانتقال تبقى غير كافية لأغراض التخطيط.

وقد توصلت الدراسة إلى أنه كل ما توفرت المعطيات والبيانات المتعلقة بحساب مختلف المؤشرات الديموغرافية (الهجرة، الوفيات، الولادات، الزواجية، الهجرة، معدلات الانتقال والإعادة حسب السن والجنس، الوسط الحضري والريفي إلى غيرها من المعطيات) كلما كانت التقديرات مقبولة وعقلانية.

وأكدت الدراسة أن الاعتماد على معدلات النمو، الولادات، الإعادة، الانتقال تبقى غير كافية لأغراض التخطيط وهذا ما حاولت هذه الدراسة إبرازه لتأكيد فرضية الإدراج المحدود للمتغيرات الديموغرافية في عملية التخطيط التربوي أثار سلبي على نوعية التقديرات وأبعدها عن الواقع الحقيقي كما أن التخطيط الفعال لقطاع التربية هو الذي يأخذ خصوصية كل منطقة (بلدية، ولاية... الخ).

**الكلمات المفتاحية:** التقديرات، التعليم، السكان في سن التمدرس، السكان المتمدرسون، السن، الجنس، التخطيط، التأطير، هياكل الاستقبال.

<sup>1</sup> أستاذ محاضر، جامعة حسيبة بن بو علي، الشلف، الجزائر، salmi.djillali@yahoo.fr

**I - مقدمة**

تحاول هذه الدراسة إجراء تقديرات للتلاميذ في سن التمدرس ثم المتمدرسين ببعض الولايات الشمالية بالجزائر اعتمادا على دراسة الواقع الحقيقي (الديموغرافي، المدرسي) والذي يجعل من كل ولاية تعيش ظروفها الديموغرافية وهو ما يميزها عن باقي الولايات الأخرى كمعدلات الخصوبة، الوفاة... الخ، بالإضافة إلى الجانب المدرسي كأحد العناصر الأساسية في عملية التقديرات كنسبة التمدرس، معدلات الانتقال والإعادة... الخ، مستنتجين في آخر المطاف عدد هياكل الاستقبال والتأطير الكافي للطلب المتزايد على التربية والتعليم في الأجل القريبة، المتوسطة والبعيدة.

**1-1 - مشكلة الدراسة**

لقد أصبح التخطيط طابع العصر الحديث ، والذي ينطلق من استقرار الحاضر واستشراف المستقبل لتلبية الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية المتزايدة، والتعليم ضمن أحد هذه البرامج المتعلقة بالتخطيط، فرغم كل الجهود المبذولة من طرف الدولة لتوسيع الجهاز التربوي من خلال منح موارد مالية وتخصيص التأطير الضروري لتدعيم القطاعات، إلا أن الجزائر من بين الدول التي مازالت نظمها التربوية تتعرض إلى موجة واسعة من النقد ومحاولات الإصلاح والتطوير، فالقطاع لا يزال يعاني من مشاكل عويصة، فالمرود المدرسي المنخفض، ونسب الرسوب المرتفعة، إضافة إلى تدني الأداء التربوي للمعلمين، جعلنا نطرح التساؤل الآتي:

- هل لبعض المتغيرات الديموغرافية تأثير سلبي على نوعية التقديرات واتساع الفجوة العددية بين المقدر والواقع الحقيقي لعدد المتمدرسين، الهياكل و التأطير؟

والتي مفادها أن الإدراج المحدود للمتغيرات الديموغرافية في عملية التخطيط التربوي أثر سلبا على نوعية التقديرات ودقتها، كما أن التخطيط الفعال هو الذي يأخذ خصوصية كل منطقة (بلدية، ولاية... الخ) ويوظف كل المؤشرات الممكنة التي تساعده في تحقيق تقديرات مقبولة يغطي بها الفجوة الموجودة بين التعدادات.

**1-2 - مصدر البيانات**

تعتمد الإسقاطات السكانية على نتائج التعدادات السكانية من ناحية وعلى دراسات مستويات الوفيات والخصوبة والهجرة السائدة في فترات زمنية مختلفة بالإضافة إلى الاتجاهات المستقبلية المفترضة لهذه المكونات، ومن واقع هذه الدراسة يتم وضع البدائل المختلفة لعناصر النمو السكاني ومن ثم تقدير أعداد السكان وخصائصهم ليعتمد عليها المخططون وواضعو السياسات ومنتخذي القرار والدارسون في هذا المجال، ونظرا للفروقات المسجلة بين نتائج التعداد الأخير للسكن والسكان

لسنة 2008م ونتائج الإسقاطات التي قام بها الديوان الوطني للإحصاء، لذا اعتمدت الدراسة على تقديرات لسكان ولايات الإقليم حسب ما توفر من معطيات ديموغرافية.

## II - خصائص السكان المتمدرسين

تم وضع إسقاطات سكانية للفئات المتمدرسة التي توافق السن الرسمي (6-21 سنة) من 2008م (آخر تعداد) إلى سنة 2030م، وهناك طرق متعددة يمكن بواسطتها الحصول على تقديرات أو إسقاطات للسكان، وتختلف هذه الطرق باختلاف الغرض من البيانات وما إذا كان يهدف إلى تقدير إجمالي السكان فقط أو إلى تركيبهم حسب خاصية معينة مثل النوع والعمر..

### 2-1- منهجية الإسقاطات

اعتمدت الإسقاطات السكانية الحالية على طريقة المركبات، وهي أحد الطرق الاقتصادية، حيث تعتبر هذه الطريقة من أحسن الطرق المعتمدة، والتي تتمثل في الإسقاط المنفصل للذكور والإناث لكل فئة عمرية لمجتمع ما، وإنّ الانتقال من  $l_x$  إلى  $L_x$  يتم وفق الفرضية التي تنص على أنّ بين العمر 5 و75 سنة، فإنّ الوفيات تتوزع بشكل منتظم بين السنوات المتتالية حيث:

$$L_x = (l_x + l_{x+1})/2$$

هذه الفرضية ليست صالحة للفئة العمرية [0-4] بسبب الاختلاف في مستويات الوفاة خاصة خلال السنة الأولى من الحياة، لذلك تم تحديد معامل  $\lambda_x$  الذي يعبر عن تباين الوفاة.

- عند العمر 0 سنة تم الاعتماد في حساب  $L_x$  على  $\lambda_0 = 0.80$  نظرا لأنّ مستوى وفيات الأطفال الرضع في المنطقة المدروسة هو في حدود 20%، كما تعذر حساب  $\lambda_0$  نظرا لعدم توفر بيانات حول وفيات الأطفال الرضع موزعة حسب العمر والجنس (التصنيف المزدوج) وفي هذه الحالة فإنّ:

$$L_0 = l_0(1 - \lambda_0) + \lambda_0 * l_1$$

- أما بين 1 و4 سنوات فتم اعتماد معامل  $\lambda = 0.5$  مما يؤدي بنا إلى فرضية التوزيع المنتظم للوفاة حسب العمر.

- أمّا في حالة العمر الأخير (الذي يكون مفتوحا) 80 سنة فما فوق يكون لدينا:

$$L_{80} = l_{80+} * e_{80+}$$

\* أمّا بالنسبة لتقدير احتمالات البقاء على قيد الحياة  $P_{xx+n}$  فإنّه:

أ- بين العمر 5 و75 سنة نفترض أنّ الأحياء ضمن أية فئة عمرية هم دوال خطية للعمر

$$5p_{x,x+9} = \frac{L_{x,x+9}}{L_{x,x+4}} \text{ أي}$$

$$5p_n = \frac{L_{0,4}}{5l_0} \quad \text{ب- الأحياء عند العمر 0}$$

$$.5P_{80+} = \frac{L_{80+}}{L_{75+}+L_{80+}} \quad \text{ج- في حالة الفئة الأخيرة المفتوحة فإنّ}$$

## 2-2- فترة الإسقاط

تم تقدير عدد السكان حتى مطلع سنة 2030م، أين تم مراعاة أغراض التخطيط. (المخطط الوطني لتهيئة الإقليم والذي يهدف إلى تأهيل الإمكانيات المتاحة وإصلاح الاختلالات ... الخ)

## 2-3- تقدير المستويات الجارية والاتجاهات المستقبلية لنسب البقاء

وحسب البيانات المتوفرة والموضحة في الجدول (01)، فإنّ توقع الحياة ( $e_0$ ) عند الميلاد للذكور والإناث لسنة 2013م قد تجاوز 77.5 سنة عند الإناث و76.5 سنة عند الذكور و77 سنة بالنسبة للمجموع العام، وبذلك لا يمكن الاعتماد على جداول الأمم المتحدة ولا جداول (كول وديميني).

لذلك تم استخدام جداول الحياة لمجموعة من الدول كفرنسا، البرتغال، بلجيكا، ألمانيا، إسبانيا وإيطاليا، لاختيار جدول الحياة الأقرب للجزائر خلال العشر سنوات الأخيرة.

## 2-4- فرضيات الدراسة

ومن خلال قراءة مختلف الجداول وإجراء مجموعة من الحسابات وُجد أنّه سواء بالنسبة للذكور أو الإناث فإنّ الجدول الأقرب والأصوب كإنموذج هو جدول الحياة الخاص بفرنسا. نظرا لوجود تشابه كبير مع الوضع في الجزائر.

وبداية من سنة 2013 وخلال الفترات الخمسية المتلاحقة تم الاعتماد على جدول الحياة الخاص بفرنسا كإنموذج لإجراء التقديرات المستقبلية مع افتراض زيادة ثابتة قدرها 0.3 كل سنة بداية من السن 79.3 بالنسبة للذكور، وهذا نظرا لتسجيل تذبذبات في نسبة الزيادة في أمد الحياة ليستقر في الخمس سنوات الأخيرة بزيادة ثابتة قدرها 0.3 سنة، أما بالنسبة للجزائر وبداية من سنة 2004م حتى سنة 2013م فقد سجلت نتائج متذبذبة بين الزيادة والنقصان، لكن إذا استثنينا هذه التذبذبات فإننا نصل إلى متوسط زيادة قدر بحوالي 0.3 سنة. هذه النتائج جعلتنا نتبنى هذه الفرضية والبيانات يوضحها الجدول (01) للحصول على توقع الحياة في الجزائر.

## جدول (01)

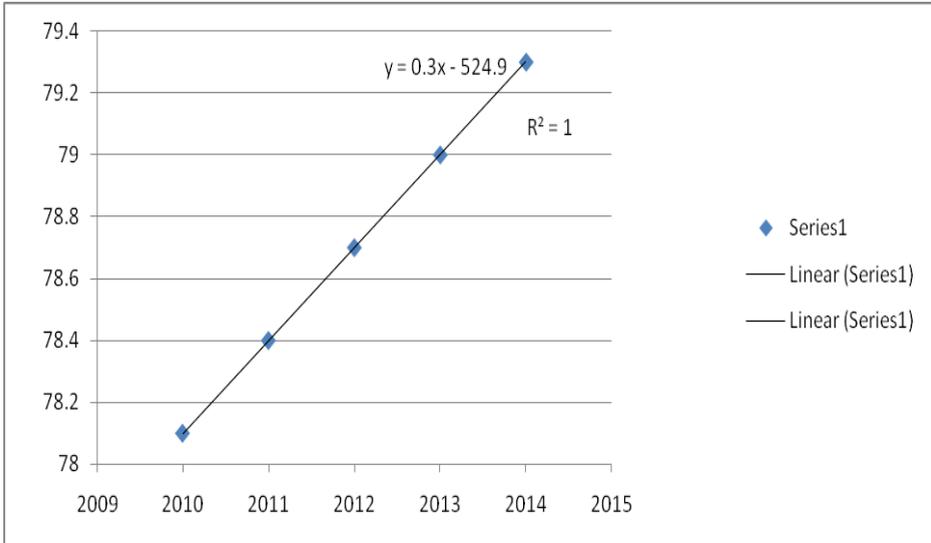
تطور أمل الحياة عند الجنسين بكل من الجزائر وفرنسا

فرنسا إناث#		الجزائر إناث"		فرنسا ذكور#		الجزائر ذكور"	
$e_0$	السنة	$e_0$	السنة	$e_0$	السنة	$e_0$	السنة
74.5	1965	73.4	2000	72.8	1991	71.5	2000
74.7	1966	73.6	2001	73.1	1992	71.9	2001
74.9	1967	74.2	2002	73.3	1993	72.5	2002
75.1	1968	74.9	2003	73.6	1994	72.9	2003
75.3	1969	75.8	2004	73.8	1995	73.9	2004
75.5	1970	75.6	2005	74.1	1996	73.6	2005
75.8	1971	76.7	2006	74.5	1997	74.6	2006
76	1972	76.8	2007	74.7	1998	74.7	2007
76.3	1973	76.4	2008	74.9	1999	74.8	2008
76.6	1974	76.3	2009	75.3	2000	74.7	2009
76.9	1975	77	2010	75.4	2001	75.6	2010
77.2	1976	77.4	2011	75.7	2002	75.6	2011
77.5	1977			75.8	2003	75.8	2012
77.7	1978	77.6	2013	76.7	2004	76.5	2013
78	1979			76.7	2005		
78.2	1980			77.1	2006		
78.5	1981			77.4	2007		
78.7	1982			77.6	2008		
79	1983			77.8	2009		
79.2	1984			78.1	2010		
79.5	1985			78.4	2011		
79.8	1986			78.7	2012*		
80	1987			79	2013*		
80.3	1988			79.3	2014*		

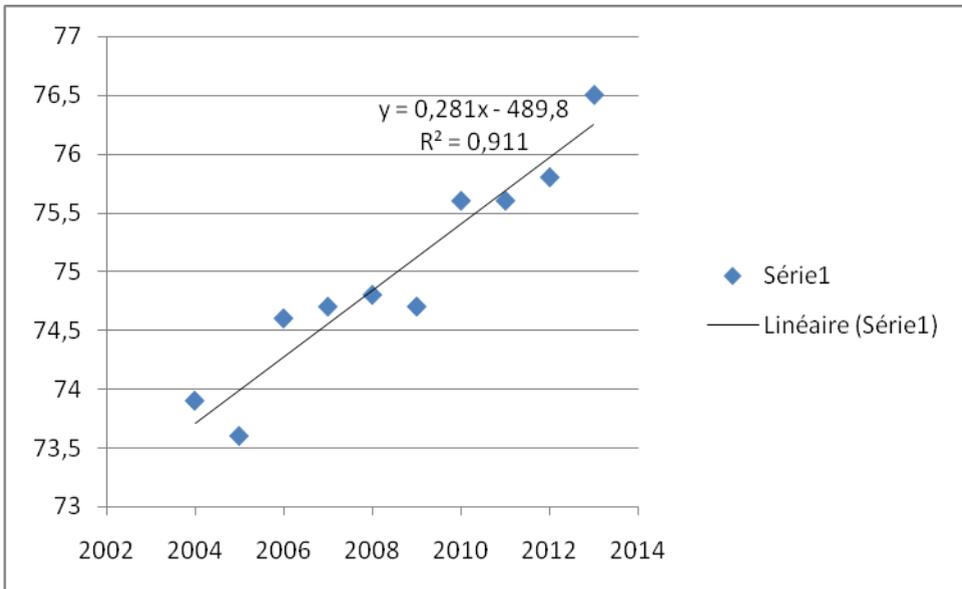
المصدر: Office national des statistiques, **Démographie Algérienne**

#[http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=DZA&codeStat=SP.DYN.LE00.MA.IN&codeStat2=x\(date de consultation 10/07/2014\)](http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=DZA&codeStat=SP.DYN.LE00.MA.IN&codeStat2=x(date de consultation 10/07/2014))

**شكل (01)**  
تطور الأمل في الحياة الخاص بفرنسا خلال الفترة 2009-2015



**شكل (02)**  
تطور أمد الحياة بالجزائر خلال الفترة 2004 - 2013



## 2-5- فروض الوفاة:

نظرا لعدم توفر معطيات إحصائية لاحتمال وفيات الأطفال الرضع ( $q_n^x$ ) حسب الجنس بولايات الإقليم خلال الإحصاء الأخير للسكن والسكان لسنة 2008م، لذلك فقد انطلقنا في تقديرنا لاحتمالات الوفاة حسب الجنس مفادها:

- أن نسبة قليلة من وفيات الأطفال الرضع تحدث خارج إقليم الولاية... (1)
- حتى وإن حدثت الوفاة خارج إقليم الولاية فإن هذا الحدث يتم بطريقة عشوائية، أين يحظى الجنسان بنفس الفرصة لوقوع الحادث، فلا مجال للاختيار... (2)
- انطلاقا من (1) و(2) فإنه لا تأثير للوفيات التي تحدث خارج إقليم الولاية في احتمالات الوفاة الخام داخل إقليم الولاية ولكن حسب الجنس.
- لذلك فقد اعتمدنا في تقديرنا لاحتمالات الوفاة على المعطيات الخاصة بالولادات والوفيات الخاصة بالأطفال الرضع والتي حدثت فعلا داخل إقليم الولاية وليس خارجها.

ونظرا لغياب احتمالات الوفاة للأطفال الرضع بالولايات المشككة للإقليم حسب الجنس، فقد قمنا بتقدير هاته الاحتمالات اعتمادا على المواليد الأحياء بكل ولاية، ووفيات الأطفال الرضع، ثم حساب الاحتمالات العامة، ثم ما يمثله هذا الاحتمال حسب الجنس بالنسبة للاحتمال الإجمالي لوفيات الأطفال الرضع، وفي الأخير ضرب هذه القيم الخاصة بالجنسين في ما توفر لدينا من المعطيات الخاصة بالإحصاء الأخير للسكن والسكان من احتمالات وفيات الأطفال الرضع الإجمالي كما هو موضح في الجدول (2):

## جدول (02)

تقدير احتمالات وفاة الرضع حسب الجنس لكل ولاية في الألف

المجموع #	الجنس		الولاية
	إناث	ذكور	
17.5	15.3	19.5	البلدية
17.1	15.1	19.0	الجزائر العاصمة
18.1	17.4	18.7	بومرداس
17.5	18.5	16.5	تيجازة

المصدر: من إنجاز الباحث اعتمادا على الإحصاء الأخير للسكن والسكان لسنة 2008. # الإحصاء الوطني للسكن والسكان.

كما تم تبني فرضية ثبات احتمال الوفاة للأطفال الرضع الأقل من سنة خلال فترة الإسقاطات.

## 2-6- فروض الخصوبة

نظرا للتباين الكبير بين ولايات الإقليم سواء من حيث حجم السكان، أو من خلال معدل نمو سكانها، بالإضافة إلى تأثير العشرية السوداء على الديناميكية الديموغرافية (زواج، طلاق...الخ)، في كثير من الولايات، وبناء على الوضع السكاني لولايات الإقليم فإنه تتشكل لنا مجموعتان وهما:

- المجموعة الأولى: معدلات نمو متوسطة ( الجزائر، تيبازة).
- المجموعة الثانية: معدلات نمو مرتفعة (البليدة، بومرداس) وهذا خلال التعدادات المتتالية، ويعود السبب في ذلك إلى التدفقات الهائلة من المهاجرين التي عرفت هذه الولايات، خلال العشرية السوداء بالإضافة إلى توسع الجزائر العاصمة على حساب هذه الولايات.

ومن خلال قراءتنا للأهرام السكانية الخاصة بالولايات تبين ما يلي:

- هناك زيادة في عدد المواليد بداية من سنة 2003م.
- حدوث اتساع للفئة العمرية أي [0-4] في كل من العاصمة، البليدة، بومرداس و تيبازة.

ومن خلال دراسة التوزيع العمري والنوعي لفئة الأطفال، وُجد أنّ ولاية الجزائر قد عرفت تراجعاً مبكراً لعدد الولادات مقارنة بالولايات الأخرى، هذا الانخفاض كما تحدثنا عنه سابقاً راجع إلى عدة أسباب، من بينها انخفاض نسبة الخصوبة لعدة عوامل كارتفاع السن عند الزواج، استعمال وسائل منع الحمل، ارتفاع نسبة التمدرس خاصة عند الإناث، العشرية السوداء...الخ.

إنّ ومن خلال هذه المعطيات والنتائج تم تقسيم الولايات مجموعتين مع وضع ثلاث فرضيات فيما يخص الخصوبة.

- المجموعة الأولى: تتشكل من ولاية تيبازة ونظرا للحالة المستقرة نوعاً ما مقارنة بباقي الولايات الأخرى فحتماً ستعرف هاته الولاية تراجعاً خفيفاً في مستوى الخصوبة كما هو موضح في الجدول (03):

جدول (03)

الفترة	2008-2013	2013-2018	2018-2023	2023-2028
الفرضية الدنيا	ثابتة	5%-	10%-	15%-
الفرضية الوسطى	ثابتة	ثابتة	5%-	15%-
الفرضية القصوى	ثابتة	ثابتة	ثابتة	10%-

- المجموعة الثانية: نظرا لما عرفته كل من ولاية الجزائر، البلدية، بومرداس من هجرة من مختلف الولايات المجاورة وولايات القطر بسبب العشرية السوداء، ونظرا لعودة الاستقرار بسبب تحسن الظروف الأمنية، فستعرف تراجعا في نسبة الوافدين إليها نتيجة عودة نسبة كبيرة من سكان الولايات المجاورة والقاطنين بهذه الولايات إلى مناطقهم الأصلية، لذلك نتوقع تراجعا أكثر حدة في مستويات الخصوبة مقارنة بالولايات الأخرى المشكلة للإقليم كما هو موضح في الجدول (04):

جدول (04)

الفترة	2013-2008	2018-2013	2023-2018	2028-2023	2032-2028
الفرضية الدنيا	ثابتة	10%-	15%-	20%-	25%-
الفرضية الثانية	ثابتة	ثابتة	10%-	15%-	20%-
الفرضية القصوى	ثابتة	ثابتة	ثابتة	10%-	15%-

## 7-2- التنسيب:

"إن أبسط طريقة لتقديم أو تأخير بيانات التعداد حسب العمر والنوع إلى تاريخ أحدث أو أقدم هو توزيع جملة السكان المقدر للتاريخ الجديد حسب النوع والعمر بنفس نسب فئات النوع والعمر هذه في التعداد<sup>10</sup>، وتماشيا مع طبيعة المعطيات والتقديرات المعمول بها، والتي تنطلق عادة من منتصف السنة، فقد تم تقديم التاريخ المرجعي للإسقاط من 2008/04/16م إلى 2008/07/01م اعتمادا على الدالة الهندسية مع افتراض ثبات معد النمو خلال هذه الفترة حيث:

$$P_1 = P_0(1 + r)^t$$

$P_1$ : عدد السكان في 2008/01/01م،  $P_0$ : عدد السكان في 2008/04/16م،  $r$ : معدل نمو السكان.

$t$ : المدة الزمنية بين التاريخين (77 يوم) كما هو موضح في الجدول (5):

جدول (05)

توزيع السكان المقدر للتاريخ الجديد حسب النوع.

النسبة	2008/07/01			2008/04/16			التاريخ الولاية
	مج	إ	ذ	مج	إ	ذ	
1.0052227	1008174	495911	512265	1002936	493334	509601	البلدية
1.0033542	2997181	1492833	1504348	2987161	1487842	1499318	الجزائر
1.0046013	804755	391722	413032	801068	389929	411139	بومرداس
1.0033542	592990	293105	299889	591010	292125	298885	تبيازة

المصدر: من إنجاز الباحث اعتمادا على الإحصاء الوطني للسكن والسكان لسنة 2008م.

فيما يخص مختلف التقديرات المنجزة والخاصة بالفرضية الأولى (الدنيا)، الفرضية الثانية (الوسطى) والفرضية الثالثة (القوى) فقد اکتفينا بعرض النتائج الخاصة بالفرضية الثانية (الوسطى).

**III- تقديرات السكان في سن التعليم وحجم الطلب الاجتماعي في ولايات حاضرة الجزائر الكبرى**  
**3-1- تقدير سكان ولايات حاضرة الجزائر من 2010م إلى غاية 2030م حسب الفرضية الوسطى.**  
 بعد سلسلة الحسابات تم الحصول على النتائج الموضحة في الجدول (06):

**جدول (06)**  
**تقديرات عدد سكان الولايات حسب الجنس من 2010م إلى غاية 2030م**

السنوات الولايات	2010م			2015م			2020م			2025م			2030م		
	المجموع	إناث	ذكور												
البلدية	1050373	516960	533412	1158712	570643	638896	1259997	620309	638896	1347141	663192	683949	1424051	701059	722992
الجزائر	3101292	1544221	1557071	3360486	1671217	1806095	3586952	1780857	1806095	3769286	1869148	1900138	3921663	1942667	1978996
بومرداس	838304	408147	430157	924800	450473	515427	1005376	489948	515427	1072207	522859	549349	1128872	550815	578057
تيزابزة	615849	304188	311661	674700	332828	370812	731525	360713	370812	782289	385680	396609	826161	407238	418923

المصدر: من إعداد الباحث.

### 3-2- تقدير حجم الطلب الاجتماعي على التربية حسب الفرضية الوسطى :

توفر معطيات ديموغرافية حسب السن سنويا والخاصة بالمجتمع المتدريس ضروري في عملية التخطيط التربوي، والسن الرسمي لأول دخول مدرسي في أغلب دول العالم هو ست سنوات، إذن في كل سنة دراسية يتم تسجيل نسبة معينة من هذه الفئة والتي نسميها بمدخلات النظام (les inputs) والذي لا يحصل إلا مرة واحدة في السنة وهذا في السنة أولى ابتدائي، ونقصد بالطلب الاجتماعي تقدير عدد التلاميذ الملتحقين بالمدارس والبالغين ست سنوات في كل دخول مدرسي، أو

المطلوب إلحاقهم بها خلال الخمس سنوات القادمة، كما يمكننا أيضا تحديد عدد المقبولين في التّعليم التّحضيرى، وهذا ما يمثله الجدول (07):

## جدول (07)

تقدير حجم الطلب الاجتماعي للتربية حسب الجنس والولاية من 2010م إلى غاية 2030م

السنوات السن	2010م			2015م			2020م			2025م			2030م		
	المجموع	إناث	ذكور												
5 سنوات	19385	9494	9890	24168	11822	12346	26042	12727	13315	22082	9531	12552	22101	10787	11314
6 سنوات	18727	9172	9554	23362	11430	11932	25882	12652	13230	23406	10654	12753	22489	10977	11512
5 سنوات	52971	25835	27136	64691	31510	33181	66526	32535	33991	51758	20996	30762	52888	25811	27077
6 سنوات	51132	24947	26185	62923	30639	32284	66705	32613	34092	56384	24896	31488	54034	26372	27662
5 سنوات	14730	7193	7537	19292	9391	9901	21097	10300	10797	16810	6861	9950	16940	8260	8680
6 سنوات	14083	6876	7207	18518	9014	9504	20964	10233	10730	18248	8084	10164	17352	8461	8891
5 سنوات	10909	5302	5608	13522	6585	6937	14586	7108	7478	13204	5935	7269	13017	6340	6677
6 سنوات	10554	5131	5423	13081	6368	6713	14457	7044	7413	13714	6370	7343	13244	6451	6793

المصدر: من إعداد الباحث.

### 3-3- تقدير السكان في سن التّعليم للفئة العمرية [6-21] سنة من 2010م إلى غاية 2030م حسب الفرضية الوسطى.

نقوم بتقدير عدد السّكان لمختلف الفئات العمرية الذين تتراوح أعمارهم من 6 إلى 21 سنة والذين يمثلون عدد التّلاميذ لثلاثة مستويات دراسية إذا تدرّس الجميع وهي التّعليم الابتدائي،

المتوسط والثانوي آخذين بعين الاعتبار التكرار (الإعادة) لعدة مرات والتي تتسبب في تمديد السن لدى المتمدرس كما في الجدول (08):

## جدول (08)

تقدير عدد السكان في سن التمدرس حسب السن ومكان الإقامة.

السنوات	2010م						2015م						2020م						2025م						2030م					
	البليدة	الجزائر	بومرداس	تيزية																										
[10-6]	89907	243600	66644	50872	71141	187228	40856	33771	44272	148046	57595	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990						
[14-11]	71141	187228	52585	40856	71141	187228	40856	33771	44272	148046	57595	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990						
[17-15]	57595	148046	44272	33771	57595	148046	44272	33771	44272	148046	57595	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990	198990						
[16-6]	258831	681711	195558	149358	258831	681711	195558	149358	258831	681711	195558	149358	149358	149358	149358	149358	149358	149358	149358	149358	149358	149358	149358	149358						
[19-6]	299930	787359	229388	173963	299930	787359	229388	173963	299930	787359	229388	173963	173963	173963	173963	173963	173963	173963	173963	173963	173963	173963	173963	173963						
[21-6]	107719	292230	83866	60420	107719	292230	83866	60420	107719	292230	83866	60420	60420	60420	60420	60420	60420	60420	60420	60420	60420	60420	60420	60420						
[10-6]	125149	328156	100761	69828	125149	328156	100761	69828	125149	328156	100761	69828	69828	69828	69828	69828	69828	69828	69828	69828	69828	69828	69828	69828						
[14-11]	88039	238714	68891	49375	88039	238714	68891	49375	88039	238714	68891	49375	49375	49375	49375	49375	49375	49375	49375	49375	49375	49375	49375	49375						
[17-15]	56324	153523	42405	31723	56324	153523	42405	31723	56324	153523	42405	31723	31723	31723	31723	31723	31723	31723	31723	31723	31723	31723	31723	31723						
[16-6]	251543	671471	198692	140785	251543	671471	198692	140785	251543	671471	198692	140785	140785	140785	140785	140785	140785	140785	140785	140785	140785	140785	140785	140785						
[19-6]	308285	824184	241463	172781	308285	824184	241463	172781	308285	824184	241463	172781	172781	172781	172781	172781	172781	172781	172781	172781	172781	172781	172781	172781						
[21-6]	343073	917042	266945	192570	343073	917042	266945	192570	343073	917042	266945	192570	192570	192570	192570	192570	192570	192570	192570	192570	192570	192570	192570	192570						
[10-6]	124285	310250	99173	71039	124285	310250	99173	71039	124285	310250	99173	71039	71039	71039	71039	71039	71039	71039	71039	71039	71039	71039	71039	71039						
[14-11]	101269	264379	81770	56449	101269	264379	81770	56449	101269	264379	81770	56449	56449	56449	56449	56449	56449	56449	56449	56449	56449	56449	56449	56449						
[17-15]	72036	186136	57312	40905	72036	186136	57312	40905	72036	186136	57312	40905	40905	40905	40905	40905	40905	40905	40905	40905	40905	40905	40905	40905						
[16-6]	273786	698812	219333	154898	273786	698812	219333	154898	273786	698812	219333	154898	154898	154898	154898	154898	154898	154898	154898	154898	154898	154898	154898	154898						
[19-6]	344091	882633	275084	194659	344091	882633	275084	194659	344091	882633	275084	194659	194659	194659	194659	194659	194659	194659	194659	194659	194659	194659	194659	194659						
[21-6]	386706	997731	308207	218570	386706	997731	308207	218570	386706	997731	308207	218570	218570	218570	218570	218570	218570	218570	218570	218570	218570	218570	218570	218570						
[10-6]	117127	284425	91609	68447	117127	284425	91609	68447	117127	284425	91609	68447	68447	68447	68447	68447	68447	68447	68447	68447	68447	68447	68447	68447						
[14-11]	125705	313067	100495	71813	125705	313067	100495	71813	125705	313067	100495	71813	71813	71813	71813	71813	71813	71813	71813	71813	71813	71813	71813	71813						
[17-15]	77140	198789	62415	43137	77140	198789	62415	43137	77140	198789	62415	43137	43137	43137	43137	43137	43137	43137	43137	43137	43137	43137	43137	43137						
[16-6]	294352	729684	233773	169130	294352	729684	233773	169130	294352	729684	233773	169130	169130	169130	169130	169130	169130	169130	169130	169130	169130	169130	169130	169130						
[19-6]	369707	927262	294560	211099	369707	927262	294560	211099	369707	927262	294560	211099	211099	211099	211099	211099	211099	211099	211099	211099	211099	211099	211099	211099						
[21-6]	416830	1053541	332041	237442	416830	1053541	332041	237442	416830	1053541	332041	237442	237442	237442	237442	237442	237442	237442	237442	237442	237442	237442	237442	237442						

المصدر: من إعداد الباحث.

## 4-3- تقدير الفئات المتمدرسة من 2010م إلى 2030م

من أجل تقدير الفئات المتمدرسة 2010م، 2030م سنرجع إلى طريقة معدل التّمدّس، وبأخذ الإحصائيات المتوفرة سنحدد الإسقاطات لمستوى الولايات المشكلة للإقليم. أمّا فيما يخص وتيرة التطور لنسبة التّمدّس خلال فترة الإسقاط (2010م/2030م)، فقد تكون خطية أو غير خطية، في دراستنا هذه نعتمد على الفرضية الخطية لحساب تطور الفئات المتمدرسة الملاحظة خلال الفترة 2001/2000م إلى 2013م/2014م، مع افتراض أنّ الفئة السنوية ذات خمس سنوات (التّلاميذ المسجلين في التّحضيرية) تتعرض لنفس الأحداث لعزم الدولة على التّمدّس الكلي لهذه الفئة قبل الدّخول الرّسمي قصد تحسين المردود التّربوي (نسبة التّمدّس) للفئة العمرية [6-17]سنة، باعتمادنا على هذه الفرضية يصبح من السهل تحديد نسبة التّمدّس لفترة الإسقاط ويكفي تطبيق المعادلة الآتية:

$$ts(T) = ts(0) + \left( \frac{T - 2008}{2030 - 2008} \right) X_{(100 - ts(0))}$$

- حيث  $ts(T)$ : معدل صافي التمدريس عند التاريخ  $T$  (المعبر عنه بالسنوات).  
 -  $ts(0)$ : معدل صافي التمدريس عند سنة الانطلاق (الأساس)،  
 -  $T$ : تاريخ الإسقاط المعبر عنه بالسنوات.  
 - 2008: سنة الأساس وهو سنة آخر تعداد عام للسكن والسكان بالجزائر، المعتمدة في بناء التقديرات.

نتائج الحساب بيّنها الجدول (7)، ولتطبيق هذه المعادلة سنضع ثلاث فرضيات وهي:

**الفرضية الأولى:** نفترض أن تحقيق التمدريس للجميع سيحدث في آفاق 2020م، إذا ما ضاعفت السلطات من الإمكانيات المتوفرة، من التجهيزات، النقل المدرسي والإطعام... الخ، وفي عزمها على تحقيق الأهداف من خلال تسليم المنشآت المبرمجة في الوقت المحدد، كما أنّ تحسن الوضع الأمني قد يساهم في ذلك وبذلك نطبق المعادلة الآتية:

$$ts(T) = ts(0) + \left( \frac{T - 2008}{2020 - 2008} \right) X_{(100 - ts(0))}$$

**الفرضية الثانية:** نفترض أنّ تحقيق التمدريس للجميع سيحدث في آفاق 2025م إذا ما سارت بنفس الوتيرة للوضع السابقة وبذلك نطبق المعادلة الآتية:

$$ts(T) = ts(0) + \left( \frac{T - 2008}{2025 - 2008} \right) X_{(100 - ts(0))}$$

**الفرضية الثالثة:** نفترض أنّ تحقيق التمدريس للجميع سيحدث في آفاق 2030م إذا كان هناك تهاون من طرف السلطات في تحقيق الأهداف المسطرة وبذلك نطبق المعادلة الآتية:

$$ts(T) = ts(0) + \left( \frac{T - 2008}{2030 - 2008} \right) X_{(100 - ts(0))}$$

عدد المتدربين فعلاً للفئة العمرية [6 - 17]

عدد السكان في سن التمدريس لنفس الفئة

- بحيث أن معدل صافي التمدريس للفئة العمرية [6-17] سنة =

ونظرا لغياب إحصائيات سنوية دقيقة حول السكان في سن التمدرس حسب السن اعتمدنا على إحصاء 2008م لحساب هذا المعدل، أين قمنا بتقديم البيانات الإحصائية الخاصة بالسكان اعتمادا على طريقة التنسيب pro-rating كما تم شرحه سابقا، وهذا إلى غاية 1 سبتمبر 2008م حتى يتسنى لنا حساب المعدل الفعلي للتمدرس، أين يمثل الفاتح من سبتمبر من كل سنة التاريخ الفعلي للدخول المدرسي ونظرا لتطبيق الدولة سياسة السن الإلزامي للمتمدرسين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 6 و16 سنة فقد اکتفينا في تقديرنا لمعدل التمدرس الخاص بالفئة العمرية [6-17] سنة وتم إلغاء الفئتين العمريتين [6-10] و[6-14] لافتراضنا أن التمدرس لجميع لهاتين الفئتين سيحدث قبل آفاق 2020م، وللتأكد من هذه الفرضية قمنا بحساب معدل صافي التمدرس للفئة الثانية وهي [6-14] خلال الموسم الدراسي (2009/2008) حسب الولايات المشكّلة لحاضرة الجزائر فكانت النتائج كما يبينه الجدول الآتي:

## جدول (07)

معدل صافي التمدرس للفئة العمرية [6-17] سنة حسب الولايات المشكّلة للإقليم.

الولاية	السن	الفئة العمرية [6-14]			الفئة العمرية [6-17]		
		مجموع	إ	ذ	مجموع	إ	ذ
البلدية		102.04	101.53	101.79	92.33	96.03	94.14
الجزائر		98.00	99.16	98.57	89.43	94.76	92.04
بومرداس		97.84	98.81	98.31	86.19	91.78	88.90
تبيّازة		100.01	97.61	98.84	91.26	92.84	92.04

- المصدر: من انجاز الباحث اعتمادا على التعداد الوطني للسكن والسكان لسنة 2008.

- اعتمادا على معطيات وزارة التربية للموسم الدراسي 2009/2008.

ومن خلال قراءتنا للجدول يتضح ثبات الفرضية التي مفادها أن التمدرس للجميع للفئة العمرية [6-14] بالإقليم هو على الأبواب بالنسبة للجنسين، بينما يختلف بالنسبة للفئة العمرية [6-17] أين لم يتعدى 95% وهذا فيما يخص المجموع العام، كما يقل معدل التمدرس عن 90% في ولاية بومرداس نتيجة كما تحدثنا عنه سابقا لمجموعة من العوامل من بينها الطابع الريفي الذي يميز هاته الولاية، كما نسجل فروقات لكن طفيفة بين الجنسين نتيجة التخلي عن الدراسة إلى غير ذلك من الأسباب الأخرى، وقد افترضنا لتحقيق التمدرس للجميع (100%) بداية من سنة 2020م وصعوبة تحقيقه قبل هذه السنة راجع إلى طبيعة المنطقة المدروسة والمتميزة بالطابع الحضري والريفي والذي يجعل من هذه الفئة [6-17] سنة تمارس أنشطة أخرى إضافة إلى تلقي التعليم هذا ما يؤثر سلبا في اعتقادنا على تحقيق التمدرس للجميع في الأجل القريبة.

بعد إجراء الحسابات نتحصل على النتائج المبينة في الجدول (08) الآتي:

جدول (08)  
تقديرات الفئات المتمدرسة للفئة العمرية (6-17 سنة)

السنوات	2010م			2015م			2020م			2025م			2030م		
	ن	ا	مج												
البيدة	فا	93.61	96.69	95.11	96.80	98.35	97.56	96.55	97.66	95.49	94.83	96.50	93.23	96.69	93.61
	فب	93.23	96.50	94.83	95.49	97.66	96.55	97.66	95.49	94.83	96.50	93.23	96.69	93.61	93.61
	فج	93.03	96.39	94.67	94.77	97.29	96.00	96.00	97.29	94.77	94.67	96.39	93.03	96.39	93.03
الجزائر	فا	91.19	95.63	93.37	95.60	97.81	96.68	96.68	97.81	95.60	93.37	95.63	91.19	95.63	91.19
	فب	90.68	95.37	92.98	93.78	96.92	95.32	95.32	96.92	93.78	92.98	95.37	90.68	95.37	90.68
	فج	90.39	95.23	92.77	92.80	96.42	94.57	94.57	96.42	92.80	92.77	95.23	90.39	95.23	90.39
معدل التمدرس	فا	88.49	93.15	90.75	94.25	96.57	95.37	95.37	96.57	94.25	90.75	93.15	88.49	93.15	88.49
	فب	87.81	92.75	90.20	91.88	95.16	93.47	93.47	95.16	91.88	90.20	92.75	87.81	92.75	87.81
	فج	87.44	92.53	89.91	90.58	94.39	92.43	92.43	94.39	90.58	89.91	92.53	87.44	92.53	87.44
تبيزة	فا	92.72	94.03	93.36	96.36	97.02	96.68	96.68	97.02	96.36	93.36	94.03	92.72	94.03	92.72
	فب	92.29	93.68	92.97	94.86	95.79	95.31	95.31	95.79	94.86	92.97	93.68	92.29	93.68	92.29
	فج	92.06	92.29	92.06	94.04	95.12	94.57	94.57	95.12	94.04	92.06	92.29	92.06	92.29	92.06

المصدر: من إعداد الباحث.

نلاحظ من خلال الجدول أن نسب التمدرس لهذه الفئة العمرية تختلف من ولاية إلى أخرى أين تتشكل لدينا ثلاثة مجموعات.

المجموعة الأولى بها نسب تمدرس دون 90% أين نسجل الاختلاف كذلك حسب الجنس وهذا خلال سنة 2010، وعلى سبيل المثال نجد ولاية بومرداس ضمن هذه المجموعة وهذا بالنسبة للذكور.

أما المجموعة الثانية فتضم الولايات التي بها معدلات تمدرس أكثر من 90% ودون 95% أين نجد غالبية الولايات بهذه المجموعة.

أما بالنسبة للمجموعة الثالثة فهي تضم الولايات التي سجلت بها نتائج أكبر من 95%، ونجد ولاية البليدة وهذا بالنسبة للمجموع العام، أما حسب الجنس فنجد كل من ولاية البليدة والجزائر وهذا بالنسبة للإناث.

كما نجد أن نسبة تمدرس الإناث بهذه الفئة العمرية تفوق نسبة تمدرس الذكور في كل الولايات المشكلة للحاضرة.

بعد تقديرنا لنسبة التمدرس للفئة العمرية [6-17] لكل ولاية حسب كل فرضية يمكننا تقدير عدد المتدربين فعلا وهذا حسب الجنس وكذا الفرضيات المتبناة من طرفنا هذا ما يوضحه الجدول الموالي.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن غالبية المتدربين لهذه الفئة العمرية بالنسبة لإجمالي المتدربين بالحاضرة هم متواجدون بالجزائر العاصمة ، وهذا نظرا للتركز السكاني بهاته الولاية وما يمكن أن يحدثه من ضغط على هذا الحيز الجغرافي على حساب الموارد الطبيعية ناهيك عن الاكتظاظ داخل حجرة الدرس، البيت، المستشفى... الخ، تليها بعد ذلك ولاية البليدة وهذا ما يستدعي من السلطات أخذ هذا الاختلال الواضح بين الولايات قصد خلق التوازن بها في الآفاق المستقبلية ووضع نوع من الموازنة بين المتغير الديموغرافي والموارد الطبيعية المتاحة في كل إقليم ترابي.

## جدول (09)

تقدير الفئة المتعدسة [6-17] سنة حسب الفرضية الوسطى.

السنوات	معدل التمدرس											
	تبيزة			بومرداس			الجزائر			البلدية		
	ف3	ف2	ف1	ف3	ف2	ف1	ف3	ف2	ف1	ف3	ف2	ف1
183397	183397	183397	183397	254519	254519	254519	796282	796282	796282	796282	796282	796282
82478	82478	82478	82478	114746	114746	114746	359665	359665	359665	359665	359665	359665
86806	86806	86806	86806	120458	120458	120458	376733	376733	376733	376733	376733	376733
165344	168393	168393	168393	232244	238256	238256	747005	760765	760765	293625	297591	297591
81078	82420	82420	82420	113658	115822	115822	361800	366165	366165	143939	145250	145250
84266	85973	85973	85973	118590	122433	122433	385123	394600	394600	149684	152341	152341
145462	147391	150926	150926	201356	205133	212058	694333	703530	720393	262329	264864	269512
71083	71927	73475	73475	100896	100896	103396	343017	345974	351394	129515	130355	131896
74375	75461	77451	77451	101839	104247	108661	351275	357530	368999	132817	134511	137616
123798	124774	126563	126563	162362	164187	167533	592790	597458	606017	222741	224014	226348
60660	61088	61871	61871	80742	81400	82606	294871	296372	299123	110520	110942	111715
63134	63683	64689	64689	81635	82800	84935	297868	301043	306862	112227	113078	114636
116412	116679	117169	117169	147000	147485	148375	536993	538224	540483	206990	207332	207961
57429	57546	57762	57762	73439	73614	73934	269638	270035	270763	103080	103194	103402
58981	59131	59405	59405	73567	73877	74447	267327	268162	269694	103913	104142	104562

المصدر: من إنجاز الباحث اعتمادا على معطيات وزارة التربية الوطنية والإحصاء الأخير للسكن والسكان لسنة 2008.

## IV- الخلاصة والتوصيات

## 1-4- النتائج

حاولت هذه الدراسة إعطاء صيغة لنموذج الإسقاط للسكان المتمدرسين وفق المعطيات الديموغرافية المتوفرة لدينا، اعتمدنا في إجراء هذه الإسقاطات على طريقة المركبات والمتمثلة في الإسقاط المنفصل للذكور والإناث لكل فئة عمرية آخذين بعين الاعتبار خصوصية كل منطقة فيما تعلق بالمؤشرات الديموغرافية المستخلصة. ومنه يمكن القول أنه كل ما توفرت لدينا المعطيات المتعلقة بحساب مختلف المؤشرات الديموغرافية (الهجرة، الوفيات، الولادات، الزواجية، الهجرة، معدلات الانتقال والإعادة حسب السن والجنس، الوسط الحضري والريفي إلى غيرها من المعطيات) كلما كانت التقديرات مقبولة وعقلانية، لذلك فاعتمادنا على معدلات النمو، الولادات، الإعادة، الانتقال تبقى غير كافية لأغراض التخطيط وهذا ما حاولت هذه الدراسة إبرازه لتأكيد فرضية أن الإدراج المحدود للمتغيرات الديموغرافية في عملية التخطيط التربوي أثر سلباً على نوعية التقديرات وأبعدها عن الواقع الحقيقي كما أن التخطيط الفعال هو الذي يأخذ خصوصية كل منطقة (بلدية، ولاية...الخ) ويوظف كل المؤشرات الممكنة التي تساعد في تحقيق تقديرات مقبولة تغطي بها الفجوة الموجودة بين التعدادات، وفي الأخير يمكن القول أن نوعية المعطيات المعتمد عليها في إجراء مختلف البحوث تبقى تلعب الدور الأكبر في تحديد النتائج.

## 2-4- التوصيات

- وجب على أصحاب القرار وواضعي السياسات الاتجاه نحو أساليب التقدير المتقدمة، دون الاكتفاء بالاستناد فقط إلى الأرقام المطلقة أو النسب البسيطة، أو المعدلات المجردة ومحاولة الانطلاق نحو قياسات أدق، تعتمد على البيانات السكانية الحالية واتجاهاتها المستقبلية وكذا المؤشرات الإحصائية المستخلصة منها، فبدون الإلمام الكامل بالبيانات والمؤشرات الدقيقة عن كل هذه المتغيرات الديموغرافية الأساسية لا يستطيع القائمون بالتخطيط التربوي وضع خطط واستراتيجيات تنموية فعالة وهادفة.
- لا بد من توفر إرادة قوية لترسيخ ثقافة تدرك المعنى الحقيقي للمتغير الديموغرافي في كل تنمية اقتصادية، اجتماعية وثقافية.
- وضع آليات ومكانزمات لتوفير جميع المعطيات حول المؤشرات الديموغرافية كما ونوعاً لأجل تخطيط فعال وهادف، وتحقيق هذه الأهداف يبقى دائماً مرتبطاً بنوعية المعطيات المتوفرة ومدى استغلالها وحسن توظيفها بشكل محكم.

## - قائمة المراجع:

## - باللغة العربية

## - أولاً: الكتب

- إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الاقتصادي، ط1، دار وائل للنشر، العراق، 2005.
- بو بكر بن بوزيد، إصلاح التربية في الجزائر، رهانات وانجازات، دار القصبه للنشر، الجزائر، 2009.
- رابح تركي، مبادئ التخطيط التربوي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1982.

## - ثانيا: الوثائق، التقارير والمنشورات

- الأمم المتحدة، إعداد بيانات الهجرة للإسقاطات السكانية في المناطق داخل الدول، 1994. ترجمة محمد السيد غلاب، المركز الديموغرافي بالقاهرة، مصر، 1994.
- الأمم المتحدة، طرق الإسقاطات لسكان الحضر والريف، 1994. ترجمة أحمد مختار الجمال، محاسن مصطفى حسنين، المركز الديموغرافي بالقاهرة، مصر، 1994.
- الأمم المتحدة، إعداد بيانات الهجرة للإسقاطات السكانية في المناطق داخل الدول، نقله إلى العربية ونشره المركز الديموغرافي بالقاهرة، مصر، 1994.
- الأمم المتحدة، الأساليب الغير مباشرة للتقدير الديموغرافي، الكتيب العاشر، ترجمة عاطف خليفة، هدي رشاد، المركز الديموغرافي، القاهرة، مصر، 1994.
- الأمم المتحدة، طرق إسقاط السكان حسب العمر والنوع، ترجمة احمد إبراهيم عيسى، المركز الديموغرافي، القاهرة، 1967.
- الأمم المتحدة، طرق الإسقاطات لسكان الحضر والريف، الدراسات السكانية رقم 55 سلسلة كتيبات عن طريق تقدير السكان كتيب رقم 8، سلسلة ترجمات المركز الديموغرافي، مصر، 1993.
- الأمم المتحدة، طرق تقدير المقاييس الديموغرافية الأساسية من بيانات غير كافية، 1995. ترجمة سعد زغلول أمين، عبد الغني محمد عبد الغني، المركز الديموغرافي، القاهرة، مصر 1995 .
- الأمم المتحدة، طرق تقدير المقاييس الديموغرافية الأساسية من بيانات غير كافية، ترجمة سعد زغلول أمين، عبد الغني محمد عبد الغني، المركز الديموغرافي بالقاهرة، مصر، 1995.
- المركز الديموغرافي بالقاهرة، الدراسة الذاتية للمركز الديموغرافي، القاهرة، ديسمبر 2005.
- خالد زهدي خواجه، إسقاطات السكان حسب العمر والنوع، المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية.

## ثالثاً: المقالات والمحاضرات

- سعد زغلول أمين، طريقة حساب الإهدار المدرسي، المركز الديموغرافي بالقاهرة.

- عبد المجيد فراج، أهمية البيانات الديموغرافية في عملية التخطيط التربوي ، محاضرة ،كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة.
- مجدي عبد القادر إبراهيم، مؤشرات الإحصاءات السكانية عموما مع التركيز على المؤشرات ذات العلاقة بالتخطيط التربوي، محاضرة، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، مصر.

### - باللغة الأجنبية:

#### أولا: الوثائق، التقارير والمنشورات

- Office national des statistiques, Recensement Général de la population et de l'habitat (RGPH), 1998, collections statistiques n080, ALGER, 1998.
- Office national des statistiques, Recensement Général de la population et de l'habitat (RGPH), 1987, collections statistiques, ALGER, 1987.
- Office national des statistiques, Armature 2008- final, ONS, ALGER.
- Office national des statistiques, collections statistique, les principaux résultats du sondage au1/ 10ème 2008, ONS, ALGER, décembre 2008
- Office national des statistiques, Les migrations internes intercommunales, a travers les résultats exhaustifs du RGPH 2008, ONS, ALGER.
- Office national des statistiques, Natalité, fécondité et reproduction en Algérie a travers les résultats du RGPH 2008, résultats par wilaya, ONS, ALGER.
- Office national des statistiques, Projections de population a l'horizon 2030, ONS, ALGER, 2004.
- Département des affaires économiques et sociales, Manuel x techniques indirectes d'estimation démographique, études Démographique n081, Nations Unies, New York, 1984.
- Ministère de l'éducation nationale, Direction de la planification, Données statistiques, sous- direction des statistiques, Alger, 2001-2002.
- Ministère de l'éducation nationale, Institut National de recherche en éducation, Elaboration d'un référentiel d'indicateurs d'évaluation des normes assignées au système scolaire Algérien, INRE, Alger, octobre 2012.
- Ministère de l'éducation nationale, Direction de la planification, Document Historique 1962-2011, sous- direction de la Banque de données, Alger.

- Ministère de l'éducation nationale, Direction de la planification, Enquête Exhaustive 1999-2004, sous- direction des statistiques, Alger, 1999-2004.
- Ministère de l'éducation nationale, Direction de la planification, Enquête Exhaustive 2005-2006, sous- direction des statistiques, Alger, 2005-2006.
- Ministère de l'éducation nationale, Direction de la planification, Enquête Exhaustive 2006-2007, sous- direction des statistiques, Alger, 2006-2007.
- Ministère de l'éducation nationale, Direction de la planification, Enquête Exhaustive 2007-2008, sous- direction des statistiques, Alger, 2007-2008.
- Ministère de l'éducation nationale, Direction de la planification, Enquête Exhaustive 2008-2009, sous- direction des statistiques, Alger, 2008-2009.
- Ministère de l'éducation nationale, Direction de la planification, Enquête Exhaustive 2009-2010, sous- direction des statistiques, Alger, 2009-2010.
- Ministère de l'éducation nationale, Direction de la planification, Enquête Exhaustive 2010-2011, sous- direction des statistiques, Alger, 2010-2011.
- Ministère de l'éducation nationale, Direction de la planification, Enquête Exhaustive 2011-2012, sous- direction des statistiques, Alger, 2011-2012.
- Ministère de l'éducation nationale, Direction de la planification, Enquête Exhaustive 2012-2013, sous- direction des statistiques, Alger, 2012-2013.
- Ministère de l'éducation nationale, Direction de la planification, Enquête Exhaustive 2013-2014, sous- direction des statistiques, Alger, 2013-2014.
- Ministère de la planification et de l'Aménagement du Territoire, deuxième plan quinquennal 1985-1989, rapport général, l'entreprise national des arts graphiques, Alger, 1985.
- Unesco, Indicateurs de l'éducation directives techniques, organisation des nations Unies, Novembre 2009.



## تقييم مستوى العنف الزوجي الممارس ضد المرأة من خلال بناء دليل عام مركب (تطبيق على عينة من السيدات المصريات)

د/ رشا علي محمد علي السقا<sup>1</sup>

### - مستخلص

تهدف هذه الدراسة إلى تكوين دليل عام مركب للعنف الزوجي يمكن استخدامه في إجراء المقارنات عبر الأماكن والأزمنة المختلفة، إضافة إلى إمكانية الاعتماد عليه في تقييم مستوى العنف الزوجي الممارس في المجتمع.

وقد جمعت البيانات من خلال المقابلات الشخصية، لعينة مكونة من 1023 سيدة سبق لهن الزواج وفي فئة العمر (15-49) سنة، وتم إعداد دليل عام مركب لهذا النوع من أنواع العنف من خلال إجراء عدة مراحل، بدأت بتصنيف أنواع العنف الزوجي إلى 4 أنواع: الجسدي والجنسي والاقتصادي والنفسي، ينقسم كل منها إلى عدة بنود أو مؤشرات مقترحة تعبر عن أشكال العنف الممارس من قبل الزوج، ومن ثم اختيار المؤشرات التي سيتم إدخالها في الدليل، ثم تم استخدام النماذج الإحصائية في تصنيف البنود المقترحة لأنواع العنف، حيث تم إخضاع البنود الخاصة بكل نوع من أنواع العنف للتحليل العاملي لاختزالها في عدد أقل من العوامل وتحديد الأهمية النسبية لكل عامل واستخدامهم في بناء مؤشر مركب لكل نوع من أنواع العنف الزوجي، وأخيراً استخدام تلك المؤشرات المركبة لأنواع العنف في تكوين المؤشر العام المركب للعنف الزوجي.

وبينت نتائج الدراسة أن 4 سيدات مصريات من كل 5 يتعرضن لصورة ما من صور العنف الزوجي، وسيدة واحدة من كل 5 تتعرض لعنف ذو مستوى مرتفع من قبل زوجها، وسيدتين من كل 5 سيدات تتعرضن لعنف زوجي ذو مستوى متوسط. كما أن نسبة السيدات اللاتي لم يتعرضن للعنف الزوجي بين سيدات محافظات الوجه البحري (25.7%) قد بلغت ضعف نظيرتها بين سيدات محافظات الوجه القبلي (13.2%)، ولم تظهر النتائج وجود اختلاف معنوي بين الفئات الخاصة بكل من: الإقامة (حضر/ريف)، وجود صلة قرابة بين الزوجين، وجود مكان آخر يمكن أن تقيم به المرأة والمؤشر العام المركب للعنف الزوجي.

خلصت الدراسة إلى أن العنف الزوجي بأشكاله المختلفة من أخطر الظواهر الاجتماعية السلبية التي تهدد أمن وكيان الأسرة والمجتمع على حد سواء، وهو الأمر الذي يستوجب تكثيف الجهود الإعلامية الرامية إلى تغيير المنظومة الفكرية الذكورية، وزيادة التوعية الأسرية في هذا الشأن.

الكلمات المفتاحية: المرأة - العنف - العنف الزوجي - دليل مركب.

1- مدرس الإحصاء بمعهد القاهرة العالي للهندسة وعلوم الحاسب والإدارة، مصر، ra.elsakka@gmail.com

## I - مقدمة

تعتبر الأسرة محور الحياة الاجتماعية في مصر، والمرأة هي محور الحياة الأسرية لكون الدور المنوط بها في الأسرة هو الدور الأكبر والأهم من بين الأدوار المنوط بها باقي أفراد الأسرة، فهي العمود الفقري لهذا الكيان والذي يستقيم باستقامة هذا العمود ويكون معوجاً ومهدداً بالانهيار إذا أصيب هذا العمود بأي اعوجاج أو خلل. والزوج والذي يفترض أن يكون هو الداعم والسند للمرأة التي أضحت شريكة لحياته، والجدار الحامي لها من مشاكل وضغوط الحياة، قد يكون في بعض الأحيان هو السبب الرئيس في معاناة تلك المرأة ووقوعها تحت طائلة عنف هذا النوع من الذكور المشوهين نفسياً.

ويعد العنف الزوجي ضد المرأة من أبرز أنواع العنف و أكثرها انتشاراً، فمنذ التسعينات تم الاعتراف بحق النساء و الفتيات في أن يكن في مأمن من العنف بوصفه حقاً من حقوق الإنسان الدولية (UNIFEM, 2007). ففي جميع أنحاء العالم، واحدة على الأقل من كل ثلاث نساء قد تعرضت للضرب، والإكراه على ممارسة الجنس، أو الإساءة لها بأي شكل من الأشكال الأخرى، عن طريق الزوج أو رجل آخر من أفراد الأسرة (State of World Population Report, 2000). كما أن أربعة سيدات تقريبا من كل خمسة سيدات مصريات سبق لهن الزواج وفي فئة العمر (15-49 سنة) يتعرضن لأي شكل من أشكال العنف الزوجي خلال حياتهن الزوجية (79.3%)، (السقا، 2011)، إلا أن الأرقام التي ترصد عن العنف تعجز عن بيان المدى الحقيقي لهذا الانتهاك، نظرا لعدم إبلاغ العديد من النساء عنه للشعور بالخجل أو التخوف من نظرة المجتمع أو التعرض لمزيد من العنف.

وتتبع أهمية دراسة تلك الظاهرة من كونها مرشحة للتفاقم في ظل ظروف محلية و عالمية صعبة ومعقدة، إذ تزداد حدة الفقر والتخلف والإرهاب والهجرة وارتفاع تكاليف المعيشة (الحيدري، 2012)، إضافة إلى كونها ظاهرة تؤدي إلى خلق أشكال مشوهة من العلاقات الاجتماعية، وأنماط السلوك المضطربة داخل الأسرة وخارجها (خنون، 2016) ومن ثم هدر الطاقات البشرية التي تكون قضية التنمية الشاملة في أمس الحاجة إليها.

وقد أتاح المسح الديموجرافي الصحي المصري لعام 2005 معلومات عن العنف الزوجي الممارس ضد المرأة، ولكن لكي يتم دراسة هذه الظاهرة بشكل متكامل وشامل فان ذلك يستدعي توفر معلومات إضافية تكون أكثر تفصيلاً مما تم تناوله في تلك المسوح، لذا فقد تم في هذه الدراسة إعداد استمارة خاصة بهدف جمع بيانات إضافية أكثر تفصيلاً عن هذا النوع من أنواع العنف، يمكن من خلالها بناء دليل عام مركب للعنف الزوجي واستخدامه في إجراء المقارنات عبر الأماكن والأزمنة المختلفة، إضافة إلى إمكانية الاعتماد عليه في تقييم مستوى العنف الزوجي الممارس في المجتمع، ومن ثم تحديد الأولويات بهدف تصفية الأسباب المؤدية لهذا النوع من العنف أو الحد منها أو تضييق نطاق الانتشار.

## 1-1- أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى:

- بناء دليل (مؤشر) عام مركب للعنف الزوجي الممارس ضد المرأة يقوم على مؤشرات موضوعية وقابلة للقياس، ويعكس العنف الزوجي الممارس ضدها بشكل متكامل وشامل، ويمكن استخدامه في إجراء المقارنات عبر الأماكن والأزمنة المختلفة.
- تقييم مستوى العنف الزوجي الممارس ضد المرأة في مصر اعتماداً على هذا المؤشر، ودراسة أثر بعض العوامل الديموغرافية عليه.
- مقارنة مستويات التعرض للعنف الزوجي بين كل من سيدات الوجهين البحري والقبلي.

## 2-1- مجتمع الدراسة

شملت عينة البحث السيدات السابق لهن الزواج وفي الفئة العمرية 15-49 سنة، وتم توجيه الأسئلة عن الزوج (الحالي/ الأخير)، وتم إعداد استمارة استبيان لجمع بيانات أكثر تفصيلاً عن العنف الزوجي الممارس ضد المرأة في المجتمع المصري من خلال المقابلات الشخصية خلال عام 2010. وقد تم اختيار محافظة الفيوم لتمثل الوجه القبلي ومحافظة القليوبية لتمثل الوجه البحري. وقد تم سحب عينة مكونة من 1023 سيدة تم توزيعها بين المحافظتين توزيعاً نسبياً متناسباً مع حجم السكان في كل محافظة تبعاً لإحصاءات التعداد العام للسكان عام 2006 م، وتبعاً لذلك بلغ عدد مفردات العينة من محافظة القليوبية نحو 637 مفردة، وعدد مفردات العينة من محافظة الفيوم 386 مفردة. وتم توزيع مفردات العينة الخاصة بكل محافظة إلى حضر وريف توزيعاً نسبياً متناسباً مع حجم السكان في كل من الحضر والريف تبعاً كذلك لإحصاءات التعداد، وعليه بلغ عدد مفردات العينة الحضرية في محافظة القليوبية نحو 283 مفردة، وعدد مفردات العينة الريفية 354 مفردة، كما بلغ عدد مفردات العينة الحضرية في محافظة الفيوم نحو 107 مفردة، وعدد مفردات العينة الريفية 279 مفردة. وقد تم سحب مركزين عشوائياً من المراكز الممثلة لكل محافظة، حيث تم اختيار كل من مركز الفيوم (حضر) ومركز طامية (ريف) بالنسبة لمحافظة الفيوم، ومركز بنها (حضر) ومركز طوخ (ريف) بالنسبة لمحافظة القليوبية لتطبيق الدراسة المسحية. وقد تم الاعتماد على طريقة العينة العشوائية المنتظمة في اختيار مفردات عينة الدراسة. وللوقوف على ثبات أداة جمع البيانات تم استخدام معامل الثبات "الفا كرونباخ" Cronbach Alpha للتأكد من درجة الاتساق بين البنود الخاصة بكل نوع من أنواع العنف الزوجي، حيث بلغ: 0.864 للبنود التي تشكل العنف الجسدي وعددها 22 بند؛ 0.850 للبنود التي تشكل العنف الاقتصادي وعددها 14 بند؛ 0.879 للبنود التي تشكل العنف النفسي وعددها 43 بند؛ 0.948 للبنود الخاصة بكافة أنواع العنف الزوجي مجتمعة (بما فيها العنف الجنسي) وعددها 83 بند، وهي نتائج يعتمد عليها لأن جميعها

بالحدود المقبولة، أما بنود العنف الجنسي وعددها 4 بنود فقط فلم تعطي نتائج دقيقة لمعامل ألفا نظراً لتأثره بعدد البنود المقاسة وإعطاءه نتائج منخفضة في حال قلة عدد البنود عن 10 بنود (Pallant, 2005).

### 1-3- التحليل الإحصائي

اعتمدت الدراسة في معالجة كافة البيانات على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وقد تم استخدام:

\* أسلوب التحليل العاملي Factor Analysis بهدف:

- تصنيف واختزال البنود المقترحة لكل نوع من أنواع العنف الزوجي في عدد أقل من العوامل.

- الحصول على الأهمية النسبية (الوزن) الخاصة بكل عامل من العوامل الناتجة من التحليل العاملي.

\* تحليل التباين أحادي الاتجاه One-Way Analysis of Variance واختبار t للعينات المستقلة، بهدف: التعرف على وجود تباين في الدرجات الخاصة بالمتغيرات التي تمثل مؤشرات العنف المركبة يعزى إلى بعض العوامل الديموجرافية.

\* بعض أساليب تلخيص البيانات مثل العرض البياني وبعض الإحصاءات الوصفية، لتقييم مستوى العنف الزوجي الممارس ضد المرأة.

## II- مراحل بناء الدليل (المقياس) العام المركب للعنف الزوجي:

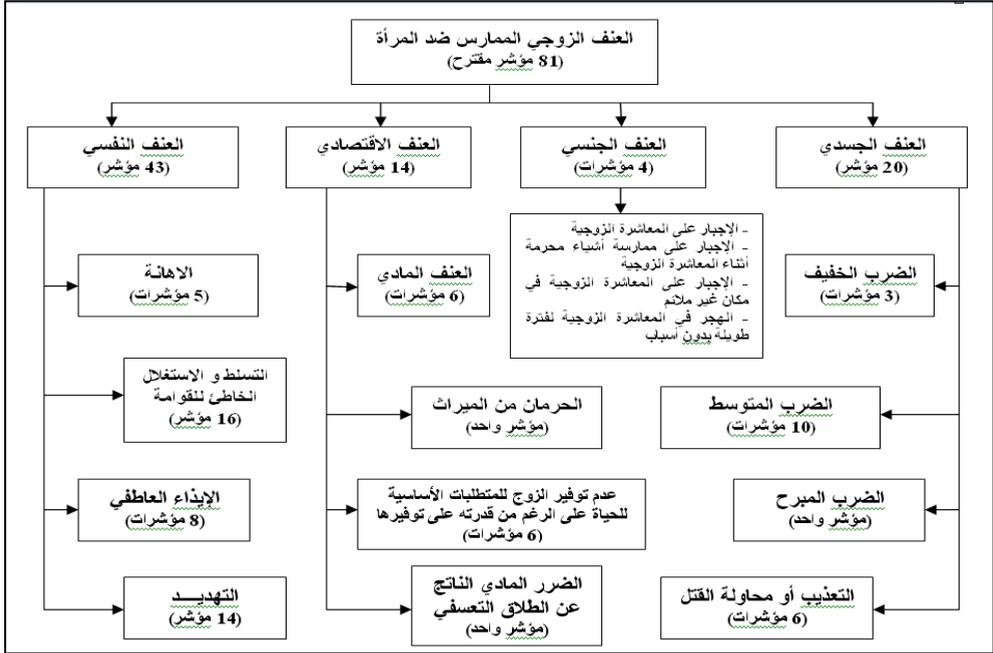
### 1-2- المرحلة الأولى: اختيار المؤشرات

تم في هذه المرحلة اختيار المؤشرات التي سيتم تضمينها في المقياس، من خلال وضع مجموعة من البنود (الأشكال) المحتملة للعنف الممارس ضد المرأة من قبل الزوج في ضوء الدراسات والأبحاث السابقة التي تناولت هذا النوع من أنواع العنف، وتم تقسيمها إلى أربع مجموعات يشير كل منها إلى نمط أو نوع معين من أنواع العنف الزوجي، وهي: (1) مجموعة المؤشرات الخاصة بالعنف الجسدي، (2) مجموعة المؤشرات الخاصة بالعنف الجنسي، (3) مجموعة المؤشرات الخاصة بالعنف الاقتصادي، (4) مجموعة المؤشرات الخاصة بالعنف النفسي.

وتم وضع تقسيم مقترح لبعض تلك الأنواع من العنف بحيث ينقسم كل منها إلى عدة أنواع فرعية يندرج أسفل كل منها عدة بنود تعبر عن أشكال العنف التي يتم ممارستها في إطار هذا النوع من أنواع العنف، كما هو موضح بالشكل رقم (1):

## شكل (1)

## التقسيم المقترح لمؤشرات العنف الزوجي الممارس ضد المرأة



وبالنسبة للبند التفصيلية المقترحة الخاصة بكل مؤشر فرعي فكانت كما يلي:

## بالنسبة للعنف الجسدي

الأشكال المحتملة للضرب: (1) الضرب الخفيف (لا يؤدي لحدوث إصابات): الدفع الخفيف - الهز - القرص/العض. (2) الضرب المتوسط (يمكن أن يؤدي لحدوث إصابات متوسطة): الدفع بقوة (الذي يمكن أن يؤدي لحدوث إصابات) - القذف بأشياء يمكن أن تؤدي لحدوث إصابات - الصفع (الضرب بالقلم) - اللكم بقبضة اليد (الضرب بالبوks) - شد الشعر - السحب من الشعر - الجرجرة - لي الذراع - الركل بالقدم (الضرب بالشلوت) - الضرب البسيط باليد أو بشئ يمكن يؤلم. (3) الضرب المبرح: (يمكن أن يؤدي لحدوث إصابات بليغة أو وفاة): الضرب المبرح (الشديد) باليد أو بشئ يمكن يؤلم. (4) الأشكال المحتملة للتعذيب أو محاولة القتل: التعذيب بأشياء حادة أو ساخنة - التكتيف (منع الحركة) - محاولة الخنق - محاولة الحرق بالنار أو بشئ ساخن - الهجوم بسكينة أو مسدس أو نوع آخر من السلاح - محاولة الدفع من مكان عالي.

## بالنسبة للعنف الاقتصادي

(1) العنف المادي: الضغط أو الإجبار على التنازل عن دخل العمل أو عن جزء منه - الضغط أو الإجبار على التنازل عن المال الخاص أو الممتلكات الخاصة - الاستيلاء على المال أو على أحد أو بعض الممتلكات الثمينة - الاستيلاء على المهر - الضغط أو الإجبار على شراء

أشياء مرتفعة الثمن من المال الخاص - الامتناع عن الإنفاق بهدف دفع المرأة للإنفاق من مالها الخاص. (2) عدم توفير الزوج للمتطلبات الأساسية للحياة على الرغم من قدرته على توفيرها: عدم توفير السكن الملائم - عدم توفير المأكل والمشرب الملائم - عدم توفير الملابس الملائم - عدم توفير الرعاية الشخصية - عدم توفير الرعاية الطبية - عدم توفير متطلبات التعليم للأبناء. (3) الضرر المادي الناتج عن الطلاق التعسفي، (4) الحرمان من الميراث.

### بالنسبة للعنف النفسي

(1) الأشكال المحتملة للإهانة: الشتم أو السب أو التوبيخ - مناداة الزوجة ككنزة أو نعتها بألقاب أو أسماء مختلفة بقصد الإهانة - الاستهزاء من الزوجة أمام الغير - تجاهل حديث الزوجة وعدم الرد - الاحتقار والازديراء. (2) الأشكال المحتملة للتسلط والاستغلال الخاطئ للقوامة: منع الزوجة من الذهاب لأهلها أو رؤيتهم لفترة طويلة أو لعدة سنوات لخلافه معهم - منع الزوجة من محادثة أهلها إلا بإذن - التسلط في الرأي وعدم إعطاء الفرصة للحوار - الحلف المنكر بالطلاق - المنع من استكمال الدراسة - المنع من العمل - عدم إعطاء الزوجة حرية الحركة في الحياة اليومية - إجبار الزوجة على المعيشة داخل الوحدة السكنية مع ذكور آخرين من أقارب الزوج ليسوا من محارمها - إجبار الزوجة على المبيت في سكن أهل الزوج في فترات غيابه عن المنزل - الإجبار على الحمل - استغلال الزوجة في القيام ببعض الأعمال التي تشق عليها أو ترهقها - الطرد من منزل الزوجية - الطرد من غرفة النوم - الإيقاظ من النوم في أي وقت - تعليق الزوجة بدون طلاق - حرمان الزوجة من رؤية أبنائها. (3) الأشكال المحتملة للإيذاء العاطفي: الخيانة اللفظية (محادثة نساء أخريات) - الخيانة الجسدية (إقامة علاقات مع نساء أخريات) - الشك الغير مبرر (المراقبة المستمرة ماذا تفعل أو إلى أين تذهب/ مراقبة التصرفات اليومية/ مراقبة الاتصالات الهاتفية/ ...) - الزواج بأخرى بدون علم الزوجة - الانفصال أو التطليق بدون سبب قوي - التعيب على الشكل - التعامل بمشاعر وعواطف جافة بدون سبب - التعامل بجدود، أي التقليل والتحقير من الجهود والتضحيات المبذولة. (4) الأشكال المحتملة للتهديد: التهديد بالطلاق - التهديد بالزواج بأخرى - التهديد بالهجر والإهمال - التهديد بالإهانة والضرب - التهديد بالقتل - التهديد بالحرمان من الأبناء - التهديد بعدم النفقة - التهديد بالحرمان من زيارة الأهل أو الأصدقاء أو الحيران ( العزل الاجتماعي وعدم الخروج من المنزل) - التهديد بالإجبار على ترك العمل والجلوس بالمنزل - التهديد بالمنع من استكمال الدراسة - التهديد بالسلاح ( سكين - مسدس - ...) - التهديد بتدمير أو بيع أشياء تحبها الزوجة - التهديد بإيذاء شخص عزيز - التهديد بالطرد من المنزل.

\*\* ومن خلال نتائج التوزيع التكراري الخاص بإجابات سيدات العينة عن كل متغير (مؤشر)، تم استبعاد المتغيرات التي بلغ عدد السيدات اللاتي أفدن بحدوث هذا النوع من العنف معهن 4 سيدات أو أقل من بين عدد السيدات محل الدراسة والبالغ عددهن 1023 سيدة. وكذلك

المتغيرات التي لم تجب عليها أكثر من 95% من سيدات العينة. فكانت المتغيرات (المؤشرات) التي تم استبعادها بالنسبة لكل نوع من أنواع العنف الزوجي كما يلي:

بالنسبة للعنف الجسدي:

- محاولة الحرق بالنار أو بشئ ساخن.
- محاولة الدفع من مكان عال.

بالنسبة للعنف الاقتصادي:

- الضغط أو الإكراه على شراء أشياء مرتفعة الثمن من المال الخاص.
- الضرر المادي الناتج عن الطلاق التعسفي.
- الحرمان من الميراث.

بالنسبة للعنف النفسي:

- الانفصال أو التطليق بدون سبب قوي.
- إجبار الزوجة على المعيشة داخل الوحدة السكنية مع ذكور آخرين من أقارب الزوج ليسوا من محارمها.
- المنع من استكمال الدراسة.
- حرمان الزوجة من رؤية أبنائها.
- التهديد بالمنع من استكمال الدراسة.
- التهديد بالسلاح (سكينة - مسدس - ...).

## 2-2- المرحلة الثانية: استخدام النماذج الإحصائية في تصنيف البنود المقترحة لأنواع العنف، و تحديد الأوزان النسبية.

تم إخضاع البنود المقترحة لكل نوع من أنواع العنف الممارس ضد المرأة من قبل زوجها (الجسدي - الجنسي - الاقتصادي - النفسي) للتحليل العاملي، بهدف الحصول على مجموعات البنود المصنفة تحت عدد أقل من العوامل (والتي تكون العلاقة بينها داخل هذا العامل أقوى من العلاقة بين البنود في العوامل الأخرى)، والتي يشير كل منها إلى نوع (نمط) معين من أنواع العنف، والتي تندرج بدورها تحت المؤشر الرئيس للعنف، وتم تعزيز القرار الخاص بتحديد عدد العوامل لكل نوع من أنواع العنف بنتائج التحليل المتوازي (باستخدام برنامج Monto carlo PCA). وقد أظهرت نتائج التحليل العاملي تشعب البنود المقترحة للعنف الجسدي على 4 عوامل موضحة بالشكل (2)، أما البنود المقترحة للعنف الجنسي فقد تشعبت على عاملين (شكل 3). كذلك تشعبت البنود المقترحة للعنف الاقتصادي على عاملين فقط (شكل 4). وبالنسبة للبنود الخاصة بالعنف النفسي فقد تشعبت على 8 عوامل، (شكل 5).

## 2-3- المرحلة الثالثة: بناء مؤشر مركب لكل نوع من أنواع العنف

لبناء مؤشر مركب لكل نوع من أنواع العنف الزوجي محل الدراسة، تم إتباع الخطوات التالية:

(1) تم إعادة ترميز كافة المتغيرات (البندود) الخاصة بالمؤشرات الفرعية (العوامل المندرجة تحت كل نوع من أنواع العنف)، بحيث تأخذ الصفة محل الاهتمام و المتمثلة هنا في التعرض لصورة أو شكل ما من أشكال العنف الرقم (1) و يأخذ عدم التعرض الرقم (0).

(2) بالنسبة لكل نوع من أنواع العنف الأربعة (الجسدي - الجنسي - الاقتصادي - النفسي) تم تجميع درجات المتغيرات الخاصة بكل مؤشر فرعي من المؤشرات المندرجة أسفله و التي تم تصنيفها وفقاً لنتائج التحليل العاملي و ذلك لكل سيدة في متغير جديد هو: مجموع درجات المؤشر الفرعي، ثم تقسيم مجموع الدرجات لكل سيدة على عدد المتغيرات لحساب متوسط لكل سيدة.

(3) تم بناء الأوزان من جدول (Total Variance Explained) بنتائج التحليل العاملي، من خلال التعامل مع مصفوفة معاملات العوامل بعد الدوران (Rotation Sums of Squared Loadings) باستخدام نسبة التباين المفسرة في مجموعة البيانات ( % of variance) بالنسبة للتباين الكلي المفسر. فبالنسبة للعامل الأول في العنف الجسدي (على سبيل المثال) يكون له وزنا مساويا (0.344) =  $(13.180 + 12.440) / 20.596$  و العامل الثاني يكون له وزن (0.229) و العامل الثالث يكون له وزن (0.220) و الرابع يكون وزنه (0.208).

وتعرض الجداول 1، 2، 3، 4 نتائج التحليل العاملي التي تم منها حساب الأوزان النسبية بالنسبة لأنواع العنف الزوجي الأربعة.

(4) تم الحصول على المؤشر المركب لكل نوع من أنواع العنف عن طريق حساب المتوسط المرجح لمجموعة الأوساط الخاصة بالمؤشرات الفرعية لهذا النوع من أنواع العنف والمرجحة بالأوزان التي تم الحصول عليها من نتائج التحليل العاملي (سيد، 2006)، كما يلي:

المؤشر المركب لنوع معين من أنواع العنف = [ (المؤشر الفرعي الأول لهذا النوع × وزنه النسبي) + (المؤشر الفرعي الثاني لهذا النوع × وزنه النسبي) + ..... ] / مجموع الأوزان النسبية.

وتظهر الأشكال من (3) إلى (6) منهجية حساب المؤشرات المركبة لأنواع العنف الأربعة.

جدول (1): نتائج التحليل العاملي الخاصة بالعنف الجسدي      جدول (2): نتائج التحليل العاملي الخاصة بالعنف الجنسي

Total Variance Explained

Rotation Sums of Squared Loadings		
Total	% of Variance	Cumulative %
1.332	33.301	33.301
1.271	31.783	65.084

Total Variance Explained

Rotation Sums of Squared Loadings		
Total	% of Variance	Cumulative %
3.707	20.596	20.596
2.471	13.726	34.322
2.372	13.180	47.502
2.239	12.440	59.942

جدول (4): نتائج التحليل العاملي الخاصة بالعنف النفسي

Total Variance Explained

Rotation Sums of Squared Loadings		
Total	% of Variance	Cumulative %
3.907	10.560	10.560
3.239	8.753	19.313
3.079	8.321	27.634
2.252	6.087	33.721
2.197	5.938	39.660
2.151	5.815	45.474
1.998	5.399	50.873
1.778	4.806	55.679

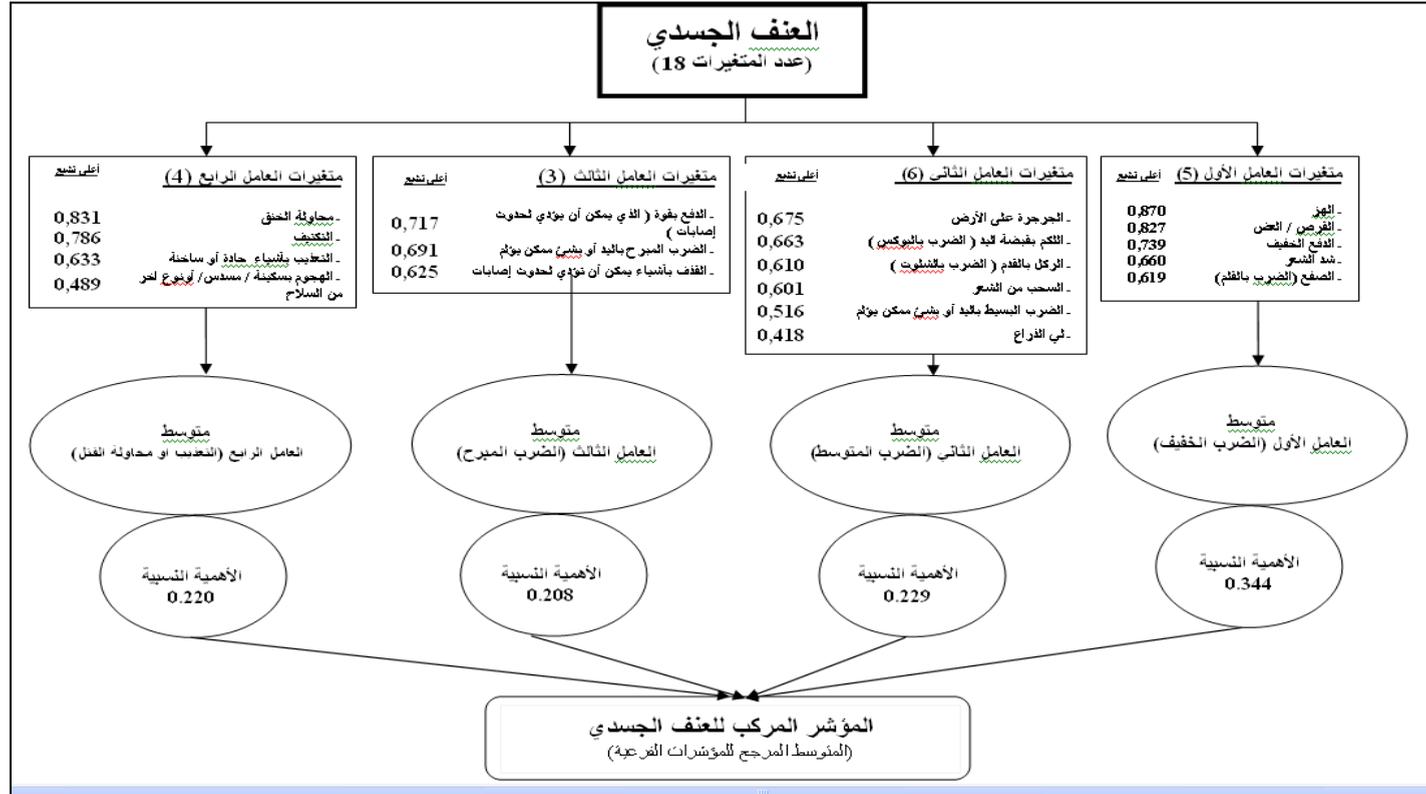
جدول (3): نتائج التحليل العاملي الخاصة بالعنف الاقتصادي

Total Variance Explained

Rotation Sums of Squared Loadings		
Total	% of Variance	Cumulative %
3.878	35.250	35.250
1.689	15.358	50.608

شكل (2)

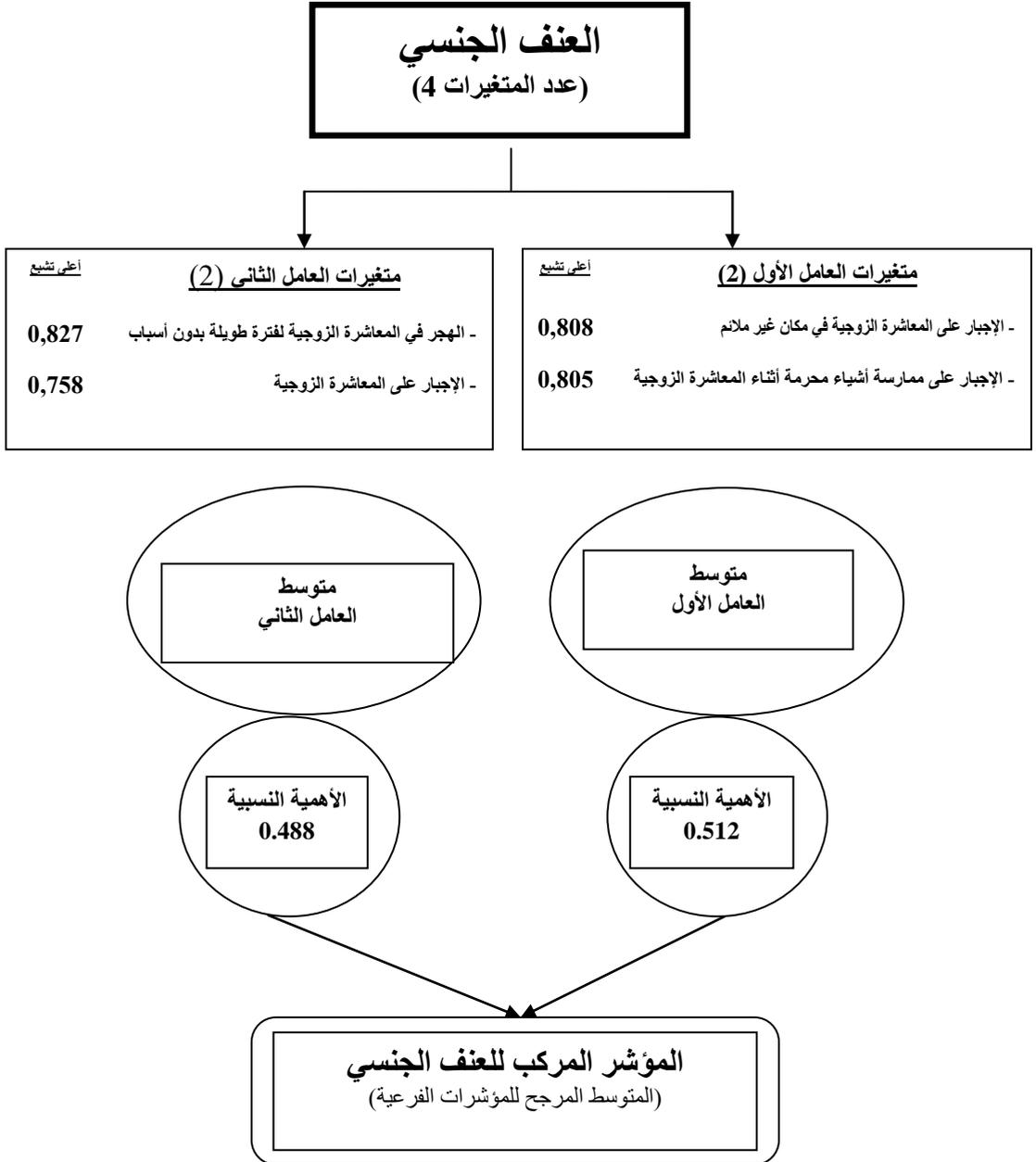
منهجية حساب المؤشر المركب للعنف الجسدي و أعلى تشعب للمتغيرات على العوامل الناتجة من التحليل العاملي والأهمية النسبية لكل عامل



## شكل (3)

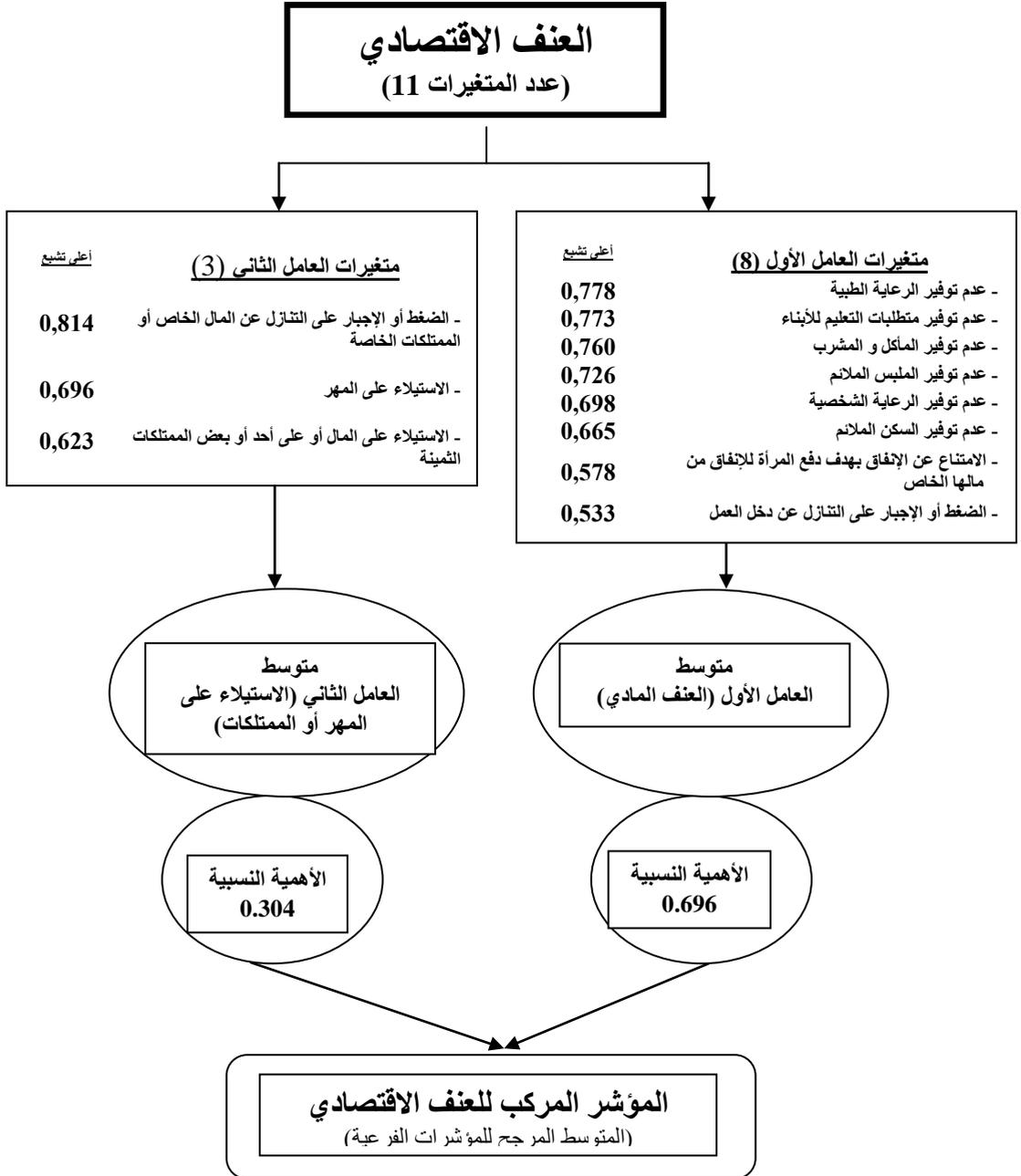
منهجية حساب المؤشر المركب للعنف الجنسي

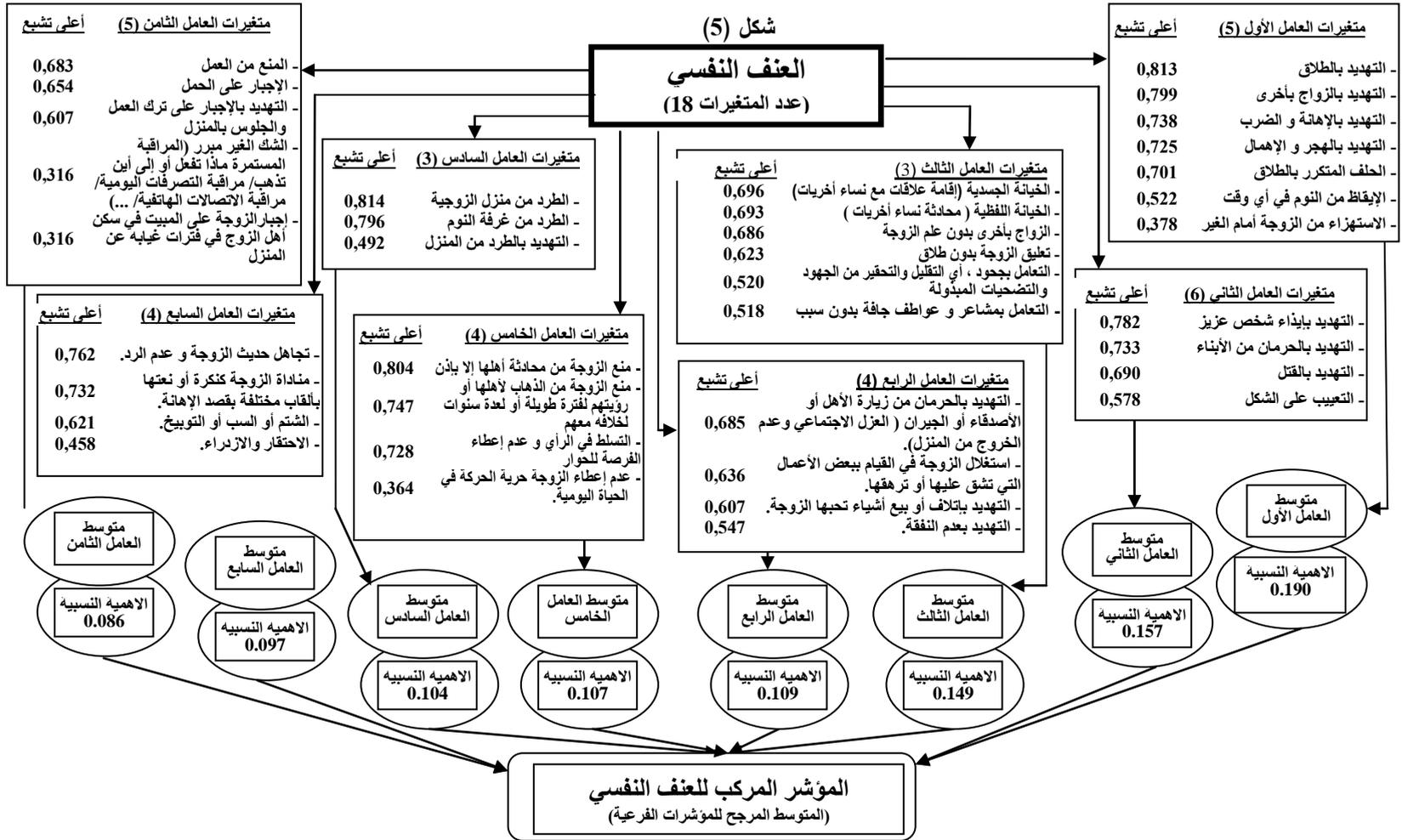
وأعلى تشبع للمتغيرات على العوامل الناتجة من التحليل العاملي والأهمية النسبية لكل عامل



## شكل (4)

منهجية حساب المؤشر المركب للعنف الاقتصادي وأعلى تشعب للمتغيرات على العوامل الناتجة من التحليل العاملي والأهمية النسبية لكل عامل





## 2-4- المرحلة الرابعة: بناء المؤشر العام المركب للعنف الزوجي

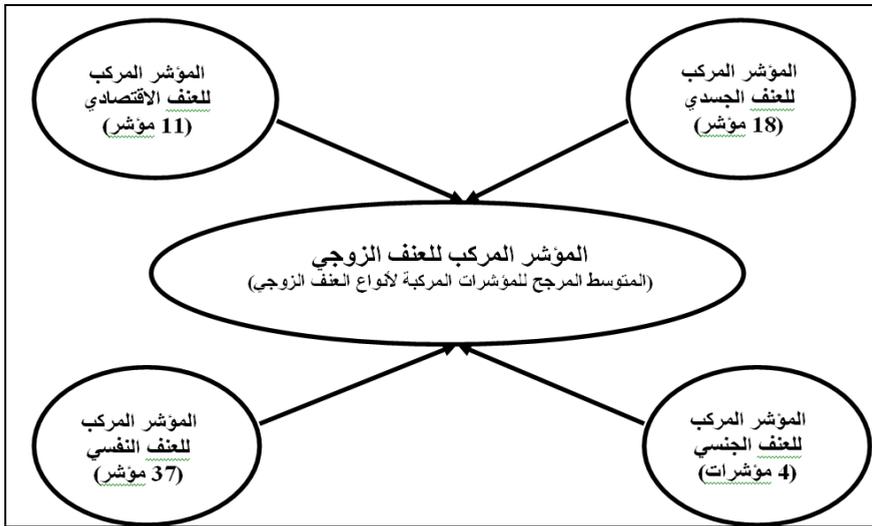
تم بناء المؤشر العام المركب للعنف الزوجي استناداً إلى المقاييس الفرعية المركبة التي تم الحصول عليها للمجموعات المختلفة من المؤشرات لأنواع العنف الزوجي الممارس ضد المرأة. ويعتبر هذا المقياس مقياساً مركباً يعكس مستوى العنف الذي تتعرض له كل سيدة من عينة السيدات محل الدراسة، ويظهر شكل (6) منهجية حساب هذا المؤشر العام.

وتم حساب مقياس العنف العام المركب باستخدام المعادلة التالية:

المؤشر العام المركب للعنف الزوجي = [ (المؤشر المركب للعنف الجسدي × عدد مؤشرات الفرعية) + (المؤشر المركب للعنف الجنسي × عدد مؤشرات الفرعية) + (المؤشر المركب للعنف الاقتصادي × عدد مؤشرات الفرعية) + (المؤشر المركب للعنف النفسي × عدد مؤشرات الفرعية) ] / إجمالي عدد المؤشرات الفرعية.

## شكل (6)

## منهجية حساب المؤشر العام المركب للعنف الزوجي



### III- دراسة أثر بعض العوامل الديموجرافية على المؤشر العام المركب للعنف الزوجي ضد المرأة، والمؤشرات الفرعية المركبة المكونة له

#### 3-1- نتائج اختبار (t)

لدراسة أثر بعض العوامل الديموجرافية على كافة المؤشرات المركبة للعنف التي تناولتها الدراسة، تم استخدام اختبار (t) للعينات المستقلة للمتغيرات المحتوية على مجموعتين فقط، أما المتغيرات التي اشتملت على أكثر من مجموعتين فقط فقد تم دراستها من خلال تحليل التباين

أحادي الاتجاه [One way analysis of variance – ANOVA]، حيث تبين عند إجراء الاختبارات المبدئية وجود مخالفات لبعض الفرضيات الخاصة بتحليل التباين متعدد المتغيرات [Multivariate analysis of variance – MANOVA]، مثل وجود ارتباطات ضعيفة بين المتغيرات التابعة مما يخالف فرضية "المصاحبة الخطية المتعددة والأحادية".

ويعرض جدول (5) نتائج اختبار (t) للمتغيرات المستقلة التالية: محل الإقامة (حضر/ريف) - حرية المرأة في الحركة - اختيار المرأة للزوج - وجود صلة قرابة بين الزوجين:

جدول (5)  
نتائج اختبار (t) لبعض العوامل  
الديموجرافية و كافة مؤشرات العنف محل الدراسة

الخصائص	التقسيم	المقياس	مؤشر العنف الجسدي	مؤشر العنف الجنسي	مؤشر العنف الاقتصادي	مؤشر العنف النفسي	المؤشر العام للعنف	
محل الإقامة	ريف	Mean	0.204	0.077	0.032	0.097	0.113	
		S.D	0.210	0.143	0.096	0.105	0.106	
	حضر	Mean	0.208	0.105	0.041	0.098	0.118	
		S.D	0.224	0.161	0.112	0.132	0.122	
			t	-0.277	-2.836	-1.287	-0.091	-0.600
			Sig.	0.782	0.005	0.199	0.927	0.549
			Partial eta square		0.008			
	حرية المرأة في الحركة	لا	Mean	0.178	0.064	0.045	0.128	0.124
S.D			0.185	0.134	0.119	0.135	0.124	
نعم		Mean	0.221	0.101	0.031	0.080	0.110	
		S.D	0.229	0.157	0.092	0.100	0.106	
		t	3.313	3.985	-2.03	-6.04	-2.00	
		Sig.	0.001	0.000	0.043	0.000	0.045	
		Partial eta square	0.01	0.02	0.004	0.03	0.004	
اختيار المرأة للزوج		لا	Mean	0.305	0.161	0.097	0.151	0.183
	S.D		0.246	0.202	0.170	0.191	0.168	
	نعم	Mean	0.196	0.080	0.030	0.092	0.108	
		S.D	0.210	0.143	0.092	0.105	0.104	
			t	3.996	3.614	3.628	2.848	4.058
			Sig.	0.000	0.000	0.000	0.005	0.000
			Partial eta square	0.02	0.01	0.01	0.008	0.02
	وجود صلة قرابة بين الزوجين	لا	Mean	0.212	0.091	0.041	0.100	0.119
S.D			0.221	0.152	0.114	0.121	0.118	
نعم		Mean	0.194	0.0792	0.025	0.092	0.107	
		S.D	0.202	0.148	0.074	0.106	0.101	
		t	1.267	1.222	2.792	0.900	1.552	
		Sig.	0.205	0.222	0.005	0.369	0.121	
		Partial eta square			0.008			

وقد أظهرت النتائج وجود فروق بسيطة في درجات الوسط الحسابي الخاصة بكافة المؤشرات المركبة للعنف تبعاً لكل من متغير حرية المرأة في الحركة ومتغير اختيار المرأة للزوج، وعماً إذا كانت هذه الفروق معنوية من عدمه، فقد أظهرت النتائج وجود اختلاف معنوي بين الفئات الخاصة بكل المتغيرين وكافة المؤشرات المركبة. وبالنسبة لحجم التأثير الخاص بتلك المتغيرات المستقلة على كل مؤشر من المؤشرات المركبة للعنف، فتشير القيم الخاصة بـ Partial eta square إلى وجود حجم تأثير ضئيل بالنسبة لكافة المؤشرات المركبة للعنف.

أما فيما يتعلق بباقي المتغيرات المستقلة كمحل الإقامة ووجود صلة قرابة بين الزوجين فلم تظهر النتائج وجود اختلاف معنوي بين الحضر والريف بالنسبة لكافة المؤشرات المركبة للعنف فيما عدا "المؤشر المركب للعنف الجنسي" بحجم تأثير ضئيل للغاية [Partial eta square = 0.008]، وكذلك الحال بالنسبة للسيدات المتزوجات من أقارب لهن مقارنة بالسيدات المتزوجات من غير الأقارب فلم تظهر النتائج وجود اختلاف معنوي إلا بالنسبة "المؤشر المركب للعنف الاقتصادي" بحجم تأثير ضئيل للغاية كذلك [Partial eta square = 0.008].

### 3-2- نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه

ويرعرض جدول (6) نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه للمتغيرات المستقلة التالية: مستوى تعليم المرأة - مشاركة المرأة في اتخاذ القرارات الأسرية - مستوى المعيشة - وجود مكان آخر يمكن أن تقيم به المرأة. وتظهر نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه والمعروضة بجدول (3) وجود فروق معنوية بين الفئات الخاصة بكل من تعليم المرأة ومشاركتها في اتخاذ القرارات الأسرية ومستوى المعيشة، والمؤشر العام المركب للعنف الزوجي مع حجم تأثير ضعيف بالنسبة للتعليم والمشاركة في اتخاذ القرارات، وضعيف جداً بالنسبة لمستوى المعيشة، في حين لم يسجل متغير "وجود مكان آخر يمكن أن تقيم به المرأة" فروق معنوية.

أما فيما يتعلق بباقي مؤشرات العنف المركبة (الجسدي - الجنسي - الاقتصادي - النفسي)، فقد أظهرت النتائج وجود فروق معنوية بين الفئات الخاصة بالتعليم وكافة المؤشرات المركبة الخاصة بأنواع العنف فيما عدا المؤشر المركب للعنف الجنسي مع حجم تأثير ضئيل جداً.

وأن الفئات الخاصة بمشاركة المرأة في اتخاذ القرارات الأسرية قد سجلت فروق معنوية مع كافة المؤشرات المركبة لأنواع العنف فيما عدا المؤشر المركب للعنف الجنسي أيضاً، مع حجم تأثير ضئيل غالباً.

أما الفئات الخاصة بمتغير "وجود مكان آخر يمكن أن تقيم به المرأة" فقد سجلت فروق معنوية مع كافة المؤشرات المركبة لأنواع العنف، مع حجم تأثير ضئيل جداً. وأخيراً فقد سجلت الفئات الخاصة بمستوى المعيشة فروق معنوية مع كل من المؤشر المركب للعنف الجسدي والمؤشر المركب للعنف الاقتصادي فقط مع حجم تأثير ضئيل جداً.

## جدول (6)

نتائج اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه لبعض  
العوامل الديموجرافية وكافة مؤشرات العنف محل الدراسة

المؤشر العام للعنف	مؤشر العنف النفسي	مؤشر العنف الاقتصادي	مؤشر العنف الجنسي	مؤشر العنف الجسدي	المقياس	التقسيم	الخصائص
0.141	0.120	0.054	0.089	0.250	Mean	لم تتحقق بالمدرسة	تعليم المرأة
0.126	0.130	0.125	0.167	0.223	S.D		
0.120	0.091	0.035	0.107	0.236	Mean	ابتدائي & اعدادي	
0.097	0.100	0.082	0.138	0.210	S.D		
0.104	0.088	0.026	0.087	0.188	Mean	ثانوي & دبلوم متوسط	
0.103	0.108	0.087	0.145	0.207	S.D		
0.054	0.055	0.014	0.057	0.074	Mean	جامعي أو أعلى	
0.087	0.092	0.079	0.116	0.156	S.D		
18.358	10.181	6.668	1.982	19.758	F		
0.000	0.000	0.000	0.115	0.000	Sig.		
0.051	0.029	0.019	0.006	0.055	Partial eta square		
0.175	0.168	0.074	0.100	0.267	Mean	زوجها & آخرين	المشاركة في اتخاذ القرارات الأسرية
0.130	0.146	0.137	0.168	0.224	S.D		
0.100	0.080	0.024	0.084	0.193	Mean	هي و زوجها	
0.097	0.092	0.075	0.144	0.210	S.D		
0.193	0.195	0.154	0.108	0.232	Mean	هي فقط	
0.229	0.260	0.274	0.208	0.246	S.D		
39.799	55.714	40.244	1.088	8.271	F		
0.000	0.000	0.000	0.337	0.000	Sig.		
0.072	0.098	0.073	0.002	0.016	Partial eta square		
0.126	0.107	0.060	0.076	0.217	Mean	منخفض	
0.120	0.117	0.135	0.140	0.219	S.D		
0.116	0.094	0.030	0.097	0.217	Mean	متوسط	
0.112	0.117	0.092	0.157	0.216	S.D		
0.086	0.089	0.008	0.071	0.132	Mean	مرتفع	
0.095	0.111	0.029	0.140	0.187	S.D		
5.828	1.534	14.068	3.614	9.275	F		
0.003	0.216	0.000	0.058	0.000	Sig.		
0.011	0.003	0.027	0.006	0.018	Partial eta square		
0.120	0.083	0.044	0.103	0.244	Mean	لا	وجود مكان آخر يمكن أن تقام به المرأة
0.109	0.106	0.103	0.157	0.227	S.D		
0.118	0.118	0.027	0.068	0.186	Mean	لمدة محدودة	
0.104	0.108	0.095	0.131	0.186	S.D		
0.104	0.103	0.030	0.078	0.160	Mean	بصفة دائمة	
0.125	0.135	0.107	0.152	0.206	S.D		
1.755	7.620	2.941	5.474	15.692	F		
0.173	0.001	0.053	0.004	0.000	Sig.		
0.003	0.015	0.006	0.011	0.030	Partial eta square		

### 3-3- تقييم مستوى العنف الزوجي الممارس ضد المرأة بناءً على المؤشر العام المركب للعنف و المؤشرات المركبة لأنواع العنف:

بناءً على المتغيرات الخاصة بكل من: المؤشر العام للعنف، والمؤشر المركب للعنف الجسدي، والمؤشر المركب للعنف الاقتصادي، والمؤشر المركب للعنف النفسي، تم تقديم وصف للدرجات الخاصة بتلك المتغيرات بتقسيمها إلى ثلاث مستويات [منخفض - متوسط - مرتفع]، وقد تم ذلك وفقاً لدرجات محددة يتم حسابها عن طريق الوسيط (Median) والرابعين الأول والثالث (Quartiles).

ويوضح جدول (7) المقاييس الأساسية للمتغيرات السابقة، وذلك بالنسبة لمفردات العينة اللاتي تعرضن لأي نوع من أنواع العنف:

#### جدول (7)

المقاييس الأساسية لدرجات مؤشرات العنف المركبة للسيدات اللاتي تعرضن لأي نوع من أنواع العنف

القيمة				المقياس
المؤشر المركب للعنف العام	المؤشر المركب للعنف النفسي	المؤشر المركب للعنف الاقتصادي	المؤشر المركب للعنف الجسدي	
0.1415	0.0485	0.1013	0.14499	الرابع الأول (Q1)
0.09401	0.0811	0.1740	0.31412	الوسيط (Q2)
0.17620	0.1601	0.2027	0.45158	الرابع الثالث (Q3)

ويوضح جدول (8) التوزيع التكراري والنسبي لمفردات العينة محل الدراسة، حسب المستويات الخاصة بدرجات المؤشرات المركبة للعنف، وحدود الدرجات التي تم على أساسها التقسيم إلى ثلاث مستويات:

توضح الأرقام المعروضة بجدول (5) أن أكثر أنواع العنف الزوجي التي تتعرض لها النساء المصريات السابق لهن الزواج في الفئة العمرية (49-15 سنة) هو العنف النفسي (76% من عينة السيدات) (3 من كل 4 سيدات)، يليه العنف الجسدي (64%) (2 من كل 3 سيدات)، ثم العنف الاقتصادي (18%) (واحدة من كل 6 سيدات).

كما أظهرت النتائج أن 4 سيدات من كل 5 سيدات مصريات يتعرضن لصورة ما من صور العنف الزوجي (79%)، وأن سيدة واحدة من كل 5 سيدات تتعرض لعنف ذو مستوى مرتفع من قبل زوجها (20% تقريباً)، وأن سيدتين من كل 5 سيدات تتعرضان لعنف زوجي ذو مستوى متوسط (40% تقريباً).

كما تبين المعلومات المعروضة بالجدول أن سيدة واحدة من كل 5 سيدات تتعرض لمستوى عنف نفسي مرتفع (19.7%)، وأن واحدة تقريباً من كل 6 سيدات تتعرض لمستوى عنف جسدي مرتفع (15.8%)، في حين أن سيدة واحدة من كل 23 سيدة تتعرض لمستوى عنف اقتصادي مرتفع (4.4%).

كذلك تتعرض سيدتان تقريباً من كل 5 سيدات لمستوى عنف متوسط (39.6%)، وأن سيدتان من كل 6 سيدات تتعرضان لمستوى عنف جسدي متوسط (31.9%)، في حين أن سيدة واحدة من كل 10 سيدات تتعرض لمستوى عنف اقتصادي متوسط (10.2%).

### جدول (8)

التوزيع التكراري والنسبي لمفردات العينة محل الدراسة، حسب المستويات الخاصة بدرجات المؤشرات المركبة للعنف، وحدود الدرجات التي تم على أساسها التقسيم إلى ثلاث مستويات

مستوى العنف				الإجراء	المؤشر
مرتفع	متوسط	منخفض	لم يتعرض للعنف		
مرتفع $\leq 0.45158$	$0.14499 < \text{متوسط} < 0.45158$	$0.038 - 0.14499$	0.0000	حدود الدرجات	العنف الجسدي
162	326	170	365	العدد	
15.8	31.9	16.6	35.7	النسبة %	
مرتفع $\leq 0.2027$	$0.1013 > \text{متوسط} > 0.2027$	$0.0870 - 0.1013$	0.0000	حدود الدرجات	العنف الاقتصادي
45	104	35	839	العدد	
4.4	10.2	3.4	82	النسبة %	
مرتفع $\leq 0.1601$	$0.0485 > \text{متوسط} > 0.1601$	$0.02 - 0.0485$	0.0000	حدود الدرجات	العنف النفسي
202	469	106	246	العدد	
19.7	45.8	10.4	24	النسبة %	
مرتفع $\leq 0.19701$	$0.06195 > \text{متوسط} > 0.19701$	$0.009 - 0.06195$	0.0000	حدود الدرجات	المؤشر المركب العام للعنف
201	405	202	215	العدد	
19.6	39.6	19.7	21	النسبة %	

3-4- مقارنة مستويات التعرض للعنف الزوجي بين سيدات الوجه البحري وسيدات الوجه القبلي، وفقاً للمؤشرات المركبة للعنف الزوجي:

تشير الأرقام المبينة بجدول (9) أن تعرض الزوجات للعنف الزوجي في محافظات الوجه البحري أقل منه في محافظات الوجه القبلي، حيث بلغت نسبة السيدات اللاتي لم يتعرضن للعنف الزوجي بين سيدات محافظات الوجه البحري (25.7%) ضعف نظيرتها بين سيدات محافظات الوجه القبلي (13.2%)، وهو الأمر الذي نرجعه غالباً إلى طبيعة الثقافات السائدة في محافظات الوجه القبلي وخاصة ثقافة المجتمع الذكوري.

كما يتضح من الأرقام كذلك زيادة نسبة تعرض السيدات للعنف الزوجي بالنسبة لكل نوع من أنواع العنف بين سيدات محافظات الوجه القبلي عنها بين سيدات محافظات الوجه البحري [70% للوجه القبلي مقابل 60% للوجه البحري بالنسبة للعنف الجسدي)، (21% للوجه القبلي مقابل 16% للوجه البحري بالنسبة للعنف الاقتصادي)، (84% للوجه القبلي مقابل 71% للوجه البحري بالنسبة للعنف النفسي)].

### جدول (9)

التوزيع التكراري و النسبي لكل من سيدات الوجه البحري والقبلي حسب مستوى التعرض للعنف، وفقاً للمؤشرات المركبة للعنف الزوجي

نوع العنف	التقسيم	المقياس	لم يتعرضن للعنف	مستوى عنف منخفض	مستوى عنف متوسط	مستوى عنف مرتفع
العنف الجسدي	الوجه البحري	العدد	252	99	191	95
	637 سيدة	%	39.6	15.5	30.0	14.9
	الوجه القبلي	العدد	113	71	135	67
	386 سيدة	%	29.3	18.4	35.0	17.4
العنف الاقتصادي	الوجه البحري	العدد	533	19	51	34
	637 سيدة	%	83.7	3.0	8.0	5.3
	الوجه القبلي	العدد	306	16	53	11
	386 سيدة	%	79.3	4.1	13.7	2.8
العنف النفسي	الوجه البحري	العدد	185	66	278	108
	637 سيدة	%	29.0	10.4	43.6	17.0
	الوجه القبلي	العدد	61	40	191	94
	386 سيدة	%	15.8	10.4	49.5	24.4
العنف العام	الوجه البحري	العدد	164	124	232	117
	637 سيدة	%	25.7	19.5	36.4	18.4
	الوجه القبلي	العدد	51	78	173	84
	386 سيدة	%	13.2	20.2	44.8	21.8

تشير النتائج التي تم الحصول عليها بجدول (10) لوجود علاقة معنوية بين الإقامة (وجه بحري/ قبلي) و مستوى التعرض للعنف، وفقاً لمستويات المؤشر المركب العام للعنف، حيث تظهر الأرقام أن 3/4 سيدات لعينة محل الدراسة اللاتي لم يتعرضن للعنف هن من سيدات الوجه البحري، كما أنه بالنسبة لسيدات العينة اللاتي تعرضن لمستوى عنف منخفض نجد أن نسبة سيدات الوجه البحري منهن قد زادت بشكل ملحوظ عن النسبة الخاصة بسيدات الوجه القبلي (61% للوجه البحري مقابل 39% تقريباً للوجه القبلي).

أما بالنسبة لكل من سيدات العينة اللاتي تعرضن لمستوى عنف متوسط و السيدات اللاتي تعرضن لمستوى عنف مرتفع، فنجد أن نسبة سيدات الوجه القبلي في كل منهن قد انخفضت بشكل ملحوظ عن النسبة الخاصة بسيدات الوجه البحري (بفارق 15% تقريباً).

**جدول (10)**  
**نتائج اختبار العلاقة بين الإقامة (وجه بحري/ قبلي)**  
**ومستوى التعرض للعنف، وفقاً لمستويات المؤشر المركب العام للعنف**

الوجه القبلي		الوجه البحري		الإقامة (بحري/ قبلي) مستوى التعرض للعنف
%	عدد	%	عدد	
23.7	51	76.3	164	لم تتعرض للعنف
38.6	78	61.4	124	مستوى عنف منخفض
42.7	173	57.3	232	مستوى عنف متوسط
41.8	84	58.2	117	مستوى عنف مرتفع
$\chi^2= 23.722$		Cc= 0.151		sig.= .000

#### IV- الخلاصة والتوصيات

أظهرت النتائج زيادة تعرض سيدات الوجه القبلي للعنف الزوجي مقارنة بسيدات الوجه البحري، وهو الأمر الذي يستوجب تكثيف الجهود الإعلامية الرامية إلى تغيير المنظومة الفكرية الذكورية وخاصة لدى سكان محافظات الوجه القبلي، وعمل الجهات المتخصصة على زيادة التوعية الأسرية بالكيفية التي يجب عليها تنشئة الأبناء من الجنسين في نطاق التعاليم الدينية التي أوصت بها كافة الأديان السماوية، وبيان الآثار الوخيمة لممارسة العنف ضد المرأة على الكيان الأسري والمجتمعي، والعمل الفوري على إدخال مادة تربية شاملة في المناهج الدراسية بمراحلها المختلفة، مع ضرورة اتجاه المهتمين بقضايا العنف من الباحثين في المجتمعات الأخرى لجمع البيانات عن تلك الظاهرة وتطبيق الدليل العام المركب عليها بهدف عقد المقارنات والوقوف على حجم المشكلة في العديد من المجتمعات ومن ثم تبادل الخبرات في طريق وضع الحلول الهادفة لتقليص حجم تلك الظاهرة.

#### - المراجع

##### - المراجع باللغة العربية:

- رشا علي محمد علي السقا، "العنف ضد المرأة في المجتمع المصري"، رسالة دكتوراه، قسم الإحصاء الحيوي والسكاني، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة، 2011.
- كمال صالح، "مؤشرات قياس الرفاه الإنساني- محاولة لنموذج عربي"، المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية، أكتوبر، 2014.
- مها عز الدين سيد وندى محمد حافظ، "دليل تكوين المؤشرات المركبة"، الإدارة العامة لجودة البيانات، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، مجلس الوزراء، نوفمبر، 2006.

**- المواقع الإلكترونية**

- إبراهيم الحيدري (دكتور)، "العنف ضد المرأة"، إيلاف، يومية الكترونية، مارس، 2012.

www.elaph.com

- مسعودة خنون (دكتورة)، "ظاهرة العنف ضد المرأة من منظور سوسيوولوجي"، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر، 3 مارس، 2016. www. Aranthropos.com

- نجيب الخنيزي، "العنف الجندي ضد النساء والفتيات: المفاهيم والتفسيرات"، ورقة مقدمة في الملتقى الثقافي، يناير، 2014. saudiwomenrights.wordpress.com//https

**- المراجع الأجنبية:**

- El-Zanaty and Associats, "Egypt Demographic and Health Survey\*" 2005, Calverton, Maryland: Macro International Inc., 2006.
- Pallant, Julie, "SPSS SURVIVAL MANUAL; a step by step guide to data analysis using SPSS", 2nd edn., Allen & Unwin, 83 Alexander street, Australia, 2005.
- State of World Population Report, "Lives Together, Worlds Apart: Men and Women in a Time of Change", United Nations Population Fund, 2000.
- UNIFEM, "Report of UNIFEM on the Elimination of violence against women", UNIFEM office, 2007.

# ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION

## RESEARCHES and STUDIES

SPECIALIZED SCIENTIFIC PEER REVIEWED PERIODICAL

*PUBLISHED BY PAN ARAB PROGRAM FOR FAMILY HEALTH (PAPFAM).*

*LEAGUE OF ARAB STATES*



Our Family Health Our Nation's Wealth

### *IN THIS ISSUE:*

- MATERNAL HEALTH CARE SERVICES UTILIZATION IN DJIBOUTI 2012.
- REGIONAL DIFFERENTIALS OF FAMILY PLANNING AND AN UNMET NEED FOR CONTRACEPTION USE IN SOMALIA, 2011.
- DOMESTIC VIOLENCE AGAINST CHILDREN AND ITS DETERMINANTS IN THE KINGDOM OF SAUDI ARABIA.

Volume X - 23<sup>rd</sup> Issue - January 2017



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

**Scientific committee**  
(In alphabetical order)

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



# **ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION**

*Editor – in - chief*

**Dr. Ahmed Abdel Monem**

*Managing Editors*

**Rabah Halimi**

**Mohammad Khalid Youssef**

**Fatiha Ouguirti**

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



P&A ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

## Conditions of publication

- The materials submitted should be of scientific nature and concerned with the field of family health and population.
- The topics presented should be Original contributions which have not published in any other periodical.
- Methods and curricula of scientific research should be considered on preparing the material submitted to publication.
- The material submitted to publication is not to be returned to participants whether published or not.
- All correspondences should be sent on the following addresses:
  - **22 a, Taha Hussein Street, 3rd floor, Flat 13, Zamalek, Cairo, Egypt.**
  - **Or Email: [papfam@gmail.org](mailto:papfam@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
<b>- Maternal Health Care Services Utilization in Djibouti 2012.</b>	
Moktar Awaleh Wais .....	1-30
<b>- Regional Differentials of Family Planning and an Unmet Need for Contraception Use in Somalia, 2011.</b>	
Ali Abudllahi Aray .....	31-50
<b>- Domestic Violence against Children and its Determinants in the Kingdom of Saudi Arabia.</b>	
Salwa Lofty El-Khayyat,.....	51-65

**Deposit Number:**

**G06/ PER (2017)/ No23 (0249)**

# **Maternal Health Care Services Utilization in Djibouti 2012.**

**Moktar Awaleh Wais<sup>1</sup>**

## **- Abstract**

The main objectives of this study are to examine differentials of maternal health care in Djibouti and to analyze the determinants of maternal health according to the status of life of women in Djibouti, 2012.

The study shows that the most important factors influences the use of maternal health services in Djibouti are demographic and socio-economic in nature. The study has identified several factors that have important influence on utilization of maternal health services; these include mother's age, number of living children, educational levels, place of residence, work status of mother and wealth index.

The study found that the wealth index of women and the education are significantly associated with MHCS utilization in Djibouti.

Rural women are less likely to use prenatal care compared to their urban counterparts. The results further indicate that, compared to women with no education, those with primary and secondary educations were more likely to use prenatal care.

The main recommendations of the study in Djibouti are:

- Hospitals and health centers are vital sources of maternal health care utilization, so the government should provide the priority to these sectors.
- It is necessary to explore ways of improving availability and accessibility to MHCS to women living in rural areas.
- The government and civil associations should sensitize to promote and to encourage mothers to increase the number of postnatal care who access MHCU. The sensitization of mothers is very essential for both mother and child.

The study suggests that improving educational opportunity for women may have a large impact on improving utilization of such services. Therefore, health programs need to focus on attracting women with no education levels.

**- Key Words:** Maternal health, the determinants of maternal health, MHCS, maternal health care services utilization, wealth index, Postnatal Health Care Services Utilization.

---

<sup>1</sup> Student at the Demographic Center in Cairo, Djibouti, (moktar.awaleh@gmail.com).

## **I- Introduction**

Maternal health refers to the health of women during pregnancy, childbearing, and the postpartum period. Maternal health services also are very important for the health outcomes of the mother and the child in ensuring that both maternal and child deaths are prevented. It encompasses the health care dimension of family planning, preconception, prenatal, and postnatal care in order to reduce maternal morbidity and mortality. Preconception care can include educational and health promotion, screening and other interventions among women at age of child-bearing to reduce the risk that women receive and provide for themselves throughout their pregnancy. Women who begin prenatal care early in their pregnancies have better birth outcomes than women who receive little or no care during period of pregnancies. Also postnatal care issues include recovery from childbirth, concerns about newborn care, nutrition, breastfeeding and family planning. Maternal health care use is also reported to vary within developing countries, with most findings showing direness between affluent and poor women, and between living in urban and rural areas. Poor maternal health hurts women's productivity, their families' welfare, and socio-economic development and the condition is considered the fourth leading cause of death for women worldwide, after HIV/AIDS, malaria, and tuberculosis (WHO, 2005).

Providing maternal health care is of particular importance for both mothers and children, it reduces the risk of pregnancy related morbidity and mortality, also reduce infant mortality as well. It is not enough that these services are made available. Many pregnant women under great pressure to meet economic, household and child care responsibilities tend to neglect their health problems until they are too sick to move around. They are often dependent on their family members or friends to help them and get temporary, also non useful medication, which typically has the effect of delaying visits to health professionals and deteriorating the illness, this is certain to result in critical consequences during delivery, (World Bank, 2005).

Many infants and children are suffering as a result of poor maternal health in the world. Cause of maternal health children in their neonatal stage of life are most likely to suffer from neonatal tetanus, low birth weight and consequences from sexually transmitted diseases if the mother had the infections, as a result of poor health care of the mother during pregnancy. The poor health of mother and children represent a drain on all development efforts and development of society. So, Poverty is a Key Determinant of Women's Use of Formal Maternal Health Care Services and Maternal Mortality.

Despite progress on many levels, indicators for maternal and child mortality in Djibouti are still high. There is a heavy burden of morbidity from communicable diseases for both (diarrheal diseases including cholera, pneumonia being the most common), from complications during and after delivery, and from malnutrition .Malnutrition rates recently documented through the SMAR survey (2013) showed 18% country-wide malnutrition and more than 5.6% severe acute malnutrition, with important regional disparities. Djibouti faces a generalized HIV epidemic, and prevention activities have been very limited. The country has experienced problems of funding, including bottlenecks with the Global Fund. Partially as a consequence, the number of women who tested positive and who were put on ARVs, as well as whose newborns received ARVs, is very low, (WHO, 2014).

Djibouti is implementing an accelerated maternal, neonatal and child health plan following the development of a common national MNCH plan as per the Dubai declaration. Fighting female genital mutilation is high on the agenda, with the First Lady as a chief advocate. Djibouti also is a signatory to IHP+ but has not developed a compact yet. Under the Every woman Every Child, the common national MNCH acceleration plan is being implemented (the Djiboutian national coordinator for reproductive health, (Said S, 2004).

### **1-1 Importance of Study**

Most maternal deaths occur during labor and delivery or soon after. Between 12 and 15 percent of pregnant women in developing countries suffer serious or life threatening complications. The impact of poverty on maternal health and women's reproductive health on the fetus or newborn is immediate and dramatic. As mentioned before the large numbers of infant and child deaths are associated with the mother's health and nutritional status before, during pregnancy and after delivery. Improving the status of maternal health should be a major concern of a community, the differentials of maternal mortality is determined by many factors, which affect it positively or negatively. The determinants of maternal health can be defined as variables that would be expected to change the population's mortality level. This paper examines differentials of maternal health care in Djibouti; it analyzes the determinants of maternal health according to status of life for women in Djibouti, 2012.

### **1-2 Research Problems**

All over the world, women and babies particularly in poor communities do not have access to or benefit from essential health care that would substantially lessen dangers they face concealed, WHO, 2000. Expanding access to and improving the quality of maternal health and fertility regulation services will reduce the numbers of death in population, maternal health care challenge that have persisted for some time despite the awareness to the policy makers and stakeholders, (WHO, 2000).

In Djibouti, the maternal mortality ratio in 2012 was 383 per 100000 live births. Therefore the maternal death level is very high, and there is also gap in urban and rural areas for maternal health care services, as maternal death in rural is very high compared to urban. So, Djibouti is facing combination of the previous challenges. According to the available data taken from, (PAPFAM, 2012).

This paper focuses on women ever married during pregnancy, delivery and postnatal care. Also it focuses on the factors that affect maternal health according background characteristics in Djibouti.

### 1.3 Objectives of Study

The study focuses on maternal health care utilization in Djibouti and situation of maternal health care. Specifically, the following main objectives are to:

- Examine the level of maternal health care services utilization in Djibouti and the extent which women are receiving medical service during pregnancy, at the time of delivery and the postpartum.
- Analyze differentials of maternal health care indicators.
- Identify the determine of maternal health care services.

### 1-4 Methodology

The study contains both descriptive and binary logistic regression analyses; the descriptive analysis is demonstrated in differentials of maternal health Care Utilization in Djibouti, 2012.

### Logistic Regression

Logistic regression was used for the multivariate analysis. The logistic model considers the relationship between a binary dependent variable and a set of independent variables. The logistic model for K independent variables ( $x_1, x_2, x_3, \dots, x_k$ ), (Kleinbaum, 1994):

**The logistic model:**  $\ln (p/1-P) = \alpha + \beta_1\chi_1 + \beta_2\chi_2 + \dots + \beta_n\chi_n$

**Where:**

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

**P:** The Probability of receiving MHCS.

**$\alpha$ :** Constant term.

**$\beta_i$ :** The logistic coefficient.

**$\chi_i$ :** Independent variables.

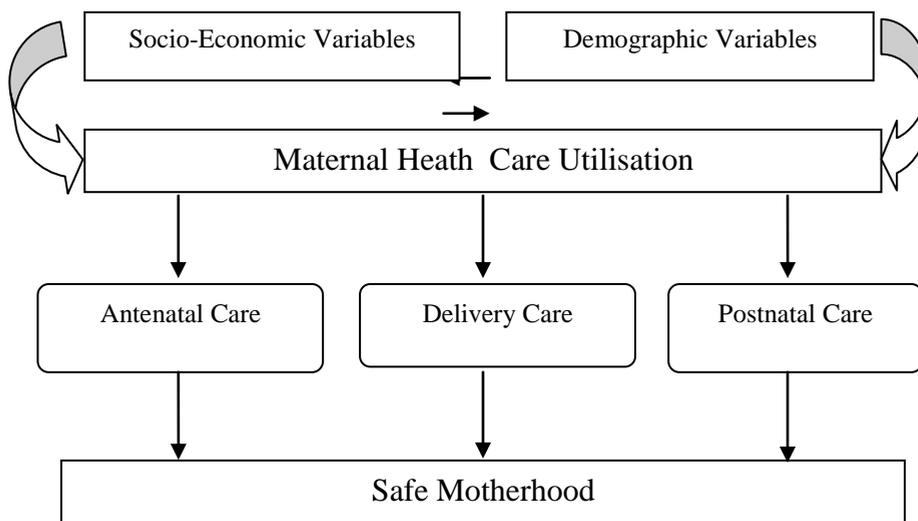
**i:** 1,2,...., n.

## 1-5 Data Sources

This study relies mainly on secondary data obtained from Djibouti family health survey (PAPFAM), 2012. Papfam survey conducted in 2012 with cooperation between ministry of health in Djibouti and the national statistics office in Djibouti (Dised). The survey covered 6 233 households, the questionnaire includes information on all household member and ever married women (15-49 old) who usually reside in the household, information also including education, work status, age of mother, number of living children, antenatal health care, delivery health care and postnatal care.

## 1-6 Conceptual Framework

The following framework presented in figure (1) shows the factors that affect maternal health care services utilization, and how socio-economic and demographic factors interact to affect MHCU. Also it shows the relationship between the variables under study, each category has an association with the other.



Source: Developed by Researcher

## 1-7 Review of Literature

This subsection demonstrates some previous studies in order to link this research to previous researches done on this topic.

**UNFPA, (2007-2008)**, studied Maternal Morbidity in Jordan and they confirmed that the decline in maternal mortality has been associated with a growing interest in maternal morbidity over the past two decades. Maternal mortality is the tip of the iceberg of maternal morbidity. However, assessment of maternal morbidity is not easy and comparability of available studies is hampered by the different study designs, the lack of a uniform definition of what constitutes maternal morbidity, the variability in severity of individual morbidities, and the lack of a standard data collection tool.

**Said, S, (2004)**; indicated that Djibouti has made significant progress in reducing maternal mortality over the past 10 years, but the number of women who die in childbirth is still high, According to the Djibouti government, the key causes of high maternal mortality were high fertility rates, poor emergency obstetric care, and the persistence of harmful practices such as excision, infibulations and the more severe types of female genital mutilation (FGM).

**Haile, M, (2011)**, examined the Role of Socio-Demographic Factors on Utilization of Maternal Health Care Services in Eritrea (1995– 2002), he observed that the Services of maternal health care are facing huge challenges in developing countries. These problems vary between countries whereas, some countries are having problems with health systems, others are facing problems in delivering services, while others are more likely to have problems with insufficient skilled personnel.

**Moustafa, A, (2003)**, studied socio-economic and demographic determinants of maternal health care services and their impact on infant mortality in Egypt, mother's education is considered as one of the most important factors that affect the level of utilization of maternal health care. Educated mothers are more likely to receive proper mother health care service than uneducated ones. For this reasons more government efforts should be made to increase women's education, especially in rural and less developed areas.

**Mekonnen, Y, (2002)**; analyzed Utilization of Maternal Health Care Services in Ethiopia, he that the most important factors influencing the use

of maternal health services in Ethiopia are demographic and sociocultural in nature. However, this does not detract from the relevance of service-related factors, especially in the rural areas. The demographic and sociocultural factors identified in this study include maternal education, marital status, place of residence, parity, and religion, which are similar to those documented in many settings throughout Africa and other developing countries. Such findings can therefore be used as the basis for a number of policy recommendations. He confirmed also that education was found to have an important impact on the use of maternal health services suggests that improving educational opportunity for women may have a large impact on improving utilization of such services.

**Abdi, S, (2014);** studied the factors affecting utilization of maternal health care services in Somalia, 2006. He mentioned that the Economic status was a strong determinant of utilization of the health care services; consequently, the government, international donors and civil society should create micro-credit programs and other measures for raising the level of economic conditions for the poor.

## **II- Differentials of Maternal Health Care Services Utilization in Djibouti, 2012.**

Maternal health care refers to all aspects of antepartum, intrapartum, and postpartum care of the pregnant woman. In order to standardize a complete and integrated system of prenatal regionalization and risk-appropriate maternal care, a classification system should be established for levels of maternal care. Improving maternal health was the target of Millennium Development Goals5 by2015,to reduce the maternal mortality ratio by three- quarters. A woman dies from complications in childbirth every minute – about 529,000 each year -- the vast majority of them in developing countries (**UNICEF, 2005**).

### **2-1 Differentials of the levels, antenatal, delivery, postnatal and of the relationships between the dimensions maternal health care.**

This section discusses the differentials of the levels, antenatal, delivery, postnatal and of the relationships between the dimensions maternal health care.

### 2-1-1 Antenatal Care Health Care Services Utilization

Antenatal health care is defined as the care that a pregnant woman receives from an obstetrician or a midwife. Services needed include dietary and lifestyle advice, weighing to ensure proper weight gain, and examination for problems of pregnancy such as vitamin, nutrition and preeclampsia. A preconception care visit can help women to take steps for a safe and healthy pregnancy before they get pregnant and Antenatal care serves as the initial point of contact of expectant mothers to maternal health care providers before delivery, (UNICEF, 2005).

Table (1) shows the percentage distribution of women who received ante-natal health care provided during Pregnancy either from doctor or nurse/other and no receives ANC, according to background characteristics in Djibouti, 2012. It indicates that place of residence, mothers' education, wealth index and woman's occupation with the exception of mother's age, are strongly associated with the preference of prenatal care provider at 87.4% level.

Table (2) shows that 3.9 percent of women who had at least one birth in the five years preceding the survey received care from doctor, 83.5% of women from nurse and 12.6% did not antenatal health care according to the whole country.

In terms for number of living children, a small difference in the percentage of utilization of antenatal care in all numbers. About 27.5 percent for mothers' less than two children-ever born compared to 24.8 percent for the ones who have (5 plus) children. For doctor, the highest proportion is for mothers who have (3-4) children.

With regards to place of residence, in urban areas 91% of women received antenatal care service from nurse, about 5% received from a doctor and only 5% of women did not receive antenatal health care. While in rural area 62% of women pregnant received from nurse, only 1% of women received from doctor and about 36% of women did not receive ante-natal care throughout their pregnancy in rural residents.

With respect to educational level, antenatal care utilization increase with increasing level of education for both doctor and nurse in Djibouti. 16% of Women with secondary education had antenatal care from doctor compared to middle education 5% of whom received ANC from doctor, ante natal health care increases in the primary then decreased slightly from 94% to 80% in middle and secondary levels the reason being that the women who are in middle and secondary levels, prefer to get quality health care than those who are no educate or in primary.

Table (2)

**Percent Distribution of Women Who had a Live Birth in the Five Years Preceding the Survey by Type of Antenatal Care Provider during Pregnancy. According to Socio-economic and Demographic Characteristics in Djibouti, 2012.**

Socio-Econ and Demog Characteristics	Antenatal Health Care services					
	Doctor	Nurse	No. ANC	Total	Numb of women	Ch-Square
<b>Age of Mother</b>						
Less 20(15-19)	0	57.0	42.9	100	28	P=001
20-39	3.6	84.0	12.4	100	1150	
40-49	4.6	83.8	12.4	100	741	
<b>Number of Living Children 100</b>						
1-2	2.6	83.4	14.0	100	685	P=001
3-4	5.4	81.5	13.2	100	593	
5+	3.2	86.4	10.5	100	631	
<b>Type of Residence</b>						
Urban	4.7	90.5	4.7	100	1433	P=000
Rural	1.4	62.1	35.7	100	485	
<b>Mother's Education</b>						
No education	3.2	79.4	17.4	100	1307	P=0001
Primary	3.0	93.7	3.3	100	303	
Intermediate	4.8	93.3	.9	100	227	
Secondary	15.7	80.7	3.9	100	83	
<b>Mother's Work status</b>						
working	7.2	89.4	3.4	100	263	P=000
No working	3.4	82.5	13.3	100	1656	
<b>Wealth Index</b>						
low	1.9	75.0	23.1	100	900	P=000
Middle	5.6	89.0	8.2	100	346	
High	5.7	92.0	2.2	100	672	
<b>Total</b>	<b>3.9</b>	<b>83.5</b>	<b>12.6</b>	<b>100</b>		<b>P=00</b>

Source: Computed from Djibouti PAFAM Survey, 2012.

The data show also that women who are working have high percentage for receiving antenatal care from doctor and nurse than those who are not working. As the table shows, working women received 7.2% from doctor and it is more than double of not working women (3.4%) and only 3.4% did not receive ANC, there is also variation in receiving care from a nurse, 89% of working women and 82% no working women and 13% did not receive antenatal care.

According to wealth index, it has been observed that the overall maternal health status in Djibouti may be correlated with the access of women to household income. There is variation between poor, middle and rich, 5.7% of rich women received ANC from a doctor, 92% of rich women received from nurse, and 2% did not receive ANC. 6% of middle women receive from a doctor, 89% receive from nurse and 8% did not receive ANC at all. While poor women only 1.9% went to a doctor, 75% received ANC from a nurse and about 23% did not receive antenatal care in poor women.

### **2-1-2 Place of Antenatal Health Care Services Checkup**

The table (2) shows the percentage distribution of women who received health care by place of antenatal checkup (hospital, health center, Private clinic and other), according to some demographic and socio-econ characteristics in Djibouti, 2012. It indicates that the proportion of women who received ANC from hospital increased with increasing age of mother from 18% to 26% age (40- 49), it decrease also for health center in all ages and increase slightly in private clinic with age.

Similarly, there is a slight difference in choice of antenatal care provider by number of living children. The highest proportion in case of receiving doctor is for women who have 5 plus about 27 percent, while the highest percentage that received ANC for nurse is those who have (2-4) living children.

Place of residence is also another variable that may affect the utilization of ANC. 39.9 %of women in rural went to the hospital, while 22% received checkup in hospital for women in urban; there is also a big

variation between rural and urban for ANC in the health center. In clinic, the urban women went to clinic more than double of women rural during the five years preceding the survey.

For mother's educational levels, the highest proportion in hospital is for mother no education because public hospital is free in Djibouti and making easy to receive ANC, while highest proportion in private clinic is for secondary level as known the educated mother seeks the high quality health due to high knowledge.

**Table (2)**  
**Percent Distribution of Women Who had a Live Birth in the Five Years Preceding the Survey by Place of Antenatal Checkup According to Socio-Economic and Demographic Characteristics in Djibouti, 2012.**

Socio-Econ and Demog Characteristics	Place of Antenatal Care					
	Hospital	Health Center	Private clinic	Other	No of women	Ch-Square
<b>Mother's Age</b>						
Less 20(15-19)	18.8	81.2	.0	.0	16	P=.310
20-39	24.5	72.9	1.8	.9	1014	
40-49	26.3	69.3	3.5	.9	658	
<b>Number of Living Children</b>						
1-2	25.6	71.3	1.9	1.2	589	P=01
3-4	23.8	72.7	2.5	1.0	520	
5+	26.6	71.8	2.1	.5	571	
<b>Place of Residence</b>						
Urban <sup>c</sup>	21.7	75.5	2.7	.3	1365	P=.000
Rural	39.9	55.7	1.2	71.4	323	
<b>Mother's Education</b>						
No education	24.9	73.2	.8	1.0	1091	P=.000
Primary	32.6	65.6	1.7	.0	291	
Intermediate	19.6	74.1	4.9	1.3	224	
Secondary	16.2	65.0	18.8	.0	80	
<b>Work Status of Mother</b>						
working	19.6	70.6	9.8	.0	255	P=.000
No working	26.2	71.7	1.1	1.0	1433	
<b>Wealth Index</b>						
low	30.7	66.9	.9	1.6	703	P=.000
Middle	23.8	75.6	.6	0	328	
High	19.9	74.6	5.	.5	657	
Total	25.2	71.6	2.4	.8	1688	

Source: Computed from Djibouti PAFAM Survey, 2012.

Work status of mother antenatal care shows, 26% of not working women received ANC from hospital and about 20% of working women got ANC from hospital. There is no big difference between working women and not working in health center 71% for both received care from health center, but in private clinic about 10% working women went to private center while 1% of not working women went to a private facility.

Regarding wealth index differential, the highest percentage in hospital is for poor, 30% of poor women were checked up in hospital, while 19% of rich women received ANC from hospital. there is also a big gap between poor women and rich their utilization of antenatal care services in private clinics, 2% of rich receive ANC from clinics due to their wealth and 1% of poor women went to the clinic but there is no big gap between poor, Middle and rich for health center as the figure showed.

### **2-1-3 Number of ANC visits**

Antenatal visits are very important and it is necessary for women to have regular check-ups either a doctor, or nurse or midwife. Regular checks during pregnancy can assist for identifying and reducing risks to women or baby. Although she may be feeling well, it is still important to go to all antenatal check-ups, expectant mothers should make at least 4 ANC visits during pregnancy according to WHO recommendations (2001).

Table (3) indicates the percentage for number of visits in whole country for the five years before PPFAM, 2012. About 73.3% of women visited at least three times, and 26.7% of women made 4 visits and more during their pregnancy.

It indicates that the visits increased from 69% to 74% of women during pregnancy at age under 20 to (35-39) old, but it decreased again about 2% age 40- 49.

The data indicate also that proportion of women who visited 1-3 increased with increasing the number of living children from 89 percent to 72%, also, the proportion of women increased in four visits with increasing number of children.

**Table (3)**  
**Percent Distribution of Women who had a Live Birth in the Five Years Preceding the Survey by Number of Visits. According to Socio-Economic and Demographic Characteristics in Djibouti, 2012.**

Socio-Econ and Demog Characteristics	Number of Visits			
	1-3	4+	No of Women	Ch-Square
<b>Mother's Age</b>				
Less 20(15-19)	68.8	31.2	16	P=.633
20-39	74.2	25.8	984	
40-49	72.2	27.8	627	
<b>Number of Living Children</b>				
1-2	70.9	29.1	564	P=.190
3-4	74.6	25.4	504	
5+	75.5	24.5	550	
<b>Place of Residence</b>				
Urban <sup>c</sup>	71.6	28.4	1323	P=.000
Rural	81.2	18.8	304	
<b>Mother's Education</b>				
No education	75.2	23.8	1037	P=.000
Primary	76.8	24.2	289	
Intermediate	67.9	32.1	289	
Secondary	52.5	47.5	249	
<b>Work Status of Mother</b>				
working	64.7	35.3	249	P=.001
No working	74.9	25.1	1378	
<b>Wealth Index</b>				
Low	77.3	22.7	673	P=.004
Middle	73.5	26.5	313	
High	69.1	30.9	641	
<b>Total</b>	<b>73.3</b>	<b>26.7</b>	<b>1627</b>	

Source: Computed from Djibouti PAPFAM Survey, 2012.

There are some disparities in number of visits by type of place residence. The proportion of women who had at least three visits is 81.2% in the rural women and 71.7% in the urban. In the case of four and more visits, 18.8% of women had at least four visits in rural areas and about 28.4% in the urban areas.

The level of education mother's has an important impact on the use of maternal visits. Therefore improving educational opportunity for women may have a large impact on improving the use of MHC, such services and antenatal visits, the women with higher education had made more the prenatal visits., the data show that 48% of mothers with secondary education

had made at least 4 and more visits, while it is 32% of mothers with middle education and there is not big difference between primary and not education in case of four visits. But, majority of women with no education made 1-3 ANC visits in Djibouti.

According to the variation for occupation of women by number of visits, not working women are less than working women in case of 3 visits, 75% of not working women made at least 3 visits during their pregnancy compared to 65% working women who made visits one to three visits. In 4 and more visits working women are more desirable than not working women. About 35% of working women visited 4+ and only 25% not working did 4 visits.

Wealth index, it is well established that higher levels of family income is associated with increased utilization of modern health care services. Several studies have found wealth index influence the use of health services positively; wealthy mothers have more chance of making four and more visits than poor mothers. As the figures show that, the about 77% or more than half of poor mothers made 1-3 visits and 69% of riche mothers made one to three visits, regarding to case of 4 visits, 31% of rich mothers had made 4 and more visits compared to 26% of middle quintile mothers and 23% poor mothers.

#### **2-1-4 Main Reasons for Not Receiving ANC**

Table (4) presents the percent distribution of women who had a live Birth in the five years preceding the survey by reasons for not receiving antenatal care during pregnancy, according to some socio-economic and demographic characteristics in Djibouti. In whole country, 37% of women had not problem, 9% of women had previous experience, 21% they did not get the service available and 49% women met other impediment.

There are varied reasons for not receiving ANC. Some of the reasons as captured in the survey include, the women did not get problems during their pregnancy, and it is highest percentage for all indicators either socio-economy and demographic, previous experience of women is also reason.

Other reasons are: services were not available, high cost, and others reasons for not receiving prenatal health care during five years preceding the survey DHS in Djibouti 2012.

**Table (4)**  
**Percent Distribution of Women Who had a Live Birth in the Five Years Preceding the Survey by Main Reasons for Not Receiving Antenatal Care during Pregnancy, According to Socio-economic and Demographic Characteristics in Djibouti, 2012.**

Socio-Econ and Demog Characteristics	Reasons for Not Receiving ANC						No. of women	Ch-Square
	Had no Problems	Had Previous Experience	Service Was not Available	High Cost	Other			
<b>Mother's Age</b>								
Less 20(15-19)	46.2	0	23.1	7.7	23.1	13	P=.098	
20-39	33.3	11.1	26.1	2.2	26.9	134		
40-49	42.7	7.3	13.4	0	36.6	658		
<b>Number of Living Children</b>								
1-2	33.0	8.5	21.3	2;1	35.1	944	P=.778	
3-4	39.7	9.6	19.2	2.7	28.8	73		
5+	41.7	11.7	23.3	0	23.3	60		
<b>Place of Residence</b>								
Urban	36.8	7.4	2.9	4.4	48.5	68	P=.00	
Rural	37.5	10.0	28.8	1.2	22.5	160		
<b>Mother's Education</b>								
No education	36.3	9.8	22.3	2.3	29.3	215	P=.315	
Primary	60.0	0	10.0	0	30.0	10		
Intermediate	100	0	0	0	0	2		
Secondary	0	0	0	0	0	2		
<b>Work Status of Mother</b>								
working	66.7	0	11.1	0	22,2	9	.426	
No working	36.2	9.5	21.7	2.3	30.3	221		
<b>Wealth Index</b>								
Low	36.2	8.7	24.5	1.5	29.2	196	p.009	
Middle	55.6	11.1	5.6	5.6	22.2	18		
High	33.3	13.3	0	0	53.3	15		
<b>Total</b>	<b>37.4</b>	<b>9.2</b>	<b>21.3</b>	<b>2.2</b>	<b>48.5</b>	<b>230</b>		

Source: Computed from Djibouti PAFAM Survey, 2012,

In case of had no problem, the percentage of women under age 20 who did not have problems to go health institutions is about 46.2%, about 23.1% of same age did not receive service because the service was not available, and 8% of women gave the reason as high cost. While 43% at age 40-49 had not problem, 7% of women had previous experience so they did

look for antenatal care during their pregnancy and also about 37 percent had other reasons for not receiving ANC at age 49.

In case of had no problem, the percentage of women under age 20 who did not have problems to go health institutions is about 46.2%, about 23.1% of same age did not receive service because the service was not available, and 8% of women gave the reason as high cost. While 43% at age 40-49 had no problem, 7% of women had previous experience so they did look for antenatal care during their pregnancy and also about 37 percent had other reasons for not receiving ANC at age 49.

With respect the type of residence, there is not big variation between urban and rural in the case of those had no problem. About 36.8 percent of mother who live in urban had no problem to seek health institutions and about 37.5% in rural areas had not get problem. But there is a big variation in case of service is no available, when about 28.8% of mother in rural did not get ANC because the service was not available and only 2.9% of mother did not get service available in urban areas.

The differentials in utilization of prenatal health care services between illiterate and educated women, the reasons not receive ANC declined with increased education levels. As shown in the table, the secondary education has been not influenced by any reason, while 100% of mothers with intermediate education did not have any problem during their pregnancy, 60% for primary level education and about 36.3% of women with no education had no problem.

For wealth index, the percent of women decreased with increase household income particularly in case of no had problem.

## **2-2 Childbirth Health Care Services Utilization**

The place of delivery is an important determinant for reducing the risk of infant and maternal death. Women were asked whether their babies born at home or at any health institution (public hospitals, private hospitals or other health care institutions).

Table (5) presents the percentage of childbirth care utilization levels in whole Djibouti by place of delivery. It indicates that the 71% of mothers delivered in hospital; about 15% of mothers delivered also in a health center, 13% of them delivered at home and only 1% of mothers were delivered in private clinic for the whole country.

The results further indicate that the choice of the hospital as place delivery increased with increasing mother's age in; blow age 20 to 20- 39 increased from 59% to 72% of mother's, then increased at age 40- 49 about 2% percent .but all others reasons decreased with increased of mother's age.

Urban-rural differentials for place of delivery show that 84% of mothers delivered in hospital for urban areas, and 32% of mothers in rural areas delivered in hospital, 48% of mother who were living in rural delivered at home compare to urban where only 2% of mother delivered at home, also mother in urban areas who delivered in health center is higher than mother those are in rural areas.

Place of delivery according to educational levels indicates that the highest percent of pregnant women who gave birth at hospital was in primary education level (81 percent) .while the lowest was women with no educational (67%). On opposite, the highest women who gave birth at home are with not education 18%, while the highest parentage in private clinic is for secondary education.

There is also inequality in place of birth by women's occupation; so work status of women is also observed as one of the best indicators for the choice of place of delivery. as shown in the figures, working women are more preferable to deliver in hospital and private clinic than non-working women, 78% of working women gave the birth at hospital against 70% of non-working women, about 3.4% working women gave birth in private compared to 1% of no working women and about 14.5% of not working women delivered at home when about only 3 of working women gave birth at home.

The results in figures also support a significant association between the household wealth index and place of delivery. As the household wealth

index increase, the proportion of women who delivered in hospital and private clinic also increased.

As shown in the table, Women of households of middle quintile have the highest proportion of deliveries (85.3%) in hospital compared with about 56.2% of those from the poor households; but rich households have a small proportion to delivery in hospital 2.4% deliveries because the rich women are likely to bear in private clinic and the quality places, so that the highest proportion in clinic is for rich women whereas the poor women have highest proportion at home delivery (27.4%).

**Table (5)**  
**Percent Distribution of Women Who Had a Live Birth in the Five Years Preceding the Survey by Place of delivery, According to Socio-Economic and Demographic Characteristics in Djibouti, 2012.**

Socio-Econ and Demog Characteristics	Place of Delivery					No of Women	Ch-Square
	Hospital	Health Center	Private	Home	Other		
<b>Mother's Age</b>							
Less 20 (15-19)	58.6	17.2	6.9	17.2	0	29	P=.147
20-39	71.7	13.8	1.0	13.3	.1	1150	
40-49	69.8	15.2	1.6	13.0	.4	741	
<b>Number of Living Children</b>							
1-2	72.1	13.0	1.8	13.1	.0	685	P=.119
3-4	68.7	14.7	1.2	15.4	.0	591	
5+	72.3	14.7	1.0	11.6	.5	631	
<b>Place of Residence</b>							
Urban	83.9	12.7	1.5	1.6	.6	1435	P=.000
Rural	32.0	19.8	.6	47.6	0	485	
<b>Mother's Education</b>							
No education	66.6	14.6	.5	18.2	.1	1307	P=.000
Primary	80.8	12.3	1.7	4.6	.7	302	
Intermediate	80.2	17.6	2.2	.0	.0	227	
Secondary	75.9	12.0	9.6	2.4	.0	83	
<b>Work Status of Mother</b>							
working	78.7	14.0	3.4	2.7	.4	263	P=.000
No working	69.5	14.4	1.0	14.9	.2	1656	
<b>Wealth Index</b>							
low	56.2	15.8	.6	27.4	.1	901	00
Middle	85.3	13.3	.0	1.4	0	346	
High	82.9	13.4	3.0	.4	.3	673	
<b>Total</b>	<b>70.8</b>	<b>14.5</b>	<b>1.3</b>	<b>13.3</b>	<b>.2</b>	<b>1919</b>	P=.000

Source: Computed from Djibouti PAPFAM Survey, 2012.

### 2-3 Postnatal Health Care Services Utilization

The postnatal period – defined here as the first six weeks after birth – is critical to the health and survival of a mother and her newborn. The most vulnerable time for both is during the first hours and days after birth. Lack of care in this time period may result in death or disability as well as missed opportunities to promote healthy behaviors, affecting women, newborns, and children. Every year in Africa, at least 125,000 women and 870,000 newborns die in the first week after birth; this is when coverage and programmers are at their lowest along the continuum of care. The first day is the time of highest risk for both mother and baby, (WHO, 2003).

Table (6)

Percent Distribution of Women Who had a Live Birth in the Five Years Preceding the Survey by Type of Postnatal Health Care services provider, According to Socio-Economic and Demographic Characteristics in Djibouti, 2012.

Socio-Econ and Demog Characteristics	Postnatal Health Care					Ch-Square
	Doctor	Nurse	other	Not. Postal Care	No of women	
<b>Mother's Age</b>						
Less 20 (15-19)	0	28.6	0	71.4	28	P=104
20-39	3.2	51.0	1.7	44.0	1150	
40-49	3.4	49.1	1.1	46.5	740	
<b>Number of Living Children</b>						
1-2	2.2	52.0	2.6	43.1	684	P=007
3-4	3.5	51.2	.7	44.6	592	
5+	4.0	47.5	.8	47.7	631	
<b>Place of Residence</b>						
Urban	4.2	59.6	.3	35.9	1434	P=000
Rural	.6	21.6	4.7	73.0	486	
<b>Mother's Education</b>						
No education	1.8	44.1	2.1	51.9	1307	P=.000
Primary	5.0	59.6	.0	35.4	302	
Intermediate	6.6	67.4	0	26.0	227	
Secondary	9.6	57.8	.0	32.5	83	
<b>Work Status of Mother</b>						
working	8.5	59.8	0.	31.8	264	P=000
No working	2.4	48.4	1.7	47.5	1655	
<b>Wealth Index</b>						
low	.9	36.3	3.1	59.7	901	P=000
Middle	4.9	59.2	.0	35.8	672	
High	5.5	63.5	.0	31.0	672	
<b>Total</b>	<b>3.2</b>	<b>50.0</b>	<b>1.5</b>	<b>45.3</b>	<b>1919</b>	

Source: Computed from Djibouti PAPFAM Survey, 2012,

As displayed in Table (6) in the country as whole, 3.2% of women consulted a doctor in postnatal time whereas, 50.0 percent consulted a nurse and only about 1.5% of women consulted others (midwife and traditional and other) and 45%) postnatal women did not consult any health professional or did not receive any PNC.

Table (6) illustrates the percent distribution of women who had a live birth in the five years preceding the survey by postnatal health care, and women's characteristics. There is a positive association between age of mother and receiving postnatal care. The percentage of women who received postnatal care tends to increase as mother's age at birth increase; it shows that increasing use of postnatal care among mothers who are older at birth in the health facility, and the highest proportion is from nurse facility in all ages.

On the other hand, the location and quality of services available are also important factors affecting on MHCS. Proximity to a health facility has been found to affect the use of MHCS especially in rural areas; women in urban areas are more to have postnatal care than women in rural areas. About 4.2% of women in urban had PNC from a doctor while only 1percent of rural women had ANC from a doctor. Also more women in urban areas saw nurses during their PNC than rural women, in contrast, about 4.7% of rural areas took PNC from others and 70% of rural women did not take PNC.

Mother's is positively related with postnatal care coverage from health professionals. In general, as education level increases the coverage the level of PNC increases and as the results in table indicate the proportion who received PNC from a doctor are higher in the secondary level compared to those with no education.

The context within which women are employed influences their access to MHCS. It is generally assumed that women who are working and earning money will have better autonomy and the financial ability to pay for

services. As a result of the contextual differences in women's employment, the working women are more preferable to receive PNC from professional health worker than non-working women.

It is well recognized that increased income positively affects utilization of healthcare services either prenatal or birth delivery or postnatal care. The costs of seeking healthcare may include costs for transportation, user fees (official and/or unofficial), medications and other supplies. Women from poor families or those with limited financial resources may have difficulty paying for such costs and are usefully to be deterred from using MHCS; some studies also indicate that women who have higher income like more to use PNC. As the data indicate 5.5% of women who are in rich families received PNC from doctor compared to about 1% of poor, also 64% of rich women received PNC from a nurse while, 36% of poor women received PNC from nurse.

### **III. Determents of Maternal Health Care Services; Finding of Multivariate Analysis**

A woman's chance of dying or becoming disabled during pregnancy and childbirth is closely connected to her social and economic status, the norms and values of her culture, and the geographic remoteness of her home (UNFPA, 2012).

With regard to maternal health care utilization, it is also important to explore associations between MHCU and demographic and socio-economic variables for women during pregnancy, delivery and postnatal care. However, some of these variables are inter-related with their effect on utilization of health services, there is a need to assess the effect of a single factor when other variables are controlled. This section analyzes multivariate associations using antenatal care skilled birth attendance. A logistic regression method was used to determine which factors describe and predict on prenatal care utilization service outcome. The dependent were recorded to dichotomous variables, '1' if the woman received health care services from a health professional and '0' if the woman did not receive any health services at all.

**Table (7)**  
**Definitions of Variables and categories description**

Variable	Description and Categories
<b>Dependent Variable</b>	
Antenatal care (Y1)	<b>1=</b> If received ANC from a doctor, nurse/midwife  <b>0=</b> If obtained ANC from traditional midwife, relative, friend, other or none ( <b>reference</b> ).
<b>Independent Variables</b>	
Mothers' age(X1)	<b>0=</b> <20 (reference), 1=20-29, 2=30-49
Place of residence(X2)	<b>0=</b> Rural(reference), 1=Urban
Mothers' education(X3)	<b>0=</b> No education (reference), 1=Primary, 2= intermediate, 3=Secondary
Mother's work status (X4)	<b>0=</b> No (reference), 1=Yes
Wealth status (X5)	<b>0=</b> Low (reference), 1=Middle, 2=High

Source: Computed from Djibouti PAFAM Survey, 2012.

### 3-1 Determinants of Antenatal Health Care Services Utilization

The purpose of this study is to analysis the factors that affect women's use of prenatal health care services. We use logistic regression techniques to estimate models of the prenatal care use among women who have had at least one birth in the five years preceding the survey. The results indicate that mother's age, type of residence, educational levels, mother's work status, and household wealth index are statistically significant factors that affect maternal health care services.

Table (7) presents the logistic regression results of the likelihood of receiving (ANC) from skilled provider (doctor/nurse). The utilization of ANC from a qualified provider can be significantly influenced by women's age, place of residence, mother's educational attainment, mother's work status and wealth index. In this model, category of secondary level and variable of work status are insignificant,

Age is an important demographic factor which has an influence on many social aspects of individuals. The model indicates that a mother's age has significant positive association with ANC; mothers age (25-35) are 3.58

times more likely to seek ANC from skilled provider during pregnancy than younger women (less than 20 old), also women age (49 and above) are 2.74 times more likely to have ANC from skilled provider than younger age (15-19). In comparing the prenatal care for urban and rural, women in rural areas are 183 times less likely to receive ANC from skilled provider than those who live in urban areas.

As expected, use of antenatal services was more likely among the literate's women than among the illiterate. As result in table (8), it has been confirmed that mother's educational attainment influences receiving antenatal care. Women with middle level education are 3.74 times more likely to seek ANC during pregnancy than women with no education, and women who have intermediate are 7.24 times more likely to receive prenatal health care from skilled provider than women with no education. The reasons being that educated women may have a greater decision making power on health related matters and also attach a higher value to the welfare and their health.

**Table (8)**  
**Binary Logistic Regression Coefficients for the determinants of Receiving ANC by Health Professionals With select Some Socio-Economic and Demographic Characteristics in Djibouti, 2012.**

Variables	B	S.E	SIG	Odds Ratio	Probability
<b>Mother's Age (X<sub>1</sub>)</b>					
Mother's age (X <sub>11</sub> )	1.275	.454	<b>.005</b>	3.578	.78
Mother's age (X <sub>12</sub> )	1.318	.463	<b>.004</b>	2.736	.73
<b>Residence (X<sub>2</sub>)</b>					
Rural (X <sub>21</sub> )	-1.700	.184	<b>.000</b>	.183	.15
<b>Mother's Education ( X<sub>3</sub>)</b>					
Primary (X <sub>31</sub> )	1.319	.354	<b>.000</b>	3.738	.79
Intermediate (X <sub>32</sub> )	1.980	.689	<b>.004</b>	7.240	.88
Secondary (X <sub>33</sub> )	-.156	.654	<b>.811</b>	.855	.46
<b>Mother's work status (X<sub>4</sub>)</b>					
Working women (X <sub>41</sub> )	-.418	.382	<b>.274</b>	.658	.40
<b>Wealth Index ( X<sub>5</sub>)</b>					
Middle ( X <sub>51</sub> )	.654	.282	<b>.020</b>	1.924	.66
High (X <sub>52</sub> )	1.111	.321	<b>.001</b>	3.036	.75
Constant	1.293	.598	<b>.031</b>	3.642	.78
<b>Percent Correct Classification 87.2 %</b>					

Source: Computed from Djibouti PAFAM Survey, 2012.

As shown by model, the access of prenatal care provider can be influenced by the wealth status of the household that the women belongs. A woman in middle wealth status household is 1.92 times more likely to access prenatal care from health professional than one who belongs to the poor household wealth status and also women who belong to rich household are 3.04 times more likely to access ANC than those who are in poor household status.

The model has correctly classified **87.2%** of the cases included in the model. The regression result equation can be written as follow:

$$\ln(P/1-P) = 1.293 + 1.275X_{11} + 3.318X_{12} - 1.700X_{21} + 1.319X_{31} + 1.980X_{32} + .654X_5 + 1.111X_{52}.$$

## IV- Summary and Recommendations

### 4-1 Summary

Progress has been made in Djibouti to improve maternal health outcomes, and the Djiboutian government has made several efforts to improve maternal health care by making maternal health care more accessible and by improving service quality (Ministry of Health Annual Report ,2014,)the previous descriptive and regression analysis tried to reveal the maternal health care service utilization and which factors affect MHCU. The data used in this study was from Djibouti family health survey (PAPFAM, 2012).

This study demonstrates that the utilization of maternal health care services in Djibouti has improved widely within the last 5 years preceding survey when about 87.2 received health services from professional provider (doctor and nurse), with higher utilization in urban than rural areas, The reason for the high level of utilization of maternal health services among urban women compared with their rural counterparts is easily understood. As in most sub-Saharan countries, urban women in Djibouti tend to benefit from increased knowledge and access to maternal health services compared with their rural counterparts. Therefore, health facilities are more accessible in urban areas and the various health promotions programs that use urban-focused mass media work to the advantage of urban residents and explain the close connection between urban residence and use of maternal health

services. Moreover, rural women are more readily influenced by traditional practices that are contrary to modern health care depicted by the major maternal health care indicators (antenatal, delivery, and postnatal care services).

The study shows that the most important factors influences the use of maternal health services in Djibouti are demographic and socio-economic in nature. The study has identified several factors that have important influence on utilization of maternal health services; these include mother's age, number of living children, educational levels, and place of residence, work status of mother and wealth index.

The study found that the wealth index of a woman is significantly associated with MHCS utilization in Djibouti. Women who are in higher wealth income are more likely to utilize MHCS. This is expected since access to health services utilization in Djibouti depends on several out-of-pocket payments as mentioned earlier. Additionally, transportation costs contribute to the high cost of seeking care and may deter women from utilizing MHCS.

Also Findings of the cross tabulation (bivariate) analysis, that education was found to have an important impact on the use of maternal health services and it suggests that improving educational opportunity for women may have a large number of visits and utilization of such services. It revealed that 73.31% women received at least one to three ANC from modern health care providers and about 26.7% had at least four antenatal visits.

Results of logistic regression analysis examined that the odds of attending ANC is 4 times higher (OR=3.578) for women in the age group of 20–35 as compared to those age 15–19 women, and women age 40–49 are more likely than those are at age 15–19. Rural women are less likely to use prenatal care compared to their urban counterparts. The results further indicate that, compared to women with no education, those with primary and secondary educations were more likely to use prenatal care. The multivariate analysis result also showed that the likelihood of ANC increased, as the family income gets increased.

## 4.2 Recommendations:

The following are the main recommendation of the study in Djibouti:

- As mentioned in the summery, the study reveals that hospital and health centers are a vital source of maternal health care utilization, so the government should provide the priority to these sectors.
- The rural areas in Djibouti still need a lot of efforts related to maternal health care services. It is therefore, necessary to explore ways of improving availability and accessibility to MHCS to women living in rural areas.
- The result indicates that utilization of post-natal care is not very high in Djibouti. Therefore, the government and civil associations should sensitize to promote and to encourage mothers to increase the number of postnatal care who access MHCU. The sensitization of mothers is very essential for both mother and child.
- As the result indicated that the education levels (primary and intermediate) are an important determinant on the use of maternal health services, it suggests that improving educational opportunity for women may have a large impact on improving utilization of such services. Therefore, health programs need to focus on attracting women with no education levels.

## - References

- **Abdi, S. (2014)**, "Factors Affecting Utilization of Maternal Health Care Services in Somalia, 2006" S.D," Cairo Demographic Center, Egypt.
- **Haile,M.(2012)**, "Role of Socio-Demographic Factors on Maternal Health Care Services in Eritrea(1995-2002), " Cairo Demographic Center, Egypt.
- **Kleinbaum(1994)**;"logistic Regression A Self Learning Text" Spring-Verlg New York, USI.

- **Mekonnen Y. (2002)**,“Utilization of Maternal Health Care Services” in Ethiopia. Available online at [dhsprogram.com/pubs/pdf/fa38/01-mekonnen.pdf](http://dhsprogram.com/pubs/pdf/fa38/01-mekonnen.pdf): Accessed(October, 20.2025).
- **Moustafa, A. (2005)** “,Socio-Economic and Demographic Determinants of Utilization of Maternal health Care Service and Their Impact on Infant Mortality in Egypt, 2003”Mphil, Cairo Demographic Center, Egypt.
- **PAPFAM (2012)**, “Reported of Djibouti Demographic House hold Survey "National Office of Statistics”.
- **Said S, (16 July 2004)**, "High Maternal Mortality Despite Improved Health Services in Djibouti" Accessed (September, 02, 2015).
- **UNFPA, (2012)**, “THE SOCIAL DETERMINANTS OF MATERNAL DEATH AND DISABILITY”. Available online at [www.unfpa.org/.../EN-SRH%20fact%20sheet-Poorm](http://www.unfpa.org/.../EN-SRH%20fact%20sheet-Poorm): (September, 18, 2015).
- **UNFPA (2008)**, “Maternal Morbidity” in Jordan. Available online at [countryoffice.unfpa.org/Jordan/.../Maternal morbidity](http://countryoffice.unfpa.org/Jordan/.../Maternal%20morbidity) accessed (September, 10, 2015).
- **UNFPA (1995)**; "Maternal Mortality "Estimates Developed by. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization, Available online at [www.who.int/whosis/mme.pdf](http://www.who.int/whosis/mme.pdf), accessed (July 07.2015)
- **UNICEF (2005)** ), “ Improve Maternal Health”.Available online, [www.unicef.org/mdg/maternal.html](http://www.unicef.org/mdg/maternal.html): Accessed (September, 10, 2015).
- WHO (2015)**,“Monitoring Maternal, Newborn and Child Health "in Countdown: Available online at [www.who.int/healthmetrics/.../monitoring\\_maternal](http://www.who.int/healthmetrics/.../monitoring_maternal) : ( July 11.2015)
- **WHO (2014)**," Health Situation in Djibouti" Available online at:[www.who.int/countryfocus/.../ccsbrief\\_dji\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/.../ccsbrief_dji_en.pdf): Accessed (august, 15.2015).
- **WHO (2005)**, “Postnatal Care” in Africa. Available online at [www.who.int/pmnch/media/.../aonsectionIII\\_4.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/.../aonsectionIII_4.pdf): Accessed (august, 30.2025).
- **WHO, (2001)**, “Analysis of Trends, Levels and Differentials, 1990-2001” in Developing Countries. Available online at [www.unicef.org/media/files/antenatal.pdf](http://www.unicef.org/media/files/antenatal.pdf): Accessed (august, 20.2025).
- **WHO (2000)**,"Making Pregnancy safer" Report by the Secretariat, Available online at [www.who.int/gb/archive/pdf\\_files/EB107/ee26.pdf](http://www.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/ee26.pdf): Accessed (**September,03,2015**)

- **WORLD BANK (2015)**, “Improving Health Sector Performance Project in Djibouti” available online at [www.worldbank.org/en/region/mena/news/all?count\\_exact=Djibouti](http://www.worldbank.org/en/region/mena/news/all?count_exact=Djibouti): accessed (September,7,2015).

- **WORLD BANK** ((march, 2005); "Achieving the Millennium Development Goal of Improving Maternal Health" in the Bank Netherlands Partnership Program (BNPP) and the Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA), available online at [siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONA](http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONA): Accessed (august, 8.2015).



# Differentials of Family Planning and an Unmet Need for Contraception Use in Somalia, 2011.<sup>1</sup>

Ali Abudllahi Aray<sup>2</sup>

## Abstract

The main Objectives of this study are to investigate the regional differential of Family planning women reproductive age (15-49) in Somalia, 2011, and to highlight some of the socio-economic and demographic factors affecting Family Planning in Somaliland and Punt Land.

The main findings: of the study concluded that the influence of woman's education on contraceptive use is probably more important among women residing in urban areas; also the results indicate that women who have secondary+ have a relatively high level of current use as compared with non-educated women. Differentials in contraceptive use exist, since the use is higher among the educated and urban women than the uneducated and rural women. Women with two children use contraceptives more than those with less than three and those with more than four in the Somaliland.

The main recommendations of the study are:

- Raising awareness among all women by information, educational and communication programmers explaining the importance of reduce fertility benefits of using family planning methods and promoting the privileges of a small family size.
- Promoting the social status of women by empowering them through employment opportunities, and managing income generating projects.
- Enlarging the family planning modern methods of contraception and family planning providers should be equipped with counseling skills in order to reduce some reasons for non-use of contraceptives among women like fear of side effects, and
- Giving more attention to rural areas, by achieving balance between urban and rural areas in all aspects of socioeconomic development, health facilities and family planning services.

**Key Words:** Family planning services, Unmet Need, Demand satisfied for contraception, Reproductive health, Contraceptive Prevalence Rate.

---

<sup>1</sup> - Aray Ali, *Differentials of Family Planning and an Unmet Need for Contraception Use in Somalia, 2011*, Paper Submitted to the Demographic Centre in Partial Fulfillment for the Requirement of the Award of General Diploma in Demography.

<sup>2</sup>- Student at the Demographic Center in Cairo, Somalia, (caraaye2@hotmail.com).

## **I- Introduction**

Family planning offers powerful macro-economic benefits by opening the demographic window as the countries go through demographic transition of low levels of fertility and mortality. Large cohorts of young workers enter their reproductive years and will have relatively few children than older people. It also produces tangible savings as there are reduced expenditures from providing maternal and health care, education, food, housing infrastructure and other services. Through family planning couples can achieve desired family size and improve the family wellbeing. The ability to decide the number, timing and spacing of births reduces competition for already scarce resources within the household. Small families have more opportunity for increasing household savings, investing more time and resources in each child and increasing each family member's human capital. (UNFPA, 2004).

The concept of unmet need for contraception has been central to international family planning programs and research for more than forty years, but it has perhaps never been more salient to research and practice than it is now. In the early decades of the family planning movement, the central justifications for programs were the reduction of environmental, economic and societal Pressures of population growth. Millennium Development Goals (MDGs) (2000).

In the past 10–15 years, and most prominently at the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD), the motivation for supporting family planning programs has shifted towards a focus on helping individuals—both women and men—achieve their preferences for smaller families and have their children when they want them. The concept of unmet need has served to mediate between the concerns of governments and social scientists focused primarily on controlling population growth and those of public health Professionals and human rights activists who advocate for a focus on women's health and rights. Millennium Development Goals (MDGs) (2000).

This research indicates that addressing regional family planning with unmet need will both result in contraceptive prevalence rates that insure policy makers of implementing 'targets and help women achieve their own goals and thus relieve population pressures. The measure of unmet need has also become increasingly important in the context of Somalia multiple indicator cluster survey MICS, 2011. The MICS4, conceived at the Somalia, 2011 and developed in the ensuing years, built on the broad development objectives that were advanced at the ICPD in 1994. The goals are comprised of eight agenda items relating to such topics as education, gender equality and health. At the World Summit in 2005, the importance of reproductive health and family planning to the realization of the MDGs was affirmed. ICPD in (1994).

Many women prefer few children, but are unable to control their fertility. They also lack family planning services, and communication on reproductive health issues may be difficult between couples. If modern contraceptive services were made available to all 2011 million women in developing countries, unplanned births would be reduced by 72%, and 1.5 million lives of women and children would be saved each year. With family planning services women are able to decide on the number of children and when to have them, hence they can afford more education and employment opportunities and empower them to take more responsibilities and participate in community activities which contribute to economic and social development (UNFPA, 2004). The challenge in developing countries is to encourage more people to use contraceptives as a tool of reducing fertility and unwanted pregnancies. Family planning offers a wide range of appropriate methods that suit the client's needs and maintenance of effective use over time. (UNFPA, 2004).

### **1-1- Statement of Problem**

When human reproduction is left unchecked, it results into high birth rates, bringing about large family size with the negative effects on the health of the respective mothers and children. Consequently this leads to negative impact on the family, the community and the nation at large as a result of

economic overload in covering the additional demand. Indeed, uncontrolled births can destroy a nation's development aspirations and prevent its people from enjoying an improved standard of living. The total fertility rate in Somalia has been consistently high and stands at 6.7 children per woman. Contraceptive Prevalence Rate (CPR) stands at 18% among all women of 15-49 years. There are regional variations among Somaliland and Puntland with urban-rural disparities, where rural women have higher fertility rates than their urban counterparts.

Puntland region has a CPR of 2.3% which is among of married women age 15-49 years using modern methods is the lowest variation of two regions in Somalia. Despite the fact that knowledge of the use of modern methods of contraception was relatively low in Puntland urban and Puntland rural have CPR of 2.9% and 1.3% respectively Somaliland has a CPR of 9.2% among all women of 15 – 49 years. Therefore Somaliland was higher among all women of 15 – 49 years than other region since urban and a rural have CPR of 10.7% and 8.9% respectively it has low CPR and little is known on factors contributing to the low level of utilization of contraceptives methods, particularly among women in stable marital relations. Hence, this study aimed at differential factors that influence the use of contraceptive methods among women in stable marital relationship of Somalia. It's also important to study the regional differential of family planning because it could be used as a guide for decision and policy makers to implement fertility reduction policies and improving sexual and reproductive health issues in Somali.

### **1-2- Objectives of the study**

- The main Objectives of this study are to investigate the regional differential of Family planning women reproductive age (15-49) in Somalia, 2011.
- To highlight some of the socio-economic and demographic factors affecting Family Planning in Somaliland and Punt Land.

### **1-3- Data Sources and its Limitations**

The data used in this study was derived from The Somaliland and Punt-Land 2011 Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS IV). For

Somaliland, a sample of 4,924 households, out which 4,820 and 5,865 women age 15–49 were successfully interviewed and for Punt land 5,492 women age 15–49 years and 4,714 mothers and caretakers of children less than five years old were also successfully interviewed. Both surveys represent the 2011 MICS IV for Somalia. The primary purpose of the surveys was to provide policy makers and planners with reliable and detailed information needed to monitor the situation of women and children. It also provides information on child mortality, nutrition, child health, water and sanitation, reproductive health, child development, literacy and education, child protection, HIV/AIDS and orphan hood and access to mass media and use of information/ communication technology. The main limitation is that the previous multiple cluster survey 2011 did not cover the whole country due to insecurity in the Somaliland and punt land part of Somalia.

#### **1-4- Methodology**

The study is mainly based on a descriptive analysis approach using secondary data from MICS4, 2011. Graphs, figures, percentages, absolute numbers and tables are used to explain the regional differentials on Family Planning using contraceptives.

#### **1-5- Organization of the Study**

This paper is divided into four sections. The first section deals with the introduction, statement problem, objectives of the study data sources and limitation, methodology, country Background and literature review. Section two deals with the levels of regional differentials of socioeconomic variable affected family planning use in Somalia, specially Somaliland and Puntland. The third section discusses for un met need and met need using for spacing and for limiting intending to use contraception in Somaliland and Punt Land, and the last section presents the conclusion, recommendations and reference.

## **II- Levels and Differentials of family planning use**

### **2-1- Introduction**

Family Planning refers to planning on the part of women, men, or couples to have the number of children they want when they want them, the term usually refers to temporary methods of contraception, but sterilization is frequently included and abortion sometimes is Related terms used commonly in various parts of the world include "birth control", "birth

planning", "birth limitation", "child spacing", "fertility control", "fertility regulation", "planned parenthood", "responsible parenthood", and "voluntary parenthood". (UNFPA, 2004).

Knowledge of family planning is an essential condition for the use of contraceptives, as it increases awareness of the benefits of family planning, and hence achieving positive attitudes towards contraceptive use. Rotenberg et al., (1991) state that knowledge of contraceptive methods implies widespread awareness of the different contraceptive methods. Thus, knowledge is an important precondition to informed choice, adoption and continued use of methods. The study described how the Somali people think about family planning and whether they are able to obtain contraceptives; how many people use them; and what family planning services are available to them in health facilities. Since Somalia is divided into two regions namely Somaliland and Punt land for administrative purposes. Therefore, it is of importance to look with regard to conception in order to have generalizable information on contraceptive use in the country. Family planning practice is an integral part of safe motherhood. In the absence of such practice, women would bear many children at short intervals, thus yielding deleterious effects on the health of both mothers and children. Contraceptive use is considered one of the proximate determinants of fertility in both the developed and the developing countries, especially among those adopting family planning policies, (Bongaarts, 1986). Those countries are in need of analyzing, measuring and detecting changes in fertility and prevalence of family planning. Family planning is the ability of individuals and couples to anticipate and have their desired number of children. It is also the ability for them to choose the space between their children through use of contraceptive methods. Under international human rights law, access to family planning is a human right.

## **2-2- Differential of using family planning Current Age of Women**

The table 1 and figure 1, shows that are very low among young women aged 15-19 and it increases to its peak in the age groups 25-29 then decreases in the last age group. This is mainly due to the fact that women of younger ages desire more children since they mostly have a lower number of children than their desired family size. Also, women of older ages 45+

may be less fecund, hence, they are less keen to use family planning. However, there is still variation between Somaliland and Puntland.

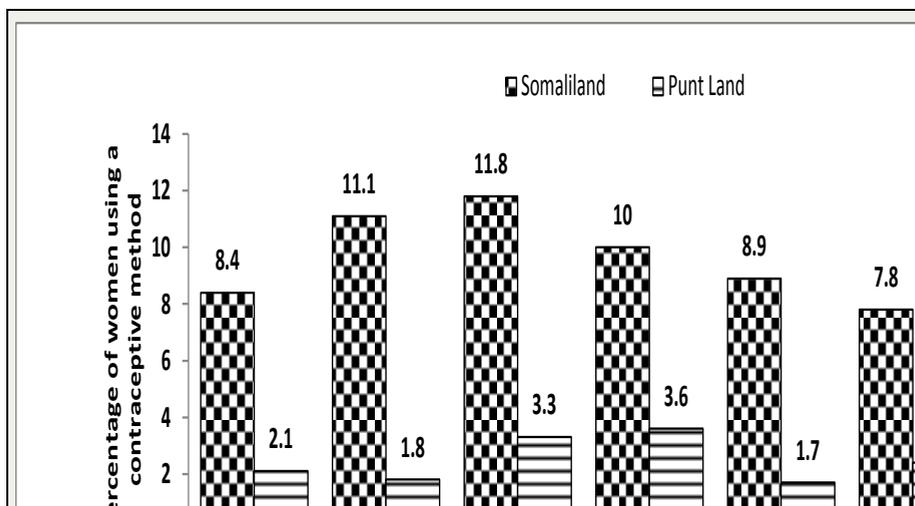
**Table (1)**  
**Percentage of women age 15-49 years currently married who are using or whose partner is using a contraceptive method, Somaliland and Punt land, 2011.**

Demographic and socioeconomic variable	Somaliland (NWS)		Punta land (NES)	
	using contraceptive methods		using contraceptive methods	
	using Any method	Number of women current married	using Any method	Number of women current married
<b>1. Current Age of Women</b>				
15-19	8.4	129	2.1	141
20-24	11.1	455	1.8	449
25-29	11.8	751	3.3	788
30-34	10	603	3.6	620
35-39	8.9	553	1.7	558
40-44	7.8	452	2.4	416
45-49	6.3	202	1.2	158
<b>2. Number of Living Children</b>				
0	0	272	0	210
1	9.5	299	1.3	365
2	11.9	364	2.9	448
3	11.4	438	2.6	470
4	10.5	1774	3.1	1686
<b>3. Women's Education</b>				
None	9.3	2510	2.7	2445
Primary	11.1	459	2.4	506
Secondary+	13.7	177	1.3	228
<b>4. place of residence</b>				
Urban	10.7	1521	2.9	2019
Rural	8.9	1626	2	1160
Total	7.9	3,147	1.3	3,179
<b>5. Wealth Index</b>				
Poor	19.7	635	3.7	3179
Middle	18.3	660	6.4	613
Rich	11.1	552	2.6	613
<b>Total</b>	<b>9.8</b>	<b>1847</b>	<b>2.6</b>	<b>628</b>

Source: Somali, MICS 2011.

For example, among women aged 15-19, the rate of using contraceptives ranged between only 8.4% in Somaliland while 2.1% in Punt Land. In general, it can be noticed that most ages of using contraceptive in Somaliland age (25-29) is 11.8% while in the most ages of using contraceptive in Puntland in age (30-34) is 3.6%. The lowest rate of using contraceptives in Somaliland in age (45-49), is 6.3% while in Puntland age, in the same ages is 1.2%. Referring to the differentials in contraceptive use by age of women in each region.

**Figure (1)**  
**Percentage of women age 15-49 years currently married who are using or whose husband is using a contraceptive method by Current Age of Women, Somaliland, & Punt Land, 2011.**



**- Number of Living Children**

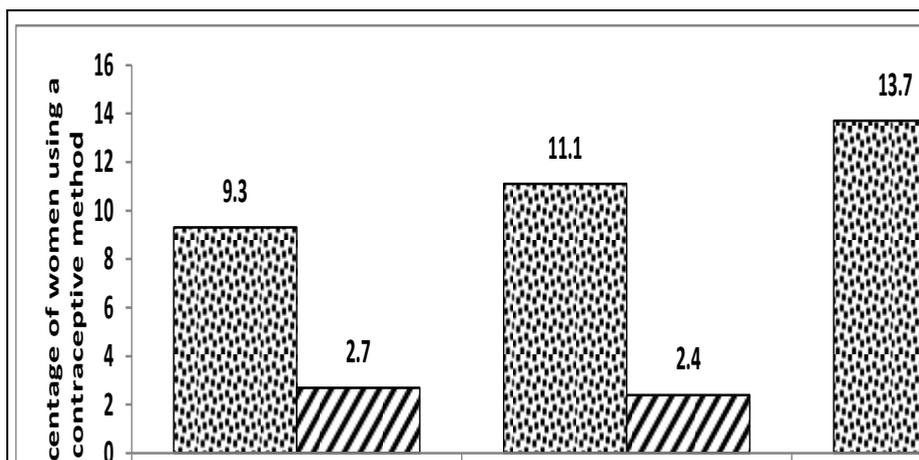
The numbers of living children to a woman have been associated with the use of contraceptives. It has been observed that the use of contraceptives increases with the increasing number of living children. The reasons for lower use of contraceptives among adolescents may be due to the fact that they are newly married, and marriage is looked upon use institution of producing children. For older women the decline could be due to their reduced coital frequency and they might not be sexually active. However, there are still variations between Somaliland and Punt Land. For example, among women who have less than two children, the rate of using contraceptives ranged between only (9.7%) in Somaliland while in Puntland (1.3%). In general, it can be noticed that most of number of children less than four in Somaliland is 1,774 which indicated that almost 98.5% of their mothers have not using contraceptive, while in Puntland shows that the number of children to mothers' not using contraceptive is 1,686 which is about 96.9%. This means the two regions has not big gap between the numbers of children born to mothers have not using contraceptive.

### - Women's Education

Contraceptive use is positively associated with women's education, although this relationship is not clear with motivation to control fertility. This reflects the importance of education in increasing the rationality among the motivated women to control their fertility as well as in lowering the cost of fertility regulation (Cochrane, 1979). The higher the level of women's education, the higher is the level of current use.

In table 2 and figure 2, it is shown that the current use of contraceptive among women having at least a primary certificate in Somaliland is about 11.1% while in Punt Land is about 2.4%. The influence of women's education on contraceptive use for childbearing is probably more important among women residing in urban areas as well as in rural areas than that in two regions. However; there are still variations between two regions.

**Figure (2)**  
Percentage of women age 15-49 years currently married who are using or whose husband is using a contraceptive method by level of education, Somaliland, & Punt land, 2011.



Also From the table 2 and figure 2 it is shown that 9.3% of women with no education living in Somaliland are using any method of contraceptive compared to 2.7% of those uneducated women in Punt Land. The table further indicated that in Somaliland as a woman education gets higher the more the percentage of women using contraceptive increases. On the other hand, it is interesting to note that in Punt Land women with the

secondary+ education have the lowest percentages (1.3%) of using contraceptives. This may be attributed not only the level of education the women attained which affects the use of contraceptive methods but also the traditions and attitudes that prevailed in Punt Land.

### **- Place of residence**

Studies have shown that use of contraceptives is higher among urban women than their rural counterparts. Urban women are more likely to use modern methods whereas traditional methods are likely to be higher among the rural women. The difference in the use could be due to educational level and the way rural women perceive the trade-off between adoption of family planning and the loss of prestige that could result from smaller completed family.

Table 2 clearly shows that among the selected reasons the majority of women from rural areas are not using contraceptives because they may intend not to use contraceptives or don't have access to using any method. For example, nearly 8.9% of rural women in Somaliland use contraceptives while 2% in Punt Land are using. This may be due to the lack of knowledge of women about family planning in two regions.

### **- Wealth Index**

There is a positive relationship between wealth and contraceptive use as the wealth of a woman increases the more likely she will use contraceptives. The table 2 shows poor women had the lowest index for using any contraception methods with 7.9% followed middle index with 9%, and the women's rich with 11.1%, in Somaliland while in Punt Land women had the lowest index for using any contraception methods with 1.3% followed middle index with 3.9%, and the women in the rich wealth index with 2.6%.

## **II- Differentials in Unmet Need and Demand for Contraception satisfied**

In this study, the definition of "Unmet Need for family planning," which refers to the condition of wanting to avoid or postpone childbearing but not using any method of contraception. It has been a core concept in the

international population field for more than three decades under the label “KAP-gap,” for knowledge, attitudes, and practice regarding family planning.

### **3-1- Unmet Need**

Unmet need for family planning reflects the gap between childbearing desires and contraceptive use. It would be defined as the proportion of women of reproductive age who are fecund, want to stop or delay childbearing and are not using any method of contraception. Using contraceptive methods for limiting and spacing for all age level of mother in the Somaliland greater than Punt Land. Similarly, little differences are observed for unmet need between the different background characteristics such as rural-urban residence, education of the woman and wealth status. There is wide variation between Somaliland and Puntland by using contraceptive methods for limiting and for spacing. Consistent with results the 2011 MICS, the unmet need for spacing generally decreased with the age of mother increase. Unmet need for limiting was highest among women with age (15-40) into two regions. In multiple cluster survey with 2011MICS, unmet need for spacing decrease with the age of women increase. Unmet need increase between Somaliland and Punt Land for all categories of women by age at first marriage, except among women who first married at age 45 or older.

#### **- Age of mother**

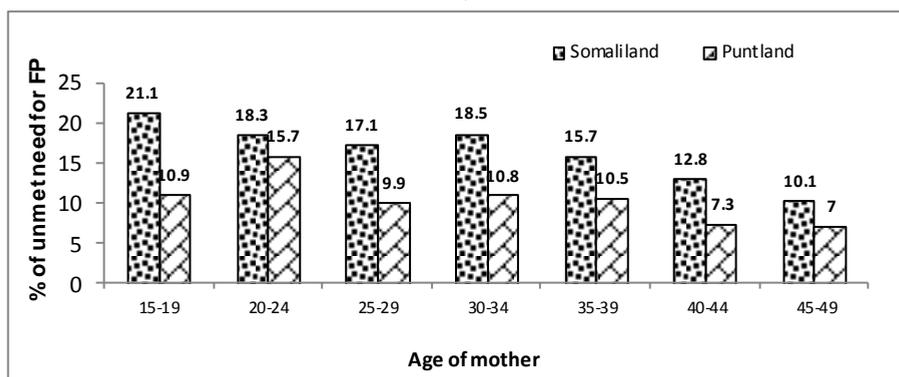
From the table (2) below, the unmet need generally is uniformly lower among all age groups in Somaliland and Punt Land. Unmet need for spacing decreases as the age of the women increase, whereas unmet need for limiting increases as age increase. From table (2), the unmet need for spacing in Somaliland is higher (21%) among women 15-19 while in Punt Land it is 20% among women 20-24. On the other hand, for limiting it is higher in Somaliland also with 6.5% to women aged 40-44 and lowest for those women (45-49) in Punt Land at 7%.

**Table (2)**  
**Percentage of women age 15-49 years of current married with unmet need for contraception Use between Somaliland and Puntland according to select demographic variables, 2011.**

Demographic & socio-Economic variable	Somaliland (NWS)			punt land (NES)		
	Unmet need for contraception					
	for spacing	for limiting	Total	for spacing	for limiting	Total
<b>1. Age of mother</b>						
15-19	21.1	0	21.1	10.9	0	10.9
20-24	18.3	2	20.3	15.7	0.4	16.1
25-29	17.1	2	19.1	9.9	0.2	10.2
30-34	18.5	3.5	22	10.8	0.6	11.5
35-39	15.7	5.9	21.6	10.5	1.6	12.1
40-44	12.8	6.5	19.3	7.3	0.5	7.7
45-49	10.1	6	16.3	7	2.5	9.5
<b>3. Education</b>						
None	16.1	3.8	20.4	10.5	0.7	11.2
primary	16.1	3.9	19.9	11	0.6	11.6
secondary+	14.6	3.9	18.4	11.1	1.3	12.4
<b>4. place of residence</b>						
Urban	16.8	5.1	22	11	0.9	11.9
Rural	16	2.6	20	10	0.4	10.4
Total	16.4	3.9	21	10.5	0.7	11.2
<b>5. Wealth Index</b>						
Poor	34	5.5	39.5	20.6	0.8	21.4
Middle	33.2	8.7	41.9	20.5	1.4	21.9
Rich	14.6	4.9	19.5	10.0	1.4	11.4
<b>Total</b>	16.4	3.8	20.2	10.2	0.7	10.9

Source: Somali, MICS201

**Figure (3)**  
**Percentage of women age 15-49 years of current married with unmet need for contraception Use between Somaliland and Punt-Land according to select Age of mother, 2011.**



### **- Mother's education**

In Somaliland women with no education and primary education have 16.1% respectively as their unmet need for contraception for spacing which is 1.5% more than those women with secondary+ education. This could be due to their inadequate knowledge on the importance of spacing. Which regards to mother's education at all level women in Puntland has the lowest percentages of spacing.

Both women's and husband's education positively affect unmet need for contraception (i.e. with increasing level of education, the unmet need for contraception declines). As per the number of living children concerned, unmet need for limiting increases as the number of living children a woman has increase. Women in the Puntland despite their level of education have the lowest unmet need for contraception for limiting than their counterparts in Somaliland with 3.8 3.9 and 3.9 respectively for women with no education, primary and secondary compared to 0.7, 0.6, 1.3 for those in Puntland. Because lack of opportunity of mother knowledge using contraceptive among those of two regions.

### **- Place of residence**

16.4% of the women who live in the urban and rural areas of Somaliland has on unmet need for contraception for spacing with compared to 10.5% for their peers in the Punt- Land. However, Punt- Land has the lowest percentages 0.7% for limiting which Somaliland has 3.9% for limiting. Whereas unmet need for spacing does not show much difference as the number of living children increase. Unmet need is higher in among women residing in rural areas in Somaliland and Punt-Land. Place of residence especially in rural areas in) have no media exposure.

On other hand in urban areas in Somaliland (16.8% for spacing and 5.1% for limiting), while in Punt-Land (11% for spacing and 0.9% for limiting). Because the majority of women in the Somaliland living in urban areas higher well known on family planning then on women living urban areas in Punt-Land.

### **- Wealth index**

There is almost difference of 1% of unmet need for contraceptives for spacing among women belonging to the difference wealth index in Somaliland which those in Punt-Land has less than 1%.

For the unmet need for contraception for limiting to women in both Somaliland and Punt-Land is almost 1% difference. This may be as result of having the same socio-economic characteristics.

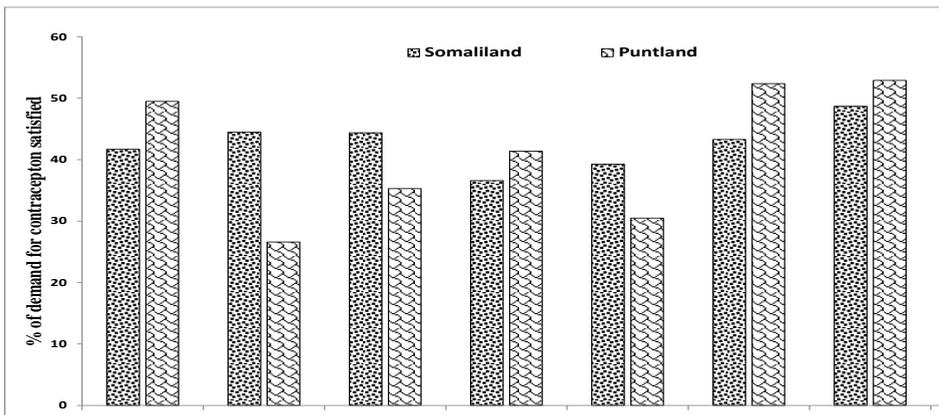
**3-2- Demand satisfied for contraception**

An additional measure, the proportion of demand satisfied for family planning, is derived from the down two indicators. The total demand for family planning is the (percentage) sum of contraceptive prevalence and unmet need for family planning. Of this total demand, contraceptive prevalence constitutes the proportion of demand satisfied. Proportion of Demand Satisfied (PDS) is measured as follows. Using information on contraception and unmet need, the percentage of demand for contraception satisfied is also estimated from the MICS data. The percentage of demand satisfied is defined as the proportion of women currently married who are currently using contraception, of the total demand for contraception. The total demand for contraception includes women who currently have an unmet need (for spacing or limiting), plus those who are currently using contraception.

**- Age of mother**

From Table 4 and figure below shows that 42.4% of women (15-49) in Somaliland demanded for contraception satisfied while those women within the same age range in Punt Land have 41.2%. The difference is insignificant but can be attributed to the background of the women

**Figure (4)**  
**Percentage of women age 15-49 years currently married with an Unmet Need for Family Planning and percentage of women demand for contraception satisfied, Somaliland, 2011.**



**Table (3)**  
**Percentage of women age 15-49 years currently married with an Unmet Need for family planning and percentage of demand for contraception satisfied, Somaliland, 2011.**

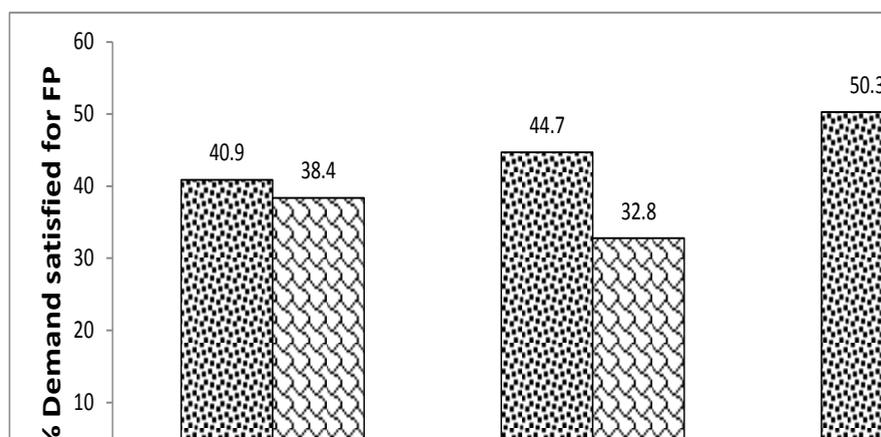
Demographic & socio-Economic variable	Somaliland (NWS)			punt land (NES)		
	Demand satisfied for contraception					
	Number of women currently married	Percentage of demand for contraception satisfied	Number of women currently married with need for contraception	Number of women currently married	Percentage of demand for contraception satisfied	Number of women currently married with need for contraception
<b>1. Age of mother</b>						
15-19	129	41.7	47	141	49.5	30
20-24	455	44.5	167	499	26.6	109
25-29	751	44.4	258	788	35.3	124
30-34	603	36.6	210	620	41.4	121
35-39	553	39.3	197	558	30.5	97
40-44	453	43.3	154	416	52.4	68
45-49	202	48.7	63	158	52.9	32
<b>3. Education</b>						
None	2510	40.9	865	2,445	38.4	445
primary	459	44.7	166	506	32.8	88
secondary+	177	50.3	66	228	41.7	49
<b>4. Place of residence</b>						
Urban	1,521	42.8	588	2,019	37.3	384
Rural	1,626	44.5	167	1,160	38.9	198
Total	3,146	43.7	755	3,179	38.1	582
<b>5. Wealth Index</b>						
Poor	1,318	81.6	445	1,244	65.4	199
Middle	1,276	80.6	446	1,297	82.5	263
Rich	552	47.5	205	638	39.5	120
Total	3,146	42.0	1,096	3,179	37.8	581

Source, Somalia MICS 4, 2011

### - Mother's Education

The demand for contraception that is satisfied varies with education from (40.9%) among women with no education to (44.5%) among women with primary education while those women with secondary+ education are 50.3%. While in the Punt-Land, table 4 shows that also highlights that the total demand for family planning satisfied is (38.4%, 32.8%, 41.7%) among women with no education, primary education and secondary+ education respectively. The level of satisfaction is similarly, little differences are observed in two regions for demand satisfied between the different background characteristics such as, educational level of the woman.

**Figure (5)**  
**Percentage of women age 15-49 years currently married with an Unmet Need for family planning and percentage mother's education demand for contraception satisfied, Somaliland, 2011.**



Source: Table 4.

### Place of residence

In Somaliland, for rural and urban women, demand for contraception use is satisfied that the disparity is somewhat smaller, but urban women have a contraceptive prevalence rate that is less than of their rural counterparts (42.8% versus 44.5%). While in the Punt-Land there has been some growth demand for contraception use is satisfied in, among women living in urban and rural areas (37.3% and 43.3%).

### Wealth Index

In Somaliland, women from relatively wealthy index were increasingly likely than those women in Punt Land to use Contraception in contrast. Total rates remained very low and nearly unchanged among women living Somaliland and Punt Land 42.4% and 39.5% of households. This reflected a widening disparity in contraceptive use between wealthier and poor, middle and rich women: the women in the wealthiest households use contraception compared.

## I. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

### 4-1- Conclusions

This paper has regional and differentials of family planning with an Unmet Need for Contraception use in Somalia, MICS4, 2011. It has also explained differentials of contraceptive use by current age of woman,

number of living children, educational levels of women, type of, place of residence, , and the wealth index that affects some of the major social and economic factors that affect contraceptive use. The results of the all tables show that the relationship between the age of women, number of living children', women's education, place of residence and wealth index. Similarly, little differences are observed in two regions for un met need between the different background characteristics such as current age of woman, number of living children, educational levels of women, type of, place of residence

This means that women age from (15-19 years) does not more use contraceptives at the beginning of their life the influence of woman's education on contraceptive use is probably more important among women residing in urban areas; also the results indicate that women who has secondary+ have a relatively high level of current use as compared with non-educated women. Based on the analysis in this study, the following are some important findings current use of contraceptives are high among women aged (20- 40 years) but low among the young aged (15- 19 years) and older women (45- 49 years). And same in two regions.

Differentials in contraceptive use exist, since the use is higher among the educated and urban women than the uneducated and rural women. Women with two children use contraceptives more than those with less than three and those with more than four in the Somaliland but in the Puntland Women with four children use contraceptives more than those with less than two and those with more than three.

In Somaliland Contraceptive prevalence is highest between different age groups contraception use appear to follow a curve and starts low for married age (15–19 years) at 8.4% and rises to 11% among women age (20–24 year). Reaching a pick of 11.8% among women age (25–29 years). It then declines to 10% among (30–34 year) old women and reaches a low of 6% among women 45 – 49 years. While in the Punt Land Between different age groups contraception use appear to follow a curve and starts un stable low for married adolescents (15–19 years) at 2.1% and decline to 1.8% among women (20–24 year). It then raises to 3.6% among 30 – 34 year old women and then to backed decline reaches as low of % among women 45 – 49 year.

## 4.2 Recommendations

Based on the findings of this study, the following are some of the recommendations worth consideration by the policy makers and family planning program managers:

- The government should be Raise awareness among all women by information, educational and communication programmers explaining the importance of reduce fertility benefits of using family Planning methods and promoting the privileges of a small family size. More improvement should be given to the role of family planning program in delaying pregnancy of teenage mothers, by increasing family planning information usage and services.
- The government should promote the social status of women by empowering them through employment opportunities, giving them skills and opportunities to own and manage income generating projects. This would be the long reduce fertility as children will no longer be considered as social security for families, but economic burden.
- Also the government should be support the role of Information, Education and Communication (IEC), especially through mass media in order to raise the benefits of contraceptive use, with more emphasis on rural areas to reduce the gap between knowledge and practice of contraceptives.
- Family planning outlets should have a large number of modern methods of contraception and family planning providers should be equipped with counseling skills in order to reduce some reasons for non-use of contraceptives among women like fear of side effects. Develop and implement programs that encourage the involvement of men in family planning, and to encourage men to support their partners in the use of contraceptives. More emphasis should be given to provinces with less than 50% contraceptive prevalence rate to change people attitude towards contraception. Programs should be implemented on the benefits of small families and contraceptive use and should target males, females, traditional and political leaders.
- More attention should be given to rural areas, by achieving balance between urban and rural areas in all aspects of socioeconomic development, health facilities and family planning services.

## - List of References

- **Bongaarts, J. and Bruce, J. (1995)**. ‘The Causes for Unmet Needs for Contraception and Social Content of Services’. Studies in Family Planning, Vol. 29 (2)".e Fertility Impact of Contraceptive Use in Egypt: an Aggregate Analysis" Cairo Demographic Center, Working Paper No.23, Egypt.
- **El-Deeb and et al. (1988)**," examined the determinants of contraceptive use in Egypt" Demographic Responses to Modernization, CAPMAS, Cairo, Egypt ".
- **El-Zanaty, Fatma. (1996)**"Egypt Demographic and Health Survey", CDC.
- **Gage, A. (1995)**. “Women’s Socio- Economic Position and Contraceptive Behavior in Togo”. Studies in Family Planning, Vol. 26 (5).
- **Lutato, (2000)**. “Trends and Determinants of Contraceptive Use in Rakai District Uganda”. Studies in Family Planning, Vol.31 (2)".
- **Osheba, (1991)**. "The Working Paper No.30, Cairo, Egypt.
- **Ross, J. (1983)**. “Birth Control and their Efforts on Fertility”. Determinants of Fertility in Developing Countries, Vol. 2 (Academic Press).
- **Rutenberg, N., Ayad, M., Ochoa, L., Wilkinson, M. (1991)**. “Knowledge and Use of Contraception”. Demographic and Health Surveys No. (6). Institute of Resource Development/ Macro International, Inc. Columbia, Maryland, U.S.A.
- **UNFPA (2004)**. “Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals”. Arguments for Investing in Reproductive Health and Rights, (2004).
- **UNICEF Somalia (2011)**”Multiple Indicator Cluster Survey and Ministry of Planning and International Cooperation, 2014. Northeast Zone west zone Somalia Multiple Indicator Cluster Survey 2011, Final Report. Nairobi, Kenya: UNICEF, Somalia and Ministry of Planning and International Cooperation.”
- **United Nations (UN) (1998)** publication "Levels and Trends of Contraceptive Use as assessed in 1998".

## - List of Abbreviation:

- **AIDS:** Acquired Immune Deficiency Syndrome.
- **ASFR:** Age Specific Fertility Rate.

- **FAO:** Food and Agricultural Organization.
- **MDG:** Millennium Development Goals.
- **MICS:** Multiple Indicator Cluster Survey.
- **PAPFAM:** Pan Arab Project for Family Health.
- **TFR:** Total Fertility Rate.
- **UN:** United Nation.
- **UNDP:** United Nation Development Program.
- **UNFPA:** Fund World Health Organization.
- **UNICEF:** United Nations International Children's Fund.
- **WHO:** World Health Organization United Nations Population.
- **ICPD:** International Communication Population Development.

# **Domestic Violence against Children and its Determinants in the Kingdom of Saudi Arabia**

**Salwa Lofty El-Khayyat<sup>1</sup>**

## **Abstract**

Domestic violence against children is a social psychological phenomenon that affects all societies; whether developed or developing, including Arab countries, Its levels differ from one country to another and among socio-economic groups in each country.

Therefore, the main objective of this study is to analyze the main determinants of such variations in the Kingdom of Saudi Arabia using regression analysis technique.

The main findings of the study show that fathers are the main source of domestic violence against children and mother work could increase its level.

The main recommendation of the study is to increase the level of awareness of parents especially fathers on the negative impact of the violence against the children at early stage of their life.

**Key Words:** Domestic violence-Multiple regression - back choice - verbal violence - physical violence. Saudi Arabia.

---

<sup>1</sup>- King Abdul-Aziz University, Girls College of Science in Al Faisaliah - Statistics Department, Kingdom of Saudi Arabia and the University of Kafr El-Sheikh - Faculty of Commerce, Statistics, Mathematics and insurance Department. Egypt, [dr.salwahussien@yahoo.com](mailto:dr.salwahussien@yahoo.com)

## **I- Introduction**

Many people understand that domestic violence against children is the physical violence only and they ignore the most important aspect which is the psychological effects of physical violence. It is considered another type of violence and its perpetuation in the long term; and consequently its' effects is not visible and cannot be discovered, while its negative effects extends to long-term stages, especially if the child is subjected to domestic violence in the first years of his life to the stage of 6 years.

These effects appear in the cognitive and mental abilities and his interaction with others, as the child shows language problems, non-fluency in speech, lose confidence of himself, become unable to express himself and suffers from the state of introversion and prefer isolation, which lead to aggressive behavior that be practiced as some types of violence either with others or within the family. The discovery of violence is an important and essential point of treatment. Diagnosis may be difficult when the violence that occurred to the child is psychological.

The effects of the domestic violence against the child may appear in his behavior and the way of playing with other children, where violence is used with his friends or brothers to express his or her internal suffering, and the child who is exposed to domestic violence appears to be physically ill, Such as involuntary urination, nibble of the nails and because he always feels that he needs safety, he takes the personality of young children to draw attention, it is due to the later stages of growth, which was surrounded by more security.

In order to reduce this problem and to protect the child and the family in general, high levels of family culture and awareness must be raised, strengthen religious faith, methods of guidance adopted for the couple, family problems are examined, solutions are sought, and children are treated to overcome the negative effects of domestic violence.

The domestic violence threatens a lot of Arab families and destroys their structure which is a clear departure on the cohesion of the Arab family which is known a long time ago.

Addressing this phenomenon will be through a framework of a better understanding, and revealing its' dimensions. There is no doubt that this phenomenon has negative effects that cast a shadow over society (socially, economically, health and security), and thus threaten of an entity of the whole community, if this phenomenon has spread risks and expanded its effects.

The problem of this research is represented in the causes of deterioration of the nucleus of the society, which is the child, the product of a family that may be affected by some imbalance.

This study is concerned with the causes of this imbalance and the attempt to reach solutions that may have a positive impact on the family in the future and therefore on the child.

Levels and differentials of domestic violence against children and its determinants differ from a country to another and within each country among different groups of population.

To protect the child and his family from the negative impact of domestic violence, several efforts should be done through media, cultural and religious institutions to raise the awareness of parents, families and societies to reduce violence against children.

Therefore, the main objective of this study is to examine some aspects of domestic violence against children in the Kingdom of Saudi Arabia with a special focus on its determinants using regression analysis technique.

In order to achieve the above mentioned objectives a special questionnaire was prepared and used to collect the required data from a

sample of 184 respondents in 2015 selected randomly from different geographic areas of the country.

## **II- Background Characteristics of the Study Population**

The study population consists of 184 cases, with child sex ratio of 94% that in favor female equivalent to 51.6% females and 48.4% males. More than half of the children are within the age of 6 years and above equivalent to 56%, followed by those within the age of 3 to 6 years representing 30%, while the least percent in those children who are less than 3 years (14%).

Regarding the perpetrator of the domestic violence against the child mainly 50% of the fathers, followed by the mothers (23.9%), and about 19% from other members of the family, while 14% of the abusers are the sibling of the children.

The findings indicated that there are 4 types of violence against the children, physical, verbal, moral and psychological violence, equivalent to 46.7%, 26.1%, 14.7% and 12.5% respectively. Only 41% of the domestic violence is for the purpose of child discipline, while more than half of the violence against child is just for the purpose of violence.

Regarding the working status of the child's parents, 57.6% of fathers are working in a permanent job while 42.4% in temporary job; meanwhile only 20% of the mothers are working. Illiteracy of mothers represent 10% and 30% of them has university level and above, followed by the secondary level (27.2%).

About two fifth of the study population mentioned that the father and mothers are relatives. 43% of the study population has week understanding between parents while only 15.2% of the study population mentioned that there is a great understanding between the father and mother. 90% of the study population is watching television and 70% of them watching Cartoon movies.

### III- Statistical Analysis

Regression analysis is not just one method, but a set of methods that can be used to figure out the relationship between a continuous dependent variable and a number of independent variables, which are usually continuous.

Multiple regression is applied in case of availability of the following conditions:

- The relationship between the independent and dependent variables must be written.
- The data is normally distributed to independent and dependent variables.
- The values of dependent variable must be at least from ordinal level.
- The independent variables are all continuous or be descriptive variables. In contrast, the dependent variable must be measured by a period at least. If not constant, we cannot apply the gradient method and instead apply a technique called discriminant analysis.

If the independent variables were descriptive it must be expressed by codes, and not deal with their data without coding.

According to the concept of SPSS, people (Views) who answered the questionnaire are called (Cases), and every question (paragraph) in the questionnaire is a (Variable), and people answers to the questions (paragraphs) are called the (Values of Variables).

#### - An Aggregate Model Analysis:

It is the model that contains all the independent variables and can be accessed by using the SPSS package which gives estimated model as well as all the associated tests about variance analysis and partial tests for transactions gradient and get the coefficient of determination and give information which is used to make sure that they satisfy the conditions which the least squares method are based on it.

**Table (1)**  
**Definition of the entering variables in the statistical study:**

<b>Variables</b>	<b>Variable type</b>	<b>Formula of encoded variables in the SPSS program</b>
<b>Y = Recurrence of violence</b>	<b>Quantitative variable</b>	
<b>X<sub>1</sub>= Gender of the child who suffered from violence</b>	<b>Descriptive variable</b>	1= Female 2= Male
<b>X<sub>2</sub>= The level of understanding between parents</b>	<b>Descriptive variable</b>	1= The great level of understanding 2= The average level of understanding 3= The weak level of understanding.
<b>X<sub>3</sub>= The age of the abused child</b>	<b>Descriptive variable</b>	1= From the age of 3 years and less 2= From the age of 3 to 6 years old 3= From the age of 6 years and more
<b>X<sub>4</sub>= The kind of violence suffered by the child</b>	<b>Descriptive variable</b>	1= Psychological violence 2= Physical violence 3= Psychological and Physical violence together
<b>X<sub>5</sub>= The person who causes violence</b>	<b>Descriptive variable</b>	1=Other people from the community 2=Brother or elder sister 3=The mother 4=The father
<b>X<sub>6</sub>=Is the violence on a child for the purpose of discipline</b>	<b>Descriptive variable</b>	0= No 1= yes
<b>X<sub>7</sub>= The nature of the work of father</b>	<b>Descriptive variable</b>	1= Constant employee. 2= Freelancer
<b>X<sub>8</sub>= Number of children</b>	<b>Quantitative variable</b>	
<b>X<sub>9</sub>= Number of the aggressed child</b>	<b>Quantitative variable</b>	
<b>X<sub>10</sub>= Is the mother works or not</b>	<b>Descriptive variable</b>	0= No 1= yes
<b>X<sub>11</sub>= Educational level of the mother</b>	<b>Descriptive variable</b>	0= Illiterate 1= primary 2= average 3= high 4= Schooler and above
<b>X<sub>12</sub>= Mother and father are relatives</b>	<b>Descriptive variable</b>	0= No 1= yes
<b>X<sub>13</sub>= The existence of housemaid</b>	<b>Descriptive variable</b>	0= No 1= yes

The following is the results that obtained as a result of the implementation of the required commands:

- a) Table (2) entitled Model Summary and has short data about the model estimation process and includes data of the determination coefficient and miscalculation, from the table it is clear that the coefficient of determination is 0.746 and the debugged determination coefficient is 0.557 which shows that the estimated model has great predictive capacity up to 52.3%, an error appreciation of the model is 1.71349. It is less possible errors due to the application of least squares.

**Table (2)**  
**Model Summary**

Model	R	R-Square	Adjusted R Square	Std. error of the Estimate	Change statistics				
					R Square change	F change	df1	df2	Sig. F change
1	.746 <sup>a</sup>	.557	.523	1.71349	.557	16.435	13	170	.000

- Predictors: (Constant), the existence of housemaid, the nature of the father work, number of children, kind of violence, age of the aggressed child, relative relationship, the violence purpose of disciplinary, the person who do violence, gender of the child, the level of understanding between parents, Is the mother works, educational level of the mother, child aggressed order, frequency of violence.
  - Dependent variable: frequency of violence.
- b) Table (3) is an analysis of variance table which is used to make a total regression testing, it is clear that there is a significant difference and gradient highly significant (Sig = 0.000 < 0.05).

**Table (3) ANOVA**

Model	Sum of squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Regression	627.302	13	48.254	16.435	.000b
Residual	499.128	170	2.936		
Total	1126.429	183			

- Dependent variable: frequency of violence.
- Predictors: (Constant), the existence of housemaid, the nature of the father work, number of children, kind of violence, age of the aggressed

child, relative relationship, the violence purpose of disciplinary, the person who do violence, gender of the child, the level of understanding between parents, Is the mother works, educational level of the mother, child aggressed order, frequency of violence.

Calculated value "F" is 16.435 which, of course, more than any tabular value of degrees of freedom... This shows that the high moral decline.

- c) Table (4) shows the estimated regression coefficients and the standard error for each coefficient and the value of transactions titer and t-test for the entire moral factor in addition to the partial correlation coefficients for each coefficient by squaring "t" value in the table. Noticeable that some of the transactions were not significant in the table (see the column Sig) some of the existing values are more than 5%.

It is the moral level required to hold the test.

**Table (4)**  
**The model coefficients of standard method by using SPSS Coefficients**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	1.431	1.021	-1.109	1.402	.163
Gender of the child.	-.540	.269	.000	-2.011	.046
The level of understanding between parents.	.000	.190	.196	-.001	.999
Age of the aggressed child.	.719	.195	.004	3.677	.934
Kind of violence.	.020	.236	.022	.083	.441
The person who do violence.	-.080	.103	-.041	-.772	.680
The violence purpose of disciplinary.	.109	.263	.278	.413	.437
The nature of the father's work.	.109	.263	.278	-.779	.000
Number of children.	-.203	.261	.460	4.165	.000
Child aggressed order.	-.203	.073	-.061	7.113	.306
Is the mother works?	.302	.084	-.054	-1.026	.389
Educational level of the mother.	.599	.376	.015	-.864	.778
Relative relationship.	-.385	.127	-.031	.283	.598
The existence of housemaid.	-.110	.264		-.529	
	-.169	.320			

**- Using Dependent variable: frequency of violence**

The estimated regression model is as follows:

$$Y = 1.431 - 0.540X_1 + 0.719X_3 + 0.020X_4 - 0.080X_5 + 0.109X_6 - 0.203X_7 + 0.302X_8 + 0.599X_9 - 0.385X_{10} - 0.110X_{11} + 0.074X_{12} - 0.169X_{13}$$

## - Application of hierarchical regression on the data:

### First: Backward Selections

This method is achieved in stages, where we begin to enter all the available variables in the model at once and then non-significant variables are excluded even getting the form. Suppose that we have a full model contains thirteen of independent variables and we want to delete some of the variables of the model and be backwards deletion.

Table (5) shows the summary of the model and in it the data for identification and variable that has occurred in district F of the table. All the variables have been inserted back deletions began and ended with the selection of variables.

**Table (5)**  
**Model Summary**

Model Summary<sup>j</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.746 <sup>a</sup>	.557	.523	1.71349	.557	16.435	13	170	.000
2	.746 <sup>b</sup>	.557	.526	1.70847	.000	.000	1	170	.999
3	.746 <sup>c</sup>	.557	.529	1.70353	.000	.007	1	171	.934
4	.746 <sup>d</sup>	.557	.531	1.69899	.000	.080	1	172	.778
5	.746 <sup>e</sup>	.556	.533	1.69500	.000	.183	1	173	.669
6	.745 <sup>f</sup>	.555	.535	1.69154	-.001-	.286	1	174	.594
7	.744 <sup>g</sup>	.554	.536	1.68964	-.002-	.606	1	175	.437
8	.743 <sup>h</sup>	.552	.537	1.68795	-.002-	.645	1	176	.423
9	.741 <sup>i</sup>	.549	.536	1.68940	-.003-	1.307	1	177	.254

- a. Table (6) shows the variation in the different stages of deletion analysis table. the first stage has thirteen variables and the next stage, has twelve variables after excluding the second variable (the level of understanding between the parents) and the following stage, has eleven variables after excluding the fourth variant (the type of the violence towards the child And so on).

The table has the total of error boxes in each stage and it was used to test the deletions processes at each stage of the nine stages.

**Table (6)**  
**Results of ANOVA**

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	627.302	13	48.254	16.435	.000 <sup>b</sup>
	Residual	499.128	170	2.936		
	Total	1126.429	183			
2	Regression	627.302	12	52.275	17.909	.000 <sup>c</sup>
	Residual	499.128	171	2.919		
	Total	1126.429	183			
3	Regression	627.281	11	57.026	19.650	.000 <sup>d</sup>
	Residual	499.148	172	2.902		
	Total	1126.429	183			
4	Regression	627.050	10	62.705	21.723	.000 <sup>e</sup>
	Residual	499.379	173	2.887		
	Total	1126.429	183			
5	Regression	626.522	9	69.614	24.230	.000 <sup>f</sup>
	Residual	499.907	174	2.873		
	Total	1126.429	183			
6	Regression	625.702	8	78.213	27.335	.000 <sup>g</sup>
	Residual	500.728	175	2.861		
	Total	1126.429	183			
7	Regression	623.969	7	89.138	31.223	.000 <sup>h</sup>
	Residual	502.461	176	2.855		
	Total	1126.429	183			
8	Regression	622.127	6	103.688	36.392	.000 <sup>i</sup>
	Residual	504.302	177	2.849		
	Total	1126.429	183			
9	Regression	618.403	5	123.681	43.335	.000 <sup>j</sup>
	Residual	508.026	178	2.854		
	Total	1126.429	183			

- b. Table (7) has data about the estimates and standard errors and standard transactions and there is complete data to test each factor separately. The test depends on t-test and it can hold a partial analysis of the variation coefficient using analysis of variance instead of the t-test.

Transactions test in the fourth stage confirms to retain the five selected variables in the model.

Table (7) coefficients

Model	Unstandardized coefficients		standardized coefficients	T	Sig
	B	Std. Error	Beta		
1. (Constant)	1.431	1.021	-----	1.402	.163
- X1Gender of the child.	-.540	.269	-.109	-2.011	.046
- X2 the level of understanding between parents.	.000	.190	.000	-.001	.999
- X3 Age of the aggressed child.	.719	.195	.196	3.677	.000
- X4 Kind of violence.	.020	.236	.004	.083	.934
- X5 the person who do violence.	-.080	.103	-.041	-.772	.441
- X6the violence purpose of disciplinary.	.109	.263	.022	.413	.680
- X7the nature of the father's work.	-.203	.261	-.41	-.779	.437
- X8 the number of children.	.302	.073	.278	4.165	.000
- X9 Child aggressed order.	.599	.084	.460	7.113	.000
- X10 does the mother work?	-.385	.376	-.061	-.026	.306
- X11 Educational level of the mother.	-.110	.127	-.054	-.864	.389
- X12 Relative relationships.	.074	.264	.015	.283	.778
- X13 the existence of housemaid.	-.169	.320	-.031	-.529	.598
- (Constant)	1.431	.998	-----	1.434	.153
- X1Gender of the child	-.540	.267	-.109	-2.021	.045
- X3Age of the aggressed child	.719	.195	.196	3.693	.000
- X4Kind of violence	.020	.235	0.004	.083	.934
- X5the person who do violence	-0.80	.103	-.041	-.775	.440
- X6the violence purpose of disciplinary	.109	.262	.022	.414	.679
- X7the nature of the father's work	-.203	.260	-.041	-.783-	.435
- X8the number of children	.302	.069	.278	4.355	.000
- X9Child aggressed order	.599	.084	.460	7.134	.000
- X10does the mother work	-.385	.374	-.061	-1.031	.304
- X11 Educational level of the mother	-.110	.122	-.054	-.897	.371
- X12 Relative relationships	.074	.261	.015	.285	.776
- X13 the existence of housemaid	-.169	.319	-.031	-.530	.597
- (Constant)	1.459	.937	-----	1.558	.121
- X1Gender of the child	-.543	.265	-.109	-2.053	.042
- X3Age of the aggressed child	.720	.194	.197	3.712	.000
- X5the person who do violence	-.097	.102	-.040	-.773	.440
- X6the violence purpose of disciplinary	.108	.261	.021	.414	.680
- X7the nature of the father's work	-.202	.258	-.041	-.781	.436
- X8the number of children	.303	.069	-.278	4.370	.000
- X9Child aggressed order	.599	.084	.461	7.159	.000
- X10does the mother work	-.385	.373	-.061	-1.033	.303
- X11Educational level of the mother	-.109	.122	-.054	-.896	.317
- X12Relative relationships	.074	.260	.015	.282	.778
- X13the existence of housemaid	-.168	.318	-.031	-.530	.597
- (Constant)	1.489	.928	-----	1.604	.111
- X1Gender of the child	-.540	.264	-.109	-2.048	.042
- X3Age of the aggressed child	.719	.193	.196	3.720	.000
- X5the person who do violence	-.080	.102	-.041	-.779	.437
- X6the violence purpose of disciplinary	.111	.260	.022	.428	.669
- X7the nature of the father's work	-.197	.257	-.040	-.767	.444
- X8the number of children	.299	.068	.275	4.403	.000
- X9Child aggressed order	.603	.083	.463	7.284	.000
- X10does the mother work	-.374	.370	-.059	-1.011	.313
- X11Educational level of the mother	-.111	.121	-.055	-.915	.362
- X13the existence of housemaid	-.163	.316	-.030	-.516	.606
- (Constant)	1.565	.909	-----	1.721	.087
- X1Gender of the child	-.539	.263	-.108	-2.049	.042
- X3Age of the aggressed child	.722	.193	.197	3.743	.000
- X5the person who do violence	-.085	.101	-.043	-.841	.402

**Table of variables transactions can conclude regression equations  
The reduced model equations in a backward way:**

- 1-  $Y = 1.431 - 0.540X_1 + 0.000X_2 + 0.719X_3 + 0.020X_4 - 0.080X_5 + 0.109X_6 - 0.203X_7 + 0.302X_8 + 0.599X_9 - 0.385X_{10} - 0.110X_{11} + 0.074X_{12} - 0.169X_{13}$
- 2-  $Y = 1.431 - 0.540X_1 + 0.719X_3 + 0.020X_4 - 0.080X_5 + 0.109X_6 - 0.203X_7 + 0.302X_8 + 0.599X_9 - 0.385X_{10} - 0.110X_{11} + 0.074X_{12} - 0.169X_{13}$
- 3-  $Y = 1.459 - 0.543X_1 + 0.720X_3 - 0.079X_5 + 0.108X_6 - 0.202X_7 + 0.303X_8 + 0.599X_9 - 0.385X_{10} - 0.109X_{11} + 0.074X_{12} - 0.168X_{13}$
- 4-  $Y = 1.489 - 0.540X_1 + 0.719X_3 - 0.080X_5 + 0.111X_6 - 0.197X_7 + 0.299X_8 + 0.603X_9 - 0.374X_{10} - 0.111X_{11} - 0.163X_{13}$
- 5-  $Y = 1.565 - 0.539X_1 + 0.722X_3 - 0.080X_5 - 0.210X_7 + 0.301X_8 + 0.602X_9 - 0.378X_{10} - 0.113X_{11} - 0.168X_{13}$
- 6-  $Y = 1.476 - 0.504X_1 + 0.734X_3 - 0.078X_5 - 0.211X_7 + 0.301X_8 + 0.599X_9 - 0.433X_{10} - 0.123X_{11}$
- 7-  $Y = 1.243 - 0.509X_1 + 0.731X_3 - 0.204X_7 + 0.306X_8 + 0.592X_9 - 0.450X_{10} - 0.133X_{11}$
- 8-  $Y = 0.996 - 0.522X_1 + 0.731X_3 + 0.303X_8 + 0.592X_9 - 0.427X_{10} - 0.132X_{11}$
- 9-  $Y = 0.520 - 0.505X_1 + 0.771X_3 + 0.308X_8 + 0.601X_9 - 0.596X_{10}$

**Table (8)**  
**outcomes used in the Analytical Hierarchy Process Summary**

Step Number	Backward Elimination
1	$X_{13}, X_{12}, X_{11}, X_{10}, X_9, X_8, X_7$ $X_6, X_5, X_4, X_3, X_2, X_1$
2	$X_{13}, X_{12}, X_{11}, X_{10}, X_9, X_8, X_7$ $X_6, X_5, X_4, X_3, X_1$
3	$X_{13}, X_{12}, X_{11}, X_{10}, X_9, X_8, X_7$ $X_6, X_5, X_3, X_1$
4	$X_{13}, X_{11}, X_{10}, X_9, X_8, X_7$ $X_6, X_5, X_3, X_1$
5	$X_{13}, X_{11}, X_{10}, X_9, X_8, X_7$ $X_5, X_3, X_1$
6	$X_{11}, X_{10}, X_9, X_8, X_7$ $X_5, X_3, X_1$
7	$X_{11}, X_{10}, X_9, X_8, X_7$ $X_3, X_1$
8	$X_{11}, X_{10}, X_9, X_8$ $X_3, X_1$
9	$X_{10}, X_9, X_8$ $X_3, X_1$

#### IV- Summary and Recommendations

The main findings of the study show that:

- Physical violence is the most common type of violence children are subjected to.
- Males are more likely to be subjected to violence than females.
- Both discipline (41%) and deliberate (59%) are two main purposes of violence against children.
- Older children, children whose parents are working are more likely to be subjected to domestic violence.
- About 78% of the children are subjected to violence more than one time.

Based on those findings, the main recommendations of the study could be as follow:

- Raising parents awareness on the negative impact of domestic violence against their children through special programs in school, religious agencies, social clubs, media...
- Providing facilities to working parents to reduce their stress.
- Preventing and keeping children as away as possible from watching TV and other media types.
- Raising the culture respecting human rights among all society members. and
- All governmental and non-governmental organizations should coordinate their efforts and cooperate in the field of communication and education to reduce domestic violence in general and against children in particular.

#### **- List of References**

- **Abdul Wahab, Laila**, "Family Violence: Crime and Violence against women, Damascus, Dar Al-Fatwa, Culture and Publishing, 1994. (Arabic)
- **Albeashry, Mohamed Al amine**,” Patterns of crimes in the Arab world”, Riyadh: Naif Arab Academy for Security Sciences, 1999. (Arabic).
- **Aldereny, Mahmoud** "multiple linear regression analysis. (2008), (Arabic)
- **Alsyyad, Jalal Aldden**, Roads principles of statistical 1983. (Library of Tihama). (Arabic).
- **Alzgalal, Ahmed Suleiman**, Victims of Crime and Psychosocial Aspect, Arab Journal of Security Studies and Training, Riyadh: Naif Arab Academy for Security Sciences Journal 16, No. 31, Muharram 1422. (Arabic).
- **Altair, Mustafa Omar**,” Domestic Violence “;The Naif Arab Academy for Security Sciences, Riyadh, 1997. (Arabic).
- **Fredric, Ferdinand** (2006) Intensive family based services Program. Preventing and Improving mechanism In children abused and neglected through PCTT, self-management skills, and Intensive child Play counseling, EdD, Nova, South western University.
- **Glenn, Lambie** .(2005) Child abuse and neglect: a practical guide for professional school counselors, Professional School Counseling, Volume8, N3, Feb.

- **Fick, Anton. (2000).** The Pastoral counseling of families in which child abuse occurs. A narrative family therapeutic perspective. Ph.D. Dissertation. University of Pretoria, South Africa.
- **Glenn, Lambie .(2005)** Child abuse and neglect: a practical guide for professional school counselors , Professional school Counseling , Volume8, N3, Feb.
- **Ismail Helmy, Eglal,”** Domestic Violence “, Cairo: Dar Al Quba for publication and distribution, 999.(Arabic)
- **Schwebel, A.I. H.A.** Barocas, W. Reichmann and M. Schwebel et .al. (1990) Personal adjustment and growth: a life Span approach Dubuque, Wm. C. Brown Publishers.
- **Sidqi, Abdul Rahim,** Family Crimes in Sharia law, The Nahdh Alsharq Library, Cairo University, 1988. (Arabic).