مجلة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

دورية علمية متخصصة محكمة

يصدرها البرنامج العربي لصحة الأسرة

جامعة الدول العربية

في هذا العدد:

- ملخص سياساتي، حالة سكان سورية 2015.

- تأثير الحالة الصحية على وفيات الرضع في الجزائر.

- دور الاستثمارات الأجنبية المباشرة في تنفيذ مشروعات الخدمات العامة وتحقيق التنمية المستدامة في مصر.

- محددات خدمات رعاية الأمومة في ضوء نتائج المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات MICS4 2013 في الجزائر.

- المتغيرات الاجتماعية والبيئية المرتبطة بالتحرش بالمرأة العاملة في مصر (دراسة مقارنة بين القطاع العام والخاص).

- مستويات ومحددات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر من خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS-4)، 2012-2013.

المجلد العاشر – العدد الرابع والعشرون – يونيو 2017

مجلة أسرتنا ثروة أمتنا

PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

الهيئة الاستشارية والعلمية
(حسب الترتيب الأبجدي)

أ.د. أحمد رجاء رجب أستاذ الصحة الإنجابية – جامعة الأزهر. **مصر.**

د. أحمد عبد المنعم مدير البرنامج العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية سابقا وخبير الدراسات السكانية والصحية. **مصر.**

أ. أحمـد عبد الناظـر مدير مركز بحوث الصحة الإنجابية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري سابقا. **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. رامز مهايني 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 الباري بينير مستشار منظمة الصحة العالمية وأستاذ الوبائيات بمدرسة الطب بجامعة مانشستر. **بريطانيا.**

د. عبد العزيز فرح خبير في استراتيجيات السكان والتنمية، **السودان.**

أ.د. عبد الله 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 حسانين أستاذ أمراض نساء وتوليد، جامعة الأزهر. **مصر**

أ.مصطفى أزلماط 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

مدير البرنامج العربي لصحة الأسرة سابقا

مدير وحدة الدراسات والمسوحات الميدانية والاجتماعية سابقا

سكرتارية التحرير

رابح حليمي

محمد خالد يوسف

فتيحة أوقيرتي

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

PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

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 أ ش طه حسين- الزمالك- الدور الثالث شقة 13- القاهرة.**
- **أو البريد الالكتروني: papfam@gmail.com**
- **تليفون/ فاكس: 27383634 - 202+**

- **يمكن تحميل النسخة الالكترونية للمجلة من الرابط التالي:**

http://www.lasportal.org/ar/Sectors/Dep/Pages/default.aspx?RID=53&SID=6

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 الرابع 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 والتنمية المستدامة 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 العـــدد:

الموضـــوع	الصفحة
- ملخص سياساتي، حالة سكان سورية 2015. محمد أكرم القش،.....	25-1
- تأثير الحالة الصحية على وفيات الرضع في الجزائر. صليحة واضح،.....	58-27
- دور الاستثمارات الأجنبية المباشرة في تنفيذ مشروعات الخدمات العامة وتحقيق التنمية المستدامة. شيماء سعيد دخيل العربي	76-59
- محددات خدمات رعاية الأمومة في ضوء نتائج المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات MICS4 2013 في الجزائر. أمال بلعيدي وآخرون،	100-77
- المتغيرات الاجتماعية والبيئية المرتبطة بالتحرش بالمرأة العاملة (دراسة مقارنة بين القطاع العام والخاص). سماح مرضي محمد علي الصعيدي	120-101
- مستويات ومحددات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر من خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS-4)، 2012-2013. فيصل معاش وآخرون،	144-121

رقم الإيداع:

(0131) 24 ع /(06/17) /2017 /06 م

ملخص سياساتي
حالة سكان سورية 2015

محمد أكرم القش[1]

- مستخلص

يأتي إعداد ملخصات سياساتية حول تطور الوضع الراهن للسكان في سورية في مقدمة الجهود البحثية الرامية إلى تحديث المؤشرات الديموغرافية وتتبع تطورها بما يسهم في رفع مستوى الوعي الاجتماعي بالمسائل السكانية لدى مختلف الشرائح الاجتماعية، ومساعدة صناع القرار على تحديد مواطن القوة أو الخلل أو الفرص المتاحة أو التحديات الأساسية ذات الصلة بالمسألة السكانية في سورية في ظل ارتباطها أو علاقتها بالمسائل التنموية الأخرى.

تستعرض الورقة البحثية تشخيص الحالة السكانية بمفهوم تنموي متكامل يشمل الحالة الاقتصادية والاجتماعية والمؤسساتية من خلال:

- توصيف الوضع الراهن لخصائص السكان والقوى العاملة واتجاهات التطور للحجم والحركة والوظائف.
- دراسة وتحليل بعض ديناميات السكان لتحديد العلاقة بين حجم السكان وحركتهم وخصائصهم واحتياجاتهم، مع التركيز على الأولويات والإمكانات وعلى الفرص والتحديات.
- متابعة حركة المتغيرات السكانية ورصد أو تقدير المعطيات أو البيانات الإحصائية مكانياً وعلاقتها بالتنمية.
- توصيف إدارة ومأسسة الملف السكاني والتركيز على التوجهات والأولويات في ظل الظروف الراهنة.

وتقدم الورقة مجموعة من الاقتراحات والتوصيات بغية الاسهام في تحقيق التنمية السكانية في المجتمع السوري.

الكلمات المفتاحية: عوامل النمو السكاني، الحالة الصحية، العمل، التعليم، البطالة، الهجرة، النزوح، توزيع السكان، الأزمة السورية،

---

[1] **عميد المعهد العالي للدراسات والبحوث السكانية. سورية.**

I- مقدمـــة

إن العلاقة الجدلية بين الإنسان والتنمية؛ تأخذ اتجاهين متناقضين؛ الأول إيجابي ويتحقق عندما ينعكس مستوى التنمية البشرية المتقدم على عملية التنمية فيسرّع من وتيرتها ويطيل من أمد نموها، والثاني بالمقابل غياب التنمية أو ضعف معدلها ينعكس سلباً على واقع التنمية البشرية ورفع مستواها.

لقد دخلت سورية مرحلة النمو السكاني السريع قبل استكمال بناء قاعدتها المادية والبنى التحتية المؤهلة أو القادرة على السير، بآن معاً، بعمليات التنمية وتلبية احتياجات السكان المتزايدة.

لذلك جرت منذ ثمانينيات القرن الماضي عدة محاولات لتصويب هذه العلاقة التبادلية ما بين العامل السكاني والعوامل التنموية المختلفة، سواء عبر إدماج البعد السكاني في مشاريع وبرامج الخطط الخمسية المتعاقبة، ولا سيما في كل من الخطة الخمسية العاشرة والحادية عشر، أو من خلال صياغة الاستراتيجية الوطنية للسكان، أو عبر المحاولات المتتالية لإعداد مشروع سياسة سكانية وطنية ووضعها موضع التنفيذ والتي كان آخرها مشروع السياسة السكانية الذي اعتمدته اللجنة الوطنية للسكان والتي كان من المفترض البـدء بتنفيـذ مرحلتـــه الأولـــى خلال الفترة 2011-2015 وتعذر ذلك بسبب ما تعرضت له سورية من أزمة طارئة منذ مطلع العام 2011، انعكست آثارها بشكل جسيم على الأداء التنموي في سورية، من خلال تدمير واسع لكل من رأس المال البشري والاجتماعي والاقتصادي، لتصل إلى خسائر قد تكون غير قابلة للاحتمال للأجيال الحالية والمستقبلية.

ومما زاد في حدة الأزمة واستمرارها وتعميق تداعياتها الضغط السياسي والحصار الاقتصادي والعقوبات القسرية أحادية الجانب والحملات الإعلامية التي تتبنى وجهة نظر متحيزة لطرف دون آخر، إن هذا الوضع أثر بشكل كبير في تحقيق وإنجاز مرامي الأهداف الإنمائية للألفية، وسوف يؤثر، سلبا على مسار عملية التنمية المستدامة.

وتعاني الأسر السورية من تدهور حاد في الظروف المعيشية متضمنة تدهور الحالة الأمنية والخدمات العامة بما فيها الصحة والتعليم ومصادر الطاقة ووسائل النقل، ويضاف إلى ذلك تضرر المساكن والمنشآت في العديد من المناطق مما أدى إلى ظروف سكن غير ملائمة. وينطبق ذلك وبشكل أكثر حدة على الأسر والأفراد الذين نزحوا إلى مناطق أخرى ضمن سورية أو لجؤوا إلى خارج البلاد.

ومن الناحية الاقتصادية فقد خسر السوريون عددا هائلا من فرص العمل نتيجة الأعمال الإرهابية للمسلحين والتي تمثلت بتدمير المصانع والمنشآت بالإضافة إلى العقوبات الاقتصادية الجائرة والتي تسببت بتوقف الإنتاج نتيجة فقدان المواد الأولية اللازمة للإنتاج، وقيام المسلحين بحرق المحاصيل الزراعية وحرمان المزارعين من التوجه إلى حقولهم وقطع الطرقات والاستيلاء على المحاصيل فضلا عن توقف شبه كلي للعمل في قطاع السياحة. مما أدى إلى ارتفاع كبير جداً في معدلات البطالة والإعالة الاقتصادية الأمر الذي أثر في الظروف المعيشية لكثير من السكان وزيادة نسبة الفقر المادي بشكل كبير نتيجة للأزمة الحالية. وبالتالي فإن الأزمة سترخي بظلالها على الخصائص الأساسية للسكان على الأمد القريب والبعيد.

II- توصيف الواقع الراهن للسكان / ديموغرافياً

شهد المجتمع السوري خلال العقود الثلاثة الماضية تحولات ديموغرافية هامة، نتجت عنها زيادات كبيرة في أعداد السكان وتبدلات في خصائصهم وبنيتهم الهيكلية، حيث شكلت الزيادة السريعة والمطردة في حجم السكان، والتغيرات المستمرة في التوزع الجغرافي للسكان، عبئاً كبيراً على عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية في سورية، ومن المعلوم أن هذه الزيادة تعود بشكل رئيسي إلى ارتفاع مستوى الخصوبة، التي جعلت سكان سورية يزيدون بحوالي خمس أمثال خلال الفترة 1960-2015.

كما أن التوزع الجغرافي غير المتوازن للسكان وتضخم المدن الكبرى وتيارات الهجرة الداخلية التي تمت بشكل عشوائي وخاصة من الريف إلى الحضر لعبت دوراً أساسياً في النمو السكاني الحضري، الأمر الذي أدى إلى اكتظاظ كبير في كافة مراكز المحافظات وأكثر المدن الأخرى، وشكل ضغوطاً متزايدة على الخدمات والمرافق في هذه المدن.

- يشكل حجم السكان في سورية اليوم حوالي خمسة أمثال حجمهم في عام 1960.
- الزيادة السنوية في تصاعد وتنامي مستمر، لا تقل في المتوسط عن (450) ألفاً سنوياً.
- من المتوقع أن يتجاوز حجم السكان في سورية الـ (42) مليون نسمة بحلول منتصف القرن الحالي، بمعدل زمني لتضاعف حجم السكان يقدر بحدود 29.1 سنة.
- وبحسب تقديرات المكتب المركزي للإحصاء، كان من المتوقع أن يبلغ عدد السكان المقيمين في سورية منتصف عام 2015 حوالي 24 مليون نسمة (المرجعي)، وبسبب تداعيات الأزمة التي تمر فيها البلاد حالياً يقدر الخبراء العاملين في المجال الديموغرافي عدد السكان المقيمين (الآني) في عام 2015 بحوالي 20.5 مليون نسمة فقط.

ومن المعلوم أن مستوى معدل النمو السكاني في سورية (الحالي والسابق) هو من المستويات المرتفعة عالمياً، رغم تراجعه التدريجي والبطيء نسبياً عن ذروته بدءاً من العقد الأخير من القرن الماضي، حيث تراجع من (3.29%) للفترة 1981-1994، إلى (2.66%) في الفترة 1994-2004 وإلى (2.37%) في الفترة 2004-2010. ويُتوقع أن الأزمة الحالية ستؤثر بشكل حاد على معدل النمو السكاني وستؤدي إلى انخفاضه آنياً ليصبح سالباً، إذ يقدر هذا المعدل خلال الفترة (2011-2015) بحدود (-0.5%) تقريباً. أما بالنسبة لمعدل النمو السكاني الطبيعي (وذلك بعد تحييد عامل الهجرة الخارجية والإبقاء فقط على الوفيات والولادات) يقدر أنه شهد ارتفاعاً طفيفاً وذلك نتيجة حدوث تغير سلبي في السلوك الإنجابي.

2-1- عوامل النمو السكاني

تُسهم في تشكيل معدل النمو السكاني وتحديد مستواه ثلاثة عوامل رئيسية هي الخصوبة (الولادات) والوفاة والهجرة:

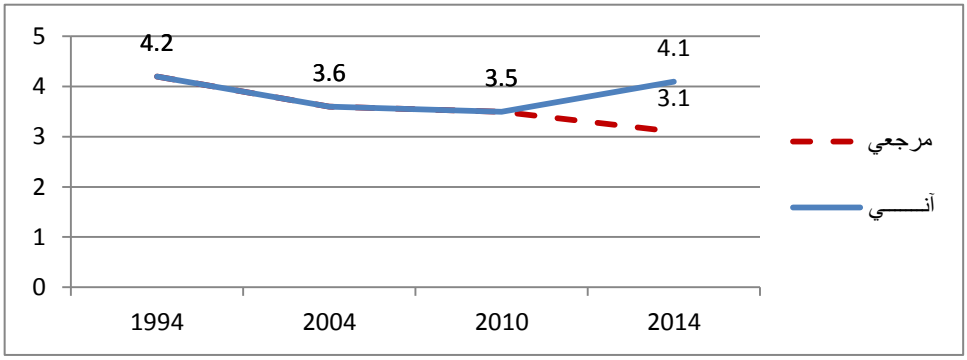
أ- الخصوبة

انخفض معدل الخصوبة الكلية من (4.2) مولود عام 1994، إلى (3.6) مولود عام 2004 وإلى (3.5) مولود عام 2010. ويعود هذا التراجع في معدل الخصوبة الكلية من مستوياته المرتفعة إلى المتوسطة إلى حزمة من التحولات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي ساهمت معاً في تعديل السلوك الإنجابي التقليدي للمجتمع السوري، كارتفاع مستوى تعليم المرأة وارتفاع العمر عند الزواج الأول ومساهمتها في النشاط الاقتصادي.

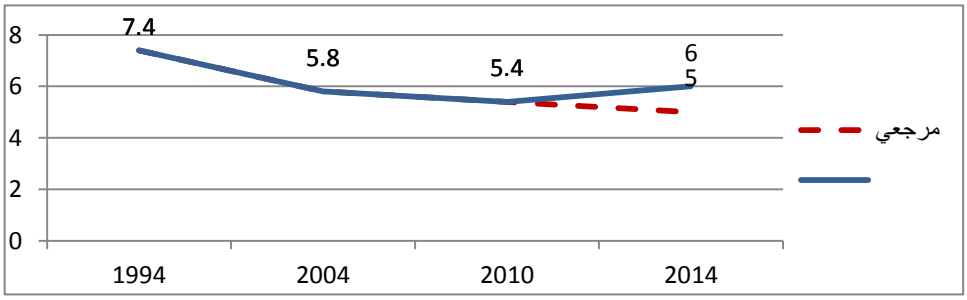
أما معدل الخصوبة الزواجية الكلية فلا يزال مرتفعاً، رغم تراجعه من (7.4) مولود عام 1994، إلى (5.8) مولود عام 2004، ومن ثم إلى (5.4) مولود عام 2010.

وفي ظل تداعيات الأزمة الحالية يُتوقع أن يشهد كلاً من معدلي الخصوبة الكلية والزواجية ارتفاعاً (مؤقتاً) نتيجة حدوث تغير سلبي في السلوك الانجابي نتيجة زيادة نسبة الزواج المبكر، والانخفاض ممارسات استخدام وسائل تنظيم الاسرة وذلك كأسباب ومحددات مباشرة، بالإضافة إلى الرغبة في زيادة عدد المواليد لتعويض الوفيات كسبب غير مباشر لزيادة الخصوبة، بحيث من المقدر أن معدل الخصوبة الكلية قد يرتفع إلى حوالي 4.1 مولود لكل سيدة، ومعدل الخصوبة الزواجية إلى حوالي (6) مواليد في العام 2015.

شكل (1)
تطور معدل الخصوبة الكلي1994-2015



شكل (2)
تطور معدل الخصوبة الزواجية



ب- الوفيات

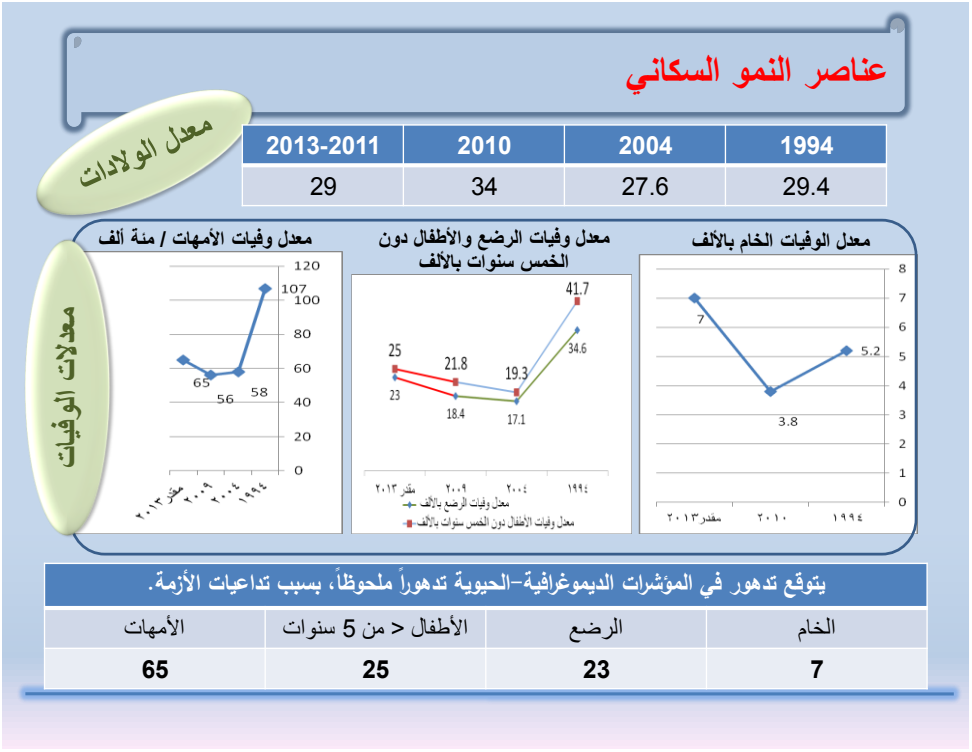
طرأ تحسن ملموس في المستوى الصحي للسكان بشكل عام وصحة الأم والطفل بشكل خاص (قبل الفترة 2011 -2015)، تجلى بانخفاض معدل الوفيات الخام من (5.2) بالألف عام 1994 إلى (3.8) بالألف عام 2010.

وترافق الانخفاض المشاهد في معدل الوفيات الخام بانخفاض مماثل في معدلات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخمس سنوات ووفيات الأمهات، حيث انخفض معدل وفيات الرضع من (34.6) بالألف عام 1994 إلى (18.4) بالألف عام 2009، كما انخفض معدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات من (41.7) بالألف إلى (21.8) بالألف خلال نفس الفترة.

أما معدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة والنفاس، فانخفض من (107) وفاة لكل مئة ألف ولادة حية عام 1994 إلى (58) وفاة عام 2004، ثم إلى (56) وفاة عام 2009، ولقد كان لارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة الأثر الإيجابي في هذا الانخفاض حيث ارتفعت هذه النسبة من (39.6%) عام 1994 إلى (49.5%) عام 2004 ثم إلى (53.9%) عام 2009.

شكل (3)

عناصر النمو السكاني



وعلى الرغم من الأعباء والتحديات الهائلة التي فرضتها العقوبات الاقتصادية الغربية الجائرة، والاعمال الإجرامية للمجموعات الارهابية والتي تسببت بأذى فادحا في المنظومة الصحية تمثلت بالأضرار التي تعرضت لها المنشآت الطبية، وتخريب البنية التحتية للرعاية الصحية (تدمير 62 مشفى، خروج 669 مركزا صحيا عن الخدمة، وهجرة المختصين، ووفاة بعض العاملين في الحقل الطبي وتأذيهم، وتراجع في الصناعات الدوائية)، استمرت المنظومة الصحية الوطنية بمواصلة عملها في توفير الخدمات الصحية ومجاناً.

وبالتالي فإن تناقص عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية، بالإضافة إلى انعدام الأمن في بعض المناطق الساخنة أثر على صحة أكثر الفئات هشاشة اذ سجل تناقص قدرة النساء على الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية، وانخفاض أعداد الولادات التي تتم على يد شخص مختص، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة عدد وفيات الأمهات خلال الولادة، بعد ان كانت المؤشرات الصحية قد حققت تقدما ملحوظاً، ووصلت إلى المرامي الكمية المستهدفة في الأهداف الإنمائية للألفية.

وبسبب تداعيات الأزمة (2011–2015)، يُتوقع تدهور في المؤشرات الديموغرافية–الحيوية تدهوراً ملحوظاً، حيث يتوقع ارتفاع معدل الوفيات الخام إلى حوالي (7) بالألف، ومعدل وفيات الأطفال الرضع إلى أكثر من (23) بالألف، ومعدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات إلى (25) بالألف، ومعدل وفيات الأمهات إلى حوالي (65) وفاة لكل مئة ألف ولادة حية، وانخفاض في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة إلى حوالي (45%)، وفي حال استمرار الأزمة فإن تدهور المؤشرات الديموغرافية–الحيوية سيتسارع بدرجة أكبر.

ج– الهجرة

– الهجرة الخارجية

ما زالت التعدادات السكانية وسجلات الأحوال المدنية المصدران الوحيدان لاستنباط مؤشرات الهجرة الخارجية، فالتعدادات السكانية توفر بيانات عن عدد السوريين داخل البلاد إضافة لغير السوريين وقت التعداد، بينما تشمل سجلات الأحوال المدنية السوريين في الخارج والداخل.

وبمقارنة بيانات المصدرين أمكن تقدير عدد المهاجرين السوريين في الخارج حيث ارتفع عدد السوريين في الخارج من (1889) ألف عام 1994 (ذكور: 813 ألف، وإناث: 1076 ألف) إلى (2015) ألف عام 2004 (ذكور: 857 ألف، وإناث: 1158 ألف) ثم إلى (3076) ألف عام 2010 (ذكور: 1240 ألف، وإناث: 1589 ألف).

وخلال الأزمة الحالية يقدر أعداد السكان السوريين الذين غادروا بلدهم بحدود 3.4 مليون نسمة (ذكور: 1.8، وإناث: 1.6)، بمن فيهم المهجرين أو الذين غادروا للعمل أو الدراسة أو لأسباب اعتيادية أخرى، يضاف إلى ذلك مغادرة حوالي نصف مليون نسمة من المقيمين في سورية من غير السوريين.

– التخلخل المكاني للسكان

تشكلت خريطة التوزع الجغرافي للسكان في سورية منذ عهد بعيد بفعل عوامل اقتصادية وجغرافية ومناخية، ولم يكن هذا التوزع متناسباً مع مساحات المحافظات. وبقي هذا الاختلال قائماً

حتى الآن بشكل عام، رغم التغيرات التي طرأت على التوزيع النسبي لسكان المحافظات نتيجة تباينات تأثير عوامل النمو السكاني فيما بينها وخاصة الهجرة الداخلية، ويعاني التوزع السكاني الجغرافي من تشوهات كبيرة تتمثل في:

- مشكلتي التركز والتشتت السكاني.
- تضخم المدن الكبرى.
- اكتظاظ السكان في كافة مراكز المدن.
- نمو العشوائيات على أطراف المدن.
- تباين الكثافة السكانية بين المناطق.
- هشاشة البنى التنموية في بعض مناطق القطر تسهم في حدوث هجرات طارئة وغير منتظمة إلى المدن.

حيث يقيم حوالي (44%) من مجموع السكان في ثلاث محافظات فقط هي دمشق وريف دمشق وحلب والتي لا تتجاوز مساحتها (19.8%) من المساحة الكلية. بينما يقيم (17%) من مجموع السكان في ثلاث محافظات هي الرقة ودير الزور والحسكة والتي تشكل مساحتها (41.1%) من المساحة الكلية للبلاد، كما يقيم (9%) من مجموع السكان في محافظتي طرطوس واللاذقية اللتين تشكل مساحتهما معاً (2.2%) فقط من المساحة الكلية في عام 2010.

لم تختلف الهجرة الداخلية في سورية عن مثيلاتها في العالم من حيث الأنماط والاتجاهات، فقد تمثلت بشكل رئيسي بانتقال السكان الريفيين إلى المراكز الحضرية إثر انتقال المجتمعات من المرحلة الزراعية إلى المرحلة الصناعية. إضافة إلى انحسار الرقعة الزراعية وانخفاض الاهتمام بالنشاط الزراعي كمصدر أساسي للرزق، ونتيجة للتطور التكنولوجي الذي أدى إلى تخفيض الوقت المستثمر بالعمل الزراعي وانفتاح فرص جديدة للعمل لم تكن متاحة من قبل وخاصة في ضوء التقدم في التحصيل العلمي.

إن عدم وجود سياسة تدخل حكومية واضحة فيما يخص الهجرة الداخلية وتوجيهها ولعدم وجود القيود والعوائق الإدارية والقانونية الناظمة للهجرة في سورية سواء للتشجيع أو للحد منها، فقد ارتبط حجم الهجرة الداخلية واتجاه تدفقاتها بأشكال التنمية والتطورات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية السائدة في المجتمع ولعوامل ودوافع الجذب والطرد التي تحكم هذه الظاهرة.

وقد بلغ مجموع المهاجرين بين أرجاء مناطق الدولة (354) ألف مهاجرا خلال السنوات العشرة التي سبقت تعداد 1994 يشكلون (2.6%) من إجمالي عدد السكان السوريين الموجودين داخل القطر أثناء تعداد 1994، والبالغ (13782) ألف نسمة. بينما بلغ مجموع المهاجرين بين

أرجاء مناطق الدولة (331) ألف مهاجرا خلال الأعوام العشرة التي سبقت تعداد 2004 ويشكلون (1.8%) من إجمالي عدد السكان السوريين الموجودين داخل القطر أثناء تعداد 2004، والبالغ (17921) ألف نسمة، فيما يلي نذكر مسببات ودوافع الهجرة والتي كانت متعلقة بعوامل الطرد:

- عدم توفر فرص العمل في المناطق الطاردة للسكان: (41.3%).
- عدم الرضى عن منطقة السكن أو عن مواصفات المسكن: (31.1%).
- عدم كفاية الدخل لتغطية مصروفات الأسرة: (13.2%).
- عدم توفر أو كفاية المرافق وخدمات البنية التحتية في المحيط السكني للأسرة: (9.1%).
- عدم حيازة أرض زراعية، أو صغر مساحاتها وتدني إنتاجها: (2.6%).

وفي ظل الأزمة (2011–2015)، تفاقمت مشكلة التوزع الجغرافي للسكان نتيجة حصول انزياحات سكانية داخلية ملحوظة وباتجاهات متعددة وربما متكررة (بين المحافظات). حيث تشير التقديرات الأولية إلى أن ثلث سكان سورية على الأقل قدر لهم أن قاموا بحركة نزوح أو أكثر من مكان إقامتهم الاعتيادي إلى مكان آخر، سواء أكان هذا المكان الذي نزحوا إليه هو مكان إقامة عائلاتهم الأصلية أو غير ذلك. أو سكن عائلاتهم الاعتيادي، وقد تراوحت نسب الأسر القاطنة في مراكز الإقامة المؤقتة بين 2.8–3.3% من مجموع الأسر المهجرة.

في ضوء ذلك، حدث تغير في تقسيم المحافظات جذباً أو طرداً للسكان، وحتى هذا التغير غير ثابت فهو عرضة للتغير مجدداً وفقاً للظروف الأمنية، فمع بداية الأزمة أصبحت محافظة الرقة من المحافظات الأولى الجاذبة للسكان، بعد أن كانت قبل الأزمة طاردة لهم، ونظراً للظروف الأمنية التي تمر بها المحافظة عادت وأصبحت طاردة للسكان، وكذلك الأمر بالنسبة لعدة محافظات كمحافظة درعا حيث تغيرت من كونها جاذبة إلى طاردة للسكان.

تشير حركة النزوح داخل سورية إلى شمولها كافة المحافظات السورية مع اختلاف شدتها من حيث حركة النازحين من وإلى المحافظة. وتبين النتائج أن حوالى 30% من إجمالي عدد النازحين نزحوا من محافظة حلب تلتها محافظة ريف دمشق بنسبة 23% من إجمالي النازحين. من حيث استقبال النازحين حلت محافظة ريف دمشق في المرتبة الأولى، إذ نزح إليها حوالى 22% من إجمالي عدد النازحين في سورية تلتها محافظة حلب بنسبة بلغت نحو 20%. ومن حيث صافي عدد النازحين في المحافظة، أي عدد النازحين الذي دخلوا إليها مطروحاً منه عدد النازحين الذين خرجوا منها، تشير النتائج إلى أن صافي حركة النزوح في محافظة اللاذقية وصل إلى حوالى 275 ألف نازح لتأتي بذلك في المرتبة الأولى كمستقطبة للنازحين مقارنة مع باقي المحافظات وتليها محافظة طرطوس بنحو 162 ألف نازح ثم حماة التي سجلت 146 ألف نازح.

بينما سجلت حلب صافي سالب في عدد النازحين بلغ حوالى 548 ألف لتحل المرتبة الأولى طاردة صافية للنازحين، وتشير القيمة السالبة إلى أن عدد الذين نزحوا من المحافظة أكبر من عدد النازحين إليها، ولا يتضمن ذلك النزوح الداخلي ضمن المحافظة. تلتها في ظاهرة صافي الطرد للنازحين محافظة حمص التي بلغ صافي عدد النازحين فيها نحو-181 ألف نسمة.

كما تختلف المحافظات من حيث نسبة النازحين (من وإلى المناطق المدروسة) إلى إجمالي السكان المتواجدين داخل المحافظة ويمكن لهذه النسبة أن تعكس العبء النسبي للنزوح على المحافظة. ويشير البيانات إلى أن هذه النسبة بلغت أعلاها في محافظة القنيطرة لتصل إلى 45%، لتليها محافظة درعا بنسبة وصلت إلى 43%، ثم محافظتي ريف دمشق وإدلب بنسب بلغت 38% و35% على التوالي؛ بينما وصلت النسبة إلى أدنى قيمة لها في الحسكة 12% ثم الرقة 14%.

تبين نتائج المسح أن الإناث يشكلن 57% من إجمالي النازحين في سورية، وتراوحت هذه النسبة بين 64% في الرقة و53% في دير الزور. أما من حيث التركيب العمري للنازحين، فإنه يختلف عن تركيب إجمالي السكان حيث انخفضت نسبة الشباب بين 15-39 إلى إجمالي عدد النازحين مما أدى إلى الارتفاع النسبي لباقي الفئات العمرية وخاصة لفئة الأطفال دون الخامسة عشر. وشكل الأطفال دون 15 سنة 46% من إجمالي النازحين، بينما شكل الشباب 15-39 حوالى 35% وسجلت الفئتان العمريتان 40-59 وستين وأكبر 15% و4% على التوالي.

بالنسبة لأماكن إقامة النازحين، تشير البيانات إلى أن 48.2% من إجمالي عدد النازحين قاموا باستئجار مكان للإقامة مما يحملهم أعباء مالية إضافية، تضاف إلى خسارتهم منازلهم ومصادر رزقهم. وبلغ نسبة النازحين الذين تم استضافتهم من قبل المجتمع المحلي حوالى 30%، وتوضح هذه النسبة الدور الإيجابي الذي لعبته العلاقات الاجتماعية في التخفيف من أزمة النزوح الداخلي، إلا أن ذلك ونتيجة لطول فترة النزوح زاد من الأعباء المادية والمعيشية للمجتمع المضيف مع الأخذ بعين الاعتبار الأوضاع الاقتصادية المتدهورة. ويتوزع بقية النازحين على 7.2% في مراكز إيواء مسجلة تشرف عليها الجهات الرسمية، و6.3% في مراكز إيواء غير مسجلة تتابع بعضها جهات غير حكومية، و2.2% في أماكن عامة كالحدائق، و1.9% شراء منزل، وأخيراً نسبة قليلة من النازحين لا تتجاوز 0.5% تقيم في الخيم.

تؤثر طول فترة النزوح في إعادة تشكيل خارطة سكانية مختلفة عن السابقة، إذ أن استقرار مجتمع النازحين في منطقة ما لفترة طويلة سيحمل معه العادات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لهذا المجتمع الذي يمكن أن تتماشى أو تصطدم مع عادات المجتمع المقيم. وتبين النتائج أن فترة النزوح ل حوالى 80% من النازحين وصلت لأكثر من سنة ولحوالي 24% وصلت لأكثر من سنتين، بينما 1% فقط من النازحين لم تتجاوز فترة نزوحهم الثلاثة أشهر.

أما بالنسبة لعدد مرات النزوح، فتشير النتائج إلى أن أغلبية النازحين (85%) نزحوا مرة واحدة فقط، و11% منهم نزحوا مرتين و3% منهم نزحوا ثلاث مرات أو أكثر بالنسبة للتوجهات المستقبلية للنازحين فيما يخص مكان إقامتهم، فإن 62% من إجمالي النازحين ترغب في العودة إلى مكان إقامتها الأصلي، إلا أن هناك توجه ل حوالى 33% منهم إلى الاستقرار في المكان الحالي ويمكن أن يعود ذلك إلى الدمار الكبير في أماكن إقامتهم الأصلية والاستقطاب الحاد في المناطق التي أتوا منها إضافة إلى إمكانية توفير مكان النزوح للبيئة الثقافية أو الاجتماعية أو الاقتصادية الموائمة لهم. وتتدنى نسبة من يرغب من النازحين الاستقرار خارج سورية إلى 1% فقط ويمكن تفسير ذلك بعدم القدرة على السفر أو إلى التجارب الصعبة لمن لجأ أو هاجر.

ورصد التقرير ظروف النازحين في سورية من الناحية المادية والصحية والتعليمية والنفسية، وأظهرت النتائج أن الظروف المادية لحوالي 57% من النازحين سيئة أي غير قادرين على توفير الحاجات الأساسية المادية، ونحو 40% قادرون على توفيرها بالحد الأدنى، أما نسبة النازحين القادرين على توفير حاجاتهم المادية المناسبة فلا تتجاوز 3%. من الناحية الصحية، فإن أغلبية النازحين (حوالى 65%) يحصلون على الحد الأدنى من الخدمات الصحية الأساسية، بينما يحصل نحو 26% على الخدمات الصحية بشكل (جيد)، إلا أن حوالى 9% من النازحين غير قادرين على الحصول أو استخدام الخدمات الصحية المناسبة. ومن ناحية الظروف التعليمية، وبالنسبة لحوالي 60% من النازحين يتم الالتحاق جزئياً بالتعليم الأساسي، بينما 25% منهم يلتحق أغلب أطفالهم بالتعليم الأساسي، إلا أن حوالى 16% من النازحين لا يلتحق أغلب أطفالهم بالتعليم الأساسي.

أما بالنسبة للظروف النفسية، فتشير النتائج بالنسبة لحوالي 70% من النازحين أن أغلبهم يعاني من إحباط نفسي ومعاملة سيئة، بينما أقل من 2% من النازحين فقط لا يعاني أغلبهم من مشاكل واضطرابات نفسية مرتبطة بحالة النزوح. بشكل عام، فإن الأوضاع التعليمية والصحية أفضل نسبياً من الظروف المادية والنفسية.

وبالتالي فإن الأحداث التي تشهدها سورية أثرت سلبيا على حالة الاستقرار النسبي في التوزع السكاني، وأدت إلى حدوث تغير في المعادلة الديموغرافية فأصبحت العوامل الأمنية والبحث عن الاستقرار والأمان هي المحدد الأساسي من محددات مكون الهجرة بشكل خاص والمسألة السكانية بشكل عام بعد أن كانت فرص العمل وتوفر الخدمات بكافة أشكالها المكون الرئيس لها.

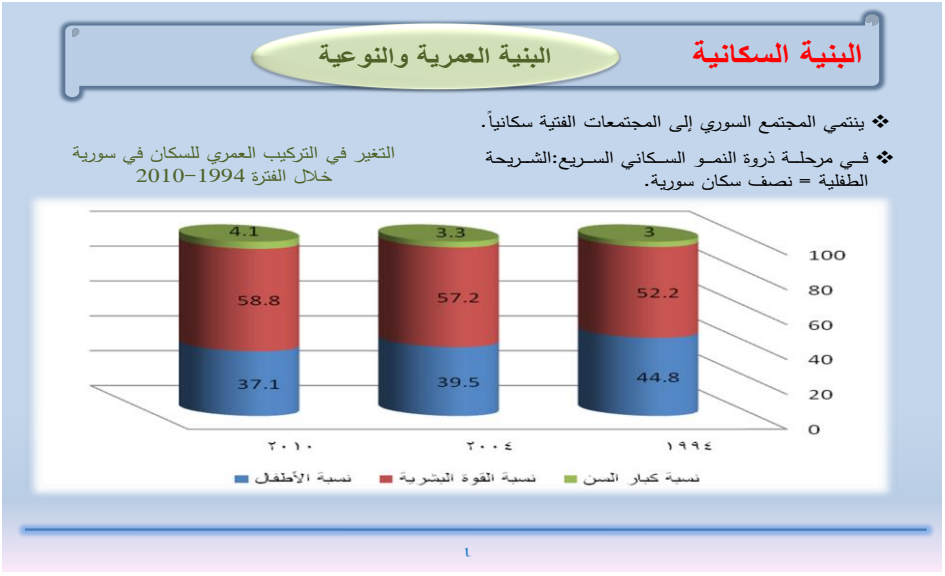
ومن المتوقع أن تمتد الآثار السلبية للهجرة لفترات زمنية ليست بالقليلة ما بعد الأزمة، فبالإضافة للآثار السلبية التي طالت كافة المؤشرات التنموية والتي يحتاج بناؤها من جديد إلى فترات زمنية طويلة، فلقد أصاب البنى التحتية في مناطق كثيرة ضرر كبير منها موضوع السكن بل حتى فقدانه، كما أن الضرر الذي لحق بالخدمات الأساسية يحتاج على فترات طويلة لإعادة التأهيل

والصيانة لتأمين أبسط شروط الحياة للمواطنين لإعادتهم إلى مكان إقامتهم لاحقاً، مما قد يؤدي إلى تأخر عملية عودة المهجرين لمدنهم وبالتالي إعادة التوازن الديموغرافي إلى ما كان عليه قبل الأزمة على أقل تقدير. وفيما يلي يتم بيان أهم متطلبات العودة إلى مكان الإقامة الأصلي للمُهجّرِين: عودة الأمان والاستقرار. إعادة بناء أو ترميم المنزل. إصلاح البنى التحتية. الحصول على عمل.

2-2- البنية السكانية

2-2-1- البنية العمرية والنوعية

انخفضت نسبة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة من (44.8%) عام 1994 إلى (37.1%) عام 2010، وأدى ذلك إلى ارتفاع نسبة السكان في سن العمل (15-64) سنة من (52.2%) عام 1994 إلى (58.8%) عام 2010. أما نسبة كبار السن 65 سنة فأكثر فقد ارتفعت من (3%) إلى (4.1%) خلال نفس الفترة. ويعود التراجع الملحوظ في نسبة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة إلى انخفاض مستوى الخصوبة بوتيرة اكبر من انخفاض مستوى الوفيات.



وسترخي تداعيات الأزمة بظلالها على التركيبة السكانية لسورية لاسيما إذا ما استمرت هذه الأزمة لفترة زمنية أطول، بحيث ستحفر فجوات متعددة في بعض الفئات العمرية لمضلع الأعمار وتحديداً في الفئة العمرية الأولى (0-4) سنوات وبعض الفئات العمرية النشطة إنجابياً (15-49) سنة، ليس نتيجة الوفيات غير الاعتيادية لهذه الفئات خلال هذه الفترة وحسب، بل وأيضاً نتيجة التراجع النسبي المتوقع في عدد حالات الولادة بفعل تأخير الزواج أو تأجيل الحمل أو المباعدة بين

الحمول أو عدم استقرار الزوجين أو غياب الزوج بداعي العمل أو السفر أو النزوح أو التهجير أو الاشتراك في الأعمال الحربية أو المرض أو الإعاقة أو الاختطاف أو ... وإذا ما كانت هذه الفجوات عميقة بفعل شدة الخسائر أو طول فترة الأزمة فسوف نجدها تعيد نفسها كل جيل سكاني ولأربعة أجيال سكانية قادمة على الأقل.

2-2-2- البنية العملية

لقد ارتفع حجم قوة العمل من (4053) ألف عام 1994 إلى (4911) ألف علم 2004 وإلى (5442) ألف عام 2009 ثم إلى (5816) ألف لعام 2011، ويلاحظ أن ارتفاع نسبة النساء في قوة العمل متذبذة حيث ارتفعت من (12.8%) عام 1994 إلى (17.3%) عام 2004 ومن ثم انخفضت إلى (15%) عام 2009، ثم ارتفعت إلى (16.8%) في عام 2011.

وخلال الفترة (2011-2015) يتوقع انخفاض حجم قوة العمل في سورية بحدود 16.8%، أي بنسبة توازي على الأقل نسبة انخفاض حجم السكان في سورية خلال هذه الفترة، كما سيكون هناك تغيير ملحوظ بين شطري قوة العمل (المشتغلون- المتعطلون) بارتفاع نسبة المتعطلين على حساب المشتغلين.

2-2-2-1- معدل النشاط الاقتصادي الخام والمنقح

ازداد معدل النشاط الاقتصادي الخام نتيجة التطورات الاقتصادية والاجتماعية التي حدثت في الفترة الماضية ونتيجة ارتفاع نسبة السكان في سن العمل. حيث ارتفع هذا المعدل من حوالي (24.3%) عام 1994 إلى حوالي (27.6%) عام 2004 ومن ثم انخفض انخفاضاً طفيفاً إلى (27%) عام 2009، ومن ثم ارتفع قليلاً إلى (27.5%) لعام 2011، وكان هذا الارتفاع أعلى بين الإناث منه لدى الذكور.

أما بالنسبة لمعدل النشاط الاقتصادي المنقح فقد ارتفع من (42.5%) عام 1994 إلى (45.6%) عام 2004 ثم انخفض إلى (43%) عام 2009 ثم ارتفع ارتفاعاً طفيفاً إلى (43.4%) لعام 2011، وتختلف النسبة بين الذكور والإناث حيث بلغت عند الذكور (73.1%) عام 1994 و(74.8%) عام 2004 و(71.7%) عام 2009 و(71.2%) لعام 2011، أما عند الإناث فقد كانت (10.8%)، (15.2%)، (13%)، (14.8%) خلال نفس الفترة.

ويتوقع خلال الفترة (2011-2015) حدوث تغييرات سلبية ملموسة على هذه المعدلات، لاسيما لدى القطاع الخاص وغير المنظم منه تحديداً. وطبيعي أن تندرج هذه المسألة ضمن المواضيع الأكثر حيوية والملحة لإيجاد الحلول وإحداث تغيير فعلي في النسب.

2-2-2-2- التركيب التعليمي لقوة العمل

يبين التركيب التعليمي لقوة العمل، وجود اختلالات في نوعية الموارد البشرية العاملة والمهيأة للعمل، كما يبين سبباً من أسباب اختلالات سوق العمل من حيث اعتمادها على عمالة ذات مستوى تعليمي منخفض، من جهة، ووجود بطالة نوعية من جهة أخرى، حيث تشير البيانات إلى انخفاض التركيبة التعليمية لقوة العمل بين عامي 2004 و2009، حيث ارتفعت نسبة قوة العمل من حملة الشهادة الابتدائية وما دون من (51.7%) إلى (56.8%) ثم انخفضت إلى (51.4%) لعام 2011، مقابل ذلك هناك انخفاض في نسبة قوة العمل من حملة شهادات التعليم الإعدادي والثانوي والمعاهد الفنية والتقنية، وكان التطور الايجابي الوحيد هو ارتفاع نسبة حملة الشهادة الثانوية من (8.4%) إلى (10.9%) خلال نفس الفترة.

وخلال الفترة (2011–2015)، وقع خلل واضح في التركيب التعليمي لقوة العمل تتمثل بهجرة أصحاب الكفاءات والعمال المهرة وأصحاب الخبرات لسوق العمل المحلية.

2-2-2-3 معدلات البطالة

ارتفعت نسبة المتعطلين من قوة العمل من (8.2%) عام 1994 إلى (12.3%) عام 2004 ثم انخفضت إلى حوالي (8%) عام 2009 ثم ارتفعت إلى (14.9%) عام 2011. وتفاوتت نسبة البطالة بين الذكور والإناث، حيث وصلت هذه النسبة بين الإناث إلى (11.1%) عام 1994 لترتفع إلى (22%) في عامي 2004–2009 ، أما لدى الذكور فكانت النسبة (6.3%)، (10.5%)، (6%) (10.4%) خلال نفس الفترة.

والملاحظ بأن النسبة الكبيرة من المتعطلين هم من فئة الشباب (15–24) سنة، حيث بلغت (52.4%) عام 2011 بعد أن كانت (43%) عام 2009 و(60.9%) عام 2004 ما يعني وجود حاجة كبيرة لمزيد من الاستثمارات لخلق فرص عمل لهذه الشريحة الكبيرة من السكان.

وبسبب تداعيات الأزمة (2011–2015)، يُتوقع ارتفاع ملحوظ في معدلات البطالة، إذ من الممكن أن يصل المعدل إلى 36% (الذكور:23، الإناث:65) في 2015، وجل الارتفاع سيكون بين الشباب، حيث يتوقع هذا ارتفاع إلى حدود 60% لعام 2015. ويمكن إجمال أهم المشكلات والتحديات التي تسببت في إخفاقات التشغيل وتراجع المستوى المعيشي بالآتي:

- ارتفاع معدل النمو السكاني الذي أدى إلى ازدياد كبير في حجم العرض من قوة العمل.
- ضعف الطلب على قوة العمل وعدم قدرة الاقتصاد الوطني على تحقيق فوائض اقتصادية كافية لاستثمارها في تمويل مشروعات إنتاجية من شأنها توليد فرص عمل تتلاءم ونوعية قوة العمل المتاحة.

- عدم التناسب بين حجم ونوعية مخرجات التعليم وبرامج التدريب وبين احتياجات سوق العمل.
- تدني مردود إنتاجية العامل.
- ضعف التركيبة التعليمية لقوة العمل، حيث يشكل حملة شهادة التعليم الأساسي والأميون والملمون بالقراءة الكتابة حوالي (78%) من مجموع قوة العمل عام 2009.
- تدني مستوى الأجور وعدم تناسبها مع تكاليف المعيشة إضافة إلى أن وقت العمل القصير نسبياً في القطاع العام دفع بنسبة كبيرة من المشتغلين في هذا القطاع إلى ممارسة مهن وأعمال أخرى مما أعاق قدرة سوق العمل على تشغيل المتعطلين فعلاً.
- انخفاض معدل النشاط الاقتصادي الخام حيث لم يتجاوز (27.5%)، كما لم يتجاوز معدل النشاط الاقتصادي المنقح (43.4%)عام 2011.
- ارتفاع نسبة العاملين في القطاع الخاص غير المنظم.

ولقد تفاقمت حدة هذه المشكلات، المذكورة آنفاً، خلال فترة الأزمة 2011–2015، جراء خروج العديد من منشآت القطاع الخاص المنظم وغير المنظم من الخدمة وبالتالي فقدان العاملين فيها لفرص عملهم وصعوبة إيجاد فرص عمل بديلة، كما تدهور المستوى المعيشي لشرائح واسعة من السكان محدودي الدخل فانتقلوا إلى المستوى الأدنى على سلم مستوى المعيشة لترتفع نسبة السكان دون خط الفقر المدقع من عشر السكان تقريباً (11.4%) حسب تقديرات ما قبل الأزمة إلى أكثر من الثلث خلال الأزمة.

2–2–3– البنية التعليمية

حدثت تغييرات إيجابية في بنية الهرم التعليمي للسكان (والتي لا تزال دون المأمول)، تمثلت بانخفاض نسبة الأمية والملمين بالقراءة والكتابة وارتفاع نسبة الحاصلين على مؤهلات تعليمية، وتقليص الفجوة بين الإناث والذكور في هذا المجال. فقد انخفضت نسبة الأمية من (25%) عام 1994 (ذكور: 11.5%، إناث: 31.6%) إلى (19%) عام 2004 (ذكور: 12.1%، إناث: 26.1%) ، ثم إلى (16.2) عام 2009 (ذكور: 9.3%، إناث: 23.4%) ثم إلى (15.6%) لعام 2011 (ذكور: 8.6% ، إناث: 22.6%). ويعود انخفاض نسبة الأمية إلى مجانية التعليم والزاميته التي امتدت بموجب القانون رقم (32) لعام 2002 إلى الصف التاسع (نهاية مرحلة التعليم الأساسي) وإلى الجهود المبذولة في مجال محو الأمية.

كما يشير تقلص الفجوة بين النساء والرجال في هذه النسبة إلى الانحسار التدريجي للموروث الاجتماعي الذي كان يحد من تعليم البنات والاتجاه المتزايد للإناث نحو التعليم، ومع ذلك لازالت الأمية أوسع انتشاراً بين الإناث وفي الريف عن مستواها بين الذكور وفي الحضر.

ولا يزال ضعف التركيبة التعليمية للسكان، رغم تحسنها قليلاً، يشكل عقبة حقيقية أمام الاستفادة الكاملة من الموارد البشرية في عملية التنمية، وتطوير سوق العمل وتوفير احتياجاته من القوى العاملة المؤهلة والمدربة، ومواكبة التقدم العلمي والتقني المتسارع الذي يشهده العالم. حيث بلغت نسبة حملة الشهادة الابتدائية فما دون (67.8%) من مجموع السكان 15 سنة فأكثر عام 2004، ومن ثم انخفضت إلى (59.7%) عام 2009.

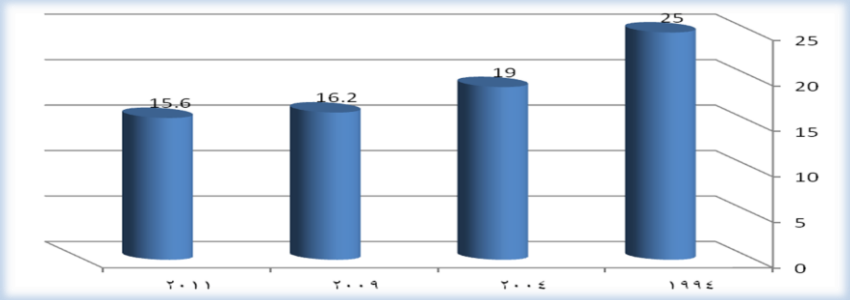
البنية السكانية

البنية التعليمية

❖ حدثت تغييرات ايجابية في بنية الهرم التعليمي للسكان، تمثلت في:

- **انخفاض نسبة الأمية والملمين بالقراءة والكتابة.**
- **ارتفاع نسبة الحاصلين على مؤهلات تعليمية.**
- **تقليص الفجوة بين الإناث والذكور.**

معدل الأمية في سورية خلال الفترة 1994-2011



❖ **رغم التحسن في التركيب التعليمية للسكان مازالت:الأمية أوسع انتشاراً بين الإناث وفي الريف.**

❖ **يتوقع حدوث خلل واضح في التركيب التعليمي لقوة العمل خلال فترة الأزمة، يتمثل أحد عناوينها الرئيسية بهجرة أصحاب الخبرات والكفاءات والعمال المهرة من سوق العمل المحلية إلى الأسواق المجاورة أو الخارجية.**

❖ **يُتوقع اشتداد ضعف البنية التعليمية نتيجة تضرر القطاع التربوي والتعليمي خلال الأزمة.**

وقد شهدت البنية التحتية التعليمية تضرراً على مستوى مقومات التعليم المادية، حيث تراوحت الأضرار الحاصلة بين الدمار التام أو الجزئي أو سرقة المحتويات ومستلزمات العملية التعليمية بالإضافة إلى حرق مستودعات الكتب المدرسية.

تضررت جراء الأحداث التخريبية ما يزيد عن /3004/ مدرسة في عدة محافظات، بالإضافة إلى استخدام ما يقارب /1007/ مدارس كمراكز إقامة مؤقته للمواطنين المهجرين لمنتصف عام 2015.

- تكلفة الدروس الفائتة وتكلفة تأهيل مدارس الإيواء وأضرار المشاغل المهنية والسيارات واحتياجات ضرورية للعملية التربوية /أجهزة حاسوب ووسائل تعليمية/.

- خسائر غير معوضة تشمل سنوات الدراسة التي ضاعت على الطلاب والضحايا والأرواح للمتعلمين والمعلمين إضافة للعديد من حالات العجز المؤقت والدائم والأمراض النفسية وخاصة عند الطلاب.
- تعتبر الإناث الخاسر الأكبر تعليمياً في جميع المناطق وتمثل في تخوف كبير لدى الأهل من إرسال بناتهم إلى المدارس لما تعرضت له الإناث من حوادث خطف وتعذيب واغتصاب وتبين البيانات الإحصائية لوزارة التربية انخفاض أعداد الإناث المسجلين في الصف الأول الأساسي بالنسبة لتسجيلهم في السنوات السابقة.
- وكان لخروج عدد من المؤسسات التعليمية من الخدمة تأثير على نوعية التعليم المتمثلة بمؤشرات الكفاءة الداخلية للنظام التعليمي وخاصة مؤشر متوسط عدد الطلاب في القاعة الصفية ومتوسط عدد الطلاب لكل معلم ومدرس والحاسب وغيرها.

2-2-4- النمو السكاني والفقر

أوضحت نتائج مسح دخل ونفقات الأسرة لعام 2004 أن معدلات الفقر ترتفع بشكل طردي مع ازدياد حجم الأسرة، وذلك من (1.1%) من مجموع أفراد الأسر التي تتكون من شخصين، إلى (5.1%) من مجموع أفراد الأسر التي تتكون من 4-6 أشخاص، إلى حوالي (25%) من مجموع أفراد الأسر التي يبلغ عدد أفرادها 10 أشخاص فأكثر.

من ناحية أخرى، يزيد متوسط عدد الأطفال في الأسر الفقيرة (3.3 طفل) عن متوسط عدد الأطفال في الأسر غير الفقيرة (2.2 طفل)، وتزداد مخاطر الفقر عند الأسر التي يتخطى عدد أطفالها الثلاثة حيث يعيش حوالي (53%) من الفقراء في هذه الأسر.

كما يشتد الفقر ويتعمق بين الأفراد الأميين وخاصة بين أرباب الأسر منهم، ووصلت نسبة الفقراء الذين لم يحصلوا سوى على التعليم الابتدائي فأقل إلى (81,3%) من مجموع عدد الفقراء، بينما لم تصل نسبة الحاصلين على تعليم جامعي بين الفقراء إلى (1%) لعام 2004.

وقد أدت العقوبات الاقتصادية الجائرة إلى حصول انكماش اقتصادي عام، حيث وصل معدل البطالة إلى مستويات قياسية اذ بلغ في العام 2015 حوالي36% (الذكور 23%، الاناث 65%) وخسر ما يقارب 2 مليون نسمة وظائفهم، مما عرض للخطر الحالة المعيشية لما يقارب 6.4 ملايين شخص كان هؤلاء المشتغلين يعيلونهم.

ويقدر في ظل الأزمة أن أكثر من نصف السكان أضحوا يعيشون في حالة فقر، إذ أن ما يقارب 7 ملايين نسمة دخلوا دائرة الفقر منذ بداية الأزمة، حيث أن الأسر السورية أنفقت مدخراتها واستنفذت استراتيجيات التأقلم المتاحة لها.

تواصل اتساع رقعة الفقر المادي خلال عام 2015 نتيجة لارتفاع أسعار السلع والخدمات، وفقدان الوظائف وضعف النشاط الاقتصادي، وازدياد نسبة الانزياحات الداخلية للسكان الذين فقدوا ممتلكاتهم وأصولهم.

III- التحديات المستقبلية للمسالة السكانية في سورية

من خلال ما سبق يلاحظ أن هناك تحديات مستقبلية قد تتصاعد بشكل تراكمي واختلالي خلال العقود القادمة من القرن الحالي وخاصة في مجال انفتاح النافذة الديمواغرافية. ومع اتساع الإدراك العلمي المدروس لهذه التحديات لابد من البحث بشكل مفصل في هذه التحديات السكانية والاقتصادية والاجتماعية وتحديد مؤثراتها الآنية والمستقبلية في سياق التنمية المستدامة، وفيما يلي إشارات مختصرة لهذه التحديات:

3-1- تحديات المتغيرات السكانية

إن تحديات المتغيرات السكانية المتعلقة بالخصوبة والوفيات وصافي الهجرة الخارجية المكونة لمعدل النمو السكاني تتركز في اتجاهات ومكونات هذه المتغيرات وهي التي تحدد معدل التسارع في حجم السكان والذي سيشكل تحدياً للجهود الوطنية لتحقيق معدلات عالية لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، وبالتالي القدرة على تحقيق مستويات أعلى في نوعية الخدمات المقدمة للسكان وزيادة رفاهيتهم.

3-1-1- مستويات الخصوبة والإنجاب

يعود تراجع معدل الخصوبة من مستوياته المرتفعة إلى المتوسطة إلى الإنجازات الاجتماعية والصحية والاقتصادية التي تمت خلال العقود الأربعة السابقة والتي شكلت البيئة المناسبة لتفاعل تلك المحددات، وعليه فإن الاستجابة إلى التحدي الأبرز في هذا السياق والمتمثل بتخفيض معدل الخصوبة من مستوياته المتوسطة إلى المنخفضة يجب أن يركز على الاستمرار في تعزيز السياسات المؤدية إلى التوسع في نشر التعليم في الحضر والريف، ورفع معدل التحاق السكان، وخاصة الإناث، بالتعليم، والدمج المتزايد للإناث في سوق العمل، ورفع الوعي الصحي، وتعزيز السلوك الإنجابي السليم بما في ذلك التوسع في استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة على مستوى المناطق والشرائح الاجتماعية، وارتفاع السن عند الزواج الأول وخاصة بين الإناث، وتأخير انجاب الطفل الأول بعد الزواج، والمباعدة بين الحمول.

3-1-2- معدلات الوفاة والمراضة

إن المتتبع لتاريخ التحولات الوبائية والمرضية في سورية يستخلص أن انحسار الأوبئة بدأ جلياً منذ بداية السبعينات نتيجة جهود الدولة والمجتمع للسيطرة على الأمراض السارية والمتنقلة والمستوطنة الناتجة عن العدوى. حيث انخفضت نسبة المراضة وأنماطها مع تحسن الأحوال المعيشية والاتساع النسبي في دائرة الخدمات العلاجية والوقائية. وقد انعكس هذا التطور على انخفاض معدل الوفيات العامة ووفيات الأطفال والرضع.

ويتمثل التحدي هنا، في أن معدلات الوفيات في سورية (قبل الأزمة) وصلت إلى مستويات جيدة مقارنة بالدول العربية والدول النامية وأن أية انخفاضات إضافية تتطلب جهوداً مضاعفة واستثمارات اكبر في مجال الخدمات الصحية، كما أن المحافظة على مستوى الخدمات الصحية والمؤشرات الحالية يحتاج إلى استثمارات كبيرة. وإثر الأزمة التي تمر بها البلاد فقد يكون التحدي الأهم في هذا السياق استرجاع مستويات ما قبل الأزمة والانطلاق منها إلى مستويات أفضل.

3-1-3- تحديات التوزع الجغرافي للسكان والهجرة الداخلية والتحضر

إن واقع التجمعات السكانية وتوزع السكان أملته ظروف اقتصادية وجغرافية ومناخية محضة، ورغم تيارات الهجرة التي حدثت خلال عقدي الستينات والسبعينات حافظت خريطة التوزع الجغرافي للسكان في سورية على شكلها خلال حقبة زمنية طويلة، حيث لم يحدث تبدل كبير وجوهري في التوزيع السكاني خلال الفترة 1960-2010 إلا في بعض المحافظات، حيث انخفضت نسبة سكان محافظة مدينة دمشق لصالح سكان محافظة ريف دمشق نتيجة تيارات الهجرة من سكان مدينة دمشق للسكن في ريف دمشق نتيجة ارتفاع أسعار المسكن في المدينة، كما حدثت تبدلات محدودة جداً وغير ملحوظة في باقي المحافظات، مثل محافظتي اللاذقية وطرطوس، والقنيطرة وريف دمشق، وحلب وادلب.

ورغم انخفاض تيارات الهجرة في الثمانينات وعقد التسعينات نتيجة السياسات الاقتصادية المتوازنة نسبياً، إلا أن الاستمرار في التوزع الجغرافي القائم والذي تركز فيه أكثر من 52% من السكان في أربع محافظات هي: دمشق وريفها وحلب وحمص، وتوزع باقي سكان سورية في المحافظات العشر الباقية أدى إلى عدم توافق بين التوزع الجغرافي وتوزع الموارد الاقتصادية والاجتماعية، وبالتالي فالتحدي هنا يتمثل في وضع سياسات سكانية تحقق توزعاً جغرافياً أكثر توازناً مع الموارد الاقتصادية عن طريق تعزيز التنمية الاقتصادية والاجتماعية المحلية المستدامة في ظل التنمية الاقتصادية والاجتماعية الإجمالية المتوازنة للحضر والريف على السواء.

3-2- التحدي التعليمي

إن استقراء مستقبل العلاقة بين السكان والتعليم خلال الفترة 2000-2025 يشير إلى توقع وجود ضغوط كبيرة على القدرة الاستيعابية للنظام التعليمي وقدرة تكيفه مع الاحتياجات السكانية المتصاعدة وللفرضيات المختلفة للنمو السكاني حتى عام 2025 مما يتطلب زيادة مخصصات التعليم من الموازنة العامة للدولة وبالتالي من الناتج المحلي الإجمالي وذلك ضمن التكلفة المالية الحالية للطالب في المراحل التعليمية المختلفة على الرغم من مشاركة القطاع الخاص وذلك لمقابلة الأعداد المتزايدة من السكان في سن التعليم إضافة إلى رفع نوعية التعليم وزيادة كفاءته النوعية والكمية في ظل هدف التنمية المستدامة.

3-3- تحديات الملتحقين بسوق العمل والحد من البطالة

نتيجة التحولات في المتغيرات الديمغرافية واتجاهات انخفاض الخصوبة وبدء انفتاح النافذة الديموغرافية في عدد من المحافظات خلال العقد الحالي وتوقع دخول باقي المحافظات خلال العقود القادمة، فإن نسبة السكان في سن العمل (15-64) سيرتفع على حساب نسب السكان دون 15 سنة خلال العقود القادمة وخاصة في الفرض المنخفض والمتوسط للنمو السكاني إضافة إلى توقع أن ارتفاع معدل النشاط المنقح للإناث، وبالتالي فإن هناك أعداداً متزايدة من الداخلين إلى سوق العمل سنوياً. وهذا يشكل تحدياً كبيراً في إيجاد فرص عمل لهذه الأعداد وتأمين توافق مخرجات التعليم والتدريب مع متطلبات سوق العمل. وهنا يظهر حجم التكاليف الاقتصادية المطلوبة لتأمين فرص عمل مهما اختلف السيناريو المتوقع للنمو الاقتصادي والسكاني المستقبلي.

3-4- التحدي في مجال الموارد الطبيعية

تعتبر المياه والغذاء والطاقة من الأمور الحيوية في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وقد حظيت هذه الموارد باهتمام خاص في الخطط الخمسية المتعاقبة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية خلال العقود الأربعة الأخيرة، وذلك بهدف تحقيق الأمن الغذائي والمائي وتوفير الطاقة لمشاريع التنمية وزيادة رفاهية المواطن. وقد فرضت الزيادات السكانية خلال هذه الفترة والتبدلات في العادات الاستهلاكية للسكان لهذه الموارد والتوسع في نشاطات التنمية ضغوطاً كبيرة على هذه الموارد المحدودة وخاصة خلال العقدين الأخيرين.

3-5- تحديات التنمية

بدأ العمل بالتخطيط الاقتصادي والاجتماعي منذ عام 1960 وصدرت أول خطة خمسية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية للفترة 1961-1965 وتوالي إعداد الخطط الخمسية حيث نفذت عشر خطط خمسية خلال الفترة 1960-2010 وشكلت كل واحدة منها خلفية متقدمة ليس من حيث منظور المنهجية التخطيطية فحسب، ولكن أيضاً من حيث منطلقات ومحتويات وغايات وسبل

تحقيق هذه الخطط وقد نفذ حالياً إطار الخطة الخمسية الحادية عشر ومنهجية جديدة هدفت إلى جملة من الإصلاحات في البنية الاقتصادية والاجتماعية.

وفي ضوء التطورات المستقبلية للسكان للفترة 2000–2025 ووفق مختلف السيناريوهات المحتملة، فإن افتراض تحقيق معدلات عالية للنمو الاقتصادي أعلى من معدلات النمو السكاني تبقى صعبة المنال إذا لم يتم تحقيق الإصلاحات المطلوبة في الاقتصاد الوطني من خلال الخطط الخمسية الحالية والقادمة. وفي حال عدم تحقيق معدلات النمو المطلوبة والتي يجب أن تكون أربعة أمثال ولا تقل عن ثلاثة أمثال معدل النمو السكاني فإن هذا سينعكس سلباً على الدخل الفردي ومستوى رفاهية المواطن.

3–6– تحديات إفرازات الأزمة

قد تسبب تداعيات الأزمة الحالية لاسيما في حال استمرارها لفترة أطول إلى تحول التحديات المذكورة سابقا إلى مشكلات تستعصي على الحل نتيجة تعقدها أو توليدها لمشكلات أخرى.

ولعل التحدي الأبرز هو: تأمين البيئة المواتية لعودة المهجرين والنازحين لأماكن إقامتهم المعتادة، واسترجاع المؤشرات الديموغرافية الحيوية إلى مستوياتها ما قبل الأزمة لمتابعة تطويرها نحو الأفضل لاحقاً، وتجاوز التشوهات التي أصابت البنى الهيكلية للسكان الجغرافية والاجتماعية والتعليمية والصحية والمهنية...

3–7– التحديات المستقبلية لقطاع السكان/ مؤسساتياً

هناك جملة من التحديات المستقبلية لا بد من تجاوزها لتطوير واقع قطاع السكان، وقد يشترك هذا القطاع مع القطاعات الأخرى في بعض منها لكنه يتفرد في بعضها الآخر كونه مجالاً معرفياً عابر للقطاعات، ولعل أبرز هذه التحديات ما يلي:

- غياب قاعدة بيانات للخبرات الوطنية المتخصصة في العلوم السكانية ونتاجها المعرفي.
- غياب التشبيك بين المؤسسات والهيئات الرسمية وغير الرسمية التعليمية والعلمية والبحثية، وغياب التنسيق فيما بينها لدعم التراكم المعرفي والعلمي والبحثي المنتج والمزمع إنتاجه.
- عدم وجود مكتبة علمية ورقية والكترونية متخصصة في العلوم السكانية تضم ما تم إنتاجه أو إصداره في سورية من مصادر ومراجع ودوريات وأبحاث ودراسات وتقارير سكانية.
- الافتقار إلى كوادر وطنية مؤهلة ومتخصصة تأهيلاً وتدريباً متكاملاً في علوم السكان.
- صعوبة الوصول إلى البيانات الخام من مصادرها الأساسية والتضييق على الباحثين (كأفراد) في تنفيذ دراسات ميدانية.
- غياب المراكز البحثية المتخصصة في العلوم السكانية.

VI- نتائج تحليل الواقع الراهن لقطاع السكان – تحليل "سوات"

تتصف نقاط قوة هذا القطاع بمحدوديتها جداً قبل فترة الأزمة، وخلال فترة الأزمة أصبحت نقاط القوة شبه معدومة، بينما يتصف بوجود نقاط ضعف كثيرة ليس من السهل التغلب عليها.

نقاط القوة	نقاط الضعف
– مجتمع بشري فتي رغم التراجع النسبي للشريحة الطفلية. – قاعدة سكانية كبيرة الحجم نسبياً ومرشحة للتزايد نحو الضعف تقريباً بغضون الـ 30 سنة القادمة. – تنامي الحجم النسبي للسكان في سن العمل وتوقع وصول نسبتهم خلال العقدين القادمين لأكثر من ثلثي السكان. – تراجع معدل الإعالة النظرية أو العمرية أو الديموغرافية. – ارتفاع نسبة المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة وتنامي انتشار سلوك إنجابي متسق مع أسس ومبادئ الصحة الإنجابية. – إحداث الهيئة السورية لشؤون الاسرة والسكان وتكليف الهيئة بمتابعة الملف السكاني بالعمل وفق النهج التشاركي – وجود المعهد العالي للدراسات والبحوث السكانية، وتدريس مقرر جامعي أو أكثر في كليات الاقتصاد وأقسام علم الاجتماع والجغرافيا	– رغم انخفاضه النسبي ما زال معدل النمو السكاني مرتفعاً على المستوى الوطني الإجمالي، وما زال نمط معدل النمو السكاني السريع مهيمناً في 6 محافظات سورية. وبالتالي (استمرار تنامي مشكلة الزخم (الدفع) السكاني لمدة لا تقل عن 25 سنة، وبمعدل سنوي لا يقل عن نصف مليون نسمة). – سيادة نمط الخصوبة المرتفع في 6 محافظات سورية بالاضافة إلى وجود ركود أو بطء في تراجع مستويات الخصوبة على المستوى الوطني خلال السنوات العشر الأخيرة. – اختلالات كبيرة في التوزع الجغرافي للسكان /اكتظاظ سكاني في العاصمة وفي مراكز المدن الكبرى، يرافقه تباين في الكثافة المجالية بين مناطق القطر كافة (تفاقمت بشكل كبير بعد الأزمة). – وجود حركة هجرة خارجية غير منتظمة، لا سيما لدى الشباب ولدى الكفاءات وأصحاب الخبرات والمهارات. – رغم الانجازات المتحققة على المستوى الكمي، فإن هناك تدني في المستوى النوعي لمخرجات التعليم بمراحله المختلفة، وعدم تناسب بين حجم ونوعية مخرجات التعليم والتدريب وبين احتياجات سوق العمل. – انخفاض معدل النشاط الاقتصادي الخام والمنقح، وركود مستوى مساهمة المرأة في قوة العمل عند الحدود الدنيا. – نسبة بطالة مرتفعة وخاصة بين الشباب (ارتفعت إلى مستويات غير مسبوقة خلال الأزمة). – تدني ملحوظ في مستوى مؤشرات التنمية البشرية خلال فترة الأزمة. – تشتت إدارة الملف السكاني. – قلة الدراسات البحثية المعمقة حول المسألة السكانية.

الفرص	المخاطر (التحديات)
– اهتمام سياسي وحكومي في المستويات العليا بالقضايا السكانية. – التغير الايجابي في بنية السكان العمرية لصالح نمو حجم السكان داخل القوة البشرية المتوقع خلال العقدين القادمين جراء ظهور بوادر انفتاح النافذة الديموغرافية ودخول بعض المحافظات في هذه المرحلة من مراحل التغير السكاني، ما يعني وجود عرض نسبي مرتفع من السكان في سن العمل غير مسبوق تاريخياً، وغير قابل للتكرار. – وجود فترة زمنية متاحة لا تقل عن ربع قرن قبل أن يبدأ المجتمع السكاني في سورية الدخول في مرحلة التشيخ. – تنامي الوعي بالقضايا السكانية بين الفئات السكانية وخاصة الشباب منهم. – وجود رغبة وحاجة لدى فئات المجتمع السكانية وخصوصاً لدى النساء والشريحة الشابة عموماً في الانخراط في العملية التنموية والمشاركة فيها عبر متابعة التعليم والتدريب والتأهيل والبحث عن فرص العمل المناسبة.	– تفاقم مشكلة هجرة الكفاءات. – عدم كفاية الموارد الطبيعية لاحتياجات السكان (المياه، والغذاء، والطاقة)، وبالتالي عدم القدرة على تحقيق التنمية المستدامة. – انخفاض الوعي المجتمعي بمؤشرات التنمية البشرية. – التأخر في إعادة بناء البنية التحتية والوحدات السكنية المتضررة، وبالتالي بقاء قسم كبير من السكان بحالة عدم استقرار جراء الأزمة التي تتعرض لها سورية منذ عام 2011. – عدم الاستفادة من المنظمات الدولية وخاصة صندوق الأمم المتحدة للسكان. – استمرار ركود أو تباطؤ تراجع مستويات الخصوبة ولا سيما الزواجية منها. – عدم الاستفادة من فرصة انفتاح النافذة الديموغرافية، وما يستتبع ذلك من: *هدر فرصة تاريخية من مراحل التغير السكاني لن تتكرر مستقبلاً. *ارتفاع معدل الإعالة الفعلية. * تفاقم مشكلة البطالة بمختلف أنواعها ولدى مختلف الشرائح والفئات السكانية. * تنامي مشكلة الفاقد النسوي. * تنامي مشكلة الإحباط لدى الراغبين بالدخول إلى سوق العمل. * تفاقم مشكلة الهجرة الداخلية والخارجية وهجرة الكفاءات. * انغلاق النافذة على مجتمع سكاني دخل مرحلة التشيخ وينوء بعبء إعالة المتعطلين ومن هم خارج قوة العمل إضافة إلى الشريحة الطفلية وشريحة المسنين التي من الممكن أن تشكل حينها نسبة قريبة من خمس السكان. – تنامي ظاهرة عمالة الأطفال. – تنامي مشكلة التسرب (بالأرقام المطلقة والنسبية).

V- إدارة الملف السكاني

رغم وجود بعض الإجراءات التي تصب في خدمة التأثير على السلوك الإنجابي، ورغم الإعلان عن سياسة سكانية واضحة حددت مسؤوليات الجميع وعلى المستويات كافة، الحكومية والمجتمعية والأسرية أو الفردية، إلا أنه لا يوجد في سورية، حتى تاريخه، مؤسسة واحدة تتمتع بصلاحيات إدارية ومالية وتنفيذية مناسبة تتولى إدارة هذا الملف وفق أسلوب عمل يلزم جميع الجهات العاملة أو المهتمة بالشأن السكاني التنموي بالتعاون والتنسيق مع هذه المؤسسة لتتمكن من وضع السياسات السكانية وتتبع تنفيذها لتتراكم فيها جميع الجهود والخبرات بدل تشتتها وتبعثرها.

وعليه تعتبر إدارة المسألة السكانية في سورية إحدى التحديات الأساسية في معالجة المشكلة السكانية، بل هي أحد أبعاد المشكلة السكانية، خصوصاً وأن إدارة هذه المسألة يتطلب جهود عدد من الجهات الحكومية وغير الحكومية، ويتطلب أيضاً وبامتياز تطبيق مفاهيم الحوكمة (تضمينية، فعالية، شفافية، تقويم ورصد، مساءلة....).

وتدار المسألة السكانية من الجانب الحكومي والمنظمات شبه الحكومية والمجتمع الأهلي على عدة مستويات: سياسية (رسم استراتيجيات وسياسات) وفنية (إعداد وتنفيذ ومتابعة السياسة)، حيث يتم ذلك بالتنسيق بين هيئة التخطيط والتعاون الدولي والهيئة السورية لشؤون الأسرة والسكان وعلى المستويين المركزي والمحلي.

فعلى المستوى المركزي: هناك اللجنة الوطنية العليا للسكان برئاسة رئيس مجلس الوزراء وعضوية الجهات المعنية، وهذه اللجنة معنية بإقرار السياسات اللازمة والخطط الموضوعة ومتابعة تنفيذها بالإضافة للتنسيق بين كافة المعنيين في تنفيذ هذه السياسة. وهناك أيضاً اللجنة الفنية الاستشارية والتي تضم في عضويتها عدد من الجهات المعنية بالملف السكاني وإدارته.

IV- الخاتمة

- إيجاد الإطار التشريعي والمؤسسي لتحديد المسؤوليات للجهات (الحكومية وغير الحكومية) العاملة في البرامج السكانية وقضايا الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.
- إعداد إطار عمل وطني (وثائق سياسة سكانية محدثة) لضمان عدم تبعثر الجهود والازدواجية في التنفيذ.
- إعداد وتدريب وبناء كوادر وطنية لتحقيق مسألة الاتساق والتناغم والتكامل والدمج بين السياسات الكلية والقطاعية وكذلك بين البرامج والمشروعات، وعدم تعارضها مع بعضها، لتحقيق الكفاءة والجدوى من حيث الكلفة والفاعلية والعائد

- إعادة تشكيل اللجان الفرعية للسكان كل محافظة برئاسة المحافظ وعضوية كافة الجهات الحكومية وغير الحكومية الممثلة في اللجنة الوطنية للسكان، وهذه اللجنة معنية بتنفيذ ومتابعة السياسات الموضوعة على المستوى المحلي.

- قائمة المراجع

- المراجع باللغة العربية

- المكتب المركزي للإحصاء بالتعاون مع جامعة الدول العربية – قطاع الشؤون الاجتماعية، المسح الصحي الأسري 2009.
- المكتب المركزي للإحصاء، التعداد العام للسكان والمساكن لعامي 1994–2004.
- المكتب المركزي للإحصاء، المجموعات الإحصائية للأعوام 1960–1970–1981–1994–2004–2010–2011.
- المكتب المركزي للإحصاء، مسح قوة العمل للأعوام 2001–2009–2010–2011.
- الهيئة السورية لشؤون الأسرة والمكتب المركزي للإحصاء وهيئة تخطيط الدولة، دراسة دينامية السكان والصحة الإنجابية وتمكين المرأة والفقر والعوامل الاجتماعية في المحافظات السورية خلال الفترة 1994–2004.
- الهيئة السورية لشؤون الأسرة وصندوق الأمم المتحدة للسكان، حالة سكان سورية (التقرير الوطني الأول 2008)، دمشق 2009.
- الهيئة السورية لشؤون الأسرة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، حالة سكان سورية 2010– التقرير الوطني الثاني – انفتاح النافذة الديموغرافية تحديات وفرص، دمشق، 2011.
- وزارة الصحة، مديرية الرعاية الصحية الأولية، الاستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة للفترة (2013–2015).
- وزارة التربية، بيانات تسجيلية غير منشورة 2013.

تأثير الحـــالـــة الصحيـــة على وفيات الرضع فـــي الجـــزائر

صليـحـــة واضـــح[1]

- مستخلص

إن ظاهرة وفيات الأطفال الرضع أخذت منعرجا واحدا في كل الدول سواء المتقدمة منها أو المتخلفة، وهذا المنعرج يتمثل في الانخفاض المستمر الذي يدل على مدى اهتمام هذه الدول بهذه الظاهرة والجهود المبذولة للحد منها. الجزائر من بين هذه الدول التي انخفضت فيها نسبة وفيات الأطفال الرضع، وهذا بفضل السياسة التي تنتهجها إذ بذلت جهودا كبيرة واستطاعت أن تسجل انخفاضا محسوسا في وفيات هذه الشريحة من المجتمع. إن هذا الانخفاض يعكس مدى اهتمام المصالح الصحية بما يتماشى مع السياسة الصحية للدولة من أجل تحسين المستوى الصحي لهذه الشريحة بحيث ينخفض معدل الوفيات الأطفال الرضع إلى المعدلات العالمية.

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع الحالة الصحية والاقتصادية في الجزائر، وتأثيرها على وفيات الأطفال الرضع، كما نقف على أسباب هذه الوفيات بتقييم وتحليل أغلب المؤشرات الصحية، الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر عليها لتنتهي بإعطاء توصيات واقتراحات واستراتيجيات لمواصلة خفض الوفيات الصبيانية والحد من تفاقم هذه الظاهرة التي لا تزال مرتفعة مقارنة بالدول المتقدمة.

وقد خرجت الدراسة بعدد من التوصيات أهمها ضرورة العناية بالمرأة الحامل طبيا، خاصة في الفترة الأخيرة من الحمل؛ والعناية الفائقة بحديثي الولادة مُنخفضي الأوزان؛ تحسين الخدمات الصحية المُقدمة والتعاون بين القطاع العام و الخاص؛ ووضع خريطة صحية جديد للبلاد.

الكلمات المفتاحية: وفيات الأطفال الرضع، الحالة الصحية، الجزائر، المؤشرات الاقتصادية، الاجتماعية، الديموغرافية، الصحية، رعاية الأمومة، حديثي الولادة.

[1] **أستاذة محاضرة بالمدرسة الوطنية للإحصاء والاقتصاد التطبيقي، الجزائر. souadah@yahoo.fr**

I- مقدمـــة

لقد شكلت الصحة المجال الأكثر أهمية بالنسبة للشعوب عبر الزمن، حيث كانت ولا زالت تسعى إلى التغلب على الأمراض المختلفة ومحاولة القضاء عليها من خلال تحسين الظروف الاجتماعية، الاقتصادية، الصحية والبيئية وكذلك تطوير التقنيات الصحية والوقائية. ولقد تسارعت وتيرة هذا التقدم العلمي والتطور التقني خاصة بعد الحرب العالمية الثانية، حيث شمل العالم كله بما في ذلك الدول النامية. ومن الانعكاسات الإيجابية لهذا التطور العلمي في المجال الطبي هو تخفيض مستويات الوفيات بشكل ملموس عبر الزمن بشكل عام ووفيات الأطفال بشكل خاص، **(Dekkar, 1999)**، مما أدى إلى ارتفاع أمل الحياة.

كما أن الصحة عموما تؤثر تأثيرا كبيرا في ديناميكية السكان، فمنذ القديم ثبت أن للديمغرافيا علاقة بالصحة، حيث أنهما يتقاسمان روابط جد واسعة، فكلما تحسنت الأوضاع الصحية نتج عنه انخفاض الوفيات وارتفاع أمل الحياة، والعكس صحيح. علاوة على ذلك تطرح ظاهرة وفيات الرضع مبادئ توجيهية يمكن الاسترشاد بها في مجال إعداد برامج الصحة العامة، ولقد شهدت الآونة الأخيرة على الصعيد العالمي اهتماما ملحوظا بدراسة وفيات الرضع سواء من حيث الاتجاهات والمستويات أو من ناحية الأسباب والمحددات.

1-1- إشكالية الدراسة

نظرا لأهمية ومدى تأثير الأوضاع الاقتصادية على الوضع الصحي و نقص الدراسات الميدانية والاحصائية حول أسباب وفيات الأطفال الرضع عامة في الجزائر، وأن غالبية الدراسات الطبية لم تأخذ الجانب الاقتصادي بعين الاعتبار وتعتمد على معطيات محدودة وغير شاملة، كما لا يمكن لهذه الدراسات أن تحدد اتجاهات هذه الوفيات عبر الزمن لأنها لا تُجرى بصفة منتظمة، هذا من جهة، ومن جهة أخرى عدم القيام بتحقيقات وطنية تخص وفيات الرضع، فجاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على هذا الموضوع ومحاولة الإجابة على التساؤل الجوهري التالي: **هل تؤثر الحالة الصحية على وفيات الرضع في الجزائر؟**

سوف نحاول من خلال هذه الدراسة الإجابة عن التساؤل المحوري من خلال التطرق لتحليل تطور النظام الصحي في الجزائر مع الأخذ بعين الاعتبار الحالة الصحية للأطفال الرضع وربطها بالحالة الاجتماعية والاقتصادية للجزائر.

1-2- الأهمية والهدف من الدراسة

يعتبر انخفاض مستوى الوفيات الصبيانية هدف أساسي من أهداف الألفية للتقدم والنمو الاقتصادي والاجتماعي لبلد معين، فهو مؤشر مهم في تقييم الحالة الصحية والاقتصادية، لذلك شهدت السنوات الأخيرة اهتماما كبيرا من طرف الباحثين في عدة مجالات بهذا الموضوع. ونظرا لأهمية الموضوع تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- يتمثل الهدف العام والأساسي لهذه الدراسة في المساهمة في تحسين الوضع الصحي في الجزائر على الصعيد العربي والعالمي بوضع استراتيجية والاستثمار في القطاع الصحي
- محاولة التحقق من إيجاد العلاقة بين النظام الصحي وانخفاض الوفيات بصفة عامة ووفيات الأطفال الرضع بصفة خاصة، بحيث يؤثر تحسين الحالة الصحية إيجابا على مستوى الوفيات الصبيانية في المجتمع وذلك بانخفاضها، وهذا دليل على مستوى التقدم لهذا المجتمع.
- تحسين الخدمات الصحية المُقدمة والتعاون بين القطاع العام والخاص.

1-3- منهجية الدراسة

تعتمد الدراسة الحالية على التحليل الوصفي لعدد من المؤشرات الصحية والاقتصادية والديموغرافية اعتمادا على مصادر الاحصائيات الرسمية المتمثلة في تقارير وإحصائيات سواء الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات أو تقارير وزارة الصحة والسكان أو من مختلف مراكز البحوث والدراسات والمنظمات الدولية. كما استندت الدراسة على دراسة نسب التغير خلال فترات مختلفة من الزمن للفترة (1990- 2016)، وهو ما تم رصده من خلال بيانات الديوان الوطني للإحصائيات الصادرة في 2017 على وجه التحديد.

1-4- مصادر البيانات

نظرا لقلة الدراسات حول تأثير الحالة الصحية على انخفاض وفيات الرضع، تستمد هذه الدراسة بياناتها من مصادر رسمية مختلفة، منها ما تم جمعها من طرف الباحثة، ومنها من طرف أجهزة رسمية أهمها:

- المنظمة الصحة العالمية.
- البنك الدولي.

- الديوان الوطني للإحصائيات.
- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.
- الجامعة العربية: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل.
- تقارير اليونيسيف.
- مركز الدراسات في البحوث في الاقتصاد التطبيقي والنمو CREAD.

II- تطور النظام الصحي في الجزائر

لقد ورثت البلاد بعد الاستقلال نظام علاج على الطريقة الفرنسية، واستمر العمل بهذا النظام لعدة سنوات. وفي سنة 1974 أقرت الدولة العلاج المجاني في الهياكل الصحية، تم إدماج هذا المبدأ في دستور 1976، كما تم تأسيس صناديق الضمان الاجتماعي وشركات التأمين.

نتيجة الأزمة التي شهدتها الجزائر بداية من سنة 1986، تأثر الاقتصاد بعمق، حيث انخفضت مداخيل البلاد بشكل كبير وهذا ما أثر كثيرا على ميزانية الدولة في كل القطاعات، بما في ذلك القطاع الصحي والتنمية الاجتماعية على غرار التربية والتعليم، كما تأثر إعداد وتمويل النظام الصحي، وفي نفس الوقت ظهرت عدة صعوبات جوهرية، وستحاول الدراسة عرض ما يلي:

- واقع الصحة في الجزائر بعد الاستقلال مباشرة.
- واقع الصحة في الجزائر أثناء المرحلة الأولى من تطبيق برنامج العلاج المجاني خلال الفترة: 1974- 1984.
- تأثير الأزمة الاقتصادية على الصحة العمومية في الفترة 1985- 1990.
- إعادة الهيكلة وحرية النظام الصحي بداية من سنوات التسعينات إلى يومنا هذا.

2-1- الأوضاع الصحية بعد الاستقلال

بعد الاستقلال عانت الجزائر من وضعية صحية حرجة، نتجت عن ظروف اجتماعية واقتصادية صعبة اتسمت بسوء التغذية وظروف صحية متدنية، زاد من حدتها مغادرة الأطباء الفرنسيين الذي خلف نقصا كبيرا في التأطير الطبي، مما دفع السلطات الجزائرية إلى طلب المساعدة الدولية حيث قدر عدد الأطباء الأجانب سنة 1962 بحوالي 637 طبيب مقابل 342 طبيب جزائري **(ONS, 2013)**. وجاءت أغلب المساعدات الدولية من روسيا، مصر، بلغاريا، رومانيا والصين.

ويبين الجدول (1) تطور عدد الأطباء الجزائريين والأجانب خلال الفترة الممتدة من 1962 إلى 1973.

جدول (1)

تطور عدد الأطباء الجزائريين والأجانب 1962- 1973.

السنة	عدد الأطباء		
	الجزائريين	الأجانب	المجموع
1962	342	937	**1 279**
1963	285	1 034	**1 319**
1964	288	1 013	**1 301**
1965	304	1 115	**1 419**
1966	364	992	**1 356**
1967	417	1 036	**1 453**
1968	461	1 152	**1 613**
1969	519	1 179	**1 698**
1970	611	1 149	**1 760**
1971	696	1 189	**1 885**
1972	784	1 201	**1 985**
1973	1 241	1 226	**2 467**

- المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات.

وسارعت الجزائر إلى صياغة مجموعة من الأهداف والإجراءات منها، (**عياش ه، 1992**):

- مجانية الاستفادة من خدمات مراكز الأمومة والطفولة (PMI).
- إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية ابتدءا من سنة 1963.
- انتشار التطعيم ومجانيته لخمسة أمراض (السل، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال، الجدري) سنة 1969.
- الحملة الوطنية للتطعيم BCG.

كما أن الهياكل الصحية التي توفرت آنذاك كانت قليلة وتواجدها محصور خاصة في المراكز الحضرية الكبرى كالجزائر العاصمة، وهران وقسنطينة، **(OUCHFOUN.A et HAMMOUDA.D, 1993)**، حيث لم يتجاوز عدد المستشفيات سنة 1974 في كامل التراب الوطني 143 مستشفى أما مراكز الأمومة والتوليد فقدر بحوالي 50 مركز فقط، **(الديوان الوطني للإحصائيات، 2013)**.

2-2- الحالة الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية،

بلغ عدد سكان الجزائر بعد الاستقلال سنة 1962حوالي 10 مليون نسمة، أغلبيتهم شباب (50% أقل من 15 سنة)، كما اتسمت مرحلـــة مـــا بعـــد الاستقـــلال بارتفـــاع النمـــو الديموغرافـــي (معدل الولادات 48.5%) نتيجة الاستقرار والأمن، أما بالنسبة لأمل الحياة عند الولادة فلم يتعد 50 سنة بسبب الأوضاع الصحية السيئة. وفيما يخص وفيات الأطفال فقارب 200 وفاة لكل 1000 ولادة، ويوضح الجدول التالي وفيات الرضع في خلال الفترة 1962- 1973.

(OUCHFOUN.A et HAMMOUDA.D, 1993)

جدول (2)

وفيات الرضع لكل 1000 ولادة حية في الجزائر للفترة 1962- 1973

السنة	عدد وفيات الأطفال الرضع ‰
1962	144
1963	143
1964	143
1965	144
1966	144
1967	144
1968	144
1969	144
1970	143
1971	142
1972	141
1973	139

المصدر: البنك الدولي.

وبالرغم من أن وفيات الرضع واصلت انخفاضها خاصة بعد 1969 إلا أن هذا المعدل يعتبر مرتفعا جدا. من الناحية الاقتصادية، وقد مثلت الزراعة المورد الوحيد للدولة، حيث أن 70% من المجتمع الجزائري في ذلك الوقت يعيشون على الزراعة وثلاثة أرباع السكان يعملون فيها، وفي سنة 1965 بلغت ميزانية الدولة 2914 مليون دينار بفضل العائدات البترولية، والتي استفاد من خلالها القطاع الصحي بقيمة 194 مليون دينار أي ما يعادل 6.65% من الميزانية العامة.

2-3- الحالة الصحية، (OUCHFOUN.A et HAMMOUDA.D, 1993)

بعد الاستقلال مباشرة لم تكن المؤشرات الصحية للشعب الجزائري محددة، أما فيما يخص الأمراض التي انتشرت في تلك الفترة أغلبها أمراض معدية، فطرية أو التهابات نتجت عن حالة عدم النظافة الكافية وما زاد في تعقيدها هو حالة سوء التغذية التي مست جزءا كبيرا من المجتمع.

من بين الأمراض الالتهابية التي انتشرت بين الأطفال واعتبرت من أهم أسباب وفياتهم هي الكزاز والسعال الديكي، وسبب انتشار هذه الأمراض هو عدم توفر اللقاحات بالشكل الكافي إن لم نقل انعدامها. إضافة إلى هذه الأمراض فقد خلفت الثورة التحريرية أشخاص معاقين ذهنيا، حاولت الدولة التكفل بهم ولكن ندرة الأطباء الجزائريين المختصين حال دون ذلك.

– تنظيم وتمويل النظام الصحي: (OUCHFOUN.A et HAMMOUDA.D, 1993).

لم يتكيّف نظام العلاج الموروث عن الاستعمار في مجمله مع متطلبات المجتمع الصحية، حيث تميز هذا الجهاز بالخصائص التالية:

- قلة الهياكل الصحية ومركزها، حيث تموضعت أغلبية المستشفيات العمومية والعيادات الطبية، وبعض المحلات الصيدلانية الخاصة، في شمال البلاد وفي التجمعات السكنية الكبيرة.
- قلة العمال في القطاع الطبي والشبه الطبي، كما أن توزيعهم عبر التراب الوطني غير عادل، هذا ما أدى إلى اللجوء إلى التعاون الطبي الأجنبي للتكفل بمتطلبات العلاج في المجتمع والقيام بالاستعجالات الطبية الجراحية.
- شبكة توزيع الأدوية غير متطورة، ولا تلبي جميع الطلبات.
- ظل التنظيم الصحي معتمدا على المستشفى مع محاولة تطويره، ذلك باتخاذ عدة إجراءات من بينها تأسيس معهد باستور، والصيدلية المركزية، والمعهد الوطني للصحة العمومية سنة 1964.
- تغطي الدولة والجماعات المحلية حوالي 60% من نفقات الصحة على مستوى الهياكل الاستشفائية والمستوصفات الطبية المجانية. (Assistance Médicale Gratuite).

بعد 12 سنة من الاستقلال، وضعت الجزائر عدة برامج وحملات للوقاية ومكافحة الأمراض، وكان ذلك تحت إشراف المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP). من بين هذه البرامج برنامج تعميم اللقاحات، برنامج تطوير مراكز حماية الأمومة والطفولة، برنامج مكافحة سوء التغذية، حملات استئصال الملاريا والنظافة المدرسية.

2-4- الحالة الصحية في المرحلة الأولى من تطبيق سياسة مجانية العلاج:

تميزت هذه المرحلة (1974-1984) بنوع من الانفراج مقارنة مع المرحلة السابقة، هذا الانفراج تمثل في تحسن الحالة الديمغرافية، الاجتماعية والاقتصادية وكذلك الحالة الصحية، وهذا ما سيتم عرضه فيما يلي.

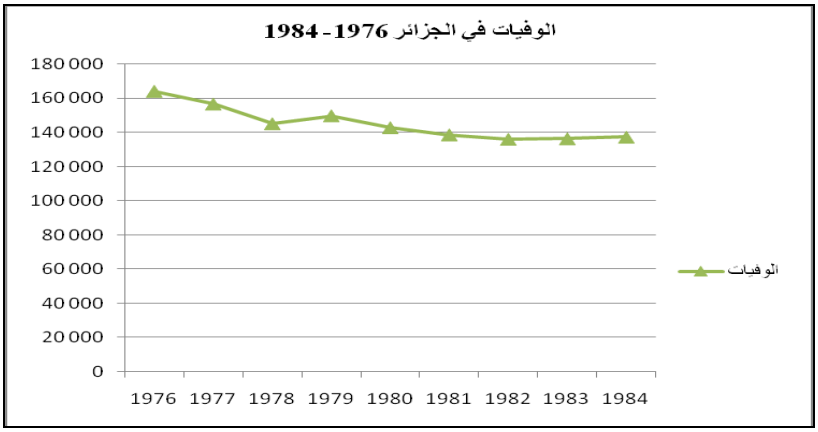
- الحالة الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية

تميزت العشرية الثانية بتضاعف حجم السكان وتحسن ظروف المعيشة نتيجة الانفراج الاقتصادي الذي جاء بعد زيادة المداخيل البترولية وذلك بعد تأميم المحروقات سنة 1971، وزيادة احتياطي الصرف من العملة الصعبة. هذا التحسن في المستوى المعيشي أدى إلى زيادة الطلب على العلاج، حيث ارتفع نصيب القطاع الصحي من الناتج الوطني الخام، خلال الفترة 1980- 1984 من 3.6% إلى 4.4%. **(OUFRIHA, F.Z, 1990).**

- الحالة الصحية

شهدت الحالة الصحية خلال هذه الفترة تطورا ملحوظا، حيث أصبح من السهل اكتشاف الأمراض في مراحلها المبكرة، الأمـــر الـــذي يوضحه النقص الملـحوظ في الوفيات (الشكل 1)، **(الديوان الوطني للإحصائيات، 2013)**. كمـــا أصبـــح فـــي استطاعـــة المرضـــى الاستفادة من العلاج في الخارج حيث استفاد حوالي 40000 مريض سنة 1983 من منحة العلاج في الخارج. **(OUCHFOUN.A et HAMMOUDA.D, 1993).**

شكل (1)
الوفيات في الجزائر 1976-1984



تحسنت أغلب المؤشرات الصحية بصفة عامة خلال هذه الفترة تزامنا مع النتائج التي أعطتها البرامج الوطنية الصحية، التي وُضعت في نهاية سنوات الستينات، حيث بدأت أغلب الأمراض المعدية المتفشية في وسط الأطفال تعرف تراجعا محسوسا، كما أن أمل الحياة عند الولادة انتقل من 50 سنة في 1962 إلى 60 سنة في سنة 1982، لكن مع ذلك ظل معدل وفيات الأطفال مرتفعا وهذا يدل على عدم قدرة النظام الصحي المطبق على حل كل المشاكل الصحية، **(OUFRIHA, F.Z, 1993).**

لم تحظ القطاعات الاجتماعية الأخرى بنفس القدر من الاستثمارات مقارنة مع قطاع الصحة، خاصة الاستثمار في قطاع السكن الذي لم يساير احتياجات المجتمع بسبب النمو الديموغرافي السريع، نفس الشيء بالنسبة لقطاع المياه الذي أهمل بصفة فعلية حتى بداية الثمانينات، الأمر الذي أدى إلى انتشار بعض الأمراض بسبب عدم توفر قنوات صرف المياه وشبكات التزويد بالمياه الصالحة للشرب. **(OUCHFOUN.A et HAMMOUDA.D, 1993).**

- تنظيم وتمويل النظام الصحي:

المبدأ الأساسي الذي انطلقت منه الدولة في هذه الفترة هو تطبيق العلاج المجاني ابتداءا من الفاتح جانفي/ يناير 1974 على مستوى كل مصالح الصحة العمومية (المستشفيات الجامعية، العيادات الطبية، المراكز الطبية والاجتماعية... الخ)، إصدار قرار مجانية العلاج كان من أجل الأهداف التالية:

- الترغيب في العلاج وذلك بتحمل الدولة تكاليفه المالية.
- التعريف باستراتيجية التكفل بالمجتمع.

بهدف السير الحسن والتوزيع الجيد للعلاج في القطاع العمومي سعت الدولة إلى ترسيخ ثلاث مبادئ أساسية والمتمثلة في: **(OUCHFOUN.A et HAMMOUDA.D, 1993).**

- تقسيم القطاع الصحي (La sectorisation):

في هذا الإطار يتم توزيع القطاعات الصحية عبر أنحاء التراب الوطني لتتكامل فيما بينها وبين ملحقاتها، حيث يظم كل قطاع صحي مستشفى عام وعيادات طبية، كما يظم أيضا مراكز صحية، قاعات العلاج و عيادات التوليد.

- التدرج في العلاج (La hiérarchisation):

يهدف هذا المبدأ إلى تنويع العلاج بالنسبة لوحدات العلاج حسب درجة التعقيد والتقنية المتطلبة، فمثلا المريض الذي يعاني من سرطان في الدم لا تستطيع قاعة علاج أن تتكفل بحالته

على عكس المستشفى الجامعي الذى يضم أخصائيين وأجهزة طبية ملائمة لحالته. من هنا حددت أربع اختصاصات للعلاج وهي:

- العلاج الأولي.
- العلاج العام.
- العلاج الذي يتطلب تخصص.
- العلاج الذي يتطلب تخصص دقيق وعالي.

- الجهوية الصحية (La régionalisation sanitaire):

ينص هذا المبدأ على تقسيم التراب الوطني انطلاقا من تسلسل مستويات العلاج إلى ثلاثة عشر(13) منطقة صحية تضم كل منطقة مجموعة من الولايات.

أما فيما يخص تمويل النظام الصحي، فقد خّفضت الدولة من تحملها لهذه التكاليف وأسندت ذلك إلى صندوق الضمان الاجتماعي الذي غطى 65% من ميزانية القطاع الصحي، كما تكفل بنسبة 95% من مصاريف العلاج نحو الخارج. **(OUCHFOUN.A et HAMMOUDA.D, 1993).**

2-5- تأثير الأزمة الاقتصادية على الصحة العمومية

أدى الانخفاض الكبير الذي عرفه سعر البترول سنة 1986 إلى أزمة مالية، اقتصادية واجتماعية خطيرة أثرت على الحالة الصحية، وهو ما سوف نتعرض له من خلال هذا الفرع.

- الحالة الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية

تميزت بداية الثمانينات بانطلاق مشاريع كبرى أغلبها ذات طابع عام، واستيراد تجهيزات ومواد استهلاكية بمبالغ ضخمة، كما تميزت بخضوع الدولة لضغوطات كبيرة من المجتمع نتيجة عدم تمكنها من إدماج الملايين من المواطنين بسبب النمو الديموغرافي السريع، حيث بلغ عدد السكان 25 مليون نسمة سنة 1990. **(OUCHFOUN.A et HAMMOUDA.D, 1993) .**

وبلغ عدد السكان في سن الشباب 6 ملايين شاب، لابد أن تنشأ لهم مدارس للتعليم، أماكن للترفيه، مناصب للعمل...الخ، كل هذه المتطلبات لم تتماشى مع النمو الديموغرافي، خاصة فيما يتعلق بالسكن. فعدد السكنات لم يتضاعف مثل ما تضاعف حجم السكان خلال الثلاثين سنة. زيادة على ذلك أكد التعداد العام للسكان لسنة 1987 على أن 58% فقط من السكنات تملك شبكة مياه، و52.4% موصولة بقنوات الصرف الصحي، و72.7% من السكنات مزودة بالكهرباء. أدى هذا التردي في ظروف المعيشة والمحيط العام، إلى حالة سخط وعدم رضى في المجتمع.

- الحالة الصحية خلال الفترة (1985-1990)

البرامج الصحية التي وضعت في العشرية الأولى بعد الاستقلال والتي طورت في سنوات السبعينات والثمانينات بدأت تعطي أولى مؤشراتها الإيجابية في الفترة (1985- 1990)، ومن بين هذه المؤشرات نذكر:

- استقرار معدل وفيات الأطفال.
- انتقال أمل الحياة عند الولادة إلى 65 سنة.

لكن إلى جانب هذه المؤشرات الإيجابية، عرفت هذه الفترة انتشار أمراض مزمنة كضغط الدم، السكري، الربو... الخ، كما أدى وجود مصادر الأوبئة إلى ظهور أمراض معدية كحمى التيفوويد، التهاب الكبد الفيروسي، والكوليرا، والتي تنمو وتتكاثر لعدم ملائمة ظروف السكن والصحة العامة. **(OUCHFOUN. A et HAMMOUDA. D, 1993).**

- تنظيم وتمويل النظام الصحي

في بداية الثمانينات استفاد قطاع الصحة كغيره من القطاعات الاجتماعية الأخرى من عدة استثمارات، نذكر منها على سبيل المثال، على مستوى الهياكل استفاد هذا القطاع من إنجاز 30 مستشفى بمجموع أسرة يتراوح بين 4000 و6000 سرير، كما استفاد من استيراد وسائل طبية جراحية ذات نوعية متطورة وبكميات كبيرة، كلفت الدولة أموال باهظة. أما على مستوى الموارد البشرية سمح النظام الصحي بتكوين أكثر من 25000 طبيب أي ما يعادل طبيب واحد لكل 1000 ساكن. **(OUCHFOUN.A et HAMMOUDA.D, 1993).**

كما تجدر الإشارة إلى أن العلاج المجاني في القطاع العام أخذ ثلاث أبعاد هي:

- إنشاء وتوزيع الهياكل الصحية بطريقة عادلة.
- تمويل التكاليف أخذ طابع الميزانية العامة، الجزافية، والقابلة للإقراض.
- تعيين الأطباء خلال مدة الخدمة العسكرية، يكون بصفة إجبارية حسب التموقع المكاني للمنشأة الصحية، نفس الشيء بالنسبة لرخصة الإجازة.

كل هذه الإجراءات أدت بصفة حتمية إلى تقبل المواطنين للعلاج، خاصة الطبقة الفقيرة التي لا تستطيع دفع مصاريف العلاج، ومنه أصبحت المستشفيات تستقبل أعداد كبيرة من المرضى الأمر الذي أدى إلى ارتفاع التكاليف بشكل كبير وهو ما يوضحه الجدول أدناه.

جدول (3)
تطور التكاليف الخاصة بالقطاع الصحي (بآلاف الدينارات).

	1974	1982	1990	2009
الأجور والرواتب	549.300	2.376.000	9.729.517	115.337.252
الغذائية المواد	46.000	225.000	487.870	6.068.387
الأدوية	150.000	480.000	824.245	46.084.773
الوقاية	36.582	...	189.609	6.635.464

Source: OUCHFOUN.A et HAMMOUDA.D (1993): «bilan de vingt huit années de politique sanitaire en Algérie»; Cahier de CREAD n° 35/36-3ème et 4ème trimestre; page 77.

بانخفاض العائدات البترولية، وزيادة التكاليف الصحية لم يعد هناك من خيار أمام الدولة إلا أن تحفز القطاع الخاص وذلك برفع كل العراقيل التي كانت تعيق إنشاء هياكل صحية خاصة.

في الواقع، ابتداءا من سنة 1988 شهد النظام الصحي تعديلات وهذا ما سمح بفتح عيادات طبية خاصة، لكن رغم إيجابية هذا الإجراء إلا أنه أدى إلى تسرب مهم للأطباء الأخصائيين من القطاع العام إلى القطاع الخاص، حيث سلبت مناطق بكاملها من الأخصائيين الذين فضلوا الاستقرار والعمل في المناطق الكبرى بالقطاع الخاص، نفس الشيء بالنسبة للعلاجات الأولية على مستوى العيادات والمراكز الصحية التي فقدت تدريجيا زبائنها لصالح المستشفيات والهياكل الخاصة.

فيما يخص التمويل فقد خصصت نسبة 70% من الميزانية المخصصة للصحة لصالح المراكز الاستشفائية الجامعية، في حين أن 70% من الخدمات المقدمة تضمنها القطاعات الصحية التي تلقت 30% فقط من مخصصات هذه الميزانية.

2-6- الحالة الصحية في مرحلة التعديل الهيكلي

أثناء عشرية التسعينات، تبنت الجزائر برنامج إعادة الهيكلة الذي اعتمد في سياسته الصحية على استرجاع تكاليف العلاج بما فيها تكاليف استيراد الأدوية والأجهزة الطبية، وتكاليف السفر الخاصة بالعلاج في الخارج. وكان الهدف من هذه السياسة أساسا تقليص خدمات القطاع العام من خلال تقليص مجانية العلاج التي أصبحت تمثل مصدر التكاليف الباهظة، كما هدفت أيضا إلى توسيع الخوصصة في قطاع الصحة. **(OUFRIHA, F.Z, 2002).**

شهدت الفترة الممتدة بين 1990 و1994 انخفاض قيمة الدينار، وارتفاع أسعار المواد المستوردة وكذلك انخفاض القدرة الشرائية للمواطنين، هذه الحالة أدت إلى ارتفاع مستمر في تكاليف العلاج. كما أدت أيضا إلى ارتفاع الطلب المتعلق بتعويض هذه التكاليف. نفس الشيء شهدته

المؤشرات الصحية الأخرى، حيث ارتفع عدد الوفيات المسجلة في المستشفيات وتقلّص الطلب المتعلق بالإقامة في المستشفى قصد الاستشفاء، كما ارتفع الطلب على العلاج في الخارج. **(Rapport du MSPRH, 2003).**

نتيجة لهذه الظروف تضاعفت العيادات الطبية الخاصة بشكل واضح، كما ارتفع عدد الأطباء العامين العاملين في القطاع الخاص، حيث بلغ نسبة 31.6% من مجموع الأطباء العامين سنة 1993. وفي سنة 1995 طبقت الجزائر توصيات البنك الدولي التي تنص على استرجاع التكاليف المنفقة من قبل القطاع العام وذلك بمشاركة المستفيدين منها، أي نهاية العلاج المجاني. هذه المشاركة تكون بدفع أجرة الفحص، وبإسهام جزافي في تكاليف الاستشفاء يقدر بقيمة 100 دينار جزائري لليوم الواحد.

أما فيما يخص الجانب الديموغرافي، فقد سجلت وفيات الأطفال انخفاض بلغ 37.4% وفاة مقابل 1000 ولادة سنة 1994، ويرجع الفضل في ذلك إلى برامج توسيع التلقيح ومكافحة أمراض الإسهال والأمراض التنفسية، التي تعد من بين أهم أسباب وفيات الأطفال. كما ارتفع أمل الحياة عند الولادة إلى 71.7 سنة في عام، 1998 وانخفض معدل الولادات نتيجة تراجع متوسط سن الزواج حيث بلغ 27.6 سنة بالنسبة للنساء و31.3 سنة بالنسبة للرجال في نفس السنة أي 1998، أما نسبة الأمية فقد تراجعت في هذه الفترة. **(Rapport du MSPRH, 2003).**

III- رعاية الأمومة والطفولة في الجزائر

لتجنب المخاطر الصحية التي يمكن أن يتعرض لها الجنين أو المولود، والتي قد تؤدي إلى خطر الوفاة حول الولادة، لا بد أن تتلقى الأم رعاية صحية أثناء فترة الحمل، وإذا قلنا رعاية صحية فهذا يعني بالضرورة هياكل صحية وكوادر طبية، إضافة إلى ذلك يجب أن تتوفر شروط أخرى لتجنب حدوث الوفاة الرضع كأن تباعد الأم بين الولادات. هذا ما سوف نوضحه كالتالي:

3-1- شروط التكفل بصحة الأم والطفل

إن الحمل والولادة ليس مرضا بل هو عملية فيزيولوجية طبيعية للمرأة تخدم بها الإنسانية، لكن خلال هذه الفترة يمكن أن تحدث مضاعفات صحية يصعب التنبؤ بها، وفي نفس الوقت يمكن علاجها، ولذا غالبا لا يمكن التعرف مسبقا على النساء اللائي يتعرضن للخطر، كما لا يمكن تطبيق مكافحة هذا الخطر، نتيجة لذلك فالعناية الصحية لا بد منها لجميع النساء أثناء الحمل والولادة، وأي تأخر في تلقي الرعاية الطبية المناسبة بسبب سوء نوعية الخدمة في المرفق الصحي لافتقاره للهياكل الصحية، أو لعدم وجود الكوادر المؤهلة يمكن أن يؤدي إلى موت الأم أو الرضيع أو الاثنين معا.

في هذا الإطار سيتم عرض إمكانيات الجزائر فيما يخص الهياكل الصحية والموارد البشرية.

أ- تطور البرامج الصحية الخاصة بترقية صحة الأم والطفل

في سنة 1997 صدر برنامج لمكافحة وفيات وأمراض الأمهات وكذا الوفيات حول الولادة، ووزع على مستوى كل الولايات، أهم النشاطات التي ينص عليها هذا البرنامج هي:

- ترقية مفهوم تنظيم الأسرة منع الحمل بالوسائل الاصطناعية بهدف التباعد بين الولادات.
- متابعة الأم و الطفل أثناء فترة الحمل والفترة ما بعد الوضع.
- تحسين ظروف الولادة ومتابعة الأم والمولود بعد الولادة.

خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى 2004 وضعت الجزائر ستة برامج فيما يخص صحة الأم والطفل أشرف على تطبيقها لجان تقنية، حيث كانت تهدف هذه البرامج في مجملها إلى المراقبة المنتظمة للأم والطفل أثناء فترة الحمل، الوضع والفترة التي تلي الولادة .كما سمحت بإجراء تدريبات عل المستوى المحلي، الجهوي، والوطني لفائدة ثلاث أشخاص من كل قطاع صحي (طبيب أطفال، طبيب نساء، قابلة)، هذه البرامج هي: **(Rapport du MSPRH, 2003).**

- البرنامج الخاص بتوسيع التطعيمات.
- البرنامج الخاص بتخفيض وفيات الأمهات والمواليد الجدد.
- البرنامج الخاص بمكافحة أمراض الإسهال لدى الأطفال.
- البرنامج الخاص بمكافحة الأمراض التنفسية لدى الأطفال.
- البرنامج الخاص بمكافحة داء المفاصل.
- البرنامج الخاص بالوقاية من الحوادث.

أدت كل هذه البرامج الصحية المنتهجة منذ بداية الاستقلال والتي اعتنت بضرورة التوعية الصحية، إلى بروز عدة تحولات في المؤشرات الصحية (جدول 6) أهمها معدل الوفيات الذي عرف على غرار معدل الولادات انخفاض بلغ 50% بين سنة 1970 و1986، حيث انتقل هذا المعدل من 16.45‰ إلى 8.2‰ خلال هذه الفترة، كما استمر معدل الوفيات في الانخفاض خلال عشرية التسعينات حيث انتقل من 6.56‰ وفاة لكل ألف ساكن سنة 1994 إلى 4.41‰ سنة 2002، كما انتقل عدد الوفيات من 180000 حالة وفاة سنة 1994 إلى 138000 حالة وفاة سنة 2002، أي انخفاض بمعدل 23.3%. **(Rapport du MSPRH, 2003).**

يرجع النقص الملحوظ في عدد الوفيات بالدرجة الأولى إلى الانخفاض في وفيات الأطفال الذي جاء نتيجة البرامج الصحية التي تكفلت بهذه الشريحة، حيث انتقل معدل وفيات الأطفال من 142‰ سنة 1970 إلـى 84.72‰ سنــة 1980 ليصـل إلـى 34.7‰ سنـة 2002.

غير أنه تجب الإشارة إلى أن وفيات الأطفال مازالت مشروطة بدرجة كبيرة بعوامل داخلية من الصعب القضاء عليها، كما أن الوفيات حول الولادة (ابتداء من الأسبوع 28 من الحمل إلى 28 يوم) تشكل أغلب وفيات الأطفال الأقل من سنة، **(DEKKAR.N.et autres, 1999)** وهذا إذا دل على شيء فإنما يدل على ضرورة تدعيم العلاجات في الفترة الممتدة بين الحمل وما بعد الولادة.

جدول (4)

:تطور أهم المؤشرات الديموغرافية في الجزائر (‰)

المؤشرات	1985	1990	1994	2000	2002	2008	2009	2010	2011	2012	2016
معدل النمو الطبيعي	31.1	25.0	21.7	14.8	15.3	19.2	19.6	20.3	20.4	21.6	2.15
معدل الولادات	39.5	31.0	30.0	19.36	19.68	23.62	24.07	24.68	24.78	26.08	26.12
معدل الوفيات	8.4	6.0	6.5	4.59	4.41	4.42	4.51	4.37	4.41	4.53	4.42
معدل وفيات الرضع	78.3	57.8	54.2	36.9	34.7	25.5	24.8	23.7	23.1	22.6	20.9
أمل الحياة	63.3	67.3	67.7	72.5	73.4	75.6	75.5	76.3	76.5	76.4	77.6
متوسط سن الزواج رجال	27.6	30.2	...	...	33.0	32.9	...	...	...	...	...
متوسط سن الزواج نساء	22.6	25.8	...	...	29.6	29.1	...	...	...	...	...

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، معطيات ديموغرافية رقم 779، 2017.

ب- الهياكل الصحية

إن عملية التكفل بصحة الأم والطفل تتطلب وجود هياكل صحية، خاصة في القطاع العمومي، رغم ما يقدمه القطاع الخاص من خدمات صحية. يوجد في الجزائر 185 قطاع صحي موزع على الخمس مناطق الصحية الموجودة حاليا كما يلي: **(Rapport du MSPRH, 2003).**

- منطقة الوسط تتوفر على 56 قطاع صحي.
- منطقة الشرق تتوفر على 55 قطاع صحي.
- منطقة الغرب تتوفر على 43 قطاع صحي.
- منطقة الجنوب الشرقي تتوفر على 20 قطاع صحي.
- منطقة الجنوب الغربي تتوفر على 11 قطاع صحي.

تجدر الإشارة إلى أن كل منطقة صحية تظم مجموعة من الولايات يوضحها الجدول التالي:

جدول (5)
توزيع الولايات على المناطق الصحية

ولايات منطقة الوسط	منطقة الشرق	منطقة الغرب	منطقة الجنوب الشرقي	منطقة الجنوب الغربي
بومرداس، تيبازة تيزي وزو، بجاية البويرة، الجزائر العاصمة البليدة، المدية الجلفة، عين الدفلة برج عريريج.	قسنطينة، ميلة قالمة، الطارف سطيف، سوق أهراس، سكيكدة باتنة، المسيلة جيجل، عنابة أم البواقي، خنشلة	وهران، غليزان معسكر، عين تموشنت، سيدي بلعباس، تلمسان سعيدة، مستغانم تسمسيلت، تيارت، الشلف	ورقلة، غرداية، إليزي، تمنراست، الوادي، بسكرة، الأغواط.	بشار، تندوف، أدرار، النعامة، البيض.

- Source: Rapport du MSPRH (2005): «Santé maternelle et infantile 2000-2004»; ANDS; Alger; P23.

يرتكز النظام الصحي أساسا على القطاع الصحي الذي يغطي حاليا ما بين 10000 و150000 ساكن، كما تشمل القطاعات الصحية في الجزائر على 230 مستشفى، يتضمن كل مستشفى على مصلحة طب الأطفال ومصلحة طب النساء، إلى جانب هذه المستشفيات يتوفر القطاع العام على 504 عيادة و5368 ما بين مراكز صحية وقاعات علاج. أما فيما يتعلق بالتجهيزات الطبية، فإن الإحصائيات الموجودة توضح أن القطاعات الصحية على المستوى الوطني تملك 672 طاولة طبية خاصة بإجراء العمليات، كما تملك المستشفيات الجامعية 277طاولة، أما المؤسسات الاستشفائية الأخرى فتملك 70 طاولة وخصوص يخص القطاع الخاص فالإحصائيات تخص عدد قاعات العمليات التي تقدر بحوالي 167 قاعة عملية. **(Rapport du MSPRH, 2003).**

يملك القطاع العام على المستوى الوطني 6 أجهزة "scanner" و1328 جهاز أشعة و264 جهاز "échographie" وهي في مجملها أجهزة تقليدية، هذا عكس القطاع الخاص الذي يملك أحدث التكنولوجيا الخاصة بالصور والأشعة، وبعدد يفوق ما يملكه القطاع العام، حيث يملك 53جهاز "scanner" و1605 جهاز أشعة، كما يملك 476 جهاز "échographie".

ج- الموارد البشرية

ارتفع عدد العمال في القطاع الصحي في الجزائر من 38000 سنة 1991 إلى 48000 سنة 2001، أما فيما يخص الأطباء المختصين، فقد مثلوا، في نهاية سنة 2000، نسبة تقدر بحوالي 39% من مجموع الأطباء يعمل معظمهم في القطاع الخاص. ففي سنة 2001، قدرت نسبة الأطباء المختصين العاملين في القطاع الخاص بحوالي 53% من مجموع الأطباء المختصين مثلما يوضحه الجدول أدناه. **(Rapport du MSPRH, 2003).**

جدول (6)
توزيع الأطباء المختصين على الهياكل الصحية (سنة 2001)

القطاع الصحي	المستشفيات الجامعية	المؤسسات الاستشفائية	المجموع في القطاع العام	القطاع الخاص	المجموع
2569	1222	500	4291	4861	9152
28	%13.35	%5.46	%46.89	%53.11	%100

Source: MSPRH (2003)،"Projection du développement du secteur de la santé : perspective décennal"; document non publié، page12.

توزيع الأطباء على المستوى الوطني هو توزيع غير عادل، حيث نجد في بعض المناطق طبيب واحد مختص لكل 10000 ساكن، بينما في بعض المناطق الأخرى طبيب مختص لكل 860 مثلما هو الحال في الجزائر العاصمة، وفي المعدل نجد طبيب واحد مختص يتكفل بحوالي 3000 ساكن، لكن هذه النسبة تتغير حسب المناطق، وهذا راجع إلى أن معظم الأطباء يفضّلون العمل في المناطق الكبرى كالمنطقة الصحية الوسطى، الشرقية أو الغربية عكس المناطق الصحية الجنوبية التي تعد مناطق غير مرغوب فيها لعدة أسباب كالمناخ، البعد عن الشمال ...الخ.

كما بلغ عدد الأطباء العامين 10719 طبيب، عام سنة 2001، بنسبة تقدر بحوالي 61% أغلبهم يعمل في القطاع العام بنسبة 66% خلال هذه السنة، أما توزيع الأطباء العامين على المستوى الوطني فهو أفضل مقارنة مع توزيع الأطباء المختصين، ففي المعدل نجد طبيب عام لكل 1800 ساكن. **(Rapport du MSPRH, 2003).**

أما فيما يخص طب الأطفال والنساء، وحسب إحصائيات سنة 2001 فيوجد 4326 قابلة تتوزعن على مصالح طب النساء، مصالح الولادات ومراكز حماية الأمومة والطفولة. وكذا 928 طبيب نساء و795 طبيب أطفال، وبالنظر إلى هذه الأرقام المقدمة ومقارنتها بالشريحة المتعلقة بها، نجد نقص كبير في هذا التخصص على غرار التخصصات الأخرى، وهذا ما يؤدي إلى عدم مقدرة القطاعات الصحية على التكفل بالأمهات والأطفال بصفة تمنع من حدوث الوفيات، خاصة وفيات الأطفال الرضع. **(Lebane, D et Arfi H, 2003)**

3-2- صحة الأم

الهدف من التباعد بين الولادات، و خفض عدد مرات الحمل وإطالة الفترات بين حمل وآخر، هو إبعاد المرأة عن التعرض لمخاطر الحمل والولادة، ومساعدتها على رفع مستواها الاجتماعي والاقتصادي. أما في حالة الحمل يجب أن تتلقى الأم رعاية طبية لاكتشاف أي مخاطر صحية

ومعالجتها إن أمكن ذلك، كما يجب توعيتها فيما يخص علامات الخطر أثناء فترة الحمل والولادة ولتدابير الصحية المناسبة.

في هذا الإطار سوف نحاول الإحاطة بالجوانب المتعلقة بصحة الأم في الفروع التالية:

- تنظيم الولادات.
- الخصوبة.

أ- تنظيم الولادات

إن المرأة هي التي تقدم الرعاية الصحية لمولودها، لذا فمن الضروري في المقام الأول صون صحتها، ومن بين الطرق للمحافظة على صحة الأم نذكر تنظيم الحمل وهذا باستخدام وسائل منع الحمل، حيث أن الولادات المتعاقبة تعمل على إضعاف صحة الأم الجسدية، ولقد بات معروفا أن هذه الوسائل تسمح في المباعدة بين الأحمال وتتيح فرصة أفضل للجنين للبقاء على قيد الحياة حتى اكتمال مدة الحمل، **(Le Collège National Des Gynécologues et Obstétriciens Français, 1996)**، كل الدراسات والتحقيقات التي أجريت خلال السنوات الأخيرة أثبتت التطور الملحوظ والمسجل في ميدان التخطيط العائلي، الذي يرتكز على تنظيم الولادات من خلال استعمـــال موانـــع الحمـــل، كما أثبتت هذه الدراســـات التوســـع في قبـــول التخطيـــط العائلـــي خاصـــة في المناطـــق النائية، **(Rapport du MSPRH, 2003)**. في هذا الصدد، من بين الأولويات التي اتخذتها مراكز حماية الأمومة والطفولة هو ربط التخطيط العائلي بالولادة، وذلك من خلال إنشاء مراكز التخطيط العائلي في مصالح الولادة بالمراكز الاستشفائية الجامعية والقطاعات الصحية.

ب- الخصوبة، (رسالة دكتوراه، علاقة النمو الديموغرافي بالنمو الاقتصادي وسياسات مواجهة آثاره على سوق الشغل الجزائرية، 1973-2010).

يمثل مؤشر الخصوبة متوسط عدد الولادات الأحياء في السنة لكل امرأة في سن الحمل التي حددت حسب الأمم المتحدة في الفترة بين 15 و49 سنة ونجد نوعين من مؤشرات الخصوبة، وهما: مؤشر الخصوبة في الزواج والذي يقيس لنا متوسط عدد الولادات الحية لكل امرة من بين النساء المتزوجات في سن الانجاب، ومؤشر الخصوبة الاجمالي الذي يعطي لنا متوسط عدد الولادات لكل امرأة في سن الإنجاب دون تحديد ان كانت متزوجة أم لا.

إن الخصوبة تعتبر محددا أساسيا للتغير في مستوى السكان وهي ترتبط في أي مجتمع، بالعديد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والحضارية والبيئية. ومن ثم فإن مستواها

يختلف من مجتمع لآخر ومن مجموعة سكانية لأخرى داخل المجتمع الواحد، ومن أكثر العوامل تأثيرا على الخصوبة نجد التعليم، (**هاشم نعمة**،...)، مشاركة المرأة في قوة العمل ومستوى الدخل. والعزوبة هي عامل من العوامل المؤثرة على نسبة الخصوبــة، حيث أنه خــلال الفترة 1992–2002، أثبتت المعطيات أن نسبة العزوبة في ارتفاع بالنسبة لكل الفئات العمرية الأقل من 40 سنة بالنسبة للجنسين.

كما أن زواج الأقارب مصدر للتشوهات الوراثية والأمراض الخلقية مازال مستمرا رغم التغيرات المهمة التي عرفتها مؤسسة الزواج، بالمقابل لا بد من الإشارة إلى اختيار الشريك أو الشريكة من قبل الأسرة تلاشى مع تغير المستوى المعرفي. **(Rapport du MSPRH, 2003).**

تجدر الإشارة إلى أنّ حجم الولادات لسنة 2013 عرف تراجعا لأول مرة منذ سنة 2003، حيث سجل انخفاضا بحوالي 15.000 ولادة حية مقارنة بسنة 2012 (انخفاض بنسبة 1.6%). أدّى هذا التراجع إلى انخفاض في المعدل الخام للولادات والذي انتقل من 26.08‰ إلى 25.14‰ ما بين سنة 2012 و2013، لكنه عرف ارتفاع طفيف في السنة الأخيرة 2016 ليصل إلى معدل قدره 26.12‰، بالمثل عرف المعدل الخام للخصوبة انخفاضا، حيث انتقل من 3.02 إلى 2.93 طفل لكل امرأة خلال هذه الفترة ثم ارتفاع إلى 3.1 طفل لكل امرأة في 2016. في حين واصل متوسط السن عند الإنجاب انخفاضه بنفس الوتيرة المسجلة في السنوات السابقة، ما يمثل تراجعا بـ 0.1 نقطة في السنة، وصولا إلى 31.4 سنة.

والجدول (7) يبين تطورات مؤشرات الخصوبة و الولادات لبعض السنوات في الجزائر:

جدول (7)

تطورات مؤشرات الخصوبة و الولادات لبعض السنوات في الجزائر

السنة	عدد الولادات (بالآلاف)	المعدل الخام للولادات (‰)	معدل الخصوبة الكلي (طفل/امرأة)
1990	775	30.94	4.5
2000	589	19.36	2.4
2008	817	23.62	2.81
2009	849	24.07	2.85
2010	888	24.68	2.87
2011	910	24.78	2.87
2012	978	26.08	3.02
2016	1067	26.12	3.1

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، معطيات ديموغرافية رقم 779، 2017.

3-3 الحالة الصحية الخاصة بالأطفال الرضع والأسباب المتعلقة بوفاتهم

جدول (8)
سلسلة زمنية لمعدلات وفيات الرضع في الجزائر وبعض الدول الأخرى

السنة	الجزائر	تونس	المغرب	السويد	مالي
1990	42	40	63	5,8	130
1991	41	38	61	5,5	128
1992	40	37	58	5,1	127
1993	39	35	56	4,8	126
1994	38	33	54	4,3	125
1995	37	32	52	4	124
1996	36	30	50	3,8	124
1997	34	29	48	3,6	123
1998	33	28	46	3,5	121
1999	31	26	44	3,5	119
2000	30	25	42	3,4	116
2001	28	24	41	3,4	113
2002	27	22	39	3,3	109
2003	25	21	38	3,2	105
2004	24	20	36	3	101
2005	23	19	35	2,9	97
2006	22	18	33	2,8	94
2007	21	17	32	2,7	90
2008	20	17	31	2,6	88
2009	19	16	30	2,5	86
2010	18	15	29	2,4	83
2011	18	14	28	2,4	81
2012	17	14	27	2,3	80

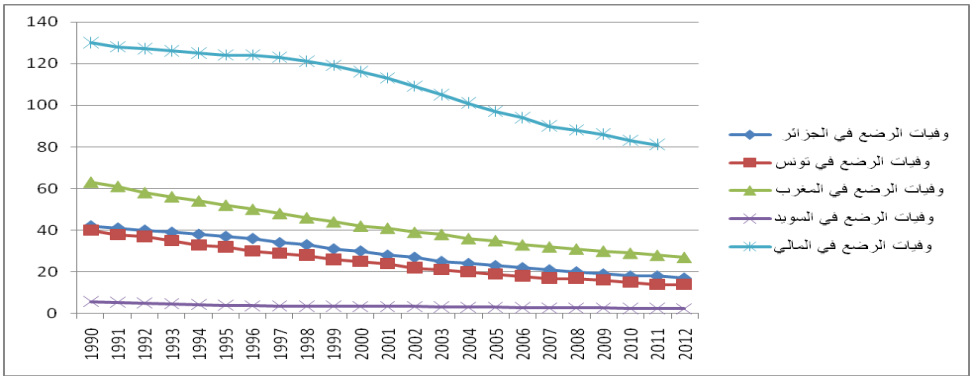
المصدر: البنك الدولي «Indicateurs du développement dans le monde»

يمكن من خلال الشكل (2) مقارنة وفيات الأطفال الرضع في الجزائر مع باقي البلدان للفترة الممتدة بين 1990 و2012، وما نلاحظه هو أن وفيات الأطفال الرضع في الجزائر تفوق 40 وفاة لكل 1000 ولادة حية سنة 1990 وتنخفض تدريجا كلما تقدمنا في الزمن، وبالمقارنة مع الدول المجاورة فالوضع متقارب نوعا ما خاصة مع تونس أما المغرب فبالرغم من أن معدل وفيات الرضع يتجه نحو الانخفاض إلا أنه مرتفع نوعا ما. وبالنسبة لمالي، نلاحظ أن معدل وفياتها جد مرتفع حيث أن أقل قيمة تقارب 80 وفات لكل 1000 ولادة حية. وأما الحالة في السويد فهي الأفضل حيث نرى أن أعلى مستوى لوفيات الرضع لا يتعدى 10 وفيات في بدية التسعينات، ويستمر الوضع في التحسن ليصل إلى أقل من 3 وفيات لكل 1000 ولادة حية.

تسمح لنا هذه البيانات بإجراء تقديرات دقيقة، كما تسمح بمراقبة تطور الظواهر الصحية عبر عدة فترات.

شكل (2)

منحنى تطور وفيات الرضع خلال الفترة 1990-2012 للجزائر وبعض البلدان في العالم.



VI- الحالة الصحية للأطفال الرضع

4-1- الحالة الصحية للأطفال الرضع في العالم

إن التدهور الصحي والوفاة هما الواقع السائد في ثلثي سكان العالم، **(OMS, 1979)**، حيث لا نجد الصحة الجيدة في المناطق التي يسود فيها سوء التغذية، نقص المياه الصالحة والمعانات الاجتماعية، وغالبا ما نجد البلدان السائرة في طريق النمو وذات اقتصاد ضعيف وغير مستقر، هي التي تعاني من تدهور الصحة. والأشخاص الأكثر عرضة لأخطار المرض والوفاة هم النساء الحوامل والأطفال الرضع، وهذه الحالة الخطيرة لهذه الفئة من المجتمعات في البلدان السائرة في طريق النمو هي أكبر وأهم أهداف اليونيسيف، ومنظمة الصحة العالمية.

بالرغم من أهمية الاحصائيات الخاصة بوفيات الرضع، فان الكثير من الدول تفتقد إلى الأسس والمصادر الرئيسية التي يمكن الاعتماد عليها في إحصاء وفيات الرضع، فحسب البيانات المتاحة يقدر مجموع وفيات الرضع على المستوى العالمي في الفترة 1975 إلى 1980 بنسبة 89‰ مقابل 142‰ في السنوات 1950 إلى 1955، وبين هذه السنوات انتقلت البلدان المتطورة من 56‰ إلى 19‰ أما البلدان السائرة في طريق النمو فانتقلت من 164‰ إلى 100‰، كما أن نسبة 81‰ المسجلة في السنوات 1980 إلى 1985 تمثل بالنسبة ل 133 مليون ولادة حية، **(Rapport du MSPRH, 2003).**

كما يمكن أخذ نظرة عامة عن الاحصائيات الخاصة بالولادات ووفيات الرضع في العالم حسب معطيات البنك الدولي والتي تبين حقائق الاختلافات الكثيرة الموجودة بين مختلف جهات العالم خاصة بين إفريقيا وباقي مناطق العالم، أين نجد احتمال الحياة عند الولادة لسنة 2010 في إفريقيا يقدر ب 58 سنة فقط، في حين أنه وصل إلى 73 سنة في أمريكا الوسطى والجنوبية أما في أمريكا الشمالية وأوروبا قدر ب 79 سنة، وللإشارة فان احتمال الحياة عند الولادة في الجزائر هو 76.3 لسنة 2010، **(الديوان الوطني للإحصائيات، 2013)**، وفيما يخص وفيات الرضع في العالم، فهنا أيضا تتصدر إفريقيا لائحة أسوء المناطق بمعدل وصل إلى 59‰. ويلخص الجدول 10 الأوضاع بالنسبة لأغلب مناطق العالم.

جدول (9)

معدل وفيات الرضع و احتمال الحياة عند الولادة في العالم سنة 2010

المنطقة	احتمال الحياة عند الولادة بالسنوات	معدل وفيات الرضع ‰
إفريقيا	58	59
أمريكا الوسطى و الجنوبية	73	20
أمريكا الشمالية	79	9
شرق آسيا	72	25
منطقة الاتحاد السوفياتي سابقا	70	21
أوربا	79	5
الشرق الأوسط	73	22

المصدر: البنك الدولي.

ويمكن أن نلاحظ أن حصة الأسد من وفيات الرضع هو من نصيب الدول التي تعاني من الظروف المعيشية المتردية، حيث الدخل الشخصي ضعيف، انتشار الأمية وسوء التغذية. وذلك نتيجة للسياسة الاقتصادية والاجتماعية الغير ناجحة، والتي جعلت ظروف المعيشة صعبة خاصة للفئات الأكثر عرضة لمخاطر المرض والموت، كالأطفال الرضع، النساء الحوامل والأشخاص المتقدمين في السن، فالتغذية غير الكافية مثلا وعدم توفر النظافة يمكن أن يخلق حواجز من الصعب للأطفال الصغار تجنبها أو اجتيازها، لهذا يعتبر معدل وفيات الرضع دليلا حقيقيا على نوعية المعيشة في أي مجموعة سكانية، بحيث نستطيع أن نميز بلد عن آخر.

وإذا أوردنا هذه المعطيات التي تناولت بعض الاحصاءات المتعلقة بوفيات الأطفال الرضع على المستوى العالمي والقاري، فإنه من المنطق أن نتعرض إلى حقائق أخرى تمس نفس الظاهرة في بلدنا الجزائر.

4-2- الحالة الصحية للأطفال الرضع في الجزائر:

مما لا شك فيه أن الأطفال هم الأساس في تكوين تنمية البلاد، وهم قاعدة الهرم الديموغرافي حيث تشهد الجزائر تزايد عدد الولادات والتي بلغت 1.067.000 ولادة حية سنة 2016، **(الديوان الوطني للإحصائيات، 2016)**، ولهذا تعتبر وفيات الرضع هاجس للمسؤولين عن الصحة العامة لأن الاهتمام بمستويات وفيات الرضع يمثل مؤشرا أساسيا لمستويات الصحة والحالة المعيشية السائدة وبالتالي يمكن أن تستخدم في قياس مدى نجاح البرامج الوقائية والسياسات الصحية التي تستهدف رفاهية أفراد المجتمع خاصة الأطفال.

كان معدل وفيات الرضع بعد الاستقلال 140‰ من مجموع الولادات الحية، ومع توسع الشبكة الصحية تناقص هذا المعدل بشكل ملموس ليصل 22.4‰ سنة 2016، **(الديوان الوطني للإحصائيات، 2016)**. ويبين الجدول (10) تطور معدل وفيات الرضع خلال الفترة 1990-2016.

جدول (10)

تطور معدل وفيات الرضع خلال الفترة 1990- 2013

السنوات	ذكر	أنثى	المجموع (‰)
1990	49.2	45.8	**46.8**
1991	59.4	54.2	**56.9**
1992	57.7	53.0	**55.4**
1993	57.6	53.2	**55.4**
1994	56.8	51.5	**54.2**
1995	57.9	51.6	**54.8**
1996	56.8	52.2	**54.5**
1997	59.5	53.6	**56.6**
1998	38.7	36.0	**37.4**
1999	40.2	38.6	**39.4**
2000	38.4	35.3	**36.9**
2001	38.9	35.9	**37.5**
2002	36.1	33.3	**34.7**
2003	34.6	30.3	**32.5**
2004	32.2	28.5	**30.4**
2005	32.4	28.2	**30.4**
2006	28.3	25.3	**26.9**
2007	27.9	24.4	**26.2**
2008	26.9	23.9	**25.5**
2009	26.6	22.9	**24.8**
2010	25.2	22.2	**23.7**
2011	24.6	21.6	**23.1**
2012	23.9	21.2	**22.6**
2016	22.4	19.3	**20.9**

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، «الديموغرافيا الجزائر -2016-»، رقم 779.

وقد أوضحت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، أن مستويات وفيات الأطفال الرضع في الجزائر قد شهدت انخفاضا ملحوظا خلال العقدين الأخيرين، في حين كان معدل وفيات الأطفال الرضع في أوائل السبعينات أعلى من 140‰، فقد وصل إلى مستوى يقل عن 60‰ خلال التسعينات، وهو مستمر في الانخفاض كما هو موضح في الجدول أعلاه. و قد يكون هذا نتيجة من نتائج نمو الاقتصاد الجزائري وما ترتب عنه من تحسن في المستوى المعيشي عامة والحالة الصحية للمجتمع بصفة خاصة.

لكــن بالرغــم مـن أن جميــع الأطفــال فــي الجزائـر قـد استفادوا مــن هـذا الانخفــاض فــي معـدل الوفيــات، إلا أنــه هنــاك تباينــات واضــحـة فــي احتمالات البقــاء علــى قيـد الحيـاة، **(وزارة الصحة والسكان وآخرون، 1992)**.

كما أشارت نتائج المسح إلى أن مستويات الوفيات بين الأطفال قد انخفضت في كل من الحضر والريف، إلا أنها ترتفع في الريف أكثر منها في الحضر، وقد أوضحت هذه النتائج كذلك أن معدلات وفيات الأطفال الرضع الذكور أعلى من الإناث، كما أن الانخفاض النسبي في معدلات وفيات الأطفال الرضع الذكور يقل عن الانخفاض النسبي لمعدلات وفيات الأطفال الرضع الاناث، كما هو موضح في الجدول 11:

الجدول رقم (11)
معدلات وفيات الرضع حسب النوع و وسط الاقامة نتائج 2002

مكان الاقامة	ذكور	إناث	كلا النوعين
حضر	33.7	25.6	29.7
ريف	33.8	32.3	33.0
المجموع	33.7	28.6	31.2

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 ص 44.

تعود بعض المسببات الأساسية لانخفاض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة بصفة عامة إلى البرامج المطبقة ابتداءا من منتصف الثمانينات، والمتعلقة بمكافحة وفيات الأطفال، حيث أعطت انعكاسا طبي على صحة الأطفال، كما يبدو ذلك واضحا من خلال معدلات وفيات الأطفال الرضع، وقد تضمنت هذه البرامج عدة محاور يدخل من بينها التلقيح الذي أخذ مكانة عامة، وكذلك تحسين ظروف الولادة وتحسين الظروف العامة لمعيشة السكان الناجمة عن التطور في السكن وكذا تحسين شروط النظافة وطريقة التغذية التي أدت إلى اختفاء أمراض منتقلة وتراجع هام لأنواع أخرى من الأمراض كمرض الحصبة والسل والسعال الديكي.

وهذا شيء مشجع على متابعة مكافحة ظاهرة وفيات الرضع، لكن المشكل لا يحل عن طريق برنامج واحد أو بالاهتمام بمكافحة الاسباب المباشرة فقط، بل هناك أسباب غير مباشرة، خفية والمتعلقة بالظروف الاجتماعية والاقتصادية.

ويمكن أن تكون البرامج والجهود المتبعة غير فعالة ما لم يكن الانسجام بين الإجراءات والتدابير المتخذة في مجال السياسات الاقتصادية والاجتماعية ومشروع مكافحة الوفيات. هذا ما حدث في الجزائر في التسعينات إذ رغم الجهود الجبارة المبذولة في مكافحة الوفيات عامة ووفيات الرضع بصفة خاصة إلا أن النتائج لم تكن مرضية وهذا راجع لعدة أسباب منها تبعات الأزمة النفطية العالمية والحالة المالية الحرجة التي مرت بها الجزائر خلال التسعينات.

لذلك على الدول النامية عامة، والجزائر خاصة أن تحلل معطيات وفيات الرضع تحليلا شاملا، مفصلا ودقيقا، وذلك لمعرفة الأسباب الحقيقية لهذه الوفيات وتستطيع التقليل قدر المستطاع منها. حتى تصل إلى المستوى الذي وصلت إليه الدول المتقدمة من حيث الحد من هذه الوفيات.

4-3- أسباب وفيات الأطفال الرضع في الجزائر

يتطلب تحليل وفيات الأطفال الرضع تحليلا شاملا لمعرفة الأسباب الخفية لهذه الوفيات حتى نستطيع التحكم فيها، والحد من أسبابها وكذا رفع معانات الأطفال بتوفير الخدمات الأساسية التي تضمن سلامتهم خاصة الأطفال حديثي الولادة الذين هم أكثر عرضة للأمراض من حيث ضعف مناعتهم الطبيعية، فبعد الولادة تزول مناعة الأم، وتعوض بمناعة المولود التي ينتجها ويكتسبها مع مرور الوقت، لكن قبل ذلك يكون عرضة لتأثيرات وأخطار مرضية وهو لم يبلغ عامه الأول. لذلك نحاول التطرق للأمراض الأساسية المباشرة التي تصيب الطفل وغير المباشرة التي تساهم بشكل كبير في هذه الوفيات.

- الأسباب المباشرة:

تتعلق وفيات الأطفال الرضع بشكل كبير بسلوك المجتمع إزاء الرعاية والتغطية الصحية، وكذا التحصين والحماية ضد الأمراض المنتشرة التي تقضي على آلاف الأطفال دون السنة لأنهم ذوي حساسية مفرطة تجاه المحيط الذي يعيشون فيه.

في هذا السياق نقدم مجموعة من الأسباب الرئيسة من المعطيات الوارد في المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل الخاصة بأسباب وفيات الرضع على المستوى الوطني.

تبين النتائج أن السبب الرئيسي لوفاة الأطفال الرضع بالجزائر في الشهر الأول هو الولادة المبكرة بحوالي 32.2% والتي تعود بالدرجة الأولى إلى الحالة الصحية للأم أثناء الحمل، كالإرهاق

من جراء الجهد المبذول خاصة في المناطق الريفية، وعدم المتابعة الصحية أثناء الحمل، وكذلك يعود إلى سوء التغذية لدى الأمهات الحوامل، ثم يليها الإسهال بحوالي 18.4% نتيجة لنوعية الرضاعة المقدمة للطفل، وإلى تأثير الظروف الخارجية السيئة والنظافة، ثم تتبعها مشاكل التنفس بحوالي 12.9% وهذا بسبب التأثيرات الخارجية كالمناخ، والحمى بحوالي 11.5% وتعتبر هذه الأسباب داخلية لأنها حدثت في الشهر الأول بعد الولادة، أما الأسباب الخارجية والتي تحدث بعد الشهر الأول وإلى الحادي عشر من عمر الرضيع، فنجد أن الأمراض المعدية هي السبب الرئيسي للوفاة، **(Mustapha khiati, 1996)**، ونجد أن القيء والحمى هما العارضان الأكثر ظهورا قبل الوفاة في هذه الفترة، إضافة إلى ذلك نجد سوء التغذية والذي ينتج عنه 9.2% من الأطفال الذين يعانون من نقص في الوزن.

ويتعرض الأطفال الرضع إلى الأمراض المتعلقة بالحمل والرضع في الشهر الأول من الولادة، وبعد هذه الفترة يتأثر الرضيع بالبيئة الخارجية والأمراض المتعلقة بالعدوى التنفسية.

جدول (12)

يبين نسب الأطفال الرضع الذين عانوا من أعراض معينة خلال أسبوعين قبل الوفاة (%)

الأعراض	العمر عند الوفاة	
	أقل من شهر	من شهر إلى 11 شهر
الإسهال	2.7	20.3
القيء	10.5	30.0
السعال و ضيق النفس	12.9	18.3
الحمى	11.5	22.1
الطفح الجلدي	-	10.2
التشنجات	8.9	18.8
الولادة المبكرة	23.2	6.8
أخرى	11.4	14.2

المصدر: اليونيسيف، الطفل الجزائري، الجزائر، 1993.

- الأسباب الغير مباشرة:

شرعت الدولة الجزائرية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، واليونيسيف بوضع برامج لمكافحة وفيات الأطفال الرضع، قد كان لهذا البرنامج انعكاسا حسنا في تطوير الهياكل الصحية وانخفاض في مستوى الوفيات إلا أنها لم تستطع أن تقضي بشكل كلي على بعض الأسباب التي تعتبر غير مباشرة في حدوث وفاة الأطفال الرضع، حيث توجد خصائص ديموغرافية وبيئية لا تزال لها تأثير على تفاقم وفيات الرضع.

أ- نوع المولود: (جنس المولود)

تبين أن عدد الذكور عند الميلاد يفوق دائما عدد الإناث في حين أن وفيات الذكور تكون عادة أكبر من وفيات الاناث، فتأثير عامل الجنس على وفاة الرضع كقاعدة عامة لا يرتبط

بالأسباب الأخرى المؤدية للوفاة، فالمعروف عند الذكور في هذه المرحلة أن تكوينهم الجسماني أقل مقاومة لتأثير الأمراض المعدية من الاناث، (**مصطفى شلقاني**، ...)، ويتضح ذلك من خلال الجدول 15 الذي يبين توزيع وفيات الرضع في الجزائر حسب الجنس.

الجدول (13)
توزيع وفيات الرضع في الجزائر حسب الجنس 1982-2016
O.N.S / Etat Civil (Données brutes)

السنة	ذكور	إناث	مجموع وفيات الرضع
1982	24 450	19 683	44 133
1983	25 870	20 640	46 510
1984	26 054	21 041	47 095
1985	25 167	20 590	45 757
1986	20 999	16 663	37 662
1987	18 768	14 776	33 544
1988	17 644	13 831	31 475
1989	16 221	12 576	28 797
1990	15 979	12 609	28 588
1991	15 711	12 145	27 857
1992	15 694	12 204	27 898
1993	16 288	12 669	28 957
1994	15 481	11 841	27 322
1995	14 492	10 921	25 413
1996	12 961	12 961	23 093
1997	13 708	10 366	24 073
1998	12 009	9 160	21 169
1999	12 173	9 625	21 798
2000	11 589	8 702	20 291
2001	12 343	9 279	21 622
2002	11 408	8 442	19 850
2003	11 499	8 801	20 300
2004	11 028	8 508	19 536
2005	11 722	8 820	20 542
2006	10 751	8 345	19 096
2007	11 206	8 540	19 746
2008	11 277	8 732	20 009
2009	11 591	8 703	20 294
2010	11 429	8 825	20 254
2016	-	-	22271

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، «الديموغرافيا الجزائر 2016»، رقم 779.

ب- سن الأم عند الانجاب:

تختلف وفيات الرضع حسب عمر الأم عند الولادة، ترتفع هذه الوفيات بشدة للأمهات التى تقل أعمارهم عن 20 سنة، ثم تنخفض بين 20-40 سنة من عمر الأمهات، وتعود لترتفع مرة أخرى عند تجاوز 40 سنة. ولكن هذا الارتفاع لا يتجاوز النسبة المسجلة الخاصة بالنساء اللواتي تقل أعمارهم عن 20 سنة، ويمكن أن يفسر هذا باحتمال أن الأم الشابة تفتقد للخبرة الكافية في

رعاية مولودها، و بهذه الطريقة تزداد نسبة التعرض لخطر المرض والموت عند المولود. ومن ناحية أخرى نجد أن تأثير أمراض الحمل يظهر بوضوح على الأمهات في الأعمار الصغرى بدرجة أكثر من الأمهات في الأعمار الأخرى، (**مصطفى شلقاني**، ...)، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (14)
وفيات الرضع طبقا لسن الأمهات عند الانجاب.

سن الأمهات عند الانجاب	معدل وفيات الرضع ‰
أقل من 20 سنة	57.8
(20- 29 سنة)	49.5
(30- 34 سنة)	48.7
(35- 49 سنة)	71.9

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل.

ت- ترتيب المولود:

يعتبر ترتيب المولود من العوامل الأساسية التي تحدد مستوى وفيات الأطفال الرضع، فاحتمال الوفاة بين الأطفال ينخفض مع زيادة رتبة المولود حتى المولود السادس وأحيانا السابع، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (15)
التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع حسب الرتبة عند الولادة

ترتيب الولادة	معدل وفيات الرضع ‰
الأول	43.8
الثاني والثالث	57.0
الرابع ومن بعده	55.0

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل.

ث- المدة الفاصلة بين الولادات:

تبين أنه كلما قصرت هذه الفترة كلما زادت وفيات الرضع وارتفاع وفيات الأطفال المولودين بعد سنة من المولود الأول، ويرجع ذلك إلى استقبال الجسم حمل جديد قبل أن يسترجع كامل قواه التي استنفذها في الحمل الأول. وتعتبر سنتين فترة مناسبة بين كل مولودين. (**مصطفى شلقاني**، ...).

ج- صحة الأم:

حيث أن الحمل اذا كان مصحوبا بأمراض متعلقة بالأم، أو وجود أعراض غير طبيعية أثناء تطور الحمل فإن احتمال وفاة الرضيع بعد الولادة يكون مرتفعا ومن بين أهم الأمراض لدى الأم التي تزيد في معدل وفيات الأطفال عند الوضع هي:

- ارتفاع الضغط الشرياني.
- أمراض القلب والجهاز التنفسي.
- أمراض السكر.
- أمراض الجهاز التناسلي.

ح- محل الإقامة:

يعتبر محل الإقامة من العوامل الغير مباشرة في حدوث وفيات الأطفال الأقل من سنة، فقد أكد المسح الجزائري أن هناك فرق في الهياكل والرعاية نين السكان الحضر والريف، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (16)
التقديرات المباشرة للاحتمالات وفيات الأطفال الأقل طبقا لمحل الإقامة والجنس

الجنس	احتمالات الوفيات في الألف	
	وفيات الرضع	
	الحضر	الريف
الذكور	47.2	73.7
الإناث	34.9	54.2

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل. ص 34.

خ- عوامل البيئة:

تعتبر عوامل البيئة إحدى الأسباب الغير مباشرة في وفيات الأطفال الرضع حيث تلعب دورها على مستوى الأسرة و تؤثر على صحة كل أعضائها خاصة الأم الحامل والرضيع، لهذا يجب الاعتناء بالبيئة المحيطة بالأسر والمحيط الذي يعيش فيه المجتمع عامة وكذلك العمل على توعية المواطن بأهمية الممارسات الوقائية في الأسرة. ويوضح الجدول (17) تأثير أربع عوامل منها:

جدول (17)
التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع طبقا لبعض العوامل البيئية

العوامل البيئية	معدل وفيات الرضع بالألف
مصدر مياه الشرب بشبكة ضخ	65.3
أخرى	60.9
نوع المرحاض: مرحاض متصل بشبكة صرف	63.3
أخرى	61.2
المنطقة المحيطة بالمسكن: منطقة جافة	65.0
منطقة بها مياه راكدة أو طفح	43.4
أرضية المسكن إسمنتية فينيل	65.3
ترابية/أخرى	58.3

المصدر: وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني الإحصائيات، الجامعة العربية: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل ص 40.

د- العوامل الأخرى:

إن العمل الشاق للأم والخمور والمخدرات والتدخين المفرط، وعدم توفير الظروف البيئية الجيدة، وغياب القابلات ذوات الكفاءة العالية، كلها عوامل يمكن لها أن تؤدي إلى وفاة المولود أثناء فترة الولادة وبعدها، **(علي الحسن، 1986).**

V- الخاتمة

إن ظاهرة وفيات الأطفال الرضع اتخذت منعرجا واحدا في كل الدول سواء المتقدمة منها أو المتخلفة، وهذا المنعرج يتمثل في الانخفاض. الجزائر من بين هذه الدول التي انخفضت فيها نسبة وفيات الأطفال الرضع، وهذا بفضل السياسة التي تنتهجها إذ بذلت جهودا كبيرة واستطاعت أن تسجل انخفاضا محسوسا في وفيات هذه الشريحة من المجتمع.

إن هذا الانخفاض يعكس مدى اهتمام المصالح الصحية بما يتماشى مع السياسة الصحية للدولة من أجل تحسين المستوى الصحي لهذه الشريحة بحيث ينخفض معدل الوفيات الأطفال الرضع إلى المعدلات العالمية.

- الاقتراحات والتوصيات

- الاعتناء بالمرأة الحامل طبيا، خاصة في الفترة الأخيرة من الحمل.
- العناية الفائقة بحديثي الولادة مُنخفضي الأوزان.
- تحسين الخدمات الصحية أُلمقدمة والتعاون بين القطاع العام والخاص.
- تحسين ظروف العمل للمرأة العاملة.
- محاربة الفقر وذلك بتوفير مناصب عمل.
- الرفع من قيمة الأجور بما يتماشى مع الضر وف الاقتصادية و الاجتماعية للأفراد.
- إنشاء هياكل صحية إضافية وتكوين كوادر طبية متخصصة.
- وضع خريطة صحية جديدة.
- وضع إستراتجية والاستثمار في القطاع الصحي.

- قائمة المراجع

- المراجع باللغة العربية

- الديوان الوطني للإحصائيات، (2013)، «الحوصلة الاحصائية 1962- 2011» ، الجزائر.

- الديوان الوطني للإحصائيات، لديموغرافيا الجزائر –2013–»، رقم 658.
- علي الحسن (1986، «أطفالنا نموهم– تغذيتهم– مشكلاتهم», دار العلم للملايين, بيروت.
- عياش ه، (1992)، « التنمية الصحية وتوزيع فرص الوقاية والعلاج في مجتمعات العالم الثالث. دراسة حالة الجزائر لسنتي 1930–1990»، رسالة ماجستير، علم الاجتماع، الإسكندرية.
- مصطفى شلقاني، «الإحصاء السكاني والديموغرافي، طرق التحليل الديموغرافي»، مطبوعات جامعة الكويت.
- هاشم نعمة: العراق: «الخصوبة السكانية والمتغيرات الاجتماعية –الاقتصادية» الجزء الأول. رسالة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص اقتصاد وإحصاء تطبيقي «علاقة النمو الديموغرافي بالنمو الاقتصادي وسياسات مواجهة آثاره على سوق الشغل الجزائرية. دراسة تحليلية وقياسية للفترة 1973– 2010».
- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، الجامعة العربية: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل.

- المراجع باللغة الأجنبية

- DEKKAR, N. (1999): "un quart de siècle d'étude sur la survie de l'enfant algérien 1970 - 1995"; UNICEF- OMS, Alger.
- KHIATI Mustapha (1996): «Démographie et population». OPU, Algérie.
- Lebane, D et Arfi, H (2003): «la naissance en milieu hospitalier»; édition: UNFPA; Alger.
- Le Collège National Des Gynécologues et Obstétriciens Français (1996): «Guide de Surveillance de la Grossesse»; Edition: ANDEM; Paris. P 9.
- MSPRH (2003): «Projection du développement du secteur de la santé: perspective décennal»; document non publié
- OMS: «La santé des enfants du monde chronique», OMS, vol 33 N° 4 Avril 1979.
- ONS, (2013): «Rétrospective Statistique 1962-2011», Algérie.
- ONS, (2017): «Donnée démographique 2016, n°779», Algérie.
- OUCHFOUN.A et HAMMOUDA.D (1993): «bilan de vingt huit années de politique sanitaire en Algérie», Cahier de CREAD n° 35/36-3 ème et 4ème trimestre; édition: OPU; Alger
- OUFRIHA, F.Z, (1990): «médecine gratuite- forte augmentation des dépenses de soins et crise de l'Etat socio-providence en Algérie»; Cahier de CREAD n° 22- 2 ème trimestre; édition: OPU; Alger
- OUFRIHA, F.Z(1993): «la difficile structuration du système de santé en Algérie: quels résultats?»; Cahier de CREAD n° 35/36- 3ième et 4ième trimestres; édition: OPU; Alger, p. 42

- OUFRIHA, F.Z (2002): «Système de santé et population en Algérie»; Edition ANEP; Alger
- Rapport MSPRH (2005): «Santé maternelle et infantile 2000 -2004»; édition: ANDS; Alger.
- Rapport National du MSPRH (2003): «Population et développement en Algérie»; Edition ANDS Alger.

دور الاستثمارات الأجنبية المباشرة في تنفيذ مشروعات الخدمات العامة وتحقيق التنمية المستدامة

شيماء سعيد دخيل العربي[1]

- مستخلص

تهدف الدراسة إلى تحليل بيئة الاستثمار إيمانًا بأن الاستثمارات هي المحرك لعملية النمو الاقتصادي وتحقيق التنمية المستدامة، وقد ركزت الدراسة على بيئة الاستثمار في قطاع الخدمات العامة.

وتوصلت الدراسة إلى أن عقود البناء والتشغيل والتحويل أحد أهم صور الاستثمار التي تتناسب مع طبيعة الاقتصاد المصري وبالتحديد مع قطاع الخدمات العامة كقطاع الكهرباء، ولكنها تواجه مجموعة من التحديات التي لابد من التغلب عليها لرفع كفاءتها وفاعليتها؛ لتعظيم القيمة المضافة للاقتصاد المصري.

وتؤكد الدراسة على أن تهيئة مناخ الاستثمار لجذب مزيد من الاستثمار الأجنبي المباشر مع توجيه لقطاع الخدمات العامة بما يخدم خطة التنمية الاقتصادية يتطلب: تطوير الإطار المؤسسي، والتشريعي، ومكافحة الفساد، تحقيق التنمية المحلية، رفع الوعي العام بأهمية ومزايا المشاركة الخاصة في تمويل وتطوير وتشغيل مثل هذه المشروعات، تفعيل سياسة الإعفاءات الضريبية والجمركية إضافة إلى تحقيق الاستقرار السياسي، تفعيل نظام النافذة الواحدة لإدارة المشروعات، تحقيق الشفافية في السياسات والبيانات الخاصة بالاستثمار، وتحسين العلاقات الخارجية.

الكلمات المفتاحية: الاستثمار الأجنبي المباشر، قطاع الخدمات العامة، التنمية المستدامة، النمو الاقتصادي، قطاع الكهرباء، مناخ الاستثمار، عقود البناء والتشغيل والتحويل.

[1] **باحثة دكتوراه بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية، مساعد خبير اقتصادي بمركز معلومات مجلس الوزراء، مصر، shymasaid@idsc.net.eg**

I- مقدمــة

إن تدفق الاستثمار الأجنبي المباشر أصبح ظاهرة عالمية تتنافس كلَّ من الدول المتقدمة والنامية للحصول على أكبر نصيب من هذا التدفق في كافة القطاعات الخدمية كقطاع الكهرباء وهو ما أدت إليه العولمة الاقتصادية من زيادة الحاجة إلى رفع القدرة التنافسية للدول وتحسين اقتصادها من خلال هذه الاستثمارات. وتُعد الخدمات العامة من الحاجات الضرورية الهامة اللازمة لحياة الإنسان وتأمين رفاهيته والتي يجب توفيرها لأفراد المجتمع وبالتحديد الخدمات الكهربائية حيث تُعد حقًا من حقوق الإنسان، وأداة للتقدم وتحقيق النمو، والتنمية الاقتصادية، وقد استمرت الدولة متمثلة في الحكومة لقرون عديدة هي المحرك الأساسي والوحيد في تقديم هذه الخدمات، ولكن مع نهاية القرن العشرين وبداية الألفية الثالثة زاد اتجاه الحكومات إلى ضرورة مشاركة القطاع الخاص ولاسيما الاستثمارات الأجنبية في الخدمات العامة مثل النقل، والاتصالات، والكهرباء، والمياه، والصحة، والتعليم، وخدمات الموانئ وعمليات إنشاء الطرق لتخفيف العبء على الموازنة العامة، وسد فجوة المدخرات، وتحسين كفاءة العمالة، وتحسين معدلات النمو الاقتصادي، من خلال الاستفادة من الخبرات والتكنولوجيا الحديثة المصاحبة للاستثمارات الأجنبية، علماً بأن البداية الحقيقية للاستثمارات الأجنبية (حركة رءُوس الأموال عبر الحدود) في قطاع الخدمات في عام 1852 بقيام الشركات الأمريكية بالاستثمار المباشر داخل بريطانيا مما ساهم في استقرار النظام المالي.

وتظهر أهمية استقطاب الاستثمارات الأجنبية المباشرة للاقتصاد المصري في مساهمتها في تحسين معدلات النمو الاقتصادي، وزيادة معدلات التشغيل، والتأثير الإيجابي على زيادة الناتج المحلي الإجمالي، وتخفيف العبء على الموازنة العامة للدولة.

كما اتسمت العلاقة بين الاستثمارات الأجنبية والناتج المحلي الإجمالي بالإيجابية والاتجاه المتزايد خلال الفترة (2000-2007) ما يعكسه مؤشر نسبة الاستثمار الأجنبي المباشر الداخل من الناتج المحلى الإجمالي الذي وصل لأعلى نسبه في عام 2006 وذلك قبل انخفاضه نتيجة تراجع تدفق الاستثمارات الأجنبية المباشرة الداخلة لمصر وهو ما يعكسه انخفاض المؤشر خلال الفترة (2007-2012) ثم بدأ يتحسن نسبيا في عام 2013 حيث وصلت نسبته إلى 30,7% عام2014.

وعلى الجانب الأخر تظهر أهمية القطاعات الخدمية في الاقتصاد المصري من خلال استحواذها على أكثر من نصف الناتج المحلي الإجمالي بنسبة بلغت 54% في عام 2012 وذلك نتيجة تحقيق هذه القطاعات معدلات نمو مرتفعة كما استحوذت على النصيب الأكبر من العمالة بنسبة 59% والاستثمارات المنفذة بنسبة 58% عام 2012؛ ولذلك قامت الحكومة بجهود كبيرة لجذب واستقدام مزيد من الاستثمارات الأجنبية بما يخدم خطة التنمية في هذه القطاعات خاصة قطاع الكهرباء، من خلال نظام البناء والتشغيل والتحويل.

وتركز هذه الدراسة على قطاع الكهرباء الذي يُعد أحد أهم القطاعات الخدمية العامة التي لها دور هام وفعال في عملية التنمية الاقتصادية، كما أنه أحد مقاييس تقدم ورفاهية الشعوب. وقد شهِدت مصر في الفترة الأخيرة زيادة في استهلاك الطاقة الكهربائية، كما يحقق القطاع عجزًا نتيجة استيراد المعدات والآلات الأمر الذي يشكل ضغطًا مستمرًا على العملة الصعبة، وتدني مستوى الصيانة، وزيادة معدلات سرقة التيار الكهربائي، وانخفاض كفاءة تحصيل فواتير الاستهلاك، وضآلة حجم الاستثمارات الأجنبية، كما تتحمل الحكومة العبء الاستثماري الأكبر بهذا القطاع.

1-1- إشكالية الدراسة

يثور التساؤل حول الأشكال المناسبة من الاستثمارات الأجنبية المباشرة في قطاع الخدمات العامة بالتحديد في قطاع الكهرباء بما يتناسب مع طبيعة الاقتصاد المصري، والمعايير والضوابط الحاكمة لتنفيذ هذه الاستثمارات، والكيفية التي تعالج بها الحكومة استخدام هذه الاستثمارات لرفع فاعليتها في تنفيذ هذه الخدمات العامة سواء من ناحية الكفاءة أو الفاعلية في تخفيف العبء على الموازنة العامة للدولة، والمساهمة في النمو الاقتصادي، وتعظيم القيمة المضافة من هذه الاستثمارات للاقتصاد المصري ومن هنا تأتي أهمية دراسة وتحليل التحديات والعقبات التي تواجه تعظيم القيمة المضافة، مع التطرق لحالات عملية في الاقتصاد المصري، ومحاولة الاستفادة من التجارب الدولية الرائدة في ذلك واستخلاص دروس وآليات عملية لتعظيم القيمة المضافة من هذه الاستثمارات تتماشى مع طبيعة الاقتصاد المصري.

1-2- أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل ووضع أسس لتشجيع وتوفير البيئة المناسبة للاستثمارات وخاصة في قطاع الخدمات العامة، حيث تحتاج مصر إلى مزيد من تدفقات الاستثمار الأجنبي المباشر من أجل تحفيز النمو الاقتصادي، وخلق مزيد من فرص العمل وتقليص الفقر، بالإضافة إلى الحاجة الماسة للأساليب التكنولوجية الحديثة للتقدم.

1-3- فروض الدراسة

اهتمت الدراسة باختبار صحة الفرضين التاليين:

- الاستثمارات الأجنبية المباشرة تؤثر بالإيجاب على الاقتصاد المصري.
- عقود البناء والتشغيل والتحويل أحد أهم صور الاستثمار الأجنبي المباشر الملائم لطبيعة مشروعات قطاع الخدمات العامة.

1-4- منهجية الدراسة

تستخدم الدراسة الأدوات البحثية القائمة على المنهج الوصفي، والتحليلي، حيث يقدم المنهج الوصفي الصورة العامة للاستثمارات الأجنبية في الاقتصاد، وتوزيعها بين القطاعات وخاصة في قطاع الخدمات العامة بالتركيز على قطاع الكهرباء، كما يتناول أهم صور الاستثمارات الأجنبية المباشرة بالتركيز على البناء والتشغيل والتحويل، وأهميته وتأثيره على قطاع الكهرباء والاقتصاد ككل. ويقدم المنهج التحليلي شكل جديد لإمكانيات دخول الاستثمارات الأجنبية لتخفيض عجز الموازنة العامة، وزيادة التشغيل، وزيادة معدلات النمو من خلال تعظيم القيمة المضافة من هذه الاستثمارات، كما يوضح إمكانيات الاقتصاد من حيث البنية التحتية، والمسار التشريعي المحفز للاستثمارات وذلك في إطار تحليلي للتعرف على الفجوات القائمة، ومن ثم التعرف على المسار العلمي، والفني، والإجرائي، والتشريعي لتذليل هذه العقبات في ضوء التجارب الدولية الناجحة.

II- أهم مؤشرات قياس أداء الاستثمارات الأجنبية المباشرة في تحقيق التنمية المستدامة في مصر

تتناول الدراسة تحليل أهم مؤشرات قياس أداء الاستثمارات الأجنبية المباشرة في مصر خلال الفترة (2000-2012) ويفترض البحث أن هناك علاقة تناسبية بين تدفقات الاستثمارات الأجنبية المباشرة وبين المتغيرات الاقتصادية التالية وهي الناتج المحلي الإجمالي، رأس المال الثابت، معدل النمو الاقتصادي، معدل التشغيل ولأثبات فرضية البحث تقوم الدراسة بتحلل بيانات المؤشرات خلال فترة الدراسة وحساب معامل الارتباط بين الاستثمارات الأجنبية المباشرة وبعض المؤشرات، كما تتناول الدراسة اتجاهات الاستثمارات الأجنبية العالمية، وحوكمة نظام الاستثمارات الدولية.

وتهدف الدراسة من تحليل المؤشرات التالية (نسبة الاستثمار الأجنبي المباشر إلى رأس المال الثابت - نسبة الاستثمار الأجنبي المباشر إلى الناتج المحلي الإجمالي- معدل النمو الاقتصادي- معدل التشغيل) إلى تحديد مدى ملاءمة المناخ السياسي، والاقتصادي، والبنية التحتية لجذب الاستثمارات الأجنبية المباشرة، مما يساعد الحكومة في تقييم وقياس أداء هذه الاستثمارات لوضع السياسات الحكومية اللازمة لتحفيز وجذب هذه الاستثمارات لزيادة مساهمتها في تحسين وضع الاقتصاد المصري وذلك بتحسين معدلات التشغيل، وتعزيز الإنتاجية وتحفيز الاقتصاد وزيادة الطلب، وتحسين معدلات النمو.

2-1- مساهمة الاستثمار الأجنبي المباشر في الناتج المحلي الإجمالي- رأس المال الثابت

من تحليل المؤشرين (الاستثمار الأجنبي المباشر كنسبة من تكوين رأس المال الثابت- الاستثمار الأجنبي المباشر كنسبة من الناتج المحلى الإجمالي) خلال فترة الدراسة يتضح ما يلي:

- أن مؤشر نسبة الاستثمار الأجنبي المباشر لتكوين رأس المال الثابت الداخل أكبر من نسبة الاستثمار الأجنبي المباشر لتكوين رأس المال الثابت الخارج وهذا مؤشر إيجابي للاقتصاد المصري.
- أن مؤشر نسبة الاستثمار الأجنبي المباشر لتكوين رأس المال الثابت الداخل ارتفع بمعدلات كبيرة خلال الفترة (2004–2010) وقد وصل إلى ما يقارب من 50% في عام 2006 ، وكان اتجاه المؤشر تصاعديًا خلال الفترة (2004–2006).
- أن مؤشر نسبة الاستثمار الأجنبي المباشر من الناتج المحلى الإجمالي الداخل أكبر من نسبة الاستثمار الأجنبي المباشر من الناتج المحلى الإجمالي الخارج وهذا مؤشر إيجابي يعكس قوة الاقتصاد المصري.
- أن مؤشر نسبة الاستثمار الأجنبي المباشر من الناتج المحلى الإجمالي الداخل أخذ اتجاها تصاعديًا خلال الفترة من (2000–2007) ثم بدأ اتجاها تنازليًا.
- أن مؤشر نسبة الاستثمار الأجنبي المباشر من الناتج المحلى الإجمالي الداخل يأخذ نسب متقاربة وبشكل منتظم، بخلاف مؤشر نسبة الاستثمار الأجنبي المباشر لتكوين رأس المال الثابت الداخل الذي بدأ السلسلة بحالة من التذبذب حتى عام 2003 ثم أخذ اتجاها تصاعديًا إلى عام 2006 ثم أخذ في التناقص ثم عاود الارتفاع منذ عام 2012.

جدول (1)
تطور نسبة الاستثمـــار الأجنبي المباشر لـرأس المـال الثابت والناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة (2000–2014)

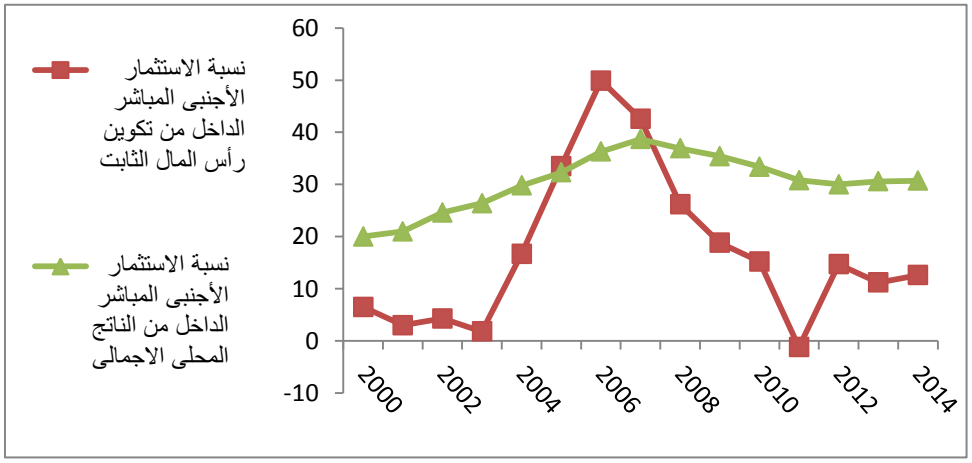
السنة/ البيان	نسبة الاستثمار الأجنبي المباشر من تكوين رأس المال الثابت (%)		نسبة الاستثمار الأجنبي المباشر من الناتج المحلى الإجمالي (%)	
	الداخل	الخارج	الداخل	الخارج
2000	6,5	0,3	20	0,7
2001	3	0,1	21	0,7
2002	4,3	0,2	26,6	0,8
2003	1,8	0,2	26,4	0,9
2004	16,7	1,2	29,8	1,1
2005	33,5	0,6	32,3	1,1
2006	49,9	0,7	36,3	1
2007	42,6	2,4	38,7	1,4
2008	26,2	5,3	36,9	2,3
2009	18,8	1,6	35,4	2,3
2010	15,2	2,8	33,4	2,5
2011	1,2-	1,6	30,8	2,6
2012	14,7	0,5	30	2,4
2013	11,2	0,8	30,6	2,4
2014	12,6	0,7	30,7	2,4

Source :UNCTAD, World Investment Report(2000- 2014).

توضح بيانات الجدول (1) أن مؤشر الاستثمار الأجنبي المباشر الخارج كنسبة من تكوين رأس المال الثابت أصغر من مؤشر الاستثمار الأجنبي المباشر الداخل كنسبة من تكوين رأس المال الثابت خلال فترة الدراسة، وقد اتسم مؤشر الاستثمار الأجنبي المباشر الداخل كنسبة من تكوين رأس المال الثابت بالتذبذب خلال الفترة (2000–2004) ثم بدأ يأخذ اتجاها تصاعديًا خلال عام 2005و 2006، مسجلاً أعلى قيمة في عام2006 خلال فترة الدراسة بنسبة بلغت 49,9 % ثم أخذ اتجاه تنازلي بداية من 2006 وصولاً إلى عام 2011 ويرجع ذلك لأسباب عديدة كالأزمة المالية العالمية، والاضطرابات السياسية التي عصفت بمصر بعد ثورة 25 يناير 2011، ولكنه عاود الارتفاع بشكل طفيف في عام 2012 مقارنة بالسنوات السابقة بعد وجود حكومة وبدأ الاستقرار النسبي، ثم تراجع مرة أخرى. أما مؤشر الاستثمار الأجنبي المباشر الخارج كنسبة من تكوين رأس المال الثابت فقد اتسم هو الأخر بالتذبذب خلال فترة الدراسة، فقد بلغت نسبته 0,3% في عام 2000 ثم انخفضت في عام 2001 إلى 0,1% ثم ثبتت في عام 2003 و2004 عند نسبة 0,2% وفي عام 2005 ارتفعت نسبته لتصل إلى 1,3% ثم انخفضت إلى 0,65 في عام 2006 ثم عاود الارتفاع في 2007 و2008 وقد سجل المؤشر أكبر نسبه في عام 2008، ولكنه عاود الانخفاض إلى 1,6% في عام 2009، وقد سجل المؤشر أقل نسبة في عام 2001.

أما مؤشر الاستثمار الأجنبي المباشر الخارج كنسبة من الناتج المحلى الإجمالي فنسبة صغيرة جداً إذا ما قورت بالداخل.

شكل (1)
تطور نسبة الاستثمار الأجنبي المباشر الداخل لرأس المال الثابت والناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة (2014–2000)



- Source :UNCTAD, World Investment Report (2000- 2014).

وقد اتسم مؤشر الاستثمار الأجنبي المباشر الداخل كنسبة من الناتج المحلى الإجمالي بالاتجاه التصاعدي خلال الفترة (2000–2008) ثم اتســم بعــد ذلك بالتذبذب خلال الفترة (2008–2014)، مُتخذ اتجاهًا تنازليًا نتيجة الأوضاع السابق ذكرها ولكن انخفاضه لم يكن بنسبة كبيرة مقارنة بمؤشر الاستثمار الأجنبي المباشر الداخل كنسبة من تكوين رأس المال الثابت. وقد سجل الاستثمار الأجنبي المباشر الداخل كنسبة من الناتج المحلى الإجمالي أعلى نسبة عام 2007 وهى 39,6%. أما الاستثمار الأجنبي المباشر الخارج كنسبة من الناتج المحلى الإجمالي فقد أخذ اتجاها تصاعديًا وصولاً لعام 2004 ثم انخفض إلى 0,1% في 2005 واستمر بنفس النسبة في عام 2006 ثم عاود التحسن وصولاً إلى أعلى نسبة وهي 2,6 في عام 2011، ثم انخفض في 2012 بنسبة0,1%، وظل ثابت في العامين التاليين.

2-2- مساهمة الاستثمار الأجنبي المباشر في النمو الاقتصادي

من تحليل البيانات الخاصة بمصر خلال فترة الدراسة (2000–2012) يتضح أن:

- مؤشر معدل النمو الاقتصادي بدأ يتجه تصاعديًا بين عامي 2000 و2007 وسجل أعلى نسبة خلال 2007 وهو نفس الاتجاه العام لتدفقات الاستثمارات الأجنبية المباشرة.
- أن مؤشر معدل النمو الاقتصادي بدأ في التدهور منذ عام 2007 وذلك في ظل الأوضاع السياسية والاقتصاد السيئة وتراجع الاستثمارات الأجنبية المباشرة.

وفي ظل اتسام الاستثمارات الأجنبية المباشرة الداخلة بالتذبذب خلال الفترة (2000–2003) فقد كان معدل النمو الاقتصادي الحقيقي يتحسن نسبيًا، ولكن خلال الفترة (2004–2007) أخذت الاستثمارات الأجنبية بالتدفق إلى مصر بشكل كبير وملحوظ مما أثر بالإيجاب على معدلات النمو، وقد سجلت الاستثمارات الأجنبية أعلى قيمة لها في عام 2007 وكذلك معدل النمو الاقتصادي الحقيقي الذي واكب ذلك التحسن خلال الفترة، ولكن سرعان ما تأثرت تدفقات هذه الاستثمارات بالأحداث العالمية والداخلية واتخذت اتجاهًا متناقصًا وصولاً لعام 2011 ثم بدأت في التحسن عام 2012 بعد استقرار الأوضاع الداخلية نسبيًا بعد الثورة، وكذلك تأثر معدل النمو الحقيقي حيث انخفضت نسبته بصفه عامة خلال الفترة، ثم تحسن نسبيًا في عام 2009 ، ولكنه سرعان ما عاود الانخفاض وبنسبة كبيرة في عام 2010، ثم بدأ في التحسن النسبي مرة أخرى بعد الثورة في ظل استقرار الأوضاع وعودة التدفقات الاستثمارية الأجنبية.

جدول (2)
تطور قيمة الاستثمار الأجنبي المباشر خلال الفترة (2000–2014) (مليون دولار).

السنة/ البيان	الاستثمار الأجنبي المباشر	
	الداخل	الخارج
2000	1235	51
2001	510	12
2002	647	28
2003	237	21
2004	2157	159
2005	5376	92
2006	10043	148
2007	11578	665
2008	9495	1920
2009	6712	571
2010	6386	1176
2011	483-	626
2012	6881	211
2013	5553	301
2014	4783	253

Source: UNCTAD, World Investment Report (2000- 2014).

اتسمت الاستثمارات الأجنبية المباشرة الداخلة بالتذبذب خلال الفترة (2000–2003) حيث بلغت قيمتها 1235 مليون دولار عام 2000، ثم انخفضت إلى 510 ملايين دولار عام 2001، ثم عاودت الارتفاع مرة آخري لتصل إلى 647 مليون دولار عام 2002، ثم انخفضت إلى 237 مليون دولار عام 2003، وبعد ذلك اتسمت الاستثمارات باتجاه متزايد خلال الفترة (2004–2007) وقد سجلت أعلى قيمة لها عام 2007 حيث وصلت قيمة هذه الاستثمارات إلى 11578 مليون دولار، ولكن سرعان ما تأثرت تدفقات هذه الاستثمارات بالأحداث العالمية والداخلية واتخذت اتجاهًا متناقصًا وصولاً لعام 2011 ثم بدأت في التحسن عام 2012، ولكن انخفضت 2013 و2014 تأثرًا بالثورة نتيجة عدم استقرار الأوضاع الداخلية نسبيًا بعد الثورة .

أما عن الاستثمارات الأجنبية المباشرة الخارجة فقيمتها صغيرة إذا ما قورنت بالاستثمارات الأجنبية الداخلة، وقد اتسمت بالتذبذب خلال فترة الدراسة، وبلغت قيمتها 51 مليون دولار عام 2000 ثم انخفضت في الأعوام التالية (2001، 2003، 2005، 2009، 2011، 2012، 2014) وبخلاف تلك السنوات اتسمت الاستثمارات الأجنبية الخارجة بالتزايد، وجدير بالذكر أنها سجلت أعلى قيمة لها عام 2008 وهى 1920 مليون دولار.

جدول (3)
تطور معدل النمو السنوي لإجمالي الناتج المحلي خلال الفترة (2000–2014)

السنة	معدل النمو السنوي لإجمالي الناتج المحلي
2000	5,4
2001	3,5
2002	2,4
2003	3,2
2004	4,1
2005	4,5
2006	6,8
2007	7,1
2008	7,2
2009	4,7
2010	5,1
2011	1,8
2012	2,2
2013	2,1
2014	2,2

المصدر: البنك الدولي– البيانات– نمو إجمالي الناتج المحلي

وبتحليل معدل النمو الاقتصادي خلال فترة الدراسة نلاحظ وجود تطور وزيادة في النمو السنوي لإجمالي الناتج المحلي بداية من عام 2001 وصولاً إلى عام 2008 حيث سجل النمو أعلى قيمة خلال فترة الدراسة وهى 7,2% في عام 2008، ثم اتسم بعد ذلك بالتذبذب حيث أنخفض في عام 2009 ليصل إلى 4,7% ثم عاد الارتفاع في عام 2010 ليصل إلى 5,1% ثم انخفض بشدة ليصل إلى 1,8% في عام 2011 ثم أرتفع ارتفاعاً طفيفاً ليصل إلى 2,2% في عام 2012، ولكن تراجع بنسبة 0,1 عام 2013 ثم ما لبث أن تحسن ورجع لنسبة بلغت 2,2% عام 2014 مواكبًا في ذلك التحسن في التدفقات الاستثمارات الأجنبية.

وبمقارنة معدل النمو السنوي لإجمالي الناتج المحلي والاستثمار الأجنبي المباشر الداخل خلال فترة الدراسة نلاحظ وجود علاقة طرديه وارتباط قوي بين المتغيرين بنحو **(R=,86)** فكانت البداية تتجه للانخفاض ولكن نهاية الفترة تتجه للارتفاع بينها حالة من التذبذب، مع عدم توافق المؤشرين في الأعوام التالية (2002، 2003، 2008، 2010)، مع وجود توافق في الاتجاه

المتصاعد خلال الفترة(2004–2007)، والانخفاض في 2009،2011، وبعد أحداث الثورة في عام 2012 عاودت الاستثمارات في التحسن واكبها تحسن في النمو السنوي لإجمالي الناتج المحلي.

III- العلاقة بين النمو الاقتصادي ومعدلات التشغيل في ظل الاستثمارات الأجنبية المباشرة

يعرض هذا الجزء الأثر الإيجابي للاستثمارات الأجنبية المباشرة على الاقتصاد المصري بشكل أكبر من خلال عدة مؤشرات منها مؤشر النمو الاقتصادي ومعدل التشغيل، حيث يُعد مؤشر النمو الاقتصادي الرابط بين الأثر الذي يحدثه الاستثمار الأجنبي المباشر وتزايد معدلات التشغيل والانخفاض في معدلات الفقر.

وتُساهم الاستثمارات الأجنبية المباشرة في خلق فرص التوظيف ولكن بأثر بسيط على مستوى الشركات متعددة الجنسيات، ونمو الناتج المحلي يُساهم في خلق فرص التوظيف المباشرة وغير المباشرة على مستوى الشركات الأخرى؛ ولكن يعتمد تزايد خلق فرص التوظيف على طبيعة الأنشطة الاقتصادية كثيفة العمالة المؤسسة من قِبل هذه الاستثمارات، وبطريقة غير مباشرة تُساهم الاستثمارات في دعم النمو الاقتصادي.

3–1– مساهمة الاستثمار الأجنبي المباشر في معدلات التشغيل

يُعد مؤشر معدل التشغيل أحد المؤشرات التي تعكس أداء الاستثمارات وخاصة الاستثمارات الأجنبية ومدى كفاءتها ومواكبتها لخطط التنمية، حيث تساهم هذه الاستثمارات بشكل مباشر أو غير مباشر في خلق فرص عمل، والنهوض بمستويات التوظيف، والربط بين الصناعات المحلية، ورفع مستوى الإنتاجية بالمجتمع من خلال رفع إنتاجية العمال وذلك بتخصيص جزء من مواردها لتقديم التدريبات للعاملين، واستخدام أحدث التقنيات في الإنتاج مما يخلق فرص أكبر للتوسع في الإنتاج والتصدير ومن ثم مزيد من العمالة، ولكن كل ذلك يتوقف على مدى نجاح السياسات على تحفيز وتوزيع هذه الاستثمارات، والسياسة التنظيمية للشركات، وطبيعة العمالة ومهاراتهم، ونموذج التكنولوجيا المستخدم (عادة ما تستخدم هذه الاستثمارات تكنولوجيا كثيفة رأس المال أو تتطلب العمالة الماهرة للتعامل مع التكنولوجيا)، وسلوك الاستثمارات والشركات الأجنبية في استقطاب العمالة حيث عادة ما تميل شركات الاستثمار الأجنبي لاستقطاب العمالة الماهرة الموجودة في المنشآت المحلية بواسطة الأجور المرتفعة بدلاً من توفير فرص جديدة للمتعطلين وطبيعة سوق العمل (ففي الكثير من الدول لا يشجع سوق العمل هذه الاستثمارات على إحداث المساهمة الإيجابية في مجال فتح فرص عمل جديدة نتيجة عدم اتسام سوق العمل بالتوازن الهيكلي، بالإضافة إلى الاختلالات الواضحة في معدلات الأجور، وعدم التوازن بين العرض والطلب مما يحد من

قدرتها على خلق فرص عمل)، وأسلوب دخول السوق فعادة ما تقوم شركات الاستثمار الأجنبي بتملك وحدات قائمة أكثر من إنشاء وحدات جديدة، وهو ما لا يضيف كثيرًا إلى حجم قوة العمل.

وتؤكد العديد من التجارب الدولية وجود العلاقة الطردية بين التدفقات الاستثمارية الأجنبية ومعدلات التشغيل كما في دول أمركا اللاتينية خلال الفترة من (1980–2006) والتي كلما زاد فيها الاستثمار الأجنبي بنحو 10% يترتب عليها زيادة فرص العمل المباشر بنحو0,7% بالإضافة لزيادة معدلات الاستثمار المحلي.

من تحليل البيانات الخاصة بمصر خلال فترة الدراسة (2000–2014) يتضح ما يلي:

- أخذ مؤشر إجمالي العمالة الاتجاه التصاعدي من عام 2000 إلى عام 2009، ثم أنخفض بنسبة ضئيلة في عام 2011 ثم رجع للارتفاع، بينما مؤشر صافي التدفقات الوافدة من الاستثمار الأجنبي المباشر اتسم بالتذبذب خلال الفترة (2000–2004) ثم اتخذ اتجاهًا تصاعديًا حتى عام 2007، وبعد ذلك اتخذ اتجاهًا تنازليًا وصولاً لعام 2011، ثم رجع للتزايد.
- معامل الارتباط بين إجمالي العمالة وصافي التدفقات الوافدة من الاستثمار الأجنبي المباشر بلغ (402,) وتعكس الإشارة الموجبة العلاقة الطردية بين الاستثمار الأجنبي والعمالة، ولكن معامل الارتباط أقل من الواحد الصحيح بشكل يعكس العلاقة الضعيفة بينهما.

وبصورة أخرى يمكن قياس أثر الاستثمارات الأجنبية المباشرة على سوق العمل من خلال مؤشر البطالة حيث توجد علاقة عكسية بين الاستثمارات الأجنبية المباشرة ومعدل البطالة، وهو ما تؤكده مراجعة تجارب كلاً من الدول المتقدمة وتلك التي في طور النمو على أنه توجد علاقة بين مستوى ونمط أو طبيعة الاستثمار من ناحية ومعدل البطالة من ناحية أخرى، ففي الاتحاد الأوروبي خلال الفترة (1960–1998) تؤكد البيانات وجود علاقة عكسية بين معدل الاستثمار من ناحية ومعدل البطالة من ناحية أخرى مع التسليم بوجود عوامل أخرى تؤثر على هذين المتغيرين، وفي تجربة الجزائر تظهر هذه العلاقة العكسية في ضوء ارتفاع الناتج الداخلي نتيجة تزايد الاستثمارات الأجنبية بشكل ترتب علية انخفاض البطالة. وفي مصر لا تظهر هذه العلاقة بوضوح وهو ما أكده معامل الارتباط (معامل الارتباط بين البطالة والاستثمار الأجنبي المباشر)، حيث بلغ (–36,)، وتعكس الإشارة السالبة العلاقة العكسية، وقيمتها تقارب نصف ولكن لم تصل لواحد صحيح (العلاقة التامة القوية) مما يعكس عدم وجود علاقة تامة قوية. وقد ارتفع مؤشر إجمالي البطالة في مصر خلال فترة الدراسة ويرجع ذلك إلى العديد من الأسباب منها تواضع معدلات الاستثمار الأجنبي

مقارنة بالإمكانيات المتاحة للاستثمار ومقارنة بالعديد من الدول النامية في التسعينيات وإن كانت بدأت في التحسن في السنوات الأخيرة، بالإضافة إلى عدم نجاح السياسة الاقتصادية بشكل عام والسياسة الاستثمارية على وجهه الخصوص.

وتؤكد الدراسة على أن التوزيع القطاعي لهذه الاستثمارات الأجنبية لا يتسق مع قدرة القطاعات الاقتصادية على توليد فرص عمل، حيث تتركز الاستثمارات في الأنشطة الاقتصادية التي تتسم بضعف قدرتها على استيعاب العمالة، أو التي تنخفض فيها مرونة التشغيل للناتج مثل قطاع الصناعة والتعدين، وقطاع الخدمات الاجتماعية. بالإضافة إلى أن كثير من مشروعات الاستثمارات الأجنبية تكون كثيفة رأس المال وليست كثيفة العمالة وذلك في ظل ارتفاع متوسط تكلفة خلق فرصة العمل على المستوى القومي من نحو 60 ألف جنيه مصري في الثمانينات إلى حوالى103 ألف جنيه في أواخر التسعينات نتيجة انخفاض إنتاجية العمالة وارتفاع قيمة تأميناتهم الاجتماعية.

وبالرغم من أن هناك اتفاقيات يكون أهدافها المعلنة مساعدة الدول النامية وتلك التي في طور النمو ولكن على أرض الواقع تكون المنتفع الأول الدول المتقدمة مثل الاتفاقية العامة للتعريفات والتجارة (GATT) والتي تهدف للوصول إلى التوظف الكامل واستغلال الموارد الاقتصادية المتاحة الاستغلال الأمثل، والعمل علي زيادة الإنتاج، وتشجيع التجارة علي المستوي العالمي بشكل يعود بالفائدة على جميع الدول برفع مستويات المعيشة بها من خلال تحرير التجارة في السلع بين الأطراف المتعاقدة من القيود الجمركية أيْ "القيود التعريفية" والقيود الكمية أيْ "القيود غير التعريفية". وتم توقع الاتفاقية في عام 1947، ويبلغ عدد أعضاؤها 117 دولة من بينها مصر.

ولكن على أرض الواقع تؤدي الاتفاقية لآثار وخيمة على اقتصاد الدول النامية وبالتحديد مصر؛ لكون هذه الدول بما فيهم مصر مستورد لكثير من السلع والخدمات مما يجعلها سوقًا استهلاكية لمنتجات الشركات الأجنبية العملاقة، كما أن الاتفاقية لا تزيل العقبات أمام استثمارات الدول النامية فلم تتعرض لمعظم إجراءات الاستثمار المقيدة للتجارة في الدول المتقدمة كالإعانات والمنح، ولم تتناول قضايا تراها الدول النامية مهمة فيما يتعلق بالاستثمارات الأجنبية كالسياسات الاستثمارية للشركات الدولية والممارسات غير المنصفة والمخلة بشروط المنافسة من جانبها، بالإضافة إلى ذلك تؤثر الاتفاقية بالسلب على سوق العمل نظرًا لانخفاض كفاءة ومهارات العمالة بهذه الدول بشكل لا يتواءم مع متطلبات الاستثمارات الأجنبية.

في ضوء هذا التحليل يمكن القول أنه توجد مجموعة معوقات وتحديات تواجهنا وهى عدم وجود الاستثمارات الكافية، مع عدم الكفاءة في إدارة وتخصيص الاستثمارات الموجودة بالفعل (أنماط

الاستثمار المتحيزة للسوق المحلي لا للتصدير، التحيز للمشروعات الكبيرة وإغفال المشروعات الصغيرة والمتوسطة، ارتفاع الكثافة الرأسمالية وإغفال عنصر العمل...) مما يساهم بشكل أساسي في انخفاض الطلب على عنصر العمل وهو ما ترتب علية ارتفاع معدلات البطالة، ولا يعني ذلك إنكار أو استبعاد العوامل الأخرى التي تؤدي لتفاقم ظاهرة البطالة بمصر.

ومن تحليل البيانات الخاصة بمصر خلال فترة الدراسة (2000–2014) يتضح لنا ما يلي:

- إن طبيعة العلاقة العكسية بين البطالة والاستثمار الأجنبي لا تتسم بنفس درجة الوضوح كما في تجارب العديد من الدول كما أشرنا ولعل ذلك يرجع لأسباب عديدة يعرفها كل ملم بطبيعة الاقتصاد المصري، ومن أهمها: عدم دقة البيانات، وطبيعة نمط الاستثمار السائد.
- عدم ثبات العلاقة العكسية في نفس الاتجاه بين مؤشر إجمالي البطالة نسبة من إجمالي القوى العاملة ومؤشر صافي التدفقات الوافدة من الاستثمار الأجنبي بصورة دائمة خلال فترة الدراسة، ففي بداية السلسلة كان الاتجاه العام للبطالة يأخذ اتجاهًا تصاعديًا في مقابل انخفاض الاستثمارات الأجنبية المباشرة، ثم أخذت الاستثمارات الأجنبية المباشرة في التزايد في مقابل انخفاض إجمالي البطالة في عام 2006 و2007 و2012.
- بلغ معامل الارتباط بين مؤشر إجمالي البطالة نسبة من إجمالي القوى العاملة ومؤشر صافي التدفقات الوافدة من الاستثمار الأجنبي خلال فترة الدراسة (–346,)، مما يعني أن العلاقة غير معنوية وغير قوية، وتعكس الإشارة السالبة العلاقة العكسية، وقيمتها تقارب نصف ولكن لم تصل لواحد (العلاقة التامة القوية) مما يعكس عدم وجود علاقة تامة قوية وهو ما تؤكده درجة المعنوية، وذلك بخلاف العلاقة الطبيعة التي تؤكدها الكتابات وتجارب العديد من الدول.
- يرجع تفاقم ظاهرة البطالة للعديد من الأسباب منها عدم نجاح السياسة الاقتصادية بشكل عام والسياسة الاستثمارية على وجه الخصوص بما لا يخدم خطة التنمية وزيادة معدلات التشغيل.

3–2– اتجاهات الاستثمارات الأجنبية العالمية

يستحوذ قطاع الخدمات على 63% من الرصيد العالمي للاستثمار الأجنبي المباشر في عام 2012، وهو ما يعادل مرتين ونصف نصيب قطاع التصنيع، كما يبلغ نصيب قطاع الخدمات 70% من القيمة العالمية المضافة، ومن المتوقع أن يزداد ارتفاع نصيب قطاع الخدمات من الاستثمار الأجنبي المباشر على نطاق العالم. ويرجع الاقتصاديون ارتفاع الاستثمارات الأجنبية المباشرة في قطاع الخدمات إلى التحرر المتزايد في قطاع الخدمات في الاقتصاديات المضيفة، والتطورات التكنولوجية في مجال تكنولوجيا المعلومات والاتصالات والتي تجعل الخدمات أكثر قابلية

للتداول التجاري، وزيادة سلاسل القيمة العالمية وهو ما أعطى زخمًا لتدويل الخدمات المتصلة بالتصنيع.

وقد ارتفعت التدفقات الخارجة من الاستثمار الأجنبي المباشر من اقتصاديات نامية لاقتصاديات نامية أخرى من 1.7 ترليون دولار عام 2009 إلى 2.9 ترليون دولار عام 2013، ولكن مازال نصيب أفقر المناطق النامية من حيث الاستثمار الأجنبي المباشر بين الجنوب والجنوب منخفضًا وإن كان بدأ في التحسن.

كما حدث انتعاش في عمليات الاندماج والاستحواذ العابرة للحدود في عام 2014 بعد عامين من الانخفاض ويرجع ذلك لتوافر القروض الرخيصة، ووجود احتياطيات نقدية كبيرة لدى مؤسسات الأعمال متعددة الجنسية.

ويفسر الاقتصاديون الانخفاض الذي حدث في التدفقات الداخلة من الاستثمار الأجنبي المباشر (بنسبة 16% في عام 2014) في معظمة بهشاشة الاقتصاد العالمي وعدم التيقن لدى المستثمرين، ومخاطر الجغرافيا السياسية، كما أن التدابير الموجهة نحو الاستثمار في القطاعات المهمة للتنمية المستدامة مازالت ضئيلة نسبيًا. وهذا ما دفع الاقتصاديين بالمناداة بإصلاح حوكمة نظام الاستثمارات الدولية وتعزيز بيئة الاستثمار بإصلاح كل من نظام اتفاقيات الاستثمار الدولية، والنظام الضريبي الدولي بوضع جدول أعمال مشترك بشأنهما وإدارة التفاعل بين السياسات الضريبية والسياسات الاستثمارية الدولية، وجعل كل منهما يدعم الآخر، وقيام مجتمع الاستثمار والتنمية الدولية باستحداث إطارًا مشتركًا للتعاون الاستثماري العالمي بما يعود بالنفع على الجميع، كما يجب استحداث إطار تنظيمي سليم يرمي إلى زيادة التأثيرات الإنمائية الإيجابية للاستثمار في القطاعات الرئيسية للتنمية المستدامة (البنية التحتية، الصحة، التعليم...)، وتوسيع نطاق عالم اتفاقيات الاستثمار الدولية.

ومن المتوقع بعد الانخفاض الذي حدث في 2014 حدوث ارتفاع وتحسن في تدفقات الاستثمارات الأجنبية المباشرة فيما يلي عام 2015 وفق نموذج الأونكتاد للتنبؤ بتدفقات الاستثمار الأجنبي المباشر وكذلك استقصاؤه لنشاط الأعمال الكبيرة المتعددة الجنسية.

IV- النتائج والتوصيات

في ظل العولمة وتوسع الحكومات في مشاركة القطاع الخاص ولاسيما الاستثمارات الأجنبية في تقديم الخدمات العامة مثل خدمات النقل، والاتصالات، والكهرباء، والمياه، والصحة، والتعليم، وخدمات الموانئ ونجاحها بالفعل في دفع عجلة النمو وتخفيف عجز الموازنة العامة، وسد فجوة

المدخرات، وتحسين كفاءة العمالة من خلال الاستفادة من الخبرات والتكنولوجيا الحديثة المصاحبه للاستثمارات الأجنبية. ومع تزايد التحديات التي تواجها الحكومة المصرية في الآونة الأخيرة، تناولت الدراسة تحليل طبيعة طبيعة البيئة الاستثمارية في القطاعات الخدمية، وأهم صور وعقود الاستثمارات الأجنبية الملائمة لطبيعة الاقتصاد المصري، وأهم التحديات التي تواجه تنفيذ هذه الاستثمارات الأجنبية بالتطبيق على قطاع الكهرباء والتركيز على عقود البناء والتشغيل والتحويل.

4-1- النتائج

وقد انتهت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تأكيد الأثر الإيجابي والأهمية الكبرى للاستثمارات الأجنبية المباشرة في تحسين الاقتصاد المصري خلال فترة الدراسة.
- وجود جهود كبيرة تبذلها الحكومة لتهيئة مناخ الاستثمار وأبرزها تطوير الهيئة العامة للاستثمار والمناطق الحرة لتصبح الجهة الأولى لترويج وتسهيل إجراءات الاستثمارات بهدف جذب مزيد من الاستثمارات الأجنبية، وذلك من خلال الاستفادة من مجموعة من الخبراء ذوي المهارات العالية، والمدربين على أعلى مستوى.
- توجد العديد من التحديات التي تواجه تدفق الاستثمارات الأجنبية المباشرة لقطاع الخدمات العامة في مصر.
- تتجه الاستثمارات بنسبة كبيرة لقطاع الزراعة، والعقارات، والنقل، والاتصالات وبشكل أكبر من غيرها؛ لارتفاع العائد المحقق لاستثمارات في هذه القطاعات، ولأنها من أكثر القطاعات ذات المخاطر المنخفضة لرأس المال، ولتقديم الدولة العديد من الامتيازات للاستثمار في تلك القطاعات.
- تُعد الإعفاءات الضريبية والجمركية أحد أهم المحددات الضرورية والهامة لجذب الاستثمارات الأجنبية إذا ما طبقت بفاعلية، ولكن في مصر توجد العديد من الصعوبات البيروقراطية التي تحيط بالمنظومة الضريبية وتعيق الوصول للأهداف المرجوة من هذه الإعفاءات الضريبية ألا وهي جذب مزيد من الاستثمارات الأجنبية.
- تعد عقود البناء والتشغيل والتحويل أحد صور الاستثمار الأجنبي المباشر الملائم لطبيعة الاقتصاد المصري في مشروعات الخدمات العامة.
- يُعد قطاع الكهرباء أحد أهم القطاعات الخدمية العامة، والذي يواجه العديد من التحديات أبرزها ارتفاع الدعم الموجه للقطاع بشكل يزيد عبء الموازنة العامة، وضعف الإطار التشريعي، وعدم وجود قانون ينظم عقود البناء والتشغيل والتحويل ليوضح نقاط أساسية (طبيعة التكنولوجيا المستخدمة، نسبة العمالة المحلية المستخدمة، إمكانية الاقتراض من البنوك المحلية

من عدمه، وإمكانية الاستيراد من الخارج في حالة توفر المواد بمصر من عدمه...)، وكذلك الفساد وغياب الشفافية، وعدم الاستقرار، وقصور التمويل الحكومي وانخفاض الاستثمارات الموجهة للقطاع في ظل تزايد الطلب.

4-2- التوصيات

من خلال النتائج السابقة، توصلت الدراسة إلى التوصيات التالية:

- تطوير الإطار التشريعي وإصدار القوانين المنظمة والتي تمنع حدوث عقبات قانونية وتنظيمية وتضارب بين القوانين.
- تطوير الإطار المؤسسي (التوجه الجغرافي لإقامة ما يسمى مناطق اقتصادية خاصة ومدن مفتوحة وإتاحة الفرصة لهذه المناطق لإقامة علاقات مع السوق العالمية وتميزها بقدر كبير من الاستقلال الإداري في مجالات الاستثمار والتسعير وسياسات العمالة وإدارة الأراضي وتقديم الحوافز والتسهيلات والإعفاءات للمستثمرين...).
- رفع الوعي العام بأهمية ومزايا المشاركة الخاصة في تمويل وتطوير وتشغيل مثل هذه المشروعات وما لهذه المشاركة من آثار إيجابية على التنمية الاقتصادية والاجتماعية من خلال الحملات الإعلامية والورش والندوات والمؤتمرات، زيادة الإعفاءات والحوافز وتفعيلها.
- رفع كفاءة العمالة الوطنية من خلال اشتراط على المستثمر الأجنبي عقد دورات تدريبية مستمرة، وإلزامه بتدريب العناصر المحلية التي سوف تتولى تشغيل وصيانة المشروع بعد تسليمه للحكومة، الزم قانون الشركات الأجنبية بتسليم كل متعلقات المشروع من تكنولوجيا ومعدات وخلافه في نهاية فترة الامتياز دون أي تعويض، الحفاظ على البيئة من جميع صور التلوث وفرض عقوبات على شركات الاستثمار المخالفة.
- تحسين كفاءة وفاعلية البيئة الاستثمارية تحقيق الاستقرار السياسي، تطبيق منهج أو نظام النافذة الواحدة لإدارة المشروعات، تحقيق الشفافية في السياسات والبيانات الخاصة بالاستثمار للحفاظ على النمو السريع للاستثمار الأجنبي المباشر.
- التوسع في نظام البناء والتشغيل والتحويل BOT في القطاعات الخدمية العامة.
- تحفيز المستثمرين الأجانب بالاستثمار في قطاع الكهرباء (بالتحديد في مجال الطاقة المتجددة) كأحد القطاعات الخدمية في صورة عقود البناء والتشغيل والتحويل وذلك لمواكبة حركة الانفتاح وعولمة الاقتصاد، ومحاكاة الاقتصاديات الناجحة.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

- إبراهيم على، الاستثمار الأجنبي المباشر وأثره على التنمية الاقتصادية في مصر خلال الفترة 1974-1990، رسالة ماجستير، كلية تجارة، جامعة عين شمس، 1995، ص22.
- المعهد العربي للتخطيط، جسر التنمية، الكويت، المعهد العربي للتخطيط، 2004، ص44.
- المؤسسة العربية لضمان الاستثمار، الاستثمار الأجنبي المباشر والتنمية، سلسلة الخلاصات المركزة، السنة الثانية، عدد(99/1)، الكويت، 2002، ص10.
- أحمد النجار، التعاون العربي البيني مع الدول النامية في بيئة متغيره، مصر، مركز الدراسات الحضارية، 1994، ص105.
- جلال أحمد، تقييم إصلاحات قطاع الكهرباء في بعض البلدان العربية الإصلاح القطاعي أم مشاريع BOT. القاهرة، المركز المصري للدراسات الاقتصادية، 2001، ص2.
- أمينة شبانه، دور الاستثمار الأجنبي المباشر في تمويل التنمية الاقتصادية في مصر في ظل آليات السوق، المؤتمر العلمي السنوي الثامن عشر للاقتصاديين المصريين: تمويل التنمية في ظل اقتصاديات السوق، القاهرة، 1994، ص69.
- أحمد عبد السلام، السياسات والأشكال المختلفة للاستثمارات الأجنبية، الجزء الرابع، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة، 1989، ص41.
- سامي عبد العزيز، العقد من الباطن في الفقه الإسلامي، المملكة العربية السعودية، جامعة الإمام محمد بن سعد،2007، ص112.
- شيرين بيومي، أهمية قطاع الخدمات في الاقتصاد المصرين، مصر، وزارة التجارة والصناعة، 2012، ص31.
- صفية أحمد، الاتفاقية العامة للتجارة في الخدمات، كلية التجارة، جامعة أسيوط،2004، ص26.
- صندوق النقد الدولي، تغطية القطاع العام وتقسيمه القطاعي، صندوق النقد الدولي،2001، ص67.
- عبد المطلب حسين، استراتيجية تنمية الاستثمار الأجنبي المباشر إلى مصر، معهد التخطيط القومي، 2006، ص80.
- عمار عيشي، واقع الاستثمار الأجنبي المباشر في تقليص مستويات البطالة في الجزائر خلال الفترة (1990-2010)، الجزائر، جامعة بسكرة، 2011، ص16.

- كاظم أسعد، الاستثمار الأجنبي المباشر في الدول العربية، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة البصرة، 2008، ص15.
- كريمة فرحي، أهمية الاستثمار الأجنبي المباشر في الدول النامية مع دراسة مقارنة بين الصين وتركيا ومصر والجزائر، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التيسير، جامعة الجزائر، 2012، ص200.
- مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، واقع ومستقبل الكهرباء في مصر، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، مركز الوزراء المصري، 2012، ص33.
- منى محمد، الاستثمار الأجنبي المباشر في ظل المناخ الاستثماري الجديد للاقتصاد المصري، رسالة ماجستير، كلية التجارة، جامعة الأزهر، 2005، ص91.

مواقع الكترونية

- البنك الدولي، الموقع الالكتروني. (2012)، البيانات، الاستثمار الأجنبي المباشر، صافي التدفقات الوافدة. مصر، تمت مراجعتها في 14 يونيو 2014 من http://data.albankaldawli.org/indicator/BX.KLT.DINV.WD.GD.ZS.

المراجع باللغة الأجنبية

- Ali, G.(2010), PPP in Turkey, Republic Of Turkey, Prime Ministry Privatization Administration, p2 .
- Davies, K. (2013), "China Investment Policy: An Update", OECD Working Papers on International Investment, 2013/01, OECD, p105.
- Management Programme in Infrastructure Reform & Regulation. (2005), The Egyptian IPP Experience, Graduate School of Business, University of Cape Town,p66.
- Nathan Associates Inc.(1997), A comparative Study of Foreign Direct Investment Climates, Development Economic Policy Reform Analysis Project, Egypt,p56.
- Rajahm, R.(2011). Inward FDI in Malaysia and its Policy context, Columbia University : New York,86.

محددات خدمات رعاية الأمومة في ضوء نتائج المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2013 MICS4 في الجزائر

أمال بلعيدي[1] **آسيا شريف[2]**

- مستخلص

تراجع معدل وفيات الأمهات بشكل ملحوظ خلال السنوات القليلة الماضية من 216 حالة وفاة لكل 000 100 مولود حي سنة 1990 الى ما دون 60 حالة وفاة لكل 000 100 مولود حي سنة 2015 نتيجة لتحسن الخدمات الصحية المقدمة للأمهات إذ سنهتم في هذه الدراسة بتحديد العوامل المؤثرة في استعمال خدمات الرعاية التوليدية بين النساء الجزائريات في سن الإنجاب (15 – 49 سنة) حيث سنعتمد على استخدام قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 4 الذي أنجزته الجزائر خلال الفترة 2012 – 2013،

أظهرت نتائج استخدام نموذج الانحدار اللوجستي أن المتغيرات المرتبطة بالعرض (منطقة الإقامة، وسط الإقامة، تلقي خدمات متابعة الحمل) والطلب (عدد الولادات الحية، السن، التعليم، مستوى المعيشة، الرغبة في الحمل، السن، سن المرأة عند الزواج الاول) على خدمات صحة الأمومة تنم عن عدم تكافؤ للفرص من حيث الاستفادة من خدمات الرعاية الطبية، وعليه مما يدعي اتخاذ التدابير الضرورية وبذل المزيد من الجهود للحد من هذه الفوارق من أجل منح فرص متساوية للنساء في جميع أنحاء الوطن ومن مختلف المستويات التعليمية والمعيشية للاستفادة من الخدمات الصحية المؤهلة خلال فترة الحمل والولادة.

الكلمـــات المفتاحيـــة: متابعــة الحمــل، مكــان الــولادة، خــدمات صــحة الأمومــة، الرعايــة الصــحية أثنــاء الولادة، الرعاية الصحية بعد الولادة.

1- أستاذة التعليم العالي في جامعة الجزائر 3، الجزائر .belaidi1980@hotmail.com.

2- أستاذة التعليم العالي في المدرسة الوطنية العليا للإحصاء و الاقتصاد التطبيقي، الجزائر، h_assia@hotmail.com

I- مقدمــة

يعتبر الاحتفال بقدوم المولود الجديد تقليد راسخ في معظم المجتمعات فهو حدث اجتماعي يبعث السعادة في النفوس غير أن وفاة الأم أثناء الولادة من شأنه أن يحوله إلى الحدث الأكثر حزنا وتعاسة للعائلة، حيث تعد وفيات الأمهات الحدث الاجتماعي الأكثر مأساوية كما يعتمد على معدل هذه الوفيات لتقييم مستوى الخدمات الصحية والصحة الإنجابية الموفرة للأم والطفل، ثم إنها السبب الأول والأكبر لوفيات النساء في مختلف دول العالم إذ تنم عن مدى اتساع الهوة بين الأغنياء والفقراء في العالم، فمعظم الوفيات تسجل لدى الدول الأشد فقرا حيث قدرت منظمة الصحة العالمية وفاة 000 358 **(WHO, 2011)** امرأة في العالم سنة 2008 معظمها في الدول النامية بنسبة 99٪ من الحالات وبرقم 000 355 **(WHO et al, 2011)** حالة وفاة بينما سجل 87٪ من الوفيات في منطقة إفريقيا جنوب الصحراء ومنطقة جنوب آسيا مقدرة 000 313 **(WHO et al, 2011)** حالة وفاة، لتنخفض قليلا سنة 2015 إلى 000 303 **(WHO et al, 2015)** حالة وفاة أغلبها في منطقة افريقيا جنوب الصحراء 000 201 حالة وفاة و000 66 **(WHO et al, 2015)** حالة وفاة في منطقة جنوب آسيا.

اهتم المجتمع الدولي بخفض هذا العدد الهائل من الوفيات من خلال عقد العديد من المؤتمرات الدولية وإصدار البيانات المختلفة وكذا إقرار إجراءات نذكر منها بيان منظمة الصحة العالمية **(WHO, 2007)** الذي أوضح الإجراءات والتدابير التي يجب تطبيقها لتقليل وخفض معدل وفيات الأمهات كان أهمها منح الأمهات فرص الاستفادة من الرعاية الصحية على يد موظفين مؤهلين ومتخصصين أثناء الحمل والولادة وعند تعرضها لأي مضاعفات قد تشكل خطرا على حياتها أو حياة الطفل أو قد تتسبب لهما في عاهات مستديمة.

من هذا المنطلق ستحاول الدراسة تسليط الضوء على مدى تراجع معدل وفيات الأمهات وكذا تطور استخدام خدمات صحة الأمومة إضافة الى تحديد المتغيرات المؤثرة في هذا الاستخدام.

1-1- مشكلة الدراسة

وبناء على ما سبق ذكره فستهتم هذه الدراسة بالإجابة عن السؤال التالي:

ما هي العوامل المؤثرة والمفسرة لاستخدام النساء الجزائريات في سن الإنجاب لخدمات الرعاية الطبية أثناء الحمل والولادة؟

1-2- أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى ما يأتي:

- التعرف على مستوى ونوعية الرعاية الصحية المقدمة للأمهات في سن الإنجاب خلال

فترة الحمل وأثناء الولادة.

- تحديد مدى تطور استخدام خدمات صحة الأمومة.
- تحديد العوامل المؤثرة في استخدام النساء لخدمات رعاية الحمل و الولادة.

1-3- منهجية الدراسة

- **مصادر البيانات**

البيانات المستخدمة في هذه الدراسة هي بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الرابع الذي أنجز في الجزائر سنة 2012 – 2013 من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والديوان الوطني للإحصائيات (ONS) بمساهمة مالية من صندوق الأمم المتحدة لسكان (UNFPA) واليونيسيف (UNICEF) إضافة الى مساهمتها المالية، حيث قام بتنفيذ المسح إلى مديرية السكان بوزارة الصحة بالتعاون مع الإدارات اللامركزية في الولايات بدعم من المؤسسات المختلفة، وأعضاء اللجنة الاستشارية.

اهتم هذا المسح كسابقه اهتماما خاصا بالنساء في سن الانجاب (15–49 سنة) وفئة الأطفال الأقل من 5 سنوات إذ ركز على تخفيض نسبة وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة من خلال جمع وتحليل البينات المرتبطة باستخدام هذه الشريحة للخدمات الصحية التوليدية إذ يوفر هذا المسح بيانات مرتبطة بمتابعة النساء للحمل الأخير والشخص الذي قدم الكشف وكذا مكان الولادة والشخص الذي أشرف على الولادة وغيرها من البيانات المرتبطة بصحة المرأة والطفل، ما يسمح بتحليل ودراسة مستوى استخدام خدمات الرعاية التوليدية وتبيين المتغيرات المؤثرة على استخدام خدمات الرعاية التوليدية باستخدام العينة المختارة على أساس أن تكون السيدة قد أنجبت مولودا حيا في السنتين السابقتين للمسح.

استهدف المسح فئة النساء اللواتي تتراوح اعمارهن بين (15–49) سنة والأطفال الأقل من 5 سنوات، اذ اعتمد سحب عينة طبقية على مرحلتين في كل مجال إقليمي من الأقاليم السبعة المعتمدة من قبل إدارة المسح حيث تم جمع المناطق الثلاث المشكلة لجنوب الوطن في منطقة واحدة عرفت بإقليم البرمجة للجنوب وقد تضمنت المرحلة الأولى سحب وحدات المعاينة الأولية والتي تتمثل في سحب عينة من 160 عنقودا في كل إقليم، بينما تسحب في المرحلة الثانية وحدات المعاينة الثانوية المتمثلة في الأسر والمقدرة ب 25 أسرة من كل عنقود.

كما استعملت المعاملات الترجيحية لضمان الترجيح الذاتي للعينة داخل كل طبقة إذ تعتبر ضرورية لمعالجة وتحليل البيانات التي صممت وفقا للمخطط الاختباري، وعليه فقد تم حساب

معاملات الترجيحية في كل منطقة وحسب وسط الإقامة. وقد قدر عدد النساء في سن الإنجاب اللاتي شملهن المسح بحوالي 41.184 منهن 5.979 سيدة أنجبت مولود حي خلال السنتين السابقتين للمسح وهي العينة التي سيتم اعتماد بياناتها في تحديد العوامل المؤثرة في استخدام هذه الشريحة لخدمات صحة الأمومة في الجزائر.

إضافة إلى بيانات المسح الصحي لسنة 2013 اعتمدنا في إنجاز هذه الدراسة على استخدام مصادر البيانات والروابط التالية:

- قاعدة بيانات البنك الدولي http://donnees.banquemondiale.org/.
- قاعدة بيانات منظمة الأمم المتحدة للطفولة http://mics.unicef.org/surveys

- **تقنيات التحليل الإحصائي**

اعتمدت الدراسة على التحليل الوصفي لبيانات النساء في سن الإنجاب لتحديد خصائصهن وتحليل تطور استخدام خدمات صحة الأمومة، كما استخدمنا نموذج الانحدار اللوجيستي الثنائي الاستجابة لتحديد مدى تأثير المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة إذ يتميز هذا النموذج بقدرته استخدام مربع كاي لتقدير جودة توفيق النموذج بالإضافة إلى قيمة ال Odds Ratio والتي تستخدم لمقارنة الفئة المرجعية باستخدام خدمات الرعاية التوليدية، وتبين هذه القيمة عدد المرات التي تزيد بها فرصة السيدة في استخدام خدمات الرعاية التوليدية مقارنة بالفئة المرجعية وهذا يعني أنه إذا زادت قيمة ال Odds Ratio عن الواحد فإن احتمال استخدام المرأة للخدمات تزيد عنها لدى الفئة المرجعية فحين تشير قيمة ال Odds Ratio الأقل من الواحد إلى فرصة أقل للمرأة مقارنة بالفئة المرجعية.

II- وفيات الأمهات ورعاية الأمومة:

2-1- وفيات الأمهات

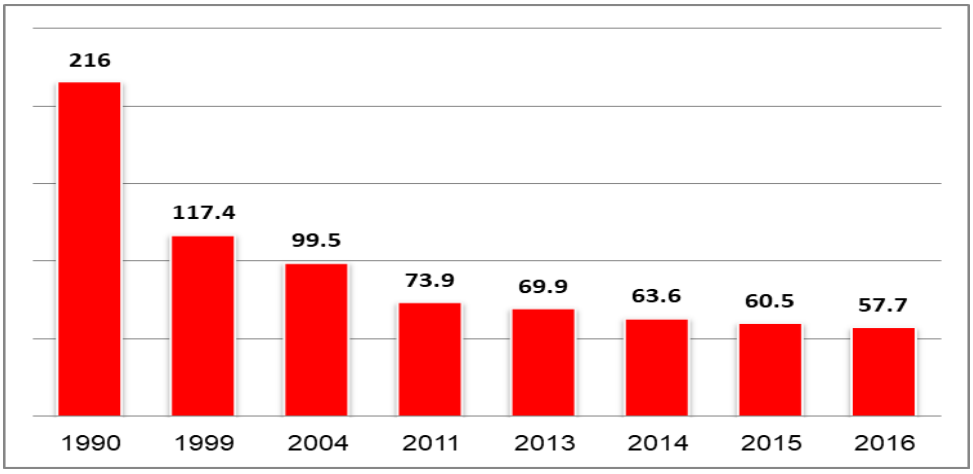
عرفت منظمة الصحة العالمية وفيات الأمهات بأنها "وفاة المرأة في سن الإنجاب خلال فترة الحمل أو أثناء الولادة أو خلال 42 يوما من انتهاء الحمل، بغض النظر عن مدة الحمل وموضعه وعندما يكون السبب مرتبطا أو متفاقما بسبب الحمل إذ تستثنى الحوادث والأسباب العرضية التي تحدث أثناء الحمل".

ترجع وفيات الأمهات إلى عدة اسباب فقد تكون مباشرة كمضاعفات الولادة أو غير مباشرة إذ تكون الأم مصابة بأمراض قبل الحمل أو أثناءه يزيد الحمل من مضاعفاتها مما يؤدي الى الوفاة.

تعتبر نسبة وفيات الأمهـات المقيـاس الأكثـر استخداما لتحديـد احتمـال حدوث الوفاة عنـد المرأة الحامل ونسبـة الخطـر المرتبطة بالحمل والتي تعرف بأنها نسبة وفيات الأمهات لكل 100 000 مولود حي.

عرفت نسبة وفيات الأمهات تراجعا ملحوظا خلال الفترة 1990-2015 حيث تراجع من 216 حالة وفاة لكل 100 000 مولود حي سنة 1990 إلى 117.4 حالة وفاة لكل 100 000 مولود حي سنة 1999 و99.5 حالة وفاة لكل 100 000 مولود حي سنة 2004 ثم 73.9 حالة وفاة لكل 100 000 سنة 2011، ليواصل انخفاضه إلى معدل 69.9 حالة وفاة لكل 100 000 مولود حي سنة 2013، و63.6 حالة وفاة لكل 100 000 مولود حي سنة 2014 ، في حين سجل نسبة 60.5 و57.7 حالة وفاة لكل 100 000 مولود حي سنة 2015 و2016 على التوالي.

شكل (1)
تطور نسبة وفيات الامهات لكل مئة ألف مولود حي خلال الفترة 1990-2015.



Source : Ministère de La Santé de La Population et de la Réforme Hospitalière, direction de la population. (2017). « Situation Démographique et Sanitaire 2000 – 2017 », Juillet 2017, P 13. Donnée de l'année 1990 : Banque mondiale. http://donnees.banquemondiale.org/ consulter le 16-04-2016 à 17h45.

ويرجع التحسن المسجل في مستوى وفيات الأمهات إلى الجهود التي بذلتها الجزائر في مجال تحسين الرعاية الصحية العمومية وخاصة ما تعلق بصحة الأمهات من خلال تبني العديد من البرامج والسياسات كبرنامج تباعد الولادات، وإنشاء مراكز مختصة بصحة الأم والطفل، ومحاربة وفيات الأمهات والاطفال وتحسين نوعية خدمات الصحة الإنجابية للنساء.

2-2- تحليل تطور استخدام خدمات رعاية الأمومة

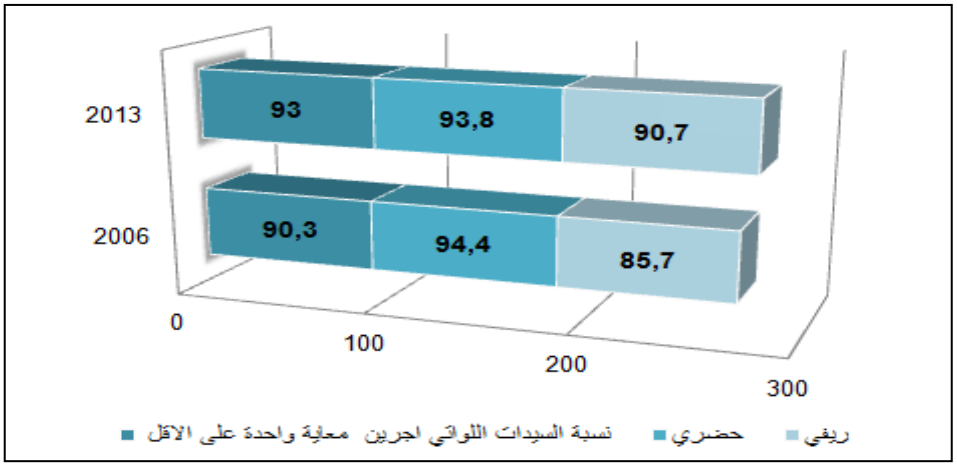
• الرعاية الصحية ما قبل الولادة ومتابعة الحمل

تخضع المرأة الحامل لمتابعة دورية من قبل كوادر طبية مؤهلة وهذا كإجراء وقائي من أي مضاعفات أو أخطار تهدد حياتها أو حياة الجنين قبل أن يولد، ثم إنها تسمح بمراقبة تطور الحمل والكشف المبكر عن الأمراض لدى المرأة الحامل ومعالجتها وكذا تحديد حالات الحمل العالية الخطورة لاتخاذ إجراءات الرعاية الصحية اللازمة إضافة إلى تقدير موعد الولادة ونوعها، وستتناول الدراسة فيما يلي أهم المؤشرات المتعلقة بمتابعة الحمل كتحليل نسبة السيدات اللواتي تابعن حملهن وكذا نوع الكادر أو الشخص المؤهل القائم بالمتابعة.

• تطور نسبة السيدات اللاتي تابعن الحمل حسب عدد مرات الزيارة

بينت نتائج المسح أن 93٪ من السيدات اللواتي أنجبن مولود حي خلال السنتين السابقتين للمسح قد تابعن حملهن مرة واحدة على الأقل، إذ سجل تراجع الفروق الكبيرة بين المناطق الريفية 90.7٪ والحضرية 93.8٪ (3.1 نقطة) مقابل 90.3٪ من النساء اللواتي تابعن حملهن أكثر من مرة سنة 2006 منها 94.4٪ في المناطق الحضرية في مقابل 85.7٪ في المناطق الريفية. (8.7 نقطة).

شكل (2)
نسبة السيدات اللواتي قمن بزيارة واحدة على الأقل لمركز تقديم الخدمة حسب وسط الإقامة.



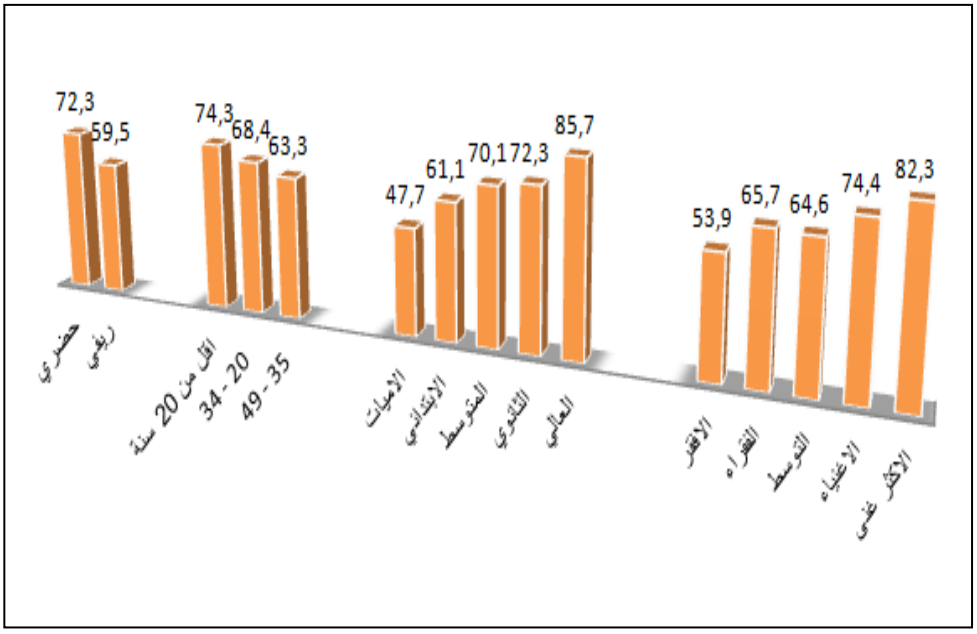
المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وآخرون، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الأطفال والنساء 2006، التقرير الرئيسي MICS3، الجزائر، جويلية 2009، وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات وآخرون المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الاطفال والنساء 2013، التقرير الرئيسي MICS4، الجزائر، 2015.

في حين كانت نسبة من قمن بـ 4 زيارات أو أكثر 67.3٪، وتختلف هذه النسبة حسب مختلف المتغيرات إذ قدرت بحوالي 72.3٪ في المناطق الحضرية في مقابل 59.5٪ في المناطق الريفية، بينما تتراوح بين 53.2٪ في جنوب البلاد و78.6٪ في المناطق الشمالية الوسطى.

ومن حيث المستوى التعليمي للنساء فإن ذوات المستوى التعليمي العالي هن الأكثر قياما بهذه الزيارات بنسبة 85.7٪ تليها ذوات المستوى الثانوي والمتوسط ب 72.3٪ و70.1٪ على التوالي.

أما بالنسبة للمتابعة حسب الفئات العمرية، فتلاحظ أن النساء في الفئة العمرية (35 –49) سنة يتابعن حملهن بنسبة (63.3%) مقابل (68.4%) في الفئة (20– 34) سنة، والفئة الأقل من 20 سنة (74.3 ٪). كما أن النساء الغنيات والغنيات جدا كن أكثر من تابعن حملهن (82.3٪ و74.4٪) مقابل (53.9٪) لدى النساء الفقيرات جدا.

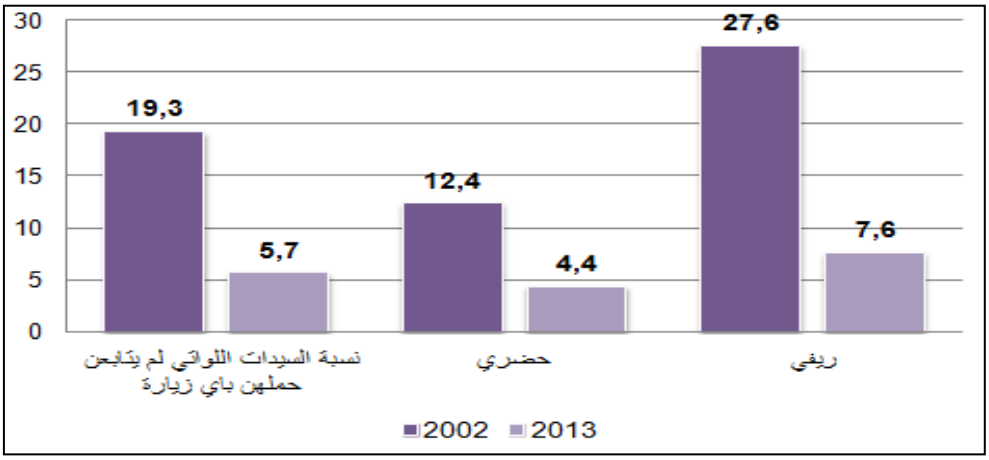
شكل (3)
نسبة السيدات اللاتي تابعن حملهن حسب وسط الاقامة، السن، المستوى التعليمي والمعيشي.



المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وآخرون، المسح العنقودي متعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الأطفال والنساء 2013، التقرير الرئيسي MICS4، الجزائر، 2015.

كما بينت النتائج أن 5.7٪ من السيدات لم يتابعن حملهن، 7.6٪ في المناطق الريفية و4.4٪ في المناطق الحضرية، في مقابل 19.3٪ سنة 2002، 12.4٪ في الحضر و27.6٪ في الريف.

شكل (4)
نسبة السيدات اللواتي لم يتابعن حملهن حسب وسط الاقامة.



المصدر: وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات واخرون، المسح الجزائري حول صحة الاسرة – 2002، الجزائر، 2003. وزارة الصحة و السكان واصلاح المستشفيات واخرون المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الاطفال والنساء 2013، التقرير الرئيسي MICS4، الجزائر، 2015.

- **تطور نسبة السيدات اللاتي تابعن الحمل حسب الكادر القائم بالفحص.**

يبين الجدول (1) تطور نسبة النساء في سن الإنجاب (15–49) سنة اللاتي أنجبن مولود حي خلال السنتين السابقتين للمسح وتابعن حملهن حسب نوع الكادر المؤهل الذي أجرى المعاينة ووسط الإقامة.

حيث نلاحظ ارتفاع نسبة النساء اللواتي تابعن حملهن عند طبيب من 61.6٪ سنة 2002 إلى 76.4٪ سنة 2006 لتصل إلى 84.8٪ سنة 2013 في مقابل تراجع نسبة النساء اللواتي تابعن حملهن عند ممرضة أو قابلة من 27.7٪ سنة 2002 إلى 13٪ و7.9٪ سنة 2006 و2013 على التوالي.

كما نلاحظ تراجع الفوارق بين نسب النساء اللواتي أشرف عليهن جرين الفحص عند كادر مؤهل بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية، إذ ارتفعت نسبة النساء اللواتي أشرف عليهن طبيب من 56.7٪ سنة 2002 إلى 71.9٪ سنة 2006 و84.7٪ سنة 2013 في المناطق الريفية في

مقابل 65.8٪، 80.4٪ و85٪ خلال نفس السنوات في المناطق الحضرية. ونتيجة لهذا الارتفاع فقد تراجعت نسبة من تابعن حملهن عند قابلة أو ممرضة في المناطق الريفية من 22.4٪ الى 12.7٪ و66٪ خلال الفترات 2002، 2006، 2013 في مقابل 35.8٪ سنة 2002 و13.3٪ سنة 2006، و8.7٪ سنة 2013.

جدول (1)
نسبة النساء المتزوجات اللواتي تابعن حملهن حسب الكادر القائم بالفحص ووسط الاقامة خلال الفترة 2002-2013.

	طبيب	ممرضة أو قابلة	موظف آخر مؤهل	أي كادر مؤهل
2002(1)				
حضري	65.8	35.8	0.5	/
ريفي	56.7	22.4	1	/
المجموع	61.6	29.7	0.7	/
2006(2)				
حضري	80.4	13.3	0.7	93.7
ريفي	71.9	12.7	1.1	84.6
المجموع	76.4	13	0.9	89.4
2013(3)				
حضري	85	8.7	1.9	93.6
ريفي	84.7	6.6	1.2	91.3
المجموع	**84.8**	**7.9**	**1.6**	**92.7**

المصدر: (1) وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات واخرون، المسح الجزائري حول صحة الاسرة – 2002، الجزائر، 2003، (2) وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات و اخرون المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الاطفال والنساء 2006، التقرير الرئيسي MICS3، الجزائر، جويلية 2009، (3) وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات و اخرون المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الاطفال والنساء 2013، التقرير الرئيسي MICS4، الجزائر، 2015.

في حين سجلت نساء الفئة العمرية (40-49) سنة والفئة الأقل من 20 سنة أقل النتائج في متابعة الحمل سنة 2006 مقارنة ببقية الفئات إذ أن معظمهن تابعن حملهن لدى طبيب ولكن بنسب أقل من النسب التي سجلتها الفئات الأخرى في مقابل نسب أعلى ممن تابعن حملهن عند قابلة مقارنة بالفئات الأخرى. كما ارتفعت نسبة النساء أقل من 20 سنة اللواتي تابعن حملهن من 81.7٪ سنة 2006 إلى 94.1٪ سنة 2013 بينما كانت الفئة (40- 49) سنة أقل متابعة لحملهن مقارنة بالفئات الأخرى سنة 2013.

جدول (2)
نسبة النساء المتزوجات اللواتي تابعن حملهن حسب الكادر القائم بالمعاينة أثناء الحمل وسن السيدة خلال الفترة 2002–2013.

	طبيب	ممرضة أو قابلة	موظف آخر مؤهل	أي كادر مؤهل
2006[1]				
19 -15	69.5	12.2	0	81.7
24 – 20	80.4	12.7	0.7	93.1
29 – 25	81.1	10.9	0.8	91.9
34 – 30	77.5	13	0.6	90.5
39 – 35	72	14.7	0.7	86.7
44 – 40	67.4	15.5	2.1	82.9
49 – 45	51	18.5	5.6	69.4
2013[2]				
19 –15	82.3	11.8	1.3	94.1
24 – 20	85.9	6.9	2.2	92.9
29 – 25	87.2	7	1.4	94.2
34 – 30	85	7.8	1	92.8
39 – 35	82.7	9.4	1.8	92.1
44 – 40	87.5	9.1	3.3	87.6
49 – 45	67.5	8.7	1.7	76.2

المصدر: (1) وزارة الصحة والسكان وآخرون، المسح الجزائري لصحة الأسرة، التقرير الرئيسي، الجزائر، 2002، (2) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وآخرون المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الأطفال والنساء 2006، التقرير الرئيسي MICS3، الجزائر، جويلية 2009، (3) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وآخرون المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الأطفال والنساء 2013، التقرير الرئيسي MICS4، الجزائر، 2015.

أظهرت نتائج الجدول (3) أنه توجد علاقة طرديه بين المستوى التعليمي للسيدة ونسبة متابعة الحمل حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للسيدة كلما كانت أكثر متابعة لحملها سواء عند الطبيب أو أي شخص مؤهل في حين تقل نسبة المتابعة عند القابلة خلال الفترات 2006 و2013، حيث تابعت 96.1٪ من السيدات ذوات المستوى العالي حملهن سنة 2013 منها 91.7٪ عند الطبيب وهي النسبة الأكبر مقارنة ببقية المستويات في مقابل 97.6٪ سنة 2006 منها 91.3٪ ممن تابعن الحمل عند طبيب و6.3٪ عند ممرضة أو قابلة فحين تابعت 88.6٪ من السيدات حملهن عند الطبيب و21.1٪ عند ممرضة أو قابلة سنة 2002.

كما أن النساء ذوات المستوى الثانوي والمتوسط والابتدائي سجلن نتائج متابعة متقاربة وبفارق حوالي نقطة واحدة سنة 2013 بنسب 94.1٪، 93.7٪ و92.1٪ على التوالي. في حين سجلن نسب متفاوتة (96.4٪، 94.3٪ و90.4٪ على التوالي) سنة 2006.

أما السيدات الأميات فكن الأقل متابعة للحمل على الإطلاق إذ تابعت 87.2٪ حملهن سنة 2013 منها 76٪ عند الطبيب و11.2% عند ممرضة أو قابلة مقابل نسبة أقل (77٪ فقط) سنة 2006 منها 63.3٪ من المتابعات عند الطبيب و13.8٪ عند ممرضة أو قابلة، بينما تابعت 54.5٪ من السيدات حملهن عند الطبيب و22.2٪ عند ممرضة أو قابلة سنة 2002.

جدول (3)
نسبة الكادر القائم بالمعاينة أثناء الحمل حسب المستوى التعليمي للسيدة خلال الفترة 2002–2013

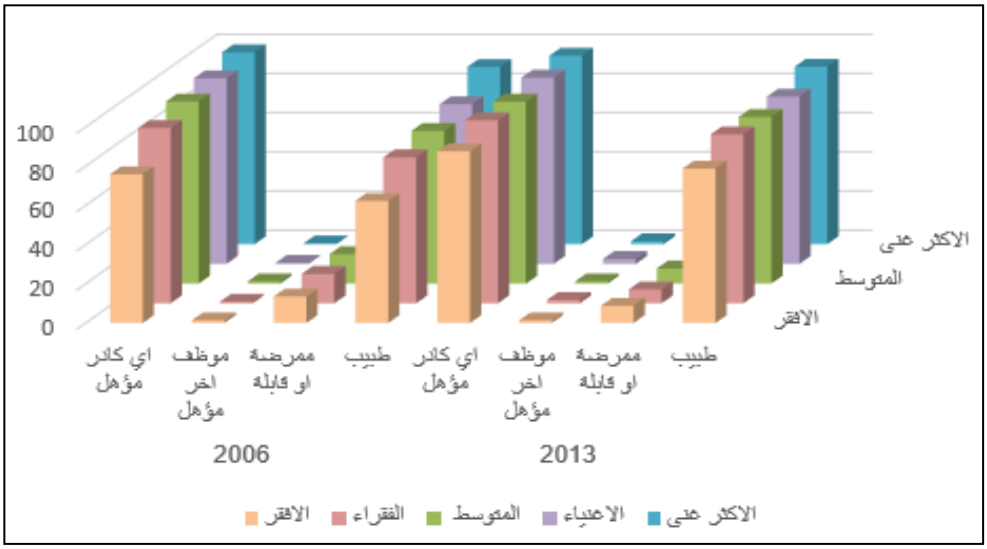
الكادر المشرف / المستوى التعليمي	طبيب	ممرضة أو قابلة	موظف آخر مؤهل	أي كادر مؤهل
2002 (1)				
الأميات	54.5	22.2	0	/
الابتدائي	58.9	33.4	0	/
المتوسط	64.7	37.8	0	/
الثانوي	74.3	38	0.1	/
العالي	88.6	21.1	0	/
2006 (2)				
الأميات	63.3	13.8	1.3	77
الابتدائي	76.2	14.2	0.7	90.4
المتوسط	79.9	14.4	0.8	94.3
الثانوي	85.3	11.1	0.4	96.4
العالي	91.3	6.3	1.2	97.6
2013 (3)				
الأميات	76	11.2	0.9	87.2
الابتدائي	84.8	7.3	1.3	92.1
المتوسط	85.2	8.4	1.8	93.7
الثانوي	87.2	6.9	1.9	94.1
العالي	91.7	4.4	2.1	96.1

المصدر: (1) وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات وآخرون، المسح الجزائري حول صحة الاسرة – 2002، الجزائر، 2003، (2) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وآخرون المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الاطفال والنساء 2006، التقرير الرئيسي MICS3، الجزائر، جويلية 2009، (3) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات واخرون المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الاطفال والنساء 2013، التقرير الرئيسي MICS4، الجزائر، 2015.

يوضح الشكل (5) أن النساء الأكثر فقرا أقل متابعة للحمل مقارنة بغيرهن، فقد سجلت هذه الفئة النسب الأقل ممن تابعن حملهن لدى الطبيب في مقابل نسبة مرتفعة ممن تابعن حملهن لدى قابلة أو ممرضة. حيث تابعت 89.4٪ من النساء الفقيرات و75.9٪ من الفقيرات جدا حملهن سنة 2006 منها 74.5٪ و62.3٪ عند الطبيب و15٪، 13.5٪ عند ممرضة أو قابلة فحين سجلت النساء المتوسطات، الغنيات والغنيات جدا النسب الأعلى من المتابعة خاصة عند الطبيب حيث سجلن نسب 77.9٪، 81.4٪ و90.4٪ على الترتيب بينما سجلت النسبة الأقل من المتابعة عند ممرضة أو قابلة 7.4٪ لدى النساء الغنيات جدا.

وعرفت سنة 2013 تحسنا في نسب متابعة الحمل لدى النساء الفقيرات والفقيرات جدا 93.3٪ و87.6٪ نتيجة لتحسن نسب المتابعة لدى الطبيب 86.2٪ و78.8٪ على التوالي في مقابل تراجع نسبة المتابعة عند ممرضة أو قابلة 7.1٪ و8.8٪ أما بقية الفئات فقد حافظت على النسب الأكثر ارتفاعا في متابعة الحمل.

شكل (5)
تطور نسبة الكادر القائم بالمعاينة حسب مؤشر الثروة خلال الفترة 2006-2013.



المصدر: وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات وآخرون المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الأطفال والنساء 2006، التقرير الرئيسي MICS3، الجزائر، جويلية 2009، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وآخرون المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الأطفال والنساء 2013، التقرير الرئيسي MICS4، الجزائر، 2015.

- **الرعاية الصحية أثناء الولادة**

يتناول هذا الجزء تحليل تطور استخدام خدمات الصحية أثناء الولادة حسب الكادر المشرف ومكان الولادة.

- **تطور استخدام الخدمات الصحية أثناء الولادة حسب الكادر الطبي**

يبين الجدول (4) انخفاضا ملحوظا في نسبة النساء اللواتي ولدن تحت إشراف ممرضة أو قابلة من 78.1٪ سنة 2006 إلى 69.9٪ سنة 2013، أو من ولدن ولادة تقليدية من 2.4٪ إلى 0.8٪ خلال نفس الفترة وهذا لصالح الولادة تحت إشراف طبيب، حيث ارتفعت الولادة تحت إشراف طبيب خلال الفترة 2006–2013 من 17.2٪ الى 26.7٪، في حين بقيت نسبة حالات الولادة دون إشراف كادر مؤهل ضعيفة وثابتة خلال الفترة 2006–2013 حيث بلغت 0.1٪.

بينما أظهرت نتائج المسح العنقودي لسنة 2013 وجود فروق معنوية في نسبة الولادة بإشراف شخص مؤهل حسب وسط الإقامة، المستوى التعليمي، مؤشر الثروة ومكان الولادة، حيث سجلت نسبة الولادة بحضور شخص مؤهل 97.8٪ في المناطق الحضرية منها 30.5٪ بحضور طبيب و67.2٪ بحضور قابلة أو ممرضة مقابل 98.3٪ سنة 2006 منها 20.7٪ بحضور طبيب و77.4٪ بحضور ممرضة أو قابلة، في حين بلغت نسبة حالات الولادة بحضور شخص مؤهل 94.8٪ في الريف منها 20.9٪ بحضور طبيب و74٪ بحضور ممرضة أو قابلة في مقابل 91.8٪ سنة 2006 منها 13.2٪ بحضور طبيب و78.7٪ بحضور ممرضة أو قابلة.

أما حسب المستوى التعليمي للمرأة فقد بينت النتائج وجود علاقة طرديه بين المستوى التعليمي للأم والولادة بحضور شخص مؤهل حيث كلما كانت الأم ذات مستوى تعليمي عالي كلما زادت الولادة بحضور شخص مؤهل، فالنساء الأميات أقل نسبة في الولادة بحضور شخص مؤهل بنسبة 94٪ منها 13.7٪ فقط بحضور طبيب و80.3٪ بحضور ممرضة أو قابلة مقابل 88٪ سنة 2006 منها 9.3٪ بحضور طبيب و78.9٪ بحضور ممرضة أو قابلة لترتفع هذه النسبة إلى 98.8٪ بين النساء ذوات المستوى التعليمي العالي منها 40.9٪ بحضور طبيب وهي النسبة الأعلى للولادة على يد طبيب وبالنسبة الأقل 58٪ فقط للإنجاب بحضور ممرضة أو قابلة سنة 2013.

أما حسب مؤشر الثروة، فأظهرت النتائج أن النساء الأكثر فقرا أقل من ولدن بحضور شخص مؤهل بنسبة 94٪ منها 20.9٪ بحضور طبيب و73.7٪ بحضور ممرضة أو قابلة مسجلة بذلك ارتفاعا ملحوظا مقارنة بنسبة 87.8٪ سنة 2006 منها 10.6٪ بحضور طبيب و77.2٪ بحضور ممرضة أو قابلة. كما تلاحظ أنه كلما ارتفع المستوى المعيشي للأم كلما زادت نسبة الولادة لدى طبيب لتصل إلى أقصاها عند النساء الغنيات جدا بنسبة 34.6٪، بينما تجاوزت نسبة الولادة

بحضور شخص مؤهل 99٪ من الحالات عند ولادة السيدة في مصالح التوليد منها 75٪ عند طبيب في مصالح التوليد الخاصة و21.3٪ في المصالح العمومية بينما تنخفض إلى 8.5٪ فقط عند إنجاب السيدة لمولودها في المنزل.

جدول (4)
نسبة السيدات المتزوجات (15 – 49 سنة) اللاتي ولدن خلال السنتين اللتين سبقتا المسح بحضور شخص مؤهل حسب وسط الإقامة والمستوى التعليمي ومؤشر الثروة والجهة التي تمت فيها الولادة خلال الفترة 2006–2013.

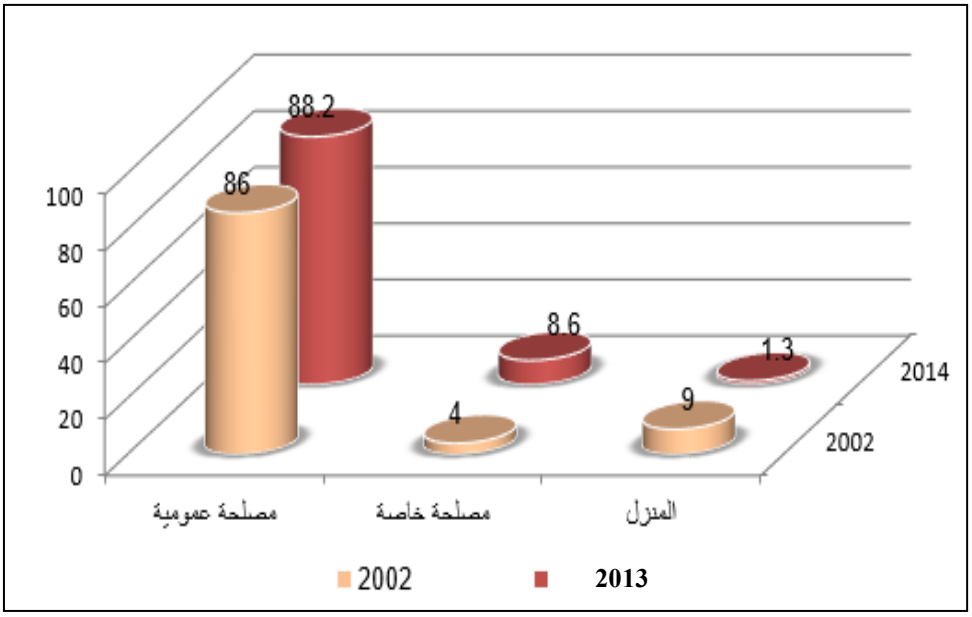
		2006[1]			2013[2]		
		طبيب	ممرضة أو قابلة	أي شخص مؤهل	طبيب	ممرضة أو قابلة	أي شخص مؤهل
وسط الإقامة	حضري	20.7	77.4	98.3	30.5	67.2	97.8
	ريفي	13.2	78.7	91.8	20.9	74	94.8
المستوى التعليمي	الاميات	9.3	78.9	88.3	13.7	80.3	94
	الابتدائي	15.1	81.4	96.5	26.1	69.6	95.7
	المتوسط	17.8	80.5	98.3	25.8	71.4	97.2
	الثانوي	24.8	73.9	98.7	30.3	67	97.2
	العالي	29.9	68	97.9	40.9	58	98.8
مؤشر الثروة	الافقر	10.6	77.2	87.8	20.9	73.7	94.6
	الفقراء	15.6	81.1	96.7	24.7	71.9	96.6
	التوسط	15.4	81.1	96.5	25.9	70.6	96.4
	الاغنياء	20	78.4	98.4	28	69.3	97.3
	الاكثر غنى	26.7	71.7	98.4	36.7	62	98.7
نوع القطاع	القطاع العام	/	/	/	22.8	76.8	99.5
	القطاع الخاص	/	/	/	76.3	23.3	99.6
	المنزل	/	/	/	0.5	8	8.5
المجموع		**17.2**	**78.1**	**95.2**	**26.7**	**69.9**	**96.6**

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وآخرون المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الأطفال والنساء 2006، التقرير الرئيسي MICS3، الجزائر، جويلية 2009، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وآخرون المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الأطفال والنساء 2013، التقرير الرئيسي MICS4، الجزائر، 2015.

- **تطور استخدام الخدمات الصحية أثناء الولادة حسب مكان الولادة**

بينت نتائج المسح الصحي لسنة 2013 أن 96.8٪ من السيدات اللواتي أنجبن خلال السنتين السابقتين للمسح قد ولدن في أحد الهياكل الصحية منها 88.2٪ في المصالح العمومية و8.6٪ في المصالح الخاصة، 1.3٪ في المنازل في مقابل 90٪ من الولادات سنة 2002 منها 86٪ في المصالح العمومية، 4٪ في المصالح الخاصة و9٪ في المنازل.

شكل (6)
التوزيع النسبي للسيدات حسب مكان الولادة خلال سنتي 2002 – 2013.



المصدر: وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات واخرون، المسح الجزائري حول صحة الأسرة – 2002، الجزائر، 2003. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وآخرون المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لمتابعة وضعية الأطفال والنساء 2013، التقرير الرئيسيMICS4، الجزائر، 2015.

كما بينت النتائج أنه لا توجد فروق كبيرة في هذه النسب بين السيدات في الحضر والريف بينما كانت الفروق واضحة في نسب من ولدن في المصالح الخاصة حيث سجلت 10.5٪ لصالح سيدات الوسط الحضري و5.7٪ للريفيات اللواتي كن أكثر من ولدن في المنزل بنسبة 2.1٪ مقارنة بحوالي 0.9٪ من السيدات في الحضر، مقابل 89.9٪ من الولادات في المصالح العمومية و5.3٪ في المصالح الخاصة، 4.1% في المنازل لسيدات الحضر مقارنة 82.5٪، 1.5٪ و14.6٪ على التوالي للسيدات الريفيات سنة 2002.

كما أن السيدات الأميات كن الأقل ولادة في المصالح الصحية العمومية والخاصة بنسب 81.9٪ و1٪ على الترتيب سنة 2002 لتسجل تحسنا ملحوظا سنة 2013 بحوالي 90.1٪ من الولادات في الهياكل العمومية و4٪ في المصالح الخاصة إلا أنها بقيت النسب الأضعف مقارنة مع بقية الفئات، كما أنها كانت الفئة الأكثر إنجابا في المنازل بنسبة 15.5٪ سنة 2002 لتتراجع إلى 3.5٪ سنة 2013 في حين سجلت السيدات ذوات المستويات التعليمية الأخرى نتائج متقاربة في الولادة على مستوى إحدى المرافق الصحية حيث كانت السيدات ذوات المستوى العالي الأكثر ولادة في المصالح الصحية الخاصة بنسبة 11.5٪ سنة 2002 و18.5٪ سنة 2013.

بالنسبة لسن السيدة لم توضح نتائج مسح 2013 فروق كبيرة فقد كانت النسبة متقاربة ولم تختلف إلا بفارق نقطة بين مختلف الفئات العمرية، بينما كانت الفروق واضحة حسب مؤشر الثروة بالنسبة للولادات على مستوى المصالح الصحية الخاصة إذ سجلت السيدات الفقيرات أقل النسب 4.4٪ وأعلاها لدى الغنيات جدا بنسبة 18.5٪ في مقابل النسب الأعلى ممن ولدن في المنازل 2.5٪ في حين سجلت النسب الأضعف لدى السيدات الأكثر غنى 0.4٪ فقط.

- **الرعاية الصحية بعد الولادة**

بينت نتائج مسح 2006 أن 30.6٪ من النساء اللواتي أنجبن مولودا حيا خلال السنتين السابقتين للمسح قد أجرين فحصا طبيا واحدا على الأقل بعد الولادة من قبل كادر طبي مؤهل، 23.3٪ منهن قامت بالكشف لدى طبيب مقابل 7.3٪ لدى قابلة أو ممرضة، بينما صرحت نسبة مرتفعة جدا من النساء بلغت 67.8٪ أنهن لم يقمن بأي فحص بعد الولادة، في حين أظهرت نتائج مسح 2013 ارتفاعا ملحوظا في نسبة النساء اللواتي خضعن للكشف ما بعد الولادة اذ ارتفعت إلى 86.5٪ مقارنة بسنة 2006.

كما أظهرت نتائج مسح 2006 وجود فروق واضحة جدا بين مختلف مناطق البلاد، فقد سجلت المناطق الجنوبية النسب الأضعف ممن أجرين فحص ما بعد الولادة بنسبة 24٪ فقط مقارنة ببقية المناطق (الغرب 31.2٪ الشرق 30.4٪ الشمال 33٪)، وبلغت نسبة من أجرين كشف ما بعد الولادة 36.5٪ في الحضر مقابل 23.9٪ في الريف، كما تلاحظ أنه كلما تقدمت المرأة في السن وانخفض مستواها التعليمي والمعيشي كلما قل إقبالها على إجراء فحوصات ما بعد الولادة.

بينما تراجعت الفروق المسجلة قليلا سنة 2013 بين النساء في مختلف مناطق البلاد حيث حافظت المناطق الجنوبية على النسبة الأضعف من النساء اللواتي خضعن لفحص ما بعد الولادة بنسبة 82.6٪ وبين مختلف الفئات العمرية والمستويات التعليمية والمعيشية للنساء.

III- تحديد المتغيرات المؤثرة في استخدام النساء خدمات الرعاية التوليدية بواسطة نموذج الانحدار اللوجيستي

سيركز هذا الجزء من الدراسة بتحليل العوامل المؤثرة في استخدام النساء لخدمات صحة الأمومة وهذا باستخدام نموذج الانحدار اللوجستي، يتم تعريف استخدام النساء في سن الإنجاب لخدمات الرعاية التوليدية باثنتين من المتغيرات التابعة، وهي: استخدام خدمات الرعاية الصحية خلال فترة الحمل، واستخدام الرعاية أثناء الولادة.

تعتبر متابعة الحمل أمرا ضروريا من أجل مراقبة الحمل والكشف المبكر عن الأمراض لدى المرأة الحامل ومعالجتها، وكذا تحديد حالات الحمل العالية الخطورة لاتخاذ إجراءات الرعاية الصحية اللازمة وعليه نعتبر أن السيدة قد تلقت خدمات متابعة الحمل إذا كانت قد قامت بكشف لدى كادر طبي مؤهل قد يكون طبيب، ممرضة أو قابلة أو أي شخص مؤهل، حيث يأخذ المتغير القيمة 1 لكل سيدة تلقت خدمات صحية خلال فترة الحمل والقيمة 0 في الحالات الأخرى والمتمثلة في عدم تلقي السيدة لأي خدمة صحية خلال هذه الفترة أو في حالة تلقي خدمات صحية لدى شخص غير مؤهل.

بينما يسمح استخدام الرعاية أثناء الولادة بمتابعة حالة الأم والطفل عن قرب وكذا المضاعفات التي من شأنها أن تتسبب في وفاتهما من أجل التدخل في أسرع وقت، وعليه فسنعرف هذا المتغير بالسيدات اللواتي أنجبن في مصلحة صحية مؤهلة، إذ يأخذ هذا المتغير القيمة 1 إذا ولدت السيدة في مصلحة طبية والقيمة 0 في الحالات الأخرى.

تم الاعتماد على مجموعة من المتغيرات المستقلة لتوصيف مدى استخدام النساء في سن الإنجاب للرعاية الطبية خلال الحمل والولادة، حيث تم الاعتماد بالدرجة الأولى على المتغيرات المتعلقة بالعرض وهي منطقة الإقامة، وسط الإقامة ونوعية خدمات متابعة الحمل والمرتبطة بالطلب على الخدمات الصحية وهي التعليم، مستوى المعيشة، عدد الولادات الحية، الرغبة في الحمل، السن، سن الزوج، سن المرأة عند الزواج الأول.

3-1- النتائج

يبين الجدول (5) النتائج المتحصل عليها من استخدام نموذج الانحدار اللوجستي:

جدول (5)
نتائج تطبيق نموذج الانحدار اللوجيستي.

مكان الولادة			متابعة الحمل			
Exp(B)	%	N	Exp(B)	%	N	
/	97.6	5860	/	94.2	5870	
						وسط الإقامة
1.853	98.6	3757	R**	95.9	3762	حضري
R**	95.8	2103	0.961	991.1	2108	ريفي
						منطقة البرمجة الإقليمية
9.846	99.5	730	R*	98.2	730	المنطقة الشمالية الوسطى
14.651*	99.7	609	0.465	97.1	613	المنطقة الشمالية الشرقية
11.815*	99.6	727	0.202*	92.7	727	المنطقة الشمالية الغربية
3.285*	98.1	942	0.455**	95.1	943	الهضاب العليا الوسطى
3.270*	98.5	848	0.475	97.6	847	الهضاب العليا الشرقية
2.236*	96.5	947	0.151*	90.2	952	الهضاب العليا الغربية
R*	93.7	1057	0.219*	90.6	1057	الجنوب
						السن
R(ns)	93.3	75	R*	93.3	75	15 – 19
2.707	97.0	868	3.063	95.1	870	20 – 24
6.678	98.1	1619	5.978*	95.7	1623	25 – 29
5.190	98.2	1593	6.341*	94.3	1592	30 – 34
5.500	97.4	1104	8.506*	93.3	1109	35 – 39
4.987	96.8	524	7.735*	91.0	524	40 – 44
2.064	94.8	77	4.101**	84.4	77	45 – 49
						المستوى التعليمي
R(ns)	94.4	1201	R*	87.0	1204	بدون مستوى
1.572	97.3	989	1.589*	93.3	989	الابتدائي
1.854	98.3	1735	1.813*	95.4	1740	المتوسط
1.935	98.9	1328	3.195*	97.3	1330	الثانوي
9.273	99.7	607	11.797*	99.3	607	العالي
						المستوى المعيشي
R(ns)	96.2	2609	R*	91.0	2614	الفقيرات
1.395	98.5	1209	1.655*	95.0	1211	المتوسطات
1.044	98.8	2042	2.088*	97.8	2045	الغنيات
						عدد الولادات
R(ns)	98.8	1639	R*	97.9	1645	1
0.606	98.3	1454	0.712*	94.8	1455	2
0.563	97.3	1147	0.127	94.3	1150	3
0.668	96	1620	0.095*	89.8	1620	4 فاكثر
						الرغبة في الحمل
R(ns)	97.6	4629	R*	94.8	4936	نعم
1.249	97.6	931	0.628*	90.8	931	لا
						تلقت خدمات متابعة الحمل
R*	98.8	5517				نعم
0.267*	85.9	341				لا
						نوعية خدمات متابعة الحمل
R(ns)	95.9	1954				ضعيفة
1.247	97.9	1803				متوسطة
1.638	98.9	2047				جيدة
0.997(ns)			0.991(ns)			سن الزوج
1.046(ns)			0.962**			سن المرأة عند الزواج الأول

ملاحظة: غير معنوي : ns ,الحالة المرجعية : R ,$P \leq 0.10$: *** ,$P \leq 0.05$: ** ,$P \leq 0.01$: *

3-2- مناقشة النتائج

بينت النتائج المتحصل عليها أن المتغيرات المستقلة: مكان الإقامة ومنطقة الإقامة، السن، السن عند الزواج الأول، المستوى التعليمي والمعيشي، عدد الولادات والرغبة في الحمل الحالي لها تأثير في استخدام النساء للرعاية الطبية أثناء الحمل حيث تبين نتائج التحليل المتعدد المتغيرات أن النساء في الريف أقل حضا ب 0.961 مرة في متابعة حملهن من النساء في الحضر، كما أن نساء المناطق الشمالية الوسطى أكثر متابعة لحملهن من النساء في مختلف مناطق الوطن فنساء المناطق الجنوبية يملكن فرصة أقل ب 0.219 مرة في مقابل 0.151 و0.475 و0.455 للنساء في مناطق الهضاب العليا الغربية والشرقية والوسطى على التوالي، في حين تصل فرص السيدات في المناطق الشمالية الشرقية والغربية إلى 0.465 مرة و0.202 مرة على الترتيب من سيدات المناطق الشمالية الوسطى.

كما أنه كلما ارتفع مستوى تعليم المرأة، كلما زادت فرصها في متابعة الحمل فالنساء ذوات المستوى الابتدائي والمتوسط لديهن فرصة أكبر ب 1.589 و1.813 مرة على التوالي مقارنة بالنساء الأميات، في حين تتجاوز فرص النساء ذوات المستوى الثانوي والعالي على التوالي 3.195 مرة و11.797 مرة مقارنة بغير المتعلمات وهي نفس الملاحظة بالنسبة للمستوى المعيشي ففرصة النساء الغنيات والمتوسطات أكبر ب 2.088 مرة و 1.655 مرة مقارنة بالنساء الفقيرات.

بالنسبة لعدد الولادات فالنساء اللواتي أنجبن بين 3 أطفال أو 4 أطفال فأكثر تنخفض فرصهن في استخدام الرعاية الطبية خلال الحمل ب 0.127 مرة و0.095 مرة مقارنة بالنساء اللواتي لديهن طفل واحد.

أظهرت النتائج أيضا ان النساء اللواتي لا يرغبن في الحمل الحالي أقل متابعة للحمل من النساء اللواتي يرغبن فيه بحوالي 0.628 مرة. كما أن لسن المرأة عند الزواج أو خلال فترة الحمل تأثير في استخدام خدمات متابعة الحمل فالنساء اللواتي تتراوح اعمارهن بين 25–44 سنة أكثر إقبالا على متابعة الحمل مقارنة بنساء الفئات الأصغر واللواتي تتراوح أعمارهن بين 15–24 سنة أو النساء الأكبر سنا (44–49 سنة).

بالنسبة للمتغير المستقل سن الزوج فهي غير معنوية أي لا تفسر استخدام النساء للرعاية الطبية أثناء الحمل.

أما فيما يتعلق باستخدام الرعاية الصحية أثناء الولادة فقد بينت نتائج النموذج اللوجستي أن المتغيرات المستقلة وسط الإقامة، منطقة الإقامة، وتلقي خدمات متابعة الحمل تؤثر في مكان الولادة وبالتالي نوع الرعاية المقدمة للمرأة واستفادتها من رعاية طبية ذات جودة ونوعية، حيث نلاحظ أن فرص سيدات الحضر في استخدام الخدمات الصحية أثناء الولادة أكبر بحوالي 1.853 مرة مقارنة مع سيدات الريف، كما أن السيدات في الهضاب العليا أكثر حضا من سيدات الجنوب في الاستفادة من الرعاية الطبية خلال الولادة بحوالي 3.285، وبحوالي 3.270 مرة في الهضاب العليا الشرقية، 2.236 مرة في الهضاب العليا الغربية من النساء في المناطق الجنوبية، في حين سجلت سيدات المناطق الشمالية الحظ الاوفر إذ تصل فرص سيدات المنطقة الشمالية الوسطى إلى 9.846 مرة، المنطقة الشمالية الشرقية الى 14.651 مرة والمنطقة الشمالية الغربية الى 11.815 مرة أكثر من سيدات المناطق الجنوبية.

كما أظهرت النتائج أن تلقي خدمات متابعة الحمل تؤثر تأثيرا إيجابيا على مكان الولادة فكلما زادت استفادة المرأة من خدمات متابعة الحمل كلما زادت فرصها في الولادة في مكان مؤهل، حيث تنخفض فرص السيدات اللاتي لم يتابعن الحمل بحوالي 0.267 مرة مقارنة بالسيدات اللاتي تابعن الحمل.

فيما يخص بقية المتغيرات المستقلة والمتمثلة في: المستوى التعليمي والمعيشي للسيدة، عدد الأطفال، السن، سن الزوج والسن عند الزواج الأول، الرغبة في الحمل الحالي ونوعية خدمات متابعة الحمل كلها غير معنوية وليس لها تأثير على مكان الولادة.

IV- الخلاصة والتوصيات

4-1- الخلاصة

اهتمت هذه الدراسة بتحديد العوامل المرتبطة والمفسرة لاستخدام النساء الجزائريات في سن الإنجاب لخدمات الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة حيث تم التطرق خلالها إلى تحليل نسبة وفيات الأمهات والذي عرف تراجعا ملحوظا نتيجة لتحسن مستوى الرعاية الصحية المقدمة للأمهات كما عرفت نسبة السيدات اللاتي استفدن من التغطية الصحية أثناء الحمل والولادة ارتفاعا ملحوظا.

أظهرت نتائج استخدام نموذج الانحدار اللوجستي وجود فروق واضحة بين النساء من حيث الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية المؤهلة، فالخصائص الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والديموغرافية للنساء تبين عدم تكافؤ للفرص من حيث الاستفادة من خدمات الرعاية الطبية فالنساء

الريفيات أقل حضا في الاستفادة من متابعة الحمل والرعاية اثناء الولادة مقارنة بالنساء في الوسط الحضري، كما أن انتماء السيدة الى المناطق الجنوبية يقلل من فرصها في استخدام الرعاية الطبية أثناء الحمل والولادة في مقابل السيدات المقيمات في مختلف المناطق. ثم إنه كلما ارتفع مستوى تعليم المرأة أو مستواها المعيشي، كلما زادت فرصها في متابعة الحمل.

أما بالنسبة لعدد الولادات فالنساء اللواتي أنجبن عدد أقل من الأطفال أكثر استخداما للرعاية الطبية خلال الحمل. إضافة الى ذلك فإن لسن المرأة عند الزواج أو خلال فترة الحمل تأثير في استخدام خدمات متابعة الحمل فالنساء في الفئة العمرية (25–44) سنة أكثر إقبالا على متابعة الحمل مقارنة بنساء الفئات الأصغر في الفئة العمرية (15–24) سنة أو النساء الأكبر سنا (44–49) سنة.

4-2- التوصيات

من خلال النتائج السابقة والخلاصة التي تم التوصل إليها، توصي هذه الدراسة بما يلي:

- توعية النساء اللاتي سبق لهن الإنجاب بضرورة استخدام خدمات رعاية الأمومة عند كل حمل وعدم التهاون بسبب وجود أطفال واعتقادها أنها قد اكتسبت خبرة من تجارب الحمل السابقة.
- زيادة عرض الخدمات الصحية في مختلف مناطق البلاد.
- وضع برامج صحية خاصة بالمناطق الجنوبية والتي يجب أن تتضمن توفير وتأهيل كوادر صحية مختصة كالأطباء والممرضات والقابلات وكذا إنشاء مؤسسات صحية مؤهلة وتزويدها بكل الوسائل التقنية الضرورية قصد توفير وتقريب المصالح التوليدية من النساء في هذه المناطق.
- تنظيم حملات توعوية وتعليمية موجهة للنساء في سن الإنجاب (15– 49 سنة) ارفع وعيهن بأهمية استخدام خدمات صحة الأمومة مع تركيز الجهود على الفئات الأكبر سنا والتي تميزت بضعف ترددها على خدمات رعاية الحمل والولادة.
- تعزيز برامج تنظيم الأسرة وتشجيع النساء على استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة من اجل منع حالات الحمل غير المرغوبة وخفض نسب الاحتياجات الغير ملباة لدى النساء في تنظيم الأسرة.

- المراجـع

- 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 بعادم الأسمنت 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 مالح 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 الافتطار، 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، ص 4-20، 77، 78.

- المراجع الأجنبية:

- Amélie Brigitte LOMPO. (2013). Le Faible Recours aux Soins de Santé Au Burkina Faso: Le Cas Des Femmes YADSE dans la Région NOR, Centre Nantais de Sociologie, Juin 2013.

- BENINGUISSE Gervais. (2001). Entre tradition et modernité. Fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun. Louvain-la—Neuve, Février 2001.

- BENINGUISSE G, Béatrice Nikièma, Pierre Fournier, Slim Haddad. (2004). L'accessibilité culturelle, une exigence de la qualité des services et des soins obstétricaux en Afrique in UEPA, Population et les questions de sante en Afrique, supplément B du volume 19, Dakar UEPA.

- Diallo Brahima A. (2013). Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale au Mali : Cas de la Commune I du district de Bamako, socio-anthropologue de la santé, Février 2013.

- Hendersonn N'guessan Kouame. (2015). Croyances Collectives et Discontinuité du Suivi Prénatal en Milieu Urbain Ivoirien (Abidjan/ Cote D'ivoire), Européen Scientific Journal, July 2015, vol.11, No.21 ISSN : 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 743.

- KEUNDO Aubin Armand. (2009). Evolution Temporelle des Inégalités Sociales de la Prise en Charge Médicale de L'accouchement au Cameroun Entre 1991 et 2004, Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Yaoundé, novembre 2009.

- Kochou, S.H.A. & Rwenge, M.J.R. (2014). Facteurs sociaux de la non-utilisation des services de soins prénatals ou de leur utilisation inadéquate en Côte d'Ivoire, African Evaluation Journal 2(1), Art. #79, 12 pages. http:// dx.doi.org/10.4102/aej.v2i1.79.

- Lidwine Sonia PAULESI, Gervais BENINGUISSE. Non recours des adolescentes et jeunes aux services de santé maternelle pendant les grossesses à Yaoundé (CAMEROUN).

- Ministère de La Santé de La Population et de la Réforme Hospitalière. « Plan Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle 2015 - 2019 ». P 12.

- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques. (2013). Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS4), Suivi de la situation des enfants et des femmes, Rapport principal, Alger, 2012-2013.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2003). Soins lies à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatal : Guide de pratiques essentielles. Organisation Mondiale de la Santé, Imprimé à Singapour, 2003, ISBN924 159084X.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2003). What is the efficacy/effectiveness of antenatal care and the financial and organizational implications? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), December 2003.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2005). Pour une grossesse à moindre risque : Le rôle capital de l'accoucheur qualifié, Santé et recherche génésiques, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2005.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2007). Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, Interventions recommandées par l'OMS pour améliorer la santé de la mère et du nouveau-né, Organisation mondiale de la Santé département Pour une

grossesse à moindre risque, WHO/MPS/07.05.

- Organisation Mondiale de la Santé, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale. (2011). « Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990 – 2008 », 2011, Genève, Suisse.

- Organisation Mondiale de la Santé, UNICEF, UNFPA, Banque mondiale. (2015). Tendances de la mortalité maternelle : 1990 – 2015, 2015, Genève, Suisse.

- RWENGE Mburano, Institut de Formation et de Recherche Démographiques, (IFORD), La Qualité des Soins Prénatals selon la Perspective des Clientes au Cameroun. (Districts de santé de Nkongsamba, Bafang et Mfou, African Population Studies Vol. 22 n°2/Etude de la Population Africaine Vol. 22 N°2.

- Rwenge Mburano Jean-Robert, Tchamgoue-Nguemaleu Honoré Blaise. (2011). Facteurs Sociaux de l'utilisation des Services de soins Obstétricaux Parmi les Adolescentes Camerounaises, Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Yaoundé, Cameroun, Septembre 2011.

- Per Bergsjo. (2001). Est-ce que les soins prénatals aident à réduire la morbidité et la mortalité maternelle, Studies in HSO&P,18,2001.

- Sanogo. R et Giani. S. (2009). Valorisation du rôle des accoucheuses traditionnelles dans la prise en charge des urgences obstétricales au Mali, Médecine traditionnelle en Afrique, Ethnopharmacologia, n°43, juillet 2009.

- UNFPA. (2004). Mise à Jour 2004 sur la Mortalité Maternelle : Accoucher en de Bonnes Mains.

المتغيرات الاجتماعية والبيئية المرتبطة بالتحرش بالمرأة العاملة (دراسة مقارنة بين القطاع العام والخاص)

سماح مرضي محمد علي الصعيدي[1]

- مستخلص

استهدفت الدراسة التعرف على المتغيرات الاجتماعية والبيئية المرتبطة بالتحرش بالمرأة العاملة والتعرف على أوجه الاختلاف في أسلوب التحرش من بيئة إلى أخرى وكذلك التعرف على أهم ميكانيزمات مواجهة المرأة للتحرش.

ويتصور البعض أن التحرش الجنسي مجرد جريمة أخلاقية أو مرض اجتماعي يخص الضحية وحدها في حين أن آثاره النفسية والاقتصادية تشمل المجتمع ككل، فالضحية عندما تكون أماً سيؤثر ما تعرضت له بشكل مباشر على أسرتها، وستتراجع كفاءتها في العمل وسيدفع المجتمع كله فاتورة التحرش.

وهناك العديد من المتغيرات التي تحدث في البيئة والمجتمع المحيط بالمرأة يجعلها عرضة لهذه الجريمة ومنها: ضعف الوازع الديني لدى أفراد المجتمع، تأثر المتحرش بالمسلسلات والإعلام، أو الموضة التي تتطور بشكل غير لائق بمجتمعنا المحافظ، وما ينتج من ولع الشباب من الجنسين بارتداء هذه الملابس رغم مخالفتها لعاداتنا وتقاليدنا رغبة في مجاراة الموضة ليس إلا، وكذلك تأخر سن الزواج، البطالة، التفكك الأسري، ضعف التواجد الأمني في الأماكن المزدحمة، انتشار الصحف الصفراء، انتشار كليبات الفضائيات التي تبث صور ومشاهد مثيرة للغرائز الجنسية، ويري البعض أن سبب التحرش بالمرأة يرجع إلى التكشف والعري وعدم الاحتشام، وليس من الإنصاف أن نحمل الرجل مسئولية كاملة في هذه الحوادث بل لا بد من الاعتراف أن النساء بسلوكهن الاجتماعي قد يكن سببا في التحرش الجنسي إلا إنه يوجد على الجانب الآخر تحرش جنسي بالنساء المحجبات.

أسفرت الدراسة عن أن هذه المتغيرات التي تحدث في المجتمع المحيط بالمرأة العاملة تعرضها لجريمة التحرش بها مما يؤثر سلباً عليها وعلى أسرتها وعلى عملها وبالتالي على المجتمع ككل، ومن أهم توصيات الدراسة ضرورة وضع قوانين مشددة تجرم التحرش، ضرورة تبني حملات إعلانية كبيرة لتوعية الناس بمخاطر هذا الوباء على المجتمع وما يمكن أن ينتج عنه من آثار ضارة بتماسك المجتمع وبثقة أفراد المجتمع ببعضهم، ضرورة توفير أماكن مخصصة للسيدات في المواصلات، ضرورة اهتمام مؤسسة العمل بتقوية العلاقات والروابط بين العاملين بها، وضع خطة على المستوى العام للدولة لمواجهة التحرش.

الكلمات المفتاحية: المتغيرات، المتغيرات الاجتماعية، المتغيرات البيئية، التحرش، المرأة العاملة.

---

[1] **مدرسة الإيكولوجيا، جامعة عين شمس، مصر، samah.mordy@yahoo.com**

I- مقدمـــة

رغم الجهد الرئيسي الذي تقره الأديان والمذاهب الإنسانية في تأكيد الرحمة والرأفة والرفق بين بني الإنسان، ورغم حجم الأضرار التي تكبدتها الإنسانية جراء اعتماد العنف كأداة للتخاطب والتمحور، ورغم أن أي إنجاز بشري يتوقف على دعائم الاستقرار والسلام والألفة.. رغم هذا وذاك ما زالت البشرية تدفع ضرائب باهظة من أمنها واستقرارها جراء اعتماد العنف كوسيلة للحياة.

ومع تنامي وتطور هذه الظاهرة عبر التاريخ فقد حظيت في العصر الحديث باهتمام محلي وعالمي كبيرين، حيث أصبحت هذه الظاهرة تشتمل النساء والأطفال في مختلف مراحلهم العمرية، وهي ليست مرتبطة بالدين أو العرف أو المستوى الثقافي والاقتصادي بل تنتشر في مختلف الشرائح والطبقات الاجتماعية، ومع هذا الانتشار الواسع لموجات العنف بمختلف صوره وأشكاله، وحظيت المرأة بالنصيب الأكبر من العنف، وذلك إلى الحد الذي يجعل من الصعب إرجاع هذا إلى سبب واحد ولكن هناك العديد من الأسباب المتشابكة والمختلفة التي أدت إلى تنامي ظاهرة العنف ضد المرأة، **(محمد ضو، 2004، ص18)**.

فالمجتمع العربي يواجه في هذه المرحلة تحديات كثيرة وخطيرة، تهدد هويته الثقافية وبنيته الاقتصادية والفكرية والاجتماعية وحتى الجغرافية، ولا ريب في أن هذه التحديات تشمل المجتمع بجميع فئاته ذكوراً وإناثاً، لكن وطأتها على المرأة أشد لأنها الأم التي تربي وتنشئ الأجيال، فالتحديات الجالية تضيق الخناق على المرأة العربية وتحملها أعباء إضافية تضاهي أعباءها من الأمية والجهل والضغوط الاجتماعية، وتضعها في المواجهة مع صراع متعدد الجوانب يتراوح بين القيم الموروثة والقيم الجديدة، فقد بدأت بعض القيم الأخلاقية والمنظومات الاجتماعية تتخلخل مع الغزو الثقافي، وبدأت المرأة العربية (تعاني من اغتراب مزدوج داخل المنزل وخارجه، اغتراب اقتصادي واجتماعي ونفسي نظراً للتباين في المرجعية الثقافية وتضارب الأدوار والرغبات، بأن تعيش المرأة علي مزايا المجتمع الذكوري ورعايته كالإعالة واحترام ضعفها والزود عنها، أو أن تكون عصرية تأخذ زمام المبادرة وتعتمد على قواها وقدراتها الذاتية المحدودة أصلا في المحيط الخارجي)، **(عبد القادر عرابي، 1999، ص47)**.

فالمرأة لها دور متميز وأساسي ومكانة سامية وحاسمة في تطور المجتمعات الإنسانية، وقد أصبح الاهتمام بموضوعية المرأة يعد قضية أساسية وحاسمة على المستوى العالمي.

وباتت مشكلاتها وخاصة ظاهرة العنف ضدها، قضية ذات أولوية ليس للمرأة ومنظماتها فحسب، إنما لقادة الدول والمجتمعات والمؤسسات وللمختصين والمربين، حيث أن الشعور السائد في

طبقات المجتمع كافة أن المرأة ما زالت أسيرة الأفكار التي تصادر دورها، كما أن تسلط الرؤية الذكورية والأنظمة القمعية زادت الأمور تعقيداً، وقد عبرت عن هذه الحقائق الكثير من المصادر والأبحاث والمقالات ووسائل الإعلام.

وعلى الرغم من كل ذلك إلا أن المرأة وخاصة العاملات منهن قد أحرزت مكاسب عديدة على كل من المستوى الشخصي والمجتمعي في مضمار إثبات وجودها وفعاليتها في العديد من المجالات فضلاً عن تلك التحولات الإيجابية التي طرأت على صورتها لدى أبناء الشرائح الاجتماعية المختلفة.

وكان عليها لقاء تلك النجاحات أن تدفع ضريبة في المقابل تتمثل في الضغوط البدنية والنفسية التي تواجهها للتوفيق بين عملها وحياتها الأسرية، وما تواجهه من صراعات في العمل ومنغصات قد تصل إلى حد توجيه العنف لها بكل أشكاله بشكل عام، والتحرش كأحد أشكال العنف الموجه ضدها بشكل خاص.

وبدأ الحديث عن قضية العنف ضد المرأة يأخذ حيزاً كبيراً من اهتمامات المنظمات النسائية منذ أواخر القرن العشرين مع بدء صدور الاتفاقيات الدولية الخاصة بالمرأة وبعد ذلك بدأ هذا الموضوع يأخذ منحنى خاصاً ومستقلاً مع صدور الإعلان العالمي للقضاء على العنف ضد المرأة في العام 1993، **(نهى عدنان، 2009)**.

وقد لقي أيضاً العنف ضد المرأة اهتماماً متنامياً من الأمم المتحدة كونه شكلاً من أشكال التمييز ضد المرأة وانتهاكاً لحقوقها الإنسانية، وألزم المجتمع الدولي نفسه بحماية حقوق الفرد امرأة كان أو رجلاً، وكرامته بمعاهدات وإعلانات متعددة. **(تقرير الأمين العام، 2006)**.

ويتخذ العنف ضد المرأة أشكالاً عدة ويمكن أن تشمل عنفاً بدنياً وجنسياً ونفسياً وإساءة معاملة اقتصادية واستغلالاً في سلسلة من الأوضاع من القطاع الخاص إلى القطاع العام، وفي عالم اليوم المتسم بالعولمة تتجاوز الحدود الوطنية. وتعد تسمية أشكال ومظاهر من العنف ضد المرأة خطوة هامة نحو الاعتراف بها ومعالجتها. وقد أظهر تقرير أصدرته الأمم المتحدة في عام 2001 أن واحدة من بين كل ثلاث نساء في العالم تتعرض للضرب أو الإكراه على ممارسة الجنس أو إلى إساءة المعاملة بصورة أو بأخرى، وغالبا ما تتم هذه الانتهاكات لحقوق المرأة بواسطة إنسان يعرفنه. **(هيفاء أبو غزالة، 2006)**.

وفي ضوء ذلك توجد العديد من المحاولات للنهوض بالمرأة وتنميتها وحل مشكلاتها ولكنها لم تحقق المرجو منها حتى الآن، ومن بينها جهود المجلس القومي للمرأة التي انصبت في الغالب على المرأة الريفية، كما كان للمجلس محاولات لتشكيل شبكة للمناداة بحقوق المرأة، ولكن للأسف مازالت (محاولات) نتمنى أن تتحقق، أما منظمات المجتمع المدني فوضعت المرأة على قائمة اهتماماتها، حيث ظهرت العديد من الجمعيات الأهلية التي استهدفت مواجهة المشكلات التي تعرقل وتعوق المرأة عن القيام بدورها داخل المجتمع.

1-1- إشكالية الدراسة

ينظر للتحرش الجنسي على أنه أحد أشكال التمييز بخلاف كونه أحد أخطر المشكلات الاجتماعية الحالية لكلا طرفي عملية التحرش القائم بها والواقعة عليه، وبطبيعة الحال تجد أن النساء هن الغالبية العظمى ممن يقع عليهن التحرش برغم أن الدراسات تشير لوجود فئات أخرى قد يكون ضحيته للتحرش مثل المراهقين والأطفال والأقليات، إلا أن الشائع أن النساء هن الأكثرية من ضحايا التحرش الجنسي.

وهذا ما أكدت عليه نتائج البحث الأولي للمركز المصري لحقوق المرأة في حملته ضد التحرش الجنسي، أن التحرش الجنسي لا يهدد فقط بعض النساء ولكنه قضية منتشرة في المجتمع المصري بأكمله. فنتائج الفحص تؤكد أن التحرش لا يقتصر على عمر أو طبقة اجتماعية معينة ولكنه يعيق تقدم المرأة ديمغرافياً، فلم تسلم العاملات وربات البيوت وصاحبات الوظائف المرموقة من تعرضهن للتحرش الجنسي، لذا يجب دراسة هذه الظاهرة وخاصة بين النساء العاملات.

1-2- أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف علي المتغيرات الاجتماعية والبيئية المرتبطة بالتحرش بالمرأة العاملة)، ويتفرع منه أهداف فرعية، هي:

- التعرف علي الاختلاف في أسلوب التحرش من بيئة لأخري.
- التعرف على أهم ميكانيزمات وآليات المواجهة التي تقوم بها المرأة.

1-3- المفاهيم النظرية للدراسة

تقوم الباحثة بعرض مفهوم المتغيرات الاجتماعية، ثم مفهوم المتغيرات البيئية، ثم مفهوم التحرش ومن ثم وضع تعريف إجرائي للمتغيرات الاجتماعية والبيئية، ومفهوم التحرش بما يتناسب مع هذه الدراسة:

- **مفهوم المتغيرات الاجتماعية:**

يعرف "أحمد عمر" المتغير الاجتماعي بأنه العامل المؤثر في الحياة الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية أو هو كل ما يتصل بالإنسان ويرتبط بتفاعله مع الآخرين، ويطلق البعض علي المتغيرات الاجتماعية التي لها دور في تشكيل البيئة، والبعض الآخر يطلق عليه الضوابط التي تؤثر علي مسار التنمية (**أحمد عمر، 1992**)، ومن السهل أن نعرف العوامل الاجتماعية ككيان علي أي مستوى، حيث أن العوامل الاجتماعية بتنظيمها هي التي تختلف وتكون البناء التنظيمي وأنها تعبر عن أهداف وأغراض التغيرات التي تحدث في المجتمع. (**أماني محمد، 1994**).

- **مفهوم المتغيرات البيئية أو الضغوط البيئية: Environmental stress**

يعد العصر الحديث الضغوط، وعصر القلق والتوتر والتعب، وذلك لسرعة التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تعرض لها الفرد في البيئة التي يعيش فيها، الأمر الذي ترتب عليه كثرة التعب والإجهاد، وانتشار الأمراض النفسية، والجريمة والتحرش أو ما يعرف بالسلوك المنحرف، وبذلك أصبحت الضغوط البيئية والاجتماعية تشكل جزءاً من حياة الإنسان نظرا لكثرة التحديات التي يواجهها في هذا العصر.

ويعرف ديوبرين Dubrin A., 1991 الضغوط البيئية علي أنها حالة عقلية وجسمية تنتج عن تهديد مدرك، أو مطلب لا يمكن التعامل معه. **(Dubrin, A. 1991, 3rd)**.

ويعرف لازاروس Lazarus R. 1984 المتغيرات البيئية بأنها ما يحدث عندما يشعر الفرد أن متطلبات الموقف الذي يتعرض له تفوق بكثير قدراته علي المواجهة.

وأشار فرج عبد القادر طه وآخرون 1993 إلي الضغط النفسي بأنه عوامل خارجية تقع علي الفرد سواء بكليته، أو علي جزء منه بدرجة تولد لديه إحساسا بالتوتر أو تشويها في تكامل شخصيته، وحينما تزداد تلك الضغوط فإن ذلك قد يفقد الفرد قدرته علي التوازن ويغير نمط سلوكه عما هو عليه إلي نمط جديد. (**فرج عبد القادر طه وآخرون، 1993**).

أما هبه وعوض Heba. I., Owaied M., 2004 فيعرفان الضغوط باعتبارها إدراك الفرد لعدم قدرته علي إحداث استجابة مناسبة أو مهام، ويصاحب هذا الإدراك انفعالات سلبية كالغضب، والقلق، والاكتئاب، وتغيرات فسيولوجية كرد فعل تنبيهي للضغـــوط التي يتعـــرض لها الفرد. **(Heba I.&Owaied M., 2004)**.

كما عرفها طلعت منصور وفيوليت الببلاوي باعتبارها ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية يخبرها الإنسان في مواقف وأوقات مختلفة تتطلب منه توافقاً أو إعادة توافق مع البيئة. ويقولان بإن الضغوط المهنية قد تمثل عاملاً هاماً يسهم في مختلف الاضطرابات النفسية والجسمية، **(طلعت منصور وفيولا الببلاوي، 1989)**.

يري شاكر قنديل 1993 أن الضغوط تشير إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة علي الفرد سواء بكليته أو على جزء منه وبدرجة تحدث لديه إحساسا بالتوتر أو تشويها في تكامل شخصيته، وحينما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك قد يفقد الفرد قدرته علي التوازن ويغير نمط سلوكه عما هو عليه. **(شاكر قنديل، 1993)**.

أما علي عسكر فيرى أن الضغوط النفسية تتجلي في إطار كلي متفاعل، يتضمن الجوانب النفسية، والجسمية، والاقتصادية، والاجتماعية، والمهنية، ويتجلى ذلك التفاعل من خلال ردود فعل نفسية، انفعالية، فسيولوجية، لذلك فإن جميع الضغوط تعتبر ضغوطا نفسية. **(علي عسكر، 2000)**.

- **المتغيرات البيئية:**

- **البيئة الطبيعية:** وما تحويه من ضغوط الغلاف الجوي ودرجات الحرارة، والكوارث الكونية، وضيق السكن، قلة عدد الحجرات وضعف الإضاءة. (محمد نجيب الصبوة، 1997).
- **البيئة الاجتماعية:** وما تحويه من ضغوط الثقافات الأسرية والتفاوت الحضاري، وكثرة الأبناء والأقران، وصراع الأجيال، واختلاف الاتجاهات والميول وقلة نصيب الفرد من الرفاهية الاجتماعية.
- **ضغوط اقتصادية:** حيث توجد ضغوط البطالة، وانخفاض الإنتاج، وعدم عدالة توزيع الناتج القومي والتفاوت الطبقي.
- **ضغوط سياسية:** حيث تنشأ الضغوط من عدم الرضا عن نظام الحاكم القائم والصراعات السياسية والثقافية وهيمنة بعض القوي وعدم أهلية النظام الحاكم وعدم القدرة علي التكيف مع أوضاع السياسة القائمة.
- **ضغوط مهنية:** تتضمن ضغوط بيئة العمل مثل مستويات الضجيج والضوضاء، ودرجات الحرارة (الحر الشديد أو البرد الشديد)، فترة استمرار العمل، غموض الدور وعدم معرفة المسئوليات المهنية المطلوبة، وتعارض الأدوار، وعدم إتاحة الفرصة

لإظهار الكفاءة، العلاقة السلبية مع الزملاء، عدم واقعية الأهداف المهنية، عدم المشاركة في القرارات، عدم العدالة في التقييم، افتقاد المساندة الاجتماعية من الآخرين.

- **ضغوط المدرسة:** والتي تتمثل في ضغط المناهج والامتحانات والعقوبات والقواعد المدرسية وحفظ الزملاء وازدحام الفصول والواجبات الأخرى. **(هارون الرشيدي، 1999).**

وبعد استعراض مفهومي المتغيرات الاجتماعية والبيئية، تستطيع الباحثة وضع تعريف إجرائي من وجهة نظرها، ويتفق مع الدراسة الحالية، ويقصد به.

- **المفهوم الإجرائي للمتغيرات الاجتماعية:**

المتغيرات الاجتماعية هي العوامل التي يؤثر بعضها في البعض الآخر فعندما تتعرض المرأة العاملة للتحرش في عملها فإن ذلك يمثل ضغطا عليها في درجة اهتمامها بالعمل ويمتد أثره إلي حياتها الخاصة خارج العمل، فتعرضها للتحرش متغير مستقل ونتائجه سواء بعلاقاتها مع زملائها في العمل أو في الأسرة أي خارد العمل متغير تابع.

- **المفهوم الإجرائي للمتغيرات البيئية:**

هي ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية تتطلب من الإنسان إعادة توافق مع البيئة أو هي التغيرات التي تطرأ علي الفرد نتيجة انتقاله من بيئة عمل لأخرى له في هذه البيئة الجديدة نظرة لم يكن قد اعتاد عليها وبالتالي لابد أن يتكيف معها حفاظاً علي صحته النفسية وأن يتعلم طرق صحيحة للمواجهة والدفاع غير التي اعتاد عليها سابقاً.

- **تعريف التحرش الجنسي:**

إن مصطلح التحرش الجنسي لم يكن موجوداً حتى منتصف عام 1970 وبدأ الباحثون والعلماء والمنظرون يهتمون به لأنه شكل من أشكال العنف ضد المرأة ولأنه يؤكد علي الأدوار التقليدية للرجل التي تشير إلي أنه أكثر قوة من المرأة في المجتمع الأمريكي، كما أنه في التحرش الجنسي ينظر للمرأة علي أنها موضوع أو كيان جنسي أولا ثم على اعتبار أنها امرأة عاملة أو طالبة.. الخ.

1-4- منهجية الدراسة

تعتمد هذه الدراسة على منهج المسح الاجتماعي عن طريق العينة، واستخلاص النتائج وتقديم التوصيات التي تفيد في عمليات التخطيط، والإصلاح الاجتماعي، والقومي **(محمد شفيق، 2008).**

1-5- مجالات الدراسة:

- **المجال المكاني:**

يتمثل المجال المكاني للدراسة الحالية في محافظة القاهرة حيث تم اختيار عدد من المدارس الحكومية والخاصة التابعة لإدارات مختلفة وهذه المدارس هي:

- مدرسة الفاروق الخاصة (التجمع الخامس).
- مدرسة مودرن سكول الخاصة (مصر الجديدة).
- مدرسة النزهة للغات (الشيراتون).
- مدرسة الجبرتي (حكومي) الشيراتون.
- مدرسة جمال عبد الناصر (حكومي) الشيراتون.

- **المجال البشري: (عينة الدراسة)**

عينة من النساء العاملات في المدارس الحكومية والمدارس الخاصة وعددهم (100) مفردة من العاملات في المدارس سواء كان من المدرسات أو الإداريات.

- **المجال الزمني:**

استغرقت فترة جمع البيانات مدة بدءاً من 20 مارس وحتى 19 اكتوبر 2015.

1-6- أدوات الدراسة:

وقد قامت الباحثة بإعداد استبيان خاص لجمع البيانات المطلوبة لتحقيق أهداف الدراسة.

II- نتائج الدراسة

فيما يتعلق بنتائج خصائص عينة الدراسة بينت النتائج أن:

- متوسط دخل العينة عند 753.5 جنيه.
- متوسط السن 32 سنة.
- عدد العاملات في القطاع الخاص 54 عاملة، وفي القطاع العام 40 عاملة.
- الحالة الاجتماعية فالعدد الأكبر من العاملات متزوجات حيث بلغ عددهن 52 متزوجة، 45 آنسة، 3 مطلقات.
- غالبية العينة من صغيرات السن أي من الشباب حيث بلغ عددهن في العينة 47 عاملة يتراوح عمرهن من 20- 30، ولدينا 36 امرأة يتراوح عمرهن بين 30-40، وتسعة نساء عمرهن 40 فأكثر، وثمانية نساء عمرهن خمسين فأكثر.

2-1- المتغيرات الاجتماعية

جدول (1)
التكرارات والنسب لتساؤلات المتغيرات الاجتماعية

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا^2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
هل سبق وتعرضتِ للتحرش في المواصلات العامة	لا	22	36.7	25	62.5	47	47.0	10.421	0.005
	نعم	38	63.3	15	37.5	53	53.0		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

يتبين من الجدول (1) للسؤال عن (هل سبق وتعرضت للتحرش في المواصلات العامة) فكانت من أجبن بلا في القطاع الخاص عددهن 22 بنسبة 36.7% ومن أجبن بنعم كانت أعدادهن 38 بنسبة 63.3%.

أما عينة الحكومي للسؤال (هل سبق وتعرضت للتحرش في المواصلات العامة) فبلغ عدد من أجبن بلا 25 مبحوثة بنسبة 62.5% وعدد من أجبن بنعم 15 بنسبة 37.5% أي أن نسبة من تعرضن للتحرش في القطاع الخاص أعلى منها في القطاع الحكومي، وكانت قيمة كا2 بدلالة إحصائية 0.005 وهي قيمة دالة معنوياً لأنها أقل من 0.01 وهو ما يشير لوجود فروق بين إجابات المبحوثات من القطاعين.

جدول (2)
التكرارات والنسب لتساؤلات المتغيرات الاجتماعية

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
ما نوع علاقتك مع زملائك	قوية	52	86.7	37	92.5	89	89.0	6.800	0.03
	ضعيفة	8	13.4	3	7.5	11	11.0		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

ويبين الجدول (2) عند سؤال المبحوثات (ما نوع علاقتك مع زملائك)، وبلغت نسبة من صرحن في القطاع الخاص أن العلاقة (قوية) 86.7%، (52) حالة، ومن أجبن أنها (ضعيفة) عددهن 13.4%. (8 حالات).

أما في القطاع الحكومي فكانت نسبة من صرحن أن العلاقة قوية 92.5%، (37 حالة)، ومن قلن أنها ضعيفة 7.5%، (3 حالات)، وكانت قيمة كا2 بدلالة إحصائية 0.03 وهي قيمة غير دالة معنوياً، وهو ما يشير لعدم وجود فروق بين إجابات المبحوثات في القطاعين.

جدول (3)
التكرارات والنسب لتساؤلات المتغيرات الاجتماعية

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
هل خبرتك في العمل ضعيفة ولذلك تحتاجي مساعدة زملائك	لا	31	52.5	27	67.5	58	58.6	5.766	0.06
	نعم	28	47.5	13	32.5	41	41.5		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

نستنتج من الجدول (3) للسؤال عن (هل خبرتك في العمل ضعيفة ولذلك تحتاجي مساعدة زملائك) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص حيث كانت قيمة الدلالة المعنوية أكبر من (0.05).

جدول (4)
التكرارات والنسب لتساؤلات المتغيرات الاجتماعية

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
هل تجلسين في مكتب عملك منفردة مع زملائك الرجال	لا	46	76.7	25	62.5	71	71.0	5.589	0.06
	نعم	14	23.3	15	37.5	29	29.0		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

نستنتج من الجدول (4) للسؤال عن (هل تجلسين في مكتب عملك منفردة مع زملائك الرجال) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص حيث كانت قيمة الدلالة المعنوية أكبر من (0.05).

جدول (5)
التكرارات والنسب لتساؤلات المتغيرات الاجتماعية

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
الحالة الزواجية لزملاء العمل	لا غير متزوج	16	26.7	7	17.5	23	23.0	2.955	0.2
	نعم متزوج	44	73.4	33	82.5	77	77.0		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

توضح نتائج الجدول (5) عن (الحالة الزواجية لزملاء العمل) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القطاع الحكومي والخاص حيث كانت قيمة الدلالة المعنوية أكبر من (0.05).

جدول (6)
التكرارات والنسب لتساؤلات المتغيرات الاجتماعية

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
هل تتحدثين في أمورك الخاصة مع زملائك	لا	29	48.4	28	69.0	57	57.0	5.797	0.06
	نعم	31	51.7	12	30.0	43	43.0		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

يوضح الجدول (6) (هل تتحدثين في أمورك الخاصة مع زملائك) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القطاع الحكومي والخاص حيث قيمة الدلالة المعنوية أكبر من (0.05).

جدول (7)
التكرارات والنسب لتساؤلات المتغيرات الاجتماعية

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
ما نوع المعاملة التي تتعاملين بها مع زملائك	احترام متبادل	24	40.0	19	47.5	43	43.0	8.597	0.04
	لا مانع من الضحك وإلقاء بعض النكت	29	48.3	10	25.0	39	39.0		
	لا تتعدي حدود واجبات العمل	7	11.7	11	27.5	18	18.0		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

نستنتج من الجدول رقم (7) للسؤال (ما نوع المعاملة التي تتعاملين بها مع زملائك) في القطاع الخاص من أجبن (احترام متبادل) عددهن 24 بنسبة 40.00% ومن اخترن (لا مانع من الضحك) عددهن 29 بنسبة 48.30%.

أما القطاع الحكومي للسؤال (ما نوع المعاملة التي تتعاملين بها مع زملائك) من اخترن (احترام متبادل) عددهن 19 بنسبة 47.50% ومن اخترن (لا مانع من الضحك) عددهن 10 بنسبة 25.00% وكانت قيمة كا2 بدلالة إحصائية 0.04 وهي قيمة غير دالة معنوياً لأنها أكبر من 0.01 وهو ما يشير لعدم وجود فروق بين إجابات المبحوثات من القطاعين.

جدول (8)
التكرارات والنسب لتساؤلات المتغيرات الاجتماعية

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
هل تتحدثين عن علاقتك الخاصة بينك وبين زوجك أو خطيبك مع أحد زملائك الرجال	لا	55	91.7	35	87.5	90	90.0	7.397	0.03
	نعم	5	8.3	5	12.5	10	10.0		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

من الجدول رقم (8) (هل تتحدثين عن علاقتك الخاصة بينك وبين زوجك أو خطيبك مع أحد زملائك الرجال) في القطاع الخاص من أجبن (لا) عددهن 55 بنسبة 91.7% ومن اخترن (نعم) عددهن 5 بنسبة 8.3%. أما القطاع الحكومي للسؤال فمن اخترن (لا) عددهن 35 بنسبة 87.5% ومن اخترن (نعم)عددهن 5 بنسبة 12.50%، وكانت قيمة كا2 بدلالة إحصائية 0.03 وهي قيمة غير دالة معنوياً لأنها أكبر من 0.01 وهو ما يشير لعدم وجود فروق بين إجابات المبحوثات من القطاعين.

جدول (9)
التكرارات والنسب لتساؤلات المتغيرات الاجتماعية

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
هل يحاول أحد زملائك الاحتكاك بكِ	لا	46	78.0	35	87.5	81	81.8	7.092	0.03
	نعم	18	22.0	5	12.5	13	18.2		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

من الجدول رقم (9) للسؤال عن (هل يحاول أحد زملائك الاحتكاك بكِ) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص حيث كانت قيمة الدلالة المعنوية أكبر من (0.05).

2-2- المتغيرات البيئية:

جدول (10)
التكرارات والنسب لتساؤلات المتغيرات البيئية

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
هل سكن المرأة في مناطق عشوائية يؤدي إلى التحرش	لم يجب	-	0.0	4	10.0	4	4.0	6.964	0.03
	لا	33	55.0	23	57.5	56	56.0		
	نعم	27	45.0	13	32.5	40	40.0		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

نستنتج من الجدول رقم (10) للسؤال (هل سكن المرأة في مناطق عشوائية يؤدي إلي التحرش) في القطاع الخاص من (لم تجب)- ومن أجبن (لا) عددهن 33 بنسبة 55.0% ومن اخترن (نعم) عددهن 27 بنسبة 45.0%.

أما القطاع الحكومي للسؤال (هل سكن المرأة في مناطق عشوائية يؤدي إلي التحرش) من (لم يجيب) عددهن 4 بنسبة 10.0% ومن اخترن (لا) عددهن 23 بنسبة 57.5% ومن اخترن (نعم) عددهن 13 بنسبة 32.5%، وكانت قيمة كا2 بدلالة إحصائية 0.03 وهي قيمة غير دالة معنوياً لأنها أكبر من 0.01 وهو ما يشير لعدم وجود فروق بين إجابات المبحوثات من القطاعين.

جدول (11)
التكرارات والنسب لتساؤلات المتغيرات البيئية

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
هل ترين أن قوانين العمل لا تحمي من التحرش	لا	21	35.0	11	27.5	32	32.0	8.824	0.01
	نعم	39	65.0	29	72.5	68	68.0		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

نستنتج من الجدول رقم (11) للسؤال (هل ترين أن قوانين العمل لا تحمي من التحرش) في القطاع الخاص من أجبن (لا) عددهن 21 بنسبة 35.0% ومن اخترن (نعم) عددهن 39 بنسبة 65.0%.

أما القطاع الحكومي للسؤال (هل ترين أن قوانين العمل لا تحمي من التحرش) من اخترن (لا) عددهن 11 بنسبة 27.5% ومن اخترن (نعم) عددهن 29 بنسبة 72.5%، وكانت قيمة، وبلغ معامل كا2 بدلالة إحصائية 0.01 وهي قيمة دالة معنوياً لأنها مساوية للقيمة 0.01 وهو ما يشير لوجود فروق بين إجابات المبحوثات من القطاعين.

جدول (12)
التكرارات والنسب لتساؤلات المتغيرات البيئية

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
هل يتم التحقيق بجدية في بلاغات التحرش داخل مقر العمل	لا	20	33.4	19	47.5	39	39.0	0.278	0.9
	نعم	40	66.7	21	52.50	61	61.0		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

من الجدول رقم (12) للسؤال عن (هل يتم التحقيق بجدية في بلاغات التحرش داخل مقر العمل) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص حيث كانت قيمة الدلالة المعنوية أكبر من (0.05).

جدول (13)
التكرارات والنسب لتساؤلات المتغيرات البيئية

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
هل يوجد زميل يتحدث عن مشاكله مع زوجته	لا	27	45.0	24	60.0	51	51.0	2.11	0.1
	نعم	33	55.0	16	40.0	49	49.0		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

من الجدول رقم (13) للسؤال عن (هل يوجد زميل يتحدث عن مشاكل مع زوجته) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص حيث كانت قيمة الدلالة المعنوية أكبر من (0.05).

جدول (14)
التكرارات والنسب لتساؤلات التحرش

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
هل ترين خروج المرأة للعمل سبب كافي للتحرش به	لا	36	60.0	20	50.0	56	56.0	3.045	0.4
	إلى حد ما	18	30.0	12	30.0	30	30.0		
	نعم	6	20.8	8	9.2	14	14.0		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

من الجدول رقم (14) للسؤال عن (هل ترين خروج المرأة للعمل سبب كافي للتحرش به) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص حيث كانت قيمة الدلالة المعنوية أكبر من (0.05).

جدول (15)
التكرارات والنسب لتساؤلات التحرش

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
هل ترين أن التحرش بالمحجبات أكثر من التحرش بالمتبرجات	لا	19	31.7	15	37.5	34	34.0	1.660	0.6
	إلى حد ما	30	50.0	18	45.0	48	48.0		
	نعم	11	18.3	7	17.5	18	18.0		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

من الجدول رقم (15) للسؤال عن (هل أن التحرش بالمحجبات أكثر من التحرش بالمتبرجات) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص حيث كانت قيمة الدلالة المعنوية أكبر من (0.05).

جدول (16)
التكرارات والنسب لتساؤلات التحرش

التساؤل		قطاع خاص		حكومي		إجمالي		كا2	الدلالة المعنوية
		ك	%	ك	%	ك	%		
هل ترين الفقر يدفع الرجل للتحرش	لا	15	25.0	15	37.5	30	30.0	5.872	0.1
	إلى حد ما	21	35.0	16	40.0	37	37.0		
	نعم	24	40.0	9	22.5	33	33.0		

المصدر: تم إعداد الجدول بمعرفة الباحثة.

من الجدول رقم (16) للسؤال عن (هل ترين الفقر يدفع الرجل للتحرش) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص حيث كانت قيمة الدلالة المعنوية أكبر من (0.05).

III- الخلاصة والتوصيات

3-1- الخلاصة

- أوضحت النتائج أنه توجد فروق بين من يتعرض للتحرش ممن عملها قريب أو بعيد عن المنزل حيث وضحت النتائج أن من كان عملها قريب من المنزل من القطاع الخاص نسبتهن 38.3% لم تتعرض للتحرش في القطاع الخاص نسبتهن 36.7%، ومن كان عملهن بعيد في القطاع العام نسبتهن 14% ومن تعرضن للتحرش نسبتهن 37.5%، وبالتالي هناك ارتباط بين ركوب المواصلات وزيادة نسبة التحرش 7% نوع المعاملة مع الزملاء تؤثلا أيضاً علي معدل التحرش فكلما زادت العلاقة بالاحترام المتبادل كلما جنب المرأة التعرض للتحرش.
- أشارت النتائج إلي أن حديث المرأة مع زملائها الرجال عن علاقاتها وحياتها الخاصة يجعلها مطمع لزملائها.
- أشارت النتائج إلي أن تكون المرأة حريصة في تعاملاتها مع زملائها وحاسمة في ردها في حال حاول أحد زملائها الاحتكاك بها.
- نبهت النتائج إلي التزام المرأة بالخروج من مقر العمل مع زميلاتها حتى لا تتعرض لأي نوع من أنواع التحرش.
- بينت النتائج أن ظروف المرأة أحياناً تجعلها تقبل بهذا التصرف نظراً لحاجتها الشديدة للعمل.
- أوضحت النتائج أن السلطة الممنوحة للرجال في العمل تجعله لا يخاف من أي تصرف يقدم عيله.

- أكدت النتائج أنه لا يتم التحقيق في بلاغات التحرش.
- أشارت النتائج إلي وجود أوقات فراغ تسمح بالحديث مع الزملاء.
- بينت النتائج أن ضعف التربية في البيئة المحيطة بالمرأة تؤدي إلي التحرش.
- بينت النتائج أن ضعف تعليم المرأة تؤدي إلي التحرش.
- بينت النتائج أن وسائل الإعلام والأفلام الخليعة المنتشرة حالياً في مجتمعنا تفشي عادات سيئة كثيرة في المجتمع منها التحرش وربما يتطور الأمر لأكثر من ذلك.

- نتائج الدراسة عن تساؤلات التحرش الجنسي:

- بينت الدراسة أن 56.0% من العينة لا يرون في خروج المرأة للعمل سبب للتحرش بها.
- وضحت الدراسة أن 48.0% من العينة يرون أن التحرش بالمحجبات إلي حد ما أكثر من غير المحجبات.
- أوضحت الدراسة أن الفقر سبب من أسباب التحرش.
- أن المدير في العمل يتحرش بالعاملات عنده سواء كان ذلك بالخبط علي كتفها أو التغزل في لباقتها وملابسها.
- بينت الدراسة أن 18.0% من العينة حكي لها نكت جنسية من زميلها سواء في مقر العمل أو عندما تواعدوا خارج مقر العمل.
- كما أشارت الدراسة إلي أن الخروج والتهاون في تصرفات المرأة يجعلها عرضة للتحرش.
- بينت الدراسة أن الزميل في العمل طلب الزواج من زميلته ومن لم يتم علاقته حتى الزواج نسبتهم 57.0% منهم 46.0% يرون أن هذا الارتباط كان طريق للتحرش بها.
- أكدت الدراسة أن تعرض المرأة للتحرش يعرضها للضغوط حيث تشعر بالضيق.

3-2- التوصيات:

- وضع لوائح وقوانين في القطاع الخاص والمصالح الحكومية لمحاصرة هذه الظاهرة.
- تشجيع المرأة علي مواجهة التحرش سواء بالإبلاغ عن المتحرش أو فضحه في الشارع أمام الناس.
- تشديد العقوبات علي جريمة التحرش.
- تسليط الإعلام الضوء علي هذه المشكلة التي تهدد مجتمعنا بالفشل كل يوم.
- تدريب رجال الشرطة علي كيفية مواجهة هذه المشكلة أثناء تواجدهم في الشارع.
- الرقابة ثم الرقابة علي الأفلام والكليبات التي تنمي في أبناءنا مثل هذه الظواهر الداخلية علي مجتمعنا.

- العمل علي تغيير نظرة المجتمع للمرأة علي أنها المسئولة عن سبب التحرش بها سواء كان ذلك بسبب ملابسها أو أنها جميلة أو عينيها وقعت علي عين المتحرش فأثارته فلا يصح أن نترك الجاني ونلحق بالضحية.
- وضع خطة علي المستوى العام للدولة للقضاء علي هذه الظاهرة.
- أن تهتم الشركة بتقوية الروابط الأخوية بين الموظفين والصداقة العائلية حتى تشعر المرأة بالأمان داخل مكان عملها.
- أن تتجنب المرأة التعامل منفردة مع هذا المدير أو المسئول منفردة فإن أرادت شيء تطلبه أمام باقي الزملاء وإن ذهبت لمكتبه تأخذ معها إحدى الزميلات أو الزملاء.
- توعية المرأة نفسها بمخاطر تعرضها للتحرش وأن ذلك سوف يؤثر عليها وعلي أسرتها في حال خوفها من المتحرش وعدم مواجهته بأي طريقة.

- قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

- إبراهيم عبد الرحمن رجب، نبيل محمد صادق 1999: مناهج البحث الاجتماعي وتطبيقاتها في محيط الخدمة الاجتماعية، مطبعة جامعة طنطا، طنطا.
- أماني عبد الفتاح علي محمد، 1994: التغيرات الاجتماعية المتعلقة بعمالة الأطفال في الريف دراسة استطلاعية، ماجستير، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس 12.
- الأمين العام، 2006: تقرير الجمعية العامة للأمم المتحدة: دراسة متعمقة بشأن جميع أشكال العنف ضد المرأة 1-6.
- حسين عبد العزيز أحمد رشوان، 2004: العلم والبحث العلمي دراسة في مناهج العلوم والإحصاء، ص 49.
- شاكر قنديل، 1993: إدارة الضغوط النفسية، القاهرة، مكتبة النهضة، ص445.
- طلعت منصور وفيولا الببلاوي، 1989: قائمة الضغوط النفسية للمعلمين: دليل للتعرف على الصحة النفسية للمعلمين، كراسة التعليمات، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص6-5.
- عبد الباسط محمد حسن، 1980: أصول البحث العلمي، القاهرة، مكتبة وهبة، ط1.
- عبد القادر عرابي، 1999: المرأة العربية بين التقليد والتجديد، في المرأة العربية بين ثقل الواقع وتطلعات التحرر، بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية.
- علي سكر، 2000: ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، القاهرة: دار الكتاب الحديث، ص36.
- فرج عبد القادر طه واخرون، 1993: موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، الكويت، دار سعاد الصباح.

- محمد الجوهري، عبد الله الخريجي، 2004: طرق البحث العلمي، القاهرة، مطبعة العمرانية للأوفست، ط5.
- محمد رفعت قاسم، ماهر أبو المعطي علي، 2005: المنهج العلمي في بحوث الخدمة أسس نظرية ونماذج تطبيقية، القاهرة، زهراء الشرق، ط1.
- محمد شفيق، 2006: الإنسان والمجتمع مع تطبيقات علم النفس الاجتماعي، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- محمد صبري فؤاد النمر، 2003: التفكير العلمي والتفكير النقدي في بحوث الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- محمد ضو، 2004: العنف ضد المرأة في سوريا، دراسة ميدانية في مركز الطب الشرعي لسوريا، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد الرابع، أكتوبر، سوريا.
- محمد محمود عويس، 2001: البحث العلمي في الخدمة الاجتماعية الدراسة والتشخيص في بحوث الممارسة، طنطا، التركي للطباعة.
- منير البعلبكي،1983: المورد، قاموس انجليزي–عربي، دار العلم للملايين، بيروت.
- نهى عدنان القاطرجي، 2009: العنف الأسري بين الإعلانات الدولية والشريعة الإسلامية، ص 15.
- هارون توفيق الرشيد، 1999: الضغوط النفسية وطبيعتها ونظريتها، برنامج لمساعدة الذات في علاجها، القاهرة: الأنجلو– المصرية ،ص2.
- هشام سيد عبد المجيد، 2006: البحث في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، القاهرة، مكتبة الأنجلوا– المصرية.
- هيفاء أبو غزالة، 2006: العنف ضد المرأة مصر، الأردن، سوريا، لبنان، فلسطين، المجلس الوطني لشئون الأسرة.

المراجع باللغة الأجنبية

- 1-Duancan Mitchell G.A.1973:Dictionary of sociology, rout 1edge and kegan pau1,Londan.
- Dubrin,1991;Effective business psychology,3 ed .,practice- hall international Inc, New York.
- Heba I.& Owaied M., 2004 ; job stress and its relation with type a, focus of control, Arabic Studies in psychology, voI.3,n .2 Apr, pp5-32.

مستويات ومحددات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر من خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS-4)، 2012-2013.

فيصـل معـاش[1]

- مستخلص

تحاول هذه الدراسة إلقاء الضوء على ظاهرة وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر، حيث تهدف إلى تحليل مستويات واتجاهاتها وخصوصا محددات الظاهرة من خلال دراسة وصفية ثم دراسة بواسطة الانحدار اللوجستي الثنائي اعتمادا على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (mics4)، الجزائر، 2012-2013.

أظهرت الدراسة أن وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر في الجزائر تشهد تناقصا مستمرا، حيث انخفض معدل وفيات الرضع من 29,9‰ خلال الفترة 1998-2002 إلى 21,4‰ خلال الفترة 2008-2012، أما معدل وفيات الأطفال دون الخامسة فانخفض من 34,4‰ إلى 24,1‰ خلال نفس الفترة. كما أظهرت الدراسة أيضا أن مستويات الظاهرة في الجزائر تعرف تباينا كبيرا عبر مختلف أقاليم الوطن، وأن طبيعة المولود (توأم) ومؤشر الثروة (الخمس الأكثر فقرا) ورتبة المولود (الأول) وعمر الأم عند الولادة (35 سنة فأكثر) هي أهم العوامل المؤثرة في وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر.

وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات، أهمها ضرورة إعطاء الأولوية في برامج التنمية الصحية والاجتماعية والاقتصادية لكلاّ من الإقليم الجنوبي، الإقليم الشمالي الغربي، إقليم الهضاب العليا الوسطى وإقليم الهضاب العليا الشرقية ، وكذا وضع برامج خاصة برعاية المواليد التوائم، تعزيز الجهود المبذولة في سبيل الحد من الفقر والتكفل أكثر بمواليد الرتبة الأولى.

الكلمات المفتاحية: وفيات الرضع، وفيات الأطفال، الانحدار اللوجستي، المسح العنقودي متعدد المؤشرات، الأهداف التنموية للألفية.

[1] **أستاذ مساعد بكلية العلوم الاقتصادية، جامعة فرحات عباس – سطيف1، الجزائر. fmaache@yahoo.fr**

I- مقدمــة

قامت الأمم المتحدة في سبتمبر من عام 2000 بعقد مؤتمر قمة الألفية، حيث التزمت 189 دولة عضو في الأمم المتحدة بالعمل من أجل إيجاد عالم يكون فيه التخلص من الفقر وتحقيق التنمية المستدامة على قمة أولوياته. وقد وقع على إعلان الألفية 147 رئيس دولة – من بينها الجزائر–، وتم تمرير هذا الإعلان بإجماع أعضاء الجمعية العمومية وتمخض عنه تحديد 8 أهداف رئيسية يتم العمل على تحقيقها قبل نهاية سنة 2015، وقد عرفت باسم الأهداف الإنمائية للألفية الجديدة (MDG). وقد حدد لكل هدف من الأهداف الرئيسة، غايات مكملة أو أهداف فرعية، ووضع لكل غاية عدد من المؤشرات الكمية لقياس التقدم المحرز في تنفيذها.

تناول الهدفين الرابع والخامس من هذه الأهداف موضوع "التقليل من وفيات الأطفال" و"تحسين الصحة الإنجابية"، حيث أن هذين الهدفين يرتبطان ارتباطا وثيقا يبعضهما البعض ويعدان مؤشرين هامين لمستوى الأوضاع الصحية والمعيشية السائدة في أي مجتمع، ومقياسا لنجاح السياسات والبرامج الصحية المعتمدة في أي بلد.

ولقياس التقدم المحرز في سبيل تحقيق هذين الهدفين، أطلقت منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسيف) منذ سنة 1995 برنامجا دوليا يدعى المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS (Multi Indicator Cluster Surveys)، حيث يهدف هذا البرنامج إلى إجراء دراسات مسحية على الوضعية الصحية والمعيشية للأطفال والنساء والأسر. وقد أجري المسح العنقودي متعدد المؤشرات في الجزائر سنة 2012–2013 كجزء من الجولة العالمية الرابعة لهذه الدراسات المسحية، ويأتي في إطار التواصل مع المسوح الثلاث المنجزة سابقا وهي MICS1 (1995)، MICS2 (2000) وMICS3 (2006). وقد وفــر هذا المسح معلومات حديثة ومحَيّنة عن وضع الأطفال والنساء في الجزائر وقياس المؤشرات الأساسية التي تسمح برصد ما أحرزته الجزائر من تقدم في سبيل تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بصحة الأم والطفل خصوصا.

في هذا الإطار، واعتمادا على بيانات هذا المسح، فإن هذه الدراسة تتناول تحليل تطور المؤشرين الأساسين المستخدمين لقياس مستوى تحقق الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية، وهما معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال دون الخامسة، حيث يتم من خلال هذين المؤشرين التعــــرف على مستويـــــات واتجاهـــات ظاهـــــرة وفيات الرضــع والأطفـال دون الخامسة ومحدداتها.

1-1- إشكالية الدراسة

يعتبر خفض معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة بشكل عام والرضع بشكل خاص واحدا من الأهداف الإنمائية للألفية وهدفا رئيسيا لواضعي السياسات والبرامج الصحية في أي بلد، وإن عملية وضع هذه السياسات والبرامج تتطلب متابعة مستمرة لمستويات الظاهرة، وكذا دراسة معمقة للعوامل المؤثرة فيها. من هذا المنطلق فإن هذه الدراسة ستحاول الإجابة على التساؤلين التاليين:

- ما هي مستويات واتجاهات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر؟
- ما هي أهم المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية المؤثرة في وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر؟

1-2- أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- قياس مستوى وفيات الرضع الأطفال دون الخامسة في الجزائر ككل وعلى مستوى الأقاليم ومعرفة اتجاهاتها.
- تحديد المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر.
- تحديد الأقاليم والفئات الأكثر احتياجا للبرامج التي تهدف لخفض معدلات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة.

1-3- أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في أنها قد تكون ذات فائدة لصانعي القرار وواضعي البرامج والسياسة الصحية من خلال معرفة الأقاليم والفئات الأكثر احتياجا للبرامج التي تهدف لخفض معدلات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة.

1-4- مصادر البيانات

تعتمد هذه الدراسة أساسا على المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4)، الجزائر، 2012-2013، الذي نفذته وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصائيات ودعم وتمويل من منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسيف) وصندوق الأمم المتحدة للسكان. وقد جرى هذا المسح في الفترة الممتدة من 21 أكتوبر 2012 إلى 31 جانفي 2013، واستخدم فيه ثلاث أنواع من الاستبيانات:

- **استبيان الأسرة:** استخدم لجمع المعلومات عن سائر أفراد الأسرة، عن خصائص الأسرة المعيشية، وعن المسكن.
- **استبيان السيدات بين 15 و49 سنة:** تم توجيهه لجميع السيدات بين 15 و45 سنة داخل الأسرة، واستخدم لجمع: معلومات عن السيدة، وفيات الأطفال، التاريخ الإنجابي، الرغبة في آخر مولود، صحة الأم والمولود الأخير، فحوصات ما قبل الولادة، أعراض المرض، وسائل منع الحمل، الحاجة غير الملباة، المواقف من العنف الأسري، وفيروس نقص المناعة المكتسبة.
- **استبيان الأطفال دون الخامسة:** تم توجيهه للأمهات أو القائمات برعاية جميع الأطفال دون سن الخامسة الذين يعيشون داخل الأسرة، واحتوى معلومات عن: عمر الأطفال، تسجيل المواليد، تطور نمو الطفل، الرضاعة، ظروف ختان الأولاد والمقاييس الأنثروبومترية.

وقد تم تحديد الحجم الكلي للعينة بـ 28000 أسرة وزعت بالتساوي بين الأقاليم السبعة الكبرى المشكلة للتراب الوطني كما جاء في المخطط الوطني لتهيئة الإقليم لسنة 2010، وتم سحب عينة من 4000 أسرة عبر مرحلتين في كل إقليم:

- **المرحلة 1:** سحبت فيها بطريقة عشوائية الوحدات الأولية أو المقاطعات (160 مقاطعة في كل إقليم موزعة بشكل متوازن بين الريف والحضر).
- **المرحلة 2:** سحبت فيها بطريقة منتظمة الوحدات الثانوية (25 أسرة في كل مقاطعة).

شملت الدراسة فعليا 27198 أسرة، 38548 سيدة بين 15 و49 سنة، و14701 طفل أقل من 5 سنوات.

1-5- منهجية الدراسة

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، الذي يتناول دراسة مستويات واتجاهات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة بناءا على ما ورد في التقرير النهائي للمسح، ثم تحليل وصفي معمق للمحددات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية للظاهرة باستخدام الانحدار اللوجستي.

1-6- تحديد المفاهيم

يعد تحديد المفاهيم من أهم الخطوات المنهجية في أي دراسة، وقد اعتمدت هذه الدراسة على المفاهيم الأساسية التالية:

- **وفيات الأطفال دون الخامسة:** ويقصد بها وفيات الأطفال قبل بلوغهم عامهم الخامس، ويحسب معدل (أو احتمال) وفيات الأطفال دون الخامسة بقسمة عدد وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات في فترة معينة (غالبا سنة) على المواليد الأحياء في نفس الفترة مضروبا في 1000، وتنقسم إلى وفيات الأطفال ووفيات الرضع.

- **وفيات الأطفال:** ويقصد بها وفيات الأطفال خلال الفترة الممتدة بين السنة والأربع سنوات كاملة، ويحسب معدل وفيات الأطفال بقسمة عدد وفيات الأطفال بين السنة والأربع سنوات في فترة معينة (غالبا سنة) على المواليد الأحياء الذين أتموا عامهم الأول في نفس الفترة مضروبا في 1000.

- **وفيات الرضع:** ويقصد بها وفيات الأطفال قبل بلوغهم عامهم الأول، ويحسب معدل وفيات الرضع بقسمة عدد وفيات الأطفال أقل سنة في فترة معينة (غالبا سنة) على المواليد الأحياء في نفس الفترة مضروبا في 1000، وتنقسم وفيات الرضع بدورها إلى وفيات حديثي الولادة ووفيات ما بعد حديثي الولادة.

- **وفيات حديثي الولادة:** ويقصد بها وفيات الرضع خلال الشهر الأول من الحياة (أو الـ28 يوم الأولى من الحياة)، ويحسب معدل حديثي الولادة بقسمة عدد وفيات حديثي الولادة في فترة معينة (غالبا سنة) على المواليد الأحياء في نفس الفترة مضروبا في 1000.

- **وفيات ما بعد حديثي الولادة:** ويقصد بها وفيات الرضع خلال الفترة الممتدة من الشهر الأول إلى الشهر الحادي عشر من الحياة (أو من اليوم الـ29 إلى اليوم الـ365)، ويحسب معدل حديثي الولادة بقسمة وفيات ما بعد حديثي الولادة في فترة معينة (غالبا سنة) على المواليد الأحياء في نفس الفترة مضروبا في 1000.

II- مستويات واتجاهات وفيات الأطفال دون الخامسة ووفيات الرضع

يعرض الجدول (1) تطور معدلات وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات بجميع أنواعها خلال الخمس عشرة سنة السابقة للمسح، مقسمة إلى ثلاث فترات خمسية، وقد تم تقدير هذه المعدلات اعتمادا على جدول التاريخ الإنجابي للسيدات في استمارة السيدات بين 15 و49 سنة.

جدول (1)
معدلات وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات (‰) خلال الفترات الخماسية الثلاث السابقة للمسح، الجزائر، 2012-2013.

الفترة الخماسية	معدل وفيات حديثي الولادة	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة *	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات الأطفال (1- 4 سنوات)	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة
2008–2012	15,7	5,7	21,4	2,8	24,1
2003–2007	17,9	8,7	26,6	3,8	30,3
1998–2002	17,3	12,6	29,9	4,4	34,2
* تم حسابه على أساس الفرق بين معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات حديثي الولادة					

المصدر: التقرير النهائي للمسح[1] ، ص 55.

خلال آخر فترة خماسية قبل المسح، وهي فترة 2008–2012، قدر معدل وفيات الرضع بأكثر من 21 حالة وفاة لكل 1000مولود حي، أما معدل وفيات الأطفال (1–4 سنوات) فقدر بـ 3 حالات وفاة تقريبا لكل 1000 مولود حي، أي في المحصلة قدر احتمال وفاة المولود الجديد قبل بلوغه عامه الخامس بـ 24 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي. أما فيما يخص مكونات وفيات الرضع، فقد قدر معدل وفيات حديثي الولادة بـ 16‰، بينما بلغ معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة 6 حالات وفاة لكل 1000 مولود حي.

من خلال مقارنة هذه المعدلات، نلاحظ أن أغلب وفيات الأطفال دون الخامسة تقع خلال السنة الأولى من حياتهم (89%)، كما أن ثلاثة أرباع وفيات الرضع تقريبا تقع خلال الشهر الأول من الحياة (73%).

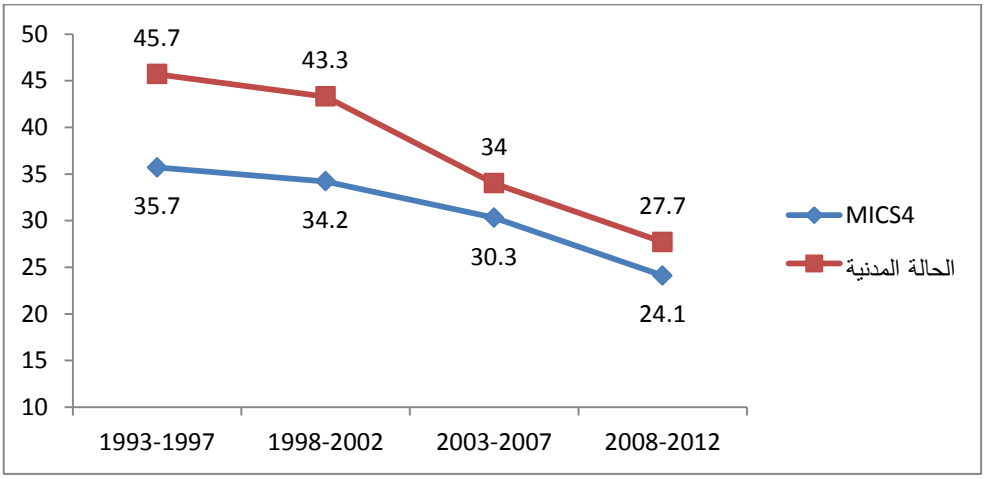
الجدول يبين كذلك الاتجاه الواضح نحو انخفاض مستويات وفيات الأطفال دون الخامسة والرضع خلال الخمس عشرة سنة قبل المسح، حيث انخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من 34 حالة وفاة في الفترة 1998–2002 إلى 24 حالة وفاة في الفترة 2008–2012، أما معدل وفيات الرضع فقد انخفض من 30 حالة وفاة إلى 21 حالة خلال نفس الفترة. على العكس من ذلك،

[1] **Ministère de la Santé, de la Population et des réformes hospitalières, «Suivi de la situation des enfants et des femmes: Enquête nationale à indicateurs multiples MICS4 2012-2013 » ,Rapport final, Algérie2015**

فإن معدل وفيات حديثي الولادة لم يعرف تحسنا كبيرا خلال هذه الفترة حيث انخفض بأقل من نقطتين خلال 15 سنة.

الشكل (1) يعرض مقارنة بين معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة المحسوبة من بيانات المسح اعتمادا على التاريخ الانجابي للسيدات بين 15 و49 سنة، والمعدلات المحسوبة من خلال بيانات الحالة المدنية والتي يقوم الديوان الوطني للإحصاء بجمعها ونشرها دوريا، خلال 4 فترات خماسية سابقة للمسح:

شكل (1)
اتجاهات معدلات وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات حسب نتائج المسح وبيانات الحالة المدنية



المصدر: التقرير النهائي للمسح، ص59.

III- محددات وفيات الأطفال دون الخامسة والأطفال الرضع

3-1- مقاربة وصفية

تختلف مستويات وفيات الرضع والاطفال دون الخامسة حسب الخصائص الجغرافية، الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية.

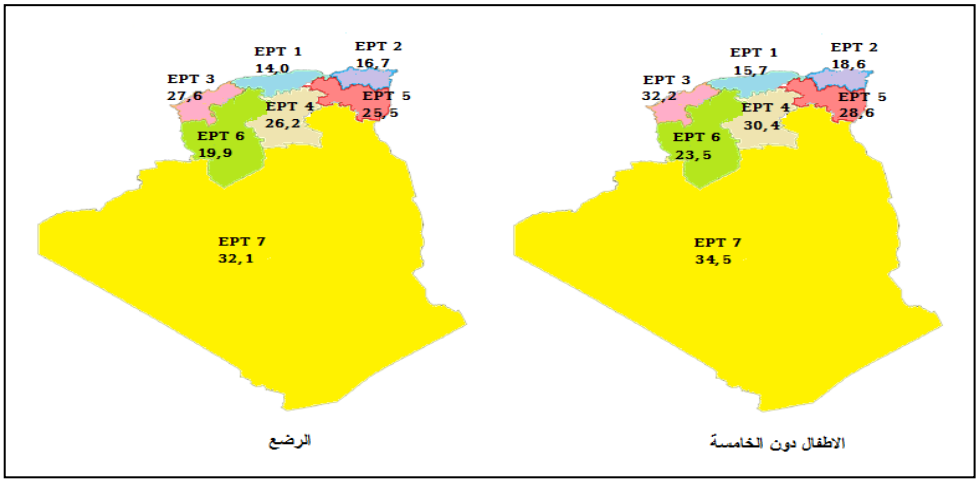
- مستويات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة حسب فضاءات التهيئة الاقليمية

على ضوء المخطط الوطني للتهيئة الإقليمية **(SNAT)** المصادق عليه سنة 2010، تم تقسيم القطر الوطني إلى 9 أقاليم، أطلق عليها اسم **فضاءات البرمجة الإقليمية (EPT)**، يضم كل

منها مجموعة من الولايات المتجاورة ذات خصائص مشتركة، وكان الهدف الأساسي من هذا التقسيم هو ضمان تحقيق تنمية مستدامة متوازنة وعادلة بين مختلف مناطق الوطن.

في هذا الإطار فإن أحد الأهداف الأساسية للمسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2012-2013 هو توفير المعلومات والمؤشرات الضرورية لوضع ومتابعة وتقييم السياسات الصحية، الاجتماعية والاقتصادية على مستوى كل إقليم، وقد أعدت خطة المعاينة بحيث تكون جميع المؤشرات المحسوبة تمثيلية على مستوى كل إقليم، وقد تم دمج الأقاليم الجنوبية الثلاث في إقليم واحد نظرا لمساحته الشاسعة وصعوبة تغطيته ليصبح عدد الأقاليم 7 بدلا من 9.

شكل (2)
معدلات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب فضاءات التهيئة الاقليمية.



المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على نتائج التقرير النهائي للمسح.

من خلال الشكل (2) يظهر أن هناك تباينات كبيرة في مستويات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة خلال آخر 5 سنوات قبل المسح حسب مختلف فضاءات التهيئة الإقليمية، حيث أن معدل وفيات الأطفال الرضع يبلغ 14 حالة فقط لكل 1000 مولود حي في الإقليم الشمالي الأوسط[1] (EPT1) مقابل أكثر من 34 حالة لكل 1000 مولود حي في الإقليم الجنوبي (EPT7)، كما هناك 3 أقاليم أخرى يفوق معدل وفيات الرضع بها المعدل الوطني المقدر بـ 21.4‰ وهي على التوالي:

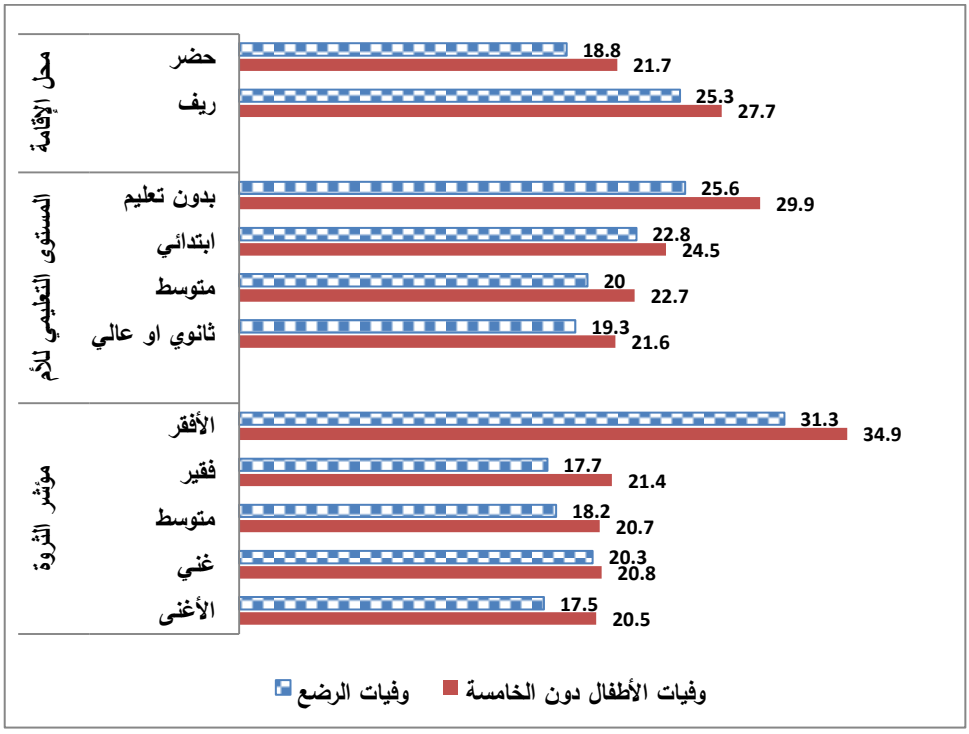
1 الذي يضم العاصمة "الجزائر" والولايات المحيطة بها.

الإقليم الشمالي الغربي (EPT3) بمعدل 27.6‰، إقليم الهضاب العليا الوسطى (EPT4) بمعدل 26.2‰ وإقليم الهضاب العليا الشرقية بمعدل 25,5‰. أما معدل وفيات الأطفال دون الخامسة فيبلغ حوالي 16 حالة فقط لكل 1000 مولود حي في الإقليم الشمالي الأوسط، مقابل أكثر من 34 حالة في الإقليم الجنوبي، 32 في الإقليم الشمالي الأوسط، 30 حالة في إقليم الهضاب العليا الوسطى و29 حالة تقريبا في إقليم الهضاب العليا الشرقية.

- مستويات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة حسب بعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية.

يوضح الشكل (3) أن هناك تفاوت في مستويات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة حسب محل الإقامة، المستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة للأسرة.

شكل (3)
معدلات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب بعض الخصائص الاجتماعية الاقتصادية.



المصدر: أعدت بمعرفة الباحثين.

- **حسب محل الإقامة،** أظهرت النتائج أن وفيات أطفال الريف إجمالا أكبر من أطفال الحضر سواء تعلق الأمر بالرضع أو بالأطفال دون الخامسة، حيث بلغ معدل وفيات الرضع أكثر من 25 حالة لكل 1000 مولود حي في الريف مقابل حوالي 19 حالة في الحضر، بينما قدر معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بحوالي 28 حالة لكل 1000 مولود حي في الريف مقابل 22 حالة في الحضر.

- **حسب المستوى التعليمي للأم،** أظهرت نتائج المسح أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم كلما قلت نسبة الوفيات سواء للرضع أو الأطفال دون الخامسة، حيث أن خطر الوفاة قبل بلوغ العام الأول انتقل من حوالي 26‰ لدى الأطفال المنحدرين من أمهات بدون مستوى تعليمي إلى 19‰ فقط لدى نظرائهم المنحدرين من أمهات مستواهن التعليمي ثانوي أو جامعي، أما خطر الوفاة قبل بلوغ العام الخامس فانتقل من 30‰ لدى الفئة الأولى إلى حوالي 22‰ لدى الثانية.

- **حسب مؤشر الثروة للأسرة،** بيَنت النتائج أن هناك تفاوت كبير بين مستويات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة المنحدرين من الأسر الأفقر مقارنة ببقية الأسر، حيث بلغ معدل وفيات الرضع أزيد من 31 حالة لكل ألف مولود حي لدى أطفال الأسر الأفقر مقابل 18 حالة تقريبا لدى كلا من أطفال الأسر الفقيرة، المتوسطة والأغنى ، بينما قدر معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بـ 35 حالة لكل 1000 مولود حي مقابل حوالي 21 حالة بالنسبة لأطفال بقية الأسر.

– مستويات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة حسب بعض الخصائص الديموغرافية

من خلال الشكل (4) يظهر أن هناك فوارق بين مستويات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة من حيث الخصائص الديموغرافية المختارة وهي: جنس المولود، ترتيبه، طبيعته (توأم/مفرد)، الفترة منذ الولادة السابقة وعمر الأم عند الولادة، حيث أظهرت النتائج ما يلي:

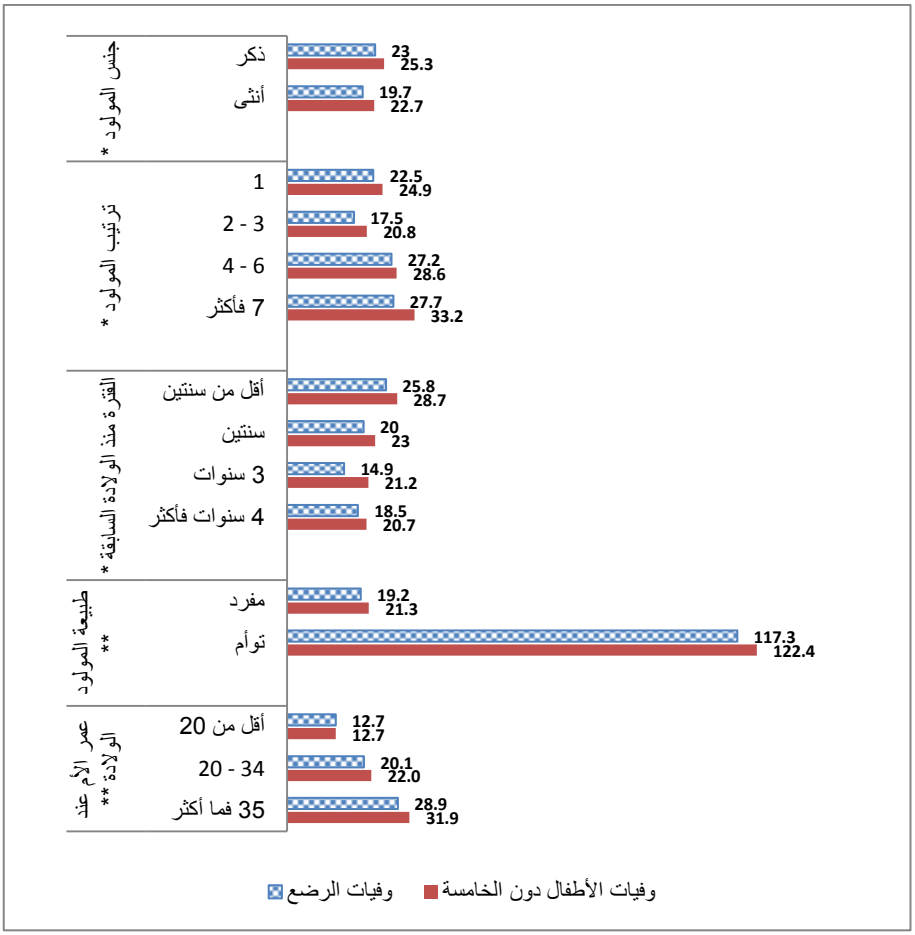
- **حسب جنس المولود،** أظهرت النتائج أن وفيات الأطفال عند الذكور أكبر بشكل طفيف من الإناث، حيث يبلغ معدل وفيات الرضع عند الذكور 23 حالة لكل 1000 مولود حي وأقل من 20 حالة عند الإناث، أما معدل وفيات الأطفال دون الخامسة فيقدر بحوالي 25 حالة للذكور مقابل حوالي 23 حالة للإناث.

- **حسب ترتيب المولود،** أظهرت النتائج أن وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة تكون مرتفعة نسبيا لدى مواليد الرتبة الأولى بمعدل 23,5‰ و25‰ على التوالي لتبلغ أدنى مستوى لها لدى

المواليد ذوي الترتيب الثاني إلى الثالث بمعدل 17,5‰ و20,8‰ على التوالي، لترتفع مجددا بعد المولود الثالث وتبلغ أقصى مستوى لها لدى المواليد ذوي الترتيب السابع فما فوق بمعدل 27,7‰ للرضع و33,2 للأطفال دون الخامسة، مما يدل على أن هذا المتغير لا يعكس فقط خبرة الحمل والوضع لدى الأم إنما يعكس أيضا درجة الارهاق التي تصيبها من جراء الولادات المتكررة.

شكل (4)

معدلات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب بعض الخصائص الديموغرافية



المصدر: * المصدر: أعدت بمعرفة الباحثين، ** تم حسابه من طرفن الباحثين.

- **حسب الفترة منذ الولادة السابقة،** نلاحظ أن الخطر الأكبر للوفاة يخص الأطفال المولودين بعد فترة مباعدة تقل عن سنتين حيث يبلغ احتمال الوفاة 25,8‰ بالنسبة للرضع و28,7‰ بالنسبة للأطفال دون الخامسة، أما فترة المباعدة المثالية فهي 3 سنوات بالنسبة لوفيات الرضع و4 سنوات فأكثر بالنسبة للأطفال دون الخامسة بمعدل 14,9‰ و20,7‰ على التوالي.

- **حسب طبيعة المولود،** نلاحظ أن احتمال وفاة المولود التوأم هو 6 أضعاف احتمال وفاة المولود العادي سواء تعلق الأمر بالرضع أو الأطفال دون الخامسة ككل، حيث بلغ معدل الوفيات للتوائم 117 حالة لكل 1000 مولود حي بالنسبة للرضع و122 حالة بالنسبة للأطفال دون الخامسة ككل وهو رقم كبير جدا ومخيف مما يعني أن هذه الفئة من المواليد وأمهاتهم بحاجة لرعاية خاصة جدا.
- **حسب عمر الأم عند الولادة،** أظهرت النتائج أنه كلما زاد عمر الأم زادت نسبة الوفيات سواء تعلق الأمر بالرضع أو الأطفال دون الخامسة ككل، حيث بلغ معدل وفيات الرضع 12,7‰ بالنسبة لمواليد الأمهات أقل من 20 سنة، مقابل 20,1‰ لدى مواليد الأمهات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 20 و34 سنة و28,9‰ لدى مواليد الأمهات اللاتي تزيد أعمارهن عن 35 سنة، وهذا عكس النمط المتوقع على الأقل بالنسبة للأمهات أقل من 20 سنة التي أظهرت كثير من الدراسات أنها فترة أمومة غير آمنة.

3-2- محددات وفيات الأطفال دون الخامسة والرضع

إن الدراسة الوصفية للمحددات الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية لا تعطي الأثر المباشر لكل متغير على وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة نظرا لارتباطها فيما بينها، لذا فإننا في هذا الجزء سنعتمد مقاربة متعددة الأبعاد، متمثلة في الانحدار اللوجستي الثنائي، سنحاول من خلالها الحصول على فكرة شاملة عن مقدار التأثير الصافي لكل متغير من متغيرات الدراسة على كل من وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر خلال الفترة (2008-2012).

- الإطار النظري للانحدار اللوجستي

رغم وجود العديد من الأساليب الإحصائية التي تعالج مثل هذه المشكلة، إلا أن تحليل الانحدار اللوجستي هو الأكثر شيوعا في مثل هذه الحالات لما يتمتع به من المميزات التي تجعله مقدما على بقية الأساليب، وهو يهدف إلى تحليل العلاقة بين متغير أو مجموعة من المتغيرات

المستقلة الكمية و/أو الكيفية (X1….Xp) ومتغير تابع كيفي Y والذي قد يأخذ قيمتين فقط (حدوث أو عدم حدوث) فيسمى تحليل الانحدار الثنائي، أو يأخذ عدة قيم (حدوث الحدث1، حدوث الحدث2، حدوث الحدث3...) فيسمى التحليل في هذه الحالة تحليل الانحدار المتعدد. ولكن على عكس نماذج الانحدار التقليدية فإن الهدف في تحليل الانحدار اللوجستي ليس تفسير التغير في قيم المتغير التابع، وإنما تفسير احتمال حدوث (الحدث1، الحدث2، الحدث3،...) في حالة الانحدار اللوجستي المتعدد، واحتمال حدوث أو عدم حدوث الظاهرة المدروسة في حالة النموذج الثنائي بدلالة المتغيرات المستقلة (X1….Xp)، حيث أن احتمال حدوث الحدث المدروس يأخذ الصيغة التالية:

$$\boldsymbol{P = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \cdots + \beta_p X_p)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \cdots + \beta_p X_p)}}$$

وهي صيغة غير خطية بالنسبة للمتغيرات المستقلة يمكن تحويلها إلى الشكل الخطي باستخدام تحويلة اللوجيت التالية:

$$\boldsymbol{Ln\left(\frac{P}{1-P}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \cdots + \beta_p X_p}$$

حيث:

- **exp** تمثل الأساس النيبيري e الذي يساوي تقريبا 2,718.
- **Ln:** يمثل اللوغاريتم النيبيري.
- $\boldsymbol{1 - P}$**:** يمثل احتمال عدم حدوث الحدث المدروس
- $\boldsymbol{\left(\frac{P}{1-P}\right)}$: نسبة الرجحان (**odds ratio**)، والذي يتم فعليا تقدير المعادلة من أجله.
- $\boldsymbol{\beta_j}$**:** معامل المتغير(x_j) ويمثل مقدار التغير في لوغاريتم نسبة الرجحان عند زيادة قيمة المتغير بوحدة واحدة في حال المتغير الكمي أو الانتقال من الفئة المرجعية إلى الفئة المعنية في حال المتغير الكيفي، لذا فإنه بخلاف نماذج الانحدار الخطي، لا يتم الاعتماد على هذه المعاملات مباشرة في التفسير، بل يتم الاعتماد على أساسها النيبيري الذي يقيس مباشرة مقدار التضاعف (ratio–change) في نسبة الرجحان. $\exp(\beta_j)$

– تطبيق الانحدار اللوجستي

لقياس أثر المتغيرات المستقلة التي تم التطرق إليها سابقا في الدراسة الوصفية على وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر، وباستخدام البرنامج الاحصائي SPSS20، قمنا بتقدير معادلتين منفصلتين لكلا من النوعين بطريقة الاختيار التدريجي (Forward LR)، حيث أن المتغير التابع في النموذج الأول يأخذ القيمة 1 إذا توفي الطفل قبل بلوغه العام الأول و 0 إذا بقي

على قيد الحياة، أما في النموذج الثاني فإن المتغير التابع يأخذ القيمة 1 إذا توفي الطفل قبل بلوغه العام الخامس و0 إذا بقي على قيد الحياة.

وقد أدى تطبيق عملية الاختيار التدريجي في كلا النموذجين إلى اختيار 5 متغيرات وهي على التوالي حسب درجة تأثيرها في المتغير التابع:

- **المرحلة1:** طبيعة المولود (توأم/مفرد).
- **المرحلة2:** فضاء البرمجة الإقليمية (EPT).
- **المرحلة3:** مؤشر الثروة.
- **المرحلة4:** ترتيب المولود.
- **المرحلة5:** عمر الأم عند الولادة.

أما متغيرات (محل الإقامة، المستوى التعليمي للأم، جنس المولود والفترة منذ الولادة السابقة)، فقد أظهرت النتائج أنه ليس لها تأثير معنوي على المتغير التابع في كلا النموذجين عند مستوى المعنوية $\alpha = 0,05$ 1.

يعرض الجدول (2) مقدرات معالم النموذجين، ودرجة معنوية ونسبة الرجحان Exp(B) مقارنة بالفئة المرجعية، لكل فئة من فئات المتغيرات المفسرة لاحتمال وفاة الطفل قبل بلوغه العام الأول أو قبل بلوغه العام الخامس. من خلال تحليل نتائج الجدول نستنتج ما يلي:

*** بالنسبة لطبيعة المولود**

يظهر من خلال النموذجين أن طبيعة المولود لها تأثير كبير جدا على احتمال الوفاة سواء بالنسبة للرضع أو للأطفال دون الخامسة، حيث أن نسبة رجحان احتمال وفاة المولود قبل بلوغ عامه الأول على احتمال بقائه حيا عند المولود التوأم 7,22 مرة أكبر مما هي عليه عند المولود المفرد، أما بالنسبة للأطفال دون الخامسة فإن نسبة الرجحان عند المولود التوأم 6,61 مرة أكبر مما هي عليه عند المولود المفرد.

[1] **حتى عند مستوى المعنوية 10% لا يوجد تأثير معنوي إلا لمتغير الفترة منذ الولادة السابقة.**

جدول (2)
نتائج تحليل الانحدار اللوجستي

المتغير	وفيات الرضع			وفيات الأطفال دون الخامسة		
	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)
طبيعة المولود		,000			,000	
مفرد (ف.م)	–	–	1,000	–	–	1,000
توأم	1,977	,000	7,220	1,888	,000	6,609
فضاء البرمجة الاقليمية		**,001**			,000	
EP1 (إ.ش.أ) (ف.م)	–	–	1,000	–	–	1,000
EP2 (إ.ش.ش)	,036	,875	1,036	,073	,736	1,076
EP3 (إ.ش.غ)	,600	,001	1,822	,716	,000	2,046
EP4 (إ.هـ.ع.أ)	,614	,005	1,849	,706	,001	2,025
EP5 (إ.هـ.ع.ش)	,446	,017	1,562	,531	,003	1,701
EP6 (إ.هـ.ع.غ)	,282	,314	1,326	,321	,235	1,378
EP7 (إ.ج)	,749	,000	2,115	,750	,000	2,117
مؤشر الثروة		**,002**			,002	
الأفقر (ف.م)	–	–	1,000	–	–	1,000
فقير	-,482	,004	,618	-,385	,013	,680
متوسط	-,582	,001	,559	-,566	,001	,568
غني	-,437	,011	,646	-,500	,003	,606
الأغنى	-,581	,002	,559	-,512	,004	,599
رتبة المولود		**,008**			,007	
1 (ف.م)	–	–	1,000	–	–	1,000
2 – 3	-,487	,001	,614	-,460	,001	,632
4 – 6	-,319	,074	,727	-,385	,026	,680
7 فما أكثر	-,375	,229	,687	-,387	,191	,679
عمر الأم عند الولادة		,012			,002	
أقل من 20 (ف.م)	–	–	1,000	–	–	1,000
20 –34 سنة	0,756	,156	2,130	0,870	,103	2,386
35 فما أكثر	1,612	,036	3,197	1,324	,016	3,758
الثابت	-3,195	,000	,041	-3,162	,000	,042
النموذج	**Sig.=0,000**			**Sig.=0,000**		

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على مخرجات برنامج Spss. (ف.م): الفئة المرجعية.

*** إقليـــــم الإقامـــة**

يظهر من خلال النموذجين أن هذا المتغير أيضا له تأثير كبير على احتمال الوفاة سواء بالنسبة للرضع أو للأطفال دون الخامسة، حيث أنه، رغم وجود بعض المعاملات الغير معنوية، إلا أن جميع نسب الرجحان تفوق الواحد مما يعني أن احتمال وفاة المولود في جميع الأقاليم أكبر مما هي عليه في الإقليم الشمالي الأوسط (EP1) الذي يضم العاصمة الجزائر وما جاورها، حيث أنه مقارنة بهذا الإقليم، فإن نسبة رجحان احتمال وفاة المولود قبل بلوغ عامه الأول على احتمال بقائه حيا هي على التوالي: 2,12 مرة أكبر في الإقليم الجنوبي (EP7)، 1,85 مرة أكبر في إقليم الهضاب العليا الأوسط (EP4)، 1,82 مرة أكبر في الإقليم الشمالي الغربي (EP3) و 1,56 مرة أكبر في الإقليم الهضاب العليا الشرقي (EP5)، أما نسبة الرجحان للأطفال دون الخامسة فهي على التوالي: 2,12 مرة أكبر في الإقليم الجنوبي (EP7)، 2,03 مرة أكبر في إقليم الهضاب العليا الأوسط (EP4)، 2,05 مرة أكبر في الإقليم الشمالي الغربي (EP3) و 1,7 مرة أكبر في الإقليم الهضاب العليا الشرقي (EP5).

*** بالنسبة لمؤشر الثروة**

يظهر من خلال النموذجين أن مؤشر ثروة الأسرة أيضا لو تأثير كبير على احتمال الوفاة سواء بالنسبة للرضع أو للأطفال دون الخامسة، حيث أن جميع قيم $\exp(\beta_j)$ معنوية وأقل من الواحد مما يعني أن خطر الوفاة عند الأطفال المنحدرين من الأسر الأفقر أكبر مما هو عليه عند أطفال بقية الأسر، كما نلاحظ أيضا أن قيم $\exp(\beta_j)$ متقاربة وليست في تناقص مستمر حيث أن نسب رجحان احتمال وفاة المولود قبل بلوغ عامه الأول على احتمال بقائه حيا لدى مواليد الأسر الفقيرة، المتوسطة، الغنية والأغنى هي على التوالي1: 1,62 ، 1,79 ، 1,54 و1,79 مرة أقل مما هي عليه لدى مواليد الأسر الأفقر، ولا تختلف نسب الرجحان كثيرا بالنسبة لاحتمال وفاة الأطفال قبل الخامسة حيث تبلغ على التوالي: 1,47 ، 1,76 ، 1,62 و1,69 مرة أقل مما هي عليه لدى مواليد الأسر الأفقر.

*** بالنسبة لرتبة المولود**

يظهر التحليل بواسطة الانحدار اللوجستي بعض الاختلاف مقارنة بالتحليل الوصفي حيث أن جميع قيم $\exp(\beta_j)$ للنموذجين أقل من الواحد مما يعني أن احتمال الوفاة سواء للرضع أو الأطفال دون الخامسة لدى المولود الأول أكبر من احتمال الوفاة لدى المواليد ذوي الرتبة الثانية فما فوق، إلا أنه لا يمكن الجزم بهذه النتيجة باعتبار أن كثير من المعاملات غير معنوية في

[1] **بما إن قيم $\exp(\beta_j)$ فإنه يتم الاعتماد على مقلوب هذه القيم في تفسير نسب الرجحان.**

النموذجين، حيث أن نسبة رجحان احتمال وفاة المولود قبل بلوغه عامه الأول على احتمال بقائه حيا لدى مواليد الرتبة 2 و3 هي 1,63 مرة أقل مما هي عليه لدى مواليد الرتبة الأولى، ولا تختلف النسبة كثيرا بالنسبة للأطفال دون الخامسة حيث بلغت نسبة الرجحان لدى مواليد كلا من الرتبة 2 إلى 3 و 4 إلى 6 تقريبا مرة ونصف أقل مما هي عليه لدى مواليد الرتبة الأولى.

*** عمر الأم عند الولادة**

نسبة رجحان احتمال وفاة الرضيع على احتمال بقائه حيا لدى مواليد الأمهات اللاتي بلغت أعمارهن عند الولادة 35 سنة فأكثر هي 3,2 مرة أكبر مما هي عليه لدى مواليد الأمهات اللاتي أعمارهن عند الولادة أقل من 20 سنة، أما الأطفال أقل من 5 سنوات فإن نسبة رجحان احتمال وفاتهم على احتمال بقائهم أحياء لدى نفس الفئة (35 سنة فأكثر) هي 3,6 مرة أكبر مما هي عليه لدى مواليد الأمهات اللاتي أعمارهن عند الولادة أقل من 20 سنة. ولكن الأمر الملفت للانتباه أنه رغم كبر قيمة $\exp(\beta_j)$ في النموذجين بالنسبة لمواليد الأمهات بين 20 و34 سنة إلا أنها تبقى غير معنوية حيث أن الخطأ المعياري لمعاملات فئتي هذا المتغير هي الأكبر من بين جميع المعاملات.

IV - أهم النتائج والتوصيات

حاولت هذه الدراسة إلقاء الضوء على مستويات ومحددات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر اعتمادا على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات، الجزائر، 2012-2013، وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

4-1- أهم النتائج

- مستويات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر في انخفاض مستمر خلال الخمس عشرة سنة السابقة للمسح، حيث انخفض معدل وفيات الرضع معدل من 30 حالة وفاة في الفترة 1998-2002 إلى 21 حالة وفاة في الفترة 2008-2012، أما معدل وفيات الأطفال دون الخامسة فقد انخفض من 34 حالة وفاة إلى 24 حالة خلال نفس الفترة.
- وفيات حديثي الولادة تمثل 73% من وفيات الرضع والتي بدورها تمثل 89% من وفيات الأطفال دون الخامسة، مما يعني أن خفض وفيات الأطفال دون الخامسة يتطلب التركيز أكثر على الرضع وخصوصا حديثي الولادة منهم.
- مستويات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر تعرف تباين كبير عبر مختلف فضاءات البرمجة الاقليمية، حيث يعرف كل من الإقليم الجنوبي، إقليم الشمال الغربي، إقليم

الهضاب العليا الأوسط وإقليم الهضاب العليا الشرقي، على التوالي، مستويات عالية لوفيات الرضع والأطفال مقارنة ببقية الأقاليم وخصوصا الإقليم الشمالي الأوسط.

- طبيعة المولود تأتي في المرتبة الأولى من بين جميع المحددات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر، حيث احتمال وفاة التوائم يفوق 100 حالة لكل 1000 مولود حي.
- المواليد المنحدرين من الأسر الأفقر هم الأكثر عرضة لخطر الوفاة مقارنة لمواليد باقي الأسر التي لا يوجد اختلاف كبير بينها من حيث مستويات خطر الوفاة.
- مواليد الرتبة الأولى أكثر عرضة لخطر الوفاة من مواليد الرتبة الثانية أو الثالثة، أما فيما يخص مواليد الرتبة الرابعة إلى السادسة ومواليد الرتبة السابعة فما أكثر فقد تضاربت بشأنهم نتائج الدراسة الوصفية مع تحليل الانحدار اللوجستي، حيث أظهرت الدراسة الوصفية أن احتمال الوفاة يرتفع بداية من المولود الرابع ليبلغ أعلى مستوى له لدى مواليد الرتبة السابعة فما أكثر، مما يعني أن كثرة الولادات تؤثر بشكل كبير على صحة المولود، بينما أظهر الانحدار اللوجستي أنه بداية من المولود الرابع لا يوجد تأثير لرتبة المولود على احتمال الوفاة.
- على عكس النمط المتوقع، أظهرت النتائج أن هناك ارتبط طردي بين عمر الأم واحتمال الوفاة للرضع أو الأطفال دون الخامسة.
- رغم أن الدراسة الوصفية أظهرت أن كون الرضيع أو الطفل أقل من سنوات مقيم في الريف وأمه بدون مستوى تعليمي ومن جنس ذكر وفترة المباعدة بينه وبين المولود الذي قبله أقل من سنتين يزيد من احتمال وفاته، إلا أن الدراسة المعمقة من خلال الانحدار اللوجستي أظهرت أن هذا التأثير غير معنوي.

4-2- التوصيات

على ضوء النتائج التي توصلت إليها توصي الدراسة بما يلي:

- العمل على رفع وتيرة الجهود المبذولة لتخفيض وفيات الأطفال والرضع من أجل الاقتراب أكثر من بلوغ الهدف المسطر بخفضها إلى حدود 15‰.
- العمل على إرساء أسس للتنمية المتوازنة بين مختلف جهات الوطن من خلال الاهتمام أكثر بالإقليم الجنوبي، إقليم الشمال الغربي، إقليم الهضاب العليا الأوسط وإقليم الهضاب العليا الشرقي وإعطائها الأولوية في برامج التنمية الصحية، الاجتماعية والاقتصادية.

- تعزيز الجهود المبذولة في سبيل الحد من الفقر، وإعطاء العائلات الأشد فقرا الأولوية في الولوج إلى الخدمات الصحية بشكل عام وخدمات الصحة الإنجابية بشكل خاص.
- إيلاء عناية خاصة بالولادة الأولى من خلال التكفل أكثر بالأمهات ومواليدهم.
- إجراء دراسات أخرى تتعلق بمحددات وفيات الأطفال والرضع وتسلط الضوء أكثر على باقي المحددات خاصة المتعلقة بمرحلة الحمل والولادة.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

- آسيا شريف (2015)، الظواهر الديموغرافية – قراءات نظرية وتمارين تطبيقية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- أيمن زهري (2008)، "مستويات ومحددات وفيات الرضع والأطفال في جيبوتي"، صحة الأسرة العربية والسكان– بحوث ودراسات، العدد الأول، القاهرة.
- خالد زهدي خواجة، "إحصاءات ومقاييس الوفيات"، المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية.
- خليفاوي فهيمة (2005)، "الأو ودورها في الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من 5 سنوات"، مذكرة ماجستير في علم الاجتماع، تخصص ديموغرافيا، جامعة الجزائر2.
- شادي إسماعيل التلباني (2014)، استخدام نموذجي الانحدار اللوجيستي وانحدار كوكس لدراسة العوامل المؤثرة على وفيات الاطفال الرضع في فلسطين، مجلة جامعة فلسطين للأبحاث والدراسات، العدد السابع، القاهرة.
- صليحة برادعية (2015)، رعاية الوليد ووفيات حديثي الولادة في الجزائر، صحة الأسرة العربية والسكان– بحوث ودراسات، العدد 20، القاهرة.
- عبد الله علي الأشول وطارق الكبسي (2009)، المتغيرات الاجتماعية والبيئية المؤثرة على وفيات الأطفال والرضع في اليمن، صحة الأسرة العربية والسكان– بحوث ودراسات، العدد الخامس، القاهرة.

المراجع باللغة الأجنبية

- FLICI Farid et HAMMOUDA Nacereddine (2012), "Analyse d'un demi-siècle d'évolution de la mortalité en Algérie: 1962–2012".colloque International de CREAD, Décembre 2012, Algérie.
- KAÏD TLILANE Nouara (2003), le système de santé algérien entre efficacité et équité: essai d'évaluation à travers la santé des enfants, thèse de doctorat en sciences économique, université Alger3, Algérie.

- Ministère de la Santé, de la Population et des réformes hospitalières (2015), «Suivi de la situation des enfants et des femmes: Enquête nationale à indicateurs multiples MICS4 2012-2013», Rapport final, Algérie.
- Ministère de la Santé, de la Population et des réformes hospitalières, «Atlas des indicateurs sur la situation des enfants et des femmes MICS4 2012-2013», Algérie.
- ONS, Rétrospective statistique, 1962-2011.

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:

- PATTERNS AND DETERMINANTS OF BREASTFEEDING AND COMPLEMENTARY FEEDING IN SOMALILAND AND PUNTLAND: EVIDENCE FROM MICS4, 2011.

- SOCIOECONOMIC INEQUALITY IN ADOLESCENT NUTRITION (10-19), EGYPT, 2014.

- DECOMPOSING SOCIOECONOMIC INEQUALITIES OF ADOLESCENT GIRLS (10-14) IN THEIR MULTI-DIMENSIONAL DEVELOPMENT; IRAQ 2011.

PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

Volume X - 24th Issue - June 2017

Scientific committee

(In alphabetical order**)**

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

ARAB FAMILY HEALTH

AND POPULATION

Editor – in - chief

Dr. Ahmed Abdel Monem

Former PAPFAM Manager

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.

Conditions of publication

- The materials submitted should be of scientific nature and concerned with the field of family health and population.
- The topics presented should to be Original contributions which have not published in any other periodical.
- Methods and curricula of scientific research should be considered on preparing the material submitted to publication.
- The material submitted to publication is not to be returned to participants whether published or not.
- All correspondences should be sent on the following addresses:

- **22 a, Taha Hussein Street, 3rd floor, Flat 13, Zamalek, Cairo, Egypt.**
- **Or Email: 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
- Patterns and Determinants of Breastfeeding and Complementary Feeding in Somaliland and Puntland: Evidence from MICS4, 2011. Ali Abdullahi Araye, Mona Tewfik Yousif ……	**1-28**
- Socioeconomic Inequality in Adolescent Nutrition (10-19), Egypt, 2014 Ali Ramadan Abdel-Hafez, Mona Tewfik Yousif……....	**29-56**
- Decomposing Socioeconomic Inequalities of Adolescent Girls (10-14) in their Multi-Dimensional Development; Iraq 2011. Feras Mouein AbdAlradha, Mona Tawfik Yousif……	**57-87**

Deposit Number:
G06/ 2017/ (17/ 06)/ No 24 (0131)

Patterns and Determinants of Breastfeeding and Complementary Feeding in Somaliland and Puntland: Evidence from MICS4, 2011.

Ali Abdullahi Araye* **Mona Tewfik Yousif***

- Abstract

Nutritional Status is an objective indicator of children's overall health. Hence, it is the result of complex interactions between food consumption and the overall status of health and health care practices.

The aim of this research is to assess breastfeeding and infant feeding practices in Somaliland and Puntland with reference to WHO recommendations particularly exclusive breastfeeding during the first six months of life and continuation of breastfeeding in addition to adequate nutrition, Should continue up to two years or more. The data used in this study was mainly driven from Somaliland MICS2011 and Puntland MICS2011.

The study found that the socioeconomic and demographic variables have a significant influence on initiation breastfeeding in both zones of Somalia were found, and also the study revealed that the exclusive breastfeeding under 6 months using 24-h recall method was lower than the WHO recommendations.

The study dressed some recommendations such as the decision makers should improve mother education, in order to be able to implement proper practices of exclusive breastfeed, they should also promote behavior change communication on exclusive breastfeeding practice, The government should provide encouragement by the mother's to make exclusive breastfeeding by all the nutrients and water that a baby needs to grow and develop in the first 6 months. Therefore, to enable mothers to establish and sustain exclusive breastfeeding for the first 6 months and mothers should initiate breastfeeding early, exclusively breastfed, breastfeed on demand,

Breastfeeding promotion messages for mothers offered should emphasize the importance of prompt health seeking behavior as maternal and child morbidity influenced the practice of EBF; correct knowledge on breastfeeding issues particularly the health benefits of exclusive breastfeeding.

Negative attitudes and beliefs regarding exclusive breastfeeding should be addressed during counseling by the nutritionists, health and community health workers.

- Key Words: Nutritional Status, exclusive breastfeeding, Complementary Feeding, Somaliland, Puntland, MICS2011.

*** General Diploma Student from Somalia at Cairo Demographic Center, Egypt. alibashicc1@gmail.com**
**** Head of Training Unit and Staff Member at Cairo Demographic Center, Egypt; mona_ty61@yahoo.com**

I- Introduction

Nutritional Status is an objective indicator of children's overall health. Hence, it is the result of complex interactions between food consumption and the overall status of health and health care practices. Numerous socioeconomic and cultural factors influence patterns of feeding children and the nutritional status of children. The period from birth to age two is especially important for optimal growth, health, and development. Unfortunately, this period is often marked by micronutrient deficiencies that interfere with optimal growth. Additionally, childhood illnesses such as, diarrhea and Acute Respiratory Infections (ARI) are common **(EDHS, 2012)**.

Infant and young child feeding practices aims to promote optimal breastfeeding and complementary feeding practices; through various initiatives for example the Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) and the International Breastfeeding Code, Interventions promoting optimal breastfeeding could prevent 13%, while those promoting optimal complementary feeding could prevent another 6% of deaths in countries with high mortality rate **(WHO, Geneva; 2001: Global strategy for infant and young child feeding).**

Declared that 10.6 million under-fives die annually globally, with malnutrition directly indirectly responsible for 60% of these deaths and that majority of the deaths occurred in children within the first year of life and is associated with inappropriate feeding practices **(WHO/UNICEF; Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, 2003)**.

Early initiation of breastfeeding within one hour of life, exclusive breastfeeding for the first six months of life, followed by timely introduction of safe, adequate, and appropriately-fed complementary foods should be introduced at the age of six months to meet the evolving needs of the growing infant, little evidence exists on breastfeeding and infant feeding practices in urban slums in sub-Saharan Africa **(WHO and UNICEF had recommended on global consultation, Geneva, 10-13 December 2001).**

The optimal feeding practices ensure that the child's nutritional requirements are met and optimal growth, development, health and survival for the first two years of life are achieved. About 800,000 under-fives could be saved annually if all children between the ages of 0 to 23 months are optimally breastfed **(UNICEF Aug 21, 2014 WHO, UNICEF, World Bank, Joint Child Malnutrition Estimates - Levels and Trends. 2015, WHO, UNICEF, World Bank Mar 3, 2015).**

However many mothers stop breastfeeding too soon and there are often pressures to switch to infant formula, which can contribute to growth faltering and micronutrient malnutrition and is unsafe if clean water is not readily available.

The aim of this research is to assess breastfeeding and infant feeding practices in Somaliland and Puntland with reference to WHO recommendations particularly exclusive breastfeeding during the first six months of life and continuation of breastfeeding in addition to adequate nutrition, Should continue up to two years or more.

According the multiple indicator survey (MICS4), 2011 the proportion of exclusive breastfeed in Somaliland and Puntland are, 13.7% and 5.7% respectively of children under the age of six months.

- The main variables that would be examined, following the definitions of WHO and UNICEF are:
- Exclusively breastfeeding: infants only breastfed since birth; no water, formula or liquid supplements.
- Predominately breastfeeding: infants receiving breast-milk and water since birth.
- Complementary feeding: infants who were mainly breastfed, but infant formula and other liquid or nondairy foods were included in their diet.
- Other definitions included in this study, duration of breastfeeding, the infant's age in months when the mother stopped breastfeeding, Initiation time of first breastfeed, the time at which the mother started breastfeeding after delivery, and early breastfeeding is considered the first feed during the first hour.

1-1- Importance of the Study

Poor complementary feeding practices have been widely documented in the word specially developing country despite that the governments and other stakeholders have been implementing a number of strategies aimed at improving IYCF practices, **(Kimani-Murage et al., 2011).**

Hunger and malnutrition are devastating problems, particularly for the poor and unprivileged. According to Somalia nutritional profile conducted by food and nutrition division, FAO in (2005), 60 percent of the Somali population were living less than $1 a day (PPP) and cannot meet their daily

minimum nutritional requirement of 2200 calories. According to the national survey in 1999, only one-fifth of children less than 4 months were exclusively breastfed. At age 12-15 months, 27% of children were still breastfed and at 20-23 months, this percentage was only 8% **(UNICEF, 1999)** According to the multiple indicator survey (MICS3), 2006, 21.8% of children under the age of six months are exclusively breastfed.

A local study of this research conducted in Somaliland and Puntland regions the proportions12.7% and 4.5 respectively, of children under the age of six months are exclusively breastfed according the multiple indicator survey MICS4, 2011. The most typical complementary foods were introduced after six months of the age and the main of this food are cereal based porridges (sorghum, maize), mashed sorghum with camel's milk and family food. The family diet consumed by children was monotonous, lacking variety and principally dictated by food availability and food prices in the local markets **(FOA, 2005).**

Hence food insecurity is not the only cause of malnutrition; other factors such as improper feeding practices, poor child care practices as well as social, demographic and environmental factors contribute to malnutrition. Therefore, this study examines the impact of socioeconomic and demographic factors on child nutritional status and particularly analyzing the determinants of initiation of breastfeed practice in children aged (0-6) months.

1-2- Research Objectives

The main purpose of this research is to investigate the impact of complementary feeding practices on nutritional status of children 6-23 months old in the specific two regions of Somalia: Somaliland and Puntland more specifically, the objectives of the research are:

- To determine the socio-economic factors that effects Breastfeeding feeding practices of children among aged (0-6) months old in Somaliland and Puntland.
- To examine differentials and determinants of children, among aged (0-23) months old breastfeeding and complementary feeding practices in Somaliland and Puntland.
- To recommend some possible intervention for policy makers that may help to improve feeding practices for Somali children in their first 2 years of life.

1-3- Data Sources and Limitations

The data used for this research are derived from the following sources:

- The Somaliland Multiple Indicator Survey (MICS4) conducted in 2011 by the Ministry of Planning and National Development and UNICEF. It is a representative sample survey of 4,924 households, out of which 4,820 were successfully interviewed, including 5,865 women age 15–49 and 4,672 children age less than five years old.
- The Northeast Zone Multiple Indicator Survey **(MICS, 2011),** carried out in 2011 by the Puntland Ministry of Planning and International Cooperation with technical and financial support from UNICEF. It is a representative sample survey of 4,954 households, out of which 4,785 were successfully interviewed, including 5,492 women age 15–49 years, and 4,714 children less than five years old.

One basic limitation of these data is that the data did not cover the whole country, because the 2011, MICS4 was conducted in only two regions of Somalia, namely, Somaliland in North East and Puntland in North West. This has caused the sample size to be small and not representing the whole country. This is in addition to the usual limitations relevant to the rather poor reporting and coverage aspects inherent in the process of survey undertaking in developing countries.

1-4- Methodology

In this research descriptive statistics, bivariate analyses are carried out to estimate the determinants of nutritional status of children by different socioeconomic and demographic characteristics. Chi-square at the 0.05 level is used as a statistical measure of association between the variables that represent to the adjusted effects of selected demographic and socioeconomic characteristics on determinants of nutritional status of children.

For the depth-analysis binary logistic regression was used since binary logistic regression is a type of predictive model that can be used when the target or dependent variable is a categorical variable with two categories. With the present study, the dependent variable was categorized as either a mother initiated breastfeeding within one hour of birth (code as 1), or more than one hour of birth (coded as 0). All co-variants (place of residence, place of delivery, assistance at delivery and household wealth index) were included in generating regression model and the results were presented using odds ratio, probability, and percentage correctly classified.

- **Logistic Regression Model: (Kleinbaum, 1994)**

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

The logistic model:

$$\mathbf{Z = \alpha + \beta_1\chi_1 + \beta_2\chi_2 + \ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots + \beta_n\chi_n.}$$

The logistic function:

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

$$\mathbf{Ln\ (P/1\text{-}P) = \alpha + \sum \beta_i\chi_i}$$

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

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

Where:

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

P: The Probability of an event to occur, it takes a number between 0 and 1; any number close to.

0 means less chance, while any number close to 1 means high chances.

α: Constant term.

β_i: The logistic coefficient.

χ_i: Independent variables.

Z: The linear combination of the independent variables.

1-5- Conceptual Framework

The following conceptual framework, figure (1), is developed by the researcher to explain the impact of demographic and socioeconomic factors affecting the determinants of children nutritional status. Variables in this model can be divided into two groups.

Figure (1):
The Conceptual Framework

Independent Variables		Dependent Variables
Socioeconomic and Demographic variables: ❖ Region. ❖ Place of residence. ❖ Mother's education. ❖ Wealth index. ❖ Age and Sex.	→	**Feeding practices:** ❖ Exclusive breastfeeding. ❖ Early initiative of complementary feeding. ❖ Meal frequency.

- Sources: developed by the researcher.

The independent variables consist of demographic variables which are mother's age at child birth, child age sex, parity and birth order and socio-economic variables which are region or zone, place of residence, mother's education and wealth index. The dependent variables selected for the present study are Child Exclusive breastfeed, Child Exclusive breastfeed Children 0-5 month old, Predominately breastfeeding: infants receiving breast-milk and water since birth children 0-5 month old, Complementary feeding: infants who were mainly breastfed, but infant formula and other liquid or nondairy foods were included in their diet children 6-23, meal frequency Children 6-23 month old, early initiation complementary feeding.

1-6- Review of Literature

The Global Strategy for Infant and Young Child Feeding was developed by the World Health Organization (WHO) and UNICEF jointly, to revitalize world attention to the impact that feeding practices have on the nutritional status, growth, development, and health, and thus the very survival, of infants and young children. Malnutrition has been responsible, directly or indirectly, for over 50 percent of the 10.6 million deaths annually among children under five. Well over two-thirds of these deaths, which are often associated with inappropriate feeding practices, occur during the first year of life **(WHO, 2013)**.

Early initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding through six months of age are practices which are slowly increasing, but they are still not common throughout all parts of Uganda, and complementary feeding is not very diverse. According to the FAO, "these inappropriate practices, along with high morbidity, poverty and food insecurity, are major determinants of malnutrition among young children" **(FAO, 2013)**.

Research carried out on the basis of more recent data, has highlighted that the influence of mother's education is important for the nutritional status of preschool children, even after controlling for a large set of confounders including the mother's anthropometric status. In the available literature on this topic, different pathways of influence have been identified to explain this robust relationship between a mother's schooling and children's nutrition. This relationship is likely to operate through a traditional economic channel because, in a functioning labor market, qualified people should obtain a better job, thus having more income to use for their children's wellbeing. Moreover, schools can be a place where students directly obtain information on nutrition and health, **(Burchi, 2010)**.

Another important channel is information acquisition: for example, literate mothers can read the instructions of medicines and understand nutritional and health information disseminated by media like newspapers. Finally, a fundamental – but often neglected in empirical studies – pathway specifically connecting a mother's education and child nutrition is empowerment: more educated women are more self-confident and participate more in household and community decision making. Since women are usually the primary child caregivers of a family in many parts of the world and are responsible for allocating a higher share of household resources to children's' wellbeing, empowerment is likely to result in better health and nutritional status for children. Due to the complex interaction among these factors, only few studies have attempted to empirically investigate the relative weight of each channel, leading to mixed results Alderman, **Hentschel and Sabates (2003) Webb and Block (2004).**

On the here study of "Levels and Determinants of Child Morbidity and nutrition in Egypt" She found out that birth order, having twin child and sex of child were the leading demographic variables that could produce differential's nutrition at status measures (stunting, wasting and under-weight) and also proved in her study that the most effective socio-economic variables on nutritional status are place of residence and respondent educational level. She recommended expanding the coverage of vitamin "A" supplement intake since vitamin "A" deficiency lowers immunity and increases the incidence of diseases in addition to, introduction of child care practices, hygiene and family planning in the literacy programs for adult women for the sake of improving child health **(Kamel, 2008).**

In this study on "Levels, Trends and Determinants of Child Nutrition in Ethiopia, in 2000 and 2005" Shitta has found that the children who spent more time under the care and support of mothers, born to education and high standard occupation fathers were healthier than others. He also argued that the weight of infants at birth seemed to have connection with the stunting and wasting of children at latter age. Therefore, the higher the weight of the infant at birth the lesser the chances of stunting and wasting will be. He suggested that mothers should be advised to pass significant proportion of their time caring their children as long as they can. Otherwise they should develop some sort of mechanism to check how their children passed the day and finally he stressed the importance of adapting Unicef and WHO recommendations of exclusive breastfeeding during the first six months, **(Shitta, 2011)**.

Women who receive even a minimal education are generally more aware than those who have no education of how to utilize available resources for the improvement of their own nutritional status and that of their families. Education may enable women to make independent decisions, to be accepted by other household members, and to have greater access to household resources that are important to nutritional status **(ACC/SCN, 1990).**

A comparative study on maternal malnutrition in ten sub-Saharan African countries **(Loaiza, 1997, Teller and Yimar, 2000),** showed that the higher the level of education, the lower the proportion of undernourished women.

Women's employment increases household income, with consequent benefit to household nutrition in general and the woman's nutritional status in particular. Employment may increase women's status and power, and may bolster a woman's preference to spend her earnings on health and nutrition. Though employed, women without control over their income and decision-making authority within the household are deprived of economic and social power and the ability to take actions that will benefit their own well-being. Studies in Africa have indicated that, at similar levels of income, households in which women have a greater control over their income are more likely to be food secure **(Kennedy and Haddad, 1991).**

Women's age and parity are important factors that affect maternal depletion, especially in high fertility countries **(Zerihun, 1997, as cited in Winkvisit, 1992).** DHS surveys conducted in Burkina Faso, Ghana, Malawi, Namibia, Niger, Senegal, and Zambia show a greater proportion of mothers at ages 15-19 and 40-49 that exhibit chronic energy deficiencies (CED). A local study in east Africa also showed that women in the youngest age group (15-19) and women in the oldest age group surveyed (45-49) is the most affected by under nutrition **(Teller and Yimar, 2000).**

Marital status of the women is associated with household headship and other social and economic status of the women that affects their nutritional status. Nutritional and social securities could be endangered by a negative change in marital status. A study on the east African Regions specially in Ethiopia showed that women's malnutrition is significantly associated with marital status indicating that compared to married women malnutrition is higher among unmarried rural and divorced/separated urban women compared to married ones **(Teller and Yimar, 2000).**

Education is one of the most important resources that enable women to provide appropriate care for their children, which is an important determinant of children's growth and development **(Engle and Menon, 1996)**. Studies in the Philippines **(Aguillion et al, 1982)**, Libya **(Popkin and Bisgrove, 1988)**, Uganda **(Statistics Department and Macro International Inc., 1996)**, and Ethiopia **(Yimer, 2000; Genebo et al., 1999)** show a decreased incidence of malnutrition among young children with an increase in the level of mothers' education. Children's nutritional status is also more sensitive to factors such as feeding/weaning practices, care, and exposure to infection at specific ages. A cumulative indicator of growth retardation (height-for-age) in children is positively associated with age **(Anderson, 1995 as cited in Aschalew, 2000).**

Local and regional studies in Ethiopia have also shown an increase in malnutrition with increase in age of the child **(Yimer, 2000; Genebo et al., 1999; Samson and Lakech, 2000)**. It is expected that parents give less attention to older children when they give birth to a new child who needs much attention and care. One study showed that stunting is rare in birth order 5 2-3 **(Sommerfelt et al., 1994),** and higher birth order (5+) is positively associated with child malnutrition **(Jeyaseelan, 1997)**.

II- Role of Appropriate Infant feeding in Health Development of Children

2-1- Levels, and Differentials of Child Breastfeeding Status

Nutrition's importance as a foundation for health development is often underestimated. Poor nutrition leads to ill-health and ill-health contributes to further deterioration in nutritional status. These effects are most dramatically observed in infants and young children, who bear the brunt of the onset of malnutrition and suffer the highest risk of disability and death associated with it. In 2001, 50−70% of the burden of diarrheal diseases, measles, malaria and lower respiratory infections was attributable to malnutrition, **(World Health Organization, Geneva, 10-13 December 2001)**.

Somali children and their mothers continue to suffer from multiple nutritional deprivations which deny them the opportunity to thrive and reach their full developmental potential. Somalia is characterized by some of the worst Infant and Young Child Feeding (IYCF) and micronutrient indicators in the world.

According to the Multiple Indicator Cluster Survey (2011), the prevalence of exclusive breastfeeding in Somaliland and Puntland is (13.7%, 5.7%) respectively while the prevalence of early initiation is (60.6%, 54.4%). Respectively, nearly (26.3%, 39.9%) of children under two are anemic, almost half of all women and 60% of under-fives.

Table (1)
Percentage of Exclusively Breastfed and Predominantly Breastfed (%) Children aged (0-5 months) by Background Characteristics, Northwest and Northeast of Somalia, 2011.

	Somaliland(North West)			Puntland(North East)		
	children age 0-5 month			children age 0-5 month		
Background Characteristics	**Exclusively Breastfed (%)**	**Chi-Square**	**No. of Children**	**Exclusively Breastfed (%)**	**Chi- Square**	**No. of Children**
Sex		**.34**			**0.14**	
Boys	13.5		297	5.3		246
Girls	14		257	6.1		230
Place of residence		**0.231**			**0.726**	
Urban	13		262	5		301
Rural	14.4		292	6.9		175
Education of mother		**0.66**			**3.862**	
None	13.6		262	6.6		365
Primary	13.8		292	1.2		84
Secondary +	15.4		26	7.4		27
Wealth Index quintiles		**8.034**			**0.214**	
Poorest	19.7		127	6.1		99
Second	11		118	5.2		97
Middle	12.4		113	5.9		**102**
Fourth	8.7		115	6.2		97
Richest	17.3		81	4.9		81
Total	**13.7**		**554**	**5.7**		**476**

Source: Computed from raw data of Northeast MCIS2011 and Northwest MICS2011, **Not Significant at: 0.05.**

Table (1) shows that exclusively breastfed refers to infants who received only breast milk and vitamins, mineral supplements, or medicine, based on the reports of infants during the first six months of life. About 13.5% and (14.0%) of Boys and Girls respectively in Somaliland compared to (5.3%) and (6.1%) of their sex in Puntland are exclusively breastfed. This indicates that Somaliland children are more exclusively breastfed than Puntland children.

The rate of exclusive breastfeeding is higher for girls than for boys. However there is no big difference in breastfeeding practices between rural and urban areas in both regions.

Between the different wealth quintiles the rate of exclusive breastfeeding does differ much between the poorest (19.7%) and the richest (13.7%) quintile and is lowest amongst the fourth wealth quintile (8.7%), In Somaliland while in Puntland the table shows that the percentage of children exclusively breastfed is below (7%) for the all categories of socio-economic variables. With regarding the children aged 0-5 month living in Somaliland and Puntland in terms of exclusive breastfeed were not shows statistically significant.

Results: At a 5% level of significance, a significant relationship existed between the category of background characteristics and exclusive breastfeed analysis showed that there was not a significant relationship between a mother's feeding her child breast milk as well socio-economic and exclusive breastfed in both regions.

2-2- Early Initiation of Breastfeeding

Early initiation of breastfeeding, particularly within the first hour, is important for both the mother and the child, as suckling stimulates the release of hormones which help produce milk. It also stimulates the contraction of the uterus after childbirth, thus decreasing the likelihood of postpartum hemorrhage. The milk produced from the breast in the first few days after delivery, known as "colostrum," is rich in natural antibodies that will help protect the newborn against infections **(World Health Organization Aug 24, 2016).**

Breastfeeding has many health benefits for both the mother and the infant. Breast milk contains all the nutrients an infant needs in the first six months of life. The Breastfeeding protects against diarrhea and common the childhood illnesses such as pneumonia, and may also have longer-term health benefits for the mother and child, such as reducing the risk of overweight and obesity in childhood and adolescence. Breastfeeding has also been associated with higher intelligence quotient (IQ) in children **(World Health Organization Aug 24, 2016)**, provision of mother's breast milk to infants within one hour and one day of birth is referred to as "early initiation of breastfeeding" and ensures that the infant receives the colostrum, or "first milk", which is rich in protective factors, **(World Health Organization Aug 24, 2016).**

Current evidence indicates that skin-to-skin contact between mother and infant shortly after birth helps to initiate early breastfeeding and increases the likelihood of exclusive breastfeeding for one to four months of life as well as the overall duration of breastfeeding.

Infants paced in early skin-to-skin contact with their mother also appear to interact more with their mothers and cry less **(World Health Organization Aug 24, 2016).**

Table (2)
Percentage of Last-Born children in the 2 Years Preceding the Survey Who were Breastfed Within One Hour and One Day Of Birth by Selected Background Characteristics, Northwest of Somalia, 2011.

	Somaliland (North West)					
Background Characteristics	**Breastfed within one hour of Birth (%)**	**Chi- Sq**	**No. of Children**	**Breastfed within one day of Birth (%)**	**Chi- Sq**	**No. of Children**
Place of residence		**16.2**			**4.41**	
Urban	62.7		797	83.2		797
Rural	58.4		760	85.9		760
Assistance at Delivery		**84.72**			**154.22**	
Skilled Attendant	67.1		693	85.6		693
Traditional Birth Attendant	60.5		628	86.3		628
Other	46.1		191	85.3		191
Place of Delivery		**60.8**			**111.106**	
Public Health Facility	66.4		289	84.4		289
Private Health Facility	66.5		179	82.7		179
Home	58.9		1042	86.7		1042
Education		**0.89**		**0.652**		
None	59.7		1221	84.3		1221
Primary	62.5		261	84.7		261
Secondary +	69.3		75	88		75
Wealth Index quintiles		**8.4**			**4.381**	
Poorest	58.4		305	84.6		305
Second	52.4		328	83.8		328
Middle	63.7		314	87.3		314
Fourth	61		326	81.9		326
Richest	68.7		284	85.2		284
Total	**60.6**		**1557**	**84.5**		**1557**

Source: Computed from raw data of North West MCIS 2011, **Not significant.**

Table (3) shows that early initiation of breastfeeding within one day of birth was similar across the background characteristics. However early initiation of breastfeeding within one hour depended on mother's education and wealth status. More children (69.3 %) born of mothers with secondary or more education, had breastfeeding within one hour of birth compared to those whose mothers had no education (59.7 %).

The proportion of children born in the two years preceding the survey who were ever breastfed, those who were first breastfed within one hour and one day of birth, which is a very important step in management of lactation

and establishment of a physical and emotional relationship between the baby and the mother, sixty-one percent of babies are breastfed for the first time within one hour of birth, while (85%) of new-born in Somaliland (North West) start breastfeeding within one day of birth. However this table indicates that health providers did not proper advice to pregnant women about breastfeeding.

Expectedly mothers who delivered with the assistance of at delivery provider, as well as women who received regular skilled attendant care has more initiate breastfeeding within one hour of delivery than those received traditional birth attendant or other care.

Rural mothers were more than initiate breastfeeding within one hour after delivery than urban mothers. Mothers in the lowest wealth quintile are more likely to start breastfeeding within the 1st hour than mothers in the highest quintile. A similar pattern was observed across wealth quintiles with fewer children born in poor households receiving breast milk within one hour of birth (58 .4%) compared to those in the richest quintile (68.7%). Further, in this table to determine the socio-economic impact of increases in coverage and promotion of early initiation of breastfeeding high initiated breastfeeding during the first hour or during the first day of life.

Table (3) shows that the relationship between place of residence and Breastfed within one hour of Birth and Breastfed within one Day of Birth was statistically significant. It also displays a not big gap between urban and rural women in terms of their feeding practice. About 52.7% of women in urban areas are started breastfed with one hour on feeding their new born baby whereas only 57.3% of their counterparts in rural area. Initiation of breastfeeding was higher in rural areas than in urban areas. Rural women have similar circumstances to urban poor women, and often get casual farm labor to make a living. In these cases, they would work on their farm for an entire day, having their babies at home with breast milk. Even those who work on their own farms have not challenges to lack of breast milk. Aside from toiling on their own farms and the go taking their children for long distances in search of water.

The association between mother's educational level and early initiation breastfed of children was found to be statistically significant as seen in Table (3) about 54% none educated of women are participate feeding practice compared with 53.1% of mothers with Primary education and less than 50.5% of women with at least secondary education. It is clear that there is a strong positive relation between mother's education and early

initiation breastfed of children and therefore it seems that the more education the women, the less likelihood to comprehend the importance of caregiver on their child specially feeding practice.

Wealth Index was observed to have a positive relationship with early initiation breastfed of children as you can see in Table (3), as the wealth of the household worsen and deteriorate; initiation breastfed on children can care heedlessness increase. Mothers from poorest households hardly more feeding practice 63.5% followed by the second poorest 53.8% and then there was sharp decrease starting from middle quintile whereby 51.5% of women had early initiation breastfed of children followed by Fourth quintile 51.3%and lowest percentage 51.2% prepared feeding practice from the service were the richest.

Table (3)
Percentage of last-born children in the 2 years preceding the survey who were breastfed within one hour and day f birth by selected Background Characteristics, Northeast of Somalia, 2011.

Background Characteristics	Puntland (North East)					
	Breastfed within one hour of Birth (%)	No. of Children	Chi-Sq	Breastfed within one Day of Birth (%)	No. of Children	chi- Sq
Place of residence			**8.4**			**2.2**
Urban	52.7	988		80.1	988	
Rural	57.3	539		84.4	523	
Assistance at Delivery			**42.5**			**75.2**
Skilled Attendant	51	588		83.2	588	
Traditional Birth	59.2	844		84.4	844	
Other	50	50		80	50	
Place of Delivery			**30.8**			**50.50**
Public Health Facility	57.4	141		83.7	141	
Private Health Facility	30.8	39		69.2	39	
Home	56.1	1299		83.8	1299	
Education			**0.42**			**0.32**
None	54.9	1172		81.6	1172	
Primary	53.1	260		82.7	260	
Secondary +	50.5	95		78.9	95	
Wealth Index quintiles			**4.21**			**2.10**
Poorest	63.5	293		85.7	293	
Second	53.8	314		79.6	314	
Middle	51.5	297		80.5	297	
Fourth	51.3	318		81.4	318	
Richest	52.1	305		81	305	
Total	**54.4**	**1527**		**81.6**	**1527**	

Source: Computed from raw data of North East MCIS2011, **Significant at 0.05.**

2-3- Initiation of solid, semi-solid or soft foods

Complementary feeding should be timely, meaning that all infants should start receiving foods in addition to breast milk from 6 months onwards **(WHO, 2006)**.

Table (3.4) above shows that children aged 6-23 month in both regions (26.9 % and 23.8 %) respectively of females were more current breastfeed and receiving Solid, Semi-Solid or Soft ding than the males (21.5% and 23.4%) due to the traditional feeding. Therefore the different between girls and boys were statistically significant in terms of initial breastfeed.

Generally both regions, the percentage of mothers who had none educated and primary about (24.4%, 25.1%) respectively in Northwest ware comparatively less than the mothers who had secondary education ware (19.0 %).Therefore no clear differences levels between socioeconomic variables in the two region, Percentage of Children aged 6-23 months who were currently breastfeeding and receiving Solid, Semi-Solid or Soft according differences levels (24.2, 23.6 %) respectively in the both regions.

Table (4)
Percentage of Children aged 6-23 Months who were Currently Breastfeeding And Receiving Solid, Semi-Solid or Soft According to Background Characteristics, Northwest and Northeast of Somalia, 2011.

Background Characteristics	Somaliland (North West)			Puntland (North East)		
	%	No. of Children	Chi-squire	%	No. of Children	Chi-squire
Sex			**16.8**			**9.5**
Male	21.5	572		23.4	588	
Female	26.9	580		23.8	582	
Place of residence			**20.1**			**10.6**
Urban	23.3	615		22.5	766	
Rural	25.3	536		25.7	404	
Education			**30.6**			**12.6**
None	24.4	878		24.2	875	
Primary	25.1	215		24.2	223	
Secondary +	19.0	57		13.9	72	
Wealth Index quintiles			**40.6**			**30.5**
Poorest	23.9	201		25.6	215	
Second	27.0	241		24.7	239	
Middle	25.5	231		21.9	210	
Fourth	23.0	248		22.0	264	
Richest	21.6	231		24.	242	
Total	**24.2**	**1152**		**23.6**	**1170**	

Source: Computed from raw data of Northeast MCIS2011 and Northwest MICS2011, Significant **at 0.05.**

Mother's education was another variable which significantly associated with currently breastfeeding and receiving Solid, Semi-Solid or Soft according differences levels. Children whose mothers had no education were more to be breastfed as compared to mother with primary education and secondary education in both regions.

This finding was consistent to the study conducted in this might be due to mother who had no education had shortage of knowledge which related to better child feeding and caring, low income and low living conditions.

According to the children who living rural and urban areas in both regions were not much more different in terms of currently breastfeeding and receiving Solid, Semi-Solid or Soft drink food.

2-4- Minimum Meal Frequency

Poor complementary feeding of children aged 6–23 months contributes to the characteristics negative growth trends and deaths observed in developing countries. Evidences have shown that promotion of appropriate complementary feeding practices reduces the incidence of stunting and leads to better health and growth outcome. This study was aimed at assessing practices of complementary feeding and associated factors among mothers of children aged 6–23 months.

Complementary feeding practices were assessed using the key indicators which include introduction of solid, semi-solid or soft foods, minimum meal frequency and minimum acceptable diet calculated for the age ranges 6–8, 9-11, 12–17 and 18–23 months of age, and based on a 24-h recall of the child's dietary intake **(recommended by the WHO/UNICEF in 2008)**.

Table (5) below shows that child's age was one of the factors not significantly associated both regions with prevalence of Meal feeding practice in the research area. Comparing with children 6-8 months, children within age group 9-11 months, 12-17 months and 18--23 months were more develop to be breastfed. Regarding to the table (5) indicate that the (28.8% and 27.7%) respectively of children living urban in both regions were started meal feeding practice at the recommended age group (6-9) months as

compared to (25.1% 27.9) of rural children and the difference was not statistically significant.

This prevalence of Meal feeding practice might to be protect malnutrition in children aged 23 month were resulted inappropriate infant and young child feeding practices and other related factors which were needed to promote child develop.

In Somaliland mother's education was another variable which did not significantly associated with prevalence of meal feeding. Children whose mothers had secondary education were more to be breastfeed as compared to mother with primary educational and above secondary.

While in Puntland mother's education one of the most variable which did not significantly affected with prevalence of Meal feeding practice. Children whose mothers had no education were more to be breastfed as compared to mother with primary and above secondary education. This finding is consistent to the study conducted in Puntland this might be due to mother who had no education had shortage of knowledge which related to better child feeding and caring, low income and low living conditions.

This prevalence of Meal feeding practice might to be protecting malnutrition in children aged 23 month were resulted inappropriate infant and young child feeding practices and other related factors which were needed to promote child development.

In Somaliland mother's education was another variable which did not significantly associated with prevalence of meal feeding. Children whose mothers had secondary education were more to be breastfeed as compared to mother with primary educational and above secondary.

While in Puntland mother's education one of the most variable which did not significantly affected with prevalence of Meal feeding practice. Children whose mothers had no education were more to be breastfed as compared to mother with primary and above secondary education. This finding is consistent to the study conducted in Puntland this might be due to mother who had no education had shortage of knowledge which related to better child feeding and caring, low income and low living conditions.

Table (5)
Percentage of currently breastfeeding children aged 6-23 months who received solid, semi-solid, or soft foods the minimum number of times or more during the previous day of the survey according to background characteristics, Northwest and Northeast of Somalia, 2011.

Background Characteristics	Somaliland(North West)			Puntland(North East)		
	%	No. of Children	Chi-squire	%	No. of Children	Chi-squire
Sex			**14.5**			**8.7**
Male	21.5	280		26.9	282	
Female	32.2	285		28.7	265	
Age			**20.6**			**15.5**
6-8 months	24.4	168		26.9	186	
9-11 months	17.4	115		21.7	87	
12-17 months	30.6	239		29.8	198	
18-23 months	40.8	43		31.7	76	
Place of residence			**8.5**			**4.5**
Urban	28.8	270		27.7	335	
Rural	25.1	295		27.9	212	
Education			**34.3**			**16.8**
None	25.6	442		29.1	422	
Primary	30.5	104		23.4	97	
Secondary +	35.9	20		24.2	28	
Wealth Index quintiles			**53.1**			**25.8**
Poorest	20.7	112		35.3	96	
Second	20.1	140		24.6	122	
Middle	32.8	105		25.0	96	
Fourth	36.9	107		24.9	122	
Richest	26.4	102		30.4	111	
Total	**26.9**	**565**		**27.8**	**547**	

Source: Computed from raw data of Northeast MCIS2011 and Northwest MICS2011**, Not Significant at 0.05.**

III- Binary Logistic Regression Analysis of the Variables Influencing Initiation of Breastfeeding within One Hour of Birth

3-1- Variable classification

In order to identify the most predictive factors of initiation of breastfeeding practices in this study, only significant variables that were associated with the initiation of breastfeeding practices within one hour of birth in the bivariate test were analyzed further using binary logistic regression models. Since the study is comparative one, two separate models of binary logistic regression were carried out to find out the similarities and contrasts of the two regions.

Table (6)
Variables and their Category Measurements used in the Logistic Regression Model on the Determinants of initiation of Breastfeeding within one hour of Birth

Variables	Description and Categories
Dependent variables	
Initiation of Breastfeeding	**1** Within one hour of birth **0** More than one hour of birth(**reference**)
Independent Variables	
Assistance at Delivery (X1)	**0** Others(reference) **1** Skilled Birth Attendant **2** Traditional Birth Attendant
Place of Delivery (X2)	**0** Home(reference) **1** Public health facility **2** Private health facility
Wealth Index Quintile (X3)	**0** Lowest Quintile (reference) **1** Second **2** Third **3** Fourth **4** Highest

3-2- Determinants of Initiation of Breastfeeding within one hour of Birth in Somaliland, 2011

The variables that exhibited association with initiation of breastfeeding within one hour of birth in the bivariate analysis were place of delivery, assistance during delivery and household wealth index. All variables were considered for the multivariate analysis. Results from the multivariate analysis indicated that assistance at delivery and household wealth index were the determinants of initiation of breastfeeding within one hour of birth in Somaliland.

Table (7)
Logistic Regression Results for the Determinants of Initiation of Breastfeeding within one hour of Birth in Somaliland, 2011

Variables	B	S.E	SIG	Odds Ratio	P
Place of Delivery (X1)					
Reference(Home)					
X_{11}(Public Health Facility)	**-0.053**	**0.186**	**0.776**	**0.95**	
X_{12}(Private Health Facility)	**-0.104**	**0.218**	**0.64**	**0.90**	
Assistance at Delivery (X2)					
Reference (Others)					
X_{21}(Skilled Birth Attendant)	**0.853**	**0.207**	**0.000**	**2.3**	**0.70**
X_{22}(Traditional Birth Attendant)	**0.633**	**0.170**	**0.000**	**1.9**	**0.66**
Wealth Index Quintile (X3)					
Poor (reference)					
X_{31}(Second)	**-0.357**	**0.166**	**0.032**	**0.70**	**0.41**
X_{32}(Third)	**0.064**	**0.178**	**0.719**	**1.1**	**0.52**
X_{33}(Fourth)	**-0.130**	**0.188**	**0.490**	**0.88**	**0.47**
X_{34}(Highest)	**0.189**	**0.217**	**0.385**	**1.2**	**0.55**
Constant	**-0.096**	**0.175**	**0.0513**	**0.91**	**0.48**
Percent Correct Classification: 62.6%					

Source: Computed from raw data of Somaliland MICS2011.

As concluded from table (7) the logistic regression equation of the likelihood that the mother starts breastfeeding within one hour of birth is shown:

$$\mathbf{Ln\ (P/1-P) = -0.096 + 0.853X_{21} + 0.633X_{22} - 0.357X_{31}}$$

Table (7) shows that mothers who were assisted by skilled birth attendant and those who were helped by traditional birth attendant were 2.3 and 1.9 times more likely to start breastfeeding within one hour of birth than mothers who were assisted by others such as a friend or a family member respectively with a corresponding probability of 0.70 and 0.66 respectively. One of the main cause that lead to more likelihood of women who delivered by professional birth attendants to initiate breastfeeding within one hour of birth is due to doctors or nurses encouragement.

Table (7) shows that mothers who were from the second wealth quintile 30% less likely to initiate the practice breastfeeding within one hour of birth compared to those from the lowest wealth quintile with a probability of 0.41.

3-3- Determinants of Initiation of Breastfeeding within one hour of Birth in Puntland, 2011.

The variables that exhibited association with initiation of breastfeeding within one hour of birth in the bivariate analysis were place of delivery, assistance during delivery and household wealth index.

All variables were considered for the multivariate analysis. Results from the multivariate analysis indicated that place of delivery and household wealth index were the determinants of initiation of breastfeeding within one hour of birth in Puntland.

Table (8) shows mothers who delivered at a private health facility had odds of 0.44 times higher of initiating breastfeeding within one hour of birth compared to mothers who delivered at home with a probability of 0.31.

One of the possible explanations why mothers who gave birth in private health facility were higher odds compared to those who delivered at home is that advocacy from skilled health professional matters in terms of starting breastfeeding on the set of the delivery.

The odds ratio for initiating breastfeeding within one hour of birth was lower for mothers who were from all wealth quintiles compared to mothers who were from the poorest quintile.

For example, the odds ratio were 0.68 times lower in mothers who were from highest wealth quintile to start breastfeeding within one hour of birth compared to mothers from the poorest quintile with a corresponding probability of 0.41.

One of the obvious reasons why poorest woman tended to start the practice breastfeeding on the onset of delivery more than their counterparts in the wealthiest family is that she did not have any other means to feed her infant except for breast milk due to financial constraints.

Table (8)
Logistic Regression Results for the Determinants of Initiation of Breastfeeding within one hour of Birth in Puntland, 2011.

Variables	B	S.E	SIG	Odds Ratio	P
Place of Delivery (X1)					
Reference(Home)					
X_{11}(Public Health Facility)	0.250	0.195	**0.200**	1.3	0.57
X_{12}(Private Health Facility)	0.829	0.361	**0.022**	0.44	0.31
Assistance at Delivery (X2)					
Reference (Others)					
X_{21}(Skilled Birth Attendant)	0.023	0.278	**0.933**	1.0	0.5
X_{22}(Traditional Birth Attendant)	0.302	0.272	**0.267**	1.4	0.58
Wealth Index Quintile (X3)					
Poor (reference)					
X_{31}(Second)	-0.481	0.171	**0.014**	0.66	0.40
X_{32}(Third)	-0.457	0.175	**0.009**	0.63	0.38
X_{33}(Fourth)	-0.426	0.174	**0.014**	0.65	0.39
X_{34}(Highest)	-0.381	0.179	**0.034**	0.68	0.41
Constant	0.385	0.287	**0.0180**	1.5	0.5
Percent Correct Classification: 56.6%					

Source: Computed from raw data of Puntland MICS2011.

Furthermore, the percentage correctly classified by the model was 56.6% whereas the logistic regression equation's likelihood was:-

$$\mathbf{Ln\ (P/1\text{-}P) = 0.385 - 0.829X_{12} - 0.481X_{21} - 0.457\ X_{22} - 0.426X_{23} - 0.381X_{24}}$$

IV- Summary and Recommendation

4-1- Summary

The present study has explored the socioeconomic factors affecting breastfeeding and complementary feeding practice in Northwest and Northeast zones in Somalia. It was a comparative study for knowing how far each zone has gone the practice of maternal caregiver services on child feeding as well as finding out the differences and similarities of the two zones. The data used in this study was mainly driven from Somaliland MICS2011 and Puntland MICS2011.

Thus, three measures of maternal caregiver practice on child feeding were the use of Exclusive breastfeed, Early initiative of complementary feeding and Meal frequency these measures were examined to see how they are impacted by such demographic and socio-economic factors as age of mother at birth, parity, age and sex, assistance of delivery, place of delivery place of residence, educational level of the mother, wealth index. Place of residence, household economic status were important determinants of child feeding practice and children feeding status.

Based on these and other related findings, this study arrives at the following conclusions to improve women and children nutritional status. It was found that the socioeconomic and demographic variables have a significant influence on initiation breastfeeding in both zones of Somalia were found.

According to the Multiple indicator cluster Survey (2011), the prevalence of exclusive breastfeeding in Somaliland and Puntland is (13.7%, 5.7%) respectively while the prevalence of early initiation is (60.6%, 54.4%) respectively, (26.3%, 39.9%) of children under two years , and almost half of all women and 60% of under-fives are anemic.

Between the different wealth quintiles the rate of exclusive breastfeeding does differ much between the poorest (19.7 %) and the richest (13.7 %) quintile and is lowest amongst the fourth wealth quintile (8.7 %), In Somaliland while in Puntland the table shows that the percentage of children exclusively breastfed is below 7 percent for the all categories of socio-economic variables.

The exclusively breastfed refers to infants who received only breast milk and vitamins, mineral supplements, or medicine, based on the reports of infants during the first six months of life. It was shown that the rate of exclusive breastfeeding is higher for girls than for boys.

Early initiation of breastfeeding within one day of birth was similar across the background characteristics. However early initiation of breastfeeding within one hour depended on mother's education and wealth status. More children (69.3 %) born of mothers with secondary or more education, had breastfeeding within one hour of birth compared to those whose mothers had no education (59.7 %).

Rural mothers were more keen to initiate breastfeeding within one hour after delivery than urban mothers. Mothers in the lowest wealth quintile are more likely to start breastfeeding within the first hour than mothers in the highest quintile.

A similar pattern was observed across wealth quintiles with fewer children born in poor households receiving breast milk within one hour of birth (58 .4%) compared to those in the richest quintile (68.7 %). Further, the study data shown that the socio-economic impact of increases in coverage and promotion of early initiation of breastfeeding high initiated breastfeeding during the first hour or during the first day of life.

The children aged 6-23 month in both regions (26.9 % and 23.8 %) respectively of females were more current breastfeed and receiving solid, semi-Solid or soft feeding than the males (21.5% and 23.4%) due to the traditional feeding. Therefore the different between girls and boys were statistically significant in terms of initial breastfeed.

The proportion who were breastfeeding within one hour and within one day of birth were about (54.4 % and 81.6%) . In the Northeast Zone slightly above half (55 %) of babies who had breastfed for the first time within one hour of birth while (82 %) of new-born start breastfeeding within one day of birth.

Child's age was one of the factors not significantly associated both regions with prevalence of meal feeding practice in the research area, compared with children 6-8 months, children within age group 9-11 months, 12-17 months and 18--23 months were more develop to be breastfed.

4-2- Recommendations

The research revealed that the exclusive breastfeeding under 6 months using 24-h recall method was lower than the World Health Organization recommendation. Therefore, interventions could focus on educating mothers the importance of timely initiation of breastfeeding. The following are some relevant recommendations for Planners and policy makers:

- The government should provide encouragement by the mother's to make exclusive breastfeeding by all the nutrients and water that a baby needs to grow and develop in the first 6 months. Therefore, to enable mothers to establish and sustain exclusive breastfeeding for the first 6 months and mothers should initiate breastfeeding early, exclusively breastfed, breastfeed on demand.
- The decision makers should improve mother education, in order that they would be able to implement proper practices of exclusive breastfeed.
- The administration should work on promoting behavior change communication on exclusive breastfeeding practice giving special emphasis to educated mothers.
- Breastfeeding promotion messages for mothers offered should emphasize the importance of prompt health seeking behavior as maternal and child morbidity influenced the practice of EBF; correct knowledge on breastfeeding issues particularly the health benefits of exclusive breastfeeding.
- Negative attitudes and beliefs regarding exclusive breastfeeding should be addressed during counseling by the nutritionists, health and community health workers.

- References

- FAO (2002); "The Contribution of Nutrition to Achieving the Millennium Development.

- FAO (2005); "Somalia Nutrition Profile – Food and Nutrition Division, FAO.

- Fikrewold and Daniel (2010); "Under-Nutrition among Women in Ethiopia: Rural-Urban Disparity", Ethiopian Public Health Association (EPHA)

- Goals", Nutrition and Consumer Protection Division, FOA.

- Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly S. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomized controlled trial. Lancet. 2000;356:1643

- Hector, D., King, L. and Web, K.; (2005):Factors affecting breastfeeding practices applying a conceptual framework. NSW Public Health Bulletin. Vol. 16 No.3

- Kamel (2008); "Levels and Determinants of Child Morbidity and Nutrition in Egypt", Cairo Demographic Centre (Special Diploma Research Paper), Egypt.

- Kumar et al., (2006); Bloss, Wainaina & Bailey, Muchina (2004,): initiation of breastfeeding after six hours of birth.222 (P≤0. 2004:1. ORC Macro Nutrition of young children and mothers in Kenya.

- LINKAGES; (2004): Facts for feeding: Recommended practices to improve infant nutrition during the first six months. LINKAGES project, Academy for Educational Development<www.linkagesproject.org.

- Mellin PS, Poplawski DT, Gole A, Mass SB. Impact of a formal breastfeeding education program. MCN Am J Matern Child Nurs. [PubMed]

- Ochoa, S. A.; (2008): Evaluation of two counseling strategies promoting exclusive breastfeeding among HIV-negative mothers in Kibera slum, Nairobi, Kenya: A randomized controlled trial. PhD Thesis. Stellenbosch University, Cape Town.

- Shitta (2011); "Levels, Trends and Determinants of Child Nutrition in Ethiopia in 2000 and 2005",M.Phil.,Cairo Demographic Centre, Egypt.

- UNFPA (2010); "Final Country Programme Document for Somalia", United Nations Development Programme and United Nations Population Fund

- UNICEF (1999), "Somali Multiple Indicator Cluster Survey: child Nutrition", Unicef

- UNICEF (2006), "Somali Multiple Indicator Cluster Survey: child Nutrition", Unicef

- UNICEF (2011), "Somali Multiple Indicator Cluster Survey: child Nutrition", Unicef

- UNICEF; (2009): Progress in intervention coverage: Maternal, Newborn and Child Survival in Africa. United Nations Children's Fund. New York, USA.

- UNICEF; (2009): Progress in intervention coverage: Maternal, Newborn and Child Survival in Africa. United Nations Children's Fund. New York, USA

- UNICEF; (2011b): Breastfeeding: Current status. UNICEF (2009b). Progress in intervention coverage: Maternal, Newborn and Child Survival in Africa. United Nations Children's Fund. New York, USA.

- UNICEF;(2011): Breastfeeding: Progress. http://www.chi ldinfo.org/breastfeeding-status.html . Downloaded on 2- 12-2011.

- UNIFEC (2009); "Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition", division of communication, UNICEF

- WHO and UNICEF had recommended on global consultation, Geneva, 10-13 December 2001: on Early initiation of breastfeeding within one hour of life.

- WHO, UNICEF, World Bank, Joint Child Malnutrition Estimates - Levels and Trends. 2015, WHO, UNICEF, World Bank.

- WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva; 2002.

- WHO. Indicators for assessing breast-feeding practices. Report of an informal meeting. Geneva, Switzerland; 11-12 June1991.

- WHO. Global strategy for infant and young child feeding. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva; 2001.

- WHO. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. Geneva; 2002.

- WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation. Geneva: WHO 2002.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NHD_01.09.pdf Accessed December 2010.

- WHO/UNICEF; Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, 2003.

Socioeconomic Inequality in Adolescent Nutrition (10-19), Egypt, 2014

Ali Ramadan Abdel-Hafez* Mona Tewfik Yousif**

- Abstract

Hanger and inadequate food supply are still affecting large parts of the world's population with serious consequences for health and well-being, especially among children. Under nutrition and malnutrition in childhood interfere with physical and mental development.

The main goal of this study is to assess socioeconomic inequality (SEI) in adolescent nutrition in Egypt, more specifically it aims to examine levels of adolescent nutrition (10-19) in Egypt, identify socioeconomic and demographic differentials of adolescent nutrition (10-19) in Egypt, and quantify the degree of socioeconomic inequalities in adolescent nutrition in Egypt.

The main findings of this study are that the percent of adolescent in Overweight/obesity nearly more than one third, while thinness adolescent less than 2% percent, regarding anemia is more than 20% of the sample, also the Overweight/obesity is more prevalent in Urban than Rural, unlike thinness, normal, but Anemia is more prevalent in rural than Urban, The study portrayed a significant relationship between adolescent age, sex, place of residence, region and adolescent BMI the same condition can applied in relation to adolescent anemia but place of residence is not significant.

Based on the previous findings, the following recommendations are addressed such as promoting more actions for poorer and poorest who are suffering from anemia, Enhancing nutrition education in schools to promote healthy diet awareness regarding the appropriate quantity and typed of food, through mass media, Promote healthy nutritional habits and behaviors through IEC to change the unhealthy nutritional cultures, especially in Urban governorates LE Urban & LE Rural, finally More studies are required in Egypt related adolescent nutrition system, habitats and cultural nutrition behaviors of adolescent.

Key words: Adolescents, Nutrition, Anemia, BMI, socioeconomic inequality, nutrition behaviors.

*** General Diploma Student from Egypt at Cairo Demographic Center, Egypt.**

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

I- Introduction

1-1- Scope of the Study

The need for food security has shaped society from around 10,000 years ago when we began organizing society. Thus, began agricultural food production, which played an important role in shaping the present social structures and higher population densities, food plays a vital role in our social structures, because no species can flourish without food and water. This global necessity highlights vast inequalities. Many of the world's population starve while at the same time are witnessing an epidemic of obesity. Good nutrition is essential to physical well-being. It is widely accepted as a major factor in the prevention of chronic diseases. **(Bernard Gesch, 2014).**

Globally, hunger and inadequate food supply are still affecting large parts of the world's population with serious consequences for health and well-being, especially among children. Under nutrition and malnutrition in childhood interfere with physical and mental development. **(WNS, UN, 2010).**

Whilst, the developing countries remain vulnerable to food insecurity, under nutrition, and ill health; recent improvement in economic condition are believed to have benefited the rich more than the poor, and effects of this wide and apparently growing social and economic inequality on health and nutrition are poorly understood. **(Rathavuth Hong and Vinod M, 2006).** Nutrition challenges continue throughout the life cycle, it also spans generations, under nutrition that occurs during childhood, for example adolescent malnutrition leading to malnourished women and men and leading to high mortality level by inadequate food and health care and leading to older people malnourished. **(WNS, UN, 2000).**

It is noteworthy that the period of life from conception to maturity is one of intense growth and development, and the importance of nutritious, balanced diets during these early years is widely recognized, according to the American Public Health Association and the American Academy of Pediatrics, "Nourishing and attractive food is a foundation for developmentally appropriate learning experiences". **(Janet E. Fuhr, et.al, 1998).**

Nutrition risks for adolescents around the world can be expressed into variety phases either thinness or overweight or even obesity or Anemia, but the most important view in this issues is the root causes of nutrition risks

and the factors leading to it which are complex and multidimensional. For example, poverty, underdevelopment, and low socioeconomic status are major contributors, along with other social determinants, the reasons include constraints on access to land, water, and other resources often aggravated by environmental damage along with unsustainable production and consumption patterns, food losses and waste, and unequal distribution and access. **(WHO, 2015).**

Socioeconomic inequalities studies have shown areas with enormous a socioeconomic variation having higher rates of mortality and morbidity, and this is the contrary in areas with less significant disparities in socioeconomic inequalities. Poor people often should consume low-priced, low-nutrition, highly processed foods. So, their intake is made up largely of calories without micronutrients. The spread of no communicable diseases is inherently linked to social influences, in 2013 about 370 million people in developing country regions were working but living on less than $1.25 a day, in 2014–2016 nearly 795 million people worldwide, about 780 million of whom were in developing countries, suffered from chronic hunger. **(HDI, 2015).**

Over the past decade, Egypt has faced a series of shocks that have triggered a decline in food security and nutrition trends. Alongside growing poverty and food insecurity and the levels of nutrition security in a country are related to epidemiological and nutritional transitions, which can be evaluated to assess the population's nutritional situation. Further, a person's nutritional situation is part of a process that is expressed differently depending on the stage of the life cycle: intrauterine and neonatal life, infancy and pre-school, school years or adult life. This is because the nutrient requirements and the needs are different for each stage. **(IDSC, 2013).**

1-2- Importance of the Study

Alongside the achievements of saving young children's lives comes the responsibility to ensure ongoing support as children grow and develop, in 2012, there were 1.2 billion adolescents in the world – defined as those between the ages of 10 and 19 years, adolescence is a time of rapid physical growth, optimal nutrition during this period of life is therefore crucial. Because Poor nutrition during adolescence will not only affect adult body size, resulting in shortness or thinness but may also affect the nutritional status of any children born to mothers who were malnourished during adolescence. **(SCF, 2015).**

Good nutrition is fundamental for optimal health and growth, through its effect on health and cognitive development it is also vital for academic performance and productivity, and therefore for healthy economies and socioeconomic development, investment in nutrition is crucial to future efforts to improve the health of women, children, and adolescents; the potential human, societal, and economic gains from such investment are substantial, **(WHO, 2015)**.

Sustainable development goals (SDGs) agenda 2030 recognize that eradicating poverty and inequality, creating inclusive economic growth and preserving the planet are inextricably linked, not only to each other, but also to population health. Health is centrally positioned within the 2030 Agenda, with one comprehensive goal – SDG 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. **(WHS, 2016)**.

Equity in health issue is at the heart of the SDGs, which are founded on the concept of "leaving no one behind". SDG 3 calls for healthy lives for all at all ages, positioning equity as a core cross-cutting theme, while SDG 10 calls for the reduction of inequality within and between countries. Health inequalities within countries are associated with a variety of factors, several of which are encountered uniformly across all countries. examples include sex, age, economic status, education and place of residence. Other factors may be more specific to a regional or country situation, such as migrant status, race, ethnicity, caste, religion or other characteristic that can differentiate minority subgroups. **(WHS, 2016)**.

Supporting or not supporting adolescent nutrition may have important implications for the ability of countries to achieve international health targets. These include the World Health Assembly global nutrition targets for 2025 and the proposed Post-2015 Sustainable Development Goals (SDGs). **(SCF, 2015)**.

Thereby, it is very important to give more attention to adolescent health nutrition in Egypt to achieve SDGs: goals number one, three and ten with the following statements: to Eradicate extreme poverty and hunger, to Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, and reduction of inequality within and between countries respectively.

1-3- Research Problem

Worldwide, the problems of food insecurity and under-nutrition remain particularly severe in countries from recent wars or civil unrest, where improvements in economic conditions have tended to be advantaged groups and resulted in widespread inequalities in health, despite impressive advances in health in Recent Decades. **(Rathavuth Hong, et, al. 2006)**. Also during the past two decades, the prevalence of overweight and obesity among children has increased worldwide. Obesity in childhood and adolescence has adverse consequences on premature mortality and physical morbidity in adulthood and is associated with impaired health during childhood itself. Once obesity is established in children (as in adults) it is hard to reverse. **(Karl Peltzer, et, al.2011)**, also the consequences of anemia include general body weakness, frequent tiredness, and lowered resistance to disease. It is of concern in adolescent since anemia is associated with impaired mental and physical development. Overall, morbidity and mortality risks increase for individuals suffering from anemia. **(EDHS, 2014).**

The world human development report 2015 identified dimensions to achieving human development, two of them are long and healthy life and promoting equality and social justice **(HDR, 2015)**, So enhancing equality and equity in both wealth and health is considered as a global goal because People are the real wealth of nations, It noteworthy that this human development report suggests that there are significant general inequalities in Egypt. Although it has a medium human development index score of .690 in 2014, this score loses 24% of its value when adjusted by inequalities, down to .524, leading the country's HDI rank lesser by -5 from its HDI rank. **(HDR, 2015).**

In 2012, there were 1.2 billion adolescents in the world – defined as young people between the ages of 10 and 19 years. The vast majority of adolescents (90%) live in low- or middle-income countries. In some countries, as many as half of all adolescents are stunted, which means their physical and cognitive development has been restricted because of inadequate nutrition. During the past decade, birth rates have declined globally while child survival has increased. Hence, there are more adolescents and young people today than ever before. **(SCF, 2015).**

It is noteworthy that health services in developing countries focus on preschool-age children and pregnant women, with the consequence that health needs of adolescents may not be adequately met. **(WHO. 2005).**

Nationally, Egypt as one of developing countries still suffering from health inequalities and problem especially malnutrition across lifespan.

Childhood obesity is currently a major health problem in many countries of the world, and overweight affects both the children's health and their social integration and these children tend to become obese adults. **(Safiya G. Khalifa, et, al. 2014)**. Despite Significant progress in improvement health around the world but it is not on track to meet any of the six World Health Assembly nutrition targets, and not enough sufficiently, Crucially, a radical transformation is needed so that food systems can ensure that everyone has access to a sustainable, balanced, and healthy diet. **(WHO, 2015).**

In general, SDGs items leading to assess the current and future health situation for all population segments and consider it as a motivation to made extra health improvements around the world, but Programmes to support adolescent nutrition are lagging the international call for focus on this area and the promising interventions for adolescent nutrition identified by The Lancet 2013 Series are not yet being widely implemented and are reflected in only a minority of the country plans written by those countries that have signed up to the Scaling Up Nutrition (SUN) Movement. **(SCF, 2015).**

Therefore, in majority of countries, adequate assessment of adolescent nutrition is lacking, the nature of adolescent nutrition means that responsibilities for supporting it need to span a wide range of ministries and actors at country level. Good coordination at ministry level and during implementation is therefore vital, but this is proving to be a key challenge. **(SCF, 2015).**

Thereby, the main problems focus nowadays on malnutrition, which not only affects individuals, but its effects are passed from one generation to the next as malnourished mothers give birth to infants who struggle to develop and thrive.

1-4- Objectives of the Study

The main goal of this study is to assess socioeconomic inequality (SEI) in adolescent nutrition in Egypt, more specifically it aims to:

- To examine levels of adolescent nutrition (10-19) in Egypt.

- To identify socioeconomic and demographic differentials of adolescent nutrition (10-19) in Egypt.
- To quantify the degree of socioeconomic inequalities in adolescent nutrition in Egypt.

1-5- Data Source and its' Limitation

The main data source for this study is the Demographic and Health Survey of Egypt (EDHS), 2014. It is the latest in a series of nationally representative population and health surveys conducted in Egypt, it is the seventh full-scale Demographic and Health Survey implemented in Egypt; earlier surveys were conducted in 1988, 1992, 1995, 2000, 2005, and 2008. Three interim DHS surveys were carried out in 1997, 1998, and 2003. The survey was conducted under the auspices of the Ministry of Health and Population (MOHP) and implemented by El-Zanaty & Associates. Technical support for the survey was provided by ICF International through The DHS Program. The DHS Program is sponsored by the United States Agency for International Development (USAID) to assist countries worldwide in conducting surveys to obtain information on key population and health indicators.

The survey provides information on fertility levels and determinants, family planning, fertility preferences, infant, child, adult and maternal mortality, maternal and child health, nutrition, knowledge of HIV/AIDS and women's autonomy including socio-economic and background characteristics of households.

This study is secondary analysis based on 2014 Egypt DHS data. It is conducted a nationally representative sample of 21,762 ever married women aged (15-49) years was selected from 29,225 households were successfully interviewed and a sample size of 20,135 adolescent aged (10-19).

The only limitation for this study is the lack of more detailed information about the nutritional status of adolescents (10-19), e.g. types and habits of nutrition they acquainted with.

1-6- Methodology of the Study

To achieve the objectives of the study, both Uni-variate and Bi-variate analysis are used, such as percentage, cross tabs, graphs from EDHS 2014 to analyze the level of adolescent nutrition in Egypt and differentials in light the socioeconomic factors. As well as chi-square test to examine the

association of adolescent nutrition with socioeconomic factors, also Concentration curve (CC) and Concentration Index (CI) are used to quantify socioeconomic inequality in adolescent nutrition.

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

$$\chi 2 = \sum \frac{(\boldsymbol{observed - expected})\mathbf{2}}{\boldsymbol{expected}}$$

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

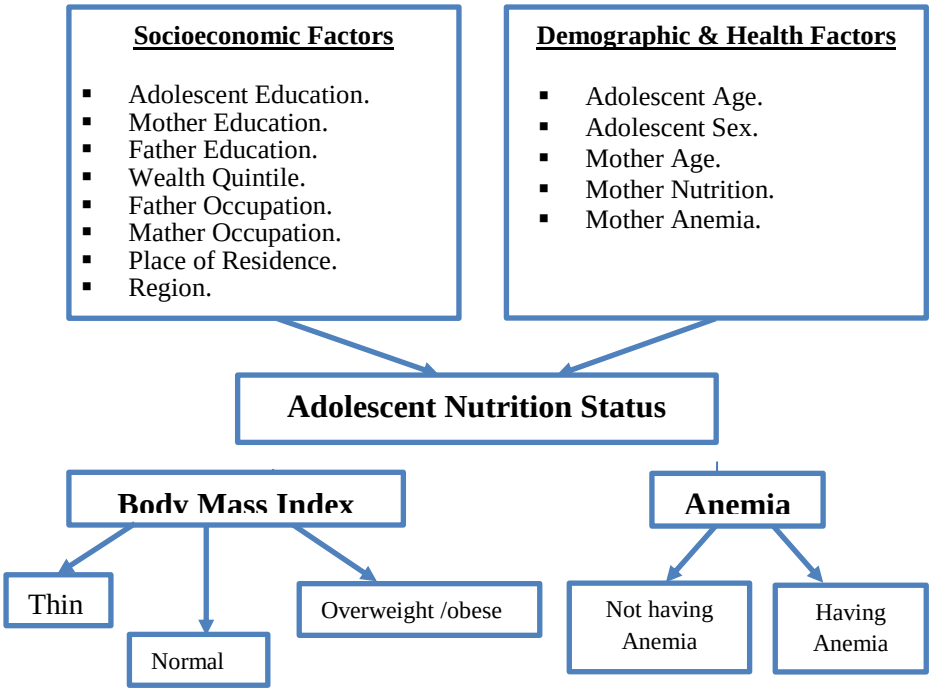
The further the CC is above (below) the equality line, the more concentrated the Adolescent malnutrition among poor (rich) households **(O' Donnell et al., 2008)**. CC and CI were used in this study to assess whether adolescent malnutrition (overweight/obese and anemic) are more concentrate among poor or rich households.

The concentration index (CI) ranges between -1 and +1. The sign of the CI reflects the direction of the relation between the adolescent malnutrition and household's position in the living standard distribution. A CI with negative sign indicates that adolescent malnutrition is concentrated among the poor, while a positive CI indicates that it is the better off who have a higher incidence of adolescent malnutrition. The magnitude of the CI, in absolute value, indicates the strength of the relation between adolescent malnutrition and economic status. Thus, the higher the value of the CI, the higher is the degree of concentration among the poor or the better off depending on the sign. $C = 2/\mu \ Cov\,(h,r)$ In which h is an indicator of the adolescent malnutrition and μ is its mean, while r is a measure of living standard, and cov is the covariance between h and r. The wealth index is used as a living standard measure. **(Wagstaff, 2000; Van Doorslaer, 2006; O' Donnell et al., 2008).**

1-7- Conceptual Framework

The following framework was developed by researcher according to the current study dimensions and findings, figure. (1) Emphasizes on how socioeconomic and demographic factors influence Adolescent nutritional status (BMI-Anemia level).

Figure (1)
Conceptual Framework of the study



Source: Developed by the Researcher.

1-8- Literature Review

Many studies have been done on child under five nutrition and maternal nutrition but a few studies have been conducted on adolescent nutrition, the issue is the same all over the world but it differs from one to another in the demographic, socioeconomic and cultural factors that affect in the phenomenon. According to my readings, this is considered the first study to measure the socioeconomic inequality in adolescent (10-19) nutrition and anemia in Egypt the following are some of the studies that handled the socioeconomic inequality in adolescent nutrition:

Eleanor K. Jator, (2005), examined the relationship between income and obesity among adolescents in the United States and determined the obesity inequality among the obese, Univariate and multivariate logistic regression models assessed this relationship. Concentration index (CI), which provides a measure of socioeconomic inequality, also facilitated comparisons among ethnic groups. It concludes that 16% of adolescents were obese. Income was inversely related to obesity and obesity was more prevalent in Blacks. Obesity inequality was highest among Asians and Whites (CI=-0.09753).

Rathavuth Hong and Vinod Mishra, (2006) examined the effect of Wealth Inequality on Chronic Under-nutrition in Cambodian Children. Binary and multinomial logistic regressions were used for estimating the Effects of household wealth status on moderate and severe stunning; they concluded that children in the poorest 20% households were more than twice as likely to suffer from children in the richest 20% the Study Concludes That Wealth Inequality Is Strongly Associated with Chronic Childhood Under Nutrition.

Ellen Van de Poel, et, al. (2008). have tackled on a Socioeconomic inequality in malnutrition in developing countries, their objectives were to report on socioeconomic inequality in childhood malnutrition in the developing world, it was measured using an alternative concentration index that avoids problems with dependence on the mean level of malnutrition. They concluded that: In almost all countries investigated, stunting and wasting disproportionately affected the poor. However, socioeconomic inequality in wasting was limited and was not significant in about one third of countries.

Karl Peltzer, et, al. (2011), studied Overweight and Obesity and Associated Factors among School-Aged Adolescents in Ghana and Uganda, that aims to assess overweight and obesity and associated factors in school-going adolescents in low income African countries (Ghana, Uganda). Bivariate and multivariable analyses were conducted to assess the relationship between dietary behavior. The study concluded the prevalence of overweight or obesity among girls smoking cigarettes and loneliness and among boys smoking cigarettes was found to be associated with overweight or obesity in multivariable analysis. Overweight status was not associated with the intake of fruits, vegetables, and sedentary behavior. Low prevalence rates of overweight or obesity were found in Ghana and Uganda.

Safiya G. Khalifa, et, al. (2014), studied Obesity Among Primary School Children: Associated Social, Dietary and Behavioral Factors, Kafr Sakr District, Sharkia Governorate Egypt, 2012/2013, aims to determine the prevalence of overweight and obesity among primary school children, the study concluded that the prevalence of overweight and obesity is relatively high. Obesity is more prevalent among (8<10 years) age group, female, rural resident students. More than half of the obese children belong to university educated fathers and mothers and most of the obese and overweight children belong to professional employee.

II. Levels and Differentials of Adolescent (10-19) Nutrition Status

In order to insights into adolescent nutrition health, data obtained in the 2014 Egypt DHS for adolescent 10-19 years, this section focuses into two parts, the first one investigates the levels of adolescent (10-19) nutrition status to clarify and assess the levels of Body Mass Index including thinness, normal, overweight/obesity and that of Anemia, while the second part deals with differentials of adolescent (10-19) nutrition status by selected background characteristics of adolescent.

2-1- Levels of Adolescent (10-19) Nutrition Status

Levels of adolescent (10-19) nutrition status in Egypt, helps to identify the levels of body mass index which is the adolescent weight in kilograms is divided by his/her height in meters' square (Kg/m2) **(EDHS, 2014.)**, and classified as thin, normal, and overweight/obese.

Analogous to the approach used with children under age 5, the BMI measures derived for boys and girls using the EDHS height and weight data are compared to an international reference population, the WHO Growth Reference for School-Aged Children and Adolescents **(de Onis et al.2009)**. The following cutoffs are used in defining boys and girls with nutritional problems:

Obese: BMI >2 standard deviations above the WHO growth standard median.

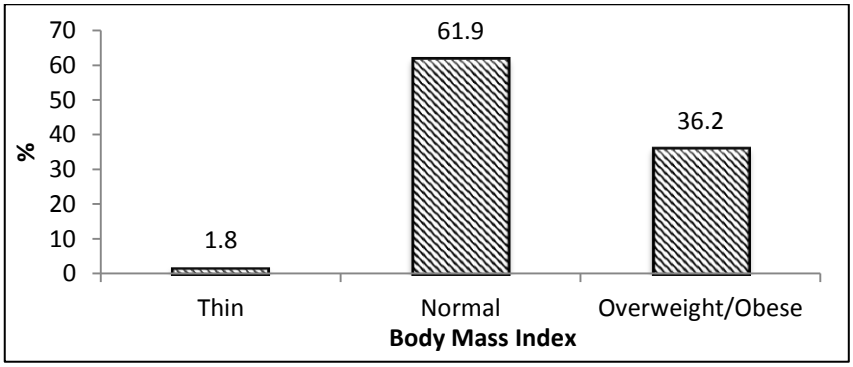
Overweight: BMI >1 standard deviation above the WHO growth standard median.

Underweight: BMI <2 standard deviations below the WHO growth standard median. **(EDHS, 2014)**.

2-1-1- Adolescent's BMI Levels

Figure (2) depicts the percentage distribution of adolescent (10-19) body mass index, that classified into three items thinness, normal and overweight/obesity, Overall the level of thinness is the lowest among the three items, while normal is about two third of the sample (62 percent) followed by overweight/obesity which represent more one third of the sample around (36 percent).

Figure (2)
Percentage Distribution of Adolescent (10-19) Body Mass Index, EDHS, 2014



Source: Calculated from the EDHS, 2014 raw data.

2-1-2- Adolescent's Anemia Level

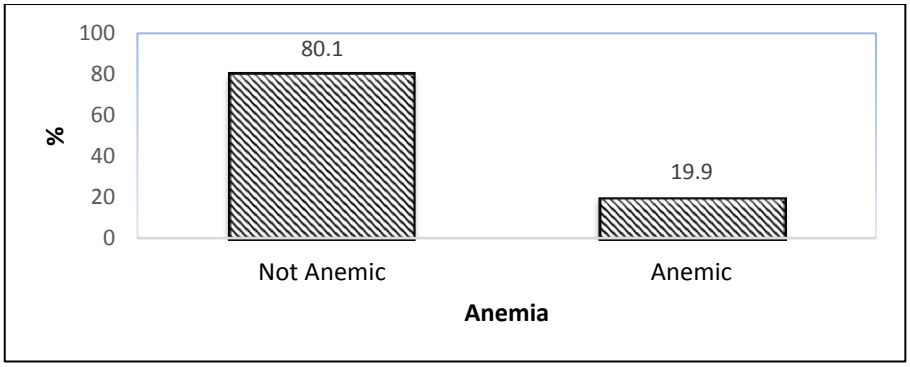
Anemia is a condition characterized by a decrease in the concentration of hemoglobin in the blood. Hemoglobin is necessary for transporting oxygen to tissues and organs in the body. The reduction in oxygen available to organs and tissues when hemoglobin levels are low is responsible for many of the symptoms experienced by anemic persons. The consequences of anemia include general body weakness, frequent tiredness, and lowered resistance to disease. It is of concern in children since anemia is associated with impaired mental and physical development. Overall, morbidity and mortality risks increase for individuals suffering from anemia. **(EDHS, 2014).**

The cutoffs used in determining anemia status varied with age as follows: (1) girls age 5-11 years: any anemia <11.5 g/dl; mild anemia 10.0-11.4 g/dl; moderate anemia 7.0-9.9; severe anemia <7.0, and (2) girls age 12-19 years: any anemia <12.0g/dl; mild anemia 10.0-11.9g/dl; moderate anemia 7.0-9.9 g/dl; severe anemia <7.0 g/dl, Whilst The cutoffs used in determining anemia status varied with age as follows: (1) boys age 5-11 years: any anemia <11.5 g/dl; mild anemia 10.0-11.4 g/dl;

moderateanemia7.0-9.9 g/dl; severe anemia <7.0 g/dl, (2) 12-14 years: any anemia <12.0g/dl; mild anemia 10.0-11.9 g/dl; moderate anemia 7.0-9.9 g/dl; severe anemia <7.0 g/dl, and (3) 15-19 years: any anemia <13.0 g/dl; mild anemia 12.0-12.9 g/dl; moderate anemia 9.0-11.9 g/dl; severe anemia <9.0 g/dl. **(EDHS, 2014)**.

Figure (3) depicts the percentage distribution of adolescent's (10-19) anemia, the level of adolescent's (10-19) anemia represents nearly one fifth (20%), while non-anemic adolescent (10-19) represents 80%.

Figure (3)
Percentage Distribution of Adolescent (10-19) with Anemia, EDHS, 2014



Source: Calculated from the EDHS, 2014 raw data.

2-2- Differentials of Adolescent Nutrition:

2-2-1- Body Mass Index Differentials

Studying Adolescent BMI in light of selected socioeconomic and demographic characteristics can be useful to describe current adolescent (10-19) health nutritional situation in light of other factors to test the significant relationship between them.

Table (2) illustrates the percentage distribution of adolescent (10-19) body mass index status, according to demographic characteristic, EDHS, 2014. The table indicates a positive relationship between adolescent's age group and body mass index except for that of thin, as the age group increases from (10-14) to (15-19) the thin status decreases by 1.7 percent points, while regarding overweight/obesity increases as the age increases, both normal and overweight/obesity status increases by 0.8 percent point.

Chi-square test shows a significant relationship between adolescent age and their BMI status with P-value (.000) at level .05.

Generally, it is known scientifically that during adolescent period they build their body, so the males build their muscles while the females gain more weight, during adolescence hormonal changes accelerate growth in height. Growth is faster than at any other time in the individual's postnatal life except the first year. **(WNS, 2000)** This fact is approved by EDHS, 2014 data about adolescent. The relations between male and female is a reverse one for thinness and normal body mass index of adolescent, the percent decreases by 0.4 and 0.8 percent points respectively, meanwhile the relation between male and female is a positive one for overweight/obesity by 1.1 percent point. The chi-square test indicates a significant relationship between sex and body mass index status with P-value (.048) at level .05.

Regarding mother's age, the table shows a fluctuation in the percent of adolescent's body mass index. As well as the chi-square test indicates a none significant relationship between mother's age and body mass index status with P-value (.301) at level .05.

Rural areas witness more thin (0.2 percent points) and normal (5.6 percent point) adolescent (10-19) than urban areas, while overweight/obesity is higher among urban areas by 5.8 percent points than rural. The chi-square test indicates a significant relationship between place of residence and body mass index status with P-value (.000) at level .05.

Rural upper Egypt indicates the highest percent of thin (2.6%) and normal (73.3%) comparing to other regions, while rural lower Egypt has the highest percent of overweight/obesity (46%) followed by urban lower Egypt (45.6%). The chi-square test indicates a significant relationship between region and body mass index status with P-value (.000) at level .05.

Socioeconomic factors such as low income, low education, and type of occupation have been positively linked to obese Children and adolescents from low income households are more prone to being obese. **(Eleanor K. Jator, 2005),** while its overall believed that poor people often must consume low-priced, low-nutrition, highly processed foods. So, their intake is made up largely of calories without micronutrients. The spread of no communicable diseases is inherently linked to social influences **(HDR, 2015).**

Table (2)
Percentage Distribution of Adolescent's (10-19) Nutritional Status, according to Demographic Characteristics, EDHS, 2014

Demographic Characteristics		BMI			Total
		Thin	Normal	Overweight/obese	
Adolescent Age Group					
10-14		2.6	61.6	35.9	11404
15-19		0.9	62.4	36.7	8731
Chi Square		.000			
Adolescent Sex					
Male		2.0	62.3	35.7	10622
Female		1.6	61.5	36.8	9513
Chi Square		.048			
Mother Age group					
15-19		2.3	63.0	34.7	689
20-24		1.7	63.5	34.7	2818
25-29		1.6	62.4	36.0	4364
30-34		2.3	60.6	37.1	3837
35-39		1.8	62.4	35.8	3219
40-44		1.8	60.8	37.4	2684
45-49		1.6	61.6	36.7	2524
Chi Square		.301			
Place of Residence					
Urban		1.7	58.8	39.5	8788
Rural		1.9	64.4	33.7	11347
Chi Square		.000			
Region					
Urban governorates		1.2	56.5	42.3	3262
LE Urban		1.4	53.0	45.6	2291
LE Rural		1.2	52.9	46.0	5039
UE Urban		2.5	63.8	33.7	2646
UE Rural		2.6	73.3	24.1	5982
Frontier governorates		2.1	73.4	24.5	915
Chi Square		**.000**			
Total	**%**	**1.8**	**61.9**	**36.2**	**100**
	No.	**371**	**12468**	**7296**	**20,135**

Source: Calculated from the EDHS, 2014 raw data.

Table (3) illustrates the percentage distribution of adolescent's (10-19) body mass index status, according to socioeconomic characteristic using EDHS, 2014 data. The table indicates that adolescent with primary education (3%) have the higher percentage among other educational levels, while normal body index focus among adolescent with no education (65.3%), but secondary education followed by higher than secondary level has the priority to be overweight/obese than other levels to represent one third of the sample (37.3%, 36.4%) respectively. The chi-square test

indicates a significant relationship between adolescent educational level and body mass index status with P-value (.000) at level .05.

Table (3)
Percentage Distribution of Adolescent (10-19) years Nutritional Status, According to Socioeconomic Characteristics, EDHS, 2014

Socioeconomic Characteristics		BMI			Total
		Thin	Normal	Overweight/Obese	
Adolescent Education Level					
No education		0.9	65.3	33.8	2479
Primary		3.0	61.6	35.4	6161
Secondary		1.4	61.3	37.3	10893
Higher		0.8	62.7	36.4	601
Chi Square		.000			
Mother Education Level					
No education		2.0	63.5	34.5	4488
Primary		2.1	63.4	34.5	2037
Secondary		1.9	61.7	36.5	10642
Higher		1.3	59.4	39.2	2968
Chi Square		.001			
Father Education Level					
No education		2.0	63.4	34.6	3261
Primary		1.8	62.1	36.1	2802
Secondary		1.8	61.9	36.3	10703
Higher		1.9	60.5	37.6	3369
Chi Square		.330			
Mother Occupation					
Not Working		1.9	62.1	36.0	16876
Working		1.6	60.8	37.6	3259
Chi Square		.152			
Father Occupation					
Did not Work		2.1	60.4	37.6	671
Employees		1.6	61.5	36.9	5568
Agriculture		2.2	63.1	34.7	2615
Sales & Services		1.5	62.6	35.9	3217
Skilled workers		2.0	61.7	36.3	8064
Chi Square		.209			
Wealth Index					
Poorest		2.1	68.6	29.3	4918
Poorer		2.1	64.8	33.1	4068
Middle		1.7	59.0	39.3	3022
Richer		1.8	57.7	40.5	3654
Richest		1.4	57.4	41.2	4473
Chi Square		.000			
Total	**%**	**1.8**	**61.9**	**36.2**	**100**
	No.	**371**	**12468**	**7296**	**20,135**

Source: Calculated from the EDHS, 2014 raw data.

A negative relation between mother's educational levels and adolescent (10-19) body mass index status, as the mother's educational level increases the percentage of thin, and normal adolescent decreases, except for overweight/obese adolescent the relationship is a positive one as the educational level of the mother increases the overweight/obese adolescent increases to reach nearly about two fifth of the sample (39.2%) for higher education level of the mother shifting from about one third (34.5%) for mothers with no education's chi-square test indicates a significant relationship between mother's educational level and body mass index status with P-value (.001) at level .05. Father's educational levels shows the same trend as mother's educational level but the chi-square test indicates no significant relationship between father's educational level and body mass index.

Regarding mother's occupation, the working mothers of adolescent with overweight/obese have the highest percentage that is a little bit higher than one third (37.6%), while adolescent with not working mothers have the higher percentage of thin and normal body mass index. The chi-square test indicates a none significant relationship between mother's occupation and body mass index status with P-value (.152) at level .05.

Adolescent's with father's working in agriculture characterized with the higher percentage of thin and normal (2.2% and 63.1%) respectively, while adolescent with non-working fathers have the highest percentage of overweight/obese (37.6%) followed by skilled workers father's (36.3%). The chi-square test indicates a non-significant relationship between father's occupation and body mass index status with P-value (.209) at level .05.

Table (3) illustrates a negative relationship between wealth quintiles and the percentage of adolescent (10-19) body mass index status. Wealth quintiles represent the standard of living of the household where adolescent lives, being thin or normal body mass index is decreasing with an increase of wealth quintile from poorest to richest by .7 percent points11 percent points respectively. A conversely positive relationship with overweight/obesity adolescent, as the percentage is increases through moving up from poorest to richest quintiles by around (19 percent points), so thinness and normal is highly concentrated among adolescent living in a poorest household than rich, but overweight/obesity adolescent are highly concentrated in the richest. The chi-square test indicates a significant

relationship between wealth index of the household and adolescent's body mass index status with P-value (.000) at level .05.

Table (4) shows the percentage distribution of adolescent (10-19) body mass index status, according to mother's health using EDHS, 2014. The table indicates a positive relation between mother's nutrition and adolescent being thin and overweight/obesity. Whiles mother's health status moves from thin, normal and overweight the adolescent being thin increase from 0.8% to 1.9% as well as obese adolescent increases from 21% to 37%. This result indicates that overweight/obese mothers' their adolescent (10-19) tend to be more overweight/obese than thin or normal, while thin mothers having the highest percentage of adolescent among thin or normal body mass index, the chi-square test indicates a significant relationship between mother's nutrition and body mass index status with P-value (.000) at level .05.

Table (4)
Percentage Distribution of Adolescent's (10-19) Nutrition Status, according to Mother's Health, EDHS, 2014.

Mother's Health		BMI			Total
		Thin	Normal	Overweight/Obese	
Mother Nutrition (BMI)					
Thin		0.8	77.4	21.8	124
Normal		1.8	64.1	34.0	4782
Overweight/obesity		1.9	61.1	37.0	15229
Chi Square		.000			
Total	**%**	**1.8**	**61.9**	**36.2**	**100**
	NO.	**371**	**12468**	**7296**	**20135**
Mother Anemia Status					
Not Anemic		2.0	61.0	37.0	5071
Anemic		1.6	64.1	34.3	1593
Chi Square		.073			
Total	**%**	**1.9**	**61.8**	**36.4**	**100**
	No.	**125**	**4116**	**2423**	**6664**

Source: Calculated from the EDHS, 2014 raw data.

Non-anemic mothers tend to have higher percentage of thin and overweight/obese adolescent, whilst anemic women have the higher percentage of adolescent with normal body mass index. The chi-square test indicates a none significant relationship between mother's anemia and body mass index status with P-value (.073) at level .05.

2-2-2- Anemia Differentials

The EDHS (2014) included direct measurement of hemoglobin levels in a subsample of one third of all EDHS households. All never-married children age 6 months-19 years and ever-married women age 15-49 living in the households were eligible for the anemia testing. A capillary blood sample was collected for each eligible individual after consent was obtained. In the case of children age 0-14 years, consent was requested from a parent or other caretaker while for children age 15-19 years, both the consent of the parent or caretaker and assent from the child were required, (EDHS, 2014). The current study has investigated adolescent anemia differentials in light of the same background characteristics that's applied in EDHS 2014 to assess how these characteristics affect adolescent (10-19) anemia status.

Table (5) shows the percentage distribution of adolescents' (10-19) anemia status, according to demographic characteristics using EDHS, 2014. The table indicates a positive relationship between the adolescent age and their Anemia status, as the age group increases from (10-14) to (15-19) anemia increases and not having anemia decreases by the same value around (4 percent points). Chi-square test, shows a significant relationship between adolescent age and their anemia status with P-value (.000) at level .05.

Female adolescent (10-19) are characterized by having more anemia than male adolescent. The chi-square test indicates a significant relationship between sex and body mass index status with P-value (.015) at level .05.

Adolescent residing in rural areas are characterized by having anemia than urban areas by around 2 percent points, while the opposite, adolescent living in urban areas are characterized by having less anemia than rural area. The chi-square test indicates a significant relationship between place of residence and body mass index status with P-value (.068) at level .05.

Lower Egypt region either urban or rural having adolescent with much better health than other regions as they tend to have the highest percent of not having anemia (85.5% and 84.1%) respectively, while frontier governorates and upper Egypt urban and rural are characterized by higher percentage of anemia to reach 30.7%, 24.2% and 20.7% respectively. The chi-square test indicates a significant relationship between region and anemia status with P-value (.000) at level .05.

Table (5)
Percentage Distribution of Adolescent (10-19) Years Anemic Status, according to Demographic Characteristics, EDHS, 2014.

Background Characteristics		Anemia Level		Total
		Not Having Anemia	Having Anemia	
Adolescent Age Group				
10-14		82.0	18.0	3680
15-19		77.6	22.4	2730
Chi Square		.000		
Adolescent Sex				
Male		81.2	18.8	3438
Female		78.8	21.2	2972
Chi Square		.015		
Mother Age group				
15-19		77.8	22.2	230
20-24		83.0	17.0	913
25-29		79.8	20.2	1345
30-34		78.2	21.8	1213
35-39		81.9	18.1	1011
40-44		79.5	20.5	867
45-49		79.3	20.7	831
Chi Square		.089		
Place of Residence				
Urban		81.1	18.9	2805
Rural		79.3	20.7	3605
Chi Square		.068		
Region				
Urban governorates		81.7	18.3	1032
LE Urban		85.5	14.5	709
LE Rural		84.1	15.9	1606
UE Urban		79.3	20.7	897
UE Rural		75.8	24.2	1905
Frontier governorates		69.3	30.7	261
Chi Square		.000		
Total	**%**	**80.1**	**19.9**	**100**
	No.	**5135**	**1275**	**6410**

Source: Calculated from the EDHS, 2014 raw data.

Table (6) shows the percentage distribution of adolescent (10-19) anemia status, according to socioeconomic characteristics using EDHS, 2014. It illustrates adolescent with primary education having the higher percent among those who have not anemia while adolescent with no education are more anemic than other levels of education Chi-square test, results show a significant relationship between adolescent's education level and their Anemia status with P-value (.000) at level .05.

Table (6)
Percentage Distribution of Adolescent (10-19) Years Anemic Status, according to Socioeconomic Characteristics, EDHS, 2014.

Socioeconomic Characteristics		Anemia Level		Total
		Not Having Anemia	Having Anemia	
Adolescent Education Level				
No education		78.0	22.0	726
Primary		83.8	16.2	2026
Secondary		78.4	21.6	3463
Higher		81.0	19.0	195
Chi Square		.000		
Mother Education Level				
No education		78.3	21.7	1468
Primary		80.5	19.5	630
Secondary		80.7	19.3	3404
Higher		80.6	19.4	908
Chi Square		.255		
Father Education Level				
No education		78.4	21.6	1046
Primary		81.8	18.2	883
Secondary		79.9	20.1	3432
Higher		81.2	18.8	1049
Chi Square		.222		
Mother Occupation				
Not Working		80.3	19.7	5344
Working		79.2	20.8	1066
Chi Square		.402		
Father Occupation				
Did not Work		81.7	18.3	229
Employees		81.6	18.4	1750
Agriculture		80.5	19.5	858
Sales & Services		78.2	21.8	1041
Skilled workers		79.6	20.4	2532
Chi Square		.221		
Wealth Index				
Poorest		74.0	26.0	1497
Poorer		80.0	20.0	1307
Middle		83.6	16.4	1008
Richer		81.0	19.0	1185
Richest		83.4	16.6	1413
Chi Square		.000		
Total	**%**	**80.1**	**19.9**	**100**
	No.	**5135**	**1275**	**6410**

Source: Calculated from the EDHS, 2014 raw data.

Non-educated women their adolescent having less anemia percentage comparing adolescent's mothers with other levels of education, while primary, secondary and higher levels of mother's education have more adolescent with anemia than adolescent with non-educated mothers.), However, the chi-square test shows a non-significant relationship between mother's education level and adolescent anemia status. Regarding father's education level, it is clear that adolescent with fathers having primary educational level having higher percent of not having anemia, and lower percent of having anemia. However, the table also indicates that non-working mother's having adolescent with high percentage of not having anemia while the working is the opposite. Adolescent belonging to non-working fathers having the highest percent of not having anemia, while the same group has the lowest percent of having anemia. The chi square test shows non-significant relationship between adolescent anemia status and father's education, mother's occupation and father's occupation.

Generally, the wealth index represents the standard of living of the household the adolescent lives in, and can be recognized from the table that higher percent among adolescent living in the middle and richest quintile of the household characterized by no anemia comparing to the other wealth quintile, Chi square test shows a significant relationship between wealth index and adolescent Anemia status around with P-value (.000) at level .05.

III. Inequality in Adolescent Nutrition

The concentration index and concentration curve provide a means of quantifying the degree of income-related inequality in adolescent nutrition. It is used to quantify the degree to which adolescent nutrition subsidies are better targeted towards the poor than others, **(O'Donnell, O. A., Wagstaff, A., et al., 2008)**.

This section is divided into two parts; first part discussing inequality in adolescent BMI status and secondly, discussing inequality in adolescent Anemia status through concentration curve and concentration index using STATA program. The concentration curve plots the cumulative percentage of the health variable (y axis) against the cumulative percentage of the population, ranked by living standards, beginning with the poorest, and ending with the richest (x-axis). On the other hand, the concentration index (CI) ranges between -1 and +1. The sign of the CI reflects the direction of the relation between the health variable (Adolescent BMI, Anemia) and

household's position in the living standard distribution (wealth index). A CI with negative sign indicates that BMI, Anemia is concentrated among the poor, while a positive CI indicates that it is the better off who have a higher incidence of BMI, Anemia.

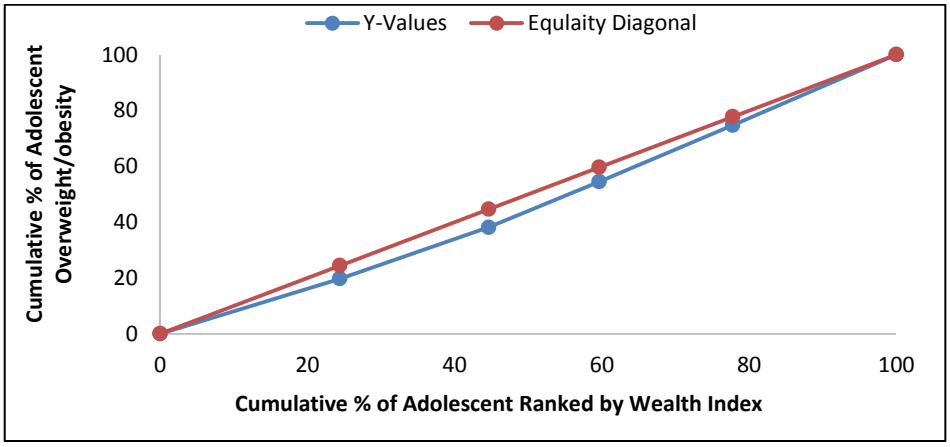
3-1- Inequality in Adolescent BMI

In this part of study quantifying inequality in adolescent's (10-19) nutrition represented in BMI status particularly overweight/obesity than thinness because it's globally considered as a major nutrition health risk and the proportion of overweigh/obesity though adolescent more than thinness proportion, obesity is currently the most common health problem for adolescents in developed countries. **(Eleanor K. Jator, 2005).**

3-1-1- Quantifying Inequality in Adolescent Overweight/Obesity

Quantifying inequality in adolescent overweight/obesity by using Concentration Curve. Figure (4) traces the rich are bearing the largest burden of adolescent overweight/obesity, The CC lies below the equality line which means that overweight/obesity concentrated through rich., Concentration Index (CI) value is positive (.083641) revealed that overweigh/obesity is concentrated through rich household where adolescent reside. Our results in Egypt is confirmed by **(Eleanor K. Jator, 2005)**, he concluded that overweight status is among those from high-income households.

Figure (4)
Concentration Curve Adolescent Overweight/Obesity in Egypt, 2014

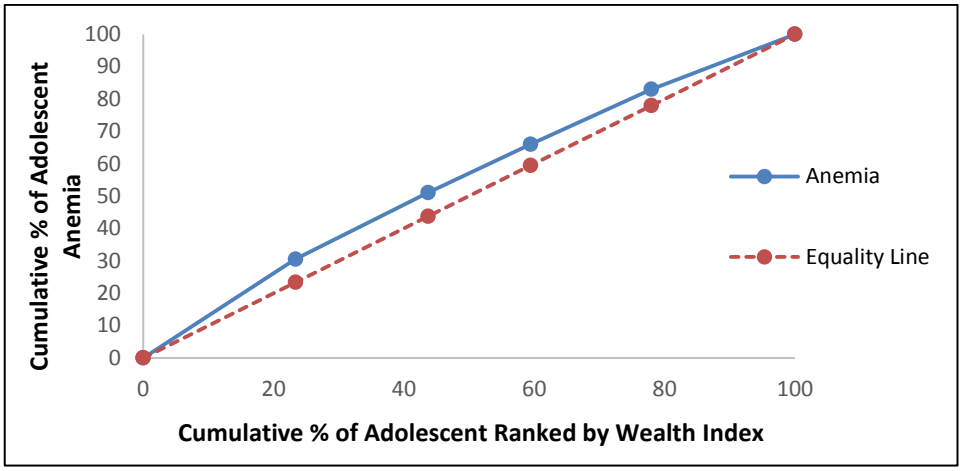


Source: Source: Calculated from the EDHS, 2014 raw data.

3-1-2- Quantifying Inequality in Adolescent Anemia

Quantifying inequality in adolescent anemia by using Concentration Curve, Figure (5) suggests that the poor are bearing the largest burden of adolescent Anemia, The Concentration Curve CC lies above the equality line which means that anemia is concentrated among poor. Concentration Index value is negative (-.09554) revealed that anemia is concentrated through poor household where adolescent reside.

Figure (5)
Concentration Curve for Adolescent Anemia in Egypt, 2014



Source: Calculated from the EDHS, 2014 raw data.

IV- Conclusion and recommendations

4-1- Conclusion of the Study

The main objective of this study is to quantify the degree of socioeconomic inequalities in adolescent nutrition in Egypt, specifically to examine the levels and differentials of adolescent nutrition (10-19), using the Egyptian and Demographic Health raw data 2014. The following are the main findings of this study; -

- According to BMI level, the percent of adolescent are in Normal category nearly about two third of the sample, followed by Overweight/obesity nearly more than one third, while thinness adolescent less than 2% percent, regarding anemia is more than 20% of the sample.
- Overweight/obesity, Normal percent increased with the increase of adolescent age, while thinness decreased the same issue with anemia

percent increased by adolescent age increased. On the other hand, Overweigh/obesity, Anemia are more prevalent through females' than males, unlike thinness & normal are more likely through male adolescent than females.

- Overweight/obesity is more prevalent in Urban than Rural, unlike thinness, normal, but Anemia is more prevalent in rural than Urban, in the same context both of overweight/obesity, anemia are more frequent in Urban governorates, LE Urban, LE Rural controversy to thinness & normal.
- The study portrayed a significant relationship between adolescent age, sex, place of residence, region and adolescent BMI the same condition can applied in relation to adolescent anemia but place of residence is not significant.
- Adolescent education level and wealth index are most important factors affect in adolescent BMI & Anemia, whilst overweight/obesity is more among adolescent have secondary and high education, but anemia is more frequented through who're have no education and secondary, but thinness is highly among those with primary education while normal more likely among those have no education, in same education context, mothers' education significantly affect in adolescent BMI, whilst thinness, normal is more frequent through those whose mothers' have no education and primary education, amazingly finding overweight/obesity is more frequent through adolescent whose mothers' have secondary or high education.
- A significant relationship between wealth index and adolescent BMI, whereas Thinness is more frequent through poorest and poorer around 2% for both, than rich, whilst overweight/obesity is more prevalent through richer and richest around (40%, 41%, respectively), also anemia is likely through poorer and poorest for both around 26 % comparing with those're richest and not have anemia around 83%.
- A significant relationship between Mother's BMI and Adolescent BMI, meanwhile thinness & overweight/obesity is more frequented though whose mothers are overweight/obese around (2%, 37% respectively), and Normal likely through whose mothers 'are thin around 77%.
- CC shows that overweight/obesity is lies under the equality line and that's mean it's more concentrated through rich adolescent, whilst

Anemia lies above the equality line mean that it's concentrated through poor adolescent, on the other side CI results proofing CC results, while overweight/obesity is more concentrated through rich with positive **CI =.083641**, whilst anemia is concentrated through Poor with negative **CI = -.09554**.

4-2- Recommendations of the Study

Socioeconomic inequality considered as dominant factor affecting in the levels and types of adolescent nutrition's status presented in their BMI status, Anemia Status insights a lot of main background characteristics, based on the findings of the present study, the following recommendations can be addressed:

- Promote more actions for poorer and poorest who are suffering from anemia, such as increasing iron content in food through proper diet, and supplementation, especially in Frontier Governorates as well as the least advantageous groups in all other regions, especially Upper Egypt (Urban, Rural).
- Enhance nutrition education in schools to promote healthy diet awareness regarding the appropriate quantity and typed of food, through mass media.
- Promote healthy nutritional habits and behaviors through IEC to change the unhealthy nutritional cultures, especially in Urban governorates LE Urban & LE Rural.
- More studies are required in Egypt related adolescent nutrition system, habitats and cultural nutrition behaviors of adolescent.

- References

- CAPMS, (2015), Egypt statistical Year Book, Cairo, Egypt.

- CAPMS, (2016), Egypt in Figures, Cairo, Egypt.

- Fuhr, E., Janet & Barclay H., Kathy & J. Robertiello, (1998), The Importance of Appropriate Nutrition and Nutrition Education, National Association for the Education of Young Children (NAEYC), Vol. 53, No. 1 (JANUARY 1998), pp. 74-80.

- Gakidou E., Emmanuela and Murray J.L., Christopher & Frenk, Julio (2009), Framework for Measuring Health Inequality, WHO, Health Management and Planning.

- Gesch, Bernard (2014). Adolescence: Does good nutrition, good behavior? Nutrition and Health 2013, Vol. 22 (1) 55–65, University of Oxford, UK.

- Hong, Rathavuth & Mishra, Vinod, (2006). Effect of Wealth Inequality on Chronic Under-nutrition in Cambodian Children, Journal of Health, Population and Nutrition, Vol. 24, No. 1 (March 2006), pp. 89-99.

- IDSC, (2013), The Egyptian Cabinet Information and Decision Support Center, the Cost of HUNGER in Egypt Implications of Child Undernutrition on the Social and Economic Development of Egypt, Funded by World Food Programme (WFP) & other organization. Retrieved from website https://www.wfp.org/content/egypt-cost-hunger-implications-child-undernutrition-social-economic-development-june-2013 .

- Jator, K., Eleanor (2005). The Relationship between income and obesity among adolescents in the united states: what makes a difference, Doctorate dissertation, Capella University, USA.

- Kark, M., & Rasmussen F., (2005). Growing social inequalities in the occurrence of overweight and obesity among young men in Sweden, Division of Epidemiology, Stockholm Centre of Public Health.

- Khalifa, G. Safiya & Shaker, H.M. Raneyah & Yosef, O. Doaa (2014), Obesity Among Primary School Children: Associated Social, Dietary and Behavioral Factors, Kafr Sakr District, Sharkia Governorate Egypt, 2012/2013, The Egyptian Journal of Community Medicine Vol. 32 No. 1 January 2014.

- Ministry of Health and Population [Egypt], El-Zanaty and Associates [Egypt], and ICF International. 2015. Egypt Demographic and Health Survey 2014. Cairo, Egypt and Rockville, Maryland, USA: Ministry of Health and Population and ICF International. Ministry of Health and Population and ICF International.

- O'Donnell, O. A., Wagstaff_, A., et al. (2008). Analyzing health equity using house-hold survey data: a guide to techniques and their implementation. World Bank Publications.

- UNDP, (2015), Human Development Report (HDR): Work for Human Development Empowered live, United Nations Development Programme, New York, NY 10017, USA.

- Van de Poel, Ellen & Hosseinpoor, Ahmad Reza, & Speybroeck, Niko & Van Ourti, Tom & Vega, Jeanette, (2008). Socioeconomic inequality in malnutrition in developing countries, Bulletin of the World Health Organization 2008;86:282–291.

- Peltzer, Karl & Pengpid, Supa (2011), Overweight and Obesity and Associated Factors among School-Aged Adolescents in Ghana and Uganda, International Journal of Environmental Research and Public Health, ISSN 1660-4601 www.mdpi.com/journal/ijerph, accessed on line on Saturday 2 pm 10- October 2016.

- PRB, (2016), Population Reference Bureau, 2016 World Population Data Sheet with A Special Focus on Human Needs and Sustainable Resources, Washington, USA.

- SCF, (2015), Save The Children Fund, Adolescent Nutrition Policy and Programming in Sun^{+} Countries, London, UK.

- WNS, (2000), 4th Report on The World Nutrition Situation: Nutrition throughout the Life Cycle, UN, 2000.
- WHO, (2005), Nutrition in adolescence: issues and challenges for the health sector: issues in adolescent health and development, Geneva 27, Switzerland. adolescent health and development.
- WNS, (2010), 6th Report on The world nutrition situation progress in nutrition. UN, 2010.
- WHO, (2016), World Health Statistics (WHS): Monitoring Health for The SDGs Sustainable Development Goals, Switzerland.
- WHO, (2015), Licensee BMJ, Nutrition and health in women, children, and adolescent girls, Francesco Branca & Ellen Piwoz & Werner Schultink & Lucy Martinez.

Websites:

https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2119rank.html Accessed on Monday, 10-10-2016.
http://www.unicef.org/egypt/adolescence_114.htm Accessed on Monday, 10-10-2016.

Decomposing Socioeconomic Inequalities of Adolescent Girls (10-14) in their Multi-Dimensional Development; Iraq 2011

Feras Mouein AbdAlradha* **Mona Tawfik Yousif****

- 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.

* Special Diploma Student from Iraq at Cairo Demographic Center, Egypt; fdeab@yahoo.com
** Head of Training Unit and Staff Member at Cairo Demographic Center, Egypt; mona_ty61@yahoo.com

I- Introduction

1-1- Scope of the Study

Adolescents form a sizeable proportion of the population and an important resource of any country; it is a time of transition between childhood and adulthood. This transition involving multi-dimensional changes: physical (biological), psychological (including cognitive), social and behavioral. Biologically, adolescents are experiencing pubertal changes, changes in brain structure and sexual interest, as a start. Psychologically, adolescents' cognitive capacities are maturing, and finally, adolescents are experiencing social changes through school and other transitions and roles they are assumed to play in family, community and school. These changes occur simultaneously and at different paces for each adolescent within each gender, with structural and environmental factors often impacting adolescents' development. **(UNICEF, 2014).**

Adolescence is a time of opportunity, not disturbance, it can be defined in two stages: early, between the ages 10-14, and late, between the ages of 15-19. Early adolescence is not only experience rapid physical transformations, typically occurring before the age of 14 years old, but they also experience significant brain and cognitive development, such as the ability to make more refined and calculated decisions, during this time period. Early brain development has been shown to be crucial for later cognitive development and learning; **(UNICEF, 2005)**.

Adolescent girls have fundamental human rights including the right to education, food and healthcare as well as to be protected from violence. The Convention on the Rights of the Child (CRC) clearly outlines their rights and heralds them as the innate benefit of both girls and boys. UNICEF is guided by the CRC along with CEDAW and therefore is mandated to invest in adolescent girls as rights-bearers and a marginalized population. The UN Joint Statement on Adolescent Girls underscores the understanding that "educated, healthy and skilled adolescent girls will help build a better future." Adolescent girls are a vital section of the population; their empowerment and protection has broad ranging effects. Girls who stay in school, marry later and delay childbearing often have healthier children, are able to earn better incomes that benefit themselves, their family, community and nations. However, while girls are tremendous sources of support they also face specific vulnerabilities and challenges, and reaching girls in early

adolescence offers an opportunity to guide their development, self-discovery and identity in positive ways. **(UNICEF; 2014)**.

Empowerment of adolescent girls is an essential issue for their individual development, as it is a matter of social justice and recognition of their rights, as well as it is considered as a serious point for promoting civic participation. It is also enable them to take control over their own lives as it is an ideal phase of life for reshaping gender roles and restoring a sense of empowerment. In addition to empowerment of adolescent girls helps break the cycle of poverty, and can contribute to reducing high rates of fertility and of sexually transmitted infections (STIs), including HIV/AIDS, in the Region. Finally, empowerment of adolescent girls is necessary for achievement of the Millennium Development Goals that relate to improvement of women's health, nutrition, education, gender equity, dignified work, and access to basic vital resources and new technologies. Progress on any one of the MDGs has effects on the other MDGs; thus, progress on the MDGs, singularly or as a group, has a positive impact on empowerment of adolescent girls, **(Pan American Health Organization, 2010)**.

1-2- Importance of the Study

The recognition of the importance of this stage of early adolescent has emerged the convention on the right of child/adolescent development as they are considered to be the future generation.

The right to a child's development has been accepted and embraced by the international community. The Convention on the rights of the Child and young people under the age of 18 clearly highlights the importance of child and young people development, saying that a child has a right to develop to "the maximum extent possible." (Article 6) and that "States Parties recognize the right of every child to a standard of living adequate for their physical, mental, spiritual, moral and social development." **(Article 27; UNICEF, 2010).**

It, was a period of "growing up forgotten", it was also labeled as "storm and stress" and not well served by our society and its institutions **(John H. Lounsbury, 2015),** but recently it was recognized as a distinct stage of human development and understood that most adolescent pass through this developmental period without undue stress, although many do experience difficulty, especially in the developing countries rather than developed ones.

Albert Schweitzer considered that "The most important years in life are those between ten and fourteen. This is the time to plant the seeds of knowledge in the mind—afterwards it is too late. This is the time to acquaint the young with the great spirits of mankind." **(UN, 2010)**. Thereby, no other age level is of more importance to the future of individuals, and, literally, to that of society; because these are the years when youngsters crystallize their beliefs about themselves and firm up their self-concepts, their philosophies of life, and their values; ignoring these formative years, individuals change very little in significant ways in values and standards. Alfred North Whitehead proclaimed that these are the years "during which the lines of character are graven; **(WHO, 2014, The Positive Potential of Early Adolescence).**

Adolescence is a time of many transitions for both themselves and their families. To ensure that they pass these transitions successfully, it is important for both to understand what is happening to this stage physically, cognitively, and socially; how these transitions affect them; and what support resources they need. Therefore understanding their needs, knowledge, perceptions, and ambitions is essential, so as to maximize their future well-being.

1-3- Problem of the Study

Adolescence, intermediary phase from childhood to adulthood, is a delicate phase of life. It is estimated that there are about 1.2 billion (10 -19) adolescent girls representing about (18%) of the entire world's population. Unique changes may occur during this period and adult patterns are established **(WHO; 2014)**. The never-ending sequence of physical and psychological adaptations of adolescents has a remarkable influence on the social and behavioral aspects of their lives. The lack of connection between the real and the ideal perception are some of the main reasons responsible for the determinants of early adolescent girls (10-14) development.

Adolescence is a fascinating, critical life stage. It is different from the childhood that comes before it and it has important outcome for the adulthood that follows. Young people passing through adolescence need particular support and special services, **(WHO, 2014)**.

In developing countries, adolescent girls, who is the most marginalized face a triple handicap from the start: being female, being poor, and living in remote rural areas, **(Winthrop & McGivney, 2016 p. 287)**. They

remain invisible in national policies and programs, live in poverty, are burdened by gender discrimination and inequality, and are subject to multiple forms of violence, abuse, and exploitation, such as child labor, child marriage and other harmful practices. The full potential of these girls and their contribution to their communities have yet to be realized. **(United Nations et. al., 2010)**.

Population projections of (CSO) Central Statistical Organization-Iraq reveal that the total number of girls (10-14) years in Iraq is estimated to be 1.9 million in (Year 2012); which comprises 6% of total population. This proportion of adolescent girls will be the mothers of future, and as most developing countries, Iraq is bounded by traditions and cultural behaviours against adolescent girls (10-14).

Recently the early adolescent years have been viewed as the second and last chance to influence youth, to set their direction for the future. Therefore adolescent girls deserve a care for their development as individuals and a care from the family, communities, and civil society; as the main problem in Iraq, lies in a culture of silence surrounding gender based empowering adolescent girls.

1-4- Objectives of the Study

The general objective of this study is to monitor the development levels of adolescent girls' and to explore whether their perceptions show significant differences with respect to certain background characteristics. As the support of the family has a significant effect on the quality of adolescent girls' perception development, it is important to have a deeper insight to some socioeconomic inequities across the highest educational grade completed of the mother concerning adolescent girls' development. More specifically the study will achieve the following objectives:

- Construct adolescent girls' development dimensions indices with addition to the overall development.
- Assess the levels of adolescent girls' development dimensions in Iraq.
- To differentiate the demographic and socioeconomic factors affecting the adolescent girls' developmentindices dimensions in Iraq.
- To quantify the determinant's contributions of the socioeconomic inequality in adolescent girls' development dimensions.

1-5- Data Source and its' Limitations

The study relies mainly on secondary data from the "Iraqi Women Integrated Social and Health Survey (I-WISH)", 2011. It is a modified version of PAPFAM household survey. It covered all Iraq 18 governorates including 3 governorates in Kurdistan region. This survey is the first survey that addresses women issues on the basis of life cycle approach (adolescence, reproductive, after reproductive and elderly stages) from empowerment, health, reproductive health, violence against women and other relevant social and health dimensions to establish a comprehensive database on Iraqi woman issues across life cycle. The innovation in I-WISH is the comprehensive approach beyond reproductive role of women, and the involvement of new modules on female adolescent and a module on man knowledge, perception and behavior in regard to women issues.

The main objective of I-WISH is to provide a precise, and disaggregated data set about Iraqi woman, it interviewed a nationally representative sample of (10523) households, the response rate was 99.7%, and (10097) ever married women aged 15-49 with response rate of 99.4%, and (3161) adolescent girls (10-14); the response rate was(97.4%).

The study used the data set of adolescent girls (10-14), it was collected by choosing one girl from each family of age (10-14) years old who have never married, it address some important questions about physical, cognitions and social development of the adolescent girls regarding their rights of knowledge, behaviour and future ambitions related to puberty, education, violence, etc.

The limitations of the data focus on the questionnaire itself which represents subjective questions about the level of development and awareness of the adolescent girls. So as there is a culture of silence surrounding gender-based empowering adolescent girls and perceptions and their rights, that makes collection of data on this sensitive topic particularly challenging. Even adolescent girls who want to speak about their experiences may find it difficult.

1-6- Methodology of the Study

The study implemented two main methods based on descriptive and in-depth analysis. The first one related to measure the levels and background characteristics of adolescent girls' development dimensions, so descriptive measures such as proportions, means are used.

The second approach is classified into two methods; the first one is to create indices for the adolescent girls' development dimension (physical, cognitive, social and behavioral) with addition to the overall development using factor analysis (Principal Components). The second one is to monitor the levels of socioeconomic inequality. There are various measures of inequality, but as suggested by **(Wagstaff *et al*., 1991)**, the Concentration Curve (CC) and Concentration Index (CI) are among the few measures that satisfy these criteria.

In light of its usefulness not only to quantifying adolescent girl's development inequalities, but also to decomposing the contribution of various factors to adolescent girl's development inequalities, we used the CI to examine socioeconomic related inequality in the distribution of adolescent girls' development dimensions in Iraq.

In this paper, adolescent's mother highest educational grade is the main socioeconomic indicator used (there are other indicators of socioeconomic status like assets index, wealth quintile, income, education, employment status, composite socioeconomic status among others, indicating positions in the society **(Oakes, J.M.,2003)**. The value of the concentration index can vary between -1 and +1. Its negative values imply that a variable is concentrated among disadvantaged people while the opposite is true for its positive values. When there is no inequality, the concentration index will be zero, **(Wagstaff et al., 1991)**. The concentration index formula is as follows:

$$C = \frac{2}{\mu} cov_w(y_i, r_i)$$

To calculate the concentration index, logistic regression is applied to identify the determinants of the overall adolescent girls' development. Then to decompose socioeconomic inequality in adolescent girls' development into its determinants, a decomposition analysis allows one to estimate how determinants proportionally contribute to inequality in adolescent girls' development.

To do a decomposition analysis, the following steps are required:

- (i) Regress the development variable against its determinants through an appropriate model (Delta regression (dy/dx) for binary variable using

STATA software version 12. This results in finding the coefficients of the explanatory variables(β_k);

$$Ln\ odds_{Development} = a_i + \sum \beta_1 x_1 + \cdots + \beta_i x_i$$

- (ii) Calculate the means of the development variable and each of its determinants$(\mu\ and\ \bar{x})$;
- (iii) Calculate the concentration indices for the development variable and for the determinants$(C\ and\ C_k)$;
- (iv) Then calculate the absolute contribution of each determinant by multiplying the development variable elasticity with respect to that determinant and its concentration index;$(\beta_k \bar{x}_k/\mu)C_k$.
- (v) Calculate percentage contribution of each determinant simply through dividing its absolute contribution by the concentration index of the development variable. $(\beta_k \bar{x}_k/\mu)C_k/C$.

1-7- Literature Review

There is a growing body of literature in which efforts have been made to handle adolescent girls' development dimensions, but most of the literature context focused on the perception of physiological development regardless the other dimensions of development. Few researches have handle inequality in the adolescent girls' development as a whole or related to any of its dimensions. The following are some of the literatures review:

In rural areas, adolescents may face troubles due to lack of right kind of information regarding their own physical and or sexual developments. **(K. Malleshappa, et.al., 2011)** studied the effectiveness of a reproductive health education package as intervention program in improving the knowledge of adolescent girls aged between 14-19 years in Kuppammandal, India. The package developed in consultation with parents, teachers and adolescent to educate the girls. Findings indicated the reproductive health Knowledge score improved significantly after intervention a reproductive health education intervention program improves the knowledge and attitude among rural adolescent girls regarding reproductive health. Similarly in rural Bangladesh, **(Bachera A. et.al. 2013)**, conducted a study to explore the current status of reproductive health knowledge, among the students. It concludes that there is a lack of knowledge on reproductive health among the adolescent girls and boys of rural secondary schools. The students did not

know about physical changes in puberty before the onset of such changes and mostly learnt about them from their own bodily experience.

Awareness levels of menstruation and related aspects among adolescent girls as studied in India by **(Shipra N., 2010)** and **(Tarhane S, Kasulkar A., 2015)** was found to be at an average level, but the meaning of menstruation is not known and it was associated with bad/unclean blood. Knowledge of hygienic practices during these times was found to be good.

MK Gupta, et.al. ;(2013) in their study of "Perception Regarding Sexuality among Adolescent Girls: A Community Based Study From Rural India" which aims to assess the knowledge and behavior of adolescent girls regarding sexuality to check the epidemic of HIV/AIDS, it concluded that although involvement in premarital sexual relationships was not too much but awareness regarding STDs and safer sex were not satisfactory.

Regularly Physical activity is well-documented to have beneficial effects on people`s physical, as well as mental health. Perceived physical activities during adolescence is very important for their health. **(T., Kjetil, 2013);** studied the association between leisure time physical activity and perceived health among 10-14 year old adolescents in the municipalities of Balsfjord, Norway. He found that both boys and girls, perceived health seems to improve with increasing amount of leisure time physical activity. The most active adolescents perceived their health significantly better than their less active peers.

So far, two studies in the area of physical activity in the adolescent girls' leisure time handled the decomposing and socioeconomic inequalities.

The first one, regarding the Physiological aspect, adolescent faces changes in the shape of their body related to overweight and obesity. **(L. Nichola Shackleton, 2014)** studied the socioeconomic inequalities in adolescent's weight status in the UK. He found that adolescent from lower socioeconomic groups do have a higher prevalence of overweight and obesity, he concluded that the high prevalence rates of adolescent obesity in the UK could be reduced by reducing these inequalities. A reduction in these inequalities could have indirect economic advantages. So in order to effectively tackle the socioeconomic inequalities in adolescent

overweight/obesity it is necessary to study what is driving the inequalities, such as income, parental education, and social class.

The second study, was done by (**G., Eduardo et.al., 2016)**, they examined the income-related inequality regarding leisure-time physical inactivity in Spanish adolescent, followed by a decomposition analysis to determine the factors that explain income-related inequalities. The study concluded that there is a significant socioeconomic gradient favoring the better-off associated with leisure-time physical inactivity amongst Spanish adolescent. Income shows the highest contribution to total inequality, followed by education of the head of the household. The contribution of several factors (education, place of residence, age) significantly differs by gender.

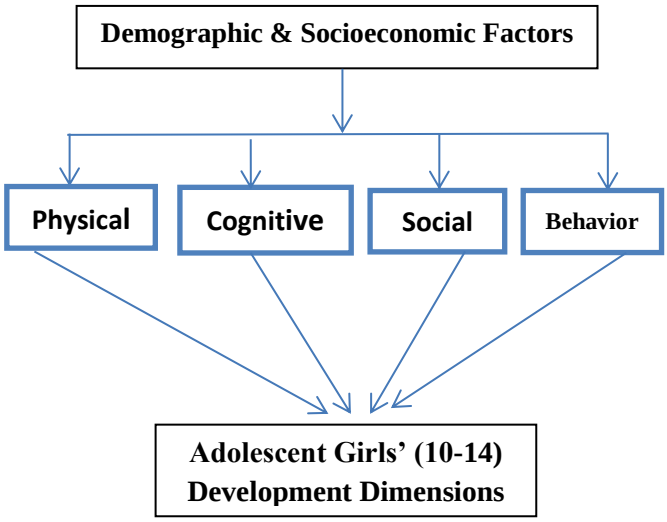
Nowadays, increasing need for adolescent girls' development dimensions research of inequality in socioeconomics factors such as standard of living, or parental education. Few articles handled these issues. Iraqi Women Integrated Social and Health Survey (I-WISH)", 2011, used the data set of adolescent girls (10-14), it was collected by choosing one girl from each family of age (10-14) years old who have never married, it address some important questions about physical, cognitions, social and behaviour development of the adolescent girls regarding their rights of knowledge, behaviour and future ambitions related to puberty, education, and violence; but they did not use this set of data to analysis the situation of adolescent girls' dimensions in Iraq. Recently, by May 2016, UNICEF conducted an assessment report, of Adolescent girls of Kurdistan Region to identify the key challenges adolescent girls face, in particular, related to Gender Based Violence (GBV) as well as identifying the gaps in service provision to meet the needs of adolescent girls. Till then, no analysis of socioeconomic inequalities in adolescent girls development dimensions have been conducted in Iraq. Therefore then, this study is considered the first in Iraq.

1-9- Conceptual Framework of the Study

The conceptual framework that is developed by the researcher, to describe the interaction between the demographic, social economic factors as for adolescent girls' (10-14) development dimensions, Figure (1). It shows how the interactions between these factors contribute to adolescent

girls' development in Iraq. In this study the dependent variable is adolescent girls development indices and the independents are demographic and socioeconomic variables.

Figure (1)
Conceptual Framework of the Study



Source: Developed by the researcher.

II- Adolescent girl's development dimensions, levels and differentials

Early adolescent is a period characterized by so many changes at so many different levels, when children face the biological transformations of puberty, the educational transition from elementary to preparatory school, the psychological shifts that accompany the emergence of sexuality, the social changes and their behavior as well. With rapid change comes an increased potential for both positive and negative outcomes, creating important opportunities for families, schools, and out-of-school programs to interact with adolescents in a way that fosters growth and development, **(L. Lewis, 2012).**

This section focuses on two items. The first one investigates the levels of adolescent girl's development dimensions in Iraq. Secondly, it deals with differentials of demographic and socio-economic variables.

2-1- Levels of Adolescent Girls' Development Dimensions

There are four main dimensions of adolescent girls (10-14) development that had been addressed in the questionnaire of the"Iraqi Women Integrated Social and Health Survey (I-WISH)", 2011. To better understanding of the levels of each dimension - Physical, Cognitive, Social, and Behavior - indices were constructed using Factor Analysis, based on the questionnaire available in the Iraqi survey, four indices were constructed for each dimension with the addition to the overall dimension of development which consists of the four indices.

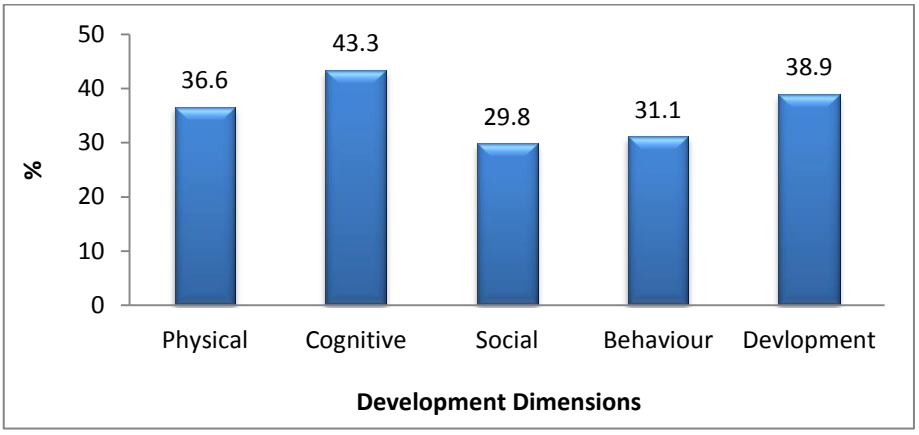
Physical development: During the teen years, adolescents experience changes in their physical development at a rate of speed unparalleled since infancy. It includes: a) rapid gains in height and weight, results from increased muscle development in boys and body fat in girls; and b) development of secondary sex characteristics, i.e. during puberty, changing hormonal levels play a role in activating the development of secondary sex characteristics, **(R., Novella, 2009)**. An index was constructed from the questionnaire related to the adolescent girls' perception of the physical development regarding boys and girls. The level of adolescent girls' perception (10-14) is about one third of the girls sample (36.6%) as shown in Figure (2), that means about two third of adolescent girls in Iraq do not have enough knowledge about physical development either for themselves or for boys.

Cognitive Development: Changes in anatomy and functioning seem to result in a brain that is more efficient and more adapted to the surrounding environment, that means better thinking skills which is divided into several areas: a) developing advanced reasoning skills, b) developing abstract thinking skills, c) developing the ability to think about thinking in a process known as "meta-cognition", **(R., Novella, 2009)**. The survey collected the data of cognitive in the form of several questions representing the adolescent needs' to be more knowledgeable about, i.e., familial rights, proper food, how to deal with elderly, disables and boys, their religious rights and duties, and expressing their opinions freely.

Figure (2) illustrates the percentage of adolescent girls' (10-14) development dimensions. Cognitive dimension represent nearly about two-fifth of the sample of adolescent girls' (43.3%) that percept they need more information about different aspects concerning their health, reproductive health and other life skills; still three-fifths are lacking behind do not perceive their needs.

Social Development: Represented in the form of social competence which is the capacity to be sensitive and effective in relating to other people. The skills necessary for managing social and successful relationships have been called "emotional intelligence" and include self-awareness, social awareness, self-management, and the ability to get along with others and make friends. **(C., McNeely, and J., Blanchard, 2009)**. Social Development represents by the questionnaire about practicing sports in other place than school, having friends in their age, have freedom to go outside alone, prefer to be alone or in group, etc. The level of social development of adolescent girls' is a little bit less than the third of the total sample (29.8%), the remaining is about two third do not have social development which is not in the favor of the self-stem of adolescent girls.

Figure (2)
Percentage of adolescent girls (10-14) Development Dimensions (Physical -Cognitive - Social –behavioral), I-WISH, 2011



Source: Calculated from the raw data of I-WISG, Iraq, 2011.

Behavior Development: All of the ways adolescents develop—cognitively, physically, socially,—prepare them to experiment with new behaviors as they transition from childhood to adulthood. This experimentation in turn helps them to fine-tune their development in these other realms. Risk taking in adolescence is an important way that adolescents shape their identities, try out their new decision-making skills, and develop realistic assessments of them. Such exploratory behaviors are natural in adolescence, and teens need room to experiment and to experience

the results of their own decision making in many different situations. This can present some challenges in terms of taking care of their health, but is an important part of learning. **(H. Ann and C. John, 2014).**

Figure (2) illustrates that behavioral development to be 31.1%, it is clear that all dimensions of development ranges about third of the sample except cognitive dimension, as well as the overall development represents about two fifth (40%) of adolescent girls, still a lot of efforts needed to be done in order to develop adolescent girls positively for themselves and the society.

2-2- Differentials of Adolescent Girls' Development Dimensions

The physical changes that herald adolescence are the most visible and striking markers of this stage. However, these physical changes represent just a fraction of the developmental processes that adolescents experience. Their developing brains bring new cognitive skills that enhance their ability to reason and to think abstractly. Their social development involves relating in new ways both to peers and adults. They begin to experiment with new behaviors as they transition from childhood to adulthood, **(American Psychological Association, 2002).**

Differentials of adolescent girls (10-14) development dimensions are illustrated in Table (2) according to demographic and socio-economic factors.

Mother's age groups showing a systematic fluctuation levels of adolescent girls (10-14) development dimensions regarding the young age groups and starting to decrease a little bit for the last two age groups, which may return to that older mothers living with their country's traditions and culture which do not encourage positive development. The Chi-square test shows significant association with cognitive dimension only and the overall development which is an index of all the dimensions.

Residing in urban or rural area, adolescent girl's development dimensions do not significantly differ except for social development as it ranges between 36.5% for urban and 21.5% for rural, as it is expected in urban areas families are more civilized than rural areas. With respect to the total development dimension figures shows significant difference that favors urban to reach about 40.7% comparing to rural 36.7%.

Kurdistan as a separate region than other governorates differs in characteristics, it is clear from Table (2) a significant differentials between regions and the levels of adolescent girls development dimensions, the percentage of adolescent girls (10-14) development regarding cognitive and social having higher percentages than other dimensions in Kurdistan region comparing to other governorates, represent 49.7% and 45.4% versus other governorates 42.1% and 37.7% respectively. Whilst for physical and behavior dimensions it is in favor of other governorates than Kurdistan region.

According to Lloyd and Young (2009), in the context of life stages and opportunity, an adolescent girl stands at the doorway of adulthood. In that moment, much is decided. If she stays in school, remains healthy, and gains real skills, she will marry later, have fewer and healthier children, and earn an income that she'll invest back into her family. But if she follows the path laid down by poverty, she'll leave school and enter marriage. As a girl mother, an unskilled worker, and an uneducated citizen, she'll miss out on the opportunity to reach her full human potential. And each individual tragedy, multiplied by millions of girls, will contribute to a much larger downward spiral for her nation.

Table (2) portrays that adolescent girl's education is very important factor for her development, there is a significant positive relationship between adolescent girl's dimensions of development and her education, as the levels of education increases the percentage of adolescent girls development increase in each dimension as well as the overall development. It is hypothesized that girls with more education have greater resources to draw upon in times of need.

Although father's education is important for the family development, it shows no significance differences except for the overall development. The percentage of adolescent girls (10-14) development in general is higher among the intermediate and preparatory levels of education more than non-educated fathers for all development dimensions, whilst university level of father's education is the highest among two dimensions only - cognitive and social – with addition to the overall development of adolescent girls.

What we are learning around the world is that if women are healthy and educated, free from violence, have a chance to work and earn as full and equal partners in society, their families will flourish. **(Sperling and Winthrop, 2015)**.

Mother's educational level have different pattern than that of the husband, it shows positive relationship with the adolescent girls development dimensions, as the educational level of the mother increases the percentage of the adolescent girls development increases till primary level followed by a decrease in diploma level. Whilst university level witness an increase in the percentage of adolescent girls development dimensions for physical, cognitive, social, and overall development to be 38.9%, 57.8%, 35.6%, and 51.1% respectively comparing with the percentages of adolescent girls development for non-educated mother that reveals a lower level about 35.7%, 40.3%, 29.1%, and 35.9% except for cognitive development dimensions, its' highest percentage of adolescent girls development is for the intermediate level. Chi-square test shows significance relationship between mother's educational level and adolescent girls (10-14) development for only physical and social dimensions with addition to the overall development.

Table (2)
Percentage of Adolescent Girls (10-14) Development Dimensions According to Background Characteristics, I-WISH, Iraq, 2011

Background Characteristics	Development Dimensions					Total No.
	Physical	Cognitive	Social	Behavior	Development	
Mother's Age						
15-19	36.3	44.7	30.8	30.8	40.9	826
20-24	36.1	46.3	32.2	27.5	41.0	363
25-29	37.9	42.1	30.1	32.3	37.4	641
30-34	37.1	46.6	27.9	33.0	41.2	639
35-39	36.3	39.2	28.8	29.5	35.1	587
40 +	30.5	32.4	30.5	37.1	33.3	105
P-value	**.802**	**.013**	**.720**	**.285**	**.036**	
Place of Resident						
Urban	37.8	44.5	36.5	31.1	40.7	1761
Rural	36.0	41.8	21.5	31.2	36.7	1400
P-value	.102	.123	.000	.927	.022	
Regions						
Kurdistan	23.9	49.7	38.4	16.7	45.4	503
Other Governorate	39.0	42.1	28.2	33.9	37.7	2658
P-value	**.000**	**.002**	**.000**	**.000**	**.001**	
Girl's Education						
No education	36.1	37.1	13.3	32.1	31.7	722
Primary	27.2	43.4	33.1	34.4	38.8	1715
Intermediate	59.7	49.0	38.5	22.4	45.9	688
Preparatory	50.0	55.6	38.9	22.2	55.6	36
P-value	**.000**	**.000**	**.000**	**.000**	**.000**	

Table (2) Continued

Background Characteristics	Development Dimensions					Total No.
	Physical	Cognitive	Social	Behavior	Development	
Father's Education						
No education	35.3	41.4	29.0	31.5	35.5	831
Primary	37.7	45.0	29.6	31.5	41.5	1186
Intermediate	40.4	42.9	30.0	30.4	39.3	473
Preparatory	36.4	42.2	33.7	32.9	38.4	258
Diploma	31.7	38.7	26.1	30.7	34.2	199
University	31.8	47.7	32.7	27.1	42.5	214
P-value	**.135**	**.288**	**.503**	**.807**	**.053**	
Mother's Education						
No education	35.7	40.3	29.1	32.0	35.9	1242
Primary	38.0	44.4	29.5	30.5	40.2	1275
1ntermedate	31.7	45.7	29.3	33.7	40.2	341
Preparatory	47.7	46.7	34.6	26.2	43.9	107
Diploma	32.1	42.5	34.9	24.5	39.6	106
University	38.9	57.8	35.6	31.1	51.1	90
P-value	**.038**	**.013**	**.504**	**.396**	**.027**	
Father's Work						
Not working	37.6	45.4	31.4	30.0	41.0	1352
Working	35.8	41.7	28.7	32.0	37.4	1809
P-value	.277	.039	.104	.248	.043	
Mother's Work						
Not working	36.3	43.1	29.6	31.0	38.3	2874
Working	39.0	45.6	32.4	32.1	45.6	287
P-value	**.365**	**.402**	**.318**	**.722**	**.015**	
Mass media						
No	33.9	30.4	25.2	29.6	27.8	115
Yes	36.7	43.8	30.0	31.2	39.4	3046
P-value	**.547**	**.005**	**.270**	**.712**	**.013**	
Total **%**	36.6	43.3	29.8	31.1	38.9	3161
Total **No.**	1156	1369	943	984	1231	

Source: Calculated from the Raw data of I-WISH, Iraq, 2011.

Working fathers have lower levels of adolescent girl's development than those who are not working; it may be due to the conflict in Iraq that impact on the adolescent girl's development, working status of the father shows significance relationship with cognitive development dimension and overall development.

Mother's working status influence the development of adolescent girls (10-14). Table (2) illustrates that working mothers have a higher level of adolescent girl's development than those who are not working, there is not significance relationship of mother's work and adolescent girl's development except for overall development.

Media includes radio, television, movies, newspapers, magazines, Web sites and billboards. It has a strong influence especially for adolescent girls, it influence them on how an adolescent girl's body should look, dress, behave and how to be independent in their lives either positive or negative **(Davidson, T. E., & McCabe, M.P., 2006)**. Adolescent girls (10-14) who are exposed to mass media having a higher level of development regarding the four dimensions, physical, cognitive, social, behavior, and overall development; which refer that all types of media have an impact on adolescent girls. Chi-square test shows a significance relationship with cognitive dimension and the overall development only.

III- Determinants of inequality in adolescent girls' development dimensions.

This section is focusing on how to quantify the determinant's contributions of the socioeconomic (mothers single education) inequality in adolescent girls' development dimensions. It is classified into two parts to reach decomposition of the contributor factors of adolescent girls' development dimensions. First is the logistic regression model used and its results help to give an in-depth analysis of the demographic and socio-economic factors of adolescent girls' development inequality.The second part is to measure the Concentration Curve (CC), Concentration Index (CI) and to decompose the contribution of it.

3.1 Logistic Regression Model

Because adolescent girls' development is dichotomous response variable (having developed or not developed), the appropriate multivariate analysis method is the logistic regression. It is stated in terms of log odds ratios of an event occurring. The interpretation of the results is done in relation to the reference categories.

Table (3) presents the definitions and measurements of the independent and dependent variables that are included in the logistic regression model and their categories. (This is the results of step (i) in the methodology)

Table (4) presents the results of the logistic regression on Adolescent Girls (10-14) Development Dimension; Iraq 2011. The fitted model is good, as the percentage of correctly classified cases is 61.8 percent. This percentage means that, about 61.8 percent of them will be correctly classified according to these characteristics, but some variables are not

significant although they affect the overall classification. These variables are (some of the mother's age groups, higher levels of father's educational, mother's education level, place of residence, father's work).

Table (3)
Description and Categories of the Factors Used in Logistic Regression Model

Variable	Code	Description
Dependent Variable		
Adolescent girls' development	**Y**	Two categories are represented by one binary variable as follows: 0 = Not Developed Adolescent Girls', (Ref.) 1= Developed Adolescent Girls'.
Independent Variables		
Mother's Age	X1	6 categories are represented by 5 binary as Follows: 0: 15-19 , (Ref.)
	X_{11}	1: if age 20-24 0: otherwise
	X_{12}	1: if age 25-29 0: otherwise
	X_{13}	1: if age 30-34 0: otherwise
	X_{14}	1: if age 35-39 0: otherwise
	X_{15}	1: if age 40+ 0: otherwise
Place of residence	X2	2 categories are represented by one binary variable as follows: 0: if urban, (Ref.) 1: if rural.
Region	X3	2 categories are represented by one binary variable as follows: 0= Other governorate , (Ref.) 1= Kurdistan.
Girl's Education	X4	4 categories are represented by 3 binary as Follows: No education=0 , (Ref.)
	X_{41}	1: if Primary 0: otherwise
	X_{42}	1: if Intermediate 0: otherwise
	X_{43}	1: if Preparatory 0: otherwise
Father's Education	X5	6 categories are represented by 5 binary as Follows No education=0 , (Ref.)
	X_{51}	1;if Primary, 0: otherwise
	X_{52}	1:if Intermediate, 0: otherwise
	X_{53}	1:if Preparatory, 0: otherwise
	X_{54}	1:if Diploma, 0: otherwise
	X_{55}	1:if University, 0: otherwise
Mother's Education	X6	6 categories are represented by 5 binary as Follows No education=0 , (Ref.)
	X_{61}	1;if Primary, 0: otherwise
	X_{62}	1:if Intermediate, 0: otherwise
	X_{63}	1:if Preparatory, 0: otherwise
	X_{64}	1:if Diploma, 0: otherwise
	X_{65}	1:if University, 0: otherwise
Father's Work	X7	2 categories are represented by one binary variable as follows: 0= No work, (Ref.) 1= Work
Mother's Work	X8	2 categories are represented by one binary variable as follows: 0= No work, (Ref.) 1= Work
Mass media	X9	2 categories are represented by one binary variable as follows: 0 = Not exposed , (Ref.) 1= Exposed

Based on the logistic regression results in the table (4), showing the likelihood of adolescent girls (10-14) development dimension is written using the following equation. The equation includes only the variables that the model found to be significant:

$$\ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = -1.157 - 0.249X_{14} + 0.128X_3 + 0.239X_{41} + 0.532X_{42} + 0.844X_{43} + 0.252X_{51} + 0.303X_8 + 0.412X_9$$

Table (4)
Logistic Regression Coefficients for the determinants of Adolescent Girls' (10-14) Development Dimensions; Iraq 2011.

	Beta (β)	P>z Sig.	Odds Ratios	Probability
Mother's Age(X1)				
20-24 (X_{11})	-0.00	0.953	0.992	0.498
25-29 (X_{12})	-0.164	0.133	0.848	0.459
30-34 (X_{13})	-0.005	0.962	0.995	0.499
35-39 (X_{14})	-0.249	0.028	0.780	0.438
40+ (X_{15})	-0.304	0.168	0.738	0.424
Place of Residence (X2)				
Rural	-.084	0.273	0.919	0.479
Region (X3)				
Kurdistan	0.128	0.031	1.244	0.554
Girl's Education (X4)				
Primary (X_{41})	0.293	0.002	1.340	0.573
Intermediate (X_{42})	0.532	0.000	1.702	0.630
Preparatory (X_{43})	0.844	0.016	2.325	0.699
Father's Education (X5)				
Primary (X_{51})	0.252	0.008	1.287	0.562
Intermediate (X_{52})	0.156	0.196	1.168	0.539
Preparatory (X_{53})	0.108	0.47	1.114	0.527
Diploma (X_{54})	-0.071	0.677	0.931	0.482
University (X_{55})	0.244	0.13	1.276	0.561
Mother's Education (X6)				
Primary (X_{61})	0.118	.171	1.126	0.529
Intermediate (X_{62})	0.099	.449	1.104	0.541
Preparatory (X_{63})	0.179	.404	1.196	0.404
Diploma (X_{64})	-0.055	.822	.947	0.486
University (X_{65})	0.341	.145	1.406	0.584
Father's Work (X7)	-0.125	0.101	0.882	0.469
Mother's Work(X8)	0.303	0.018	1.354	0.575
Mass Media (X9)	0.412	0.054	1.510	0.601
Constant	-1.157			
Overall Classification	61.8			

We can see that, mother's age (35-39) have a negative impact on adolescent girls development dimensions, whilst adolescent girls residing in Kurdistan region, Girls' educational levels, Father's primary educational level, Mother's work, and exposure to mass media have a positive impact on adolescent girls development dimensions.

Age of mother is one of the demographic factors determining the level of girl's development. All age groups does not show any significance with girls development except age group (35-39), it shows negative effect on girls development with significance at 0.028 they are less likely to share in girls development by 22percent compared to those with in age groups (15-19), with probability of 0.44. This may be related to the traditions in Iraq or this age may not have a clear image about how to participate positively in developing their daughters.

Regarding Regions, Kurdistan region is significantly associated with girls' development (0.031), the table illustrates that women who reside in Kurdistan region are 1.2 times more likely to participate in girls development than their counterparts who reside in all other governorates of Iraq with probabilities of 0.55.

Education of the girls is highly significantly associated with themselves development. The result shows that the girls with all levels of education (Primary, Intermediate, and Preparatory), are 1.3, 1.7 and 2.3 times (respectively) more likely to participate positively in their development compared to those with no education with probability of 0.57, 0.62 and 0.69 respectively.

Father's education primary level only shows a significance association with adolescent girls (10-14) development dimensions, it is 1.3 times more likely to participate in adolescent girls' development than their counter parts that are not educated with probability of 0.562.

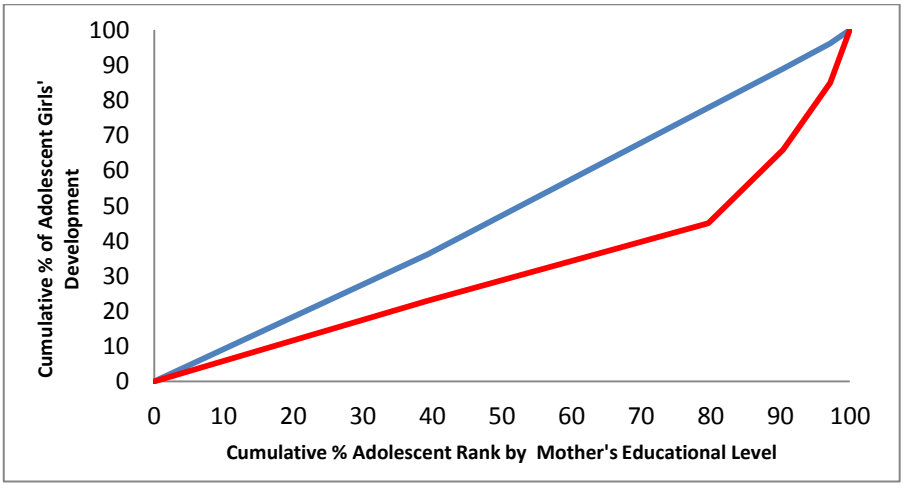
Mother's work and exposure to mass media are significantly associated with adolescent girls (10-14) development dimension, the table clarify that women who are working and adolescent girls who are exposed to mass media are 1.4 and 1.5 times respectively more likely to have positive outcome on adolescent girls development dimensions with probability of 0.575 and 0.601 respectively.

3-2- Concentration Curve

The concentration curve can be used to examine inequality in any dependent variable of interest. It can also be used to assess differences in the inequality of the dependent variable across time and countries.

Figure (3) depicts the concentration curve (CC) of the adolescent girls' development dimensions (10-14) in Iraq, 2011. The concentration curve plots the cumulative percentage of the Adolescent girl's development dimensions variable (y-axis) against the cumulative percentage of the sample, ranked by mother's educational level, beginning with the lowest level, and ending with the highest (x-axis). If everyone, irrespective of his orher grade of education, has exactly the same value of the adolescent development variable, the concentrationcurve will be a 45-degree line, running from the bottom left-hand corner to thetop right-hand corner. This is known as the line of equality. If, by contrast, the development variable takes higher values among levels of mother's education, the concentrationcurve will lie above the line of equality. The further the curve is above the lineof equality, the more concentrated the adolescent development variable is among lower grade of mother's education, **(O'Donnell et la., 2008)**, and if the curve lies below the equality line, the more concentrated adolescent development is amongst the higher grade of mother's education .

Figure (3)
Concentration Curve of Adolescent Girls' Development Dimensions, Iraq, 2011



3-3- Concentration Index and its' Decomposition

The concentration index (CI) method is used toquantify the determinant's contributions of the socioeconomic inequality in adolescent girls' development dimensionsin Iraq. The CI demonstrates how an adolescent girls (10-14) development dimension varies according to years of mother's education (single years) which provide a difference of any mother's education grade related inequality.

The sign of the concentration index indicates the direction of any relationship between the health (adolescent development) variable and position in the living standards (higher grade of mother's education) distribution, and its magnitude reflects both the strength of the relationship and the degree of variability in the health variable(adolescent development).(O'Donnell, Owen, et.al., 2008).

One of the main benefits of the concentration index is the ability to be decomposed. The concentration index for Iraqi adolescent girls' (10-14) development dimensions is based on logit model ($C\hat{y}$) shows the degree of inequality in thenatural logarithm of the predicted odds of adolescent girls' (10-14) development dimensions. The Ln odds adolescent girls' development has a positive mean, and the covariance between the Ln odds adolescent girls' development and the years of mother's education rank is also positive because the higher the years of mother education rank the higher the adolescent girls' development. Therefore, the concentration index (0.04) is positive, showing an existence of inequalities in adolescent girls' developmentby mother's education. It is positively associated with grades of mothers education, i.e. concentrated among adolescent girls' having mothers with higher grade of education. The positive value means that adolescent girls' development belonging to mothers with higher education have a higher probability of higher adolescent girls' development than those belonging to mothers with a lower completed years of education.

Table (5), illustrates the means of the Development variable (Y) and of its determinants (X's) [the results of the step (ii)] and theconcentration indices for the dependent variable (development) and for the determinants [the results of step (iii)]. Theextent to which each of the explanatory variables is unequally distributed by grades of mother's education is reflected by their concentration index values.

Adolescent with mother's in age group (35-39) (CI=0.193), residing in the Kurdistan region (CI=0.327), having fathers with primary education (CI=0.166), adolescent girls educational level – primary, intermediate, and preparatory – (CI= 0.087, 0.219, and 0.282) respectively, mother's work (CI=0.262), and exposure to mass media (CI=0.025) are all positively associated with completed grade of mother's education, i.e. concentrated among mothers of higher educational grade.

Decomposition of the concentration index uses the continuous variable of the 'higher completed years of mother's education'. The CI shows which determinants contribute most to the observed inequality in adolescent girl's development.

The decomposition of CI in non-linear models can be implemented by analyzing the marginal effects (dy/dx) which give the change in predicted probability associated with unit change in an explanatory variable. The marginal effects demonstrate associations between the various determinants and adolescent development.

Table (5) also presents the results of decomposing of the concentration index of the Ln odds adolescent girls' development (steps (iv) and (v)). It combines the estimated logit coefficients with information on the means and concentration indices of the explanatory variables to compute the 'contributions' of each of the variables—or the sets of dummy variables—to the overall estimated mother's education inequality.

Step (iv) involves the calculation of the elasticity that obtained by multiplying the determinants' mean by their coefficient and then dividing the result by the mean of Ln odds adolescent girls' development, resulting the column of absolute contribution or contribution to the concentration index. To quantify the corresponding percentage contribution of the determinants, divide the absolute contribution by the concentration index of the Ln odds adolescent girls' development (0.04).

The concentration index of Ln odds (Y) is additively decomposed, in a way that the sum of the column 'Absolute Contribution' equals the value ofLn odds (Y), i.e. 0.04. The largest positive contributions to inequality in adolescent girls' development were attributable to intermediate adolescent girls' education (36.7%) followed by fathers' primary educational level

(22.6%), the primary educational level of adolescent girls' (20%), Kurdistan region (16%), mass media (14.1%) and finally mother's work (10.4%). Whilst the negative contributions to inequality in adolescent girls' development were attributed to mother's age especially group (35-39) have the highest negative contributions to inequality in adolescent girls' development (-13%).

Table (5)
Decomposing Analysis of the Concentration index of Adolescent Girls' (10-14) Development Dimensions, Iraq, I-WISH, 2011.

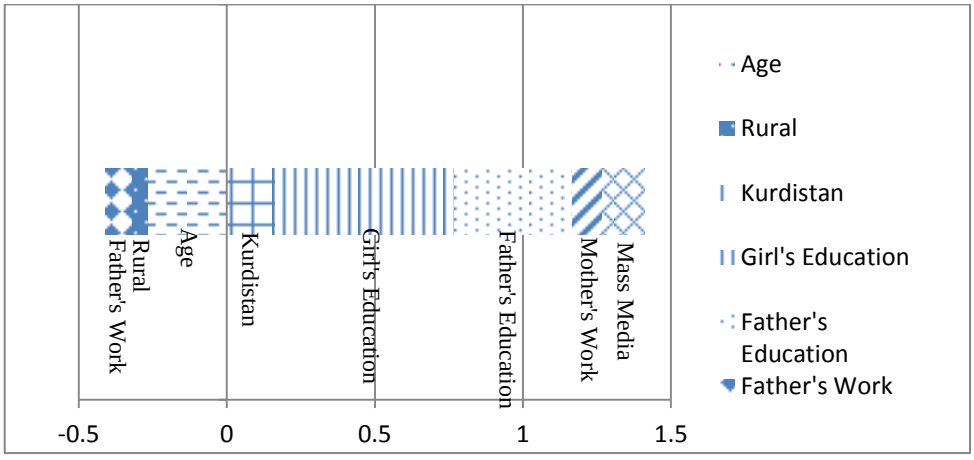
Determinants	Marginal Effect (dy/dx)	Mean	CI	Elasticity	Absolute Contribution	% Contribution	Aggregate Contribution %
Mother's Age							
20-24	-0.000	0.115	0.187	-0.000	-0.000	-0.002	
25-29	-0.008	0.203	0.214	-0.020	-0.004	-0.103	-26.7
30-34	-0.000	0.202	0.229	-0.000	-0.000	-0.003	
35-39	-0.011	0.186	0.193	-0.028	-0.005	-0.129	
40-44	-0.002	0.033	0.206	-0.006	-0.001	-0.030	
Place of residence							-5.4
Rural	-0.009	0.443	0.101	-0.022	-0.002	-0.054	
Region							16.4
Kurdistan	0.008	0.159	0.327	0.021	0.007	0.164	
Girl's Education							
Primary	0.037	0.543	0.087	0.095	0.008	0.198	60.4
Intermediate	0.027	0.218	0.219	0.069	0.015	0.367	
Preparatory	0.002	0.011	0.282	0.006	0.002	0.039	
Father's Education							
Primary	0.022	0.375	0.166	0.056	0.009	0.226	
Intermediate	0.005	0.150	0.253	0.013	0.004	0.085	39.8
Preparatory	0.002	0.081	0.279	0.005	0.001	0.036	
Diploma	-0.001	0.063	0.299	-0.002	-0.001	-0.019	
University	0.004	0.068	0.293	0.010	0.002	0.070	
Father's Work	-0.017	0.572	0.086	-0.043	-0.004	-0.089	-8.9
Mother's Work	0.006	0.091	0.262	0.016	0.004	0.104	10.4
Mass Media Exposure	0.092	0.964	0.025	0.237	0.006	0.141	14.1
Development CI		**0.390**	**0.04**		**0.04**		

*** Significant Coefficients.**
Source: Calculated by the research from I-Wish, 2011 data of Iraq.

The contributions of the determinants are rather in absolute numbers, is further as percentages in order to quantify to degree of the inequality. The positive percentages indicate an increase in the differential while the negative percentages show the reverse. Figure (4)depicts the results of the absolute contribution of each individual determinant to the overall inequality in the concentration index, with percentage and aggregate contributions.

The largest positive contribution to the inequality in adolescent girls' development dimensions belongs to the girl's education (60.4%) followed by father's education (39.8%), Kurdistan region (16.4%), mass media (14.1%), and mother's work (10.4%).The negative contribution to the inequality in adolescent girls' development dimensions belongs to mother's age (-26.7%) followed by father's work (-8.9%) then rural place of residence (-5.4%).

Figure (4)
Decomposition of Concentration Index for
Adolescent Girls' Development in Iraq, 2011(Aggregate Contribution)



Source: Table (5).

IV- Conclusion and recommendations

4-1- Conclusion of the Study

The aim of this study is to monitor the perception development levels of adolescent girls' and to explore whether their perceptions show significant differences with respect to certain background characteristics. As the support of the family has a significant effect on the quality of

adolescent girls' perception development, it is important to have a deeper insight to some socioeconomic inequities across the highest educational grade completed by the mother concerning adolescent girls' development.This is the first study in Iraq on decomposing socioeconomic inequality in adolescent girls' (10-14) development dimensions, into its determinants using the concentration index.

The study relies mainly on secondary data from the "Iraqi Women Integrated Social and Health Survey (I-WISH)", 2011. The methodology used to achieve the aim of the study is univariate, bivariate, and multivariate analysis using STAT software, applying concentration index and decomposition of the concentration index to quantify the determinant's contributions of the socioeconomic inequality (across highest grade of mother's education completed) in adolescent girls' development dimensions. According to this analysis the main findings are as follows:

- The level of the four indices of adolescent girls (10-14) development dimensions are 36.6%, 43.3%, 29.8%, 31.1% and 38.9%, for physical, cognitive, social, behavior dimensions of development with addition to the overall index of adolescent girls' development respectively.
- Differentials of adolescent girls (10-14) development dimensions are discussed in accordance to demographic and socio-economic factors, the variation among the different dimensions are not so big, they are following the same pattern.
- Systematic fluctuation levels of adolescent girls (10-14) development dimensions regarding the young age groups and starting to decrease a little bit for the last two age groups.
- Residing in urban or rural area, adolescent girl's development dimensions do not significantly differ except for social development. With respect to the total development dimension figures shows significant difference that favors urban comparing to rural .
- Percentage of adolescent girls (10-14) development regarding cognitive and social dimensions are higher in Kurdistan comparing to other governorates, whilst for physical and behavior dimensions it is in favor of other governorates than Kurdistan region.
- The percentage of adolescent girls (10-14) development in general is higher among the intermediate and preparatory levels of education more than non-educated fathers for all development dimensions, whilst

university level of father's education is the highest among two dimensions only - cognitive and social – with addition to the overall development of adolescent girls.

- Mother's educational level shows positive relationship with the adolescent girl's development dimensions, as the educational level of the mother increases the percentage of the adolescent girl's development increases.
- Working fathers have lower levels of adolescent girl's development than working mothers. Whilst the exposure to different types of mass media increases the level of adolescent girls developments dimensions with addition to the overall development dimension.
- Regarding logistic regression, mother's age (35-39) have a negative impact on adolescent girls development dimensions, whilst adolescent girls residing in Kurdistan region, Girls' educational levels, Father's primary educational level, Mother's work, and exposure to mass media have a positive impact on adolescent girls development dimensions.
- Concentration Index is positive in Iraq (0.04) i.e. the decrease in the adolescent girls' development returns to the low educational grade complete of mother.
- Most determinants in Iraq show a positive contribution to socioeconomic inequality (highest grade a mother completed) in adolescent girls' development. This means that the combined effect of the marginal effect of the explanatory variable on adolescent girls' (10-14) development and its distribution by mothers highest grade completed is to removemother's education inequality in adolescent girls' development such that low adolescent girls' development is greater among less educated women.
- The largest positive contributions to inequality in adolescent girls' development were attributable to intermediate adolescent girls' education followed by fathers' primary educational level, the primary educational level of adolescent girls', Kurdistan region, mass media and finally mother's work (10.4%). Whilst the negative contributions to inequality in adolescent girls' development were attributed to mother's age especially group (35-39) have the highest negative contributions to inequality in adolescent girls' development.
- The largest aggregate positive contribution to the inequality in adolescent girls' development dimensions belongs to the girl's education followed by father's education, Kurdistan region, mass media, and

mother's work. The largest aggregate negative contribution belongs to mother's age followed by father's work then rural place of residence.

4-2- Recommendations of the Study

In order to raise adolescent girls' (10-14) development in Iraq and reduces the inequalities, there is a need to address the following issues:

- According to the analysis, educational level of girls and mother increases the percentage of the adolescent girls' development hence the comprehensive programs from both NGO's and Government to uphold girls' rights and provide the fund needed to ensure the services for them.
- Promote actions and services of information, education, and communication (IEC), with the participation of male adolescents and young men, that can help protect the Integrity of adolescent girls and change the cultural norms, attitudes, and beliefs that underlie abusive practices.
- Target interventions to adolescent girls in excluded population groups and geographic areas. Local measures should be adopted to respond to their particular circumstances, address the concerns of parents about the role and safety of adolescent girls who attend school, and offer incentives and/or benefits to compensate for the opportunity cost to the family when an adolescent girl enrolls in school rather than contributing to family income.
- Provide universal access to early and comprehensive sexuality education in schools, to give girls and young women information about their bodies, their health, and self-care, and about their civil rights. It should teach them about communication and decision making and help them learn how to establish equality in their relationships, enforce theright to consent in sexual relations and in marriage, and put an end to sexual violence and coercion.
- Help adolescent girls develop a strong sense of their own initiative in the process of learning, of confidence in their ability to learn, and of the critical capacity to understand themselves as actors in the environment in which they live. Also, instill in the students an ethical commitment to justice and equal opportunities, promoting programs in which adolescent girls mentor younger girls or engage in peer education, and developing attitudes of intra- and intergenerational solidarity, responsibility, and respect for others.

- References

- American Psychological Association, (2002).Developing Adolescent.Supported by cooperative agreement by Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration, and U.S. Department of Health and Human Services
- Bachera A., Malabika S., and Andrew J., (2013). Exploring Adolescent Reproductive Health Knowledge, Perceptions, and Behavior, Among Students of Non- Government Secondary, Program in Rural Bangladesh.
- Davidson, T. E., & McCabe, M.P. (2006).Adolescent body image and psychosocial functioning.The Journal of Social Psychology.
- G., Eduardo and M., Rosa Urbanos, (2016).Decomposing Socio-economic Inequalities in Leisure-time Physical Inactivity: The Case of Spanish Adolescent.International Journal for Equity in Health.
- H. Ann and C. John, (2014). Young people's health: Update 2014. Association for Young People's Health.Public Health England.
- Huebscher , Brenda, (2010). Relationship Between Body Image and Self-Esteem Among Adolescent Girls. American Psychological Association, 6th edition. University of Wisconsin-Stout.
- John H. Lounsbury, (2015). The Importance of Early Adolescence. Association for Middle Level Education (AMLE)
- K. Malleshappa, Shivaram Krishna, Nandini (2011). Knowledge and attitude about reproductive health among rural adolescent girls in Kuppammandal: An intervention study. Biomedical Research 2011, Volume 22 .
- L. Lewis, (2012). Report of the Children and Young People's Outcomes Forum. London: Department of Health Coleman J C (2011) The nature of adolescence.
- L. Nichola Shackleton, (2014). Socioeconomic inequalities in young adolescent's weight status in the UK, University of London. A thesis for the degree of doctor of Philosophy.
- Lloyd, C. & Young, J. (2009). New lessons: The power of educating adolescent girls – A girls count report on adolescent girls. New York, NY: The Population Council
- Mary Jane Kober ,(2016) "Educational Opportunities for Adolescent Girls' Empowerment in Developing Countries ".
- MK Gupta, CP Mishra, and C. Prabha, (2013). Perception Regarding Sexuality among Adolescent Girls: A Community Based Study From Rural India, Indian J. Prev. Soc. Med Vol. 44 No. 1-2
- O'Donnell,Owen;Doorslaer,Eddy van; Wagstaff, Adam; and Lindelow,Magnus, (2008). Analyzing Health Equity Using Household Survey Data.The World Bank, Washington DC.
- Oakes, J.M.; Rossi, P.H. (2003). The measurement of SES in health research: Current practice and steps toward a new approach. Soc. Sci. Med. 2003.

- Pan American Health Organization, (2010). "Empowerment of Adolescent Girls: Akey Process for Achieving the Millennium Development Goals".

- Shipra N., and AimolKh. R. (2010) Knowledge of Adolescent Girls Regarding Menstruation in Tribal Areas of Meghalaya, Department of Human Development, College of Home Science, India

- Sperling, G. & Winthrop, R. (2015). What works in girls' education: Evidence for the world's best investment. Washington, DC: Brookings Institution Press.

- T., Kjetil, (2013) Physical Activity and Perceived Health Among Adolescents in Troms, Norway. Faculty of Health Sciences, Department of Community Medicine, Master`s Thesis In Public Health

- Tarhane S, Kasulkar A., (2015). Awareness of Adolescent Girls' Regarding Menstruation and Practices during Menstrual Cycle. Panacea Journal of Medical Science, January – April 2015.

- UN, (2010).United Nations Office of High Commission for Human Rights, Convention on the Rights of the Child. Geneva, Switzerland. United Nations. Available at:http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm. Accessed October 6, 2010.

- UNDP, (2010) https://en.wikipedia.org/wiki/Albert_Schweitzer

- UNFPA/UNICEF, (2016). Adolescent Girls Assessment Report, Kurdistan Region of Iraq. UNFPA and UNICEF.Jaswal, Mehreen.

- UNICEF, (2005); Adolescent Development: Perspectives and Frameworks, New York, 2005

- UNICEF, (2010).Early Childhood, 70 years for every child.

- UNICEF; (2014); (http://www.unicef.org/adolescence).Adolescent and Youth.

- UNITED NATIONS, WHO, UNICEF, UNIFEM, UNFPA, UNESCO AND ILO; (2010).Accelerating Efforts to Advance the Rights of Adolescent Girls: A UN Joint Statement.

- Wagstaff, A.; Paci, P.; Doorslaer, E.V. (1991).On the Measurement of Inequalities in Health. Soc. Sci. Med., 1991.

- WHO, (2014), The Positive Potential of Early Adolescence) .

- WHO, (2014).Health for the Worlds Adolescent Second chance in the second decade, World Health Organization Publications.

- Winthrop, R. & McGivney, E. (2014).Raising the global ambition for girls' education. Policy Paper 2014-2015. Brookings Institution. Washington, DC: Brookings Institution Press.