

صلة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

دورية علمية متخصصة محكمة

تصدرها وحدة الدراسات والمسوحات الميدانية والاجتماعية
جامعة الدول العربية



I- أبحاث ودراسات باللغة العربية:

- 1- دور الاستثمار في الشباب لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، (أماني يشوع جاد).
- 2- استشراف مستقبل المرأة العربية والتغير الاجتماعي في مدينة رأس الخيمة، "دراسة تطبيقية". (محمد أحمد الخولي).

II- أبحاث ودراسات باللغة الإنجليزية:

- 3- العوامل المؤثرة في خدمات رعاية صحة الأم في جزر القمر، (بن جديد علي مسلي، منى توفيق يوسف).
- 4- التغير السكاني وفرصة العائد الديموغرافي في المملكة العربية السعودية، (يزيد سعد الشمري، منى توفيق يوسف).
- 5- الإعاقة والظروف ذات الصلة في ليبيا، (سلوى محمد صريتي، منى توفيق يوسف).

صلة
الأسرة
العربية
والسكان



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

المجلد الثاني عشر – العدد السابع والعشرون – يناير 2019

الهيئة العلمية (حسب الترتيب الأبجدي)

أ.د. أحمد رجاء رجب	أستاذ الصحة الإنجابية – جامعة الأزهر. مصر.
أ. أحمد عبد الناظر	مدير مركز بحوث الصحة الإنجابية سابقاً، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري. تونس.
أ.د. أحمد العتيق	أستاذ علم النفس البيني، 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.
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 مهاني	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.
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. مصطفى أزلماط	خبير القضايا الصحية والديموغرافية، المغرب.
د. منى توفيق يوسف	خبير القضايا الصحية والديموغرافية، عضو هيئة التدريس، المركز الديموغرافي بالقاهرة، مصر.
د. مواهب المويلحي	طبيبة وباحثة في مجال الصحة الإنجابية والسكان. مصر.



صحة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

رئيس التحرير

معالي السفيرة الدكتورة هيفاء أبو غزالة
الأمين العام المساعد، رئيس قطاع الشؤون الاجتماعية

المشرف على سكرتارية التحرير

وزير مفوض طارق نبيل النابلسي

المشرف على وحدة الدراسات والمسوحات الميدانية الاجتماعية

سكرتارية التحرير

رابع حليمي

فتيحة أوقيرتي

الآراء الواردة في المجلة تعبر عن آراء الكتاب ولا تعبر عن رأي جامعة الدول العربية، أو الجهة التي يعمل فيها الكاتب.



شروط النشر

- أن تكون المادة العلمية المقدمة مرتبطة بتنفيذ الأبعاد الاجتماعية لخطة التنمية المستدامة 2030.
- ألا يكون قد سبق نشرها في أي دورية أخرى.
- تستوفي الشروط والمواصفات العلمية للأبحاث والدراسات.
- الدراسات التي لم تقبل لا ترد إلى أصحابها.
- ترسل المواد العلمية وجميع المراسلات على العنوان التالي:
- 22 أش طه حسين- الزمالك- الدور الثالث شقة 13- القاهرة.
- أو البريد الإلكتروني: rabahhalimi@gmail.com
familyhealth.unit@las.int
- تليفون/ فاكس: +202 - 27383634

تقديم

حرصاً من جامعة الدول العربية - القطاع الاجتماعي (وحدة الدراسات والمسوحات الميدانية الاجتماعية)، 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 بما ينعكس إيجاباً على الأوضاع التنموية في المنطقة العربية.

يسرني تقديم العدد السابع والعشرون من دورية "صحة الأسرة العربية والسكان: بحوث ودراسات" الذي يشهد تنوعاً أكبر في موضوعاته من خلال تناوله لقضايا ذات أهمية كبيرة في منطقتنا العربية، كالاستثمار في قدرات الشباب كرأس مال بشري يقود مسيرة التنمية، وتمكين وتنمية المرأة وتعزيز قدراتها كفاعل رئيسي في المجتمع، ذلك بالإضافة إلى مواضيع حول قضايا الصحة والسكان مثل رعاية الأمومة والأشخاص ذوي الإعاقة والتغير السكاني والعوائد الديموغرافية.

أمل أن يشكل هذا العدد إضافة جديدة لإثراء الناحية المعرفية بالموضوعات المختلفة حول قضايا صحة الأسرة والسكان والقضايا التنموية بصفة عامة، كما نرحب بآرائكم ومقترحاتكم لتطويرها وإخراجها في أفضل صورة.

رئيس التحرير

صحة الأسرة العربية والسكان
بحوث ودراسات
دورية علمية متخصصة محكمة
تصدرها وحدة الدراسات والمسوحات الميدانية الاجتماعية
جامعة الدول العربية.

في هذا العدد:

الصفحة	الموضوع
36-1	1- دور الاستثمار في الشباب في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية. (باللغة العربية). - د. أماني يشوع جاد،
82-37	2- استشراف مستقبل المرأة العربية والتغير الاجتماعي في مدينة رأس الخيمة، "دراسة تطبيقية"، (باللغة العربية). - د. محمد أحمد الخولي،
1-37	3- العوامل المؤثرة في خدمات رعاية صحة الأم في جزر القمر 2012. (باللغة الانجليزية). - بن جديد علي مسلي، منى توفيق يوسف،
39-69	4- التغير السكاني وفرصة العائد الديموغرافي في المملكة العربية السعودية، (باللغة الانجليزية). - يزيد سعد الشمري، منى توفيق يوسف،
71-98	5- الإعاقة والظروف ذات الصلة في ليبيا 2014. (باللغة الانجليزية). - سلوى محمد صريتي، منى توفيق يوسف،

رقم الإيداع:

م06/(01/19)/ع.27(0486).

دور الاستثمار في الشباب لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية

د. أماني يشوع جاد¹

- مستخلص

تعد الثروة البشرية لأي دولة من أهم مقومات قيامها، فهي التي يتوقف عليها تقدمها وتطورها لأن العنصر البشري هو القادر على إحداث النهضة التكنولوجية وتطويعها بما يناسب ظروفها من أجل استدامة تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية مما يؤدي إلى الارتقاء بمستوى معيشة أفراد هذا المجتمع في الوقت الحالي وتحقيق الرفاهية للأجيال المتعاقبة منهم، مثلما حدث لمجموعة الدول المتقدمة وما أحدثته من تقدم كنتيجة لإدراكها للدور الفاعل للشباب الذي هو المكون الأساسي لثروتها البشرية، فالشباب هم الجواد الذي تراهن عليه أي دولة لتكسب معركة المستقبل وتصوغه بما يضمن طموحات شعبها. يأتي ذلك في الوقت الذي تحظى فيه مصر بالوقوف على أعتاب "الهبة الديموجرافية"، ومايعنيه هذا من أن النسبة الأكبر من سكان مصر تتكون من الشباب، وهو مايمثل الثروة البشرية التي يمكن للدولة في حالة استغلالها بشكل أمثل من تحقيق تنمية اقتصادية واجتماعية متسارعة، وذلك يتأتي في حالة توفير تعليم وتدريب جيد للشباب يمكنهم من استغلال طاقاتهم الابداعية وقدرتهم على العمل الجاد للقيام بمشاريع رائدة ومبتكرة تحد من بطالة الشباب، الأمر الذي يجعلنا أمام تحد صعب حيث عانت مصر خلال السنوات الماضية من تراجع كبير في مستوى التعليم بمختلف مراحله وأيضاً التدريب مما جعلها غير قادرة على تحقيق الاستفادة القصوى المرجوة من هذه الثروة البشرية.

وفي هذا السياق تتناول هذه الورقة دور الاستثمار في الشباب من خلال الحديث عن رأس المال البشري، والذي يعد الشباب العنصر الرئيسي والفاعل فيه، وذلك طمعاً لتحقيق استدامة التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وتركز هذه الورقة على تفاعل عنصر رأس المال البشري مع بعض من العوامل الاجتماعية؛ الاقتصادية؛ السكانية والصحية المنتقاه في سلسلة واحدة يصعب التمييز فيها ما بين الأسباب والنتائج والذي يستوجب تفكيراً يندرج في إطار نظري لمحاولة تلمس تأثير هذه العوامل على تكوين رأس المال البشري للتعرف والفهم للانعكاسات والتفاعلات المتبادلة بغرض وضعها أمام المخططين ومتخذي القرار في إطار مناسب مبني على خلفية علمية لصياغة بعض المقترحات لتحسين رأس المال البشري بهدف تحقيق تنمية اقتصادية واجتماعية مستدامة، ويتأتي هذا بعد استعراض لعنصر رأس المال البشري من حيث ماهيته وكل من أهم مكوناته ثم أهميته، وأخيراً إتجاهاته وما إذا كان الإتجاه إيجابياً أم سلبياً مع تضمين دراسة أثر النوع الاجتماعي على إتجاه كل مكون من مكونات رأس المال البشري وذلك بالتطبيق على مصر.

الكلمات الدالة: الاستثمار في الشباب، رأس المال البشري، التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

¹ أستاذ الإحصاء المساعد، كلية الإدارة والاقتصاد ونظم المعلومات، جامعة مصر للعلوم والتكنولوجيا، مصر،
amanygad@yahoo.com, amany.gad@must.edu.eg

The Role of Investing In Youth to Achieve Economic and Social Development

Dr. Amany Yashoa Gad¹

Abstract:

The human wealth of any country is one of the most important foundations of its establishment, it is upon which its progress and development depend because the human element can bring about a technological renaissance and adapt it to suit its conditions to sustain the achievement of economic and social development, which leads to the improvement of the standard of living of the members of this society at present and achieving prosperity for the successive generations, as happened to the group of developed countries and the progress they made as a result of their awareness of the active role of youth, which is the basic component of their human wealth.

The youth are the horse that any country bets on to win the battle for the future and shape it to ensure the aspirations of its people. This comes at a time when Egypt enjoys standing on the threshold of the "demographic gift", and what this means is that the largest percentage of Egypt's population is made up of youth, which represents the human wealth that the state, in case of optimally exploiting, can achieve accelerated economic and social development, and that comes if quality education and training are provided to youth, they can use their creative energy and ability to work hard to carry out pioneering and innovative projects that reduce youth unemployment, this makes us face a difficult challenge, as Egypt has suffered during the past years from a significant decline in the level of education in its various stages, as well as training, which made it unable to achieve the desired maximum benefit from this human wealth.

In this context, this paper deals with the role of investing in youth by talking about human capital, in which youth are the main and effective component, to achieve sustainable economic and social development. This paper focuses on the interaction of the human capital component with some of the social, economic, demographic, and health factors that is difficult to distinguish between causes and consequences, which requires thinking within a theoretical framework to try determining the effect of these factors on the formation of human capital to recognize and understand the repercussions and mutual interactions to place them in front of planners and decision-makers in an appropriate framework based on a scientific background to formulate some proposals to improve human capital that can achieve sustainable economic and social development, this comes after a review of the human capital component, then its importance, and finally its trends and whether the trend is positive or negative, with the inclusion of a study of the impact of gender on the direction of each component of human capital by applying to the case of Egypt.

Key Words: Investing in Youth, Human Capital, Economic and Social Development.

1- Assistant Professor, Faculty of Administration, Economics and Information Systems, Misr University For Science And Technology, Cairo, Egypt. Email: amanygad@yahoo.com, amany.gad@must.edu

I- مقدمة

يعد الشباب بحق قوام الثروة البشرية والتي تعد من أهم مقومات قيام أي دولة، فهي التي يتوقف عليها تقدمها وتطورها لأن العنصر البشري هو المؤسس والمحرك لعوامل الانتاج وهو القادر على إحداث النهضة التكنولوجية وتطويرها بما يناسب ظروفها من أجل تحقيق التنمية الشاملة مما يؤدي إلى الارتقاء بمستوى معيشة أفراد هذا المجتمع في الوقت الحالي وتحقيق الرفاهية للأجيال المتعاقبة منهم، مثلما حدث لمجموعة الدول المتقدمة وما أحدثته من تقدم كنتيجة لإدراكها للدور الفاعل للاستثمار في رأس المال البشري والذي يمثل الشباب ركيزته وحجر زاويته لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

فالشباب هو الجواد الذي تراهن عليه أي دولة لتكسب معركة المستقبل وتصوغه بما يضمن طموحات شعبها وتحقيق الرفاهية للأجيال القادمة منهم. وفئة الشباب كما اعتدت الجمعية العامة للأمم المتحدة تعريفاً لهم، هم ما بين "15-24" سنة وهي الفئة العمرية الأكثر نمواً بين باقي الفئات العمرية في مصر فهي تمثل تقريباً 18.2%¹، من مجموع السكان المصريين، وليس بغائب عنا ما ترتب على ذلك من أثر عميق على أوجه الحياة المختلفة في مصر.

ولذلك فإننا نجد أن مسألة الاهتمام بالشباب والاستثمار فيهم لا تعد مسألة محلية خاصة بدولة بعينها أو اقليمية خاصة باقليم معين بل أصبحت مسألة عالمية لما للشباب من دور متميز وفاعل في تحقيق التنمية بأبعادها المختلفة، لأنه بحق يعد المكون الأساسي لكل المستقبل، وذلك لأنه قطاع عريض واسع التركيبة السكانية لأي مجتمع وخاصة في مصر الذي يتميز بأنه مجتمع فتي ولديه قدرات هائلة على العطاء إذا ما أحسن تدريبه وتوجيهه وذلك من خلال استثمار إيجابي لهذه الطاقات وذلك لبناء أنفسهم أولاً ومن ثم بناء دولتهم فيكونوا ذخيرة لوطنهم، مما يشكل تحدياً بارزاً أمام الدولة لإعداد هؤلاء الشباب وتمكينهم بشكل يضمن الاستثمار الأمثل لطاقتهم وقدراتهم كثروة قومية لحاضر هذا البلد ومستقبله.

ولذلك فإنه يمكننا تناول الاستثمار في الشباب على أنه مشروع قومي لمصر، ولا سيما أنه ومن خلال استقراء اوضاع الشباب يمكننا قراءة الحاضر والتنبؤ بالمستقبل، مما يعني أن رعاية

¹ الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، "التعداد العام للسكان والإسكان والمنشآت لعام 2017"

الشباب وتدريبه يعتبر استثماراً على المدى البعيد وعلى قدر عطاءنا لهم اليوم على قدر ما نجنيه من ثمار مستقبلاً، وتحسب هذه الثمار رصيذاً لهذا البلد في مواجهة كل التحديات المحيطة به داخليا وخارجيا.

I-1- الدراسات السابقة

توجد العديد من الدراسات التي تناولت دراسة عنصر رأس المال البشري من حيث أهميته وعوائد الاستثمار فيه وعلاقته بالتنمية الشاملة. وهنا سوف نقتصر على بعض من هذه الدراسات بشيء من التفصيل حسب ارتباطها الأقرب بالموضوع والأحدث في الإصدار.

• الكواز (2002)، قدمت هذه الدراسة استعراضاً للوضع الراهن لرأس المال البشري في عدد من البلدان العربية وهي تحديداً (الكويت- عمان- الأردن- موريتانيا- المغرب- اليمن) وذلك من خلال الإشارة إلى عدد من المؤشرات التعليمية والتي أوضحت جميعها تواضع رصيد رأس المال البشري بها. وأيضاً تعرضت هذه الدراسة إلى الحديث عن تأثير رأس المال البشري من خلال التعليم بسياسات التكيف الهيكلي مثل تكاليف الدراسة والأجور،... وتطرقت لسياسة البنك الدولي في مجال تمويل التعليم ومن أهمها سياسة الخصخصة وما تبعها من آثار سلبية مع الإشارة إلى سياسة الدعم وضرورة الإهتمام بنوعية النواتج التعليمية المرتبطة بالدعم وأيضاً العلاقة ما بين التعليم وسياسات توزيع الدخل وتنامي هذه العلاقة. وقد خلصت هذه الدراسة إلى أهمية إعادة النظر في النماذج المستخدمة في مجال تقييم سياسات إعادة الهيكلة الاقتصادية بحيث تتضمن بشكل واضح التأثيرات المحتملة على التعليم ورأس المال البشري مع ضرورة تهذيب سياسات الخصخصة في قطاع التعليم بحيث لا ينتج عن هذه السياسات مستقبلاً شكلاً من أشكال الاستقطاب لنوعية تعليم راقى لمن يملك، ومتدني لمن لا يملك.

• فرج (2004)، حاولت هذه الدراسة إلقاء الضوء على بعض الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للشباب وللمراهقين في العالم العربي في إطار مرجعية المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994، وذلك من خلال استعراض موجز للملامح العامة للشباب العربي وعلى رأسها التعليم، وخلصت إلى وجود أثر كبير له على الممارسات الديموجرافية والزواجية وفرص العمل والحراك الاجتماعي والمواطنة وأيضاً بالنسبة لقضية العمل والاعتبارات الاجتماعية التي تؤثر في توزيع فرص العمل فقد وجدت أن أهم تأثير لها ظهر من خلال البطالة التي يعاني منها الكثير من شباب الوطن العربي.

• **محمد (2010)**، قدمت هذه الدراسة للأهمية التنموية لرأس المال البشري ودور التربية والتعليم في تكوين وبناء وتنمية رأس المال البشري في الوطن العربي. وقد خلصت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج الهامة من أهمها انه توجد العديد من الدراسات النظرية والعملية التي تركز على رأس المال البشري كأحد عوامل الانتاج الممكن تكوينها وتراكمها عبر الزمن، كما بينت هذه الدراسة أيضًا أن سبب الفجوة القائمة بين الدول النامية والدول المتقدمة تعود إلى حدًا كبير إلى تكوين رأس المال البشري، لذلك يتحتم على الدول النامية أن تضع إستراتيجية لتطوير العنصر البشري فيها. أما بخصوص الدول العربية، فقد بينت الدراسة بأن الحكومات العربية خصصت خلال الثلاثين سنة الماضية موارد كبيرة لبناء الانظمة التعليمية ورغم الانجازات الهامة التي تحققت، إلا أن القطاع لايزال يعاني من مشاكل عديدة ولا يزال العائد غير المرجو، لذا يرى الباحث ضرورة إحداث تغيير جذري في أنظمة التعليم الحالية.

• **يوسف (2015)**، قدمت هذه الدراسة للعلاقة بين التعليم ورأس المال البشري من خلال تقديم لمفهوم رأس المال البشري ومكوناته وأبرز مؤشرات قياسه، بالإضافة إلى توضيح آلية الاستثمار في رأس المال البشري من خلال التركيز على التعليم - دراسة تقييمية لحالة الجزائر. ولقد خلصت هذه الدراسة إلى أن الاستثمار في رأس المال البشري يعد أحد الرهانات التنموية في سباق التنافسية العالمية، وأن التعليم يعد استثمارًا يخلق رأس المال، وأنه لا بد من زيادة الانفاق على التعليم والذي يعد استثمارًا في تكوين رأس المال البشري والذي يؤدي للتنمية الاقتصادية.

I-2- منهجية الدراسة

إن الاستثمار في الشباب - من خلال تكوين رأس مال قوي وفاعل - والتنمية الشاملة هما موضوعان يرتبطان بالعديد من العوامل تتصف بأنها متداخلة متشابكة متبادلة الأدوار والمواقع فمنها من يعتبر سبباً أو نتيجة ومنها من هو سبباً ونتيجة في آن واحد ولذلك فدراسة هذه العوامل وهي متعددة منها العوامل السكانية؛ الصحية؛ الاجتماعية؛ الاقتصادية والسياسية وتفاعلاتها مع عنصر رأس المال البشري وعلاقة بالتنمية يستوجب تفكيراً يندرج في إطار نظري لمحاولة تلمس تأثير هذه العوامل على تكوين رأس المال البشري للتعرف والفهم للانعكاسات والتفاعلات المتبادلة بغرض وضعها أمام المخططين ومتخذي القرار في إطار مناسب مبني على خلفية علمية لصياغة بعض المقترحات لتحسين رأس المال البشري لتضمينها داخل سياسات تنموية شاملة ومستدامة. ويمكننا

قياس تكوين رأس المال البشري من خلال قياس لإتجاهات مكوناته ولقد اقتصرنا هذه الدراسة على استعراض لإتجاه رأس المال البشري في مصر وما إذا كان إيجابيا أم سلبيا مع تضمين دراسة أثر النوع الاجتماعي على اتجاه كل مكون من مكونات رأس المال البشري.

I-3- تنظيم الدراسة

ولقد استهلنا هذه الدراسة بمقدمة حتى يمكننا أن نتعرف على موضوعها ككل ولنلتمس أهميته ثم تم عرض لبعضها من الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة بشيء من التفصيل، تلي ذلك عرض لمنهجية هذه الدراسة يعقب ذلك دراسة لتفاعل عنصر رأس المال البشري مع بعض من العوامل السكانية؛ الصحية؛ الاجتماعية؛ الاقتصادية والسياسية ولكن بعدما نتعرض إلى رأس المال البشري من حيث ماهيته ثم أهم مكوناته وأهميته وبعد الانتهاء من دراسة مختلف علاقاته النظرية مع العوامل السابق الإشارة إليها نصل إلى اتجاهاته في مصر وصولاً في النهاية إلى بعض المقترحات لتحسين هذا المكون الهام والحيوي ألا وهو رأس المال البشري لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية. ودعنا هنا نبدأ بالنقطة الأولى وهي:

II- رأس المال البشري:

يعتبر رأس المال البشري من أهم مقومات تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية وذلك اذا ما أحسن استثماره بل ويمكن اعتباره الممسك الفعلي بزمam التنمية. ولقد كان لظهور مفهوم جديد للتنمية من قبل البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة حيث عرف التنمية البشرية بأنها "توسيع أختيارات البشر وقدراتهم من خلال تكوين رأس المال الاجتماعي الذي يستخدم بأكثر درجة ممكنة من العدالة لتلبية احتياجات الأجيال الحالية بدون تعريض احتياجات الأجيال المستقبلية للخطر"، ولذلك يعتبر تكوين رأس المال البشري من أهم مهام التنمية البشرية والذي يعد أداة قوية لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية. ولذلك فإنه من المسلم به أن القدرة الانتاجية لأي بلد تعتمد على الرصيد المتوافر لديها من رأس المال البشري وجودة نوعيته. وعلى النقيض فإن قلة رصيد رأس المال البشري وتدني نوعيته يعوق النمو الاقتصادي لأي مجتمع⁶.

إلا أن الفجوة الكبيرة القائمة بين الدول النامية ومن بينها مصر والدول المتقدمة في مجال التنمية الاقتصادية تحتم على الدول النامية التركيز على الاستثمار في رأس المال البشري للاستفادة من فاعلية العامل الاقتصادي لتحقيق تقدم سريع من شأنه تقليص هذه الفجوة.

وعلى سبيل المثال فإن مصر قد تأخرت بشكل واضح عن البلدان النامية الصاعدة في تكوين رأس المال البشري (مقاساً بمتوسط سنوات التعليم) مقارنة تحديداً مع ثلاثة نمور آسيوية رائدة (كوريا- تايوان- هونج كونج) منذ عام 1960 ونجد الآن أن هذه النمر قد حققت سبقاً على مصر في تراكم رأس المال البشري بما يزيد عن خمسين عاماً. وتقديرنا أن الفجوة بين مصر والنمر الآسيوية كانت ستظهر بعداً أوسع لو أخذنا في الاعتبار نوعية رأس المال البشري والتي توجد دلائل قوية على تدنيها في مصر، ويمتد هذا التدني إلى ميدان الصحة وغير ذلك من ميادين الحياة، فلذلك هنا يمكننا القول إجمالاً، أن رأس المال البشري المتاح لمصر أياً كان مستواه بحاجة إلى أن يوظف بكفاءة في إنتاج مقومات الرفاة الانساني للمواطن المصري وهذا ما دفعنا إلى الكتابة في هذا الموضوع بأكثر تفصيلاً من خلال دراسة رأس المال البشري ومن ثم كيفية الاستثمار فيه كوجه آخر للاستثمار في الشباب. ولنبدأ هنا بالمكون الأول وهو التعريف.

II-1- ماهية رأس المال البشري

يرى بيكر (1964) أن رأس المال البشري "مماثل للوسائل المادية للإنتاج مثل المصانع والآلات ويستطيع الفرد الاستثمار في رأس المال البشري من خلال التعليم والتدريب والرعاية الصحية، وتعتمد المخرجات بشكل جزئي على نسبة العائد من رأس المال البشري المتوفر" ^{10:9}.

ويصف فريدريك هاريسون (1974) رأس المال البشري على أنه "هو عملية بناء المعارف والمهارات والقدرات الكامنة في أفراد المجتمع". وأيضاً يصف تودارو رأس المال البشري بأكثر تحديداً من مجرد الثروة البشرية الكامنة في أي مجتمع، فيعتبره استثمارات منتجة تتجسد في الأشخاص وهذا يشمل المهارات والقدرات والقيم والنتائج الصحية للإنفاق على التعليم وبرامج التدريب والرعاية الصحية ⁴. ولذلك يعتبر من أول مقومات قدرة المجتمع على التنمية. ولا يعتبر رأس المال البشري دالة فقط في كم البشر ولكن المهم هنا هو الكيف لأن الكم الكبير مع كيف متدن يعتبر من أسباب التخلف والفقر في الكثير من المجتمعات وهذا يتفق مع مبدأ أفلاطون القائل بأن "نوعية الانسان أكثر أهمية من عدد الأفراد وكميتهم". ونصل هنا إلى السؤال الهام وهو هل رأس المال البشري الموجود في هذا المجتمع مستخدم أم لا؟ ⁹.

حقيقة فإننا نجد أنه في بعض المجتمعات يتم تأهيل الطاقة الكامنة للبشر، ويبدأ هذا التأهيل من الطفولة المبكرة للفرد وهي الفترة الزمنية التي يخلق فيها رأس المال البشري ثم يتبلور في سن الشباب وصولاً إلى مستويات راقية من الأداء في كل مجالات التنمية. أما في مجتمعات أخرى فيعاق تبلور هذه الطاقة الكامنة وتؤدي بها إلى أداء متدن في كل مجالات التنمية. إجمالاً، فإن وجود شباب يتمتعون بصحة جيدة ومعدلات التحاق عالية بالتعليم في كل مراحله يمثل الأساس وحجراً الزاوية لتراكم رأس مال بشري قوي وفعال وكنتيجة لحسن استثماره فإنه يمثل أحد أهم الطرق فاعلية في تحقيق تنمية شاملة على مستوى الأفراد وعلى مستوى المجتمع المحلي وعلى مستوى الدولة ككل.

II-2- مكونات رأس المال البشري

يقدم دليل الأمم المتحدة للتنمية البشرية أربعة مؤشرات أساسية لتكوين رأس المال البشري وهي كالآتي*:-

- معدل القراءة والكتابة (15 سنة +).
- نسبة القيد بالتعليم الأساسي والثانوي.
- السكان (15 سنة +) الحاصلين على مؤهل ثانوي أو أعلى.
- المشغولون بالمهن العلمية والفنية (% من إجمالي العاملين).

وإذا نظرنا إلى هذه المكونات نجد أن الثلاث مكونات الأول تتعلق بالتعليم بينما المكون الرابع يتعلق بالعمل. وتأتي الأمية واستمرار حرمان بعض الأطفال من التعليم الأساسي في مقدمة محددات تراكم رأس المال البشري وذلك لأن التعليم واكتساب القدرة على التعلم هما الأداة الرئيسية لبناء القدرات البشرية والحصول على العمل المناسب واكتساب المعرفة اللازمة للأفراد والمجتمعات لتطوير إمكانياتها، وغني عن القول أن هذه الأهداف جزء لا يتجزأ من التنمية البشرية وأن بناء رأس مال بشري راقى النوعية يرتبط أساساً بجودة التعليم- لذلك فقد أكد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على حق كل إنسان في التعليم وعلى ضرورة توفيره بالمجان للجميع وخاصة في المراحل الأساسية منه- غير أن تحقيق إتجاهات إيجابية في مكونات رأس المال البشري لا تتحقق من تلقاء ذاتها بمجرد وجود نظام للتعليم فالواقع أن النجاح يتوقف على عوامل متعددة تمتد جذورها من وجود بيئة

* برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. "تقرير التنمية البشرية لعام 2002".

داعمة لمناخ التعليم تتكون من وعي الفرد ثم المجتمع وموقفه من التعليم وإدراكه لفائدته في تحقيق هذه الأهداف. إذا فالمهم ليس فقط الاعتراف بأهمية التعليم وما يترتب عليه من الحصول على العمل المناسب، لكن الأكثر أهمية هنا هو كيف يؤدي نظام التعليم الفعال راقي النوعية إلى تعزيز تلك القدرات التي تمثل القوة الدافعة نحو العمل والتنمية بكل جوانبها. فلا بد إذا من تكامل منظومة التعليم والعمل لتحفيز تراكم رأس المال البشري وهو ما يقود إلى تحقيق وتدعيم النمو الاقتصادي⁴، ولسوف نتعرض لاحقاً في هذه الدراسة لقياس اتجاهات رأس المال البشري من حيث كونها إيجابية أم سلبية.

II-3- أهمية رأس المال البشري

لقد أكد الاقتصاديون على اختلاف توجهاتهم على أهمية دور الثروة البشرية لأي مجتمع وتأثيرها الايجابي في عملية التنمية الشاملة، وتبرز أهمية رأس المال البشري في كونه يمثل أهم مصادر الثروة فلا تكون هناك فاعيلية لعناصر الإنتاج المادية بدون العنصر البشري، وقد أدى التطور التكنولوجي في طرق الإنتاج الحديثة إلى تبو العنصر البشري موقع الصدارة في قيادة التطور مما أستهلزم ضرورة رفع مستوى أعداده وأكسابه مهارات تعليمية وتدريبية ليواكب هذه النقلة العلمية والتكنولوجية المصاحبة للعملية الانتاجية²⁰.

ولعل من أوائل من تحدثوا عن أهمية رأس المال البشري هو الفريد مرشال (1930) والذي يؤكد في أرائه على الدور الأساسي الذي يؤديه الإنسان في إنتاج السلع ونمو الانتاج وتطوره وأهمية التعليم في رفع انتاجية الفرد وذلك لأن الإنسان بالعلم والمعرفة والطموح والقدرة على الابداع يستطيع أن يسخر كل قوي الطبيعة ومصادرها وما في باطن الأرض وما فوقها لصالحه والارتقاء بمستوى معيشته وتوفير الحياة الكريمة له، وقد أشار مارشال إلى أن أهم استثمار لرأس المال هو "الاستثمار البشري"¹⁷. تبع ذلك العديد من الدراسات والتي أكدت على ما يستطيع رأس المال البشري أن يساهم به في التنمية. حيث كان له دوراً واضحاً في تجارب اقتصاديات كثير من الدول والتي استثمرت استثماراً ضخماً في التعليم وتنمية المهارات وأدت البحوث التي أجريت حول التعليم إلى توضيح الصلة بين رأس المال البشري والتنمية وهذه البحوث قد أجمعت على أن تراكم رأس المال البشري هو أقوى محركات التنمية⁵.

ولقد أحدثت نظرية رأس المال البشري والأبحاث المرتبطة بها في مجال التعليم والتي قدمها شولتز في الستينيات انقلاباً في المفاهيم الاقتصادية التقليدية السائدة فمن خلال هذه النظرية أوضح

شولتز أهمية رأس المال البشري والتي قد تفوق أهمية رأس المال المادي في تحقيق معدلات أسرع للتنمية، وحاول البحث عن تفسيرات أكثر فاعلية لتفسير الزيادة في الدخل فسعى إلى تحويل الانتباه من مجرد الاهتمام بالمكونات المادية لرأس المال البشري إلى الوصول لنظرية لاستثماره لتحقيق التنمية الاقتصادية²⁰. ولقد أسهم مفهوم شولتز للاستثمار في رأس المال البشري إسهاماً كبيراً في النظرية الاقتصادية حيث أشار إلى ضرورة اعتبار مهارات وتعليم ومعرفة الفرد شكلاً من أشكال رأس المال الذي يمكن الاستثمار فيه. ومن وجهة نظره أيضاً أن هذا النوع من الاستثمار وخاصة في مجال التعليم وهو من أهم مكونات رأس المال البشري كما سبق وذكرنا، فقد حقق معدلات أسرع للتنمية في المجتمعات الغربية عما حققه الاستثمار في رأس المال المادي. ومن هنا يمكننا أن نخلص إلى أن تراكم رأس المال البشري عالي الجودة يعتبر بحق الجواد الذي يقود قاطرة التنمية وخاصة في الدول الآخذة في النمو. هذا هو الجانب المشرق إذا ما أحسن استثماره من حيث جودة التعليم وتنمية المهارات ولكن على النقيض تماماً إذا ما لم يحسن هذا الاستثمار بفاعلية وخاصة في مصر من حيث افتقار الحويلة التعليمية لقوة العمل إلى الكثير من الكفاءات والمهارات التعليمية وأيضاً من حيث السلوكيات الضرورية التي تفي بمتطلبات سوق العمل، هذا بالإضافة إلى مناخ الركود الاقتصادي فإن البطالة بمختلف صنوفها سوف تطل بوجهها بقوة وهو ما نراه اليوم في مصر، وفي هذه الحالة تكون المحصلة حدوث أمرين هما تبيد رأس المال البشري وانتشار البطالة مما يؤدي إلى انتشار الفقر بأوسع معانيه⁴.

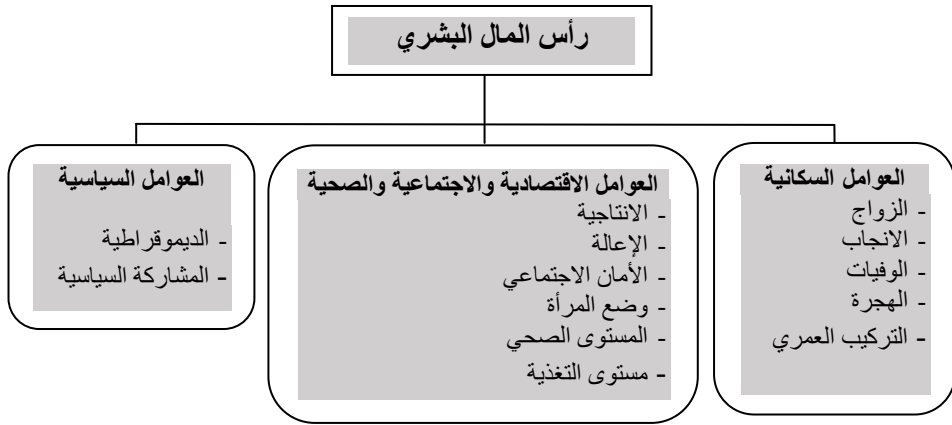
ولذلك كما جاء في تقرير التنمية الإنسانية العربية لعام 2016، تحت عنوان "الشباب وآفاق التنمية الإنسانية في واقع متغير": "أن الاستثمار في الشباب وتمكينهم من الانخراط في عمليات التنمية أولوية حاسمة وملحة في حد ذاتها وشرط أساسي لتحقيق تقدم ملموس ومستدام في التنمية والاستقرار للمنطقة بأسرها. ويقضي تمكين الشباب تعزيز قدراتهم، وهو ما يستوجب تحسين منظومة الخدمات الأساسية وخصوصاً في مجالي التعليم والصحة كما يتعين توسيع نطاق الفرص المتاحة للشباب من خلال اقتصاديات تولد عملاً لائقاً، وبيئات سياسية تشجع حرية التعبير والمشاركة الفاعلة، ونظم اجتماعية تعزز المساواة".*

* برنامج الأمم المتحدة الإنمائي- المكتب الإقليمي للدول العربية، "تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2016- الشباب وآفاق التنمية الإنسانية في واقع متغير"، 2016.

ننتقل الآن إلى نقطة هامة وهي الأطر النظرية لعلاقة رأس المال البشري ببعض من العوامل السكانية؛ الصحية؛ الاجتماعية؛ الاقتصادية والسياسية حتى يمكننا الاقتراب من مناطق التأثير والتأثر فيما بينهم مع التركيز على العوامل السكانية، وبصفة خاصة العلاقة ما بين رأس المال البشري والتركيب العمري وذلك من خلال الحديث عن ظاهرة "النافذة الديموجرافية".

- الأطر النظرية لعلاقة رأس المال البشري ببعض من العوامل السكانية؛ الاقتصادية؛ الاجتماعية؛ الصحية؛ السياسية وأثر ذلك على التنمية الاقتصادية والاجتماعية ويمكننا وضع الإطار النظري لعلاقة العوامل المختلفة برأس المال البشري من خلال الشكل (1).

شكل (1): الأطر النظري لعلاقة رأس المال البشري ببعض من العوامل السكانية؛ الاقتصادية؛ الاجتماعية؛ الصحية؛ والسياسية



المصدر: إعداد الباحث.

1- رأس المال البشري والعوامل السكانية (الزواج- الإنجاب- الوفيات- الهجرة -التركيب العمري)

أ- رأس المال البشري والزواج

كما سبق وذكرنا أنه لتكوين تراكم رأسمالي يستثمر في البشر لابد من الاهتمام بالتعليم والتدريب والمستوى الصحي. ومن خلال ذلك يمكننا أن ندرك أن الزواج يمكن أن يؤثر على رأس المال البشري من خلال ظاهرة من الظواهر المنتشرة في بلدان العالم النامي ومن ضمنها مصر وهي ظاهرة "الزواج المبكر" والتي تعد من الظواهر المندرجة تحت موضوع العنف ضد المرأة والتي كثر

الحديث عنها في الآونة الأخيرة. هذه الظاهرة وما يعقبها من التسرب من التعليم وحرمانها من مواصلة التعليم والتدريب^{13,14} وذلك بإعتبار أن حصول المرأة على التعليم يعتبر رفاهية وامتهانها عملا ما، يعتبر خروجاً عن تقاليد المجتمع. فإذا تكلمنا بأكثر تفصيلاً عن الأمية وما لها من أثر سلبي على تكوين رأس المال البشري نجد أنه في عام 2017* بلغت نسبة الأمية بالنسبة للإناث في مصر 30.8% وهي نسبة اللاتي لا يعرفن القراءة والكتابة من إجمالي السكان في فئة عمرية معينة، وهذا بالإضافة إلى أن البنات بدون حصولها على التعليم تتجه إلى الزواج قبل نضجها وتتحول من وضع إعالة من قبل والدها إلى وضع إعالة من قبل زوجها دون تحقيق إضافة حقيقية لأسرتها أو مجتمعها.

وإذا كنا مازلنا نتحدث عن أمية قراءة وكتابة بينما هذا التعريف للأمية قد انتهى الكلام عنه منذ زمن بعيد في كل الدول المتقدمة لما تمثله الأمية وما يتبعها من انعدام التدريب إلى تبديد لرأس المال البشري في هذه المجتمعات، فنجد أيضاً لهذه الظاهرة علاقة سلبية بالمستوى الصحي قد تؤدي في كثير من الأحيان إلى وفيات الأمهات وأطفالهن في مصر فبالرغم من الجهود المتواصلة للحد منها وجد أنه طبقاً للمسح الديموجرافي الصحي لعام 2014 تبلغ نسبة النساء اللاتي تزوجن قبل بلوغ سن ال 16 سنة حوالي 6.2%¹⁸، مما يعني حقيقة وجودها وأيضاً حقيقة تأثيرها على المستوى الصحي للمجتمع ككل وعلى المرأة والطفل بصفة خاصة.

إجمالاً، فإن الأمية وانعدام التدريب وإعتلال الصحة سدود تقف أمام تراكم رأس مال بشري فاعل ومؤثر، ذلك لأن المرأة من الناحية الكمية مؤثرة بشدة من خلال الأم - الأخت - الزوجة لنصف المجتمع ومن الناحية الكيفية للمجتمع كله. هذه السدود تعني عدم تحقيق تنمية اقتصادية واجتماعية.

ب- رأس المال البشري والإنجاب

إن العلاقة بين الإنجاب ورأس المال البشري يمكن النظر إليها خاصة في الدول النامية على أنها علاقة تبادلية عكسية، فنجد أن كثرة الإنجاب مع ضعف الموارد بكل صورها تؤدي إلى عدم

* الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، تعداد السكان والمساكن والمنشآت، 2017.

قدرة الدولة على الاستثمار في المجالات التي تكون رأس المال البشري ومن أهمها التعليم والتدريب والصحة و... إلخ. فيجب توفير مستوى تعليمي راقى يرفع كفاءة الأفراد ويؤهلهم للقيام بالأدوار الإنتاجية المتميزة المنوطة بهم، وأيضا عدم توفير مستوى صحي مناسب يضمن وجود مجتمع معافى صحيا ويتمتع بحالة من الرفاه التامة مما يشكل وبالأكثر متزايدا على هذه الدول. ولتركز هنا بصفة خاصة على التعليم فنجد أن الإرتقاء بمستوى التعليم وهو المكون الأساسي لرأس المال البشري من حيث الأداء والأهداف له أنعكاس جوهري على معدلات الخصوبة. فإن والدين المتعلمين لديهم إتجاهات وأنماط ثقافية جديدة تتجه بهم للميل إلى الاكتفاء بعدد قليل من الأطفال مع تنظيم لوقت إنجابهم لأنه بمفهوم التكلفة والعائد نجد أن تكلفة فرصة الحصول على طفل إضافي تكون أكبر بالنسبة للأم المتعلمة لأنها يمكن لها أن تعمل وتقتنص أجراً أكثر من الأم غير المتعلمة، ولذلك فإن تكلفة حملها ورعايتها لطفلها تكون على حساب خسارة الكثير من دخلها. وثمة سبب آخر يجعل المرأة المتعلمة أقل إنجاباً فهي قد تزوجت متأخراً بعد انتهائها من التعليم وأيضا لوعيها بمشاكل الانجاب المبكر، فنجد هنا أن التعليم يلعب دوراً جوهرياً في انخفاض مستوى الإنجاب¹³. ومن ناحية أخرى فإن ارتفاع تكاليف التعليم في الدول النامية وخاصة في ظل إجراءات الإصلاح الاقتصادي وما تبعه من تحمل الأسرة ذات الحجم الكبير أعباء مالية متزايدة لا تستطيع بالفعل مجابته، فقد حالت دون إقبال قطاع كبير من السكان على التعليم ألا وهم الفقراء أو على الأكثر التحاقهم بتعليم أقل في مستوى الجودة ويقتصر على دراسة تخصصات في الأغلب مهنية (متوسطة) حتى يتمكنوا من التخرج مبكراً للعمل²³.

بالإضافة إلى ما سبق يمكننا القول بأن الانخفاض في معدلات الإنجاب والوصول إلى المعدلات المرغوب فيها يؤدي إلى بناء أسرة صغيرة - والأسرة الصغيرة- تؤدي بدورها إلى استثمار أكبر في التعليم والصحة لعدد أطفال صغير متوقع له أن يعيش حياة طويلة ونتيجة لهذا الاستثمار يتراكم رأس مال بشري فاعل يمثل قوة عاملة أكثر إنتاجية تحقق مستوى أجر مرتفع ومستوى معيشة أفضل¹ يقود قاطرة التنمية. بالإضافة إلى ما سبق، يمكننا أيضا النظر مباشرة للعلاقة ما بين الإنجاب وانخفاض مستويات المعيشة فنجد أنها أيضا تبادلية عكسية فكما أن ارتفاع معدلات الخصوبة تؤدي إلى انخفاض مستويات المعيشة، فإنه يمكن أيضاً النظر إلى أن من يعيشون في مستويات معيشية منخفضة عادة يريدون إنجاب عدد كبير من الأطفال لإستخدامهم كأدوات لجلب

المال من خلال عملهم لأنهم يمثلون الشكل الوحيد من الأمان الاجتماعي للوالدين في الكبر⁴ وفي هذه الحالة أيضاً يستمر هؤلاء البسطاء في الدوران في هذه الحلقة المفرغة.

إجمالاً، فإن النمو السكاني المرتفع من خلال ارتفاع معدلات الخصوبة وانخفاض مستويات النمو الاقتصادي يعملان على مؤازرة كل منهما للآخر لخلق مصيدة متسقة تعمل بصورة مستمرة على جذب المزيد من السكان إلى مستوى معيشي منخفض، ومع إتساع هذه المصيدة وتفاقم قواها الذاتية تتسع ظاهرة الفقر ومايتبع ذلك من مشاكل تعوق تحقيق تنمية اقتصادية واجتماعية فلا بد من العمل على فك شباك هذه المصيدة وتحرير الواقعين في حبالها أو على الأقل منع المزيد من الوقوع في قبضتها.

ج - رأس المال البشري والوفيات

نظراً لأن الإنسان هو المكون الرئيسي لرأس المال البشري فإن فقدانه بالوفاة يعني عدم وجود رأس مال بشري من الأساس. وبالتالي فإن الوفاة نتيجة وجود وباء أو مرض ونتيجة للحروب تعني حرمان هذا المجتمع من تراكم رأس ماله البشري. وبالنظر إلى دول المنطقة ومن بينها مصر نجد أنها عانت ولسنوات طويلة من الاستعمار وما تبع ذلك من مقاومة مستمرة حتى الاستقلال وكان الثمن الأكبر هو دماء أبنائها، ثم تبع ذلك حروب لسنوات طويلة لدول المواجهة مع إسرائيل وما تبعه أيضاً من فقدان لخيرة شباب اوطانهم. ثم نجد أن هذه الدول تعرضت شأنها شأن الكثير من دول العالم للأوبئة وأهمها الكوليرا والتي حصدت الآلاف من الأرواح في الماضي، ونتيجة لازدياد الرعاية الصحية تم القضاء على الكثير من هذه الأوبئة مع بقاء بعض الأمراض المتوطنة فمثلاً توجد في اليمن الملاريا وفي مصر البلهارسيا والتي تصيب نسبة كبيرة من شباب الريف وتستنزف الصحة والمال. وتبذل الحكومة المصرية جهوداً مكثفة للقضاء على هذا المرض المستوطن عن طريق زيادة الرعاية الصحية والتوعية عن طريق كل وسائل الإعلام لمواجهة هذا المرض لما له من مخاطر اجتماعية واقتصادية وصحية مما قد يؤدي إلى انهيار جيل كامل من شباب الريف في فئة عمرية منتجة وما له من عواقب على المستوى الشخصي والمجتمعي تؤدي بالفرد والأسرة إلى مزيد من الانزلاق إلى مستويات معيشية متدنية، أيضاً تؤدي بالمجتمعات المحلية إلى مزيد من الاستنزاف نتيجة لمحاولتهم تغطية تكاليف العلاج وأيضاً لنسيج اجتماعي مهتلل نتيجة لوفاة عائل الأسرة ومزيد من اليتيم والفقر لأسرته، ومثال البلهارسيا في مصر مثل أي مرض متوطن في أي دولة من

الدول النامية. وأيضاً نود هنا أن نلمح إلى وجود بعض العادات التي لها تأثير سلبي على الوضع الصحي وما يتبعه من تدهور يؤدي إلى الوفاة وأكبر مثال على ذلك "الادمان" بكل صوره وماله من تأثير ضار على الوضع الصحي لأفراد الأسرة يؤدي إلى الوفاة وبخاصة للشباب صغار السن، ونتيجة ما سبق وجود مزيداً من السدود أمام تحقيق تنمية اقتصادية واجتماعية.⁴

د- رأس المال البشري والهجرة

يمكن النظر إلى تأثير الهجرة على رأس المال البشري على أنه تأثير عكسي لأن الهجرة عملية انتقائية تشمل الشباب وخاصة الذكور بعدما أتموا تعليمهم وتدريبهم وما صاحبه من استثمار وجه لهم انتظاراً لفترة جني الثمار، فنجد أن الشباب في هذه الحالة يتوجه بعبثاته إلى الخارج مما يحرم بلده الكثير من الخبرات وخاصة إذا كانت خبرات نادرة فيما يسمى "بهجرة العقول".* والذي يعني فقدان البلد الأصلي لرأس مال بشري متميز، وسلب لمجتمع الكفاءات من البلدان والتي غالباً ما تكون بلدان نامية ومنها بالطبع البلدان العربية وبصفة خاصة مصر مما يضعف من فرص التنمية فيها لأن هذا المجتمع لا يجني أية مكاسب مقابل التكلفة التاريخية التي تكبدها في تكوين وتعليم وتدريب المهاجر. وبالتالي فإننا نجد في النهاية عجز في الكفاءات التي كان يمكن لها قيادة قاطرة التنمية وبالتالي تدني لإنتاجية عناصر الكفاءات الباقية في بلد المنشأ (البلد المرسل). وفي دراسة لأثر الخسارة الناجمة عن هجرة ذوي المهارات العالية، والذي عادة ما يسمى "نزيف العقول"، على النمو الاقتصادي لبلد المنشأ، وتم قياس هذه الخسارة باستخدام مفهوم "الخسائر المتركمة للتعليم العالي". وتم أيضاً اختبار العلاقة بين التغير في الناتج المحلي الإجمالي للفرد الواحد والخسارة المتركمة في بعض بلدان المنشأ العربية (الجزائر، مصر، الأردن، لبنان، المغرب، السودان، سوريا، وتونس). وقد توصلت الدراسة إلى وجود نتائج ذات دلالة إحصائية على أن الخسائر التراكمية للتعليم العالي والثانوي تقلل النمو الاقتصادي المحلي، في حين تزيد النتائج الإجمالي المحلي في حالة التعليم الإعدادي.¹²

إجمالاً، يمكننا القول أن الهجرة الخارجية في مجملها تضر بالتكوين الرأسمالي البشري الخاص ببلد المنشأ مما يؤدي إلى تباطؤ في تحقيق تنميتها الاقتصادية وإطالة الوقت الذي يمكن فيه لهذا المجتمع من الانطلاق إلى تحقيق تنمية شاملة.

* فرجاني، نادر. 2000. "هجرة الكفاءات من الوطن العربي في منظور إستراتيجية لتطوير التعليم العالي"، مركز المشكاة للبحث، مصر.

هـ- رأس المال البشري والتركيب العمري

يمكننا هنا التعرف على طبيعة العلاقة بين التركيب العمري ورأس المال البشري حيث يمكننا من خلال تعرفنا على التركيب العمري لأي مجتمع رسم الهرم السكاني والذي يعد بحق لوحة مرئية تعكس المجتمع من الناحية الاقتصادية والاجتماعية أكثر من أنه مجرد تصوير للوضع الديموجرافي لهذا المجتمع فهو يقدم صورة مجتمعية عن حاضر هذا المجتمع ومستقبله، وأهم ما يرى في هذه الصورة ما إذا كان هذا المجتمع فتي أم لا. فالمجتمع الفتى هو الذي يتميز بإتساع قاعدة هرمه السكاني مما يعني زيادة نسبة سكانه في الأعمار الصغيرة وحتى سن الشباب وهذه الفئة العمرية هي التي يخلق ويتكون فيها رأس المال البشري والذي يعد بحق الاستثمار الحقيقي لأي مجتمع يريد أن يتقدم بحق. وهذا الاستثمار يبدأ من الطفولة المبكرة وحتى الشباب. ولقد أدركت كل الدول وخاصة المتقدمة منها أهمية الشباب كعنصر فاعل في إحداث التنمية في المجتمع حيث أنه الطاقة المتفجرة لإحداث أي تغيير إيجابي في أي مجتمع إذا ما توفرت له كافة الامكانيات للاستثمار فيه من جهة التعليم والتدريب وتأهيله ليكون عنصر مبتكر⁴.

وهنا نود الحديث عن ظاهرة تسمى "النافذة الديموجرافية"^{15،19،24} وهي فرصة فريدة من نوعها في تاريخ المجتمعات تحدث لمرة واحدة وايضا لمدة محدودة "حوالي جبل" وهي المرحلة التي يبلغ فيها مجتمع ما الذروة في حجم السكان في قوة العمل مقابل أدنى نسبة للسكان المعالين يعقب هذه المرحلة خلل بين السكان في قوة العمل (النشطين اقتصاديا) والسكان المعالين، خاصة وأن عدد المسنين يزداد تفاقما مع الزمن. ولذلك فهي تعد بحق فرصة تاريخية، لأنها تعكس ارتفاع نسبة السكان في سن العمل وما يتبعه من زيادة في القوة العاملة كأعداد وكم إنتاجية محققة مستوى أجور مرتفع ومستوى معيشة أفضل، وعلى الجانب الآخر يكون انخفاضاً لمعدل الاعالة¹¹، هذا الوضع سوف يؤدي إلى زيادة في المدخرات لأن الأفراد في سن العمل يحققون أعلى مستوى من مستويات الإدخار، ومن ثم الاستثمار مما يعكس أثر جوهري مباشر لتحقيق نمو اقتصادي كبير لا غنى عنه لإحداث نهضة حضارية لهذه المجتمعات.

وتأتي هذه النافذة (الفرصة) الديموجرافية كتابعة للانتقال الديموجرافي في الدول النامية ومن بينها مصر نتيجة للتغيرات في مستويات المواليد والوفيات في شكل انخفاض في معدلات الخصوبة، فنجد أن الأفواج السابقة للتحويل الديموجرافي ذات الخصوبة المرتفعة وصلت إلى سن العمل مما

ساهم في انخفاض معدل الإعالة وذلك إلى حين إتساع مجتمع المسنين ¹⁵، وبعبارة أخرى يمكن القول بأن الانتقال الديموجرافي وما يعقبه من تغير في التركيب العمري له تبعات اقتصادية معنوية وهذا يرجع إلى الاختلاف الكبير في السلوك الاقتصادي والطلب في كل فئة عمرية.

ولكن في الواقع فإن تأثير الانتقال الديموجرافي يعتمد أساساً على طبيعة سوق العمل في هذه الدولة وأيضاً على هيكل الإنتاج بها. فإذا كان هذا اقتصاد غير قادراً على اللحاق بالزيادة في قوة العمل فإن ذلك سوف يؤثر سلباً على مستوى الأجور. والوضع العكسي صحيح لأنه سوف يكون له تأثير إيجابي على معدل الإدخار الحكومي وهذا يمكن حدوثه نظراً لارتفاع قيمة الضرائب المحصلة في ضوء زيادة القوة العاملة والإنتاجية مما يؤدي مباشرة إلى زيادة الاستثمارات وبخاصة في مجالي التعليم والصحة وهي من أهم السبل لتحقيق النمو الاقتصادي. وفي دراسات حديثة توقعت فتح هذه النافذة في مصر عام 2015 وانغلاقها عام 2046 (طبقاً للفرض المتوسط) ^{19,15} [أنظر الشكل رقم (2) في الملحق الإحصائي].

إجمالاً، يمكننا القول أن هذه الظاهرة لا يمكن الاستفادة منها بشكل ذاتي من تلقاء نفسها وإنما تحتاج إلى تخطيط مستقبلي متميز لهذه الفترة في كل دولة بالإضافة إلى المناطق المختلفة داخل كل دولة (مثلاً الحضر والريف) وذلك لاختلاف ظروف كل منطقة، ففي مصر لأبد أن يكون هذا التخطيط قد بدأ قبل الآن بسنوات، وإن لم يكن ذلك فلا بد من صحوه الآن من حيث وضع خطط للاستثمار في رأس المال البشري من تعليم وتدريب يمكن لمصر تحقيق أكبر استفادة من هذه الفرصة الذهبية وما يتبع ذلك من تحقيق أكبر إنجاز اقتصادي مثلما تحقق لدول النمر الآسيوية في التسعينيات ومكنها من تحقيق المعجزة التنموية وما صاحبه من انتقالها من دول آخذة في النمو إلى مصاف الدول المتقدمة اقتصادياً واجتماعياً.

2- رأس المال البشري والعوامل الاجتماعية؛ الاقتصادية والصحية

يمكننا هنا إيجاز بعض من العوامل الاجتماعية؛ الاقتصادية والصحية والتي تتفاعل مع رأس المال البشري في المكونات التالية: الأمان الاجتماعي- وضع المرأة- الإنتاجية- الإعالة- المستوى الصحي- مستوى التغذية.

وهنا دعنا نبدأ بمحاولة لاستنتاج هذه العلاقات المتشابكة، فنجد أن وجود رأس مال بشري قوي فعال بضمن وجود **الأمان الاجتماعي** والاستقرار حيث أنه يكون مؤثر قوي في قرارات المجتمع. وتمثل شبكة الأمان الاجتماعي أحد أهم إستراتيجيات التقليل من الفقر وتحقيق عدالة اجتماعية لتوزيع ثمار التنمية الاقتصادية والاجتماعية وذلك حال كونها متسعة ومتطورة لتشمل فئات اجتماعية متعددة واضحة نصب أعينها ضرورة مكافحة الفقر بصورة جدية من مدخل أوسع من مجرد تقديم مساعدات نقدية ضعيفه بل من خلال وجود رؤيه واضحة ومخططة لكيفية رفع قدرات هؤلاء الفقراء وتزويدهم بأصول إنتاجية مع تدريبهم على كيفية استخدامها الاستخدام الأمثل، مثل تجربة الأسر المنتجة في مصر في الستينيات وحاليا تجربة الصندوق الاجتماعي والمشروعات الصغيرة وغيرها من المشروعات الرائدة. هذه الرؤية سوف يكون من شأنها ضمان مشاركة فعلية للفقراء وبخاصة الشباب منهم في العملية الإنتاجية وليس انتظار المعونة المالية. وهو ما حذى بمصر على سبيل المثال إلى وجود وزارة في السنوات الأخيرة بإسم التضامن الاجتماعي هدفها تفعيل دور المشاركة المجتمعية جنباً إلى جنب مع الجهود المبذولة من قبل الدولة بهدف تقوية ومناصرة الفقراء في مواجهة عدو شرس ألا وهو الفقر. وهي خطوة موفقة سوف تؤتي ثمارها في المستقبل القريب. إجمالاً، فلا بد من تبلور عقد اجتماعي جديد يقوم على التضافر فيما بين الحكومة كسلطة تنفيذية تمتلك مقدرات شعوبها والقطاع الخاص بها بما يملكه من اموال وخبرات يمكن تحقيق الاستفادة المثلى منها ومجتمع مدني قوي وجماهيري بحق يهدف إلى تحقيق تنمية شاملة بشقيها الاقتصادي والاجتماعي^{22,4}.

والآن دعنا نقرب من علاقة رأس المال البشري **وضع المرأة**، فالمرأة هي أحد أعضاء مثلث الفاعلات في الأسرة- زوجة أو أما أو أبنة - ومن ثم تؤثر خصائصها وقدراتها في حصاد تفاعلات الأسرة ووظائفها سواء كانت أسرية أو مجتمعية، وتهيئة العنصر البشري للمساهمة في تحقيق التنمية الشاملة واطرادها^{*}. فلذلك نجد أن تكوين رأس مال بشري من خلال تعليمها وتدريبها إلى جانب تمكينها وتوسيع خياراتها الحياتية بما يمكنها من الاستجابة للفرص المتاحة لها ومن تحدي الأنوار التقليدية المفروضة عليها. فتعليم المرأة أساس قوي لدمجها في برامج التنمية وأساس لوعيها بالتنظيم والتحكم بخصوصيتها وصحتها الانجابية وأساس للوقاية من الأمراض المنقولة. فالتعليم يشجع على

* مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية العرب " التقرير الاجتماعي العربي"، الإصدار الأول، 2001

تأخير الزواج وعلى استخدام وسائل تنظيم الأسرة وما يرتبط به من تزايد الوعي الصحي للمرأة، بل ويعزز إحساسها باحتياجاتها ومنظوراتها الصحية وقدرتها على اتخاذ القرارات السليمة^{13,4,2} وما يتبع ذلك من انتقال المنفعة تلقائياً إلى أسرته الصغيرة ومجتمعها حيث تكون في النهاية امرأة مثقفة ومتعلمة ومنتجة ومشاركة بفاعلية في كل أوجه الحياة. إن المساواة بين الجنسين وتعزيز وضع المرأة وخاصة المرأة المعيلة وهما أيضاً من أهم أهداف الألفية الإنمائية والتي أقرت دول العالم بالسعي لتحقيقها بشكلان تحدياً قائماً في المرحلة المقبلة.

وبالنسبة لعلاقة رأس المال البشري بالإنتاجية فنجد أن ارتفاع تراكم رأس المال البشري حتماً يزيد من الإنتاجية وذلك من خلال زيادة فرص العمل التي تفتح من تلقاء نفسها أمام عنصر رأس المال البشري الراقى. وعلى العكس نجد هناك انخفاضاً تلقائياً في نسب الإعاقة نتيجة لقلة اعداد الأفراد خارج قوة العمل حتى المسنين يكونوا مدربين على بعض الأعمال التي تمكنهم من الإنتاج حتى داخل منازلهم مثل تجربة دولة كالصين. إجمالاً، فإن الإنتاجية تعد حالياً بحق المقياس الحقيقي لتقدم الدول أو تخلفها كما تتأثر مباشرة بجودة هذا البناء في رأس مالها البشري وما يتبعه من توسيع خيارات أفراد المجتمع وتنمية قدراتهم من خلال تدريبهم وتنمية مهاراتهم وتحسين طرق الانتاج التي يعملون بها، مما يزيد الإنتاجية ويقلل معدل الإعاقة بلا أدنى شك⁴. وما من شك في أن ارتفاع مستوى الإعاقة يقلل من قدرة الآباء على الاستثمار في تعليم أبنائهم ورعايتهم صحياً،.... والعكس صحيح مما يعكس تشابك العوامل من زيادة الإنتاجية وانخفاض في مستوى الإعاقة، ثم زيادة في الإدخار توجه للاستثمار وتؤدي إلى تراكم جيد لرأس المال البشري من خلال التعليم والصحة،... إلخ. لكن لا بد من وجود سياسات تنموية لهذه المنظومة ليحسن استغلالها.

وهنا دعنا نأتي إلى أحد المكونات الأساسية لرأس المال البشري حيث أنه يبنى من خلال الإنفاق على الرعاية الصحية كأحد مكوناته للوصول إلى المستوى الصحي الملائم، وبصفة خاصة في مجال الصحة الإنجابية التي تضيف بعداً جديداً إلى التحسين في رأس المال البشري وما يتبعه من تخفيضات في معدلات الوفيات النفاسية ووفيات الرضع والأطفال⁷. فالاصحاء هم الأكثر قدرة على الإنتاج، ولكن هنا يبرز تساؤل عما هو تعريف الصحة؟ والإجابة تكمن في تعريف منظمة الصحة العالمية لها "بأنها حالة الاكتمال الفيزيائي والعقلي للشخص وشعوره بالرفاة الاجتماعي وليس مجرد المرض، وقد أضيف أخيراً إلى هذا التعريف قدرة الإنسان أن يعيش حياة منتجة اجتماعياً

واقصدياً". والحقيقة فإن المستوى الصحي يرتبط أيضاً بالعديد من المتغيرات الأخرى منها الاجتماعي والاقتصادي فعلى سبيل المثال نجد أن النساء المتعلّقات أكثر استفادة من الخدمات الصحية التي تقدم مقارنة بغير المتعلّقات من حيث الاعتقاد بأهميتها¹³. وأيضاً محدودية الموارد الاقتصادية التي تقف عائقاً أمام الدفع بمستوى متطور للخدمات الطبية. إذا فهي دائرة مغلقة ما بين الوضع الصحي وكلا من العوامل الأخرى المتفاعلة للتأثير النهائي على تراكم رأس المال البشري في مكونه الصحي. ولذلك نجد أن محاولة الفكّك من هذه الدائرة قد تكون من خلال تكثيف العمل في مجال الرعاية الصحية وتحسين النظام الصحي في جانبه الوقائي والعلاجي مع التركيز على المشاريع الصحية الموجهة، وقد يكون من المفيد هنا أيضاً الحديث عن ضرورة وضع خريطة صحية لكل دولة تعكس أنواع الأمراض بها وأماكن انتشارها، ومن ثم يمكن عمل تقدير لحجم الخدمات الواجب توجيهها لكل منطقة ولكل فئة فيكون التخطيط الصحي ليس على المستوى القومي ولكن على مستوى المحليات وإن أمكن على مستوى أصغر تجمع سكاني⁴. وهنا يمكن الوصول إلى أكثر الفئات تهميشاً برؤية حقيقية لواقع مشاكلهم ووضع حلولاً مناسبة لها مما يمكن من الاستفادة من التقدم الكبير المحرز في المجالات الطبية الوقائي منها والعلاجي والذي خطت فيه مصر خطوات جادة مما أدى إلى تحقيق نجاحات كبيرة على سبيل المثال تجربة القضاء على فيروس سي والمتوقع القضاء نهائياً على هذا المرض المدمر للإجساد بنهاية 2022، والذي سينعكس في انخفاض معدلات الوفيات خاصة بين الفقراء ومحدودي الدخل مما يؤدي بالقطع إلى ارتفاع هذا المكون الهام من مكونات رأس المال البشري.

كذلك بالنسبة لمستوى التغذية فالتغذية السليمة هي بمثابة الأساس لشيوع الصحة فإن وجود أمراض سوء التغذية كنتيجة لنقص كمية الغذاء الكافي والعادات السيئة في الأكل والمستوى الرديء لصحة البيئة وامدادات المياه وما يتبعه من أمراض تؤدي إلى نقص في الذكاء وبنية جسمانية ضعيفة وما يترتب عليه من ضعف التحصيل العلمي حيث أنه في الوقت الحاضر يعجز طفل واحد من بين ثلاثة اطفال في العالم النامي عن تحقيق النمو الكامل عقلياً وجسدياً بسبب سوء التغذية¹. ومن المعروف أن لسوء التغذية الدور الأساسي في ظهور كثير من الأمراض ولعل من أهمها فقر الدم (الأنيميا) والذي يعتبر مرضاً تغذوياً يعاني منه الكثير من سكان الوطن العربي مما يؤدي إلى تردي المستوى الصحي والذي لا يقوى معه المرء على إنجاز ما هو مطلوب منه، ومن هنا يتراكم رأس مال بشري ضعيف.

3- رأس المال البشري والعوامل السياسية

يمكن في هذه النقطة تناول رأس المال البشري وعلاقته بالعوامل السياسية من خلال أحد أهم مكوناته وهو التعليم. فالإنسان المتعلم بالطبع أقدر من غير المتعلم في التعرف على حقوقه السياسية والمطالبة بها. أما بالنسبة للمشاركة السياسية فهي تتطلب درجة من القدرات الفكرية والثقافية التي تمكن المواطنين من الاشتراك عن كثب في العمليات الاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر على المجتمع، وذلك بالمساهمة في صنع القرار. فكيف لفرد يجهل مثلاً ما يدور في وطنه من سياسات وقرارات أن يعدل منها؟. كيف يمكنه التواصل أو التحاور مع صانعي القرار للوصول إلى أفضل الحلول الخاصة بمشاكل المجتمع؟. كيف يمكنه الإطلاع على تجارب الدول الخارجية للاستفادة منها في النهوض بالمجتمع في كافة مناحي التنمية؟⁴. كيف يمكنه التعبير عن رأيه بكل حرية في الانتخابات واختيار مرشحه بدون التأثير عليه من أحد وهو لا يستطيع التمييز بين المرشحين من حيث التعرف على برامجهم الانتخابية؟. كيف يمكنه ممارسة الديمقراطية والتي تعني قدرته على اختيار خير من يمثله في السلطة التشريعية وأيضاً الرقابة على السلطة التنفيذية؟.

فبالنظر إلى مصر كمثال، نجد حالها مثل حال الكثير من الدول النامية تعاني من ضعف ثقافة المشاركة السياسية إلى حد ما وإن كان قد حدث تحسناً كبيراً بعد ثورتي 25 يناير، 30 يونيو على كافة المستويات والفئات وخاصة بالنسبة للنساء، وذلك شيء ليس بغريب في مجتمع تبلغ فيه نسبة الأمية طبقاً لتعداد 2017 حوالي 25.8% إلى جانب ذلك فهو مجتمع حديث العهد نسبياً بتجربة الديمقراطية وتعدد الأحزاب والمشاركة السياسية الفعلية. وهنا نود أن نشير إلى تجربة الانتخابات الرئاسية المصرية الأخيرة، مارس 2018 والتي كانت المشاركة السياسية فيها هي برهان نجاح التجربة الديمقراطية الوليدة التي تشهدها مصر في أعقاب ثورة 30 يونيو واستكمال ما تحقق من إنجازات في مجال الحريات العامة والاعلام والصحافة في تلك المرحلة الحاسمة في تاريخ وطننا. ولقد بلغت نسبة المشاركة السياسية حوالي 41% من إجمالي المقيدین بقاعدة بيانات الناخبين في إنتخابات نزیهة شفافة بها أكثر من مرشح اعترف بها القاضي والداني. هذه التجربة التي خاضتها مصر تعد بحق ميلاد لفجر جديد من الديمقراطية، وعلى الرغم من أن نسبة المشاركة السياسية في الانتخابات مازالت متوسطة، إلا أن كل المؤشرات تنبئ بازديادها في الانتخابات القادمة مع ازدياد الوعي السياسي لدى المواطنين عن طريق تفعيل الثقافة المسماة "بثقافة الفرد" وهي التي تدعو إلى أن لكل فرد قيمته بمعنى وجود أهمية بالغة لصوته ودوره في المجتمع وهذه الثقافة قد غابت ولفترة طويلة ليست عن مصر وحدها ولكن عن بلدان مجتمعا

العربي ككل نتيجة للقهر المتتابع من سنوات استعمار متواصلة، وفرض للصمت المطلق إذا كان يخالف الحاكم وبالتالي وصلنا إلى مجتمعات عاطلة فكرياً وثقافياً وكننتيجة لذلك فهي عاطلة عن الإنتاج بمعناه الواسع أيضاً. وللوصول إلى هذه الثقافة يجب تربية الأفراد منذ الطفولة المبكرة وصولاً إلى مرحلة الشباب وذلك بهدف تحقيق تراكم رأس مال بشري قوي يمكنه المشاركة بفاعلية في قضايا مجتمعه. ولكن أيضاً وجود ثقافة سياسية بدون ممارسة ديمقراطية فعلية لا طائل من وراءها، وهنا نعتقد أن هذه المسؤولية لا بد وأن تقع على عاتق المثقفين الذين بيدهم تشكيل فكر المجتمع لمساعدة مجتمعاتهم على التقدم والوصول إلى المواطنه بمفهوم تطبيقي. لأنه لا بد للفرد أن يشعر بالحرية وأنه سيد مصيره، ولعله يكون من المناسب هنا الدعوة لوجود عقد وطني بمعنى وجود رؤية واضحة وشاملة للمبادئ والقيم التي تدفع بأي مجتمع نحو تنمية مستدامة تميزه عن غيره.

ولذلك نحن في مصر لا نريد ديمقراطية مقلدة للآخرين ولكن لا بد من وجود نظرية ديمقراطية تصلح لوطنا بكل معطياته وثقافته ووثابته وقيمه ومبادئه، تعبر عن ظروفنا وتتبع من داخلنا ولا تفرض علينا وذلك بهدف الوصول إلى نظم سياسية حديثة ليست فقط من حيث الشكل ولكن أيضاً من حيث المضمون لكي لا تؤدي هذه النظرة الجديدة للعوامل السياسية لما حدث على المستوى الاقتصادي من انفتاح اقتصادي استهلاكي وليس إنتاجي بمعناه الواسع من استخدام أفضل للموارد، مما يؤدي إلى زيادة معدلات النمو. وإجمالاً يمكننا القول أن الديمقراطية هي نظام متكامل يتيح لكل أفراد المجتمع على جميع المستويات مشاركة متساوية في عملية صنع القرار ومتابعته في كل مراحل التنفيذ مما يؤدي إلى التوزيع العادل للفرص الاقتصادية والاجتماعية في المجتمع وتوفير رفاهة اقتصادية واجتماعية مع إتاحة الحقوق السياسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية و... الخ، وللوصول إلى رأس مال بشري قوي ومشارك في تنمية المجتمع لا بد له من تفعيل لتعليم متميز وفكر متطور وثقافة هادفة وترسيخ لفكر المواطن والالتزام داخله مما يدفعه بقناعة داخلية إلى مزيد من العمل والإنتاج وهما بحق القاطرة التي تقود التنمية الشاملة المرجوة.

III- إتجاهات رأس المال البشري

من الأهمية بمكان التعرف على إتجاهات رأس المال البشري من حيث كونها إيجابية أم سلبية في كل مكون من مكوناتها المختارة. وفي أحدث تقرير للتنمية البشرية*، فقد احتلت مصر المركز المائة والثالث عشر بين دول العالم في مؤشر رأس المال البشري لعام 2016 وهو ما لا

* UNDP.2018. "Human Development Indices and Indicators, 2018: Statistical Update".

يتناسب مع مكانة مصر، لذلك هنا نحاول تقييم هذه الإتجاهات وتشجيع الإيجابي منها ومحاولة علاج السلبي حتى تستطيع مصر أن تتبوأ في المستقبل القريب المكان اللائق بها بين دول العالم. وهنا قد يكون من المناسب الإشارة إلى عدم وجود سلاسل زمنية أو حتى سنوات متفرقة ومنتظمة ومتسقة للبيانات التي تتطلبها هذه الدراسة في التعرف على الإتجاهات بشكل أعمق لذا اقتضت الدراسة على بيانات بعض السنوات التي أمكن الحصول عليها.

ولنبداً بالمؤشر الأول وهو معدل القراءة والكتابة (15 سنة+) للمصريين، ويوضح جدول رقم (1) في الملحق الإحصائي] قيمة هذا المؤشر لبعض السنوات في الفترة 1994-2014.

1-معدل القراءة والكتابة (15 سنة+):

مما لا شك فيه أن التعليم هو أحد المؤشرات الرئيسية لبناء رأس مال بشري متميز لأي دولة، كما أن أنتشار الأمية ينعكس بشكل كبير على عنصر العمل ويشكل عقبة في طريق تحقيق التنمية الشاملة، فالتعليم يستطيع أن يقدم "لقاحاً اجتماعياً" لحدوث حراك اجتماعي في المجتمع، ويشكل الإلمام بالقراءة والكتابة قاعدة الأساس للتقدم الاجتماعي والاقتصادي والبيئي في البلدان النامية⁷. فالأمية وعدم كفاية التعليم - وهي التصنيف الذي يسبق معرفة القراءة والكتابة في منظومة الحراك التعليمي - يشكل عائقاً للأفراد حتى في الأعمال اليومية الأساسية كما يمنعهم عدم كفاية التعليم من الاستفادة من الفرص الجديدة في سوق العمل مثل الصناعات الناشئة والتي تقوم أساساً على المعرفة والتكنولوجيا. فالأفراد غير المتعلمين تعليماً كافياً غالباً ما يجدون أنه من الصعوبة بمكان التعبير عن أنفسهم وبالتالي فهم منغلزون يدورون وحدهم في دائرة الفقر آملين في وجود وسيلة للخروج منه وأخذ نصيباً من نواتج التنمية⁴. وهنا نود إلقاء الضوء على بعضاً من ملامح الأمية في مصر.

ف نجد أن ظاهرة الأمية متفشية في العديد من الدول النامية وفي مقدمتها دول الوطن العربي ومن بينها مصر، مما دعى بمنظمة الاسكوا إلى التحذير من هذا الخطر الجاثم ومايمثله من كونه أحد العقبات المعوقة للتنمية بمفهومها الواسع. ونظراً لأهمية هذا التحدي فقد اعتمدت يوم 8 يناير من كل سنة يوماً عربياً لمحو الأمية. والحقيقة وكنتيجه للجهود الحسيسة من قبل الحكومات والمنظمات الدولية المعنية فقد تبلورت رؤية منسجمة للدول العربية مع التوجهات الدولية لتعليم

الكبار التي جاء بها إعلان داكار (2000) وهي التي تؤكد على ضرورة التقليل بصفة ملموسة من نسبة الأمية، وبالنسبة إلى مصر ووفقاً لتعداد 2017، فقد بلغ عدد الأفراد الأميين (10 سنوات فأكثر) 18 مليون و343 ألف أمي بزيادة عن عدد الأفراد الأميين وفقاً لتعداد 2006 والذي بلغ 17 مليون و32 ألف أمي فنجد هنا انها مشكلة متفاقمة وفي ازدياداً لأعداد الأميين عبر السنين. ولنعود إلى لغة الأرقام كما يقدمها لنا جدول رقم [1] في الملحق الإحصائي] فنجدها كالاتي:

إن اتجاه مؤشر معدل القراءة والكتابة إيجابياً حيث أنه يتزايد ويتحسن تدريجاً، ففي عام 1994 بلغت قيمة المؤشر (52)، ثم بدأت في الزيادة التدريجية حتى وصلت بنهاية العشر سنوات الأولى في منتصف هذه السلسلة الزمنية إلى (65.7) عام 2004 أي بزيادة قدرها 26% عن سنة الأساس. وببداية العشر سنوات التالية من السلسلة الزمنية وحتى نهايتها في 2014 عام بلغت قيمة المؤشر (71.62)، أي بزيادة تبلغ 8.9% فقط عن عام 2004، ويتبقى في عام 2014 حوالي 28% أميين لا يعرفون القراءة والكتابة وهي نسبة كبيرة لاتتناسب مع دولة بحجم مصر تبغي تحقيق تنمية اقتصادية واجتماعية.

وبالنظر إلى أثر النوع الاجتماعي - وهو الهدف الثالث من الأهداف التنموية للألفية كلا من الذكور والداعي إلي تعزيز المساواة بين الجنسين - نجد أنه توجد فجوة نوعية ما بين الذكور والإناث في قيمة هذا المؤشر لصالح الذكور خلال فترة الدراسة فتبلغ قيمة هذا المؤشر للذكور حوالي الضعف مقارنة بالإناث (64.5%) في مقابل (39.5%) وذلك في عام 1994، وإن كان هذه الفجوة تتجه إلى التناقص ولكن بنسب ضعيفة ليصل إلى (72.8%) للذكور في مقابل (58.6%) للإناث وذلك في منتصف الفترة في عام 2004، ثم تستمر الفجوة في التناقص تدريجاً ليصل إلى (76.06%) للذكور مقابل (68.18%) للإناث في نهاية الفترة في 2014. إجمالاً، يمكننا القول أنه بالنظر إلى إتجاهه نجده إيجابياً نحو الارتفاع، كما أن هناك فجوة نوعية لصالح الذكور ولكنها تتجه إلى التناقص.

2- نسبة القيد في التعليم الأساسي والثانوي

ونأتي إلى المؤشر الثاني لتكوين رأس المال البشري فنجد أنه طبقاً لبيانات جدول رقم [2] في الملحق الإحصائي]، فقد بلغت قيمة المؤشر في بداية الفترة في عام 1994 (85.6%) لإجمالي

السكان وتتأرجح هذه النسبة ما بين الانخفاض والارتفاع لتبلغ (90.9%) لإجمالي السكان وذلك في منتصف الفترة في عام 2004، ويستمر أيضًا التآرجح لتصل في نهاية الفترة في عام 2014 إلى (90.26%) لإجمالي السكان، بزيادة حوالي 5% عن بداية الفترة في عام 1994. فهي إذًا في طريقها للوصول إلى مستوى الشمول. فبصفة عامة يمكننا القول، أن إتجاه هذا المؤشر إيجابياً إلا أنه يحتاج إلى مزيداً من العمل لتحقيق مستوى الشمول.

وبنظرة إلى الفجوة النوعية ما بين الجنسين في قيمة هذا المؤشر، فنجد أن قيمة هذا المؤشر في بداية الفترة في عام 1994 تبلغ (91.6%) بالنسبة للذكور في مقابل (79.6%) للإناث، وإن كانت هذه الفجوة تتناقص تدريجياً لتبلغ بالنسبة للذكور (93.8%) في مقابل (88.0%) للإناث في منتصف الفترة في عام 2004، ثم تستمر في التناقص التدريجي لتصل في نهاية الفترة في عام 2014 إلى (92.5%) للذكور مقابل (88%) للإناث.

إجمالاً، فإنه بالرغم من الجهود الضخمة المبذولة في السنوات الأخيرة لإصلاح التعليم في كل من مصر للوصول إلى الاستيعاب الكامل للطلاب في مرحلتي التعليم الأساسي والثانوي بصفة عامة والأساسي بصفة خاصة من خلال دمج في خطط التنمية المتتابعة خاصة في مجال بناء المدارس، ما زال التعليم الأساسي يقصر عن شمول جميع الأطفال مما يؤدي إلى تدفق أفواج جديدة إلى رصيد الأميين. وتعاني الإناث بصفة خاصة من معدلات أعلى من الحرمان.

3- نسبة السكان (15 سنة+) الحاصلين على مؤهل ثانوي فأعلى:

ونصل إلى المؤشر الثالث لتكوين رأس المال البشري فنجد أنه طبقاً للبيانات المتوفرة في جدول رقم [(3) في الملحق الإحصائي]، لم يتحقق أي تغير مؤكد في قيمة هذا المؤشر طبقاً للمعلومات المتوفرة وحتى منتصف الفترة في عام 2004 حيث ثبتت قيمته عند (29.3%) من إجمالي السكان. ثم أنخفضت قيمته في عام 2006 لتصل إلى (28.5%)، ثم ما لبثت وعاودت الارتفاع في الفترة من عام 2008 وحتى عام 2014 لتبلغ (37.9%)، (39.2%)، (39.8%) ثم (40.5%) على التوالي.

وبالنظر إلى الفجوة النوعية ما بين الجنسين لهذا المؤشر، نجد هناك ثبات في التفاوت ما بين الجنسين وحتى منتصف الفترة في عام 2004 حيث تبلغ قيمة المؤشر للذكور (35.1%) في مقابل (23.5%) للإناث، ثم تقل الفجوة ما بين الجنسين ابتداءً من عام 2008 وحتى نهاية الفترة في عام 2014، فتبلغ قيمة المؤشر للذكور (42.3%) في مقابل (33.5%) للإناث، وفي عام 2010 تبلغ قيمة المؤشر للذكور (38.7%) في مقابل (33.5%) للإناث، وفي عام 2012 تبلغ قيمة المؤشر للذكور (42%) في مقابل (36.2%) للإناث، بينما في نهاية الفترة في عام 2014 فبلغت قيمة المؤشر للذكور (45.3%) في مقابل (39%) للإناث. إجمالاً، يمكننا القول أنه بالنظر إلى اتجاهه نجده إيجابياً نحو الارتفاع خاصة منذ عام 2008، كما أن هناك فجوة نوعية لصالح الذكور ولكنها تتجه إلى التناقص.

4- المشتغلون بالمهن العلمية والفنية (% من إجمالي العاملين):

يعكس هذا المؤشر تطور الجهود التعليمية التي تعمل على إعداد المشتغلين بالمهن العلمية والفنية وهم في الغالب من الحاصلين على درجات جامعية وفوق الجامعية، وبصفة خاصة خريجو التخصصات العلمية والفنية وهم من يقع على عاتقهم مهمة التطوير والإبداع وتطويع التكنولوجيا الحديثة لإحداث التنمية المرجوة بكل صورها.

وعودة إلى لغة الأرقام من خلال ما يقدمه لنا جدول رقم (4) في الملحق الإحصائي، فنجد النسبة متدنية نسبياً حيث بلغت (15.1%) وذلك في عام 1994، وإن كان هناك اتجاه إيجابي أيضاً نحو الزيادة لنجد أن قيمته في منتصف الفترة في 2004 تبلغ (21.1%) ولقد ثبتت قيمة المؤشر عند هذه القيمة في عام 2006، لتبدأ في الانخفاض التدريجي بنسب كبيرة بدءاً من عام 2010 فتبلغ (12.9%) ثم تصل إلى الثبات التقريبي فتبلغ قيمة المؤشر (12.2%) في نهاية الفترة في عام 2014. وهذا يعني أن اتجاه هذا المؤشر سلبياً بإنخفاض قدره 33.7% عن بداية الفترة في عام 1994. وهذا إنعكاساً مباشراً لإستمرار عزوف الطلبة عن الالتحاق بشعبة العلوم وتفضيل شعبة الأداب، فعلى سبيل المثال بلغ عدد الطلاب المقيدون في الكليات العملية 353 ألف في عام 2012/2013 مقابل 1.3 مليون مقيدون بالكليات النظرية بنسبة حوالي 21.4% من إجمالي المقيدون، مما يعني ضرورة النظر في إعادة النظر في الاستراتيجيات المرتبطة بسياسات القبول في التعليم العالي.

وبالنسبة للفجوة النوعية ما بين الجنسين نجدها واضحة جداً في هذا المؤشر في اتجاه الإناث مقابل الذكور بعكس كل المؤشرات السابقة، فنجدها في بداية فترة الفترة في 1994 تقترب من الضعف حيث تبلغ قيمة هذا المؤشر (19.1%) للإناث في مقابل (11.1%) للذكور، وتستمر تقريباً بنفس المعدل حتى منتصف الفترة في عام 2004 حيث تبلغ (41.5%) للإناث في مقابل (20.4%) للذكور وذلك في عام 2004، ثم يرتفع هذا المعدل ليصل تقريباً إلى ثلاث أضعاف بدءاً من عام 2008 وحتى نهاية الفترة في عام 2014، فتبلغ قيمة المؤشر (31%) للإناث في مقابل (10%) للذكور وذلك في عام 2008، وتبلغ (23%) للإناث في مقابل (9.4%) للذكور وذلك في نهاية الفترة في عام 2014. إجمالاً، يمكننا القول أنه بالنظر إلى اتجاهه نجده سلبياً نحو الإنخفاض، كما أن هناك فجوة نوعية متسعة متزايدة لصالح الإناث.

٧- التوصيات والمقترحات

كتوصية عامة لابد من بذل مزيداً من الجهد لتوفير قواعد بيانات مناسبة ومنظمة ومتسقة لدراسة المتغيرات المتصلة بمكونات رأس المال البشري في شكل سلاسل زمنية، وأن تكون على المستوى النوعي (ذكور/ إناث) وليست فقط على المستوى الإجمالي حتى يمكن أيضاً تلمس الفجوة ما بين الجنسين.

أيضاً لابد من اعتبار الاستثمار في الشباب أولوية استراتيجية، لذا يجب على الحكومة أن تركز جهوداً لتراكم رأس المال البشري. وهنا يمكن تقديم مجموعة من المقترحات اللازمة لتراكم رأس مال بشري قوي وفاعل من خلال ثلاثة محاور رئيسية وهي محور التعليم ومحور الرعاية الصحية ومحور التدريب وهذه المحاور مجتمعة كما سبق وأوضحنا الدراسة هي المكونه لتعريف رأس المال البشري، وتتمثل هذه المقترحات فيما يأتي:

• في مجال التعليم:

- 1- لا بد من وجود دور أكبر لمؤسسات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية بالإضافة إلى الجهود الحكومية في القضاء على هذا الخطر الداهم المسمى الأمية - ووضعه موضع الأولوية القصوى في تطوير التعليم، فالأمية هي أهم المشكلات المعاكسة للتنمية - وذلك من خلال التوعية بأهمية التعليم وتقديم المساعدات المالية لتغطية النفقات الدراسية وخاصة للأسر غير القادرة مالياً.

- 2- التوسع في تجربة الفصل الواحد كبديل لبرامج محو الأمية التقليدية وخاصة بالنسبة للفتيات الريفيات وبخاصة في المناطق العشوائية الفقيرة.
- 3- سد منابع الأمية ومن أهمها التسرب من التعليم والأنقطاع عن المدرسة، بالإضافة إلى ضعف كفاءة النظام التعليمي وعزوف الدارسين مما يضيف لطابور الأميين أفرادًا جدد.
- 4- ضمان تعميم التعليم الأساسي لجميع الأطفال وبخاصة البنات بصرف النظر عن المقدرة المالية للأهل وبخاصة الفقراء والأيتام وإن أمكن تقديم معونات للأسر الفقيرة كبديل عن الدخل الذي يجلبه الطفل من خلال عمله لتشجيعهم على إحقاقه بالمدرسة وضمان عدم تسربه منها، فأحياناً يكون هذا الأمر أهم من التوسع في بناء المدارس.
- 5- توعية الأسرة بمخاطر الزواج المبكر لبناتهم وتفعيل القوانين التي تمنع الزواج أقل من السن المحدد وما يترتب على ذلك من تسربهن من التعليم، كذلك عدم التمييز بين أبنائهم على أساس الجنس في مجال التعليم.
- 6- لا بديل عن التوجه إلى تحسين نوعية التعليم وبخاصة الأساسي، وليس هناك مبالغة عند القول أن المطلوب إصلاحاً جذرياً للتعليم الأساسي تعميماً ليصل إلى الجميع ولكنه أيضاً تجويداً حتى يمكن لطلاب هذه المرحلة تحصيل المعارف الأساسية ويشعر الطالب وأهله بمرود هذا التعليم.
- 7- لا بد من وجود دور أكبر للقطاع الخاص والأهلي كطرف يشارك الدولة في تحمل مسؤولية التعليم في كل مراحله، من خلال المساهمة في تمويل التعليم من خلال تقديم المزيد من المنح الدراسية وبصفة خاصة للمتفوقين.
- 8- التقييم المستمر لنوعية الناتج التعليمي في كل مرحلة تعليمية.
- 9- توظيف التعليم الإلكتروني في التعليم بمراحله المختلفة كلما أمكن توفير الموارد المالية لذلك.
- 10- التشجيع على الابتكار والإبداع في الشباب من خلال الإهتمام بالأنشطة البحثية وتوجيه التمويل المناسب لها سواء من قبل الحكومة أو من القطاع الخاص.
- 11- لا بد من وضع سياسة واضحة لتحديد المقبولين في كل قطاع حسب الامكانيات المتاحة لمؤسسات التعليم العالي المختلفة مع التركيز على التخصصات العلمية - مع الحد قدر الإمكان من الدراسات الانسانية والاجتماعية- والتي تمد سوق العمل بالمشتغلين بالمهن العلمية والفنية التي تقود قاطرة البحث والتطوير، مع التسليم بمعدلات النمو السكاني

المرتفعة وزيادة الطلب الاجتماعي على التعليم العالي وهذا ما يتطلب وجود تخطيط سليم يتفاعل مع روح العصر وتطلعات المجتمع من خلال إجراء حوار مجتمعي يحدد فيه المجتمع احتياجاته.

12- ربط سياسات التعليم العالي بالتوجهات العامة للتنمية المحلية والعالمية وليس مجرد ربطها باحتياجات سوق العمل المحلي.

13- إنشاء قاعدة بيانات لدراسة احتياجات ومتطلبات سوق العمل من المتخرجين وبناء آلية للتعرف على احتياجاته وذلك للحد من وجود بطالة في بعض التخصصات وندرة في تخصصات أخرى.

14- الاهتمام بإعداد الطالب في مراحل التعليم ما قبل الجامعي من تركيز على دراسة الرياضيات والعلوم الطبيعية واللغات فيما يسمى "بعضرنة العلوم".

15- الاهتمام ببناء شخصية الطالب فكريًا وثقافيًا وتسليحه بالقيم والمبادئ العامة المتعلقة بالتسامح وقبول الآخر، بالإضافة إلى ما يجب ان يتمتع به من امكانيات عامة وتخصصية تمكنه من الانطلاق إلى سوق العمل.

16- تشجيع عقد اتفاقات شراكة مع المؤسسات العلمية في الدول المتقدمة لتبادل الخبرات البشرية والاستفادة من المنهجيات المتطورة في وضع سياسات التعليم العالي، ولتكون بديل مؤقت عن قلة البعثات العلمية للخارج.

• في مجال الرعاية الصحية:

1- زيادة الموارد المخصصة لتطوير وتحسين نظام الخدمات الصحية للحد من معدل وفيات الرضع وتشجيع السيدات على الوصول إلى خدمات الصحة الانجابية لتحقيق حجم الأسرة المرغوب الذي يؤدي مباشرة إلى انخفاض معدل النمو السكاني على المدى الطويل.

2- زيادة الاهتمام بالجانب الوقائي أكثر من الجانب العلاجي وخاصة للفئات الغير قادرة ماليًا من خلال توفير لقاحات المناعة والمضادات الحيوية مجانًا.

3- وضع خريطة صحية لكل محافظة على مستوى أصغر تجمع سكاني حتى يمكنها الوصول إلى أفقر المناطق وأكثرها إحتياجًا. وإن كانت هناك بالفعل خريطة موضوعة فالمطلوب هو تفعيل دورها وتقييمه باستمرار كمحاولة للعمل على تعزيز عملية إصلاح القطاع الصحي.

4- ضرورة دعم الخدمات الصحية الموجهة للمناطق الأكثر احتياجاً من خلال قوافل طبية مستمرة للعلاج وللكشف عن وجود الأمراض في مراحلها المبكرة بمعنى أن لا يحرم الفقراء من الرعاية الصحية بسبب فقرهم بل ينبغي إعطائهم عناية خاصة.

• في مجال التدريب:

- 1- توسيع انتشار مراكز التعليم المهني في جميع محافظات الجمهورية مع تنوع برامج التعليم بها وتقديم تسهيلات ومكافآت تشجيعية للطلبة الملتحقين بها.
- 2- تفعيل تجربة مراكز التدريب الأساسية بمعنى ربط التعليم النظري بالخبرة العملية.
- 3- إحياء وتطوير تجربة مراكز التدريب التحويلي في ظل وجود هذه البطالة المتوحشة في مصر حتى يمكن المساعدة في القضاء عليها.
- 4- تشجيع القطاع الخاص الذي يدير المراكز الثقافية على تنويع برامجه لتواكب سوق العمل مع تقييمها الدائم ومتابعة الخريجين وتوفير شكل من أشكال التواصل بينهم وبين المنتجين في سوق العمل لتسهيل توظيفهم وإعادة تأهيلهم للوظائف الجديدة التي يلتحقون بها.
- 5- إنشاء مراكز تدريب خاصة للمتسربين من التعليم أو الذين لم يلتحقوا به أصلاً وربط برامج محو الأمية بالتدريب المهني والتعليم الفني ليتمكنوا المشاركة في العملية الإنتاجية التي تحتاجها التنمية.

شكر وتقدير:

أود أن أقدم بخالص الشكر والتقدير للسادة منظمي المؤتمر العلمي الدولي الأول "ريادة الأعمال والتنمية الاجتماعية الاقتصادية" - تمكين المرأة وتوظيف الشباب"، كلية الإدارة والاقتصاد ونظم المعلومات، جامعة مصر للعلوم والتكنولوجيا، نوفمبر 2018، لإتاحة الفرصة لي لعرض المسودة الأولية لهذا البحث والاستفادة من المناقشات لإستكمال هذا البحث وخروجه بهذا الشكل.

- قائمة المراجع

أولاً- باللغة العربية:

- 1- الصبري، علي، 2003. "العلاقة التبادلية بين صحة السكان والتنمية"، السكان والتنمية-صندوق الأمم المتحدة للسكان، جامعة صنعاء - الجمهورية اليمنية.
- 2- الكواز، أحمد، 2002. "العلاقة بين التعليم وسوق العمل وقياس عوائد الاستثمار البشري"، ورقة فرعية مقدمة إلى مشروع البحث الميداني- السياسات الاقتصادية ورأس المال البشري، المعهد العربي للتخطيط، الكويت.
- 3- الوحيشي، خالد، 2003. "هجرة العمل العربية في أبرز التحديات والفرص التي تطرحها الهجرة المعاصرة"، تقديم للترقية العربي للهجرة، اللقاء البرلماني الرابع.
- 4- جاد، أماني، 2006. "الاستثمار في الشباب كجزء من كسر حدة الفقر في بلدان الوطن العربي، دراسة مقارنة في مصر - الأردن - اليمن"، المؤتمر العربي الأول لصحة الأسرة والسكان، جامعة الدول العربية، مايو 2006، المجلد الثاني.
- 5- حسن، راوية، 2003. "مدخل إستراتيجي لتخطيط وتنمية الموارد البشرية"، الدار الجامعية، مصر.
- 6- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي - المكتب الإقليمي للدول العربية، "تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2016- الشباب وآفاق التنمية الإنسانية في واقع متغير".
- 7- فرج، إيمان، 2004. "الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للشباب والمراهقة"، ورقة بحثية مقدمه إلى المنتدى العربي للسكان - بيروت 2004.
- 8- محمد، أيوب، نافر، 2010. "الأهمية التنموية لرأس المال البشري في الوطن العربي ودور التربية والتعليم فيه"، مجلة علوم انسانية، العدد 44 (السنة السابعة).
- 9- يوسف، مسعداوي، 2015. "الاستثمار في التعليم في تنمية رأس المال البشري - دراسة تقييمية لحالة الجزائر"، مجلة الاقتصاد الجديد، العدد 12- المجلد 1.

ثانياً- باللغة الانجليزية:

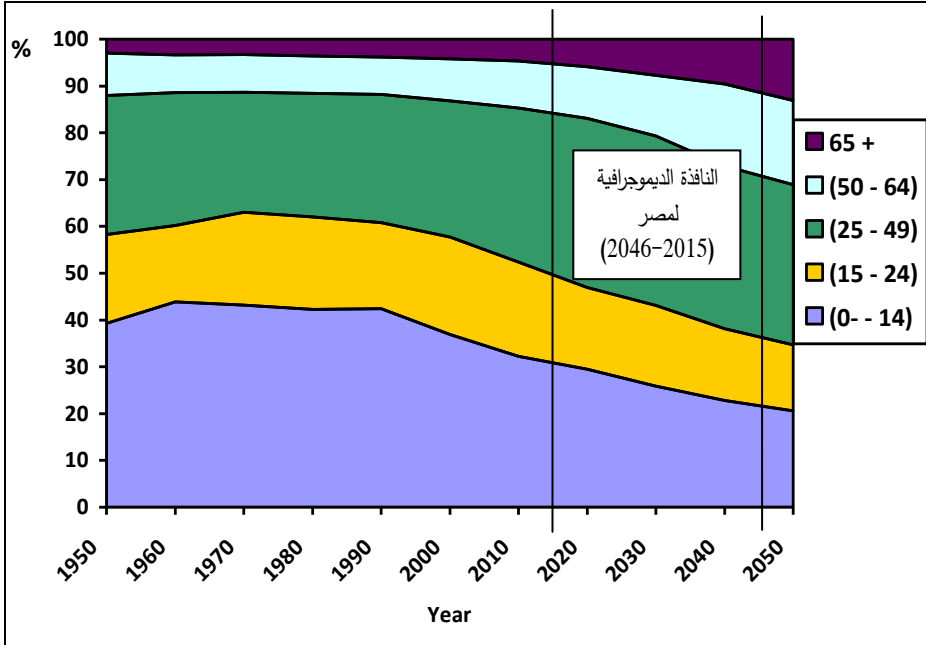
- 10- Becker, G. S. 1993. "Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education", Chicago: University of Chicago Press.
- 11- Bloom, D., Canning, D., and Sevilla, J., 2003. "The Demographic Dividend, A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change", Population Matters Series. California, U.S.A.: Rand.

- 12- **Gad, Amany. 2013.** "Highly Skilled Migrants and the Local Economic Growth: Case Study in Some of the Arab Origin Countries", A Paper Presented in The 25th Annual International Conference on Statistics and Modelling in Human and Social Sciences, Faculty of Economic and Political Science, Cairo University, March, 2013.
- 13- **Gad, Amany. 2014.** "Girl Child Marriage in Egypt: Causes and Outcomes", The Egyptian Population and Family Planning Review, Institute of studies and Statistical Research, Vol. 47, June, 2014, pp. 19-35.
- 14- **Gad, Amany, 2014.** "Factor Affecting Schools Dropout in Egypt", African Journal of Education and Technology, Sacha International Academic Journal, Vol. (4), No. 1, pp: 10-19, England, United Kingdom.
- 15- **Gad, Amany. 2015.** "Age Structural Transition and Economic Growth in Egypt", Arab Family Health and Population. The League of Arab States, Vol. VIII, No. 19.
- 16- **Malina, A. 1999.** "Third Way Translations. Building Benevolent Capitalism for the Information Society", Communications, 24
- 17- **Marshal A. 1930.** "Principle of Economic", Macmillan and Co. Ltd. London.
- 18- **Ministry of Health and Population [Egypt], El-Zanaty and Associates [Egypt], and ICF International (2015).** "Egypt Demographic and Health Survey 2014 (EDHS, 2014, Report)". Cairo, Egypt and Rockville, Maryland, USA: Ministry of Health and Population and ICF International.
- 19- **Nassar, H. and Abdel Mola, S. 2005.** "Policy Implications for Demographic Window and its Consequences on the Labor Market", Paper Presented in the 35th Annual Conference on Population and Development Issues Current Situation & Aspirations, Cairo Demographic Center, Egypt.
- 20- **Schultz, T.W. 1961.** "Investment in Human Capital". American Economic Review, 51 (1).
- 21- **UNDP. 2005.** "Human Development Report", International Cooperation at a Crossroads Aid, Trade and Security in an Unequal World, Published for the United Nations Development Program.
- 22- **UNFPA. 2004.** "The Case of Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy", Reference Notes on Population and Poverty Reduction, New York.
- 23- **UNDP.2018.** "Human Development Report 2016: Human Development for Everyone".
- 24- **Zaky, H. 2005.** "The Demographic Dividend: a Case Study of Egypt". Paper Presented in the 35th Annual Conference on Population and Development Issues Current Situation & Aspirations, Cairo Demographic Center, Egypt.

جداول الملحق الإحصائي

شكل رقم (2)

توزيع السكان في مصر حسب الفئات العمرية العريضة في الفترة من 1950-2050



- Source: World Population Prospects: The 2008 Revision (medium variant).

جدول رقم (1)

معدل القراءة والكتابة (15 سنة +) حسب النوع في سنوات مختارة في الفترة ما بين (1994-2014)

السنة \ النوع	ذكور	إناث	إجمالي
1994	64.5	39.5	52.0
1996	67.5	43.5	55.5
1998	69.6	45.7	57.7
2000	71.4	49.6	49.6
2002	72.2	56.2	64.2
2004	72.8	58.6	65.7
2006	73.0	61.0	67.0
2008	73.3	62.7	68.0
2010	74.04	63.51	68.77
2012	74.86	65.75	70.30
2014	76.06	67.18	71.62

المصادر: أ- وزارة التخطيط، "تقرير التنمية البشرية" (سنوات مختلفة).

ب- قاعدة بيانات معهد اليونسكو للإحصاء 2018.

جدول رقم (2)

نسبة القيد في التعليم الأساسي والثانوي حسب النوع في سنوات مختارة في الفترة ما بين (1994-2014)

السنة \ النوع	ذكور	إناث	إجمالي
1994	91.6	79.6	85.6
1996	85.5	76.3	80.9
1998	84.4	77.0	80.7
2000	85.2	77.0	81.1
2002	93.2	87.0	90.1
2004	93.8	88.0	90.9
2006	91.7	87.1	89.4
2008	93.0	87.1	90.1
2010	92.0	87.4	89.7
2012	93.2	87.5	91.4
2014	92.5	88.0	90.26

المصادر: أ- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، التعداد العام للسكان والمساكن 1996، 2006.

ب- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء "الكتاب الإحصائي السنوي" 1994-2014.

ج- وزارة التخطيط، تقرير التنمية البشرية (سنوات مختلفة).

جدول رقم (3)

نسبة السكان (15 سنة+) الحاصلين على مؤهل ثانوي فأعلى حسب النوع في سنوات مختارة خلال الفترة (1994-2014)

النوع	ذكور	إناث	إجمالي
1994	-	-	-
1996	35.1	23.5	29.3
1998	-	-	-
2000	35.1	23.5	29.3
2002	35.1	23.5	29.3
2004	35.1	23.5	29.3
2006	34.3	22.7	28.5
2008	42.3	33.5	37.9
2010	38.7	33.5	39.2
2012	42.0	36.2	39.8
2014	45.3	39.0	40.5

المصادر: أ- وزارة التخطيط، "تقرير التنمية البشرية" (سنوات مختلفة).

ب- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء "الكتاب الإحصائي السنوي" 1994-2014.

جدول رقم (4)

نسبة المشتغلون بالمهن العلمية والفنية (% من إجمالي العاملين) حسب النوع في سنوات مختارة خلال الفترة (1994-2014)

النوع	ذكور	إناث	إجمالي
1994	11.1	19.1	15.1
1996	17.6	41.0	21.1
1998	18.4	33.1	21.1
2000	19.8	35.6	22.8
2002	20.4	41.5	24.3
2004	18.6	30.4	24.5
2006	18.6	30.4	24.5
2008	10.0	31.0	20.5
2010	10.9	22.9	12.9
2012	10.3	25.8	13.4
2014	9.4	23.0	12.2

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء "مسح العمالة والبطالة" للسنوات 1994-2014.

استشراف مستقبل المرأة العربية والتغير الاجتماعي في مدينة رأس الخيمة، "دراسة تطبيقية"¹.

د. محمد أحمد الخولي²

- مستخلص

يعتبر إدماج قضايا المرأة العربية وتطلعاتها المستقبلية ضمن أولويات خطط وسياسات التنمية الشاملة، ولاسيما عند رسم السيناريوهات والأدوات الداعمة لاستشراف المستقبل من أجل تنمية وتحسين وضع المرأة العربية من خلال توقع أثر مختلف العوامل الاجتماعية المؤثرة عليها محليا أو إقليميا أو عالميا. وتمثلت أهم التوجهات العالمية المستقبلية بحلول 2050 لاستشراف اقتصاد المرأة العربية في النمو السكاني، النمو الاقتصادي، الانتشار التكنولوجي، مجتمع المعرفة باعتبارها محركات مؤثرة لزيادة تأثير المرأة على الاقتصاد العالمي خلال العقود المقبلة تزامنا مع مستجدات الثورة الصناعية الرابعة. وتبلورت مشكلة الدراسة في اكتشاف أهم جوانب التحسين في مؤشرات تنمية المرأة بحلول 2030 استنادا إلى فحص أثر أبعاد التغير الاجتماعي المحتمل تأثيرها على تنمية المرأة عربيا حيث هدفت إلى دراسة سبل التحسين الممكنة في الاستشراف المستقبلي لتنمية المرأة العربية داخل مدينة رأس الخيمة عبر رصد أهم مؤشرات التغير الاجتماعي المنشودة لتمكينها وإبراز دورها داخل المجتمع.

وقد أظهرت أهم نتائج الدراسة أن كلا من البعد التعليمي والبعد الوظيفي ليهما أعلى أهمية نسبية في تلبية مقومات التنمية للمرأة ورفع قدراتها عند تقييم أثر أبعاد التغير الاجتماعي بنسبة 90%، مع وجود علاقة ارتباطية طردية بين مستوى التغير الاجتماعي للمرأة سواء كان (متوقع/ دون المتوقع) ومستواها التعليمي. كانت أعلى قوة علاقة ارتباطية فيما بين أبعاد التغير الاجتماعي فيما بين البعد السياسي والبعد المجتمعي حيث بلغ قيمة معامل الارتباط 0.643. كما جاء متغير المستوى التعليمي في المرتبة الأولى داخل النموذج المقدر للانحدار اللوجستي في التأثير على المتغير التابع (Y) لتصنيف مستوى التغير لدى المرأة العربية من حيث كونه متوقعا أو دون المتوقع حيث حقق أعلى قيمة لمعامل الانحدار اللوجستي بلغت 7.868، ثم جاء بعده في التأثير حسب الترتيب كلا من البعد الوظيفي والبعد الديني، والثقافي حيث بلغت قيم معاملات الانحدار لكل منهما 7.597، 7.556، 7.099 على التوالي.

وكانت من أهم توصيات الدراسة ضرورة ترتيب الأولويات من قبل المخططين وصانعي القرار وواضعي الخطط والسياسات استنادا إلى توظيف أدوات استشراف المستقبل باستخدام أسلوب التخطيط بالسيناريوهات كأداة هامة لرسم التوجهات المحتملة لتنمية وتمكين المرأة العربية وتعزيز دورها، مع التركيز على أهم عناصر الغموض المتأثرة بأبعاد التغير الاجتماعي لتلبية توقعاتهن المنشودة.

الكلمات الدالة: المرأة العربية، استشراف المستقبل، تنمية المرأة، أبعاد التغير الاجتماعي، رأس الخيمة.

1 تم إعداد هذه الدراسة من قبل الباحث سنة 2020 وتم نشرها في هذا العدد المتأخر عن سنة 2019.

2 أستاذ مشارك بقسم الرياضيات والإحصاء والتأمين، كلية العلوم الإدارية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية. Email: mohkholy5@hotmail.com

Shaping the future of Arab women and social change in the city of Ras Al Khaimah, "An applied Study"

Dr. Mohamed Ahmed ElKhouli¹

Abstract:

The inclusion of Arab women's issues and their future expectations are considered among the priorities of comprehensive sustainable development plans and policies, especially when drawing up scenarios and tools in support of future foresight in order to develop and improve the status of Arab Women by anticipating the impact of various social factors affecting them locally, regionally or globally. The most important future global trends by 2050 for the prospect of the Arab women's economy were population growth, economic growth, technological spread, and the knowledge society as influential engines of increasing women's influence on the global economy during the coming decades, coinciding with the developments of the fourth industrial revolution. The study problem crystallized in discovering the most important aspects of improvement in the indicators of women's development by 2030 based on examining the impact of the dimensions of social change that are likely to affect the development of Arab women, as it aimed to study possible means of improvement in the future foresight of the development of Arab women in the city of Ras Al Khaimah by monitoring the most important indicators of social change Sought to enable it and highlight its role within society.

The most important results of the study have shown that both the educational dimension and the career dimension have the highest relative importance in meeting the components of development for women and raising their capabilities when assessing the impact of social change dimensions by 90%, with a direct correlation between the levels of social change for women, whether (expected / less expected) and their educational level. The highest strength of the correlation between the dimensions of social change was between the political dimension and the societal dimension, where the value of the correlation coefficient was 0.643. The educational level dimension came in first place within the proposed model of the logistic regression in influencing the dependent variable (Y) to classify the level of change for the Arab women in terms of being expected or less than expected. The functional, religious, and cultural dimensions came after the educational level dimension in the influence on the dependent variable, with the values of the regression coefficients for each of them being 7.597, 7.556, and 7.099, respectively.

One of the most important recommendations of the study was the necessity of arranging priorities by planners, decision makers, planners and policies based on employing future foresight tools using the scenario planning method as an important tool for drawing potential directions for the development of Arab women and empowering their role, with a focus on the most important elements of ambiguity affected by the dimensions of social change to meet their desired expectations.

Key words: Arab Women, Shaping Future, Social Change, Ras Al Khaimah.

¹- Assistant Professor, Department of Mathematics, Statistics and Insurance, Faculty of Administrative Sciences, Sadat Academy for Administrative Sciences - Cairo, Egypt. Email: mohkholy5@hotmail.com

1- خلفية الدراسة

أصبح هناك اهتمام متصاعد على مستوى دول العالم بإدماج قضايا المرأة ضمن أولويات خطط وسياسات التنمية الشاملة، ولاسيما التي تعتمد على رسم السيناريوهات والأدوات الداعمة لاستشراف المستقبل من أجل تنمية وتحسين وضع المرأة من خلال توقع تأثير التغيرات الاجتماعية المؤثرة عليها محليا أو اقليميا أو عالميا. وقد جاء هذا الاتجاه الاستشرافي لمستقبل المرأة في إطار الحرص على تضمين قضايا النوع في كافة المشاركات المجتمعية بغرض التأثير في صنع القرار لدعم مستويات تنمية المرأة في المستقبل القريب أو البعيد، علاوة على تشجيع المنظمات الدولية لتبني أدوار مستقبلية للتنمية وتمكين المرأة استنادا إلى بناء قدراتها وإمكاناتها كخطوات استباقية تساهم في تأهيل مكانتها وقدراتها للقيام بدور فعال داخل المجتمعات وفي كافة ميادين العمل والتخصصات المتاحة وصولا إلى مشاركتها في اتخاذ القرارات لتنمية المجتمع وتقدمه.

وقد أشارت الدراسات عن التوجهات العالمية المستقبلية بحلول 2050 لاستشراف اقتصاد المرأة أن العوامل المؤثرة قد تتمثل في كل من النمو السكاني، النمو الاقتصادي، الانتشار التكنولوجي، ومجتمع المعرفة باعتبارها محركات مؤثرة لزيادة تأثير المرأة على الاقتصاد العالمي خلال العقود المقبلة خصوصا أن الاعتماد على مستجدات الثورة الصناعية الرابعة في ظل انخفاض الأعمال البدنية التي تقوم بها المرأة والتطورات الحادثة في مجال التكنولوجيا وإتاحة التعليم للجميع بشكل أكثر مرونة، فقد يؤدي ذلك إلى قدرة المرأة على التوازن بين العمل والأسرة، والمساهمة في سد الفجوة بين الجنسين بحلول 2050، (وزارة شؤون مجلس الوزراء والمستقبل، 2017). فضلا عن إنجازات المنطقة العربية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول 2030 مازالت محدودة حتى الآن في ظل عدم توافر البيانات والمعلومات اللازمة لقياس وتحليل الأبعاد والتغيرات الاجتماعية المحيطة بالمنطقة لرسم الرؤى المستقبلية لإيجاد الحلول للتحويل العادل تزامنا مع قياس مستوى التقدم المحرز لمؤشرات وأهداف التنمية المستدامة ومن أهمها التي تدعم دراسة سبل التوازن بين الجنسين سواء في التعليم أو سوق العمل لدعم تنمية وتمكين المرأة داخل المنطقة العربية (لومي، 2020).

لذا جاء تطبيق الدراسة الحالية باعتبارها اتجاها استشرافيا نحو رسم مستقبل أفضل للنهوض بوضع المرأة العربية استنادا إلى تقديم المؤشرات الداعمة لصانعي القرار والسياسات التنموية التي تعد آلية من آليات التغيير المنشودة لمواجهة اتجاهات التغير الاجتماعي المحتمل تأثيرها على تنمية المرأة العربية بشكل إيجابي سواء داخل الإمارات بصفة عامة، أو في مدينة رأس الخيمة مكان

تطبيق الدراسة الحالية بشكل خاص. بالإضافة إلى أن دراسة وفحص الاستنتاجات والمعلومات المستنبطة عن تحليل تأثير اتجاهات التغير الاجتماعي المستهدفة من قبل الدراسة الحالية وذلك لكونها العوامل الأساسية التي تساهم في دعم قضايا تنمية المرأة العربية لمواجهة اتجاهات التغيير في العصر الحالي مثل تحديات العولمة التي تواجه حاليا الدول العربية وذلك على سبيل المثال وليس الحصر، ولكي يتم الاعتماد عليها في تطوير الاستراتيجيات والتشريعات لتمكين للمرأة والنهوض بها ولضمان مشاركتها الفعالة كشريك أساسي داخل المنطقة العربية بصورة أسرع وأيسر في خطط وعمليات التنمية المستهدفة.

ويشير التغير الاجتماعي عموماً، إلى التحولات التي تحدث داخل المجتمع التي تطرأ على البناء الاجتماعي خلال فترة من الزمن (طبال، 2012)، وتشهد المرأة غالباً كل مراحل التحول والتغير الاجتماعي والسياسي، وتعكس هذه التغيرات إرهابات لفرص وإمكانات تطور وضع المرأة تجاه أي نهضة مستقبلية لأي مجتمع (أبو غزالة، 2014). ومن هذا المنطلق تشير الدراسة الحالية إلى أهمية فحص أهم عوامل التغيير التي لها تأثير في إحداث تغيرات ملحوظة في رفع مستوى تنمية المرأة لتعزيز دورها في عمليات التنمية تجاه الاستعدادية للمستقبل بشكل فعال وكفاء استناداً إلى استراتيجيات أو سياسات متوسطة أو بعيدة المدى.

2- مشكلة الدراسة

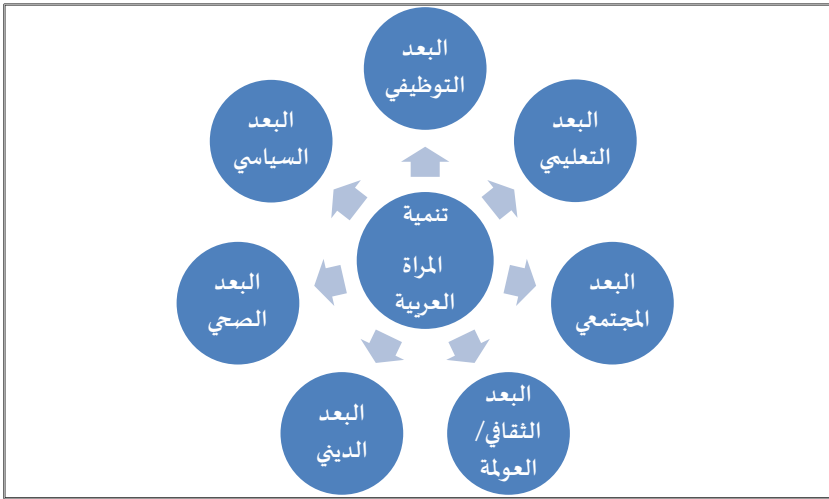
نظراً لما تمثله قضايا التنمية المستدامة على مستوى العالم بحلول 2030 كخطة عمل دولية مرتكزة على عدد 17 هدف وثلاثة أبعاد رئيسية اقتصادية واجتماعية وبيئية، وذلك وفقاً للأولويات الإنمائية الوطنية على مستوى الدول من ضمنها العمل على تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة. وهذا ما دفع الدول العربية تحديداً إلى الالتزام بها باعتبار أن تنمية المرأة العربية قضية بالغة الأهمية وإدراجها في مختلف الأهداف والغايات التنموية مع توفير وسائل وآليات التنفيذ والمتابعة والتقييم لمؤشرات بشكل دوري من أجل تحقيق مستويات متقدمة عالمية للتنمية، ورغم إحراز العديد من الدول العربية تقدماً في سد الفجوة بين الجنسين (مجال التعليم)، إلا أنه لا تزال توجد فجوات نوعية كبيرة في النفوذ والسلطة والوصول إلى/ التحكم في الموارد بين الجنسين مما أعاق عملية تنمية المرأة في المنطقة العربية، وفي عام 2017 تم تصنيف هذه المنطقة بأنها بعيدة تماماً عن تحقيق التكافؤ بين الجنسين حيث بلغت الفجوة النوعية حوالي 40%. وأن المرأة في المنطقة العربية ما زالت تتأثر بشكل غير متناسب بسبب أبعاد التغير الاجتماعي التي تحد من فرص المساواة بين الجنسين (موقع هيئة الأمم المتحدة للمرأة، 2020).

كما أشارت التقارير الدولية لسيناريوهات استشراف المستقبل بحلول 2050 أن هناك تبعيات اقتصادية هائلة لغياب المساواة بين الجنسين، حيث أشارت إحدى السيناريوهات أن إعطاء المرأة دوراً مطابقاً لدور الرجل في سوق العمل قد يؤدي إلى إضافة 28 تريليون دولار أمريكي أي بنسبة 26% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي بحلول 2025، وأنه على الرغم من زيادة معدلات انضمام المرأة إلى صفوف قوة العمل العالمية إلا أنه مازال سد الفجوة الاقتصادية بشكل متساو بين الجنسين يواجه العديد من الصعوبات. كما تمثلت نسبة فجوة المشاركة الاقتصادية بين الجنسين 59% وفقاً لتقرير "الفجوة العالمية بين الجنسين" الصادر عن المنتدى الاقتصادي العالمي (وزارة شؤون مجلس الوزراء والمستقبل، 2017)، كما استند مدخل التخطيط للمستقبل المستجيب للنوع الاجتماعي على ضرورة دراسة قضايا المرأة واحتياجاتها بشكل مستمر في ظل التأثير بعوامل التغير الاجتماعي مع ضرورة تضمينها في خطط وبرامج التنمية ومشروعاتها الاستراتيجية بعيدة المدى (الاتحاد النسائي العام، 2015).

وتعاني المنطقة العربية حالياً من ضعف متوسط مشاركة المرأة في سوق العمل حيث يبلغ 21.22% وهو يقل عن نصف المتوسط العالمي عام 2015 وفقاً لمنظمة الاسكوا، حيث تصنف المنطقة العربية بأنها الأقل عالمياً في المشاركة الاقتصادية للمرأة، وعلى الرغم من تحسن مستويات تعليم المرأة إلا أن ذلك لم يساهم في تنويع مشاركتها الاقتصادية، فضلاً معوقات التمييز ضدها في مجال التعليم الفني وفقاً لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية لعام 2014 مع انخفاض مشاركتها سياسياً (أريلا، 2017). ولا شك أن التغير الاجتماعي في ظل التطورات التي تشهدها حالياً عمليات التنمية الشاملة في المنطقة العربية وخاصة دولة الإمارات العربية المتحدة أظهرت مدى انعكاسها على وضع المرأة حيث ظهر تأثيرها على زيادة مشاركتها بشكل مطرد في رفع مستويات التنمية بتلك الدول سواء بشكل عام في جميع جوانب الحياة المعاصرة أو تلك المرتكزة على تعزيز البعد الاقتصادي، ولا سيما أن مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي تعد من أهم عوامل تمكينها حيث أن العديد من النظريات التي استهدفت دراسة العلاقة بين التنمية الاقتصادية وقضايا تنمية المرأة قد أكدت على وجود علاقة متزامنة بين النمو الاقتصادي ومؤشرات تمكين المرأة (العوض، 2016)، لذا يتعين على الحكومات العربية أن تستغل كافة الطاقات المجتمعية سواء للذكور أو الإناث حتى يصبح الاهتمام بتنمية وتطوير دور المرأة داخل المجتمعات العربية من أحد عوامل النجاح الأساسية للعملية التنموية الشاملة لتقييم مستوى التقدم في استغلال الطاقات الانتاجية المتاحة لتلك المجتمعات دون إقصاء أو تمييز حسب النوع.

وبالإضافة إلى الخطة الشاملة المتكاملة للتنمية المستدامة 2030 التي تم وضعها عالمياً، إلا أنها أصبحت تتطلب تقييم مستويات التغير لما يؤثر على كل هدف مدرج بداخلها وبشكل خاص عبر التركيز على رصد عوامل التغير الاجتماعي المؤثرة على تنمية المرأة، وتعمل منظمة الأمم المتحدة للمرأة على تعزيز هذا الاتجاه بما يعزز استخدام مختلف التقييمات الداعمة لتطور اتجاهات التغير في النوع الاجتماعي بصورة إيجابية وتقديم المؤشرات الإحصائية التي تساهم في تعزيز قدرة الشركاء على تنفيذ أهداف التنمية المستدامة من أجل تنمية المرأة في ظل ما تشهده من اتجاهات التغير الاجتماعي داخل المنطقة العربية تحديداً ومن هذه المنطلقات السابقة فقد تبلورت مشكلة الدراسة بشكل رئيسي إلى ضرورة المساهمة الجادة في إلقاء الضوء على أهم جوانب التحسن في مؤشرات تنمية المرأة بحلول 2030 استناداً إلى استهداف فحص أثر عدد من أبعاد التغير الاجتماعي المحتمل تأثيرها على تنمية المرأة العربية، كما يوضحها إطار الدراسة التالي:

شكل (1): أبعاد التغير الاجتماعي لتنمية المرأة العربية وفقاً لفرضيات الدراسة



– المصدر: إعداد الباحث.

3- مبررات الدراسة:

- تركيز الأهداف الاستراتيجية المتضمنة في الخطط الوطنية للعديد من الدول العربية لاستشراف المستقبل على تمكين وريادة المرأة لمواجهة تحديات الظواهر الاجتماعية المستجدة ومواكبة تغيراتها المتسارعة سواء إقليمياً أو عالمياً.

- سعي الحكومات العربية، ولاسيما دولة الإمارات العربية المتحدة في الحفاظ على استدامة أهم الإنجازات الداعمة لمؤشرات التنافسية الدولية لبناء قدرات المرأة وضمان توسيع نطاق مشاركتها التنموية.
- تقديم معلومات جديدة أمام صانعي القرار عن أهم أبعاد التغير الاجتماعي المؤثرة على استشراف مستقبل المرأة العربية من أجل تعزيز الخطط والاستراتيجيات وتطوير السياسات والسيناريوهات المستقبلية الداعمة لتنمية المرأة وتمكينها بشكل أمثل.

4- أهداف الدراسة:

الهدف العام: المساهمة في دراسة سبل الاستشراف المستقبلي لتنمية المرأة العربية في مدينة رأس الخيمة عبر رصد أهم مؤشرات التغير الاجتماعي المؤثرة على تمكينها استنادا إلى دراسة بيئة خصبة من خلال وضع التشريعات والسياسات الداعمة لدور المرأة بدولة الإمارات لغرض تحديد أهم مجالات التطور المجتمعي المنشودة لتنمية المرأة في المنطقة العربية.

الأهداف الفرعية:

- تحديد أهم المتغيرات التي لها دور معنوي في وجود الاختلافات النسبية في إدراك قياس أبعاد التغير الاجتماعي المستهدفة.
- فحص العلاقة الارتباطية بين مصفوفة المتغيرات وأبعاد التغير الاجتماعي الهادفة لتنمية المرأة العربية.
- تحديد العوامل المؤثرة في التنبؤ بمستوى تصنيف مستوى التغير الاجتماعي المنشود توقعه لتنمية المرأة العربية.
- تحديد أهم أولويات التنمية للمرأة العربية عند رسم الخطط والسياسات التنموية.

5- منهجية الدراسة ومصدر البيانات:

تعتمد الدراسة الحالية على التحليل الوصفي من حيث كونها تعتمد على التوصل إلى مجموعة مؤشرات جديدة لها دور معنوي في تحسين وضع المرأة العربية في ضوء ضمان المواءمة مع أبعاد التغير الاجتماعي التي تشكل تحديات أمام طريق خطط التنمية المستدامة التي تستهدف تعزيز وتمكين المرأة في مختلف اتجاهات التغير الاجتماعي المتوقعة في المنطقة العربية وتحديدا

في مدينة رأس الخيمة محل تطبيق الدراسة المسحية الحالية. وتضمن مجتمع الدراسة الأصلي السيدات ذوات الجنسيات العربية المسجلات في قاعدة البيانات الخاصة بجمعية الإمارات للتنمية الاجتماعية داخل مدينة رأس الخيمة الذين يساهمون بمشاركتهم بشكل دوري في المشاركة في المحاضرات والندوات وورش العمل المختلفة الداعمة لتنمية المرأة بشكل عام في مختلف المجالات التي تعكس اتجاهات التغير الاجتماعي المنشودة لتنمية وضع المرأة سواء في مجال العمل أو التعليم أو الصحة أو الدين أو المشاركة المجتمعية أو الثقافية أو السياسية حيث بلغ عددهن 900 امرأة من جنسيات عربية مختلفة.

وبالتالي اعتمدت الدراسة على اختيار عينة عشوائية منتظمة من قاعدة البيانات التي تخص هؤلاء السيدات بحيث تكون ممثلة لخصائص المجتمع الأصلي حيث بلغ حجمها 150 امرأة أي بنسبة 17% من إجمالي السيدات. وتم توزيع الاستبيان عليهن سواء من خلال المقابلة الشخصية أو باستخدام البريد الإلكتروني حسب وسيلة الاتصال المناسبة لطبيعة كل حالة أو مفردة على حدة. خلال فترة زمنية محددة، وتم الاعتماد على استخدام برنامج التحليل الإحصائي إصدار رقم 18. أداة استشراف المستقبل.

وقد اعتمدت الدراسة على تطبيق عدد من الأساليب والاختبارات الإحصائية المتنوعة التي تساهم في تحقيق أهداف الدراسة مثل التكرارات والنسب المئوية ومعاملات الارتباط لبيرسون وكاي تربيع لفحص علاقات الارتباط بين المتغيرات محل الدراسة، وهذا بالإضافة إلى استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة لفحص مصادر الاختلافات النسبية في أبعاد التغير الاجتماعي المستهدفة وفقاً لعدد من المتغيرات الوصفية كالعمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي. فضلاً عن أسلوب الانحدار اللوجستي لتحديد أهم المتغيرات التي لها دور معنوي في تحديد مستوى التغير الاجتماعي الحادث لتنمية المرأة وفقاً لتصنيف ثنائي الاتجاه سواء كان مستوى التغير (متوقع) أو (دون المتوقع) وذلك بناءً على تقسيم الدرجة الكلية لمقياس التغير الاجتماعي المحققة بناءً على قيمة الوسيط لعينة الدراسة حيث اعتبرت القيم بدءاً من قيمة الوسيط فما فوق مصنفة وفقاً للمستوى (متوقع) بينما قيم مفردات العينة التي تقل عن قيمة الوسيط صنف وفقاً للمستوى (دون المتوقع) حيث اعتبرت النموذج دالة تساهم في التنبؤ بدرجة التغير المتوقعة أو المنشودة في تنمية المرأة وتأخذ القيمة (1) بينما المستوى دون المتوقع تأخذ القيمة (0).

6- الدراسات السابقة:

لا تزال العديد من التحديات تواجه المرأة العربية في المرحلة الحالية نتيجة تأثير بعض أبعاد التغير الاجتماعي التي تشهدها المنطقة العربية في ظل مستجدات العصر وتطوراتها المتلاحقة، وقد ألقت الدراسة في هذا الجزء الضوء على ما أشارت إليه عدد من الدراسات في محاولة لرصد جوانب التغير المحيطة بالمرأة العربية على النحو التالي:

• **دراسة صقر وشحاته (2009):** هدفت إلى دراسة إمكانية زيادة مشاركة المرأة في سوق العمل من خلال دراسة العوائق التي تقابلها والبدائل، وقد أشارت إلى أهم المعوقات في الظروف والمعتقدات الاجتماعية، والتمييز النوعي، وعدم توافر المعلومات الكافية بسهولة ويسر فيما يخص وضع المرأة بالنسبة لاحتياجات سوق العمل أو فرص العمل المتاحة، وقد أوصت الدراسة لمواجهة التغير لهذا الاتجاه فإنه يلزم التوسع في أنماط العمل غير التقليدية في ظل الظروف الاجتماعية والاقتصادية المحيطة بالمرأة كنظام العمل لبعض الوقت، وقد أشارت الدراسة أن هذا الأمر يحتاج إلى تغيير فكر مجتمعي خاصة في المنطقة العربية إلى جانب التوسع في توفير الخدمات الاجتماعية المساعدة، مع ضرورة توفير المعلومات بشفافية، بالإضافة إلى بديل طويل الأجل متمثلاً في تفعيل الدور الإيجابي للإعلام، وهذا يحتاج إلى تغيير ثقافة المجتمع لأجل دعم المرأة وتمكينها.

• **دراسة عبد المولى، سمية (2009):** وقد هدفت إلى تقييم الوضع الراهن لتعليم المرأة ومدى فعاليته كأداة لتمكينها اقتصادياً في مصر من حيث مشاكل التحاقها بمراحل التعليم المختلفة، ومستوى التعليم المقدم لتلبية احتياجاتها، ونوعية التعليم، والتخصصات المتاحة والنمطية في الأداء المقدم التي تعكس صورة مجتمعية نمطية للأعمال التي تمارسها المرأة وتزداد بوضوح في منطقة الشرق الأوسط حيث أن هذه النمطية تحديد تساهم في ضعف وضع المرأة وتهميشها في سوق العمل فضلاً عن أنها تؤثر عليها سلباً من خلال التمييز المهني ضدها، لذا أوصت الدراسة من أجل مواجهة معوقات التغير الاجتماعي للمرأة بالنسبة للتعليم بتشجيعهم للحصول على مستويات تعليمية أعلى مع دمج الإناث خريجات التعليم الفني في مشروعات متميزة.

• **دراسة العطية، أسماء (2009):** ركزت الدراسة على أهمية اعتبار الأسرة هي الخلية الأولى في بناء نسيج التغير الاجتماعي لتنمية المرأة وزيادة قدرتها على الانفتاح على الثقافات الأخرى لمواجهة سلبيات التغير الاجتماعي وتقبل إيجابياته لما فيه فائدة في تماسك المجتمعات

وضمن التواصل عبر الأجيال الحالية والقادمة في ظل الحفاظ على القيم الاجتماعية ونقلها من قبل المرأة بشكل أساسي جيل إلى جيل، لكي تكون المرأة قادرة على المساهمة بفاعلية في الناتج الوطني والارتقاء بالمجتمع والاقتصاد.

• **دراسة الحداد، أميرة (2009):** وهدفت إلى بحث مشكلة التمييز ضد المرأة في العمل الرسمي وكيفية رفع نسبة المرأة التي تعمل بأجر في السوق المصري وكيفية التخلص من كافة أشكال التمييز ضدها. وركزت الدراسة على إظهار فجوة الأجور النوعية بين الرجل والمرأة التي تعود إلى توقعات متدنية للمستوى الأدائي للمرأة وليس لأسباب تتعلق بالمهارات أو التخصص، وأوصت بضرورة توعية المجتمع بأهمية تحسين الوضع العام للمرأة لأجل إدراك مستويات التغير الاجتماعي طويل الأمد.

• **دراسة مندور، دينا (2009):** استهدفت فحص أوضاع المرأة في قطاع الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات وكيفية النهوض بها فيما يتعلق بالتشغيل والتعليم والاستخدام. وقد أكدت على أهمية رفع وتحسين كفاءة إنتاجية المرأة من خلال تشجيعها على الالتحاق بالتخصصات العلمية في المرحلة الثانوية والجامعية فضلا عن إكسابها المهارات المهنية اللازمة لسوق العمل مع تشجيع القطاع الخاص والمنظمات الأجنبية على زيادة معدلات تشغيل المرأة إلى جانب ضعف المشروعات الصغيرة والمتوسطة المملوكة للمرأة استنادا إلى تغيير النظرة المجتمعية للمرأة العاملة في ظل توظيف التكنولوجيا وتدفع المعلومات لخدمة هذا البعد المجتمعي في إحداث التغير المنشود لتحسين الوضع العام للمرأة لكي تصبح عنصر فعال في طريق التنمية.

• **دراسة تيم، والنادي (2010):** هدفت الدراسة إلى قياس أثر عدد من المتغيرات الديموجرافية على درجة مساهمة المرأة في عملية التنمية الشاملة حيث توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق معنوية بين النساء تعزو إلى كل من الجنس والكلية ومكان السكن، والمستوى الدراسي، وأوصت بأهمية نشر الوعي للتعرف على أبعاد التغير الاجتماعي المحيطة بالمرأة لضمان مشاركتها الفعالة في شتى المجالات والمستويات التي تكسبها التمكين والقدرة على ممارسة حقوقها المشروعة.

• **دراسة البدارين، والقواسمة (2013):** هدفت الدراسة إلى التعرف على دور المرأة الأردنية في قيادة التغيير ورصد أهم الخصائص القيادية والمهارات التي تتمتع بها وأهم الطرق والاستراتيجيات التي تستخدمها حيث كانت جميعها لها تأثير إيجابي نحو التغيير.

• **دراسة العارف، (2015):** هدفت إلى إظهار دور المرأة العربية في جميع المجالات باعتبارها نصف القوى البشرية التي تساهم في بناء رقي المجتمعات بالتركيز على طرح أهم العوامل المؤثرة سلبيا أو إيجابيا على دور المرأة سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية أو قانونية حيث أشارت إلى نوع التمييز الممارس ضد المرأة المتعلق بدورها السياسي، وأوصت بأهمية إحداث التغيير الاجتماعي المنشود في المجتمع لتغيير تقديم المعلومات الداعمة لتعزيز دور المرأة في تقدم المجتمع.

• **دراسة العوض، (2016):** استهدفت إلقاء الضوء على أهمية التمكين الاقتصادي للمرأة العربية في دولة الإمارات العربية، حيث أوصت الدراسة بضرورة التوسع في إجراء المزيد من البحوث والدراسات المتعلقة التي تساهم في دعم تنمية المرأة ودورها من أجل ضمان زيادة مساهمتها في النشاط الاقتصادي وذلك من خلال دراسة احتياجاتها ومتطلباتها في ظل التغيرات العالمية المتلاحقة مع إدراج قضايا التغيير الاجتماعي المؤثرة على المساواة بين الجنسين وقضايا النوع في كل الخطط والاستراتيجيات التنموية.

• **دراسة الحاج والناصر (2018):** هدفت إلى قياس إدراك المرأة السعودية العاملة في الجهات الحكومية لبعض المشاكل، والتعرف إلى أسبابها، وكيفية التغلب عليها، ومدى فاعلية جهود الحكومة لتشجيع المرأة لنقل الوظائف القيادية، وأكدت على ضرورة تقليص الفجوة بين الجنسين من أجل الاستفادة من جميع القدرات والموارد البشرية المتاحة، بغية تعزيز التنمية المستدامة.

• **دراسة لانفاين، (2020):** وهدفت إلى استعراض قياس المدن حسب المقاييس والمؤشرات التي تعتمد على البيانات من المصادر الدولية، وقد أشارت الدراسة أن المساواة بين الجنسين تعتبر أحد الأولويات والسياسات الحضرية لتحسين وضع المرأة في مدن المستقبل، وهذا البعد يُستند إليه في قياس الركن الثاني للشمول الاجتماعي المتضمن في **إطار قياس المدن الشاملة (ICI) Inclusive Cities Framework المستخدم في احتساب مؤشر ختم وجائزة المدينة للرخاء والشمول (PICSA) Prosperity and Iclusion in Cities Seal and Awards حيث أصبح هناك اهتمام عالمي بتضمين مدن الدول العربية ضمن المقياس، وقد حصلت أبوظبي على المرتبة 45، بينما دبي المرتبة 63، والكويت المرتبة 77، كما حصلت القاهرة على المرتبة 113.

7- التعقيب على الدراسات السابقة:

قد تبين من خلال استعراض الدراسات والبحوث السابقة النقاط الآتية:

- ركزت معظم الدراسات على البحث عن أهم العوامل الاجتماعية المحتمل تأثيرها على تنمية المرأة وتعزيز قدراتها بشكل عام مع إيجاد الحلول والمقترحات التي تسهم في تطوير وتحسين مستوى تدميتها، إلا أن الدراسات التي استهدفت المرأة العربية مازالت تعاني من ضعف الجانب التحليلي المتعمق الذي يسلط الضوء على أهم أبعاد التغير الاجتماعي المنشودة حتى يتم أخذها بعين الاعتبار عند رسم الخطط والسياسات المعنية باستشراف مستقبل تنمية المرأة داخل المجتمعات العربية.
- قامت بعض الدراسات بإلقاء الضوء على ضرورة مواصلة الجهود الداعمة للمساواة بين الجنسين باعتبارها من أهم الأولويات الاستراتيجية للسياسات التدمية للتغير الاجتماعي المرتكزة على تحسين وضع المرأة عند تفعيل أدوات استشراف المستقبل.
- سعت بعض الدراسات إلى إظهار أهمية تحسين الوضع العام للمرأة في إطار التغير الاجتماعي طويل الأمد المبني على قياس أثر عدد من المتغيرات الديموجرافية التي تنعكس على تحديد قدرة مساهمة المرأة في عملية التنمية الشاملة.
- أشارت بعض الدراسات إلى دور التغير الاجتماعي في توجيه ثقافة المجتمع تجاه دعم قضايا المرأة وتمكينها لمواجهة التحديات والعراقيل التي تعوقها عن إدراك مقومات التغيير الاجتماعي المنشود، ولاسيما للمرأة العربية محور الدراسة الحالية داخل المجتمعات العربية، وبالتالي يستلزم العمل على إمكانية تحديد أهم عوامل التغير الاجتماعي القادرة على التأثير في تنمية المرأة عبر الاستناد إلى بناء نموذج إحصائي قادر على التنبؤ بمستوى التغير الاجتماعي لتنمية المرأة العربية.

8- نتائج الدراسة ومناقشتها:

8-1- خصائص عينة الدراسة من المبحوثات الممثلات للمرأة العربية:

وسوف تستهل الدراسة نتائجها باستعراض أهم الخصائص الخلفية لعينة المبحوثات المستهدفات بالمسح، وذلك لكي يسهل التعرف بشكل عام على أهم خصائص عينة الدراسة الممثلة للمبحوثات اللاتي يمثلن المرأة العربية بمدينة رأس الخيمة نطاق تطبيق الدراسة الحالية، وجاءت نتائج العينة وفقاً للجدول (1).

أظهرت نتائج الجدول (1) أن المبحوثات الحاصلات على التعليم الجامعي فما فوق يمثلن ثلاثة أرباع ونصف الذين لديهم تعليم دون جامعي، وهذا يشير إلى ارتفاع المستوى التعليمي بين أفراد العينة المستهدفة، كما أن نسب النساء غير المتزوجات بلغت 64% من إجمالي المبحوثات، حيث يدل المؤشر إلى ارتفاع نسب العنوسة بين المبحوثات وهذا قد يكون نتيجة التأثير بالعديد من العوامل المجتمعية والتي يستلزم العمل على دراسة أسبابها الجذرية بشكل موسع إلا إن هذا الأمر ليس محل اهتمام الدراسة الحالية. كما تمثل نسبة المبحوثات 25 سنة فما فوق 88%، وهذا أيضا يظهر الاهتمام أن يكون مجتمع الدراسة المسحوب منه عينة الدراسة يركز بشكل أكبر على المرأة بعد سن 25 سنة مقارنة بالأعمار الأخرى دون سن 25 سنة باعتبار أن المرأة في تلك الأعمار في سن مراحل التعليم الإلزامية أو الجامعية والتي يركز مستوى تنميتها في هذا الوقت على الجانب التعليمي بشكل أكبر علاوة أن المرأة في المراحل العمرية دون 18 سنة أو 15 سنة حسب العرف المطبق بكل دولة تكون في مرحلة عمرية صغيرة تمثل المراهقة والشباب والطفولة مما يستلزم معه تحديد دراسات بعينة لدراسة متطلبات وتوجهات تلك المراحل العمرية الصغيرة التي تختلف بشكل كبير عن متطلبات المرأة بعد سن المراهقة والبلوغ، وهذا محور ارتكاز الدراسة الحالية حيث تكون المرأة قاردة على المشاركة السياسية والمجتمعية وغيرها من أشكال وأبعاد التغير الاجتماعي المنشودة لتنمية قدراتها بالشكل المثالي.

جدول (1): الخصائص الأساسية لعينة الدراسة من المبحوثات الممثلة لدراسة وضع تنمية المرأة العربية

خصائص المبحوثات		العدد	%
المستوى التعليمي	مرحلة دون التعليم الجامعي	22	15%
	تعليم جامعي فما فوق	128	85%
الحالة الاجتماعية	غير متزوجة	96	64%
	متزوجة	54	36%
المرحلة العمرية	25 سنة فأقل	18	12%
	25 فما فوق سنة	132	88%

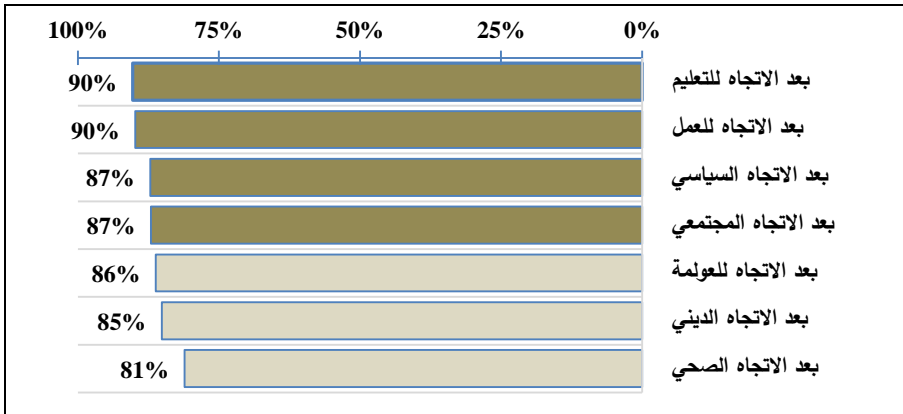
8-1-1- تقييم أثر التغير لأبعاد مقياس التغير الاجتماعي المقترح على تنمية المرأة العربية:

من المؤكد أن أبعاد التغير الاجتماعي المستهدفة من قبل الدراسة الحالية تعد عوامل مساهمة بشكل فعال في إحداث التغير المنشود لرفع كفاءة مؤشرات تنمية المرأة العربية وتعزيز قدراتها لضمان مشاركتها بفاعلية في عمليات التنمية الشاملة داخل أي مجتمع باعتبارها قوة كامنة

يمكن أن يتم توظيفها بالشكل الأمثل مع اعتبارها في الوقت نفسه أنها طاقات مكملية في تقدم المجتمع ونهضته مقارنة بالرجال، إلا أنها ربما لم يتم استغلالها بالشكل المرغوب فيه أو لم يتم دراسة أثر تلك الأبعاد بشكل إحصائي لغرض الوقوف على أهم جوانب القوة أو مواطن التحسين في دور أبعاد التغير الاجتماعية في تنمية قدرات المرأة العربية، وقد جاءت نتيجة الإحصاءات الوصفية لتقييم المبحوثات لأثر أبعاد التغير الاجتماعي وفقاً للشكل (2):

وقد أظهرت بيانات الشكل (2) أن كلا من البعد التعليمي والبعد الوظيفي من وجهة نظر المبحوثات كان لهما نفس تقييم الأثر النسبي الأكبر في تحقيق مقومات التنمية للمرأة ورفع قدراتها أثناء أي عملية تغيير اجتماعي حيث بلغت نسبة كل منهما 90%، بينما تمثلت أقل الأبعاد في نسب التأثير النسبي أثناء عمليات التغيير الاجتماعي المستهدفة لتنمية المرأة في كل من البعد الثقافي نتيجة العولمة حيث بلغت نسبة تقييمه 86%، ثم نسبة تأثير البعد الديني حيث بلغت 85%، وأخيراً نسبة البعد الصحي حيث بلغت 81%، وهي جميعها أقل من قيمة الوسيط لمجموعة المبحوثات المستهدفة بالدراسة التي تبلغ 87% حيث يصنف أي قيمة بعدها ضمن مجموعة النساء ذات المستوى دون المتوقع في قياس التغير الاجتماعي المنشود لتنمية المرأة.

شكل (2): التوزيع النسبي لأبعاد مقياس التغير الاجتماعي المستهدفة لتنمية المرأة العربية



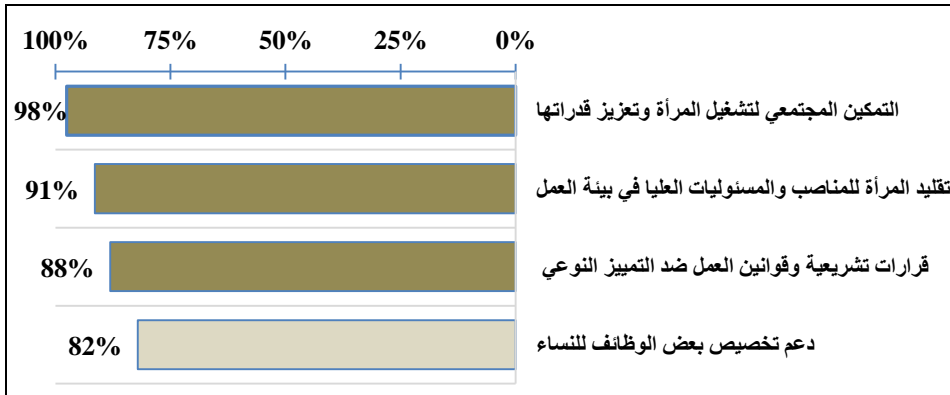
ولتحديد بنود التقييم التي ساهمت في تقييم أثر كل بعد من أبعاد التغير الاجتماعي وتحديد البنود التي كانت نسبتها في التقييم أقل من نسبة قيمة الوسيط أو المتوسط باعتبارها تمثل نفس

النسبة تقريباً، حيث تمثل هذه النسب في التقييم مستويات التغير دون المتوقعة لتنمية المرأة من وجهة نظر المبحوثات، فقد جاءت على النحو التالي:

8-1-2- تقييم أثر التغير لبعد العمل على تنمية المرأة العربية:

أظهرت النتائج الموضحة في الشكل (3) أن دعم عملية تخصيص بعض الوظائف للنساء داخل المجتمعات العربية تمثل أقل نسبة تقييم من وجهة نظر المبحوثات في إدراك أثر التغير الوظيفي، مما يعكس أهمية أن تتبنى الجهات في عمليات توظيفها سياسات لدعم وتنمية المرأة تخصص نسبة معلنة للوظائف ضمن وظائفها المستحدثة، وكذلك الحال مراعاتها بالنسبة للوظائف الإشرافية والقيادية وعند إجراء الترقيات والتعاقب الوظيفي سواء على مستوى القطاع الحكومي أو الخاص مع وجود جهات تنموية مكلفة من قبل الدولة تكون مسئولة عن متابعة وتقييم تلك السياسات بشفافية مطلقة دعماً لتنمية المرأة.

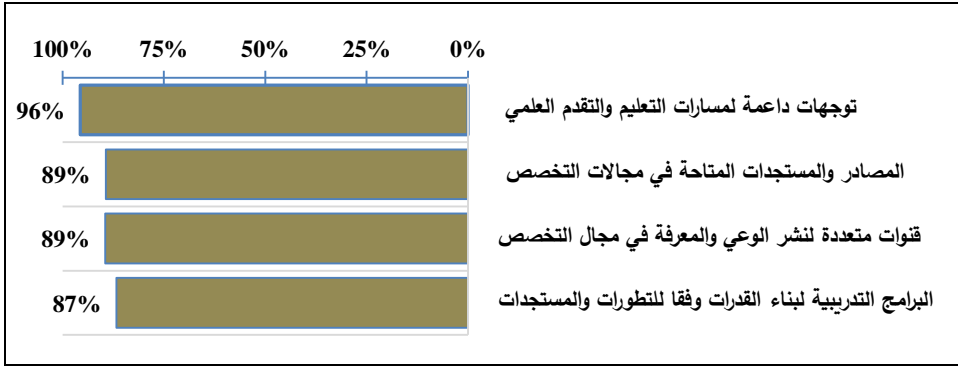
شكل (3): التوزيع النسبي لجوانب تقييم البعد التوظيفي المستهدفة لتنمية المرأة العربية



8-1-3- تقييم أثر التغير للبعد التعليمي على تنمية المرأة العربية:

أظهرت النتائج الموضحة بالشكل (4) أن جميع بنود تقييم أثر البعد التعليمي قد حققت نسبة أعلى من قيمة الوسيط لعينة المبحوثات المستهدفة من قبل الدراسة أي بنسب تساوي أو أعلى من 87%. وتعكس هذه النتيجة أهمية أثر البعد التعليمي في إحداث طفرة نوعية في تنمية قدرات المرأة وتمكينها في عملية تغيير اجتماعي مستهدفة داخل المجتمعات العربية.

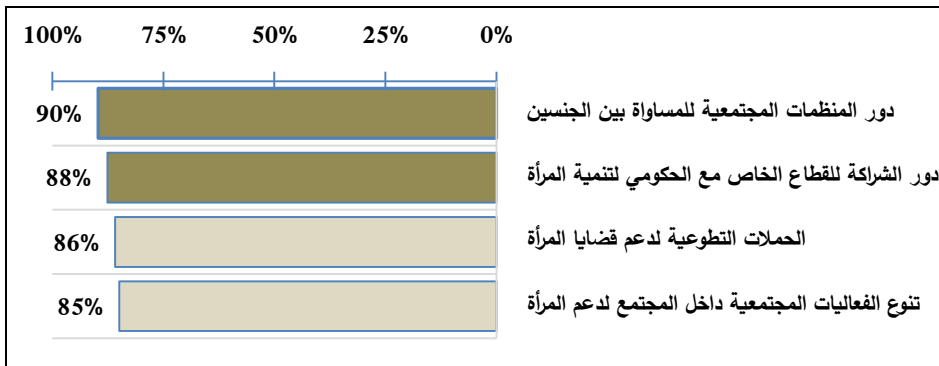
شكل (4): التوزيع النسبي لجوانب تقييم البعد التعليمي المستهدفة لتنمية المرأة العربية



8-1-4- تقييم أثر التغير للبعد المجتمعي على تنمية المرأة العربية:

أظهرت النتائج الموضحة بالشكل (5) أن كل من نسبة تقييم بند "الحملات التطوعية لدعم قضايا المرأة" التي بلغت 86% وأيضاً نسبة بند "تنوع الفعاليات المجتمعية لدعم المرأة" التي بلغت 85% على التوالي كلاهما أقل من قيمة الوسيط والمتوسط على التوالي حيث أن نسبة درجة الوسيط تتساوي مع درجة المتوسط، وهذا أيضاً ربما يشير إلى قرب منحى البيانات الفعلية للمبحوثات من التوزيع الطبيعي أو التماثل قدر الإمكان. إلا أنه في الوقت نفسه يستلزم زيادة العمل على دعم الفعاليات المجتمعية والحملات التطوعية الداعمة لقضايا المرأة العربية واهتماماتها داخل مدينة رأس الخيمة تحديداً باعتبارها المجال المكاني لتطبيق الدراسة المسحية، وأيضاً باعتبارها نموذجاً استرشادياً من أجل زيادة الاهتمام بهذه البنود على مستوى باقي الدول العربية.

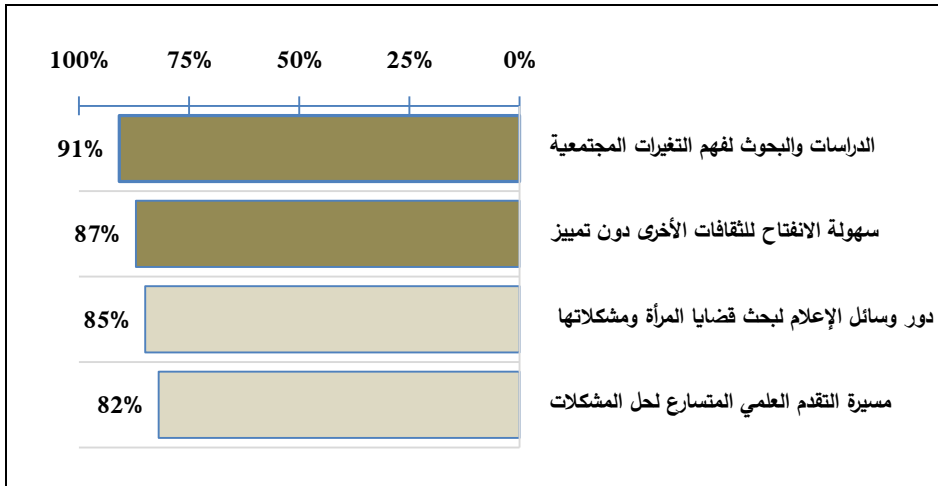
شكل (5): التوزيع النسبي لجوانب تقييم البعد المجتمعي المستهدفة لتنمية المرأة العربية



8-1-5- تقييم أثر التغير للبعد الثقافي لظاهرة العولمة على تنمية المرأة العربية:

أظهرت النتائج الموضحة بالشكل (6) أن التقييم النسبي لكلا من البندين "دور وسائل الإعلام لبحث قضايا المرأة ومشكلاتها" و"مسيرة التقدم العلمي المتسارع لحل المشكلات" التي بلغت نسبة تقييمهما 85%، 82% على التوالي وهما أقل من نسبة درجة الوسيط أو المتوسط لعينة المبحوثات المستهدفة بالمسح، وهذا يشير إلى دور الإعلام والتقدم العلمي في ظل ظاهرة العولمة بزيادة قدرات النساء تجاه الإسراع في الانفتاح على الثقافات الأخرى والاندماج معها والتعرف على أهم ما يميزها مع محاولة الاستفادة منها في تحقيق مستوى ثقافي متميز يساهم في تنمية المرأة العربية وتعزيز قدراتها بشكل أمثل.

شكل (6): التوزيع النسبي لجوانب تقييم البعد الثقافي المستهدفة لتنمية المرأة العربية

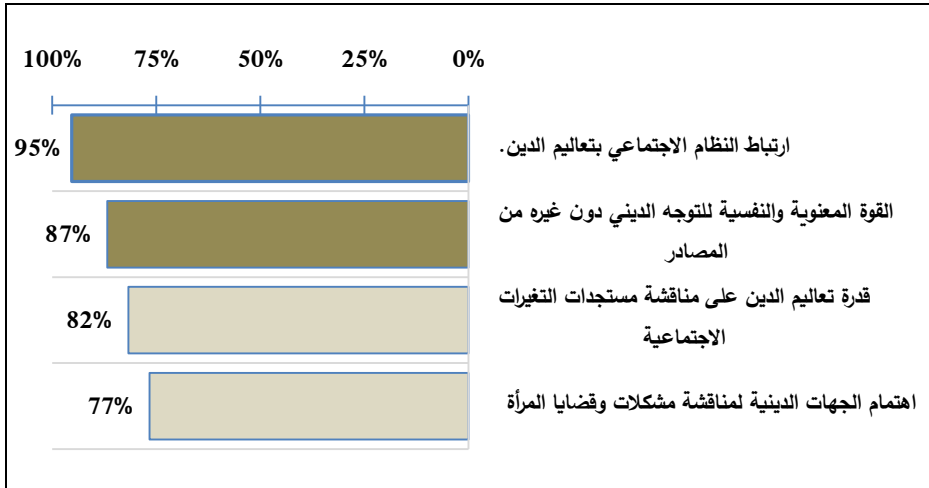


8-1-6- تقييم أثر التغير للبعد الديني على تنمية المرأة العربية:

أظهرت النتائج الموضحة بالشكل (7) أن نسبة تقييم كل من البندين "قدرة تعاليم الدين على مناقشة مستجدات التغير الاجتماعي" و"اهتمام الجهات المعنية بمناقشة مشكلات وقضايا المرأة" حيث بلغت 82%، 77% على التوالي، وهي أقل البنود تأثيراً نسبياً من وجهة نظر المبحوثات حيث انخفضت عن نسبة قيمة الوسيط للعينة المستهدفة، وهو ما ينعكس بدوره على خفض نسبة التقييم

النسبي للبعد الديني ككل في إحداث التغير الاجتماعي المنشود لتنمية المرأة العربية. وهذه النتيجة تعكس عدم مواءمة المستجدات المحيطة بالمرأة مع اهتمام الجهات الدينية بمناقشتها بشكل مثالي وإيجاد القياس السليم من المصادر الدينية بما يخدم واقع مشكلات وقضايا المرأة المتصاعدة في ظل تطورات العصر الحديث، وهذا الجانب يستلزم من المؤسسات الدينية دراسته والعمل على تقييمه بشكل موسع لتحديد أهم الأولويات المطلوب مناقشتها لتعزيز قدرات المرأة داخل المجتمعات العربية بما يتفق مع تعاليم الدين ومستجدات العصر في الوقت نفسه.

شكل (7): التوزيع النسبي لجوانب تقييم البعد الديني المستهدفة لتنمية المرأة العربية

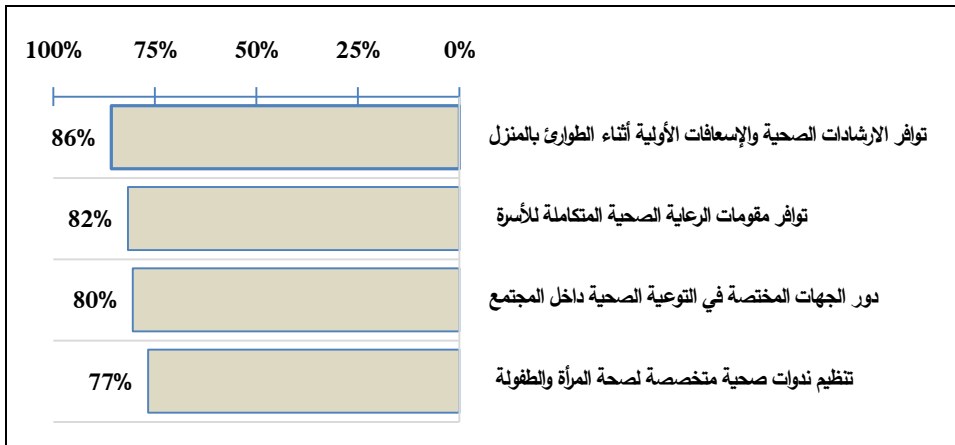


8-1-7- تقييم أثر التغير للبعد الصحي على تنمية المرأة العربية:

أظهرت النتائج الموضحة بالشكل (8) أن جميع بنود تقييم أثر البعد الصحي قد حققت نسبة أقل من نسبة قيمة الوسيط أو المتوسط لعينة المبحوثات أي بنسب أقل من 87%. وتعكس هذه النتيجة أهمية ضعف الجانب الصحي في تحقيق متطلبات التنمية المنشودة لتعزيز قدرات المرأة في عمليات التغير الاجتماعي، ولعل تجلي أهمية تعزيز دور الجانب الصحي بشكل عام على مستوى دول العالم مؤخراً بصورة واضحة في ظل تفاقم أزمة فيروس كورونا COVID-19، حيث دفعت الحكومات إعادة حساباتها وترتيب أولوياتها باعتبار أن البعد الصحي من أهم جوانب التنمية عوضاً

عن البعد الاقتصادي والسياسي الذين باتا عاجزين أمام هذا الوباء العالمي في ظل ضعف الاهتمام بجوانب الدعم الصحي سواء على مستوى الفرد نفسه أو من قبل المؤسسات والجهات الداعمة لهذا القطاع مع ضعف المخصصات المالية للإنفاق على هذا القطاع تحديدا في الدول العربية، وهذا أيضا ما أكدته نتائج تقييم جميع بنود البعد الصحي على مستوى عينة المبحوثات حيث أوضحن أنهن مازلن في حاجة إلى زيادة سبل التوعية والإرشادات الصحية وتنظيم الندوات المتخصصة في مجال الرعاية الصحية وطرق الإسعافات الأولية بما يعزز جوانب دور المرأة داخل الأسر في تفعيل طرق الوقاية نحو مكافحة الأوبئة على أسس وإرشادات صحية سليمة.

شكل (8): التوزيع النسبي لجوانب تقييم البعد الصحي المستهدفة لتنمية المرأة العربية

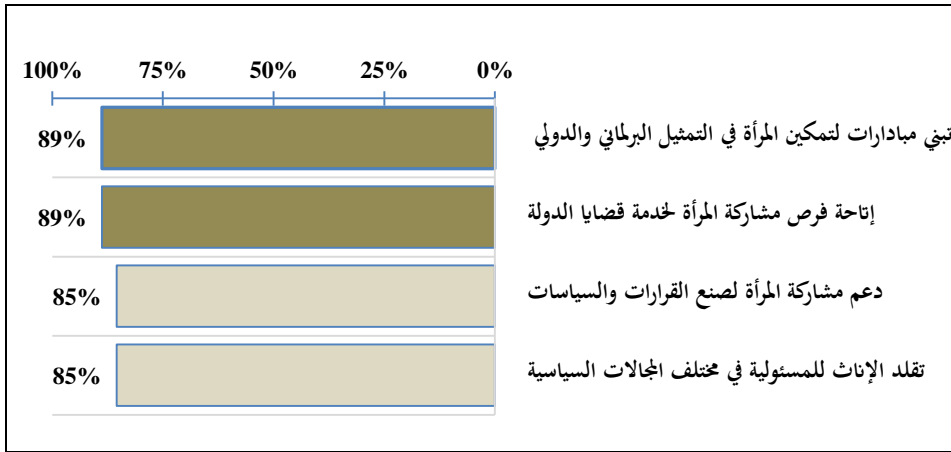


8-1-8- تقييم أثر التغير للبعد السياسي على تنمية المرأة العربية:

أظهرت النتائج الموضحة بالشكل (9) أن هناك بندين من بنود تقييم أثر البعد السياسي للتغير الاجتماعي المنشود لتنمية المرأة العربية حققت نسبة أقل من نسبة قيمة الوسيط أو المتوسط لعينة المبحوثات تمثلت في كل من التقييم النسبي لبند "دعم مشاركة المرأة لصنع القرارات والسياسات" وبند "تقلد النساء للمسؤولية في مختلف المجالات السياسية" حيث بلغت نسبة التقييم لكل منهما 85% أي نفس النسبة تقريباً، وهذا يشير إلى أن المرأة العربية في حالة عدم بلوغ مرحلة الإشباع لرغباتها السياسية ولاسيما في عمليات صنع القرارات والسياسات وتقلد المسؤوليات السياسية،

وهو ما يتيح للحكومات العربية فرصة للوقوف على أبعاد التقييم للجانب السياسي بشكل أكثر موضوعية من أجل تعزيز قدراتهم وتمكينهم في المجال السياسي لدعم التغير الاجتماعي المنشود لتنمية المرأة العربية داخل مجتمعاتنا.

شكل (9): التوزيع النسبي لجوانب تقييم البعد السياسي المستهدفة لتنمية المرأة العربية



8-2 فحص المصفوفات الارتباطية بين المتغيرات محل الدراسة:

لكي تعكس الدراسة بصورة أكثر تفصيلاً مستوى الارتباط بين المتغيرات المؤثرة في طبيعة العلاقة سواء من حيث فحص مستوى الارتباط بين الخصائص الخلفية للمبحوثات وبين تصنيف مستوى التغير الاجتماعي المحقق سواء كان مستوى متوقعا أو دون المتوقع من أي عملية تغيير اجتماعي لتنمية المرأة العربية، وكذلك لفحص العلاقة ما بين هذه المتغيرات التي تمثل الخصائص الخلفية وبين أبعاد التغير الاجتماعي المفترض المساهمة في تعزيز تنمية المرأة العربية، وأيضاً سوف يتم استعراض المصفوفة الارتباطية لإظهار العلاقة فيما بين أبعاد التغير الاجتماعي نفسها التي استهدفتها الدراسة بقياس أثرها على تنمية قدرات المرأة من خلال عينة المسح بهدف تحديد مدى وجود علاقة ارتباط بين هذه المتغيرات وتحديد مقدار قوة هذه العلاقة بين كل متغيرين على حدة، لذا فقد بادرت الدراسة بفحص مختلف المصفوفات الارتباطية المتوقعة بين هذه المتغيرات كخطوة لتفسير مستويات العلاقات التي قد تنشأ بما يخدم توجهات صانعي القرار وواضعي السياسات بالدرجة الأولى حيث جاءت النتائج موضحة بالجدول التالية:

وطبقاً لبيانات العينة المسحية التي اعتمدت عليها الدراسة الحالية ($n = 100$ امرأة عربية) يوضح الجدول (2) أن النساء اللاتي حققن مستوى تغير متوقع تمثل نسبة 48% تقريباً أي حوالي نصف بيانات العينة مقابل نسبة النساء اللاتي حققن مستوى تغير دون المتوقع التي تمثل 52%. ولدراسة العلاقة بين مستوى التغير المحقق لتنمية المرأة العربية وعدد من المتغيرات الوصفية التي تمثل خصائصها الأساسية تم استخدام Chi-Square، وقد جاءت النتائج كما بالجدول (2) تشير إلى وجود علاقة بين مستوى التغير الحادث للمرأة وبين مستواها التعليمي فقط، حيث نجد النساء ذوات المستوى التعليم المنخفض أو دون الجامعي نسبتهن أعلى في إدراك المستوى غير المتوقع للتغير الاجتماعي المنشود لتنميتهن حيث بلغت نسبتهن 77% تقريباً مقارنة بنسبتهن في المستوى المتوقع للتغير الاجتماعي حيث بلغت 23% تقريباً، وهو ما قد يعكس أهمية تحسين المستوى التعليمي للمرأة العربية في إطار تعزيز قدراتها من أجل إحداث التغير المتوقع لتنميتها. كما أشارت النتائج أيضاً إلى عدم وجود علاقة ارتباطية معنوية بين كل من مستوى التغير الاجتماعي المحقق سواء كان (متوقع/ دون المتوقع) وبين المتغيرات الوصفية التالية (الحالة الاجتماعية، والمرحلة العمرية) حيث كانت قيم اختبار Chi-Square غير دالة إحصائياً عند مستوى 0.05.

جدول (2): التوزيع العددي والنسبي لتصنيفات مقياس التغير الاجتماعي (متوقع / دون المتوقع) وعلاقتها ببعض المتغيرات الأساسية للمبحوثات محل اهتمام الدراسة

الخصائص الخلفية للمبحوثات	متوقع		دون متوقع		المعنوية لـ (X^2) Sig.
	العدد	%	العدد	%	
المستوى التعليمي	5	22.7%	17	77.3%	**0.009
	67	52.3%	61	47.7%	
الحالة الاجتماعية	45	46.9%	51	53.1%	0.713
	27	50.0%	27	50.0%	
المرحلة العمرية	7	38.9%	11	61.1%	0.409
	65	49.2%	67	50.8%	
الإجمالي	72	48.0%	78	52.0%	150

(*) قيمة Chi-Square معنوية عند مستوى 0.05. (**) قيمة Chi-Square معنوية عند مستوى 0.01.

ولفحص مصفوفة العلاقات الارتباطية بين أبعاد التغير الاجتماعي وبين الخصائص الخلفية لعينة المبحوثات الممثلات للمرأة العربية، حيث جاءت النتائج موضحة في الجدول (3).

أظهرت بيانات الجدول (3) حيث تم فحص معاملات الارتباط بين أبعاد التغير الاجتماعي والمتغيرات الأساسية للمبحوثات باستخدام معامل Phi وفقا لطبيعة القياس الإسمي للمتغيرات الوصفية لعينة المبحوثات، أن جميع معاملات الارتباط جاءت معنوية بين كل بعد مستهدف من قبل الدراسة الحالية لإحداث التغير الاجتماعي المنشود لتحسين وضع المرأة العربية وبين كل من هذه المتغيرات الوصفية الأساسية لوصف خصائص المبحوثات الممثلات للمرأة العربية على حدة سواء المستوى التعليمي أو الحالة الاجتماعية أو المرحلة العمرية، وقد كانت أعلى معاملات الارتباط بين كل من البعد الديني والمرحلة العمرية للمرأة حيث بلغ 0.764، ثم تلاه معامل الارتباط بين كل من البعد السياسي والمستوى التعليمي للمرأة حيث بلغ 0.684، بينما كانت أقل قيمة لمعاملات الارتباط بين كل من البعد التعليمي والمرحلة العمرية للمرأة حيث بلغ معامل الارتباط 0.306، ثم معامل الارتباط ما بين كل من البعد التعليمي والحالة الاجتماعية للمرأة حيث بلغ 0.352.

جدول (3): مصفوفة علاقات الارتباط بين المتغيرات الوصفية للمبحوثات وأبعاد التغير الاجتماعي لتنمية المرأة العربية

أبعاد التغير الاجتماعي	المستوى التعليمي	الحالة الاجتماعية	المرحلة العمرية
البعد التوظيفي	**0.546	**0.356	**0.493
البعد التعليمي	**0.473	**0.352	**0.306
البعد المجتمعي	**0.477	**0.615	**0.406
البعد الثقافي	**0.366	**0.554	**0.603
البعد الديني	**0.417	**0.482	**0.740
البعد الصحي	**0.490	**0.587	**0.483
البعد السياسي	**0.684	**0.441	**0.648
المقياس الكلي للتغير الاجتماعي	**0.687	**0.641	**0.765

* دالة إحصائية عند مستوى أقل من 0.05.

وأيضاً لفحص المصفوفة الارتباطية بين أبعاد التغير الاجتماعي التي تشكل في مجموعها قياس مستوى التغير الاجتماعي المحقق لتنمية المرأة العربية، فقد تم استخدام بيرسون لفحص معاملات الارتباط ومعنويتها وأيضاً للتأكد من عدم وجود مشكلة إزدواج خطي Collinearity بين أي زوج من تلك المتغيرات بوصف أن متغيراتها تخضع للقياس الفتري يعوق معها استخدام تحليل

الانحدار اللوجستي، وهي تعتبر من أحد المتطلبات الواجب التأكد منها قبل استخدام تحليل الانحدار بشكل عام، وقد جاءت نتائج المصفوفة الارتباطية لأبعاد التغير الاجتماعي موضحة كما بالجدول (4).

أظهرت نتائج مصفوفة الارتباط بالجدول (4) معنوية معاملات الارتباط فيما بين أغلب أبعاد التغير الاجتماعي لتنمية المرأة سواء عند مستوى معنوية أقل من 0.01 أو 0.05 باستثناء بعض معاملات الارتباط فيما بين بعض الأبعاد التي عكست عدم وجود علاقة ارتباط معنوية ذات دلالة إحصائية فيما بينها. كما كانت أعلى قوة علاقة ارتباطية فيما بين البعد السياسي والبعد المجتمعي حيث بلغ قيمة معامل الارتباط 0.643، وهو ما يعكس الدور المجتمعي في تنمية المرأة العربية مجتمعياً حيث يقابلها زيادة مطردة في دعم وبناء قدراتها في الجانب السياسي، ثم تلتها أيضاً العلاقة بين البعد السياسي والبعد التعليمي حيث بلغ قيمة معامل الارتباط 0.619 وهو ما يعكس أن زيادة الاهتمام بتنمية الجانب التعليمي بالمرأة العربية يقابله زيادة في تنمية قدراتها في الجانب السياسي، وهذه المؤشرات يجب أن يتم أخذها بعين الاعتبار من قبل المسؤولين والمخططين عن تنمية المرأة العربية. وبشكل عام لم توجد علاقات ارتباطية قوية جداً تؤدي إلى وجود مشاكل ازدواج خطية فيما بين أي زوج من أبعاد التغير الاجتماعي المقترح إدراجها في النموذج المقترح لتحليل الانحدار اللوجستي للتنبؤ بتصنيف مستوى التغير الاجتماعي.

جدول (4): مصفوفة علاقات الارتباط بين أبعاد مقياس التغير الاجتماعي المستهدفة لتنمية المرأة العربية

المتغيرات	بعد التوظيفي	بعد التعليمي	بعد المجتمعي	بعد العولمة	بعد الديني	بعد الصحي	بعد السياسي	مقياس التغير الاجتماعي
مقياس التغير الاجتماعي	.296**	.691**	.809**	.683**	.465**	.710**	.866**	1
البعد السياسي	.370**	.619**	.643**	.491**	.261**	.498**		1
البعد الصحي	-.145	.509**	.538**	.456**	.293**			1
البعد الديني	.073	.206*	.100	.315**				1
البعد الثقافي/ العولمة	-.056	.228**	.558**					1
البعد المجتمعي	.179*	.540**						1
بعد التعليمي	.090							1
البعد التوظيفي								1
* دالة احصائياً عند مستوى أقل من 0.05. ** دالة احصائياً عند مستوى أقل من 0.01								

8-3- فحص مصادر الفروق النسبية في إدراك المرأة العربية لأثر أبعاد التغير الاجتماعي وفقا لخصائصهن الخلفية:

يركز هذا الجزء من الدراسة على فحص مصادر الاختلافات النسبية فيما بين عينة المبحوثات الممثلات لمجتمع المرأة العربية بمدينة رأس الخيمة وفقا لعدد من الخصائص الخلفية لهؤلاء المبحوثات، والتي من المحتمل أن يكون لها دور معنوي في حدوث اختلاف في مستويات التقييم لدور أبعاد التغير الاجتماعي المستهدف لتنمية المرأة العربية. وبناء عليه، فقد تم استخدام اختبار t للعينات المستقلة لفحص مصادر الفروق إحصائيا وفقا لعدد من المتغيرات الوصفية للمبحوثات كالمستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية والمرحلة العمرية، لتحديد مصادر الاختلافات في تقييم أبعاد التغير الاجتماعي من وجهة نظر المبحوثات وفقا لكل متغير وصفي على حدة، وقد جاءت نتائج التحليل على النحو التالي:

أولاً: فحص مصادر الفروق النسبية لعينة المبحوثات وفقا لمتغير المستوى التعليمي:

أوضحت نتائج الجدول (5) عدم وجود فروق معنوية حيث أن قيم اختبار t للعينات المستقلة ليست ذات دلالة إحصائية لجميع المتغيرات من وجهة نظر المبحوثات وفقا لمستواهن التعليمي باستثناء المتغير المرتبط بتقييم أثر البعد الوظيفي فقط للتغير الاجتماعي المنشود لتنمية المرأة، حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق معنوية فيما بين إدراك المبحوثات الممثلات للنساء لأثر البعد الوظيفي في تنمية وبناء قدراتهن المتواكبة مع التغير الاجتماعي وفقا لمتغير مستواهن التعليمي، وذلك الفرق لصالح مجموعة النساء ذوات التعليم الجامعي فما فوق حيث بلغ متوسط قياس تقييم أثر الجانب الوظيفي للتغير الاجتماعي المنشود لتطوير وتنمية قدراتهن 18.25 تقريبا بانحراف معياري قدره 1.8، وهو أعلى من قيمة المتوسط لتقييم مجموعة النساء ذوات التعليم دون الجامعي؛ حيث بلغت قيمته 16.3 تقريبا بانحراف معياري قدره 1.2، بينما لم توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين إدراك المبحوثات في تقييم دور باقي أبعاد التغير الاجتماعي في إحداث عملية التنمية المنشودة حسب تصنيف مستواهن التعليمي.

وتشير هذه النتيجة إلى وجود فجوة في إدراك دور البعد الوظيفي من وجهة نظر المرأة العربية لأجل إحداث التغير الاجتماعي المنشود لها في عملية التنمية، مما يدفعنا إلى بذل المزيد من البحوث والدراسات المضنية لمعرفة أسباب ذلك، وقد يعود السبب للعديد من العوامل منها فرص التوظيف المعروضة للمرأة العربية حسب ارتفاع مستواها التعليمي والتسهيلات المتاحة التي تعزز

فرصة تتميتها في حالة حصولها على التعليم الجامعي فما فوق مقارنة بالنساء ذوات التعليم دون الجامعي، وهذا يستلزم تعزيز الاهتمام بالعملية التعليمية الموجهة للمرأة حتى إدراك مستوى التعليم الجامعي ومتابعة هذا الأمر عن كثب من قبل جميع الجهات المعنية سواء التعليمية أو جهات التوظيف نفسها وإلزامها بوضع خطط تحسينية تستهدف رفع المستوى التعليمي لمن يعملون لديهم دون التعليم الجامعي بشكل سنوي حتى حصولهن على التعليم الجامعي بشكل لا يؤثر على الفرص الوظيفية المتاحة لهن من حيث بداية التوظيف أو فيما بعد من إتاحة الترقيات والعلاوات المستحقة مع ضرورة العمل على تخصيص حوافز تشجيعية تساهم في تغطية مصاريف الدراسة بالتنسيق مع المؤسسات التعليمية وتعزيز المنح الدراسية، وذلك لما له من أثر مباشر على رفع مستويات التنمية البشرية سواء للمرأة نفسها أو الأسرة المنتمية لها أو المجتمع بشكل عام.

جدول (5): دراسة الاختلاقات النسبية بين عينة المبحوثات باستخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة لفحص متوسطات التقييم لأبعاد مقياس التغير الاجتماعي لتنمية المرأة العربية وفقاً لمتغير المستوى التعليمي

أبعاد التغير الاجتماعي	المستوى التعليمي	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت
البعد التوظيفي	تعليم دون الجامعي	22	16.32	1.287	-4.861 *
	تعليم جامعي فما فوق	128	18.25	1.784	
البعد التعليمي	تعليم دون الجامعي	22	18.55	1.471	1.309
	تعليم جامعي فما فوق	128	17.97	1.972	
البعد المجتمعي	تعليم دون الجامعي	22	17.73	1.638	.576
	تعليم جامعي فما فوق	128	17.35	2.979	
البعد الثقافي/ العولمة	تعليم دون الجامعي	22	17.91	1.571	1.413
	تعليم جامعي فما فوق	128	17.12	2.543	
البعد الديني	تعليم دون الجامعي	22	17.14	1.642	.266
	تعليم جامعي فما فوق	128	17.01	2.161	
البعد الصحي	تعليم دون الجامعي	22	16.14	2.455	-1.173
	تعليم جامعي فما فوق	128	16.23	2.454	
البعد السياسي	تعليم دون الجامعي	22	17.14	1.642	-4.497
	تعليم جامعي فما فوق	128	17.48	3.130	
المقياس الكلي للتغير الاجتماعي	تعليم دون الجامعي	22	120.91	9.541	-1.194
	تعليم جامعي فما فوق	128	121.41	11.361	

* دالة احصائيا عند مستوى أقل من 0.05.

ثانياً: فحص مصادر الفروق النسبية لعينة المبحوثات وفقاً لمتغير الحالة الاجتماعية:

أوضحت نتائج الجدول رقم (6) باستخدام اختبار t للعينات المستقلة وجود فروق معنوية بين مجموعات المبحوثات وفقاً لحالتهن الاجتماعية سواء كانت متزوجة أو غير متزوجة من حيث تقييم أثر أبعاد التغير الاجتماعي المتمثلة في كل من البعد التوظيفي، والبعد المجتمعي، والبعد الثقافي، والبعد الديني، والبعد الصحي. بينما لم توجد أي فروق معنوية بين تقييم مجموعات المبحوثات في إدراكهن مستوى أثر باقي أبعاد التغير الاجتماعي المتمثلة في كل من البعد التعليمي والبعد السياسي حيث كانت قيم اختبار (ت) ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى أقل من 0.05.

كما أشارت النتائج إلى الفروق لصالح مجموعة النساء غير المتزوجات فيما يخص كل من: (البعد التوظيفي والبعد المجتمعي والبعد الثقافي) حيث جاءت متوسطات تقييمهن أعلى من مجموعة المتزوجات، وفي المقابل كانت الفروق لصالح مجموعة النساء المتزوجات فقط فيما يخص كل من: (البعد الديني، والبعد الصحي) حيث متوسطات تقييمهن أعلى من مجموعة غير المتزوجات. وهذه النتيجة يستلزم دراستها بعناية من قبل المهتمين بقضايا النوع وتنمية المرأة لتحديد المسببات الجذرية والعوامل التي تعوق المرأة العربية عن إدراك أثر أبعاد التوظيف والمشاركة المجتمعية والبعد الثقافي بالانفتاح على الثقافات المختلفة للسيدات المتزوجات أسوة بغير المتزوجات، ومما لا شك فيه أن المسؤوليات التي تقع على عاتق المرأة العربية المتزوجة بعد الزواج أعلى من المرأة غير المتزوجة، ومما يجعل مسؤولياتها تزداد سواء على الصعيد الشخصي أو الأسري، وهذا قد يجعلها لا تشعر بأثر دور تلك الأبعاد في رفع مستوى التنمية لديها مقارنة بالمرأة غير المتزوجة. ونفس الشيء بالنسبة للمرأة العربية غير المتزوجة التي لا تشعر بأثر كل البعد الديني أو الصحي مقارنة بالمرأة المتزوجة، وهذا أيضاً ربما يرجع إلى ارتفاع شعور المرأة وزيادة إحساسها بأهمية الدور الذي تلعبه هذه الأبعاد في تعزيز دورها داخل الأسرة التي تصبح مسئولة بشكل أساسي عن تعزيز الجانب الصحي والديني مقارنة بالمرأة العربية غير المتزوجة التي ينقصها الشعور بأهمية هذه الأبعاد بشكل ملحوظ مقارنة بغيرها من المتزوجات. إلا أنه بشكل عام يجب العمل على إزالة تلك الاختلافات بين مجموعات النساء وفقاً لحالتهن الاجتماعية من أجل تعزيز جوانب إدراكهن لأهمية دور تلك الأبعاد في تعزيز قدراتهن من أجل ضمان المشاركة الفعالة في إحداث التنمية المنشودة للمجتمعات العربية.

جدول (6): دراسة الاختلاقات النسبية بين عينة المبحوثات باستخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة
لفحص متوسطات التقييم لأبعاد مقياس التغير الاجتماعي لتنمية المرأة العربية وفقا لمتغير الحالة الاجتماعية

أبعاد التغير الاجتماعي	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت
البعد التوظيفي	غير متزوجة	96	18.31	1.682	* 3.146
	متزوجة	54	17.35	1.983	
البعد التعليمي	غير متزوجة	96	17.98	1.919	- .632
	متزوجة	54	18.19	1.914	
البعد المجتمعي	غير متزوجة	96	17.77	2.918	* 2.133
	متزوجة	54	16.76	2.540	
البعد الثقافي / العولمة	غير متزوجة	96	17.65	2.330	* 2.828
	متزوجة	54	16.50	2.471	
البعد الديني	غير متزوجة	96	16.65	2.117	* -3.060
	متزوجة	54	17.70	1.870	
البعد الصحي	غير متزوجة	96	15.84	2.502	* -2.558
	متزوجة	54	16.89	2.212	
البعد السياسي	غير متزوجة	96	17.52	2.664	.519
	متزوجة	54	17.26	3.438	
المقياس الكلي للتغير الاجتماعي	غير متزوجة	96	121.72	10.174	.566
	متزوجة	54	120.65	12.616	

* دالة احصائيا عند مستوى أقل من 0.05.

ثالثاً: فحص مصادر الفروق النسبية لعينة المبحوثات وفقاً لمتغير المرحلة العمرية:

أوضحت نتائج الجدول (7) عدم وجود فروق معنوية حيث أن قيم اختبار t للعينات المستقلة ليست ذات دلالة إحصائية لجميع المتغيرات من وجهة نظر المبحوثات وفقاً للمرحلة العمرية باستثناء كل من المتغيرين المرتبطين بتقييم أثر كل من البعد المجتمعي، والبعد الثقافي الناجم عن ظاهرة العولمة والانفتاح على الثقافات المختلفة. وبالنسبة للبعد المجتمعي فقد أشارت النتائج إلى وجود فروق معنوية بين مجموعات المبحوثات في إدراك أثر البعد المجتمعي للتغير الاجتماعي وفقاً لمتغير المرحلة العمرية، وذلك الفرق لصالح المجموعة في المرحلة العمرية 25 سنة فأقل حيث بلغ متوسط درجات تقييمهن لدور البعد المجتمعي 19.17 بانحراف معياري قدره 1.4، وهو أعلى من قيمة متوسط درجات تقييم المجموعة في المرحلة العمرية فوق 25 سنة؛ حيث بلغت قيمته 17.17

بانحراف معياري قدره 2.8. وهذا قد يرجع لزيادة نسب مشاركة النساء في المرحلة العمرية 25 سنة فأقل لاسيما في الحملات التطوعية والفعاليات المجتمعية التي تمثل ضعفا لتقييم الجانب المجتمعي حيث يقل مستوى تقييمهم عن قيمة الوسيط لعينة المبحوثات، وذلك بصورة أكبر من نسبة مشاركة النساء في المرحلة العمرية فوق 25 سنة، وقد يكون نتيجة لقلة ارتباطاتهن ومسؤولياتهن الأسرية مقارنة بالنساء في المرحلة العمرية الأعلى حيث أن الزواج وإقامة الأسرة قد يشكل تحديات تعوقهن عن الاستفادة المثلى من أثر الجانب المجتمعي في تنمية قدراتهن مقارنة بالنساء في المراحل العمرية الأقل.

جدول (7): دراسة الاختلافات النسبية بين عينة المبحوثات باستخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة لفحص متوسطات التقييم لأبعاد مقياس التغير الاجتماعي لتنمية المرأة العربية وفقا لمتغير المرحلة العمرية

أبعاد التغير الاجتماعي	الفئة العمرية	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت
البعد التوظيفي	25 سنة فأقل	18	17.89	1.844	-190
	فوق 25 سنة	132	17.98	1.855	
البعد التعليمي	25 سنة فأقل	18	18.72	1.320	1.589
	فوق 25 سنة	132	17.96	1.967	
البعد المجتمعي	25 سنة فأقل	18	19.17	1.383	* 2.890
	فوق 25 سنة	132	17.17	2.885	
البعد الثقافي / العولمة	25 سنة فأقل	18	19.61	0.502	* 4.717
	فوق 25 سنة	132	16.91	2.416	
البعد الديني	25 سنة فأقل	18	16.44	1.338	-1.263
	فوق 25 سنة	132	17.11	2.162	
البعد الصحي	25 سنة فأقل	18	16.28	2.137	.106
	فوق 25 سنة	132	16.21	2.493	
البعد السياسي	25 سنة فأقل	18	16.44	1.338	-1.509
	فوق 25 سنة	132	17.56	3.092	
المقياس الكلي للتغير الاجتماعي	25 سنة فأقل	18	124.56	6.723	1.318
	فوق 25 سنة	132	120.89	11.501	

* دالة احصائيا عند مستوى أقل من 0.05.

وبالنسبة للبعد الثقافي فقد أشارت النتائج إلى وجود فروق معنوية بين مجموعات المبحوثات في إدراك أثر البعد الثقافي لظاهرة العولمة أحد أبعاد التغير الاجتماعي وفقا لمتغير المرحلة العمرية،

وذلك الفرق لصالح المجموعة في المرحلة العمرية 25 سنة فأقل حيث بلغ متوسط درجات تقييمهن لدور البعد الثقافي في تنمية قدراتهن 19.61 تقريباً بانحراف معياري قدره 0.502، وهو أعلى من قيمة متوسط درجات تقييم المجموعة في المرحلة العمرية فوق 25 سنة؛ حيث بلغت قيمته 16.91 تقريباً بانحراف معياري قدره 2.4. وقد يرجع السبب الاختلاف النسبي كذلك إلى سهولة انفتاح المرأة العربية في المراحل العمرية الأصغر على المزيد من الثقافات الناجمة عن ظاهرة العولمة وسهولة استخدام وسائل التكنولوجيا والتواصل الحديثة مقارنة بالنساء في المراحل العمرية الأعلى، ولاسيما فيما يخص الجانب المتعلق بقدراتهن على استكمال مسيرة تقدمهن العملي فضلاً عن الانفتاح بالتواصل مع وسائل الاعلام وقنوات التواصل الاجتماعي لبحث مشكلاتهن ومناقشتها بشكل كبير مما قد يساهم في تنمية قدرات النساء في المراحل العمرية الأقل بنسبة أكبر ممن هن في المراحل العمرية الأعلى. وبشكل عام، لم توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين إدراك المبحوثات في متوسطات تقييم أثر باقي أبعاد التغير الاجتماعي المنشودة في إحداث عملية التنمية لهن وفقاً لمجموعتي المرحلة العمرية سواء 25 سنة فأقل أو فوق 25 سنة.

4-8- نموذج الانحدار اللوجستي للخصائص المؤثرة في تحديد مستوى التغير الاجتماعي لتنمية المرأة العربية:

في هذا الجزء من الدراسة سيتم استخدام نموذج الانحدار اللوجستي لاستعراض أثر العوامل المحتمل تأثيرها (أي متغيرات الدراسة المستهدفة) في تحديد مستوى التغير الاجتماعي لتنمية المرأة العربية ثنائي التصنيف، وذلك بهدف بناء نموذج إحصائي يحدد شكل العوامل المؤثرة في تصنيف مستوى التغير الاجتماعي سواء كان (متوقع/ دون المتوقع) للمرأة العربية، لذا فقد تم استخدام أسلوب تحليل الانحدار اللوجستي (Binary Logistic Regression) من خلال إدخال جميع المتغيرات المفسرة المقترحة دفعة واحدة في نموذج الانحدار اللوجستي، وذلك لمعرفة أي المتغيرات المستقلة التي لها تأثير معنوي في تحديد مستوى التصنيف للتغير الحادث في تنمية المرأة، والتي ينبغي أخذها بعين الاعتبار من قبل مخططي البرامج والسياسات التنموية والسكانية، ولاسيما المعنيين بقضايا النوع الاجتماعي وتحقيق المساواة بين الجنسين.

وقد جاء إدخال كل متغير من المتغيرات المفسرة التي اعتمد عليها أسلوب تحليل الانحدار اللوجستي من خلال تصنيفين، أحدهما يأخذ القيمة (0)، والثاني يأخذ القيمة (1)، ويعتبر استخدام أسلوب الانحدار اللوجستي من أكثر الأساليب المناسبة للبيانات التي يكون فيها المتغير التابع وصفيًا ثنائي التصنيف Dichotomous ويتضمن استخراج Odds Ratio، حيث تأخذ القيمة

الحادثة المقدرة للمتغير التابع [مستوى التغير الاجتماعي (متوقع/ دون المتوقع)]، أي أن: $P=P(Y=1)$ التي تعادل أن [احتمال أن يكون مستوى التغير الاجتماعي الحادث لتنمية المرأة العربية متوقع] P ، وباستخدام خصائص التوزيع اللوجستي، والاحتمال المقدر على النحو التالي:

$$\hat{P}(y = 1/x) = \frac{1}{1 + \text{Exp}^{(-\hat{B}_1 X)}}$$

وباستخراج معالم النموذج اللوجستي تم الوصول إلى تقدير احتمالات الحدوث لأي حالة من حالات المتغير التابع الموضحة بالجدول (8) استناداً إلى بناء نموذج إحصائي يشمل المتغيرات المستهدفة محل اهتمام الدراسة الحالية والمحتمل أن يكون لها دور في تحديد تصنيف مستوى التغير الاجتماعي للمرأة العربية (متوقع/ دون متوقع). وقد جاءت نتائج تحليل الانحدار اللوجستي من خلال إدخال جميع المتغيرات المقترحة دفعة واحدة (Enter) في النموذج لأجل تحديد قدرة كل متغير مستهدف في التنبؤ بتصنيف مستوى التغير الاجتماعي للمرأة العربية (المتغير التابع) على مستوى إجمالي العينة الممثلة لمجتمع الدراسة، وهو ما يسمى بالنموذج الكامل (The Full model).

وقد كشفت النتائج عن ملاءمة وجودة النموذج المقدر (Goodness of Fit) من خلال قيمة اختبار Chi-Square الموضحة بالجدول (8) والتي بلغت 207.704 ومستوى المعنوية المصاحب لها أنها معنوية عند مستوى أقل من 0.01 استناداً إلى استخدام نسبة الإمكان الأعظم (Log Likelihood Ratio)، وبالتالي يتم رفض الفرض العدمي ($H_0: B_i = 0$)، وقبول الفرض البديل ($H_a: B_i \neq 0$)، مما يشير إلى مدى ملاءمة النموذج للانحدار اللوجستي، أي أن النموذج المختار صحيح لتمثيل العلاقة بين المتغيرات محل الدراسة الحالية من خلال قدرة المتغيرات المستقلة في النموذج على المساهمة في التنبؤ بصورة دالة إحصائياً بقيمة المتغير التابع أي تحديد مستوى التصنيف للتغير الاجتماعي للمرأة العربية سواء كان متوقفاً أو دون المتوقع.

كما أوضحت نتائج تحليل الانحدار اللوجستي أيضاً مدى مستوى جودة النموذج المقترح بالكامل من خلال تقييم قدرته على التنبؤ بتصنيف مستوى المتغير التابع استناداً إلى تحديد قيمة كل من $R^2_{\text{Cox\&Snell}}$ التي بلغت 0.750 حيث تشير إلى أن 75% تقريباً من نسبة التباين الموجودة

في المتغير التابع يمكن تفسيره بمعلومية المتغيرات التابعة الداخلة في النموذج المقترح، كما أن قيمة $R^2_{Nagelkerke}$ قد بلغت 0.861 حيث تشير إلى نسبة التباين المفسر في نموذج الانحدار اللوجستي هي 86% تقريباً. كما أكدت نتيجة اختبار Hosmer and Lemeshow جودة توفيق النموذج المقترح حيث جاءت قيمة Chi-Square معنوية عند مستوى أقل من 0.01 حيث تشير إلى أن القيم المشاهدة (Observed) من البيانات الفعلية متساوية مع القيم المتوقعة (Expected) الناتجة حسب تقديرات النموذج المقترح، وبالتالي فإن هذه النتيجة تدفعنا إلى عدم رفض الفرضية الصفرية أي أن النموذج بالكامل مناسب وملائم لغرض استخدام تحليل الانحدار اللوجستي، وهذا يؤكد على جودة التوفيق للنموذج المستخدم في تصنيف مستويات المتغير التابع (1=متوقع، 0=دون المتوقع)، وذلك من خلال القيم الفعلية والتقديرية.

كما بلغت النسبة العامة للتصنيف باستخدام النموذج المقترح 78% طبقاً لجدول التصنيف Classification Table بناء على نتائج تحليل الانحدار اللوجستي؛ وهي تعتبر بمثابة مقياس لكفاءة النموذج المستخدم في عملية التنبؤ بشكل صحيح بتصنيف قيم المتغير التابع أي قدرة المتغيرات الداخلة في النموذج بالكامل على التنبؤ في تصنيف المشاهدات إلى القيمة (1) حيث تشير إلى مستوى متوقع لتنمية المرأة العربية الناتج عن التأثير بأبعاد التغير الاجتماعي أو إلى القيمة (0) حيث تشير إلى مستوى دون المتوقع لتنمية المرأة العربية الناتج عن التأثير بأبعاد التغير الاجتماعي. وقد جاءت نتائج المعاملات للمتغيرات المتضمنة في نموذج الانحدار اللوجستي موضحة من خلال الجدول (8).

أوضحت نتائج الجدول (8) في ضوء احتساب قيم اختبار إحصاء (Wald) لكل معلمة من معالم النموذج المقترح لتحديد مستوى المعنوية لكل متغير تم إدراجه في النموذج في التنبؤ بتصنيف مستوى التغير المنشود (متوقع) لتنمية المرأة العربية، وقد جاءت جميعها معنوية باستثناء عدد قليل من المعاملات حيث لم يكن لها تأثير معنوي في النموذج ذات دلالة إحصائية. وقد كشفت نتائج الجدول عن معنوية كل من معاملات المتغيرات المستقلة المتضمنة في النموذج المقدر حيث أن مستوى المعنوية لمعاملاتها عند مستوى أقل من 0.01 أي أنها ذات تأثير معنوي على التغير في قيم لوغاريتم نسبة الأفضلية أو الأرجحية لمستوى التغير المنشود في (المتغير التابع) بكونه مستوى متوقع أي يأخذ القيمة 1. أما بالنسبة للمتغيرات المستقلة لم تكن معاملات معنوية في النموذج المقدر فقد تمثلت في كل من متغير الحالة الاجتماعية ومتغير المرحلة العمرية حيث أوضحت

النتائج عدم وجود تأثير معنوي لها ذو دلالة إحصائية في التنبؤ بتصنيف المستوى المتوقع للتغير الاجتماعي لأجل تنمية المرأة العربية.

جدول 8: المتغيرات المؤثرة في التنبؤ بمستوى تصنيف التغير الاجتماعي للمرأة (متوقع/ دون المتوقع) باستخدام نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي التصنيف

Prob.	Odds Ratio	Wald	S.E (B)	B	التكويد للمتغير (0/1)	المتغيرات (الخصائص)
0.986	68.649	0.031	24.182	4.229	(متزوجة/ غير متزوجة)	الحالة الاجتماعية
0.999	2612.336	410*0.	38.929	7.868	(جامعي/ دون جامعي)	المستوى التعليمي
0.972	34.640	0.010	35.618	3.545	(25 سنة فأقل/ فوق 25)	المرحلة العمرية
0.999	1992.210	**0.506	10.679	7.597	متغير كمي	البعد الوظيفي
0.972	35.304	**0.103	11.09	3.564	متغير كمي	البعد التعليمي
0.995	216.156	**0.135	14.645	5.376	متغير كمي	البعد المجتمعي
0.999	1210.756	**0.293	13.107	7.099	متغير كمي	البعد الثقافي
0.999	1912.181	**0.106	23.17	7.556	متغير كمي	البعد الديني
0.957	22.443	**0.039	15.738	3.111	متغير كمي	البعد الصحي
0.568	1.315	**0.000	12.448	0.274	متغير كمي	البعد السياسي
0.000	0.000	**0.144	1667.524	-632.912		(الثابت) Constant

كفاءة النموذج في التصنيف = 78% | مستوى المعنوية = 0.000 | مربع كاي (Chi-square) = 207.44

** دالة عند مستوى معنوية 0.01 تبعاً لاختبار والد (wald).

* دالة عند مستوى معنوية 0.05 تبعاً لاختبار والد (wald).

- المصدر: نتائج برنامج SPSS بمعرفة الباحث.

أما بالنسبة للمتغيرات المؤثرة بالنموذج اللوجستي ومعاملاتها دالة معنوياً في النموذج، فنجد ما يلي:

- بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي: فقد احتل المرتبة الأولى في التأثير على المتغير التابع (Y) من حيث تصنيف مستوى التغير للمرأة العربية سواء كان متوقعا أو دون المتوقع حيث حقق أعلى قيمة لمعامل الانحدار اللوجستي التي بلغت 7.868، كما نجد أن [دون الجامعي = المستوى التعليمي للمرأة العربية / Y=1] أي أن المرأة العربية الحاصلة على التعليم الجامعي

فيما فوق لديها 2612 فرصة تقريباً عن المرأة العربية التي لديها تعليم دون الجامعي في إدراك المستوى المتوقع المستهدف للتغير الاجتماعي لتميتها، لذا فإن احتمال أن (المستوى التعليمي الجامعي للمرأة العربية حيث $Y=1$) له تأثير في تحقيق المستوى المتوقع للتغير الاجتماعي المنشود لتنمية المرأة العربية = 0.999، وهو يعكس نسبة احتمال قوي جدا تصل إلى 99% تقريبا، وهذا يشير أهمية العمل الجاد على تعزيز اهتمام الحكومات العربية بتحسين المستوى التعليمي في عملية بناء قدرات المرأة ورفع مستويات التنمية المنشودة لها.

● بالنسبة لمتغير البعد الوظيفي: توجد علاقة موجبة مع قيمة مستوى التغير الاجتماعي للمرأة العربية حيث جاء هذا المتغير في المرتبة الثانية في التأثير على المتغير التابع (Y) من حيث إدراك المستوى المتوقع المنشود من مقياس التغير الاجتماعي أي أن $P [Y=1]$ حيث بلغت قيمة معامل الانحدار اللوجستي لهذا المتغير 7.597، وهي تعكس مقدار التغير في لوغاريتم نسبة الأفضلية أو الأرجحية للمتغير التابع أي باحتمال كون المرأة العربية محققة المستوى المتوقع المنشود للتغير الاجتماعي عندما يزداد قياس البعد الوظيفي بمقدار درجة واحدة فقط. وبمعنى آخر فإن كل زيادة مقدارها درجة واحدة فقط في قياس البعد الوظيفي للمرأة يقابلها حوالي 1992 فرصة زيادة في نسبة الأرجحية أو الأفضلية لاعتبار أن تكون المرأة العربية محققة المستوى المتوقع المنشود لمقياس التغير الاجتماعي أي باحتمال يساوي 99% تقريبا.

● بالنسبة لمتغير البعد الديني: توجد علاقة موجبة مع المتغير التابع حيث جاء هذا المتغير في المرتبة الثالثة في التأثير على قيمة المتغير التابع (Y) من حيث إدراك المستوى المتوقع المنشود من مقياس التغير الاجتماعي أي أن $P [Y=1]$ حيث بلغت قيمة معامل الانحدار اللوجستي لهذا المتغير 7.556، وبالتالي فإن كل زيادة في درجة قياس البعد الديني للمرأة العربية بمقدار درجة واحدة فقط يقابلها 1912 فرصة تقريبا زيادة في نسبة الأرجحية أو الأفضلية لاعتبار أن تكون المرأة العربية محققة المستوى المتوقع المنشود لمقياس التغير الاجتماعي أي باحتمال يساوي 99% تقريبا.

● بالنسبة لمتغير البعد الثقافي: توجد علاقة موجبة مع المتغير التابع حيث جاء هذا المتغير الناتج عن ظاهرة العولمة والانفتاح على الثقافات المختلفة في المرتبة الرابعة في التأثير على قيمة المتغير التابع (Y) من حيث إدراك المستوى المتوقع المنشود لمقياس التغير الاجتماعي أي أن $P [Y=1]$ حيث بلغت قيمة معامل الانحدار اللوجستي لهذا المتغير 7.099، وبالتالي فإن كل زيادة مقدارها درجة واحدة فقط في قياس البعد الثقافي للمرأة العربية فإنه يقابلها 1210 فرصة

تقريباً زيادة في نسبة الأرجحية أو الأفضلية لكون المرأة العربية محققة المستوى المتوقع المنشود لمقياس التغير الاجتماعي أي باحتمال يساوي 99% تقريباً.

● بالنسبة لمتغير البعد المجتمعي: توجد علاقة موجبة مع المتغير التابع حيث احتل هذا المتغير المرتبة الخامسة في التأثير على قيمة المتغير التابع (Y) من حيث إدراك المستوى المتوقع المنشود لمقياس التغير الاجتماعي أي أن $P[Y=1]$ حيث بلغت قيمة معامل الانحدار اللوجستي لهذا المتغير 5.376، وبالتالي فإن كل زيادة مقدارها درجة واحدة فقط في قياس البعد المجتمعي في الأعمال التطوعية للمرأة العربية يقابلها 216 فرصة تقريباً زيادة في نسبة الأرجحية أو الأفضلية لتحقيق المرأة العربية المستوى المتوقع المنشود لمقياس التغير الاجتماعي أي باحتمال يساوي 99% تقريباً.

● بالنسبة لمتغير البعد التعليمي: توجد علاقة موجبة مع المتغير التابع حيث قد جاء هذا المتغير في المرتبة السادسة في التأثير على قيمة المتغير التابع (Y) من حيث إدراك المستوى المتوقع المنشود لمقياس التغير الاجتماعي أي أن $P[Y=1]$ حيث بلغت قيمة معامل الانحدار اللوجستي لهذا المتغير 3.564، وبالتالي فإن كل زيادة مقدارها درجة واحدة فقط في قياس البعد التعليمي للمرأة العربية يقابلها 35 فرصة تقريباً زيادة في نسبة الأرجحية أو الأفضلية لكون المرأة العربية محققة المستوى المتوقع المنشود لمقياس التغير الاجتماعي أي باحتمال يساوي 97% تقريباً.

● بالنسبة لمتغير البعد الصحي: توجد علاقة موجبة مع المتغير التابع حيث احتل هذا المتغير المرتبة السابعة في التأثير على قيمة المتغير التابع (Y) من حيث إدراك المستوى المتوقع المنشود لمقياس التغير الاجتماعي أي أن $P[Y=1]$ حيث بلغت قيمة معامل الانحدار اللوجستي لهذا المتغير 3.111، وبالتالي فإن كل زيادة مقدارها درجة واحدة فقط في قياس البعد الصحي للمرأة العربية يقابلها حوالي 22 فرصة زيادة في نسبة الأرجحية أو الأفضلية لكون المرأة العربية محققة المستوى المتوقع المنشود لمقياس التغير الاجتماعي أي باحتمال يساوي 95% تقريباً.

● بالنسبة لمتغير البعد السياسي: توجد علاقة موجبة مع المتغير التابع حيث جاء هذا المتغير في المرتبة الثامنة في التأثير على قيمة المتغير التابع (Y) من حيث إدراك المستوى المتوقع المنشود لمقياس التغير الاجتماعي أي أن $P[Y=1]$ حيث بلغت قيمة معامل الانحدار اللوجستي لهذا المتغير 0.274، وبالتالي فإن كل زيادة مقدارها درجة واحدة فقط في قياس البعد السياسي للمرأة العربية يقابلها زيادة في نسبة الأرجحية أو الأفضلية بمقدار 0.315 لكون المرأة

العربية محققة المستوى المتوقع المنشود لمقياس التغير الاجتماعي أي باحتمال يساوي 56% تقريباً.

وباختصار، يعكس نموذج الانحدار اللوجستي المقدّر أهمية أبعاد التغير الاجتماعي المستهدفة من قبل الدراسة في التأثير على التنبؤ بمستوى مقياس التغير الاجتماعي كونه متوقعا لإحداث التنمية المنشودة لدى المرأة العربية وتطوير قدراتها داخل المجتمعات العربية، إلى جانب أهمية مراعاة ترتيب أولويات الاهتمام من قبل الحكومات والجهات المختصة بتنمية المرأة والتمكين حسب تأثير كل بعد من أبعاد التغير الاجتماعي في تصنيف مستوى التغير الاجتماعي التي أظهرتها النتائج أعلاه.

9- ملخص النتائج:

- بلغت نسبة عينة المبحوثات الحاصلات على التعليم الجامعي فما فوق 85% أي يمثلن ثلاثة أرباع ونصف مقارنة بالمبحوثات ذوات التعليم دون جامعي مما يعكس ارتفاع المستوى التعليمي بين مفردات العينة المستهدفة بالمسح.
- بلغت نسب النساء غير المتزوجات 64% من إجمالي مفردات العينة مما يعكس ارتفاع حالات العنوسة بين المبحوثات مقارنة بنسبة المتزوجات اللاتي بلغت نسبتهن 36% أي أن المبحوثات غير المتزوجات يمثلن أكثر من نصف عينة الدراسة.
- بلغت نسبة المبحوثات فوق 25 سنة 88% من إجمالي مفردات العينة أي تمثل النساء أكبر من 25 سنة محور ارتكاز الدراسة باعتبارها أكثر قدرة على المشاركة السياسية والمجتمعية وغيرها من أشكال التغير الاجتماعي المنشودة لتنمية قدراتها.
- كانت نسبة تقييم التأثير النسبي لكلا من البعد التعليمي والبعد الوظيفي من وجهة نظر المبحوثات من أعلى النسب في تحقيق مقومات تنمية المرأة ورفع قدراتها عند تقييم أثر أبعاد التغير الاجتماعي حيث بلغا 90%، بينما كانت نسبة تقييم تأثير الأبعاد التالية (البعد الصحي، والبعد الديني، والبعد الثقافي) التي بلغت 81%، 85%، 86% على التوالي من أقل نسب تقييم أبعاد التغير الاجتماعي لتنمية المرأة حسب إدراك عينة المبحوثات المستهدفة بالمسح.
- كانت نسبة تقييم بند "دعم عملية التخصيص لبعض الوظائف للنساء" أقل نسبة محققة عند تقييم أثر البعد التوظيفي للتغير الاجتماعي المنشود من وجهة نظر المبحوثات، وبالتالي كانت نسبة التقييم لهذا البند أقل من نسبة قيمة وسيط عينة الدراسة حيث تقع القيمة المحققة ضمن تصنيف مجموعة النساء دون المستوى المتوقع من التغير الاجتماعي المنشود.

- كانت نسبة تقييم أثر جميع بنود البعد التعليمي أعلى من نسبة قيمة الوسيط لعينة المبحوثات بنسب تساوي أو أعلى من 87% حيث تشير إلى زيادة إدراك المبحوثات لأهمية البعد التعليمي في إحداث التغير الاجتماعي المنشود لتنمية قدراتهن.
- كانت نسبة تقييم أثر بند "الحملات التطوعية لدعم قضايا المرأة" وبند "تنوع الفعاليات المجتمعية لدعم المرأة" الذين بلغا 86%، 85% على التوالي أقل نسب محققة من وجهة نظر المبحوثات عند تقييم أثر البعد المجتمعي للتغير الاجتماعي المنشود لتنمية المرأة العربية.
- كانت نسبة تقييم أثر بند "دور وسائل الاعلام لبحث قضايا المرأة ومشكلاتها" وبند "مسيرة التقدم العلمي المتسارع لحل المشكلات" الذين حيث بلغا 85%، 82% على التوالي أقل نسب محققة من وجهة نظر المبحوثات عند تقييم أثر البعد الثقافي الناجم عن ظاهرة العولمة والانفتاح على مختلف الثقافات لإحداث التغير الاجتماعي المنشود لتنمية المرأة العربية.
- كانت نسبة تقييم أثر بند "قدرة تعاليم الدين على مناقشة مستجدات التغير الاجتماعي" وبند "اهتمام الجهات المعنية بمناقشة مشكلات وقضايا المرأة" الذين بلغا 82%، 77% على التوالي أقل البنود تأثيرا نسبيا من وجهة نظر المبحوثات عند تقييم أثر البعد الديني للتغير الاجتماعي المنشود لتنمية المرأة العربية.
- كانت نسبة تقييم أثر جميع بنود البعد الصحي أقل من نسبة قيمة الوسيط لعينة المبحوثات بنسب تقل عن 87%، وهي وتعاكس ضعف إدراك المبحوثات لأثر الجانب الصحي في تحقيق متطلبات التنمية المنشودة لتعزيز قدراتهن عند إحداث التغير الاجتماعي المنشود والذي تجلى في ظل تفاقم أزمة فيروس كورونا مع ضعف مقومات التوعية السليمة عن سبل الوقاية.
- كانت نسبة تقييم أثر البنود التالية: بند "دعم مشاركة المرأة لصنع القرارات والسياسات" وبند "تقلد النساء للمسؤولية في مختلف المجالات السياسية" حيث بلغتا نفس النسبة 85%، أقل البنود تأثيرا نسبيا من وجهة نظر المبحوثات عند تقييم أثر البعد السياسي للتغير الاجتماعي المنشود لتنمية المرأة العربية.
- وجود علاقة ارتباطية بين مستوى التغير الاجتماعي للمرأة سواء كان (متوقع/ دون المتوقع) وبين مستواها التعليمي فقط حيث كانت قيم اختبار Chi-Square دالة احصائيا عند مستوى 0.05. أي إن النساء ذوات المستوى التعليم الجامعي فما فوق نسبتهن أعلى في تحقيق المستوى المتوقع للتغير الاجتماعي حيث بلغت حوالي 52% مقارنة بذوات المستوى التعليمي دون الجامعي حيث بلغت 23% تقريبا، وهو ما يبين أهمية تحسين المستوى التعليمي للمرأة العربية.

- عدم وجود علاقة ارتباطية معنوية بين مستوى التغير الاجتماعي المحقق سواء كان (متوقع/ دون المتوقع) وبين كل من (الحالة الاجتماعية، والمرحلة العمرية) حيث كانت قيم اختبار Chi-Square غير دالة إحصائياً عند مستوى 0.05.
- وجود علاقات ارتباط معنوية بين كل بعد من أبعاد التغير الاجتماعي المنشود لتحسين وضع المرأة العربية وبين المتغيرات الوصفية الأساسية التي تمثل خصائص عينة المبحوثات سواء المستوى التعليمي أو الحالة الاجتماعية أو المرحلة العمرية، وفقاً لاستخدام معامل Phi للمتغيرات الاسمية حيث كانت أعلى قيمة لمعاملات الارتباط بين كل من البعد الديني والمرحلة العمرية للمرأة حيث بلغ 0.764، ثم تلاه قيمة معامل الارتباط بين كل من البعد السياسي والمستوى التعليمي للمرأة حيث بلغ 0.684، بينما كانت أقل قيمة لمعاملات الارتباط بين كل من البعد التعليمي والمرحلة العمرية للمرأة حيث بلغ 0.306، ثم تلاه قيمة معامل الارتباط بين كل من البعد التعليمي والحالة الاجتماعية للمرأة حيث بلغ 0.352.
- وجود معنوية لمعاملات الارتباط فيما بين أغلب أبعاد التغير الاجتماعي لتنمية المرأة العربية سواء عند مستوى دلالة إحصائية أقل 0.01 أو 0.05 باستثناء بعض معاملات الارتباط فيما بين بعض الأبعاد حيث كانت غير دالة إحصائياً. وقد كانت أعلى قوة علاقة ارتباطية فيما بين البعد السياسي والبعد المجتمعي حيث بلغ قيمة معامل الارتباط 0.643، ثم تلتها العلاقة بين البعد السياسي والبعد التعليمي حيث بلغ قيمة معامل الارتباط 0.619 مما يشير إلى أن زيادة الاهتمام بتنمية الجانب التعليمي أو المجتمعي بالمرأة العربية يقابله زيادة في تنمية قدراتها في الجانب السياسي. بينما كانت أقل قيمة لمعاملات الارتباط المعنوية بين كل من البعد التوظيفي والبعد المجتمعي حيث بلغ 0.179 وهو ارتباط ضعيف.
- عدم وجود علاقات ارتباطية قوية جداً لأي بعد من أبعاد التغير الاجتماعي قد تؤدي إلى ازدواج خطي يعوق استخدامها كمغيرات مستقلة في معادلة النموذج المقدرة لتحليل الانحدار اللوجستي للتنبؤ بتصنيف مستوى التغير الاجتماعي.
- وجود اختلافات معنوية في إدراك المبحوثات لمتوسطات تقييم أثر البعد التوظيفي فقط للتغير الاجتماعي المنشود لتنمية المرأة العربية، وفقاً لمستواهن التعليمي (تعليم جامعي فما فوق/ تعليم دون الجامعي) باستخدام اختبار t للعينات المستقلة لصالح متوسط مجموعة النساء ذوات التعليم الجامعي فما فوق. بينما لم توجد اختلافات معنوية ذات دلالة إحصائية في إدراك المبحوثات لمستوى تقييم أثر الأبعاد الأخرى للتغير الاجتماعي وفقاً لمستواهن التعليمي.

- وجود اختلافات معنوية بين إدراك المبحوثات لمتوسطات تقييم إدراك أثر معظم أبعاد التغير الاجتماعي وفقاً لطبيعة حالتهم الاجتماعية (متزوجة/ غير متزوجة) باستخدام اختبار t للعينات المستقلة باستثناء كل من البعد التعليمي والبعد السياسي حيث لم توجد أي اختلافات معنوية ذات دلالة إحصائية في إدراك مجموعتي المبحوثات لمستوى تقييم أثر هذين البعدين في عملية التغير الاجتماعي وفقاً لطبيعة حالتهم الاجتماعية (متزوجة/ غير متزوجة).
- وجود اختلافات معنوية بين مجموعتي المبحوثات في متوسطات تقييم أثر كل من البعد المجتمعي والبعد الثقافي وفقاً للمرحلة العمرية (فوق 25 سنة/ 25 سنة فأقل) باستخدام اختبار t للعينات المستقلة، حيث كان الفرق لصالح متوسط مجموعة النساء في المرحلة العمرية دون 25 سنة. بينما لم توجد اختلافات معنوية ذات دلالة إحصائية في إدراك المبحوثات لمستوى تقييم أثر الأبعاد الأخرى للتغير الاجتماعي وفقاً للمرحلة العمرية (فوق 25 سنة/ 25 سنة فأقل).
- وجود معنوية لمعظم معالم الانحدار للمتغيرات المستقلة المدرجة في النموذج المقترح باستخدام تحليل الانحدار اللوجستي للتنبؤ بتصنيف مستوى قياس التغير الاجتماعي المنشود لتنمية المرأة العربية سواء كان (متوقع/ دون المتوقع)، وذلك استناداً إلى احتساب قيم اختبار إحصاء (Wald) لكل معلمة من معالم النموذج المقدر حيث جاءت جميعها معنوية عند مستوى أقل من 0.01 حيث تشير مستوى المعنوية لمعاملاتها أنها ذات تأثير معنوي على التغير في قيم لوغاريتم نسبة الأفضلية أو الأرجحية لمستوى التغير المنشود في (المتغير التابع) بكونه مستوى متوقعاً أي يأخذ القيمة $Y=1$ ، وذلك باستثناء كل من متغير الحالة الاجتماعية ومتغير المرحلة العمرية حيث لم تكن معاملاتها معنوية في النموذج المقدر أي ليس تأثير معنوي ذو دلالة إحصائية في التنبؤ بتصنيف المستوى المتوقع للتغير الاجتماعي لتنمية المرأة العربية.
- جاء متغير المستوى التعليمي المرتبة الأولى في النموذج المقدر للانحدار اللوجستي في التأثير على المتغير التابع (Y) من حيث تصنيف مستوى التغير للمرأة العربية سواء كان متوقعاً أو دون المتوقع حيث حقق أعلى قيمة لمعامل الانحدار اللوجستي التي بلغت 7.868، ثم جاء متغير البعد الوظيفي في المرتبة الثانية في التأثير حيث بلغت قيمة معامل الانحدار اللوجستي لهذا المتغير 7.597، ثم متغير البعد الديني في المرتبة الثالثة في التأثير حيث بلغت قيمة معامل الانحدار اللوجستي لهذا المتغير 7.556، ثم متغير البعد الثقافي في المرتبة الرابعة في التأثير حيث بلغت قيمة معامل الانحدار اللوجستي لهذا المتغير 7.099، ثم متغير البعد المجتمعي في المرتبة الخامسة في التأثير حيث بلغت قيمة معامل الانحدار اللوجستي لهذا المتغير 5.376، ثم متغير البعد التعليمي في المرتبة السادسة في التأثير حيث بلغت قيمة

معامل الانحدار اللوجستي لهذا المتغير 3.564، ثم متغير البعد الصحي في المرتبة السابعة في التأثير حيث بلغت قيمة معامل الانحدار اللوجستي لهذا المتغير 3.111، ثم أخيراً جاء متغير البعد السياسي في المرتبة الثامنة والأخيرة في التأثير على قيمة المتغير التابع (Y) حيث بلغت قيمة معامل الانحدار اللوجستي لهذا المتغير 0.274، وتشير هذه المعاملات إلى أن كل زيادة مقدارها درجة واحدة فقط في قيمة أي متغير مستقل معنوي في نموذج الانحدار اللوجستي المقدر يقابلها زيادة في مقدار لوغاريتم نسبة الأرجحية أو الأفضلية للمتغير التابع أي لكون المرأة العربية محققة المستوى المتوقع المنشود لمقياس التغير الاجتماعي لتتميتها.

10-التوصيات:

- ضرورة العمل على ترتيب أولويات الاهتمام من قبل المخططين وصانعي القرار وواضعي الخطط والسياسات وأيضاً المعنيين بقضايا تنمية المرأة العربية وتمكينها حسب مستويات التأثير المتوقعة وفقاً لنتائج الدراسة، وذلك وفقاً لكل بعد من أبعاد التغير الاجتماعي في التنبؤ بتصنيف مستوى التغير الاجتماعي المنشود لتنمية المرأة العربية بكونه مستوى متوقعاً يساهم في تعزيز وبناء قدرات المرأة العربية بشكل معنوي يضيف إلى مستويات التنمية البشرية داخل المجتمعات العربية رصيдаً جديداً ضمن التصنيفات الدولية فضلاً عن ضمان إمكانية مساهمتها في عمليات التنمية الشاملة بتلك المجتمعات بفاعلية.
- ضرورة الأخذ بعين الاعتبار الاعتماد على أدوات استشراف المستقبل في ضوء الاعتماد على النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية باستخدام أسلوب التخطيط بالسنايروهات كأداة لاستشراف المستقبل لتنمية المرأة العربية عن طريق الاعتماد على التنبؤات الكمية لأهم محركات وتوجهات أبعاد التغير الاجتماعي المؤثرة على مستقبل تنمية المرأة العربية ومن ثم استخدام مصفوفة تحليل المحركات المستقبلية لتحديد وتقييم أثر عناصر الغموض لكل بعد من أبعاد التغير الاجتماعي بهدف ترتيب الأولويات من قبل الحكومت العربية عند التعامل مع قضايا واهتمامات المرأة الداعمة لتتميتها في ظل أبعاد التغير الاجتماعي ومستحدثات العصر المتلاحقة.
- أوصت الدراسة باستخدام مخرجات أدوات استشراف المستقبل باعتبارها توصيات للمعنيين والمخططين برسم اتجاهات التنمية للمرأة العربية في المستقبل حيث تم تحديد المحركات ذات الأولوية وأثرها وعناصر الغموض بهدف تحديد المخرجات المحتملة لكل بعد من أبعاد التغير الاجتماعي تجاه تبني أفضل التوجهات الداعمة لاستشراف مستقبل تنمية المرأة في المنطقة العربية استناداً إلى التنبؤات الكمية التي أسفرت عنها استخدام أساليب التحليل الإحصائي التي

اعتمدت عليها الدراسة مع تحديد النتائج المستقبلية التي قد تحدث بناء على دعم التوجه المستقبلي لأحد أبعاد التغير الاجتماعي محل اهتمام الدراسة الحالية باعتباره مُدخلا هاما لأداة تحليل المحركات المستقبلية، وقد جاء نتيجة التوجهات والمحركات المستقبلية المحتمل تعزيزها لكل بعد من أبعاد التغير الاجتماعي المنشودة لتنمية المرأة العربية وفقا لمعطيات الجدول التالي:

الواقع الحالي	التوجه المستقبلي	استشراف المستقبل
- وجود نسب من الإناث بالمنطقة العربية لديهن مستويات تعليم دون الجامعي المؤثر على تعزيز فرص تنمية وبناء قدراتهن في المستقبل بشكل أمثل.	المستوى التعليمي تطور معايير المعرفة التكنولوجية".	- ضرورة اهتمام المؤسسات التعليمية بحصول جميع الإناث في المنطقة العربية على مستويات تعليم عالية جامعي فما فوق. مع الأخذ في الاعتبار مستوى التغير في تعريف الأمية من مجرد معرفة القراءة والكتابة أو الحصول على مستويات تعليم جامعية إلى اعتبار المعرفة التكنولوجية وفقا لمعايير أخرى مختلفة بحيث يختلف الحكم على معيار الأمية بين الإناث أو البشر عموما وفقا للقدرة على التعلم والحصول على شهادات عن بعد معتمدة عالمياً.
- قلة نسب دعم تخصيص بعض الوظائف للنساء في القطاعات المختلفة.	البعد الوظيفي وظائف الثورة الصناعية الرابعة"	- ضرورة اهتمام قطاعات التوظيف بالمنطقة العربية على زيادة نسب تخصيص الوظائف التخصصية للنساء على مستوى العالم بما يخدم وظائف الثورة الصناعية الرابعة وتقنيات الذكاء الاصطناعي.
- قلة مناقشة مستجدات التغيرات الاجتماعية للمرأة في ضوء تطورات العصر المتلاحقة في إطار ربطها بتعاليم الدين من أجل تلبية احتياجاتها وتوقعاتها دائمة التغير الاجتماعي.	البعد الديني تجديد الخطاب الديني للتغيرات المعاصرة"	- تكريس دور المؤسسات والجهات الدينية بالوطن العربي على زيادة قدرة تعاليم الدين على ربط كافة مستجدات وقضايا المرأة المعاصرة بشكل يضمن تعزيز سبل التنمية لها وتمكين قدراتها في إطار حرص الحكومات العربية على تجديد سبل وطرق الخطاب الديني بما يواكب تطورات واحتياجات المرأة في المستقبل وسوف تكون متاحة بشكل سلس عبر مختلف قنوات التواصل الاجتماعي ومنندياته.

الواقع الحالي	التوجه المستقبلي	استشراف المستقبل
<p>- لا يزال دور الاعلام في بحث قضايا المرأة ومشكلاتها لا يليبي توقعاتها بالشكل المرغوب فيه وفقا لمستجدات العصر وتغيراته الاجتماعية.</p>	<p>البعد الثقافي</p> <p>"قدرة المرأة منفردة على استخدام تقنيات الاعلام الرقمي"</p>	<p>- ضرورة حدوث طفرة في شكل الاعلام الرقمي ليصبح منحصرا على استخدام التقنيات الالكترونية والذكية وتقنيات الفضاء المختلفة حيث تكون كل امرأة قادرة على مناقشة مشكلاتها وقضاياها واهتماماتها بشكل فردي دون رقابة أو إعلام وسيط، حيث تصبح قادرة على تداولها عبر قنوات التواصل الالكترونية والذكية على مستوى العالم والقارات، وبمختلف اللغات وتوفر مقومات وأدوات تضمن سهولة الترجمة من لغة إلى لغة على مستوى دول العالم، وقد تلجأ إلى استخدام الذكاء الاصطناعي ووسائل الفضاء الحديثة لإنشاء منصات إعلامية متنوعة لها.</p>
<p>- قلة تنظيم الحملات التطوعية لدعم قضايا واهتمامات المرأة العربية المعاصرة على مستوى عدد من الدول العربية على الرغم من وجود اهتمام ملحوظ في بعض الدول العربية.</p> <p>- قلة تنوع الفعاليات المجتمعية التي تلقي الضوء على واقع المرأة العربية واهتماماتها بشكل ملحوظ يساهم في تنمية وبناء قدراتها وفقا لمستجدات العصر الحالي.</p>	<p>البعد المجتمعي</p> <p>"تنوع الفعاليات والحملات المستهدفة لقضايا واهتمامات المرأة على نطاق واسع"</p>	<p>- اهتمام المؤسسات المجتمعية بمضاعفة الحملات التطوعية والفعاليات التي تستهدف توسيع مشاركات المرأة العربية واستهداف قضاياها ومشكلاتها مع مراعاة التنوع في تنظيمها بشكل يضمن استمراريتها على مدار السنة مع توسيع نطاق تنظيمها لتشمل المنطقة العربية كلها ولاسيما في ظل ما تعانيه المرأة العربية في بعض المناطق باعتبارها خطة فعاليات وحملات تطوعية شاملة لجغرافية المنطقة العربية.</p>
<p>- وجود اهتمام ملحوظ في تنوع البرامج التدريبية لبناء وتعزيز قدرات المرأة وفقا للتطورات والمستجدات المحيطة بها إلا أنها مازالت بحاجة إلى المزيد وفقا لتوجهات المستقبل</p>	<p>البعد التعليمي</p> <p>"تنوع تقنيات التدريب عن بعد"</p>	<p>- مواصلة تصاعد الاهتمام الدولي من قبل مراكز التدريب في المنطقة العربية بتوليد منصات للتدريب عن بعد وباستخدام تقنية الفيديو كونفرانس وتوفيرها برسوم رمزية فضلا عن إقامة المؤتمرات والندوات العلمية الداعمة لبناء وتطوير وتعزيز القدرات بشكل كبير .</p>

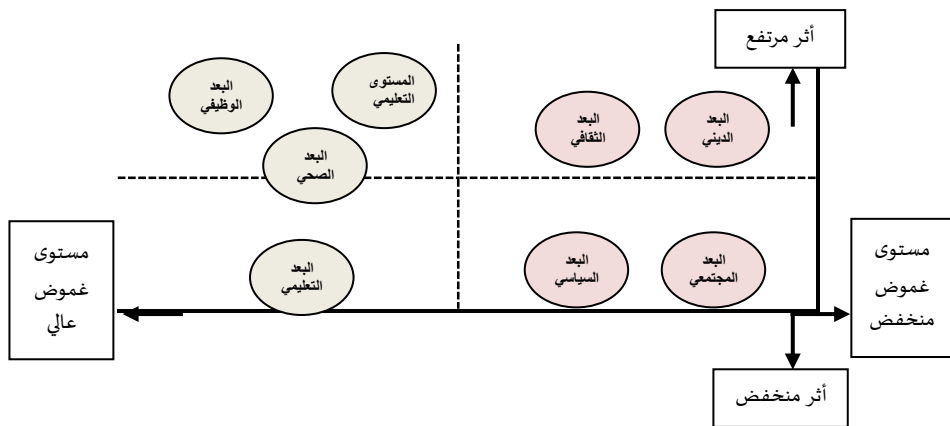
الواقع الحالي	التوجه المستقبلي	استشراف المستقبل
<p>- قلة الاهتمام بسبل توعية النساء بطرق الوقاية الصحية والإرشادات السليمة في حالات الطوارئ على مستوى الأسرة وداخل المنازل.</p> <p>- ضعف توافر مقومات الرعاية الصحية المتكاملة بشكل يلبي التوقعات المنشودة.</p> <p>- قلة تنظيم الندوات الصحية المتخصصة لأمراض النساء والطفولة على مستوى جميع الفئات العمرية.</p> <p>- مازال دور الجهات المختصة في التوعية الصحية غير ملموس من قبل المرأة العربية.</p>	<p>البعد الصحي</p> <p>تعزيز قدرات المرأة لتفصيل جاهزيتها واستعداديتها للمشاركة في مواجهة الأوبئة والأمراض المتفشية عالمياً على مستوى الأسرة"</p>	<p>- تكثيف الاهتمام من قبل المؤسسات والمنظمات الصحية في تطوير سبل الوقاية الشخصية على مستوى جميع فئات المجتمع والأسر والفئات العمرية ولاسيما المرأة تحديداً، مع تصاعد ميزانيات البحث العلمي، والاهتمام بالتطورات في إعداد المعامل والمختبرات الصحية القائمة على تمويل الدراسات العلمية التي تستهدف تطوير الوضع الصحي للمرأة ولاسيما في ظل الدروس المستفادة من مستجدات تفاقم أزمة كورونا عالمياً، مع تكريس الاهتمام بسبل الرعاية الصحية والندوات والمؤتمرات الصحية التي تهتم بمكافحة الأمراض والأوبئة ومتابعة آخر التطورات والاكتشافات في القطاع الصحي لأخذ مختلف التدابير الوقائية لمواجهة لمواجهتها بمشاركة أساسية من جانب المرأة داخل أسرتها.</p>
<p>- لا تزال مشاركة المرأة العربية في صنع القرارات والسياسات داخل المنطقة العربية لا تلي توقعاتها المنشودة.</p> <p>- قلة مشاركة الإناث في تقلد المسؤوليات السياسية في مختلف مجالات الدولة ولاسيما المعنية بتوجهات الدولة خارجياً وداخلياً.</p>	<p>البعد السياسي</p> <p>"التحول النوعي للمشاركة في صنع السياسات والقرارات السيادية"</p>	<p>- تساعد الاهتمام العالمي والعربي برصد نسب زيادة مشاركة المرأة فعلياً في صنع القرارات السيادية على مستوى الخطط والقرارات والسياسات سواء التي تخضع للمنطقة العربية تحديداً محور اهتمام الدراسة أو على الصعيد العالمي بشكل عام عبر رصد الممارسات والمنهجيات المطبقة الفعلية وليست عبر قياس مؤشرات مقاسة عالمياً يتم نشرها في التقارير الدولية.</p>

• ضرورة ترتيب أولويات الاهتمام من قبل الحكومات في المنطقة العربية عند التعامل مع التوجهات المستقبلية المستهدف التركيز عليها لخدمة متطلبات المرأة العربية واحتياجاتها في إطار تأثيرها بأبعاد التغير الاجتماعي المحيطة بها والمنشودة لتنمية قدراتها داخل المنطقة العربية حيث قامت الدراسة باستخدام أداة تحليل المحركات المستقبلية لتحديد الأثر النسبي ومستوى الغموض المتعلق بكل توجه من التوجهات المستقبلية التي أسفرت عنها النتائج في الجدول السابق، وذلك لغرض الوصول إلى تصنيف تلك التوجهات المستقبلية ضمن أحد المجموعات التالية:

- التوجهات المستقبلية التي نعرف بأننا نعرفها Known Knowns (أي ذات الأثر المنخفض/ ذات الأثر المرتفع إلى جانب مستوى غموض منخفض).
- التوجهات المستقبلية التي نعرف بأننا لا نعرفها Known Unknowns (أي ذات الأثر المنخفض إلى جانب مستوى غموض عالي).
- التوجهات المستقبلية التي لا يتوقع حدوثها بشكل كبير ولكن يظل تأثيرها المحتمل كبير (أهم عناصر الغموض Critical Uncertainties المطلوب التركيز عليها بالدرجة الأولى) أي ذات التأثير ومستوى الغموض المرتفع.

وقد تم الوصول إلى الملخص النهائي الناتج من تحليل المحركات المستقبلية وفقا للجدول التالي:

التوجهات المستقبلية	مستوى الأثر (مرتفع/ منخفض)	مستوى الغموض (مرتفع/ منخفض)
- المستوى التعليمي: "تطور معايير المعرفة التكنولوجية"	مرتفع	مرتفع
- البعد الوظيفي: "وظائف الثورة الصناعية الرابعة"	مرتفع	مرتفع
- البعد الديني: "تجديد الخطاب الديني للتغيرات المعاصرة"	مرتفع	منخفض
- البعد الثقافي: "قدرة المرأة منفردة على استخدام تقنيات الإعلام الرقمي"	مرتفع	منخفض
- البعد المجتمعي: "تنويع الفعاليات والحملات للمرأة على نطاق واسع"	منخفض	منخفض
- البعد التعليمي: "تنوع تقنيات التدريب عن بعد".	منخفض	مرتفع
- البعد الصحي: "تعزيز قدرات المرأة لتفعيل جاهزيتها واستعداديتها للمشاركة في مواجهة الأوبئة والأمراض المتفشية عالميا على مستوى الأسرة".	مرتفع	مرتفع
- البعد السياسي: "التحول النوعي للمشاركة في صنع السياسات والقرارات"	منخفض	منخفض



التوجهات المستقبلية التي نعرفها Known Knowns	التوجهات المستقبلية التي نعرفها Known Unknowns	التوجهات المستقبلية التي نعرفها Critical Uncertainties
"تجديد الخطاب الديني للتغيرات المعاصرة"	"تنوع تقنيات التدريب عن بعد"	"تطور معايير المعرفة التكنولوجية"
"قدرة المرأة منفردة على استخدام تقنيات الإعلام الرقمي"		"وظائف الثورة الصناعية الرابعة"
"تنوع الفعاليات والحملات للمرأة على نطاق واسع"		تعزيز قدرات المرأة لتفعيل جاهزيتها واستعداديتها للمشاركة في مواجهة الأوبئة والأمراض المتفشية عالمياً على مستوى الأسرة"
"التحول النوعي للمشاركة في صنع السياسات والقرارات"		

لذا توصي الدراسة بأهمية مراعاة محصلة نتائج هذه التوجيهات المستقبلية ولاسيما أهم عناصر الغموض من قبل المخططين وصانعي القرار عند رسم خطط وسيناريوهات استشراف مستقبل المرأة العربية لتعزيز عملية بناء قدراتها في ظل تأثرها بأبعاد التغير الاجتماعي لما يحقق توقعاتها المنشودة.

المراجع:

- هيئة الأمم المتحدة للمرأة (2020)، "خطة التنمية المستدامة عام 2030"، الموقع الإلكتروني: <https://arabstates.unwomen.org>.
- لانفاين، برونو (2020)، "قياس مستقبل المدن"، مجلة دبي للسياسات، العدد الثاني: المدن الذكية محركات التنمية المستدامة، كلية محمد بن راشد للإدارة الحكومية، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
- لومي، ماري (2020)، "انعكاس موج التنمية في العالم العربي"، مجلة دبي للسياسات، العدد الثاني: المدن الذكية محركات التنمية المستدامة، كلية محمد بن راشد للإدارة الحكومية، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
- الحاج، عبد الملك، والناصر، نوف (2018)، "إدراك المرأة العاملة لمشكلة السقوف الزجاجية في المملكة العربية السعودية: دراسة ميدانية بمدينة الرياض"، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 15، العدد 2.
- البنك الدولي، (2018)، "دراسة عن التمكين الاقتصادي للمرأة"، واشنطن، الولايات المتحدة الأمريكية.

- أريلا، غروس (2017)، "مشاركة النساء في السلام والأمن والعمليات الانتقالية في الوطن العربي"، مركز دراسات المرأة، مؤسسة فريدريش إيبيرت، بيروت، لبنان.
- وزارة شؤون مجلس الوزراء والمستقبل (2017)، "أدوات استشراف المستقبل"، الطبعة الأولى، مكتب رئاسة مجلس الوزراء، دبي، دولة الإمارات.
- وزارة شؤون مجلس الوزراء والمستقبل (2017)، "توقعات مستقبلية: توجه عالمي لعام 2050"، مكتب رئاسة مجلس الوزراء، دبي، دولة الإمارات.
- العوض، معاوية (2016)، "التمكين الاقتصادي وتشغيل المرأة في دولة الإمارات العربية المتحدة"، معهد الدراسات الاجتماعية والاقتصادية، جامعة زايد، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
- الاتحاد النسائي العام بالإمارات (2015)، "الاستراتيجية الوطنية لتمكين وريادة المرأة في دولة الإمارات العربية المتحدة 2015-2021"، أبوظبي، دولة الإمارات العربية المتحدة.
- العارف، ليلي (2015)، "المرأة العربية ودورها الريادي في عالم متغير - المرأة الليبية نموذجاً"، المؤتمر الدولي السابع: المرأة والسلام الأهلي، جامعة المرقب، ليبيا.
- بوراوي، وآخرون (2015)، "المرأة العربية والتشريعات"، تقرير تنمية المرأة العربية 2015، مركز المرأة العربية للتدريب والبحوث، كوتر، تونس.
- أبوغزالة، هيفاء (2014)، "المرأة العربية والديموقراطية"، الطبعة الأولى، منظمة المرأة العربية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- البدارين، رقية والقواسمة، فريد (2013)، "دور المرأة في قيادة التغيير: دراسة تطبيقية على منظمات المرأة العاملة في الأردن"، مجلة البلقاء للبحوث والدراسات، المجلد 16، العدد الأول، قسم إدارة الأعمال، جامعة جدارا، إربد، الأردن.
- طبال، لطيفة (2012)، "التغير الاجتماعي ودوره في تغير القيم الاجتماعية"، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد الثامن، جامعة سعد دحلب، البليدة، الجزائر.
- العطية، أسماء عبدالله (2009)، "السياسات الأسرية ودورها في التغيير والتنمية المستدامة"، كلية التربية، جامعة قطر، قطر.

- تيم، حسن والنادي، ابتهاج (2010)، "درجة مساهمة المرأة الفلسطينية في التنمية من وجهة نظر طلبة الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية بنابلس"، مؤتمر العملية التربوية في القرن الحادي والعشرين: واقع وتحديات"، فلسطين.
- صقر، هالة، وشحاته، عبدالله (2009)، "التمكين الاقتصادي للمرأة: المعوقات والحلول المقترحة"، البرنامج البحثي حول المرأة والعمل، أوراق سياسات، مركز البحوث الاجتماعية، الجامعة الأمريكية بالقاهرة، مصر.
- عبد المولى، سميرة أحمد (2009)، "تدعيم التعليم كأداة للتمكين الاقتصادي للمرأة في مصر"، البرنامج البحثي حول المرأة والعمل، أوراق سياسات، مركز البحوث الاجتماعية، الجامعة الأمريكية بالقاهرة، مصر.
- الحداد، أميرة (2009)، "ضعف مشاركة المرأة في سوق العمل الرسمي والتمييز ضدها في الأجر"، البرنامج البحثي حول المرأة والعمل، أوراق سياسات، مركز البحوث الاجتماعية، الجامعة الأمريكية بالقاهرة، مصر.
- مندور، دينا عاطف (2009)، "وضع المرأة في قطاع الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات"، البرنامج البحثي حول المرأة والعمل، أوراق سياسات، مركز البحوث الاجتماعية، الجامعة الأمريكية بالقاهرة، مصر.

ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION

RESEARCHES and STUDIES

SPECIALIZED SCIENTIFIC PEER REVIEWED PERIODICAL
PUBLISHED BY UNIT OF SOCIAL STUDIES AND FIELD SURVEYS
LEAGUE OF ARAB STATES



Our Family Health Our Nation's Wealth

- I- RESEARCHES AND PAPERS IN ENGLISH:

- FACTORS AFFECTING MATERNAL HEALTH CARE SERVICES IN COMOROS,
(BEN DJADID ALI MOISSULI, MONA TAWFIK YOUSIF).
- POPULATION CHANGE AND THE CHANCE OF THE DEMOGRAPHIC DIVIDEND IN SAUDI ARABIA.
(YAZID SAAD ALSHAMMRY, MONA TAWFIK YOUSIF).
- DISABILITY AND RELATED CONDITIONS IN LIBYA.
(SALWA MOHAMMAD SARITE, MONA TAWFIK YOUSIF).

- II- RESEARCHES AND PAPERS IN ARABIC:

- THE ROLE OF INVESTING IN YOUTH TO ACHIEVE ECONOMIC AND SOCIAL DEVELOPMENT.
(AMANY YASHOA GAD).
- SHAPING THE FUTURE OF ARAB WOMEN AND SOCIAL CHANGE IN THE CITY OF RAS AL KHAIMAH, "APPLIED STUDY".
(MOHAMED AHMED ELKHOULI).



PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

Volume XII - 27nd Issue - January 2019

Scientific Committee

(In alphabetical order)

Dr. Abdallah 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 Health and Nutrition Expert, Centre de Recherche en Nutrition Humain, France, Libya .
Mr. Ahmed Abdennadher	Former Director of Research Center on Population and Reproductive Health, Tunisia .
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
Dr. Chabib Diab	Professor of Sociology, Lebanese University, Lebanon .
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 .
Dr. Mona Tawfik Youssef	Demographic and Health Research Expert, Staff Member at CDC, Cairo. Egypt .
Mr. Mostafa Azelmat	Demographic and Health Studies and Research Expert, Morocco .
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

H.E Ambassador/ Dr. Haifa Abu Ghazaleh
Assistant Secretary-General, Head of Social Affairs Sector

Managing Supervisor

Minister Plenipotentiary, Tarek Nabil El-Nabulsi
Supervisor of the Unit of Studies and Social Field Surveys

Managing Editors

Rabah Halimi

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 implementing the social dimensions of the 2030 Sustainable Development Plan.
- The topics presented should be Original contributions which have not published in any other periodical.
- Methods and curricula of scientific research should be considered on preparing the material submitted to publication.
- The material submitted to publication is not to be returned to participants whether published or not.
- All correspondences should be sent on the following addresses:
 - **22 a, Taha Hussein Street, 3rd floor, Flat 13, Zamalek, Cairo, Egypt.**
 - **Or Email:** rabahhalimi@gmail.com
familyhealth.unit@las.int
 - **Tele/ fax:** +202 – 27383634

ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION
RESEARCHS and STUDIES
SPECIALIZED SCIENTIFIC REFEREED PERIODICAL
PUBLISHED BY UNIT OF SOCIAL STUDIES AND FIELD SURVEYS

In This Issue:

Topic	Page
1- Factors Affecting Maternal Health Care Services In Comoros, 2012. (In English). - Ben Djadid Ali Moissuli, - Dr. Mona Tawfik Yousif	1-37
2- Population Change and the Chance of The Demographic Dividend in Saudi Arabia. (In English). - Yazid Saad Alshammry, -Dr. Mona Tawfik Yousif.....	39-69
3- Disability and Related Conditions in Libya, 2014. (In English). - Salwa Mohammad Sarite, -Dr. Mona Tawfik Yousif.....	71-98
4- The Role of Investing In Youth to Achieve Economic and Social Development. (In Arabic). - Dr. Amany Yashoa Gad,	1-36
5- Shaping the Future of Arab Women and Social Change in the City of Ras Al Khaimah, “Applied Study”, (In Arabic). - Dr. Mohamed Ahmed ElKhouli,	37-82

Deposit Number:

G06/ (19/01)/N.27 (0468)

Factors Affecting Maternal Health Care Services in Comoros, 2012.

Ben Djadid Ali Moissuli¹

Dr. Mona Tawfik Yousif²

Abstract

In Comoros, the maternal mortality ratio has fallen but remains high (172 maternal deaths per 100,000 live births in 2012). In 2012, the proportion of births assisted by skilled personnel was 82.2%, while about half of pregnant women had at least four prenatal visits. Although access to emergency obstetric care has significantly improved, the quality of care remains weak. So, the objective of this study is to examine Levels and differentials of Maternal Health Care services in Comoros DHS, 2012 according to socio-economic and demographic variables. More specifically the study aimed to examine levels of Prenatal, Childbirth and Postpartum Care services, identify differentials of maternal health care services, and determine factors affecting maternal health care services.

The study finds that three quarter of the Prenatal Care Provided during Pregnancy was from midwife provider, followed by only one tenth from doctors, while the percent of pregnant women in Comoros who had not any prenatal care services is higher than those who did it with a nurse. Nearly half of the women who have got live births attained the number of prenatal visit recommended and approximately one third of the pregnant women have got the recommended injection. Nearly 68.2% of the newborns received a postnatal care against 32% who did not get the chance to be provided this important care.

To achieve a substantial reduction in maternal mortality, the study recommends the implementation of a comprehensive approach to emergency care, and overall improvements in the quality and accessibility of maternal health care. The Union of Comoros has to get an efficient health system which allows all the population, particularly the most vulnerable and the poor, to have access to quality health care. Skilled health personnel should be available to assist women during pregnancy, childbirth and postnatal at all levels of maternal health care services. Strengthen the knowledge in MHCS of individuals, families, community and decision-makers to improve maternal and newborn health care services. Mass media should increase activities to the awareness of women on the importance following and completing the number of recommended visit, of delivery at health facilities, the risk of delivery at home and the benefit of having postnatal care services in her life, and reproductive safety.

Key Words: Maternal Health Care Services, factors, pregnancy, childbirth, postpartum, Comoros.

¹ Student at Population and Sustainable Development Diploma at (CDC), Comoros. Email: bendjadida@gmail.com

² Staff Member at Cairo Demographic Center (CDC), Email: mona_ty61@yahoo.com.

العوامل المؤثرة في خدمات رعاية صحة الأم في جزر القمر، 2012.

بن جديد علي مسلي¹ منى توفيق يوسف²

- مستخلص

عرف معدل وفيات الأمهات في جزر القمر انخفاضاً كبيراً لكنه لا يزال مرتفعاً (172 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي في عام 2012). وبلغت نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف كادر طبي مؤهل 82.2% عام 2012، في حين أن حوالي نصف النساء الحوامل تلقين أربع زيارات قبل الولادة على الأقل. على الرغم من التحسن الملحوظ في الحصول على رعاية الولادة في حالات الطوارئ، فإن جودة الرعاية لا تزال ضعيفة. لذا، فإن الهدف من هذا البحث هو دراسة مستويات وفروق خدمات رعاية صحة الأم في جزر القمر من خلال بيانات المسح الصحي الديموغرافي DHS لسنة 2012 وفقاً للمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية. وبشكل أكثر تحديداً، هدفت الدراسة إلى فحص مستويات خدمات رعاية ما قبل الولادة وأثناء الولادة، وما بعد الولادة، وتحديد الفروق في خدمات رعاية صحة الأم، وتحديد العوامل التي تؤثر على خدمات رعاية صحة الأم.

توصلت الدراسة إلى أن ثلاثة أرباع الرعاية أثناء الحمل المقدمة ما قبل الولادة المقدمة كانت من قبل القابلة، يليها العُشر فقط من قبل الأطباء، في حين أن نسبة النساء الحوامل اللواتي لم يكن لديهن أي خدمات رعاية ما قبل الولادة أعلى من أولئك اللاتي أجربن ذلك عند ممرضة، وما يقرب من نصف النساء اللواتي ولدن ولادات حية قد قمن بعدد الزيارات قبل الولادة الموصى بها وحوالي ثلث النساء الحوامل حصلن على الحقنة الموصى بها. وحوالي 68.2% من الأطفال حديثي الولادة تلقوا رعاية ما بعد الولادة مقابل 32% لم تتح لهم الفرصة للحصول على هذه الرعاية الهامة.

ولتحقيق خفض كبير في معدل وفيات الأمهات، توصي الدراسة بتنفيذ نهج شامل للرعاية الطارئة، والتحسينات الشاملة في جودة وإمكانية الوصول إلى رعاية صحة الأم. يجب أن يحصل اتحاد جزر القمر على نظام صحي فعال يسمح لجميع السكان، ولا سيما الأكثر ضعفاً والفقراء، بالحصول على رعاية صحية جيدة، ويجب أن يتوافر كواد صحية ماهرة لمساعدة النساء أثناء الحمل والولادة وبعد الولادة وكل مستويات خدمات رعاية صحة الأم. وتعزيز معرفة الأفراد والأسر والمجتمع وصناع القرار لتحسين خدمات الرعاية الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة. يجب على وسائل الإعلام زيادة الحملات لتوعية النساء بأهمية واستكمال عدد الزيارات الموصى بها، والولادة في المرافق الصحية، وخطر الولادة في المنزل، وفائدة الحصول على خدمات رعاية ما بعد الولادة في حياتها، والسلامة الإيجابية.

الكلمات المفتاحية: خدمات رعاية صحة الأم، العوامل، الحمل، الولادة، ما بعد الولادة، جزر القمر.

¹ - طالب دبلومة السكان والتنمية المستدامة بالمركز الديموغرافي بالقاهرة، جزر القمر، bendjadida@gmail.com

² - عضو هيئة التدريس بالمركز الديموغرافي بالقاهرة، mona_ty61@yahoo.com

I- INTRODUCTION

1-1- Scope of the Study

Maternal health refers to the health of women during pregnancy, childbirth and the postpartum period. While motherhood is often a positive and fulfilling experience, for too many women it is associated with suffering, ill-health and even death, (www.who.int).

The number of women dying due to complications during pregnancy and childbirth has decreased by 44% from an estimated 532,000 in 1990 to 303,000 in 2015. The progress is notable, but the annual rate of decline is less than half of what is needed to achieve the Millennium Development Goal (MDG) target of reducing the maternal mortality ratio by 75% between 1990 and 2015, which would require an annual decline of 5.5%. In addition, of the 89 countries with the highest maternal mortality ratio in 1990 (100 or more maternal deaths per 100 000 live births) 13 have made insufficient or no progress at all, with an average annual decline of less than 2% between 1990 and 2013. Between 1990 and 2000, the global maternal mortality ratio decreased by 1.2% per year, while from 2000 to 2015 progress accelerated to a 3.0% decline per year, (WHO, 2015).

Worldwide, approximately 830 women died every single day due to complications during pregnancy or childbirth in 2015. Reducing the global maternal mortality ratio (MMR) from 216 per 100 000 live births in 2015 to less than 70 per 100 000 live births by 2030 (SDG Target 3.1) will require a global annual rate of reduction of at least 7.5– which is more than triple the annual rate of reduction that was achieved between 1990 and 2015. In 2016, millions of births globally were not assisted by a trained midwife, doctor or nurse, with only 78% of births were in the presence of a skilled birth attendant, (WHO, 2017).

In Comoros major catalyst in the progress made to date in reducing the number of maternal deaths has been the explicitly stated objective of MDG (target 5.A) to reduce the maternal mortality ratio by three quarters (75%) between 1990 and 2015, unfortunately this annual rate of reduction was observed at 2.6% from an estimated 635 maternal deaths per 100 000 live births in 1990 to 335 in 2015, (World Bank Group, 2015).

Most maternal deaths are preventable as the health-care solutions for preventing or managing the complications of pregnancy and child birth are

well known. Factors that prevent women from receiving adequate health care during pregnancy and childbirth include limited availability and poor quality of health services, a lack of information on available services, certain cultural beliefs and attitudes, and poverty, (WHO, 2016).

1-2- Importance of the Study:

Maternal deaths are now increasingly concentrated in sub-Saharan Africa, where high fertility rates combine with inadequate access to quality prenatal care and skilled attendance at birth to substantially elevate the risk of death in this region, (UNICEF, 2016).

In order to achieve the SDG target of 70 maternal deaths per 100 000 live births by 2030, the global annual ratio of reduction will need to be at least 7.3%. Attaining that rate requires a marked acceleration in progress in this area. SDG Target 3.1 also includes skilled attendance at birth. Globally, coverage of skilled attendance at birth was estimated to have reached 73% in 2013. However, more than 40% of births in the WHO African Region and WHO South-East Asia Region were not attended by skilled health personnel, and within countries large access disparities associated with differences in socioeconomic status persist, (WHO, 2016).

In Comoros, the maternal mortality ratio has fallen but remains high (172 maternal deaths per 100,000 live births in 2012 against 380 deaths per 100,000 live births in 2003). In 2012, the proportion of births assisted by skilled personnel was 82.2%, while 49% of pregnant women had at least four prenatal visits. Although access to emergency obstetric care has significantly improved, the quality of care remains weak, (UNFPA, 2014).

1-3- Research Problem

The rates of skilled birth attendance and of facility-based childbirth have risen in resource-limited countries over the past two decades, but almost a third of women in these countries still deliver without a skilled birth attendant (Bohren MA, et al, 2015). Among the numerous obstacles likely to prevent further increases in the proportion of women delivering in a health facility is women's fear of mistreatment during delivery, confidentiality, poor infrastructure and distance. Preventing the needless deaths of women and children depends on a collective ability to deliver high-quality services including skilled birth attendance and emergency

obstetric care for complications, expand the facility to ease access for those who need them and to improve the social determinants of health, (Bohren MA, et al, 2015).

In Comoros Island, the follow-up of pregnant woman before the delivery (prenatal care) until delivery and after giving birth (postnatal care) is still a major concern both at household, governmental institutions and international organization level. Over the five years preceding the DHS 2012, less than half (49%) made at least four visits recommended and 58% had their first visit before the Fourth month of pregnancy. During delivery, around 20% of births were assisted by unskilled persons and 24% of childbirth occurred at home. It is no yet done by this, but also less than one in two women (49%) received postnatal care in the first two days after birth (EDSC, MICS, 2012). So, studying of maternal health care in Comoros will be the roadmap to try to see the obstacles of achieving the MDGs and that coming goals of SDG.

1-4- Objectives of the Study:

The ultimate objective of this study is to examine Levels and differentials of Maternal Health Care services in Comoros DHS, 2012 according to socio-economic and demographic variables. More specifically the study aimed at meeting the following:

- Examine levels of Prenatal, Childbirth and Postpartum Care services
- Identify differentials of maternal health care services.
- Determine factors affecting maternal health care services.

1-5- Data Sources

The study used data derived from EDSC-MICS II 2012 in Comoros. The general objective pursued by the Demographic and Health Survey and Multiple Indicators 2012 (EDSC-MICS II, 2012) was to provide indicators for better monitoring and evaluation of Government through the implementation of strategy paper of the Poverty's Growth and Reduction and the Millennium Development Goals (MDGs).

These indicators concern particularly the areas of fighting priority diseases, improvement of Maternal and child health, prevention of Sexually Transmitted Infections (STIs), improvement of the health system and the promotion of education for all.

The EDSC-MICS II was conducted in the field from June 2012 to January 2013 in Comoros. During the survey, 4,482 households were surveyed, 5,719 women aged 15-49 were identified eligible for the individual survey and 5,329 of them were interviewed successfully (Response rate of 93%). The response rates recorded in urban areas were practically the same as those obtained in rural areas among women. Number of children five years preceding the survey in household (de jure) was about 3149 children. The response rate is somewhat higher in urban areas than in rural areas (84% versus 82%) and it is a representative sample survey for the national level.

1-6- Methodology of the Study:

The analysis in this study was based mainly on descriptive and multivariate analyses in examining and identifying various socio-economic and demographic factors that influence the maternal health care. Descriptive statistics, frequencies and cross tabulations to show, the levels and differentials in different patterns of Maternal Health in Comoros. An index has been constructed from different variables of maternal health care services "safe maternal health care" which is going to be used as the dependent variable in this study.

Multinomial logistic regression is used to predict categorical placement in or the probability of category membership on a dependent variable based on multiple independent variables. The independent variables can be either dichotomous (i.e., binary) or continuous (i.e., interval or ratio in scale). Multinomial logistic regression is a simple extension of binary logistic regression that allows for more than two categories of the dependent or outcome variable, (Jon Stark weather and Amanda Kay Moske, 2011).

Multinomial logistic regression allows each category of an unordered response variable to be compared to a reference category, providing a number of logistic regression models. The categories of the outcome variable, Y, are coded 0, 1, 2 (0 for pregnant women who have a weak MHC, 1 for pregnant women who have a middle MHC, 2 pregnant women who have a perfect MHC), within the three outcome categories model, two logit functions are computed; one comparing having a middle MHC (Y=1) with the reference category (have a weak MHC Y=0) and one comparing have a perfect MHC (Y=2) with the reference category (have a weak MHC Y=0). The model of choice behavior between this three categories can therefore be represented using two (i.e., $j-1$) logit models. (Graeme, D. & Luiz A, 2008).

$$\log \left[\frac{P(Y = 1|x)}{P(Y = 0|X)} \right] = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$$

Equation (1)

$$\log \left[\frac{P(Y = 2|x)}{P(Y = 0|X)} \right] = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$$

The models above provide two estimates for the effect that each explanatory variable has on the response. This is useful information as the effect of the explanatory variables (X_k) can be assessed for each logit model (i.e., the effect of X_1 on the choice between categories 1 and 0 and the effect of X_1 on the choice between categories 2 and 0) and also for the model as a whole (i.e., the effect of X_1 across all categories in the sample). It is also useful to interpret a single parameter for each explanatory variable in order to derive a single parsimonious model of the response variable. The multinomial logistic regression model allows the effects of the explanatory variables to be assessed across all the logit models and provides estimates of the overall significance (i.e., for all comparisons rather than each individual comparison). The general multinomial logistic regression model is shown in Equation 2 below:

$$\log \left[\frac{P(Y=j|x)}{P(Y=j'|X)} \right] = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k \quad \text{Equation (2)}$$

Where (j) is the identified Safe Maternal health care

And (j') is the reference category (Weak Maternal health care).

1-7- Country Background

Actually with a population of less than one million, the archipelago of the Comoros in the Indian Ocean is composed of the islands of Maore, Ndzuwani, Ndzuwani, and Ngazidja declared independence from France on 6 July 1975. France did not recognize the independence of Mayotte, which remains under French administration.

It is localized in Southern and under the corn of Africa, group of islands between northern Madagascar and northern Mozambique. The volcanic islands have a total area of 2,235 sq km, which vary from steep mountains to low hills and agricultural land, (www.cia.gov).

Table (1) presents the most important demographic and socio economic indicators. It consists of population number, growth rate; also fertility measures such as TFR, crude birth rate; mortality measures crude death rate, life expectancy and literacy rate.

Table (1)
Selected Demographic, and Socioeconomic Indicators in Comoros 2016

Indicators	
Population Size	794,678 (July 2016 est.)
Population size 0-14	0-14 years: 40.1% (male 158,809/female 159,840)
Population size 65+	65 years and over: 3.89% (male 14,321/female 16,571) (2016 est.)
Population Growth Rate	1.71% (2016 est.)
Crude Birth rate	26.9 births/1,000 population (2016 est.)
Crude Death rate	7.4 deaths/1,000 population (2016 est.)
Sex Ratio at birth	1.03 male(s)/female
Total Fertility Rate(TFR)	3.47 children born/woman (2016 est.)
Life expectancy at birth	Total population: 64.2 years Male: 61.9 years Female: 66.6 years (2016 est.)
Infant mortality rate	Total: 61.8 deaths/1,000 live births Male: 72.2 deaths/1,000 live births Female: 51 deaths/1,000 live births (2016 est.)
Contraceptive prevalence rate	19.4% (2012)
Literacy	Total population: 77.8% Male: 81.8% Female: 73.7% (2015 est.)

- Source: http://www.indexmundi.com/comoros/demographics_profile.html

1-8- Literature Review

Some studies have been conducted in maternal health care services in the recent years. Most of the conducted studies recommended improving the quality of services as well as trained skilled midwife and nurse. The following paragraphs present the reviewed literature.

Education serves as a proxy for information, cognitive skills, and values; education exerts effect on health-seeking behavior through a number of pathways (Stella, 2013). These pathways include higher level of health awareness and greater knowledge of available health services among educated women, improved ability of educated women to afford the cost of medical health care, and their enhanced level of autonomy that results in

improved ability and freedom to make health-related decisions, including choice of maternal services to use. Educated mothers are more likely to take advantage of public health-care services than other women, (Celik, 2000). Moreover, education may also impart feelings of self-worth and confidence as well as reduce the power differential between service providers and clients, thereby reducing the reluctance to seek care.

Tarekegn et al, 2014 while studying the determinants of maternal health service utilization in Ethiopia using 2011 DHS data, **he** found out that education of women and their husbands has had a significant effect on the utilization of all the three maternal health services. The effect of maternal education level was stronger than husband's education. These results showed a positive influence of education on maternal health service utilization. They explained this positive relationship that educated women are more knowledgeable on the importance of maternal health services; they may have access to written information and may have a more modern cultural perspective. Educated husbands may have a better communication with their wives and willingness to discuss the use of maternal health services; they may also provide more autonomy to their wives.

Worku et al, (2013) assessed the effect of individual, communal, and health facility characteristics in the utilization of Prenatal, delivery, and postnatal care by a skilled provider in Northwestern Ethiopia. Among the significant predictors of Prenatal and delivery care was the Birth order and it indicated that women tend to use skilled maternal care if their birth is the first. Variations were observed in the odds ratios and related them with the risk perception of women that varies overtime. Many women (48.3%) believe the first pregnancy is risky compared with the next consecutive pregnancies. However, as the number of pregnancies exceeds a certain limit, they start to think about another risk. Because of this, many women (41.3%) believe that having too many births is risky for a woman.

Unlike men, women are subject to risks related to pregnancy and childbearing. Where fertility is high and basic maternity care is not available, women are particularly vulnerable. In some Sub-Saharan African countries, for example, one out of every seven women will die of pregnancy-related causes. Certain conditions, including hepatitis, anemia, malaria, and tuberculosis, can be exacerbated by pregnancy. For example, the incidence of viral hepatitis for pregnant women is twice as high as for

non-pregnant women and more likely to prove fatal. Complications of pregnancy can also cause permanent damage, such as uterine prolapsed and obstetric fistula, (www.who.int/reproductivehealth).

Gele A.A (2013) attests that accessibility to information on maternal health through radio and other media has a positive association with prenatal attendance mannerisms. A study conducted in Amhara region North shoa zone, revealed that women in households that possessed a radio were more than three times likely as households without a radio to go attend to prenatal services and deliver in a health facility. This shows that many mothers did not have enough information on the importance; otherwise much mortality would have saved.

Sanneh, (2014) carried out a collaborative approach multi-stakeholder study involving the government, World Health Organization, United Nations Children Emergency Fund, and the Medical Research Council in rural Gambia to establish attendance to basic health care which was termed as one of the hindrances to the Prenatal care access among the poor hence subjecting them to the poverty penalty of mortality and morbidity. It also focuses on contributing to the Bottom of the Pyramid in a general sense, in addition to meeting the health needs of communities where people live on less than \$1 a day.

Amin et al., (2010); studied the Socioeconomic factors differentiating maternal and child health-seeking behavior in rural Bangladesh and one of their principal finding was that a household's relative poverty status, as reflected by wealth quintiles, was a major determinant in health-seeking behavior. Mothers in the highest wealth quintile were significantly more likely to use modern trained providers for prenatal care, birth attendance, postnatal care and child health care than those in the poorest quintile. Compared to the mothers in the lowest wealth quintile, mothers from the highest quintile had greater odds of seeking ANC from a trained provider (OR = 7.6) and nearly 11 times higher odds to have a trained provider present at childbirth.

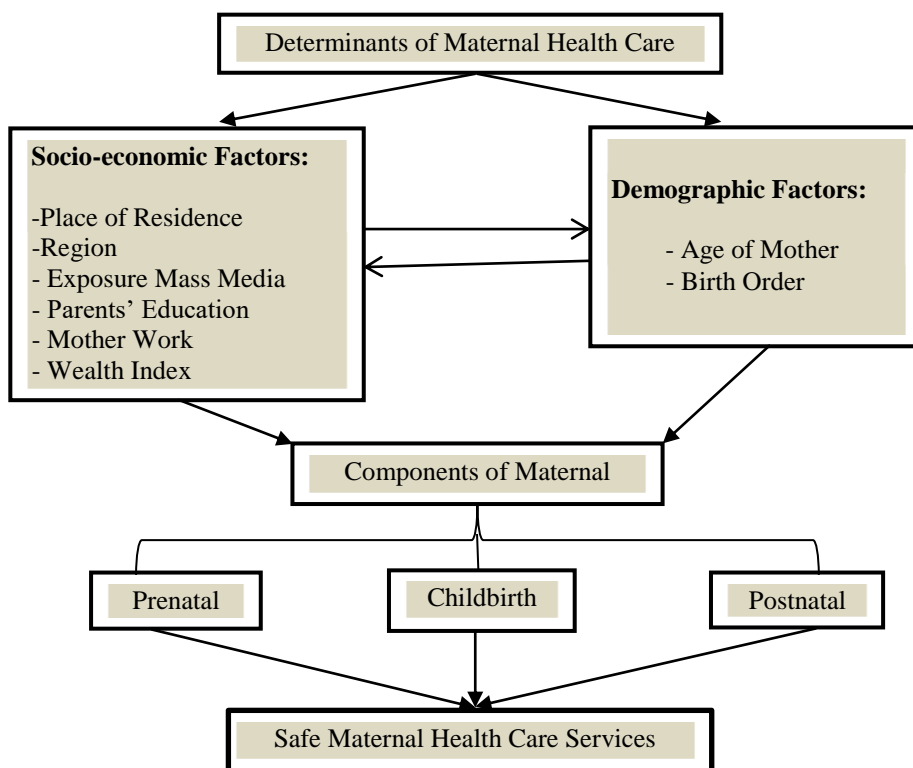
Emelumadu.et al, (2014); were assessing Prenatal care service attendees' perception of quality of maternal healthcare (MHC) services in Anambra State, southeast Nigeria. Utilization of hospital for prenatal care

ANC and delivery services was associated with positive perception of quality of MHC services; it has been reported that women are more likely to deliver in health facility they consider to be safe and secure. In contrast, women's perception of cost of services influenced women choice of delivery care. However, increasing frequency of ANC visits was associated with non-satisfaction with service cost.

1-9- Conceptual Framework of the Study:

The following framework indicates the determinant of maternal health care services in form of Prenatal, Childbirth and Postpartum care through Socioeconomic and demographic factors to reach safety maternal health.

Figure (1)
Conceptual Framework of Maternal Health Care Services



- Source: Developed by the researcher

1-10- Organization of the Study:

The study comprises of four sections. The first section is an introductory one; next to it is the second section that includes the levels and differentials of the maternal health care services, followed by the third section which consists of the determinants of maternal health care services; and finally, the fourth section of the study ends with conclusion and recommendations.

II. LEVELS AND DIFFERENTIALS OF MATERNAL HEALTH CARE SERVICES

Prenatal care and skilled health attendance at delivery are essential for eliminating every preventable maternal death. The world, as a whole, has improved access to these services, with 71 per cent of women delivering with the support of a skilled birth attendant in 2014, compared to 59 per cent in 1990; progress has not been fast enough. (UNICEF, 2016).

This section illustrates the levels and differentials of maternal healthcare services in Comoros.

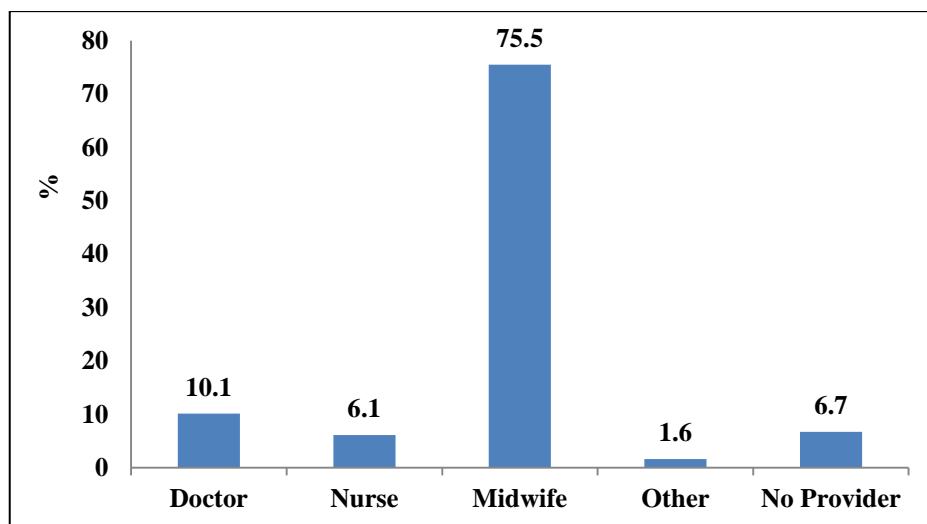
2-1- Prenatal Care Levels and Differentials

Prenatal care, also known as Antenatal care which is a type of preventive healthcare, with the goal of providing regular check-ups that allow doctors or midwives to treat and prevent potential health problems throughout the course of the pregnancy while promoting healthy lifestyles that benefit both mother and child, (US National Library of Medicine, 2012).

2-1-1- Prenatal Care Providers Levels

Midwifery encompasses care of women during pregnancy, labor, and the postpartum period, as well as care of the newborn. It includes measures aimed at preventing health problems in pregnancy, the detection of abnormal conditions, the procurement of medical assistance when necessary, and the execution of emergency measures in the absence of medical help. Around 87% of the essential care for women and newborns can be performed by an educated midwife. ([www.who.int/state of the world's midwifery report](http://www.who.int/state_of_the_world's_midwifery_report), 2014).

Figure (2.1)
Percent Distribution of Women aged 15-49 who have Got a Live Births in the Five Years Preceding the Survey according to the Type of Prenatal Care Provider during Pregnancy, KMDHS, 2012



- Source: Computed by the researcher using KMDHS, 2012 data

Figure (2.1) depicts the percentage of women aged 15-49 who have got a live birth in the five years preceding the survey according to the type of prenatal care provider during pregnancy. It indicates that, three quarter (75.5 percent) of the Prenatal Care Provided during Pregnancy was from midwife provider, followed by only one tenth of women who received prenatal care services from doctors, while the percent of pregnant women in Comoros who had not any prenatal care services is higher than those who did it with a nurse. That is mostly due to geographical situation, and the high cost of sanitation care which constraint pregnant women to present them self at this health place; they go whenever they are sick or the time of given birth exactly. The least percentage for others care providers (1.6%) combined which consists of traditional birth attendant, Matron and other.

2-1-2- Prenatal Care Providers Differentials

Prenatal health care services differentials are illustrated by the bivariate analysis; contain the major elements of prenatal health care services, according to background characteristics which include, age of

mother, birth order, region, place of residence, education of mother, working status of mother, education of husband, wealth index, and exposure to mass media.

Table (2.1) illustrates the Percentage distribution of Women Aged 15-49 who have Got a Live Births in the Five Years Preceding the Survey According to the Type of Prenatal Care Provider during Pregnancy according to the demographic and socio-economic characteristics in Comoros. It shows the highest percentage of care provided by nurse and midwife is observed in the smallest age group <20 representing 11.1% and 77% respectively, while the highest percentage of care provided by doctor at age 20-29 (11.3%) in which most of first pregnancy occurred and followed by complications which need high skilled personnel. Meanwhile the table shows a positive relationship between no prenatal care provider and the age of the mother, as the age increases the percentage of no prenatal care provider increases and this could be attributed to the experience they acquire during the previous pregnancies.

Results further indicate that the choice of prenatal care providers varies with the birth order; the data shows a positive relationship between birth order and the variation of choice for the care provider. That means, the highest percentage of pregnant women who did not get a prenatal care is observed in the first birth and reducing gradually till the third birth order (3.6%), where the percentage of doctor and midwives reach its peak to present 13.4% and 78.9% respectively. But after that the percentage decreases for the doctor and midwives provider and increases for women who did not get a prenatal care, meanwhile it increases for the nurses and others which include traditional birth attendant, matron and others.

Regarding regions, the data of table (2.1) show different variation of prenatal provider choice. Women in Ngazidja the capital of Comoros are the highest user of Doctor's prenatal care services (16.5%), Mwali is the highest user of nurse's prenatal care services (14.8%) and in Ndzuwani Midwife is the first prenatal care provider with (81.6%). Meanwhile about tenth (11.4%) and four fifth (77.4%) are the percentage of care provided by doctor and midwife in Urban areas respectively, whereas approximately one tenth (7.8%) did not get any prenatal care provider in rural area.

Table (2.1)
Percent Distribution of Women Aged 15-49 who have Got a Live Births
in the Five Years Preceding the Survey According to the Type of Prenatal Care Provider
During Pregnancy by demographic and socio-economic characteristics, KMDHS 2012

Demographic& Socioeconomic Characteristics	Doctor	Nurse	Midwife	Others	No Provider	No. of case
Respondent Age	Person Chi-square Value =15.6 Prob.=0.2>0.05					
<20	4.4	11.1	77.0	1.5	5.9	135
20-29	11.3	6.7	73.9	1.5	6.6	876
30-39	9.9	4.8	76.9	1.7	6.7	835
40 years +	9.2	5.5	75.6	1.8	7.8	217
Birth Order	Person Chi-square Value =49.85 Prob.=0.00<0.05					
1 birth	10.9	6.0	77.3	0.7	5.1	414
2 births	12.5	7.2	72.9	2.8	4.7	361
3 births	13.4	3.6	78.9	0.6	3.6	337
4-5 births	8.8	5.3	76.2	1.6	8.0	488
6+births	6.7	8.0	72.5	2.4	10.5	465
Region	Person Chi-square Value =100 Prob.=0.00<0.05					
Mwali	11.4	14.8	65.1	0	8.7	149
Ndzuwani	4.7	5.7	81.6	1.7	6.3	1057
Ngazidja	16.5	5.1	69.8	1.7	6.9	860
Type of Place of Residence	Person Chi-square Value=14.39 Prob.=0.002<0.05					
Urban	11.4	5.5	77.4	1.7	4.0	598
Rural	9.6	6.3	74.6	1.6	7.8	1467
Respondent's Level of Education	Person Chi-square Value = 55.11 Prob.=0.00<0.05					
No Education	8.0	8.0	72.8	2.0	9.3	904
Primary	10.1	5.4	75.5	1.9	7.0	514
Secondary	12.1	3.7	80.5	0.4	3.3	512
Higher	17.0	5.2	74.1	2.2	1.5	135
Work	Person Chi-square Value = 63.05 Prob.=0.00<0.05					
Not working	11.4	6.0	73.0	1.7	8.0	1251
Work Not Paid	6.5	2.8	84.7	0.9	5.1	216
Work for Cash	10.8	4.4	79.0	1.1	4.6	453
Cash & Kind	3.4	17.1	71.2	3.4	4.8	146
Partner's Level of Education	Person Chi-square Value =50.07 Prob.=0.00<0.05					
No Education	9.8	7.9	71.1	1.7	9.6	836
Primary	7.7	5.3	79.1	1.9	6.0	469
Secondary	9.3	4.9	79.4	1.8	4.7	514
Higher	17.6	4.1	75.1	0.8	2.4	245
Wealth Index	Person Chi-square Value =74.29 Prob.=0.00<0.05					
Poorest	7.0	9.4	70.7	2.2	10.7	458
Poorer	8.4	7.7	72.9	1.9	9.3	431
Middle	10.9	3.9	79.4	1.4	4.4	431
Richer	13.6	6.8	74.8	0.3	4.5	397
Richest	11.8	1.4	80.7	2.3	3.7	348
Exposure to Mass Media	Person Chi-square Value =45.236 Prob.=0.00<0.05					
No Exposure	8.7	5.0	74.2	1.7	10.3	515
Weak Exposure	6.7	4.7	78.4	1.8	8.5	555
High Exposure	12.8	7.4	74.5	1.4	3.9	994
TOTAL	10.1	6.1	75.5	1.6	6.7	2064

- Source: Computed by the researcher using KMDHS, 2012 data

Generally, educated mothers seek maternal health care services from medical doctors, as maternal health care awareness is related to the level of education; the proportion of pregnant women who received Prenatal health care service from doctor increases significantly with the increasing level of education, as the majority of highly educated women receive Prenatal health care from doctor, followed by midwives at the secondary level. The same pattern is followed by the partner's education level. There is also evidence that, as a family's education level increase the percentage of no prenatal care decrease.

The proportion of pregnant women who received Prenatal care from doctor either not working or working for cash (11.4% and 10.8% respectively) are more likely to get prenatal care than the proportion of pregnant women who received the same service and work but not paid as well as those who are paid both cash and kind. The highest proportion of women received Prenatal care services from nurse (17%) are working for both cash and kind, while those pregnant women who are working and not paid representing 84.7% receive the Prenatal care services from midwives, this indicates that working for cash status of women doesn't highly affect maternal health care services, but there should be other variables to be included with the working status like women's autonomy to give significance.

Standard of household living are presented by the wealth index; it indicates that the poorest are more likely to not get prenatal care or get it from nurse (10.7% and 9.4% respectively) against the 3.6% and 1.4% within the richest household. This is due to some free services that are provided once weeks in the poorest area by the free clinic like "Caritas". The richest household standard of living are more likely to receive the Prenatal care from midwives provider (80.7%), while only richer households receive their Prenatal care from a doctor provider (13.4%).

Mass media exposure is a decomposed index of three variables, (reading newsletters, listening to radio, and watching TV) classified into no exposure to mass media, weak exposure to mass media, and high exposure

to mass media. Prenatal care services provided by a doctor are more likely to increase with increase in the level of exposure to mass media. Nearly four-fifth (78.4%) of the pregnant women who have a weak exposure to mass media performs their prenatal care with midwife.

At 95 percent level of significance, all Demographic and Socioeconomic Characteristics have a strong association with the prenatal care provider except the respondent age with a probability $=0.2 > 0.05$.

2-1-3- Prenatal Care Visits Levels

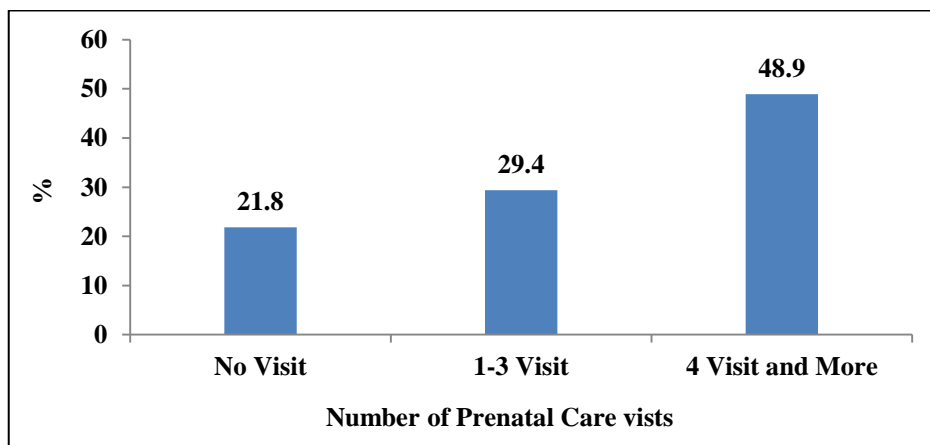
Improving quality of prenatal care is strongly related with the number of visits in order to reduce the risk of stillbirths and pregnancy related complications and give women a positive pregnancy experience.

Figure (2.2) traces the percentage of women aged 15-49 who have got a live births in the five years preceding the survey according to the number of Prenatal Care visit during Pregnancy in Comoros. It indicates that nearly half of the women who have got live births (48.9%) had attained the number of prenatal visit recommended by the WHO (at least 4 visits during pregnancy). Less than half (29.4%) of the women had made 1 to 3 visits and nearly one fifth (21.8%) did not make any visit.

WHO's new prenatal care model that increased the number of contacts a pregnant woman has with health providers throughout her pregnancy from four to eight. Recent evidence indicates that a higher frequency of prenatal contacts by women and adolescent girls with the health system are associated with a reduced likelihood of stillbirths. This is because of the increased opportunities to detect and manage potential problems. A minimum of eight contacts for prenatal care can reduce prenatal deaths by up to 8 per 1000 births when compared to a minimum of four visits. It recommends pregnant women to have their first contact in the first 12 weeks' gestation, with subsequent contacts taking place at 20, 26, 30, 34, 36, 38 and 40 weeks' gestation.

(www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/Prenatal-care-guidelines/en/)

Figure (2.2)
Percent Distribution of Women Aged 15-49 who got Live Births in the Five Years Preceding the Survey according to the Number of Prenatal Care Visit during Pregnancy, KMDHS 2012



- Source: Computed by the researcher using KMDHS, 2012 data

2-1-4- Prenatal Care Visits Differentials

Table (2.2) shows the percent distribution of women aged 15-49 who got a live birth in the five years preceding the survey according to the number of prenatal care visits during pregnancy by demographic and socio-economic characteristics in Comoros. It indicates that there is a positive relationship between no visits and 4+ visits with the age, as the age increases the percentage of pregnant women who have no visit or perform 4+ visits increases till the peak at age groups (30-39) to represent 23.7% and 51.3% respectively, meanwhile the percentage of pregnant women who have less than 20 years of age are more likely to have less than 4 visits (41.9%) comparing with the older age group.

Another concern in the birth order, the percentage of pregnant women who perform prenatal visits reached its peak at the third birth order either for less than 4 visits or 4 visits and more representing 29.8% and 53.6% respectively; while the percentage of the pregnant women with no visits reaches its lowest at the third birth order also to represent 16.7%, but when the woman reaches six children or more, the percentage of no visit is considerable around one quarter (25.4%) as she has got an experience during her past pregnancies.

Table (2.2)
Percent Distribution of Women aged 15-49 who have got live Births in the Five Years
Preceding the Survey according to the Number of Prenatal Care visits during
Pregnancy by Demographic and Socio-Economic Characteristics, KMDHS 2012

Demographic & Socio-economic Characteristics	No Visit	1-3 Visits	4 Visits +	No. of Cases
Respondents' Age	Person Chi-square Value =20.405 Prob.=0.002 <0.05			
<20	19.1	41.9	39.0	136
20-29	20.5	31.4	48.1	875
30-39	23.7	25.0	51.3	836
40 years +	21.8	29.8	48.6	218
Birth Order	Person Chi-square Value=18.683 Prob.=0.017 <0.05			
1 birth	21.0	26.6	52.4	414
2 births	23.0	28.8	48.2	361
3 births	16.7	29.8	53.6	336
4-5 births	21.3	28.5	50.2	488
6+births	25.4	33.1	41.5	465
Region	Person Chi-square Value=112.327 Prob.=0.000 <0.05			
Mwali	14.1	34.2	51.7	149
Ndzuwani	21.7	38.4	40.0	1056
Ngazidja	23.1	17.6	59.3	860
Type of Place of Residence	Person Chi-square Value= 0.404 Prob.=0.817 >0.05			
Urban	21.7	28.4	49.8	598
Rural	21.8	29.7	48.5	1466
Respondent's Highest Level of Education	Person Chi-square Value =62.222 Prob.=0.000 <0.05			
No Education	22.9	35.8	41.2	902
Primary	23.9	28.2	47.9	514
Secondary	18.0	22.7	59.4	512
Higher	20.6	16.2	63.2	136
Work	Person Chi-square Value =61.929 Prob.=0.000 <0.05			
Not working	23.7	28.2	48.1	1250
Work Not Paid	21.3	22.2	56.5	216
Work for Cash	18.8	27.4	53.8	452
Cash &Kind	15.1	55.5	29.5	146
Partner's Highest Level of Education	Person Chi-square Value =33.208 Prob.=0.000 <0.05			
No Education	23.1	32.5	44.4	836
Primary	21.7	33.2	45.1	470
Secondary	22.1	24.2	53.7	512
Higher	16.7	22.0	61.4	246
Wealth Index	Person Chi-square Value =53.923 Prob.=0.000 <0.05			
Poorest	23.2	38.8	37.9	456
Poorer	19.5	33.6	46.9	431
Middle	23.9	25.3	50.8	431
Richer	18.6	25.9	55.4	397
Richest	23.8	20.3	55.9	349
Exposure to Mass Media	Person Chi-square Value =42.345 Prob.=0.000 <0.05			
No Exposure	24.3	35.3	40.4	515
Weak Exposure	24.0	32.3	43.8	555
High Exposure	19.3	24.6	56.1	994
TOTAL	21.8	29.4	48.9	2064

- Source: Computed by the researcher using KMDHS, 2012

There is no much percentage change concerning the type of place of residence. Whether the respondent lives in rural or in urban area, it has no significant variation regarding the number of visits. On the other hand, an important difference of percentage is observed from a region to another. It is evident from table (2.2) that Mwali pregnant women had more visit comparing to the other island (14% no visit) against (21.7% no visit) in Ndzuwani and (23.1% No Visit) in Ngazidja. This last has got more than half percent of the number of visit which exceeded four or more visit (59.3%).

Regarding the educational level of the pregnant women (15-49), there is a positive relationship between the educational level and the number of visits 4 and more, as the educational level increases the percentage of pregnant women who have 4 visits and more increases to reach 63% at the University level, meanwhile there is a negative relationship with no visits and less than four visits as the educational level increases the percentage of pregnant women either with no visits or less than four visits decreases because while the education is higher the family are easier to understand the importance of maternal health care services and has more knowledge about it. Partner's education follows the same trend of the respondent's educational level.

More than half of the pregnant women are not working and have got also the highest percentage of no visit (23.7%), while those who are working for cash and kind, they are more likely to have 1 to 3 visits (55.5%) contradictory to those who did the recommended number of visit in majority are the women working but not paid (56.5%).

In terms of having prenatal visit or not, table (2.2) shows that nearly no change in the percentage of not having visit for the poorest households (23.2%), middle (23.9%) and with the richest (23.8%). Oppositely for one to three visits which the highest percentage is around two fifth (38.8%) for the poorest against one fifth (20.3%) for the richest. But according to the recommended number of visit, there exist a positive relationship between the percentages of having four visits or more with wealth index, while the wealth index increases; the percentage of pregnant women who fulfill the WHO recommendation's visits also increases. High income may facilitate for better health care services.

It is evident from table (2.2) that there is a negative relationship between exposures to mass media with the number of visit from no visit until three visits and this relation changes to be positive with four visits or more. The percentage of no visit to three visits decrease and that for four

visits or more increase as the level of exposure increase; so the highest percentage in four visits is observed when the level of exposure to mass media is higher to represent more than half (56.1%). That can be explained by the fact that mass media is the one of the most important way to give knowledge and awareness for maternal health care services.

2.1.5 Supplements of Prenatal Care Provided Levels

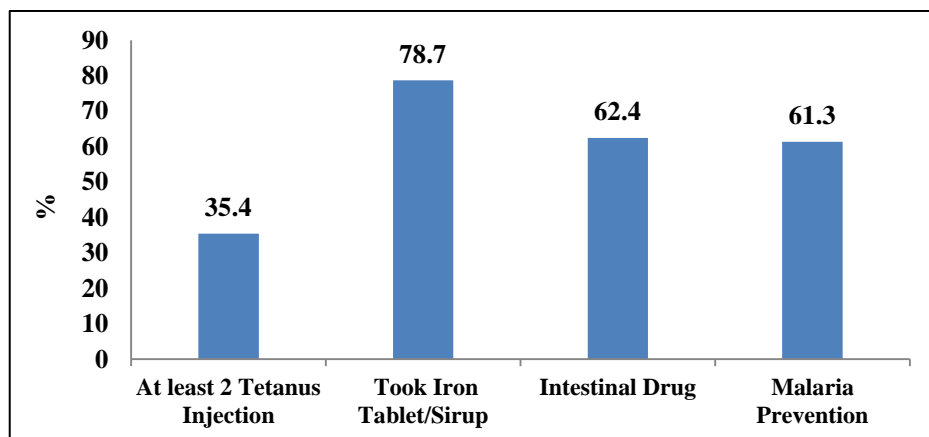
Tetanus vaccination produces protective antibody levels in more than 80% of recipients after two doses (1–3). Two doses protect for 1–3 years, although some studies indicate even longer protection, (WHO, 2007).

Figure (2.3) depicts the percentage of women (15-49) who have got live births in the five years preceding the Survey according to the prenatal aids for pregnant women such as, mothers who attained the number of tetanus injections required, took Iron Supplements, Intestinal Drugs and Malaria prevention in Comoros. It indicates that nearly one third of the pregnant women have got the recommended injection (at least 2 tetanus injections).

Administration of a daily iron supplement from enrollment to 28 weeks of gestation to initially iron-replete, no anemic pregnant women would reduce the prevalence of anemia at 28 weeks and increase birth weight (Mary E Cogswell, 2003). Iron deficiency happens most often during the third trimester and can affect both pregnant women and growing baby health. It can lead to a number of issues such as maternal anemia, premature delivery, low birth weight and an increased risk of prenatal infant mortality (www.centrum.ca). About three quarter of pregnant women taking iron tablets or syrup, on the other hand nearly three fifth (62.4%) of the births were born of mothers who took intestinal drugs which fight Gastrointestinal (GI) disorders, this last is the most frequent complaints during pregnancy. Understanding the presentation and prevalence of various GI disorders is necessary to optimize care for these patients, (Praveen K Roy, 2016).

Malaria infection during pregnancy is a significant public health problem with substantial risks for the pregnant woman, her fetus, and the newborn child. Malaria-associated maternal illness and low birth weight is mostly the result of *Plasmodium falciparum* infection and occurs predominantly in Africa (WHO, 2017). It is evident in figure (2.3) that three fifth (61.3%) of pregnant women in Comoros during the five years preceding the survey are prevented from malaria, nearly two fifth was running the risk to be disturbed by malaria.

Figure (2.3)
Percent Distribution of Women Aged 15-49 who have Got a Live Births in the Five Years Preceding the Survey According to the Supplements of Prenatal Care services provided during Pregnancy, KMDHS 2012

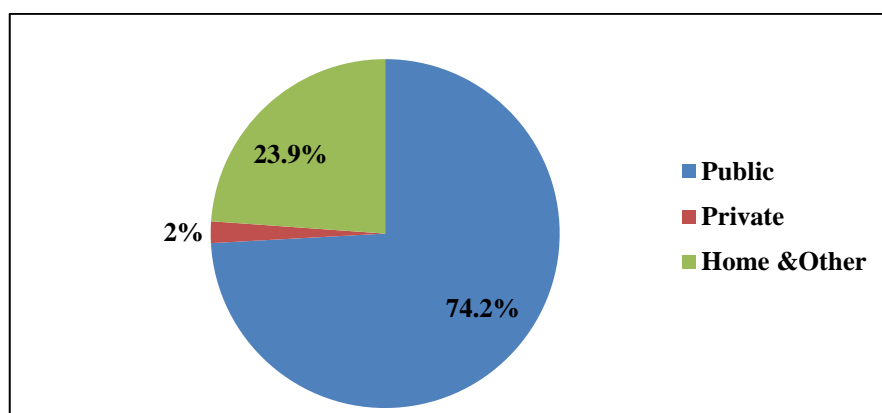


- Source: Computed by the researcher using KMDHS, 2012 data

2-2- Childbirth

Place of delivery is an important factor that is associated with both of maternal and child health. According to figure (2.4), most deliveries (74%) occurred in public hospitals and about 24 percent of the deliveries occurred at home while only 2 percent was in the Private health facilities.

Figure (2.4)
Percent Distribution of Women aged 15-49 who have Got a Live Births in the Five Years Preceding the Survey According to the Place of Childbirth

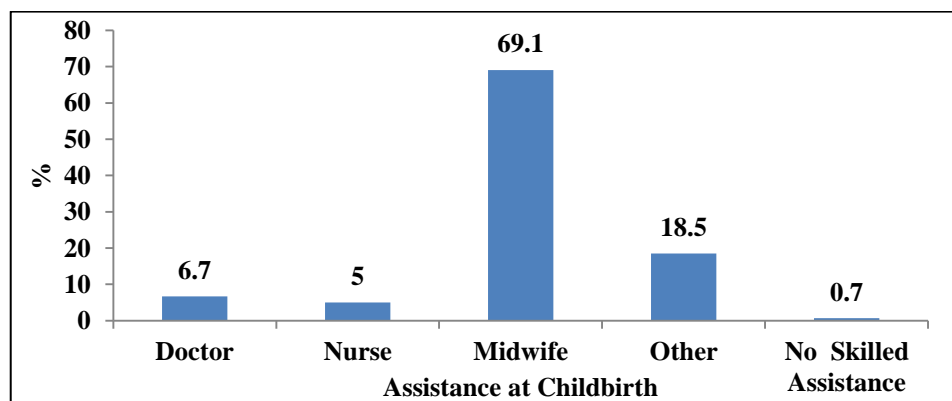


- Source: Computed by the researcher using KMDHS, 2012 raw data

The role of a midwife is similar to that of a traditional OB with the most pertinent difference being that midwives are specialists in normal low-risk birth whereas obstetricians are primarily trained as surgeons to address complications. (<http://www.givingbirthnaturally.com>).

Figure (2.5) traces the percentage of women aged 15-49 who have got a live births in the five years preceding the survey according to the childbirth assistance, 69% of the deliveries were assisted by midwives, while low proportions of deliveries were assisted by doctors and nurses. This could be as a result of emergencies or complications during delivery. Less than one percent (0.7%) of childbirths was assisted by unskilled.

Figure (2.5)
Percent Distribution of Women Aged 15-49 who have got a Live Births in the Five Years Preceding the Survey According to the Childbirth Assistance



- Source: Computed by the researcher using KMDHS, 2012 raw data

Table (2.3) presents the percent distribution of women aged 15-49 who have got a live births in the five years preceding the survey according to assistance at childbirths by demographic and socio-economic characteristics of last births in the five years preceding the survey. The chi-square test was used to ascertain the relationship between assistance at child birth and background characteristics. There is a significant association between the age of a woman and the assistance at child birth. However, women aged below twenty have the highest proportion of childbirths assisted by midwives (72percent) than those aged thirty or more years, 48 percent of the childbirths are assisted by midwives.

There is a strong relationship between birth order and assistance at child birth. During the first birth, women are more likely to be assisted by a

medical worker than the subsequent births. Table (2.3) illustrates that 75 percent of the 1st births were attended by midwives while 65 percent was assisted during the 6th or more births. As women continue to produce more children, they tend to think that they have enough experience to deliver even at home without any assistance of a medical worker as indicated in the table for those women who were assisted by others which include traditional birth, matron or other, their percentage increases with the increase of the birth order to represent 25% by the 6th or more births.

There exist differences in assistance at child birth by region. Ngazidja reported the highest proportion of deliveries as assisted by the skilled health personnel, (11.3, 6.4 and 71.6 percent by doctor, nurses and midwives respectively) Mwali has the lowest percentage of childbirths assisted by Midwives (65percent).

Type of place of residence is one of the factors associated with assistance at child birth in Comoros. As expected, results presented in table (2.3) indicates that about 80 percent of the urban women deliveries were assisted by midwives as compared to 65 percent of the rural women child births. Most of the best health care services are found in urban areas and this makes it easy for women to deliver in the health facilities under the supervision of skilled health workers like midwives, doctors and nurses.

Regarding the importance of education, as the level of education increases, the proportion of childbirths assisted by a skilled medical worker increases. According to the study findings as presented in table (2.3), 83 percent of child births of women with higher education were assisted by midwives as compared to 63 percent child births of women with no education, also as the educational level increases women percentage who were assisted by doctor increases representing 10.6% compared to 3.7 % for no education. Regarding partners level of education, it shows the same pattern of respondent's education and the proportion of childbirths assisted by midwives increases as the level of education increases up to secondary level and slightly declines for those with higher education. In general, education attainment increase access to adequate health related information and this changes the health care seeking behavior of individuals.

Generally, working women, irrespective of how they are paid, are more likely to be assisted by a qualified health worker during delivery than their counterparts who do not work. Regarding working women and paid for cash, 73.8 percent of the childbirths were assisted by midwives and 67.3 percent of non-working women deliveries were assisted by Midwives.

Table (2.3)
Percent Distribution of Women Aged 15-49 who have got a Live Births in the Five Years Preceding the Survey According to Assistance at Childbirths by Demographic and Socio-economic Characteristics, KMDHS 2012

Demographic & Socio-economic Characteristics	Doctor	Nurse	Midwife	Others	No Skilled Assistance	Total Cases
Respondent Age	Person Chi-square Value =12.825				Prob.=0.382	>0.05
<20	3.9	7.9	72.5	15.7	0.0	178
20-29	6.5	4.7	69.5	18.6	0.7	1440
30-39	7.7	4.7	68.4	18.3	0.9	1330
40 years +	4.9	5.9	68.4	20.1	0.7	288
Birth Order	Person Chi-square Value =66.353				Prob.=0.000	<0.05
1 birth	8.1	5.0	75.0	11.7	0.1	715
2 births	8.2	6.1	68.3	16.4	1.0	608
3 births	7.5	4.5	69.4	18.1	0.6	536
4-5 births	6.1	4.1	67.9	21.1	0.7	700
6+births	3.6	5.2	65.1	25.0	1.2	673
Region	Person Chi-square Value =156.680				Prob.=0.000	<0.05
Mwali	3.8	5.5	65.7	24.2	0.8	236
Ndzuwani	3.7	3.9	67.7	23.7	1.0	1725
Ngazidja	11.3	6.4	71.6	10.4	0.4	1275
Type of Place of Residence	Person Chi-square Value =80.701				Prob.=0.002	<0.05
Urban	7.0	3.3	79.8	9.3	0.5	868
Rural	6.6	5.6	65.2	21.8	0.8	2367
Partner's Highest Level of Education	Person Chi-square Value =199.056				Prob.=0.000	<0.05
No Education	3.7	4.9	63.0	27.2	1.2	1527
Primary	8.1	5.3	72.5	13.4	0.6	775
Secondary	10.3	5.4	74.7	9.5	0.1	745
Higher	10.6	2.7	83.0	3.7	0.0	746
Work	Person Chi-square Value =39.349				Prob.=0.000	<0.05
Not working	7.2	4.6	67.3	20.2	0.6	2024
Work Not Paid	5.5	4.3	68.7	20.0	1.4	345
Work for Cash	7.5	5.8	73.8	12.1	0.8	642
Cash & Kind	1.3	7.1	72.3	18.3	0.9	224
Partner's Highest Level of Education	Person Chi-square Value =83.979				Prob.=0.000	<0.05
No Education	5.4	5.5	64.5	23.2	1.4	1342
Primary	6.3	4.2	70.2	19.2	0.1	746
Secondary	6.9	4.6	74.1	13.9	0.4	777
Higher	11.6	5.4	73.2	9.7	0.0	370
Wealth Index	Person Chi-square Value =268.033				Prob.=0.000	<0.05
Poorest	2.1	4.0	59.4	32.8	1.6	798
Poorer	4.7	5.1	68.1	21.5	0.6	687
Middle	7.8	4.6	72.1	15.4	0.2	630
Richer	10.6	8.1	73.6	6.8	0.8	602
Richest	10.6	3.1	76.6	9.5	0.2	518
Exposure to Mass Media	Person Chi-square Value =214.957				Prob.=0.000	<0.05
No Exposure	2.7	2.8	61.5	31.7	1.3	898
Weak Exposure	5.3	3.8	76.6	16.5	0.7	865
High Exposure	10.0	7.0	71.1	11.5	0.4	1473
TOTAL	6.7	5.0	69.1	18.5	0.7	3235

- Source: Computed by the researcher using KMDHS, 2012 raw data

Household wealth index is one of the factors influencing assistance during delivery. As household wealth improves from poorest to richest, the proportion of midwife-assisted child births increases. About 76.6 percent of the child births in the richest households were assisted by the midwives as compared to 59 percent deliveries among the poorest households. Richer households can afford the cost of health care and easily access the health facilities no matter what distance the health facility is than the poorest households, thereby increasing their chances of delivering under the assistance of a health worker.

With an increase of the level of exposure to mass media the percentage of pregnant women to be assisted by a skilled person increase gradually. The highest percentage for those who were assisted by midwives (76.6%) is observed with weak mass media exposure whereas this percentage declines for other assistants and no skilled assistance as the level of exposure to mass media increase. There is an increase in the percentage of women who have assistance at childbirth by doctor and nurse as they have higher exposure to mass media representing 10% and 7% respectively. This is because mass media raise awareness among mothers towards the need of skilled persons for delivery.

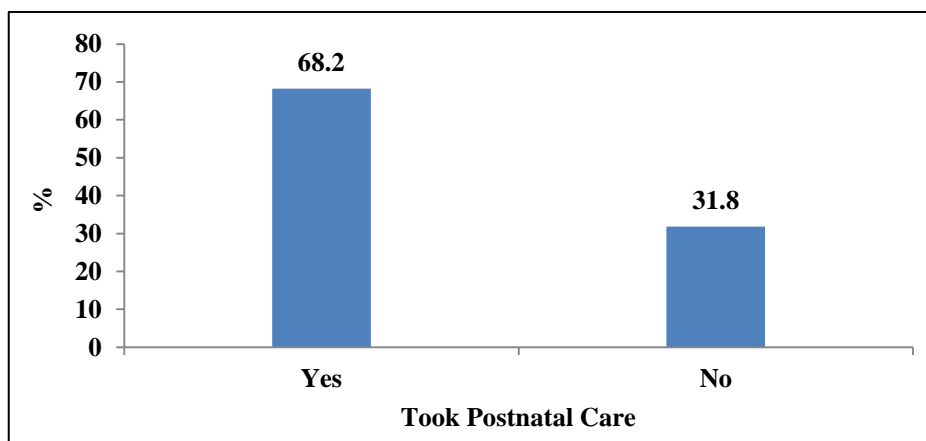
2-3- Postnatal Care Services Levels

Postnatal care is one of the recommended interventions to reduce the maternal and newborn deaths during postpartum period. The days and weeks following childbirth – the postnatal period – is a critical phase in the lives of mothers and newborn babies. Major changes occur during this period which determines the well-being of mothers and newborns. Yet, this is the most neglected time for the provision of quality services. Lack of appropriate care during this period could result in significant ill health and even death. Rates of provision of skilled care are lower after childbirth when compared to rates before and during childbirth. Most maternal and infant deaths occur during this time. (postnatal care of the mother and newborn (WHO, 2014).

Figure (2.6) shows the Percent distribution of women aged 15-49 who have got live births in the five years preceding the survey according to the newborn postnatal care within 2 month after delivery, in Comoros. It indicates that within the 2 month after delivery, three forth (68.2%) of the

newborns received a postnatal care against 32 percent who did not get the chance to be provided this important care.

Figure (2.6)
Percent Distribution of Women Aged 15-49 who have Got a Live Births in the Five Years Preceding the Survey According to the newborn Care within 2 Month after Delivery, KMDHS 2012.

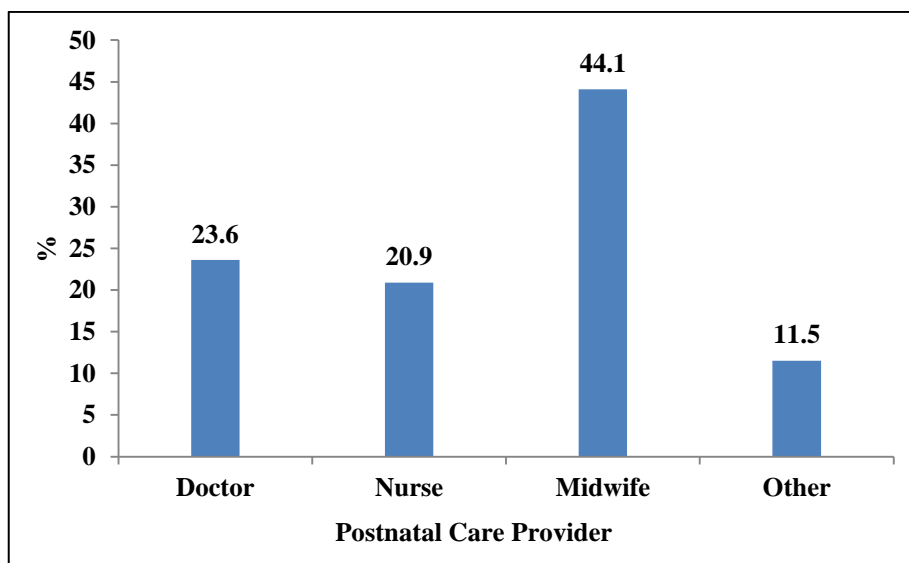


- Source: Computed by the researcher using KMDHS, 2012 raw data

Women delivering in a health facility should remain for observation for the first-24-hour period, and those who deliver at home need close observation as well, preferably by a Skilled Birth Attendant (SBA). The postnatal period is the time from delivery of baby till the first 42 days. Risks of maternal and newborn deaths are greatest during the first 24 to 48 hours after birth. Therefore, Providing Postnatal Care (PNC) to recently delivered mothers is quite essential during this period. (www.omicsonline.org).

Figure (2.7) shows the Percent distribution of women aged 15-49 who have got a live birth in the five years preceding the survey according to person who perform postnatal checkup, in Comoros. Although the percentage of midwife is still the highest among postnatal checkup (44%), it is less regarding the prenatal care and childbirth assistance. This can be due to the decrease of the number of women who perform postnatal checkup. Other postnatal care providers that include matrons, traditional birth attendants and others are considerably performing postnatal checkup represents about 12 percent of the total postnatal care provided. There is a slight difference between nurse and doctor in provision of postnatal care.

Figure (2.7)
Percent Distribution of Women Aged 15-49 who have Got a Live Births in the Five Years Preceding the Survey According to Person who Perform Postnatal Checkup, KMDHS 2012.



- Source: Computed by the researcher using KMDHS, 2012 data

III- DETERMINANTS OF SAFE MATERNAL HEALTH CARE SERVICES (SMCHS)

For investigating the determinants of safe maternal health care, Multinomial Logistic Regression Model has been applied as the dependent variables is classified into three categories; derived from a group of variables that include Prenatal care, Child birth and postnatal care are combined together to form a composite index named "safe maternal health care" with three categories, weak MHCS (reference categories), Middle MHCS (uncompleted MHCS) and Perfect MHCS (took all MHCS). Selected socio-economic and demographic variables were taken based on differentials and chi-square test of independent variables. The reference categories are selected on the basis that they are thought to have the least likelihood of influencing the dependent variable (SMCHS). Table (3.1) contains operational definitions and reference categories for the dependent and independent variables.

Table (3.1)
Definition of Dependent and independent Variables for Multinomial Logistic Regression

Variables	Description and Categories
Dependent Variable	
Safe Maternal Health care Y	Three categories are represented by two binary variables as follows: 0 if weak MHC (reference categories) Y11=1 if Middle MHC, otherwise=0 Y12= 2 if Perfect MHC , otherwise=0
Independents Variables	
Respondent Age X1	Four categories are represented by three binary variables as follows: 0 if <20 (reference categories) X11=1 if 20-29, otherwise=0 X12=1 if 30-39, otherwise=0 X13=1 if 40 years+, otherwise=0
Birth Order X2	Five categories are represented by four binary variables as follows: 0 if 1 Birth (reference categories) X21=1 if 2 Births, otherwise=0 X22=1 if 3 Births, otherwise=0 X23=1 if 4-5 Births, otherwise=0 X24=1 if 6+ Births, otherwise=0
Region X3	Three categories are represented by two binary variables as follows: 0 if Prenatal (reference categories) X31=1 if Ndzuwani, otherwise=0 X32=1 if Ngazidja, otherwise=0
Type of Place of Residence X4	Two categories are represented by one binary variable as follows: 0 if Rural(reference categories) X41=1 if Urban, otherwise=0
Respondent's Highest Level of Education X5	Four categories are represented by three binary variables as follows: 0 if No Education(reference categories) X51 =1 if Primary, otherwise=0 X52=1 if Secondary , otherwise=0 X53=1 if Higher, otherwise=0
Work Status X6	Four categories are represented by three binary variables as follows: 0 if Cash &Kind (reference categories) X61=1 if Not Working, otherwise=0 X62=1 if Work Not Paid, otherwise=0 X63=1 if Work for Cash, otherwise=0
Partner's Highest Level of Education X7	Four categories are represented by three binary variables as follows: 0 if No Education(reference categories) X71=1 if Primary, otherwise=0 X72=1 if Secondary, otherwise=0 X73 =1 if Higher, otherwise=0
Wealth Index X8	Five categories are represented by four binary variables as follows: 0 if Poorest (reference categories) X81=1 if Poorer, otherwise=0 X82=1 if Middle, otherwise=0 X83=1 if Richer, otherwise=0 X84=1 if Richest, otherwise=0
Exposure to Mass Media X9	Three categories are represented by two binary variables as follows: 0 if No Exposure to Mass Media X91=1 if Weak Exposure, otherwise=0 X92=1 if High Exposure, otherwise=0

3-1- Results of Multinomial Logistic Regression:

Multinomial logistic regression was performed to model the relationship between the predictors and membership in the three groups (weak MHCS, Middle MHCS and Perfect MHCS). Table (3.2) shows the significance, coefficients, odds ratios and probabilities of independent variables affecting safe maternal health care services in Comoros. The traditional .05 criterion of statistical significance was employed for all tests and the study considers weak MHCS as the reference category.

Out of 9 variables included in the multinomial logistic regression, only 5 variables (Region, Type of Place of Residence, Respondent highest Level of Education, Work Status, Wealth Index) are significant for the first model (Y1, middle MHCS) and 4 variables (Respondent Age, Region, Partners highest level of Education, Exposure to Mass Media) are significant for the second model (Y2, perfect MHCS).

Table (3.2)
Multinomial Logistic Regression Coefficients, Odds Ratios and Probabilities
For Independent Variables

Maternal Health Care Services(MHCS)		β	SE	Sig.	Exp(B)	Prob.
Middle (MHCS)	Intercept	1.389	.407	.001		
Respondent Age	<20					
	20-29	.189	.242	.435	1.208	0.547
	30-39	-.013	.265	.960	.987	0.497
	40 years +	.089	.317	.779	1.093	0.522
Birth Order	1 birth					
	2 births	-.131	.197	.504	.877	0.467
	3 births	-.317	.198	.110	.728	0.421
	4-5 births	-.253	.195	.195	.776	0.437
	6+births	-.317	.220	.148	.728	0.421
Region	Mwali					
	Ndzuwani	-.624	.257	.015*	.536	0.349
	Ngazidja	-.684	.275	.013*	.505	0.336
Type of Place of Residence	Rural					
	Urban	.290	.139	.037*	1.336	0.572
Respondent highest Level of Education	No Education					
	Primary	.319	.147	.030*	1.376	0.579
	Secondary	.257	.168	.127	1.293	0.564
	Higher	.087	.330	.791	1.091	0.522
Work Status	Cash & Kind					
	Not working	-.471	.225	.036*	.625	0.385
	Work Not Paid	-.313	.270	.246	.731	0.422
	Work for Cash	-.254	.251	.312	.776	0.437

Table (3.2) Continued

Maternal Health Care Services (MHCS)		β	SE	Sig.	Exp(B)	Prob.
Perfect (MHCS)	Intercept	-.004	.539	.995		
Partners highest level of Education	No Education					0
	Primary	-.020	.140	.886	.980	0.495
	Secondary	-.095	.150	.524	.909	0.476
	Higher	.334	.247	.176	1.396	0.583
Wealth Index	Poorest					
	Poorer	.191	.167	.253	1.210	0.548
	Middle	.262	.187	.162	1.299	0.565
	Richer	.795	.208	.000*	2.214	0.689
	Richest	.597	.232	.010*	1.817	0.645
Exposure to Mass Media	No Exposure					
	Weak Exposure	-.173	.150	.248	.841	0.457
	High Exposure	.145	.155	.351	1.156	0.536
Respondent Age	<20					
	20-29	.603	.352	.086	1.827	0.646
	30-39	.644	.378	.088	1.905	0.656
	40 years +	1.169	.435	.007*	3.219	0.763
Birth Order	1 birth					
	2 births	.302	.245	.219	1.352	0.575
	3 births	-.193	.257	.452	.825	0.452
	4-5 births	-.193	.256	.451	.824	0.452
	6+births	-.313	.292	.283	.731	0.422
Region	Mwali					
	Ndzuwani	-1.673	.297	.000*	.188	0.158
	Ngazidja	-1.157	.315	.000*	.314	0.239
Type of Place of Residence	Rural					
	Urban	.177	.176	.316	1.194	0.544
Respondent highest Level of Education	No Education					
	Primary	.096	.200	.630	1.101	0.524
	Secondary	.351	.216	.105	1.420	0.587
	Higher	.337	.381	.376	1.401	0.584
Work Status	Cash & Kind					
	Not working	-.440	.301	.144	.644	0.392
	Work Not Paid	-.220	.355	.535	.802	0.445
	Work for Cash	-.465	.331	.161	.628	0.386
Partners highest level of Education	No Education					
	Primary	-.477	.201	.018*	.621	0.383
	Secondary	-.172	.196	.379	.842	0.457
	Higher	.715	.285	.012*	2.045	0.672
Wealth Index	Poorest					
	Poorer	.110	.237	.643	1.116	0.527
	Middle	.162	.255	.526	1.175	0.54
	Richer	.468	.276	.090	1.596	0.615
	Richest	-.031	.308	.919	.969	0.492
Exposure to Mass Media	No Exposure					
	Weak Exposure	.114	.225	.614	1.120	0.528
	High Exposure	1.064	.217	.000*	2.897	0.743

- Source: Computed by the researcher using KMDHS, 2012 data

- Note: The probability values calculated using the equation $p = (\text{Exp } \beta / 1 + \text{Exp } \beta)$

- *Significant

$$\log \left[\frac{P(Y=1|x)}{P(Y=0|x)} \right] = 1.389 - 0.624X_{31} - 0.684X_{32} + 0.290X_{41} + 0.319X_{51} - 0.471X_{61} + 0.795X_{83} + 0.597X_{84}$$

$$\log \left[\frac{P(Y=2|x)}{P(Y=0|x)} \right] = -0.004 + 1.169X_{13} - 1.673X_{31} - 1.157X_{32} - 0.477X_{51} + 0.715X_{53} + 1.064X_{92}$$

Table (3.2) shows the Multinomial Logistic Regression Coefficients, Odds Ratios and Probabilities for Independent Variables for the dependent variable middle safe maternal health care services (SMHCS). It indicates that holding other variables constant, Ndzuwani's women were 46% less likely to have a Middle SMHCS than Weak SMHCS comparing to Mwali's Women with probability of 0.35. Whereas Ngazidja's women were 49% less likely to have a Middle SMHCS than Weak SMHCS comparing to Mwali's Women with probability of 0.34. Residing in urban area it is more likely to have middle SMHCS by 1.33 comparing to their counterparts with probability of 0.57.

Holding other variables constant, the odds for women with a primary level of education are 1.37 times more likely to have Middle SMHCS rather than Weak SMHCS comparing to those who are not educated with probability of 0.57.

Working status shows significance only for women who are not working, the odds of having Middle SMHC for non-working women are less likely by 37% than the odds of women who have Weak SMHCS comparing to those who are working for cash and kind.

Wealth index was found to be an important factor positively associated with middle SMHCS. Richer and richest women were 2.21 and 1.81 times more likely to have middle SMHCS than weak SMHCS comparing to those in the poorest, poorer and middle quantile counterparts. The probability of occurrence of the event is 0.70 and 0.65 respectively.

Regarding the perfect safe maternal health care services as a dependent variable; the results indicates that the respondent age was found one of the most important factors positively associated with perfect SMHCS. The respondent being at age forty years and more are 3.21 times more likely to have perfect SMHCS than those less than twenty years of age comparing to respondent with Weak SMHCS with probability of 0.76.

Holding other variables constant, women residing in Ndzuwani's and Ngazidja's regions are less likely to have a Perfect SMHCS by 81.6 percent and 68.6 percent respectively than to have Weak SMHCS comparing to Mwali's Women, with probability of 0.16 and 0.24 respectively.

Controlling the other explanatory variables, partners' primary level of education has a negative relationship with perfect SMHCS. Partner's with primary education are 37.9% less likely to have Perfect SMHC than to have Weak SMHCS comparing to those who are not educated with probability of 0.38. Whereas the odds of having Perfect SMHC for partner's with a higher level of education are 2 times more likely than the odds of partner's who have Weak SMHCS comparing to those who are not educated, with probability of 0.67.

Concerning the exposure to mass media, there is a positive relationship between having a perfect SMHCS and the level of exposure to mass media. Women with high exposure are 2.89 times more likely to have a perfect SMHCS than Weak SMHCS comparing to those not exposed to mass media, with probability of 0.74.

IV. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

4-1- Conclusion:

The main objective of this study is to examine levels and differentials of maternal Health Care services in Comoros as well as determining the demographic and socio-economic factors affecting it. The analysis was done based on the Comorian Demographic Health raw data 2012, applying descriptive and multivariate analyses in examining and identifying selected demographic and socio-economic and demographic factors that influence the maternal health care. Multinomial logistic regression is used as the dependent variable is not a binary one; it is constructed from different variables of maternal health care services as a composite index "safe maternal health care" with three categories. The following are the main findings of this study:

- Three quarter (75.5 percent) of the Prenatal Care Provided during Pregnancy was from midwife provider, followed by only one tenth of women who received prenatal care services from doctors, while the percent of pregnant women in Comoros who had not any prenatal care services is higher than those who did it with a nurse. Prenatal care

provider is associated with birth order, region, place of residence, mother's education, working status of mother, husband's education, wealth index, and exposure to mass media. Mothers' age did not seem to be associated with antenatal care service.

- Nearly half of the women who have got live births (48.9 percent) attained the number of prenatal visit recommended and approximately one third (35.4 percent) of the pregnant women have got the recommended injection (at least 2 tetanus injections). Three quarter of pregnant women taking iron tablets or syrup, on the other hand nearly three fifth (62.4%) of the births were born of mothers who took intestinal drugs, while three fifth (61.3%) of pregnant women in Comoros during the five years preceding the survey are prevented from malaria. Prenatal care visits is associated with mother's age, birth order, region, mother's education, working status of mother, husband's education, wealth index, and exposure to mass media. Place of residence, did not seem to be associated with prenatal care visits.
- Place of delivery is an important factor that is associated with both of maternal and child health, most deliveries (74%) occurred in public hospitals and about 24 percent of the deliveries occurred at home while only 2 percent was in the private health facilities. 69 percent of the deliveries were assisted by midwives, while doctors and nurses assisted low proportion of deliveries. Assistance at childbirth is associated with birth order, region, place of residence, mother's education, working status of mother, husband's education, wealth index, and exposure to mass media. Mothers' age did not seem to be associated with assistance at childbirth.
- Three forth (68.2%) of the newborns received a postnatal care against 32 percent who did not get the chance to be provided this important care. 44 percent of the postnatal checkup performed by midwife, while 11 percent performed by other postnatal care providers that include matrons, traditional birth attendants and others.
- The dependent variable (safe maternal health care services) used for regression representing 25% of women who perform weak SMHCS, 56.7% are those who had Middle SMHCS, and 18% are the women who perform a perfect SMHCS. The regression analysis further confirmed the notion emerged from the descriptive analysis that Ndzuwani and Ngazidja regions, and not working women are decreasing the middle maternal health care services, while urban areas, respondent's primary

education, and richer and richest wealth quintiles increases the middle maternal health care services. Meanwhile, partner's higher education and exposure to mass media are the main factors to perform perfect safe maternal health care services, and this finding is also supported by GeleA.A in the year 2013; otherwise partner's primary education and Ndzuwani and Ngazidja regions decrease the perfect safe maternal health care services.

4-2- Recommendations:

Achieving a substantial reduction in maternal mortality, need a comprehensive approach to emergency care, and overall improvements in the quality and accessibility of maternal health care. Based on the previous findings, the following recommendations are suggested to be considered as guidelines to the government, policy makers and the stake holders in order to improve maternal health care services:

- The Union of Comoros has to get an efficient health system which allows all the population, particularly the most vulnerable and the poor, to have access to quality health care, with the effective involvement of all public and private actors and stakeholders in a spirit of solidarity, equality, and equity and social justice.
- Skilled health personnel should be available to assist women during pregnancy, childbirth and postnatal at all levels of maternal health care services. Nurses have to increase their knowledge about maternal health care by training and formation, and midwives have to act not only by experience but also should have midwifery's education background to be well prepared in case of pregnancy complication.
- Strengthen the knowledge in MHCS of individuals, families, community and decision-makers to improve maternal and newborn health care services passing through mass media. Mass media should increase activities to the awareness of women on the importance following and completing the number of recommended visit, of delivery at health facilities, the risk of delivery at home and the benefit of having postnatal care services in her life, and reproductive safety.
- More study is needed to research and explore a comprehensive approach to emergency care, and overall improvements in utilization and accessibility of maternal health care to achieve a substantial safe of maternal health.

- REFERENCES

- Abebaw Gebeyehu Worku, Alemayehu Worku Yalew, and Mesganaw Fantahun Afework (2013). Factors affecting utilization of skilled maternal care in Northwest Ethiopia: a multilevel analysis.
- Babalola, S., &Fatusi, A. (2009).Determinants of use of maternal health services in Nigeria-looking beyond individual and household factors. BMC pregnancy and childbirth, distress and poor nutrition–mutually influencing risk factors affecting infant neurocognitive development. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
- Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. (2015) The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.
- Celik Y, Hotchkiss (2000). The socioeconomic determinants of maternal health care utilization in Turkey. SocSci Med.
- Directorate General of Statistics and Prospective (DGSP) and ICF International. (2014). Investigation Demographic and Health Survey and Multiple Indicators in the Comoros 2012. Rockville, MD 20850, USA: DGSP And ICF International.
- Emelumadu, Ukegbu, Ezeama, Kanu, Ifeadike, Onyeonoro. (2014). Perception of Quality of Maternal Healthcare Services among Women Utilising Antenatal Services in Selected Primary Health Facilities in Anambra State, Southeast Nigeria.
- Gele AA, Sundby J. (2013). Attitudes toward Female Circumcision among People in the Hargeisa district.Oslo and Akershus University College of Applied Science.Available at BMC Res Notes.
- Graeme D Hutcheson, Luiz A M Moutinho (2008). Statistical Modeling for Management.
- Jat, T. R., Ng, N., & San Sebastian, M. (2011). Factors affecting the use of maternal health services in Madhya Pradesh state of India: a multilevel analysis. International journal for equity in health.
- Jon Stark weather and Amanda Kay Moske (2011).Multinomial Logistic Regression.
- Mary E Cogswell, 2003, Assessment of Iron Status in US Pregnant Women from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES).
- Monk, C. Georgieff, M. K., &Osterholm, E. A. (2013). Research Review: Maternal Prenatal Health.
- Nasreen GulshanGhori (2011).Levels, Trends and Determinants of Age at First Birth and its Impact on Child Health in Pakistan, 1990 and 2006, CDC Monograph Series No. (41).
- Praveen K Roy (2016).Gastrointestinal Disease and Pregnancy.

- Ruhul Amin, Nirali M Shah and Stan Becker (2010). Socioeconomic factors differentiating maternal and child health-seeking behavior in rural Bangladesh: A cross-sectional analysis.
- Sanneh E.S, Hu A.H, Njai M, Ceesay O.M & Manjang B, (2014). Making basic Socio-demographic determinants of maternal health-care service utilization among rural women in anambra state, South East Nigeria.
- Sanneh ES, Hu AH, Njai M, Ceesay OM, Manjang B. (2014). Making basic health care accessible to rural communities: a case study of Kiang West district in rural Gambia. *Public Health Nurs.*
- Stella L. Ng, Rosamund Stooke, Sandra Regan, Kathryn Hibbert, Catherine Schryer, Shanon K Phelan, Lorelei Lingard (2013). An institutional ethnography inquiry of health care work in special education: a research protocol.
- Tarekegn, S. M., Lieberman, L. S., & Giedraitis, V. (2014). Determinants of maternal health service utilization in Ethiopia: analysis of the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey. *BMC pregnancy and childbirth.*
- UNFPA (2014). The state of the world's midwifery 2014.
- UNICEF (2016). Strategies toward ending Preventable Maternal Mortality (EPM).)
- UNICEF, (2016). Maternal and Newborn Health, 70 years of life for every child.
- US National Library of Medicine, (2012). Archive of "Journal of Prenatal Medicine". - NCBI - NIH <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/1574/>
- WHO (2007). Standard for Maternal and Neonatal Care.
- WHO (2015). New Guidelines on Antenatal Care for a Positive Pregnancy.
- WHO (2016). World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals.
- WHO (2017). World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals.
- World Bank Group (2015). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 - Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank Group, and the United Nations Population Division
- www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/Prenatal-care-guide
- www.who.int/reproductivehealth/news/antenatal-care/en/
- www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal.../en
- www.centrum.ca/learn/.../importance-iron-during-pregnanc...
- www.givingbirthnaturally.com/role-of-a-midwife.html
- www.omicsonline.org/.../the-quality-of-immediate-postnatal...
- www.cia.gov/library/publications/the-world.
- www.indexmundi.com/comoros/demographics_profile.html
- www.omicsonline.org/womens.../postnatal-care-journals

Population Change and the Chance of The Demographic Dividend in Saudi Arabia.

Yazid Saad Alshammry¹ Dr. Mona Tawfik Yousif²

Abstract

Sustainable development cannot be achieved without assuring that all women and men, and girls and boys, enjoy the dignity and human rights to expand their capabilities, secure their reproductive health and rights, find decent work, and contribute to economic growth, So it is particularly important to identify whether Saudi Arabia finished the first dividend and will enter to the second dividend, and if so, then to clarify the time reference, i.e. when it will enter into the second dividend and raise the issues of these changes so that the country should face positively the second dividend. So, **the main goal of this study** is to trace the changes in the age structure in Saudi Arabia, and illustrate the socio-economic consequences of the demographic change as well as to, forecast whether the second dividend will happen or not, and when it will happen to get benefit from its bonus.

The finding of this study: the first opened window of opportunity in Saudi Arabia already started within 2009-2010 and is likely to close in the period 2040-2045, where, according to the projections the number of elderly population will start to increase due to the decline in fertility and the proportion of working age population will also start to decrease considerably. By this period Saudi Arabia will enter the second demographic dividend and the elderly (more than 10%) will be depending on the retirement and accumulated asset if any, we cannot be sure that the window of opportunity will close by the said above period, but if the unemployment rate remain low, and economic situation change badly, this window of opportunity will be lost even though it is still open.

The study recommends that the government needs to take advantage of this research paper and find out which policy to adopt to get benefit from the demographic dividend. economy has to use fully and absorb past population increases, particularly the increasing in labor force. And yet by reducing the unemployment and poverty, government must ensure the development and the formulation of policy encouraging Medium fertility, to match the training with the needed skills, engage the youth for access the welfare of its generation and removing obstacles for job increasing. reduce the country's dependency on oil and diversify its economic resources by encouraging private sector growth. in the absence of complementary economic policies; the demographic dividend cannot be counted on to produce favorable economic results.

Key Words: Population change, Saudi Arabia, demographic dividend.

¹ - Population and Sustainable Development Diploma at (CDC), KSA, Email: y.s.alshammry@gmail.com

² - Staff Member at Cairo Demographic Center (CDC), Email: mona_ty61@yahoo.com.

التغير السكاني وفرصة العائد الديموغرافي في المملكة العربية السعودية

يزيد سعد الشمري¹ منى توفيق يوسف²

- مستخلص

لا يمكن تحقيق التنمية المستدامة دون ضمان تمتع جميع النساء والرجال والفتيات والفتيان بالكرامة وحقوق الإنسان لتوسيع قدراتهم، وتأمين صحتهم وحقوقهم الإنجابية، والعتور على عمل لائق، والمساهمة في النمو الاقتصادي. من المهم جداً تحديد ما إذا كانت المملكة العربية السعودية قد أنهت العائد الديموغرافي الأول وستدخل في العائد الديموغرافي الثاني، وإذا كان الأمر كذلك، يستوجب حينئذ توضيح المرجع الزمني، أي متى ستدخل في العائد الثاني وتثير قضايا هذه التغيرات بحيث يجب على الدولة مواجهة العائد الثاني بشكل إيجابي. لذا، فإن الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو تتبع التغيرات في التركيب العمري في المملكة العربية السعودية، وتوضيح النتائج الاجتماعية والاقتصادية للتغير الديموغرافي، وكذلك التنبؤ بما إذا كان العائد الثاني سيحدث أم لا، ومتى سيحدث للاستفادة منه.

وقد توصلت هذه الدراسة على عدد من النتائج أهمها أن أول نافذة للفرص المفتوحة في المملكة العربية السعودية بدأت بالفعل في غضون 2009-2010 ومن المرجح أن تغلق في الفترة 2040-2045، حيث أنه وفقاً للتوقعات، سيبدأ عدد السكان المسنين في الزيادة بسبب بداية تسجيل انخفاض الخصوبة، ونسبة السكان في سن العمل ستبدأ كذلك في الانخفاض بشكل كبير. بحلول هذه الفترة، ستدخل المملكة العربية السعودية في العائد الديموغرافي الثاني، وسيعتمد كبار السن (الذين ستبلغ نسبتهم أكثر من 10%) على الأصول التقاعدية والمتراكمة إن وجدت، ولا يمكننا التأكد من أن نافذة هذه الفرصة ستغلق في الفترة المذكورة أعلاه، ولكن إذا ظل معدل البطالة منخفضاً، وتغير الوضع الاقتصادي بشكل سيئ، فستضيع نافذة هذه الفرصة على الرغم من أنها لا تزال مفتوحة.

وتوصي هذه الدراسة بضرورة أن تستفيد الحكومة من هذه الورقة البحثية ومعرفة السياسة التي يجب اتباعها للاستفادة من العائد الديموغرافي. حيث يجب أن يستخدم الاقتصاد بشكل كامل وأن يستوعب الزيادات السكانية السابقة، ولا سيما الزيادة في القوى العاملة. وذلك، من خلال الحد من البطالة والفقر، كما يجب على الحكومة ضمان تطوير وصياغة سياسات تشجع الخصوبة المعتدلة والمتوسطة، ومطابقة التدريب مع المهارات اللازمة، وإشراك الشباب للوصول إلى الرفاهية وإزالة العقبات التي تحول دون زيادة فرص العمل. وتقليل اعتماد الدولة على النفط وتنويع مواردها الاقتصادية من خلال تشجيع نمو القطاع الخاص. وفي غياب السياسات الاقتصادية التكميلية؛ لا يمكن الاعتماد على فرصة العائد الديموغرافي لتحقيق نتائج اقتصادية مواتية.

الكلمات المفتاحية: التغير السكاني، العائد الديموغرافي، المملكة العربية السعودية.

¹ - دبلومة السكان والتنمية المستدامة بالمركز الديموغرافي بالقاهرة، المملكة العربية السعودية، y.s.alshammry@gmail.com

² - عضو هيئة التدريس بالمركز الديموغرافي بالقاهرة، mona_ty61@yahoo.com

I- INTRODUCTION:

1-1- Scope of the Study

Population change refers to the increase or decrease of population in a given geographical area over a given period. This change can be positive or negative depending on demographic, social and economic factors. This is commonly termed population growth, and it's mainly determined by number of births, number of deaths and net migration. (Siegel and Swanson, 2004).

Changes in population age structure are important because people earn income and consume at very different levels over the course of their lives. Working-age adults, as a group, produce more through their labor than they consume, while children and the elderly consume more than they produce. Within this broad pattern, the economic lifecycle varies according to the structure of the economy, the level of development, public policy, and many other factors. Understanding the economic lifecycle is essential because its basic features, in combination with population age structure, determine the strength of the demographic dividend. (NTA, 2012).

The major trend in population growth is the demographic dividend which is defined by the United Nations Population Fund (UNFPA) as the economic growth potential that can result from shifts in a population's age structure, mainly when the share of the working-age population (15 to 64) is larger than the non-working-age share of the population (14 and younger, and 65 and older). In other words, it is "a boost in economic productivity that occurs when there are growing numbers of people in the workforce relative to the number of dependents. (UNFPA, 2016).

Economic demographers distinguish between the "first" demographic bonus and the "second" demographic bonus". The first occurs when the labor force is growing while the number of dependents is low, thereby increasing the rate of capital accumulation, productive investment and employment. The second demographic bonus occurs when, anticipating retirement, individuals and the state accumulate capital for the purpose of providing pension income for the elderly. Ageing population need not be a complete drain on the economy or the rest of the population. The first demographic bonus is **transitory**; the second demographic bonus is **permanent**, (Lee, R. and Mason, A. 2006).

1-2- Research Problem

In Saudi Arabia by 1960 the total population was 4.04 million and by 2010 the population increased to 27.45 million. In addition, the working age population was 53.2 percent of the total population in 1960 and by 2010 it had increased to 67.3 percent, resulting in lowering the dependency ratio. The dependency ratio dropped by approximately 14.1 percent point since 1960 till 2010. Other things being equal, this demographic trend should have facilitated job creation by reducing the dependency burden on the economy and families, thus providing more resources to improve the quality of the labor force and invest in productive enterprises.

Furthermore, the economic growth has increased at an average rate higher than the average rate of the population growth. So, it is clearly that economic output is out-stripping the population growth rate by a considerable margin. Implication of this working age group growth need very good use of population bonus, in other, to get benefit from economic growth and other opportunities that can be derived from labor force.

It is problematic for a country to lose the bonus that can be obtained from the increase of working age population and decrease of dependent population. Saudi Arabia is among the first Asians countries that have managed to use properly this bonus by increasing the economy by more than 10% due to the increase of working age population, and is about to enter the second dividend when the aging population is about more than 10% of the population. However, if this bonus is not well used through appropriate policies, this will deteriorate the economic growth and the living standard for future generation.

1-3- Importance of the Study

Sustainable development cannot be achieved without assuring that all women and men, and girls and boys, enjoy the dignity and human rights to expand their capabilities, secure their reproductive health and rights, find decent work, and contribute to economic growth. Developing policies and investments to secure that future requires that governments know the size, sex, location and age structure of their present and future populations. (UNFPA, 2016).

The middle of the last century witnessed the phenomena that the countries in Asia are undergoing a rapid demographic transition, which had already been completed in a number of countries and gain the bonus of the

demographic dividend, while in the remaining states, is still underway (Gubhaju and Moriki-Durand, 2003).

So, it is particularly important to identify whether Saudi Arabia finished the first dividend and will enter to the second dividend, and if so, then to clarify the time reference, i.e. when it will enter into the second dividend and raise the issues of these changes so that the country should face positively the second dividend. It is important to study the future population, and the consequent changes in the age structures to clarify this topic.

Thus, the purpose of this study is to trace the changes in the age structure and illustrate the socio-economic consequences of the demographic change as well as to, forecast whether the second dividend will happen or not, and when it will happen to get benefit from its bonus.

1-4- Objective of the Study

The ultimate objective of this study is to go after the population growth in Saudi Arabia and project its future vision in order to find the chance of the demographic dividend, and when it will happen and how policies are going to be set to meet the needs. More specifically, the following objectives are identified:

- To analyze population growth in Saudi Arabia since 1960 till 2010.
- To predict the future vision of population size, structure and distribution over the period of 2010 – 2050.
- To find the timing of first and second demographic dividend and how the country are going to benefit from.

1-5- Data Sources

The study depends mainly on two sets of data, the first one is the secondary data obtained from the four successive Population and Housing Saudi Arabian censuses for the years 1974, 1992, 2004 and 2010, and the second one is based on the Statistical year books for several years, as well as administrative records of vital registration of various years. In cases of data shortages, the United Nations World Population Prospects of 2019 Revision is used to supplement the data.

1-6- Methodology

This study is a descriptive one which followed historical and analytical approaches.

Component method for the population projection is applied to find out the future trend of the population structure, it projects the population by age groups and sex, in addition to other demographic attributes, using various demographic packages such as PAS and Spectrum.

Also, time series analysis is used as a regression curve fitting model, to predict the future trend of the total fertility rate and life expectancy, taking previous trend in consideration.

1-7- Country Background

The kingdom of Saudi Arabia is situated in the Arabian Peninsula and lies at the edges of three continents: Asia, Africa and Europe. It occupies approximately 2,250,000 square kilometers of land and it's bordered by Jordan Iraq and Kuwait on the east gulf, Bahrain, Qatar and the United Arab Emirates, sultanate of Oman and Yemen and the Red sea on the west. Saudi Arabia is the largest country in the region and the birth place of Islamic religion and hosts the most sacred shrine. The population of Saudi Arabia has grown from a mere 7,009,466 in 1974 to 27,136,977 by 2010, and it is reached 33,702,756 in 2018 as Estimated by statistical of Saudi Arabia.

Figure (1.1)
Map of Saudi Arabia



Table (1)
The Demographic and Socio Economic Indicators of Saudi Arabia

Demographic indicator	Value	Year
Total population	33,702,756	2018 est
Male	19,395,936	
Female	14,306,820	
Sex ratio	105	2018 est
Population density	15.322 People Per Sq. km	2017 est
Population growth rate	1.49%	2019 est
Age structure		2018 est
0-14	26.58 %	
15-64	70.1 %	
65+	3.32 %	
Total fertility rate	2.17%	2017 est
Life expectancy at birth	75.7 Years	2018 est
Death rate	3.3 Per 1000 population	2018 est
Birth rate	18.51 Per 1000 population	2018 est
Infant Mortality rate	12.77 Per 1000	2018 est
Per capita income	45,100 PPP US\$	2018 est
Net migration rate	7.75 Per 1000	2017 est
Unemployment rate	12.7%	2018 est

- Source: Estimated the Researcher

1-8- Literature Review

Most of the previous literature on the demographic dividend has focused on the first demographic dividend, and the socio-economic consequences of the population changes in different countries. Some of these studies have been carried for the industrial countries that had already entered the demographic dividend and about to finish, but only few studies that have been carried out for the chance of the second demographic dividend. The following are some of studies related to the topic:

Harkat T.; and Driouchi, Ahmed (2017), they studied Demographic Dividend and Economic Development in Arab Countries. Data from the World Bank was used for the analysis. The results indicated that estimated time trends for fertility and mortality are significantly decreasing for Arab countries. Findings also indicated that the demographic dividend had occurred in the recent decade in most of Arab countries except for Egypt. This study showed causal links between the dependency ratio (change in the population age structure) and the working age population, unemployment,

economic development, government and private expenditures on health and education, education, and female participation in education variables.

Khraif, R.; Abdul Salam A.; Potty Rajaram S.; Aldosari A.; Elsegaey Ibrahim; and AlMutairi Abdullah (2016) studied the variations in basic demographics consequential to population size of governorate in Saudi Arabia. Their study was an attempt made to analyze the population characteristics, such as population size, sex ratio, native to foreigner ratio, and households and persons per households by keeping governorate as unit of analysis. Data of two census period (2004 and 2010) was used in order to explore the situation and track the inter-censal changes. Large variations in population were observed between governorates and it varied from 3686 to 5,007,886 in 2010. Governorates are divided according to the number of native population demarcating urbanization, modernization and infrastructure. During the intercensal period, the number of small governorates reduced and medium and large sized governorates increased mainly due to population growth. The average population in governorates was increased in total and in the larger governorates during the period. However, we noticed a reduction in the average population size in the small and medium sized governorates. The size of native population in a governorate influences the sex ratio, the native-foreigner ratio and the persons per household as well as the variations within the group of governorates.

Abu Ashwan M.; Abdul Salam A. and Mouselhy M. (2012), studied population growth, structure and distribution in Saudi Arabia using four censuses conducted in the Kingdom; 1974, 1992, 2004 and 2010 for native and expatriate population. The result shows that population of the Kingdom of Saudi Arabia grew from a mere 6,167,308 in 1974 to 27,136,977 by 2010 along technological advances, improvement in infrastructure and immigration flows. The period witnessed changes in age structure and sex composition. While the national population went through significant changes in demographic front, the expatriate population remained more or less similar in terms of demographic characteristics.

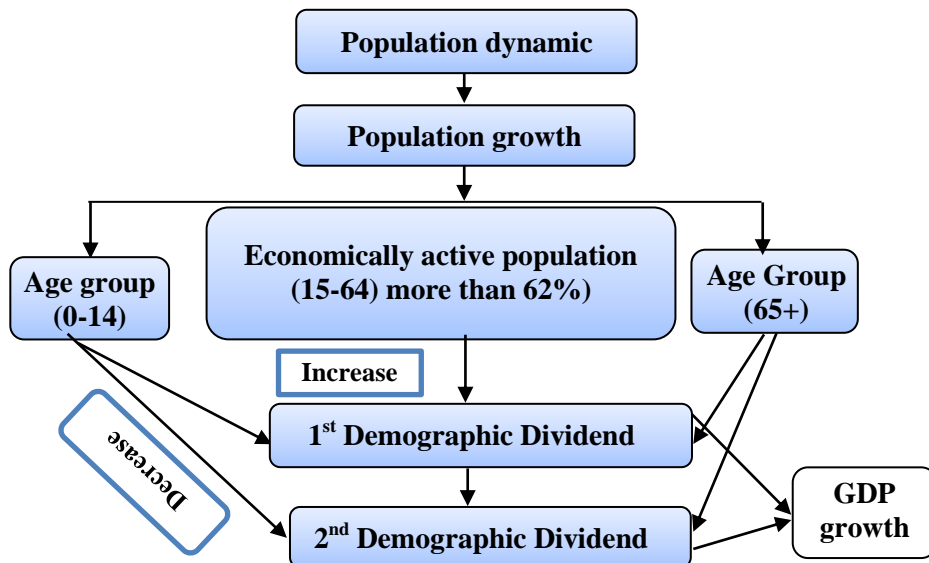
Mason, A (2005), "Demographic transition and demographic dividends in developed and developing countries" he concludes that the first dividend is characterized by increasing in percentage of working age and ends when large cohorts of prime age adults pass into their retirement years. This period can have a lasting effect on economic growth if the gains in per capita income are used to create human capital by investing in health and education, to accumulate physical capital, to support technological innovation, to create growth-inducing institutions. He also mentioned that

the second dividend is permanent due to the fact that it is driven by rising share of the elderly age in the whole population and it is characterized by the relative economic growth and withdrawal of resources. He pointed out that Changes in age structure had an enormous influence on the macroeconomic environment during the second half of the twentieth century in both the developed and developing world. Age structure will most likely be an equally important force during the next fifty years. How economic growth, poverty, and other features of the macro-economy are shaped by demographic change will depend, however, on how policies and institutions respond to the challenges and opportunities the future holds.

1-9- Conceptual Framework of the Study:

The demographic transition not only has consequences for the rate of population growth but also affects the population structure; and when the labor force is growing while the number of dependents is low, the first dividend occur and thereby increasing the rate of capital accumulation, productive investment and employment, while the second is open widest when the proportion of children (0-14) has fallen as a result of declining fertility but the proportion of elderly dependents in the population has yet to rise significantly as shown in Figure (2).

Figure (1.2)
Conceptual Framework of the Study



- Source: Adopted by the Researcher

1-10- Organization of the Study:

The study comprises of five sections; the first one is an introductory section, whilst the second deals with the explanation of the first and the second demographic dividend by providing more light about this phenomenon, meanwhile the third section describes the demographic transition in Saudi Arabia and examines the levels and trends of population growth according to the component of population changes. Furthermore, it represents the age structure in the past decades and tried to predict its future growth and the fourth section presents the futures prospective of Saudi Arabia the next five decades by the use of three fertility assumptions for population increase (high, medium and low). Moreover, it presents the estimated fertility and mortality until 2050, and puts more light on the composition of age structure to find out the time by which Saudi Arabia will enter in the second demographic dividend. The last section presents the summary of the study and its recommendations.

II- DEMOGRAPHIC DIVIDEND PHENOMENON'S

A demographic window of opportunity is created by the process of the demographic transition, which creates two potential dividends for countries as they move from stage two and into stage three. The first opportunity, or dividend, occurs when fertility rates fall and population in age of grows more rapidly than the dependent population. The second dividend occurs when the expanded workforce ages. Increased longevity means workers may work longer and must save and invest for their extended retirement. These workers accumulate assets, which raises the national income and makes a sustainable contribution to growth.

The first demographic window is the period in which the working-age population is growing and the young cohort decreasing, while the old cohort is still small. The small groups of young and old population exert relatively low costs on society and with the large group of working-age population there is an opportunity for an increase in per capita output. The increased per capita output made possible due to the window of opportunity is called demographic dividend, (Bloom and Williamson, 1998; Bloom et al., 2001, 2003b; Mason, 2001). Eventually population ageing will set in and the share of the working-age population will decline, making the demographic dividend a temporary phenomenon.

The demographic dividend can be created by the added productivity of the large group of working-age population combined with the lower proportion of resources that have to be invested in child care, schooling and caring for the elderly. In other words, the children and the elderly produce much less than they consume while on the contrary working adults produce more than they consume on average, (Mason, 2005a, 2005b). The demographic dividend or demographic gift arises due to the more rapidly increasing of the working-age population relative to the total population. The increase in the working-age share is related to the decrease in the age dependency ratio. The child-age population (under 15 years) and the old-age population (65 years and over) decrease relative to the working age population during the demographic window of opportunity.

The first demographic dividend period is quite long, lasting four decades or more, but actually lower fertility reduces the growth rate of the labor force, while continuing improvements in old-age mortality speed growth of the elderly population. Now, other things being equal, per capita income grows more slowly and the first dividend turns negative, (Mason, 2005a).

But a second dividend is also possible, when a population concentrated at older working ages and facing an extended period of retirement has a powerful incentive to accumulate assets unless it is confident that its needs will be provided for by families or governments. Whether these additional assets are invested domestically or abroad, national income rises.

In short, the first dividend yields a transitory bonus, and the second transforms that bonus into greater assets and sustainable development. These outcomes are not automatic but depend on the implementation of effective policies. Thus, the dividend period is a window of opportunity rather than a guarantee of improved standards of living. The dividends are sequential: the first dividend begins first and comes to an end, and the second dividend begins somewhat later and continues indefinitely. They certainly overlap.

The first dividend is temporary, lasting 40 to 50 years as child dependency falls during the demographic transition. This dividend slows as the fertility rate stabilizes and eventually turns negative as the elderly

population grows and the old-age dependency rises. The second dividend begins later and is less transitory; it can be sustained indefinitely. The demographic window for the first dividend is defined by the United Nations as open when the proportion of the population ages 0-14 is below 30 percent and the proportion of the population ages 65+ is still below 15 per cent (Maddalon A., 2006).

From the 1960s to 1990s, many Asian countries went through rapid demographic transition. When economic development starts, both fertility and mortality rates are high. As a country develops, mortality rates, especially child mortality rates, decline rapidly. However, fertility rates do not decline at the same time because having many children is conventional and this situation takes a long time to change. So, during demographic transition, the population grows rapidly. Later, fertility rates begin to decline rapidly. Once the demographic transition is complete, both fertility and mortality rates are very low, and most developed countries experience population ageing, (The Gates Institute, 2011).

In the second half of the 20th century, East Asian countries experienced remarkable economic development in both savings and GDP growth - this was known as the 'East Asian economic miracle'. These countries, especially Japan and South Korea, used the first and some started the second demographic dividends during this period. The first demographic dividend offers much potential for growth. There is a large working-age population, so remarkable economic development can be attained by taking advantage of a surplus labor supply. Demographic transition can also increase female labor-force participation because the burden of young dependents decreases.

III. SAUDI ARABIAN DEMOGRAPHIC TRANSITION

3-1- Population Size and Growth

Table (3.1) illustrates the population size and the average annual growth rate for the series of the successive population censuses in Saudi Arabia for the period of 1974 till 2010. In 1974 population census recorded a population of 7,009,466. Over 18 years the population increased more than double to reach 16,948,388 by nearly 9.9 million more in 1992 population census, which considered the largest population increase. The population censuses recorded a continue increase at a rapid pace to recode 22.6 million and 27.13 million respectively in 2004 and 2010.

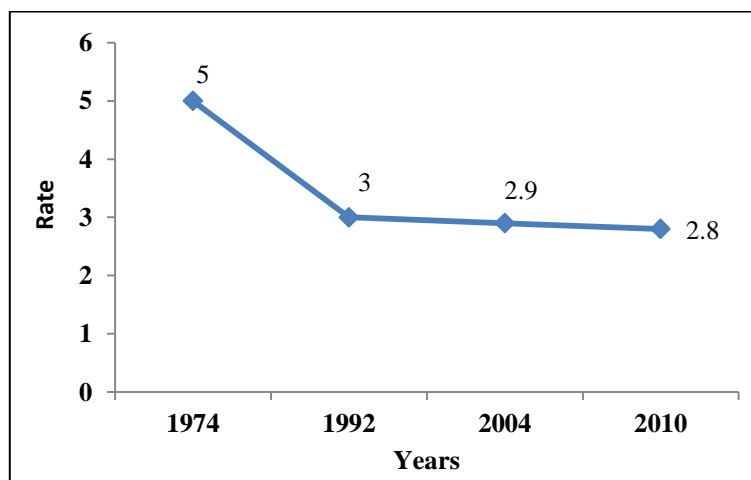
Table (3.1)
Population Size and Average Annual Growth Rate, For the Census Period of 1974-2010, Saudi Arabia.

Year	Population	Growth Rate %
1974	7 009 466	5
1992	16 948 388	3
2004	22 678 262	2.9
2010	27 136 977	2.8

- Source: Statistical year book (1965-1966-1967-1968-1969) & 2018.

Figure (3.1) traces the average annual population growth rate for the period 1974 till 2010, it decreased rapidly from 5% in 1974 to 3% in 1992 by 2 percent point within a period of 18 years, then it followed by a period of steady growth 2.9% and 2.8% in 2004 and 2010 respectively.

Figure (3.1)
Population Growth Rate in Saudi Arabia according to the Censuses Period (1974 -2010)



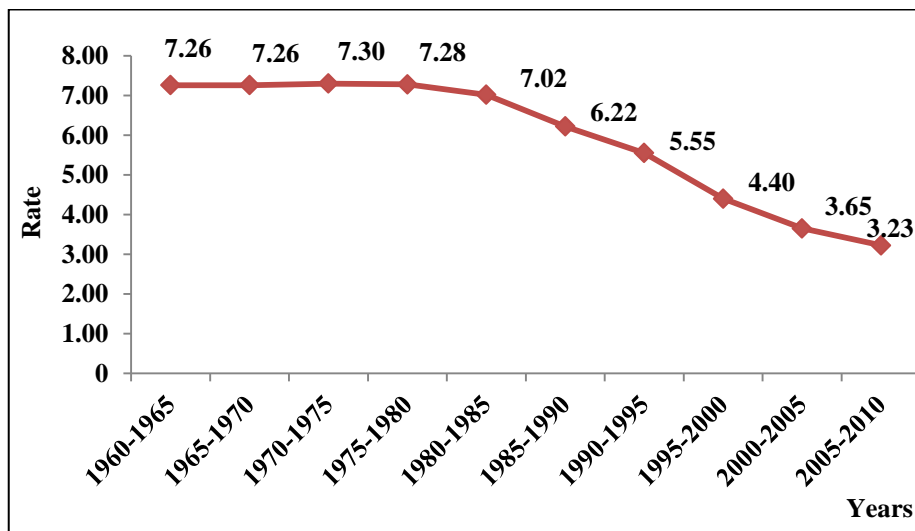
- Source: Statistical year book (1965-1966-1967-1968-1969) & 2018

3-3- Total Fertility Rate Trends

Total Fertility Rate” (TFR) which is the average number of lifetime births per woman, Saudi Arabia’s TFR trend is shown in Figure (3.2), the

level of fertility was moving at almost a constant rate of about 7.6 births per women from year 1960 to 1975 and then started to decline steadily from 1975 till 1990 to be 6.22 births per woman, since that time it declined rapidly from 1990 till 2010 to be 3.23 births per woman. This might be due to improvement in health sector, leading to a decline in death and birth rate.

Figure (3.2)
Total Fertility Rates During the Period (1960 -2010).



- Source: Statistical year book (1965-1966-1967-1968-1969) & 2018

3-3- Mortality Rate Trends

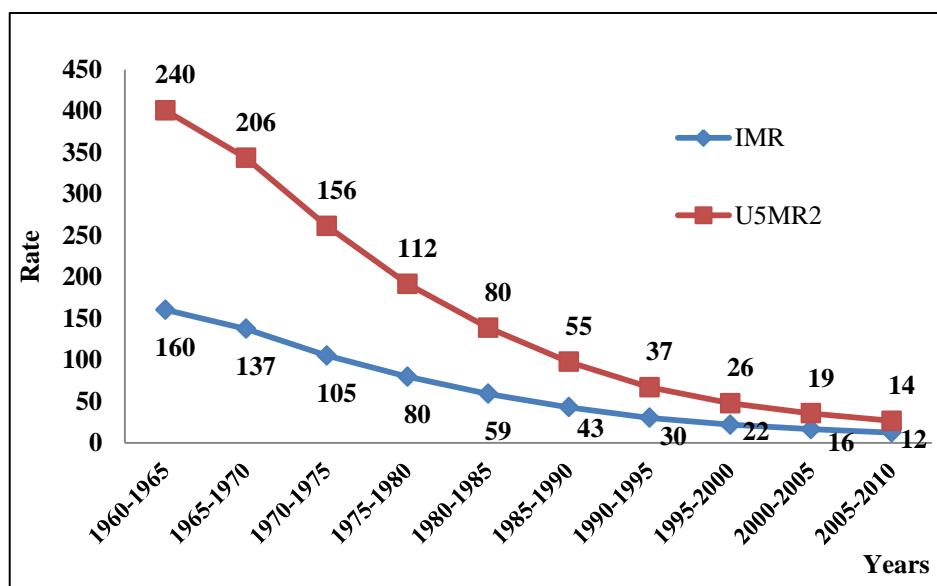
Saudi Arabia witnessed a slow mortality transition in the beginning since 1960 thus contributing to a population growth rate approaching 3 percent per annum; this is explained by the death rate which continued declining slowly. On the other way a higher rate of Mortality is a result of infant and child mortality which are observed at a very high rate.

A further illustration of Saudi Arabia low mortality transition can be seen in the trends in infant mortality. A high death rate in a country is frequently as a result of very high infant and child mortality. When overall mortality is declining, it is normally the infant mortality rate (IMR) that declines first. In the 1960s, Saudi Arabia IMR was 160 deaths per 1,000 live births—meaning that 16.0 percent of children died before reaching one year of age (Figure 3.3).

Saudi Arabia IMR has declined steadily over the subsequent 50 years but the rate of decline slowed down significantly from the 1985s to the early 2000 as shown in Figure (3.3). Only in 1985 did Saudi Arabia's IMR drop below the less developed region and begin to approach the level achieved by other Asian countries.

Saudi Arabia under-5 mortality rate was very high in the 1960s, during this time about 24 percent of children did not survive to five years of age. The wide gap between the IMR and the under-5 mortality rate shows that deaths in childhood were almost as frequent as deaths in infancy. Over the mortality transition, however, the gap has gradually narrowed to the point where the death rate of children aged 1-4 is very low and almost all deaths under 5 years of age are deaths in infancy.

Figure (3.3)
The Infant and Under 5 Mortality Rate Trends in Saudi Arabia During the Period of 1960-2010.

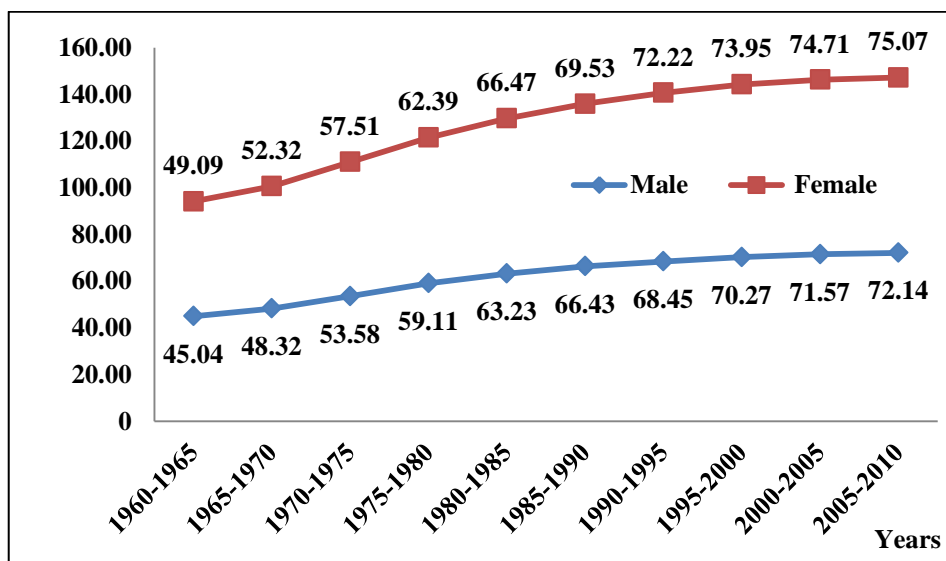


- Source: Statistical year book (1965-1966-1967-1968-1969) & 2018.

Figure (3.4) presents the trends in the life expectancy for both sexes during the period of 1960-2010. Saudi Arabia life expectancy was well below 50 years in the 1960s, 45 years for males and 49 years for females,

although general mortality conditions improved up to the 1970s. The upward trend in life expectancy continued from the mid-1980s onward but the rate of improvement was gradually increased slightly, particularly for females after 1990 and for males after 2000. Generally, Saudi Arabia progress in improving life expectancy is since the 1990s.

Figure (3.4)
Trends in the Life Expectancy by Sex during the Period (1960 -2010).



- Source: Statistical year book (1965-1966-1967-1968-1969) & 2018.

VI- CHANCE OF DEMOGRAPHIC DIVIDEND

4-1- First Demographic Dividend:

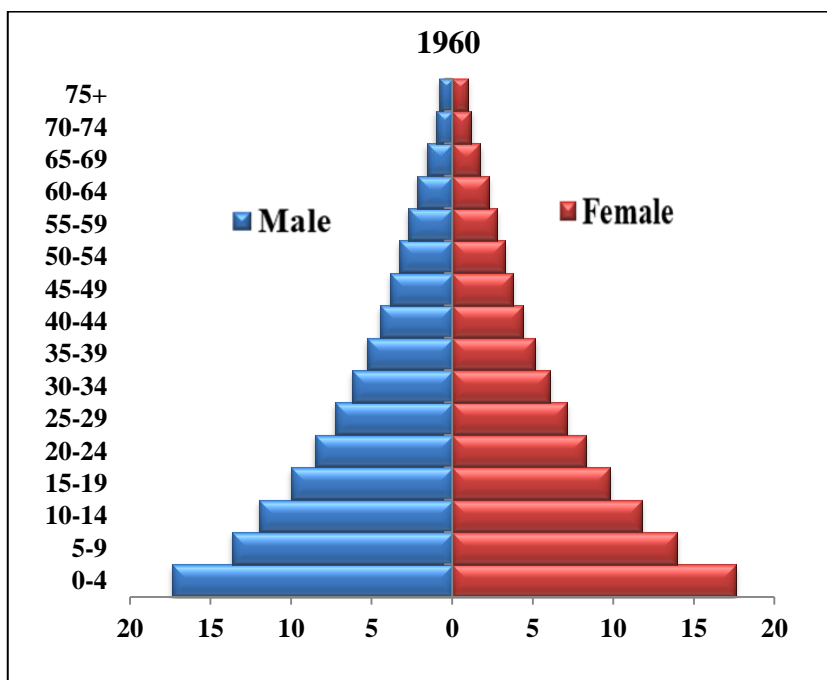
All countries pass through the demographic transition, but they differ in the pace and timing of such a transition. The demographic transition not only has consequences for the rate of population growth but it also affects the population age structure.

Declining fertility results in a falling proportion of children and young people in the population. Declining mortality usually contributes to an increasing population in the labor force age groups and the elderly. These two processes together produce an ageing population. The age structure transformation that accompanies the demographic transition has profoundly important consequences for the economy and society.

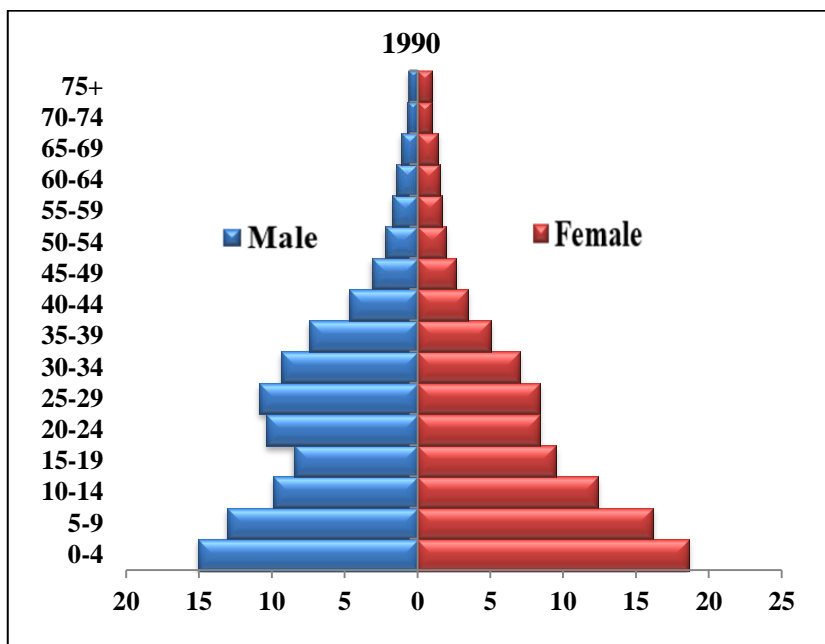
As shown in figure (4.1), the 1960 population pyramid has a radically different; the effects of the high fertility during the 1960s evident in the “base” of the pyramid, with age group 0-4 and 5-9 growing in proportion to the total. The pyramid indicates nearly that 20% of the population consisted of children less than 5 years of age.

By 1990, pyramid is filling out in the adult age groups as the large birth cohorts of the 1960s and 1970s enter into to older age groups. The shape of the pyramid in the young adult ages suggests that mortality was also having an impact. Although fertility had declined significantly by the 1990s, the proportion of children aged 0-4 remained quite high, because of proportion of women of childbearing age had been increasing. When the average number of children per women was falling, there were more women in reproductive age among the population, thus the number of births was rising.

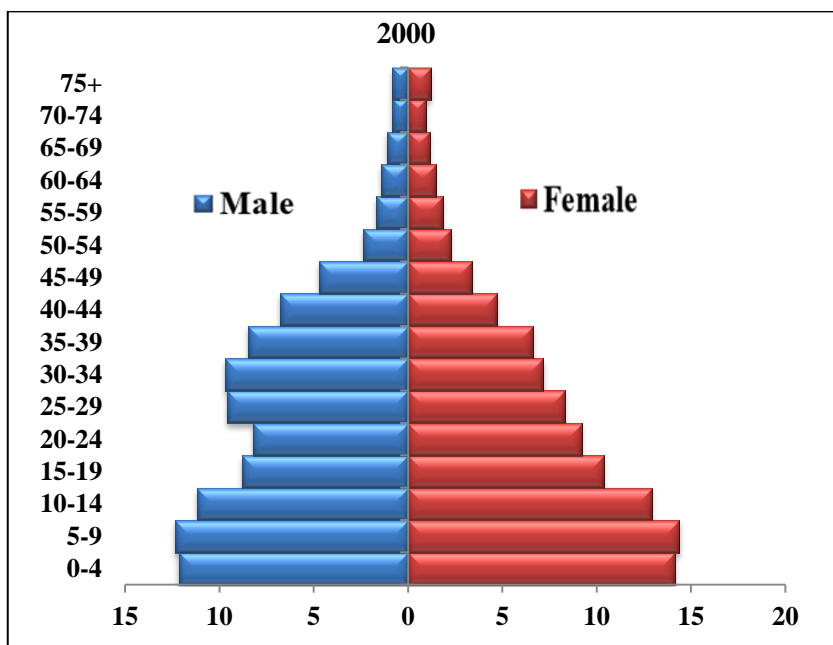
Figure (4.1)
Population Pyramid by Age and Sex in Saudi Arabia during 1960 – 2010



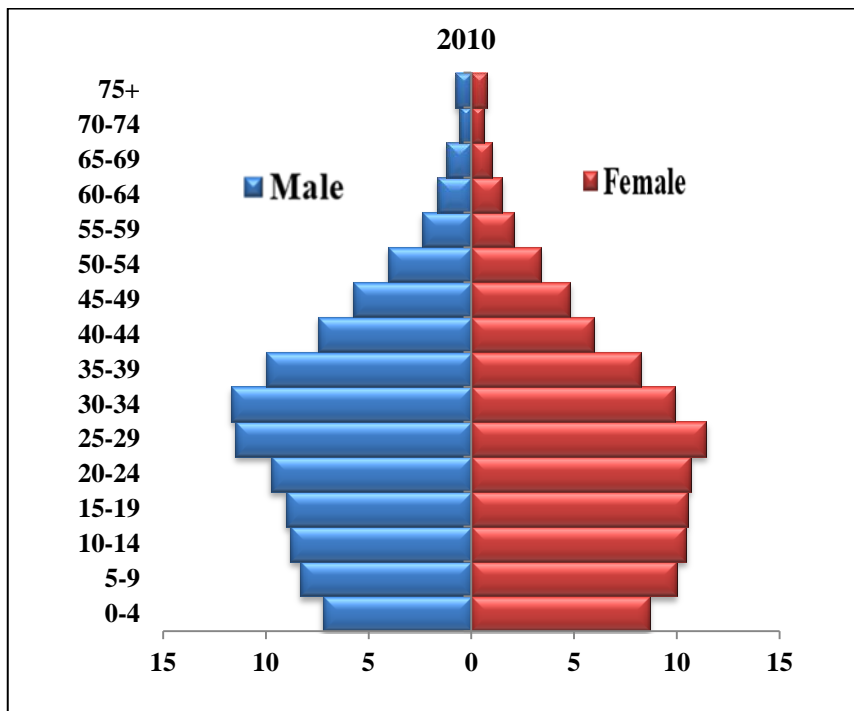
- Source: Statistical year book (1965-1966-1967-1968-1969) & 2018.



- Source: Statistical year book (1965-1966-1967-1968-1969) & 2018.



- Source: Statistical year book (1965-1966-1967-1968-1969) & 2018.



- Source: Statistical year book (1965-1966-1967-1968-1969) & 2018.

By year 2010, the shape of the population pyramid had radically changed 20 years of rapid fertility decline had resulted in a proportion reduction in the age groups 5-9, 10-14, 15-19 and 20-24. The largest age group in the population is now the 25-29 groups. The increasing size of this group is also for an increase in the 0-4 population given that 25-29 is the age at which most women marry and many have their first child.

Table (4.1) indicates an unequal sex ratio. In Saudi Arabia the numbers of male are more than female; as it can be observed as the sex ratio at birth remains unchanged for the period 1960 to 2010, at 1.03. Also it is clear the decline of both the elderly and total dependency ratio from 6.8% to 4.4% and life expectancy from 87.9% to 48.5%, for the years 1960 and 2010 respectively.

Table (4.1)
Percentage of Population by Broad Age Groups, Dependency Rate and Sex Ratio, Saudi Arabia 1960- 2010.

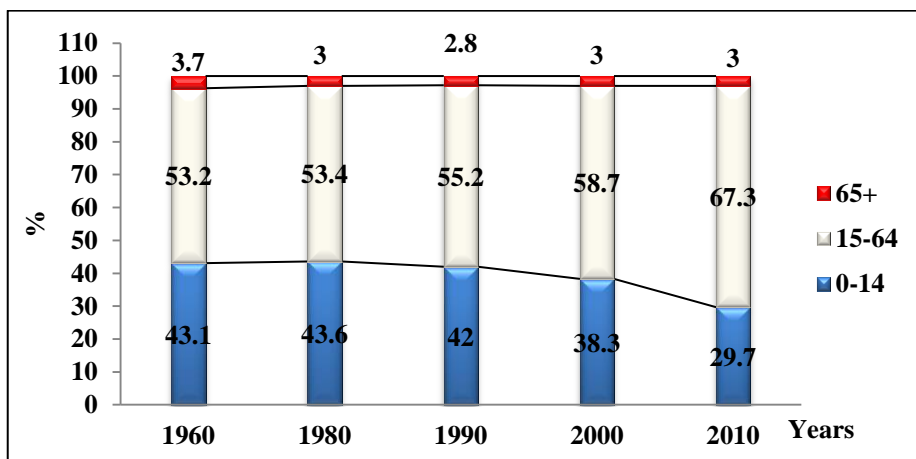
Indicator	Percentage of the population				
	1960	1980	1990	2000	2010
0-14	43.1	43.6	42.0	38.3	29.7
15-64	53.2	53.4	55.2	58.7	67.3
65+	3.7	3.0	2.8	3.0	3.0
Sex ratio at birth	103	103	103	103	103
Median age	18.5	18.0	19.5	21.3	26.0
Elderly dependency rate	6.8	5.7	5.1	5.1	4.4
Total dependency rate	87.9	87.4	81.2	70.3	48.5

- Source: Statistical year book (1965-1966-1967-1968-1969) & 2018

Figure (4.2) traces the percentage of the population by broad age groups. It illustrates that age group (0-14) years old, has declined (from 43.1 percent in 1960 to 29.7 percent in 2010) while the percentage of the working age population (15-64 years) has increased gradually (from 53.2% in 1960 to 67.3% in 2010); while the percentage of the population aged 65 years and over increased from 2.8% in 1990 to 3% in 2010.

When the working age group proportion increased and remains higher than the rest of age groups (young and old age), Saudi Arabia has a big opportunity to increase the output of the country considering that this category of population is not only consuming, but participating in income generation during this period that can take four decades and can only be reduced by low fertility while another thing being equal. Thus, as shown in figure (4.2) Saudi Arabia's first dividend started likely in the last decade by (2010).

Figure (4.2)
Percentage Distribution of Population by Broad Age Groups,
Saudi Arabia 1960-2010.



- Source: Tables (4.1)

4-2- Second Demographic Dividend:

As it is illustrated in table (4.1) that the first dividend started already by 2010 and it lasts for 4 to 5 decades, so it is expected that the second dividend may starts by 2050 and so population projection is a must to find out when is the time of the second dividend.

The aim of this sub section is to adopt a future perspective and assess the possible future course of population patterns and trends, starting from the latest recent Saudi Arabia Population census in 2010, by sex and 5-year age groups. It is used as input data for projecting the population of Saudi Arabia in light of three alternative levels of fertility and mortality until 2050 the target year, based on the standard cohort component projection method, applied by the Spectrum Policy Modeling System, to clarify when the second dividend will start.

In preparing rational projection assumptions, we have to consider the three basic assumptions such as mortality, fertility and migration and the trend of these factors that affect population. Concerning migration, it is assumed to be zero because it is more difficult to predict, due to the lack of accurate data.

4-2-1- Future Fertility Levels

Fertility is one of the components of population change. Total fertility rates were computed for past 10 year preceding the 2010 population census to project TFR which is the average number of children that would be born alive to a woman during her lifetime if she were to pass through her childbearing years conforming to the age-specific fertility rates of a given year.

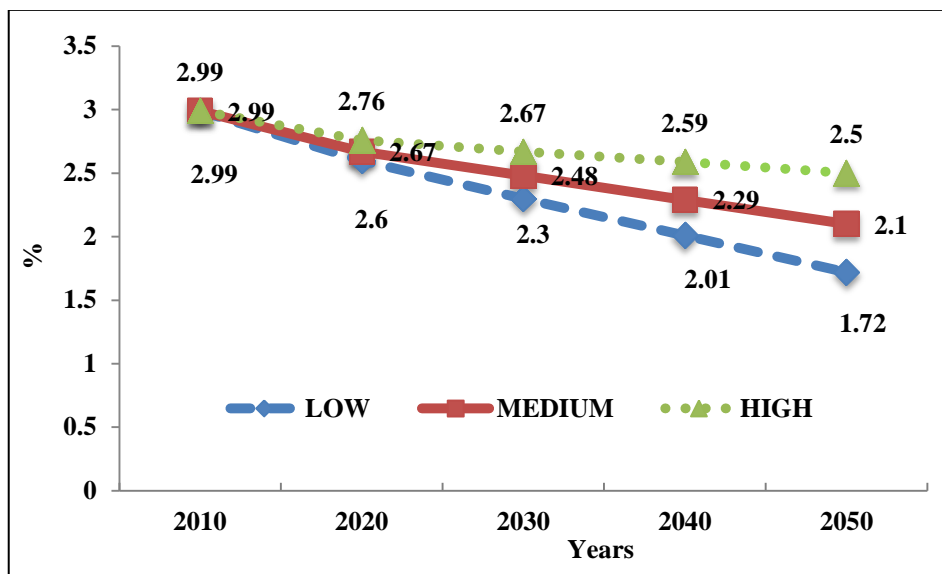
Furthermore, Total fertility rate for Saudi Arabia has fairly declined since 1980 till 2010. In 1980, total fertility rate was 7.02 children per women, and declined to 2.98 children per women in 2010, which are above the replacement level.

The Three Fertility Assumptions:

Fertility is the most important factor of population growth influencing population projection. For this reason, alternative assumptions of future fertility are generally made, based on a series of 10 years data of Total Fertility Rate and Life Expectancy to predict the future trend.

1. ***The “Low” Assumption:*** assumes that the total fertility rate (TFR) will decline from its level of 2.99 births per woman in 2010 to 1.72 births per woman in 2050, which is below the replacement level (2.1), according to Quadratic model in the time series analysis.
2. ***The “Medium” Assumption:*** assumes that the total fertility rate (TFR) will decline from its level of 2.99 births per woman in 2010 to reach the replacement level of 2.1 births per woman in the year 2050. As shown in figure (4.2.1), according to the Cubic model of the time series analysis in the SPSS that traced the future trend depending on the past TFR trend.
3. ***The “High” Assumption:*** assumes that the total fertility rate (TFR) will decline from its level of 2.99 births per woman in 2010 to 2.5 in the year 2050 as shown in figure (4.2.1), with the Exponential model of the time series analysis in SPSS that traced the future trend depending on the past TFR trend.

Figure (4.2.1)
Total Fertility Rate Assumptions during the period (2010 -2050).



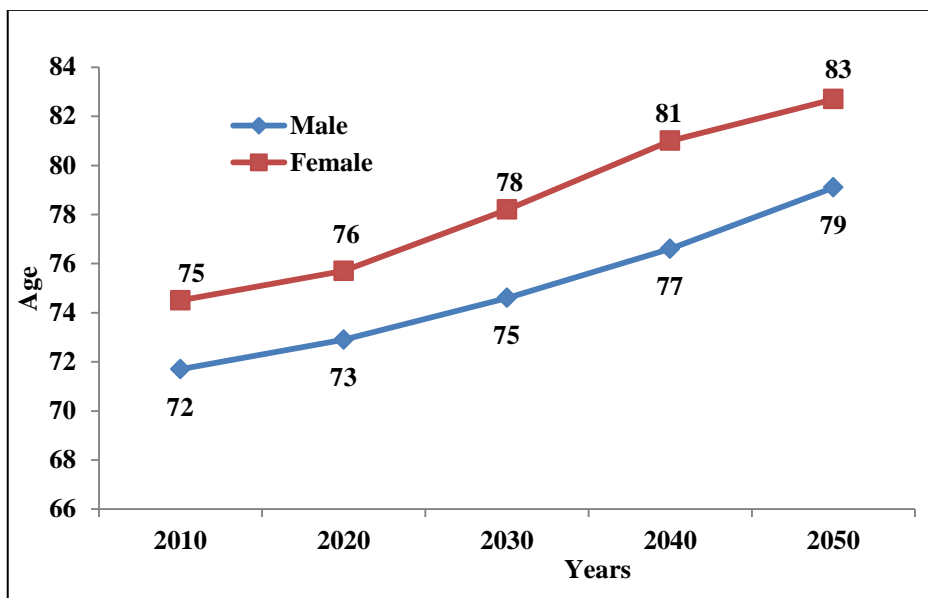
- Source: Population Projection by Researcher from Census 2010, utilizing the spectrum Model

4-2-2- Future Mortality Levels

One of the mortality indicators to be considered for the people welfare is life expectancy at birth, referring to the number of years that a group of people would live on average given the death rates that presently apply in each age-sex group. This measure gives an indication of the overall mortality levels across the entire age range. Given that male and female mortality patterns are somehow different, thus life expectancy is normally calculated separately for each sex, as well as both sexes together.

To predict life expectancy at birth for both sexes, time series analysis is used to predict the future life expectancy for the period of 2010 till 2050. The expected number of years to live since birth for male and female in the year 2050 equals to 79, and 83 years respectively, according to the quadratic and cubic models as shown in figure (4.2.2).

Figure (4.2.2)
Life Expectancy at Birth for Both Sexes During The period (2010-2050).



- Source: Population Projection by Researcher from Census 2010, utilizing the Spectrum Model

4-2-3- Population Projection and Age Structure

Using Component analysis for projection with one assumption of life expectancy, three assumptions of fertility and neglecting migration; the population projection outputs consist of three assumptions (high, medium and low) by age and sex. The outcome of the population projection reveals different indicators for both fertility and mortality with addition to some vital statistics outcome.

Population size is important in determining the rate of growth and planning for overall social and economic development towards the first and the second demographic dividend. The Saudi Arabia estimated population size by year 2050 is about (45,050) millions, according to the medium assumption and it is expected to decrease to (42,900) millions according to the low assumption, and become (46,810) millions according to the high assumption, see Table (4.2.3.1).

Table (4.2.3.1)
Population projection 2010-2050 all in (Millions).

Projection	LOW			MEDIUM			HIGH		
Years	Male	Female	Total	Male	Female	Total	Male	Female	Total
2010	15.640	11.770	27.410	15.640	11.770	27.410	15.640	11.770	27.410
2015	17.080	13.280	30.360	17.110	13.300	30.400	17.130	13.290	30.420
2020	18.360	14.670	33.030	18.450	14.730	33.180	18.530	14.740	33.260
2025	19.430	15.890	35.320	19.610	16.020	35.630	19.760	16.080	35.840
2030	20.280	16.950	37.230	20.580	17.160	37.740	20.830	17.290	38.110
2035	20.990	17.920	38.910	21.430	18.240	39.660	21.800	18.460	40.260
2040	21.620	18.900	40.530	22.260	19.360	41.630	22.790	19.720	42.520
2045	22.140	19.800	41.940	23.040	20.480	43.510	23.770	21.020	44.790
2050	22.430	20.480	42.900	23.610	21.430	45.050	24.590	22.220	46.810

- Source: Population Projection done by the Researcher, using the Spectrum Model.

By assuming low assumption of growth rate for further projections we can observe that the window of opportunity for Saudi Arabia to benefit from the demographic change will be around the year 2040 where the percentage of elderly population is estimated to increase more than 10%, and the second demographic window will start where elderly will be out of labor force and start withdrawing their savings and requesting for more investments and at this point, the Government needs to redirect funds to health and pension services.

Table (4.2.3.2) shows a steady decrease in the working age percentage starting from the period 2010 to 2040, with a decrease of about 1%, 4%, and 5% in 50 year of working age population for the three assumption namely low, middle, and high respectively; and an increasing in elderly dependency population at about 10%, 11% and 9% for the three assumption namely low, middle, and high respectively; which is more than 5%. At the end Saudi

Arabia is more likely to start the second demographic window by 2040. It is really important for Saudi Arabia to take opportunity by the use of working age population and accumulate savings and investment for future development.

Table (4.2.3.2)
Population Projection Broad of Age Structure, Saudi Arabia 2010-2050
(Percentage).

Projection	LOW			MEDIUM			HIGH		
Age	0-14	15-64	65+	0-14	15-64	65+	0-14	15-64	65+
2010	26	71	2	26	71	2	26	71	2
2015	26	71	3	26	71	3	27	71	3
2020	26	70	4	27	69	4	27	69	4
2025	27	70	5	28	67	5	28	67	5
2030	24	69	7	25	68	7	25	68	7
2035	22	69	9	23	68	9	23	68	9
2040	20	70	12	21	67	13	23	66	11
2045	20	65	15	21	64	15	23	63	14
2050	19	63	18	21	62	17	24	60	16

- Source: Population Projection by the Researcher, Using the Spectrum Model.

The current situation of Saudi Arabia is expected to remain for some years to come (Spoorenberg, 2011). When the proportion of elderly in the population starts to increase, as it will over the next decade or so, the “first window” will begin to close because both public and private expenditure will once again have to focus on supporting an increasing number of dependents, leaving less revenue available for investment in development and improving skills. At the same time the second dividend is going to start at the close time of the first because of the increase in the elderly population more than 10% with a slight reduction in working age groups and continuous reduction in (0-14) age group. For this reason, Saudi Arabia need to be prepared for this future change and get benefit from it.

By the use of high, Medium and low assumption of growth, Saudi Arabia seems to continue having replacement level which is less than the normal range of 2.1 until the period of 2050 and this is the indicator of slow increase in number of population in Saudi Arabia, as it is assumed to reach 1.7 in 2050 from 2.99 in 2010.

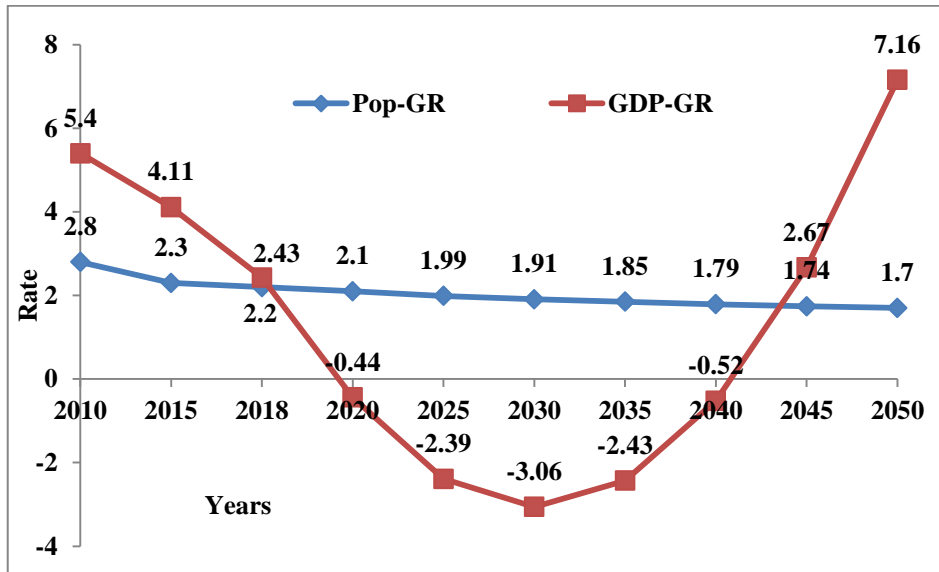
4-2-4- Gross Domestic Product and Population Growth Rates

Saudi Arabia has managed to control its GDP due to the increase in number of working age population and a decrease in age dependency. The per capita GDP according to current price were USD5856.83 in 2018 (General Authority for Statistics, 2019). Its economy is one of the top twenty economies in the world and it is highly depending on oil, since the country has the second-largest proven petroleum reserves, and is the largest exporter of petroleum in the world. It also has the fifth-largest proven natural gas reserves and is considered an "Energy Superpower", with a total worth of US\$34.4 trillion. (World Bank, 2019). During the period of year 2000, the high oil prices enabled the government to post budget surpluses, boost spending on job training and education, infrastructure development, and government salaries

In future, as shown in figure (4.2.4), the GDP of Saudi Arabia is estimated to continue reducing from 2.43% in 2018 to enter negative growth rate since 2020 till it reaches its peak by 2030 recording -3.06, and start decrease to reach -2.43% by 2035 and 7.16% in 2050, as estimated by the use of time series logarithmic fit model; which may be due to expenses of the war or the total dependency on oil as a GDP source of income.

The population growth rate on the other hand is estimated to continue decreasing from 2.8% in 2010 to 1.74% in 2045 and a slightly increase to 1.70% in 2050. These assumptions by the researcher are only based on the observed amount of GDP data in 8 years preceding 2019 and didn't include any economic factor to adjust these Growths of both the GDP and population.

Figure (4.2.4)
Annual Population Growth Rate and GDP Growth Rate, Projection 2010-2050



- Source: Projected by the Researcher base on the last eight years data on GDP and Pop. Growth Rate

V- CONCLUSION AND RECOMMENDATION

5-1- Conclusion

The ultimate goal of this study was to examine the current changes of the age structure and to analyze the Saudi Arabia Demographic Transition and its impact on the first Demographic Dividend, also forecasting the future population to estimate the timing of the second dividend. To achieve this purpose, some analyses are used such as descriptive one and population projection as well as time series. Based on the findings of this study, the following conclusions can be formulated:

- The populations of Saudi Arabia reached 27.4 million in 2010 census, and the percentage of children fewer than 15 years were 26.58 in 2010 and it is projected to reach 28% in 2025 and then decline to 21% in 2050 with medium assumption. The proportion of elderly population has been found less than 5% in 2010 but its projected to reach this rate in 2025 and continue increasing up to 17% in 2050 with the medium assumption, due to decline in the TFR from 2.99 in 2010 to 2.1(replacement level) in 2050.

- Saudi Arabia's mortality rates have declined steadily over the subsequent 50 years but the rate of decline slowed down significantly from the 1995s to the early 2010. Life expectancy is assumed to reach 83 years for females and 79 years for Males in the year 2050 the gap between male and female was found to be only four years.
- The first opened window of opportunity already started within 2009-2010 and is likely to close in the period 2040-2045, where, according to the projections the number of elderly population will start to increase due to the decline in fertility and the proportion of working age population will also start to decrease considerably. By this period Saudi Arabia will enter the second demographic dividend and the elderly (more than 10%) will be depending on the retirement and accumulated asset if any, otherwise by the government.
- Based on the medium assumption, Saudi Arabia's population will reach 45.05 million in 2050 based on 2010 census which was 27.4 million.
- We cannot be sure that the window of opportunity will close by the said above period, but if the unemployment rate remain low, and economic situation change badly, this window of opportunity will be lost even though it is still open for Saudi Arabia. The government needs to take advantage of this research paper and find out which policy to adopt to get benefit from the demographic dividend.

5-2- Recommendations

As a consequence of the outcomes presented throughout this study, some recommendations are needed to find out how Saudi Arabia's can get benefit from demographic dividend, can be suggested:

- Saudi Arabia economy has to use fully and absorb past population increases, particularly the increasing in labor force. And yet by reducing the unemployment and poverty which would be a persistent issue at high levels if nothing is done, even with a relatively slow rate of population growth. This will help Saudi Arabia to have much accumulated resources as it has low rate of population increase. For this reason, government must ensure the development and the formulation of policy encouraging Medium fertility to maintain these opportunities through planning, monitoring and evaluating this policy.

- While the number of working age is increasing, the number of labor force also increase, and if this number is not matching with the number of job opportunities, this will lead to unemployment and underemployment and therefore to poverty, which will lead Saudi Arabia to lose the chance of developing through this window of opportunity. For this we recommend; to match the training with the needed skills, engage the youth for access the welfare of its generation and removing obstacles for job increasing.
- Accordingly, to the results, GDP will decrease from 2020 till 2035, and so Saudi Arabia should reduce the country's dependency on oil and diversify its economic resources.
- The government should encourage private sector growth to lessen the kingdom's dependence on oil, and to increase employment opportunities for the swelling Saudi population.
- The economic outcome from demographic change is policy dependent, therefore, in the absence of complementary economic policies; the demographic dividend cannot be counted on to produce favorable economic results.

- REFERENCES

- Abu Ashwan, Sultan Majed, Asharaf Abdul Salam and Mohamed A. Mouselhy (2012) Population growth, structure and distribution in Saudi Arabia. *Humanities and Social Science Review*. 1. 33-46
- Bloom, D.E. and Williamson, J.G., (1998), Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia, *World Bank Economic Review*, Vol. 12.
- Bloom, David E. and Jeffrey G. Williamson, 1998, Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia, *World Bank Economic Review*, 12: 419 - 455.
- Bloom, David E., David Canning and Jaypee Sevilla, 2003, The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change, *Population Matters Monograph MR-1274*, RAND, Santa Monica.
- Gubhaju, B., & Moriki-Durand, Y. (2003). Fertility levels and trends in the Asia and Pacific region. *Population and development: Selected Issues* (Asian Population Studies Series, No. 161), ESCAP, Bangkok.
- Harkat, Tahar and Driouchi, Ahmed (2017): Demographic Dividend & Economic Development in Arab Countries. *Macroeconomic Analyses of Economic Development*.

- Khraif, R., Salam, A. A., Potty, R. S., Aldosari, A., ElSegaey, I., & AlMutairi, A. (2016). Variations in basic demographics consequential to population size of governorate in Saudi Arabia. *Springer Plus*, 5(1), 1431. doi:10.1186/s40064-016-3126-0.
- Lee, R and Mason, A. (2006). *Finance and Development*, A quarterly magazine of the IMF September 2006, Volume 43, Number 3.
- Maddalon, Angela, Alberto Musso, Philipp Rother, Melanie Ward-Warmedinger, and Thomas Westermann, "Macroeconomic Implications of Demographic Developments in the Euro Area," *European Central Bank, Occasional Paper no. 55* (2006).
- Mason, A, (2005a), *Demographic dividends: The Past, the Present, and the Future*, Prepared for the Joint International Conference of the 21st Century COE (Center of Excellence) Program of Kobe University and the Japan Economic Policy Association (JEPA), "Towards a New Economic Paradigm: Declining Population Growth, Labor Market Transition and Economic Development under Globalization", Awaji Yumebutai International Conference Center near Kobe, Japan, December 17-18.
- Mason, A, (2005b), *Demographic Transition and Demographic Dividends in Developed and Developing Countries*, Presented at United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures, 31 August – 2 September, Mexico City.
- National Transfer Accounts (NTA), 2012. *Understanding the generational economy*, Bulletin No. 5, 2012, Publication date: 2 December 2015.
-
- Siegel S. Jacob & Swanson A. David (2004). *The Method and Materials of Demography*. Second edition. Elsevier Science (USA) 2003.
- Spoorenberg, T. (2007). *The demographic window, development, and population policy implications in Mongolia*, ACMS speaker series, November 8, 2007.
- The Gates Institute (2011). *A Primer on the Demographic Dividend*, Development Outreach, Johns Hopkins Bloomberg, School of Public Health, April, 2011.
- The World Bank publishes statistics on the size, growth, composition, and distribution of ... Anthony, Craig. "Which 10 Countries Have the Most Natural Resources?". Investopedia. Retrieved 12 December 2018.
- UN, (2019). *World Population Prospects the 2019 Revision*. Population Division, the Department of Economic and Social Affairs.
- UNFPA, (2016). *United Nations Population Fund Value Proposition for the Demographic Dividend* No. of pages: 1 Retrieved 21 December 2016. <https://www.unfpa.org/demographic-dividend>.

Disability and Related Conditions in Libya, 2014.

Salwa Mohammad Sarite¹

Dr. Mona Tawfik Yousif²

Abstract

Disability is a social problem both for the disabled person himself and his or her family and therefore calls for efforts to be reduced and to integrate people with disabilities into their societies so that they can demonstrate their potential to contribute to development Economic and social development of their countries. The main objective of this study is to identify levels, differentials of disability, examine the levels of disability, identify the levels of the types of disability, and examine the demographic and socio-economic differentials of disabled persons in Libya.

The main findings of this study revealed that most disability was related to hearing, vision and movement and the main causes were congenital, disease and aging. However, injury and revolution had also contributed a lot to disability. Results further revealed the medical care was very important in the early years of growth and during the old age. Most of the people living with disabilities needed food, medical supplies and social care, the study indicated that disability was associated with chronic diseases where by the poor were mainly affected as well as the richest. Wealth index greatly predicted disability whereby there were fewer cases of disability due to diseases among the rich than the poor. Education of the respondent (mother) was found to be important in predicting disability.

The study recommends that hospitals should take into account special needs of disabled persons in order to access services, these could be walkways, wheel chairs, and specialized clinics for the disabled, they should also be supported to start up income generating activities so that they are able to cater for their own lives as well the life of their siblings, and empowered through a non-discriminative education system employment, and all the fundamental human rights including the rights that protect any form of discrimination against the disabled through policy or law. The Promotion of community awareness programs that aim at sensitizing people about the causes of disability especially disability that results from hygienic diseases, malnutrition, and psychological causes.

Key Words: Disability, Related Conditions, disabled person, Libya.

¹ Student at Population and Sustainable Development Diploma at (CDC), Libya, Email: mhsalwa@yahoo.com

² Staff Member at Cairo Demographic Center (CDC), Email: mona_ty61@yahoo.com.

الإعاقة والظروف ذات الصلة في ليبيا، 2014.

سلوى محمد صريتي¹ منى توفيق يوسف²

- مستخلص

الإعاقة هي مشكلة اجتماعية لكل من الشخص ذي الإعاقة نفسه ولأسرته، وبالتالي يجب الدعوة إلى تكثيف الجهود للتقليل منها ودمج الأشخاص ذوي الإعاقة في مجتمعاتهم حتى يتمكنوا من إثبات قدرتهم على المساهمة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية لهم ولبلدانهم. وبالتالي فإن الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو تحديد مستويات وفوارق الإعاقة، ودراسة مستويات الإعاقة، و تحديد مستويات أنواعها، ودراسة الفروق الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية للأشخاص ذوي الإعاقة في ليبيا.

وكشفت النتائج الرئيسية لهذه الدراسة أن معظم حالات الإعاقة كانت مرتبطة بالسمع والبصر والحركة والأسباب الرئيسية هي الخلقية والمرض والشيخوخة. ومع ذلك، فإن الإصابات والثورة ساهمتا أيضًا كثيرًا في الإعاقة. أظهرت النتائج كذلك أن الرعاية الطبية كانت مهمة جدًا في السنوات الأولى من النمو وأثناء الشيخوخة. يحتاج معظم الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الغذاء والإمدادات الطبية والرعاية الاجتماعية، وأشارت الدراسة إلى أن الإعاقة مرتبطة بالأمراض المزمنة حيث يتأثر بها الفقراء بشكل رئيسي وكذلك الأغنياء. يرتبط مؤشر الثروة إلى حد كبير بالإعاقة حيث كانت هناك حالات أقل من الإعاقة بسبب الأمراض بين الأغنياء مقارنة بالفقراء. وجد أن المستوى التعليمي للمبحوث (الأم) مهم في التنبؤ بالإعاقة والتقليل من الإصابة بها.

توصي الدراسة بضرورة أن تأخذ المستشفيات بعين الاعتبار الاحتياجات الخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة من أجل الوصول إلى الخدمات، مثل ممرات المشاة والكراسي المتحركة والعيادات المتخصصة للمعاقين، كما يجب دعم هذه الفئة لممارسة أنشطة مدرة للدخل بحيث تكون كذلك قادرة على تلبية احتياجات حياتهم وحياة أسرهم، وتمكينهم من نظام تعليمي غير تمييزي يحقق المساواة، وجميع حقوق الإنسان الأساسية بما في ذلك الحقوق التي تحميهم من أي شكل من أشكال التمييز بسبب الإعاقة خلال وضع ورسم السياسات وسن القوانين، تعزيز برامج التوعية المجتمعية التي تهدف إلى توعية الناس بأسباب الإعاقة وخاصة الإعاقة الناتجة عن الأمراض المتعلقة بالنظافة وسوء التغذية والأسباب النفسية.

الكلمات المفتاحية: الإعاقة، الأشخاص ذوي الإعاقة، الظروف ذات الصلة، ليبيا.

¹- طالبة دبلومة السكان والتنمية المستدامة بالمركز الديموغرافي بالقاهرة، ليبيا، mhsalwa@yahoo.com

²- عضو هيئة التدريس بالمركز الديموغرافي بالقاهرة، mona_ty61@yahoo.com

I- INTRODUCTION

1-1- Background

Disability is a complex and evolving concept. Historically, it has been viewed from a medical perspective, whereby it was understood as a deviation from an imagined human norm. According to this medical model, disability was defined exclusively according to a person's impairments and the focus lay on preventing, treating and managing these impairments. Over recent years, and prompted largely by the self-organization of persons with disabilities, this medical model has gradually given way to new understandings of disability, ((ESCWA) and League of Arab States, (2014)).

Today, disability is part of the human condition that will temporarily or permanently impair almost everyone at some point in life, and those who survive to old age will experience increasing difficulties in functioning. Most extended families have a disabled member, and many non-disabled people take responsibility for supporting and caring for their relatives and friends with disabilities. Substantial evidence suggests that disabilities related to aging and many health conditions can be reduced and functioning improved with rehabilitation. However, there is still no global consensus on the operational measures of disability and data on the need for rehabilitation services. This knowledge limitation, including cultural variations in the perception of disabilities and the demand for rehabilitation services, can be estimated using data on the prevalence of disability or disability-specific surveys. (WHO, World bank, 2011)

Disability varies according to a complex mix of factors, including age, sex, stage of life, exposure to environmental risks, socioeconomic status, culture and available resources – all of which vary markedly across locations. Increasing rates of disability in many places are associated with increases in chronic health condition – diabetes, cardiovascular diseases, mental disorders, cancer, and respiratory illnesses – and injuries. Global ageing also has a major influence on disability trends because there is higher risk of disability at older ages.

The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), adopted in 2006, aims to “promote, protect and ensure the full and equal enjoyment of all human rights and fundamental freedoms by all persons with disabilities, and to promote respect for their inherent dignity”. It reflects the major shift in global understanding and responses towards disability, (WHO, 2011).

This evolution in the understanding of disability has driven substantial policy change over recent years. At the regional level, Arab countries declared the Arab Decade for Persons with Disabilities (2004-2013) at the 2004 Arab Summit in Tunis. This decade marked a milestone for the Arab world, as it established for the first time a set of regionally agreed principles and objectives to guide national efforts on disability. Two years later, the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) formalized the new concept of disability and now provides States Parties with a comprehensive framework for protecting, promoting and advancing the rights of persons with disabilities, ((ESCWA) and League of Arab States, (2014)).

1-2- Problem Statement

People with disabilities suffer from discrimination throughout the world, especially in the developing countries, and are frequently excluded from social, economic, and political processes in their societies. Disability was long considered an individual problem that was treated from a medical and charitable view point, but neglected in terms of equal rights for disabled persons. Now disability has been recognized as a major social issue internationally, and the World Health Organization (WHO) is putting together great efforts to assist countries in developing policies for people with disabilities, ensuring early identification and treatment, providing equal opportunities, and promoting rights of the disabled people, (WHO, 2005).

Disabled people are increasing; globally, one billion people—or 15 per cent of the world population—are estimated to be living with disability. By contrast, Arab countries report comparatively low prevalence of disability, ranging from 0.4 to 4.9 per cent of the population, which evidences widespread differences and difficulties in data collection, research and analysis. After the conflict in Libya it is estimated that there could be more than 900,000 people with disabilities recording about (14.3%). Prior to the conflict, disability prevalence was estimated to be 3.1%, ((ESCWA) and League of Arab States, (2014)).

Disability results from many factors associated with poor health facilities and inadequate sensitization, lack of vaccination, wars, hunger and others. It has continuously been a challenge in Libya and most disabled people continue to face health risks such diseases, injury and end up dying.

Both child and adult mortality due to these health risks remain affecting the quality of life of the disabled people. Disabled persons are one among vulnerable group in population, characterized by lack of education, high unemployment, and low participation in socio- economic activity which kept them marginalized. This has affected their livelihood and deprived them of the natural human dignity that is supposed to be enjoyed by everyone in the community.

1-3- Importance of the Study

Disability is a social problem both for the disabled person himself and his or her family and therefore calls for efforts to be reduced and to integrate people with disabilities into their societies so that they can demonstrate their potential to contribute to development Economic and social development of their countries. Therefore, it is very important to raise the social and economic level of any country and developing health services, social welfare, communication and, health awareness and reduction marriage of relatives and improvement of environmental conditions and the elimination of social habits and bad food contribute in reducing the prevalence of disabilities and their negative effects on persons with disabilities themselves as well as on their families and society.

1-4- Objectives of the Study

The main objective of this study is to identify levels, differentials of disability in Libya. The study aims to achieve the following specific objectives:

- To examine the levels of disability in Libya.
- To identify the levels of the types of disability.
- To examine the demographic and socio-economic differentials of disabled persons in Libya.
- To identify the level of disability causes and their care level.

1-5- Data source

In order to understand disability and related conditions in Libya the study used data derived from the 2014 Libyan National Family Health Survey (PAPFAM, LAS) (LNFHS, 2014), a nationally representative survey.

The primary purpose of the LNFHS was to generate recent and reliable information on fertility, family planning, infant and child mortality, maternal and child health, and nutrition and disability.

During the (LNFHS) survey, the question was asked of the families of disabled residents who had a disability and defined disability as any physical or mental condition or any other health condition that lasted 6 months or more and limited the ability to exercise daily life as usual compared to a normal person of the same age and gender. If found, do they affect the activity of the individual sharply or moderately, as well as the type and cause of the disability and the age of the person when they occur, as well as receiving any social or health care during the 12 months preceding the survey.

1-6- Methodology

The study is generally descriptive in nature with inclusion of simple frequency tables for uni-variate analysis, percentages, and ratios. Some indicators were selected to examine differentials of disabled persons according to demographic and socio- economic factors

Bivariate analysis representing in cross tabulations is also applied using the Chi-square test statistic with the help of SPSS in order to establish the relationship between the dependent and the independent variables. The test statistic takes the form:

$$\chi^2_{(r-1)(c-1)} = \sum_i^r \sum_j^c \left(\frac{(O - E)^2}{E_{ij}^2} \right)$$

$$i = 1, 2, \dots, r, j = 1, 2, \dots, c$$

Where;

O_{ij} - observed frequency at the i^{th} row and j^{th} column of the contingency table

E_{ij} - expected frequency at the i^{th} row and j^{th} column of the contingency table

c – number of categories of the dependent variable

r – number of categories of the independent variable

1-7- Country background

Libya lies within the Eastern Mediterranean Region (EMR) and the Middle East and North African Region (MENA). This vast country borders Egypt in the east, five North African countries to the south and west (Sudan, Chad, Niger, Algeria and Tunisia) and the Mediterranean Sea to the north. The country has faced challenges of political instability and this has impacted on its population which was estimated to be 6,653,210 in 2017 with an average life expectancy of 76.7 years. Most of the population was aged 25-54 and the majority males. The country population continues to grow at a rate of 1.58% with a total fertility rate of 2.04. The economy has been devastated by war and this has affected all economic indicators. The economy continues to rely on petroleum products and the per capita income was 7998 USD per year in 2017 with a GNP growth rate of 26.7%. However, efforts were being harnessed to have peace prevail in the country. Despite all this, Libya has continued to be a hub for migrants in transit to Europe.

Figure (1)
Map of Libya

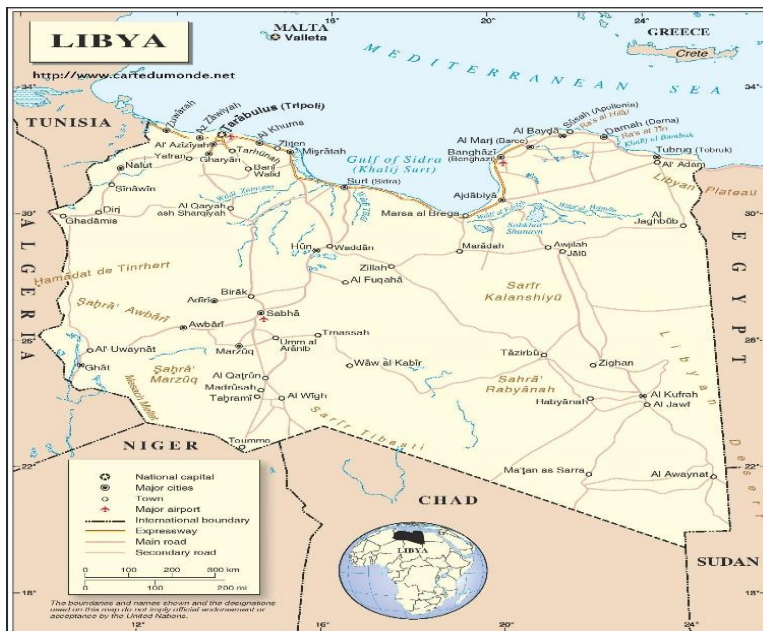


Table (1)
The Demographic and Socio-Economic Indicators of Libya

Variable	Year
Total land Area	1,759,540 Km2 (679,362 sq. miles)
Population	6,281,256 (est 2018)
Population 0-14	2,057,356 (1,051,125 males /1,006,232 females)
Population 15-64	3,935,203 (2,021,316 males /1,913,950 females)
Population 65+	286,185 (139,828 males /146,358 females)
Child Dependency ratio	52.3 % (est 2018)
Average life expectancy	76.7 years (est 2018)
Male life expectancy at birth	75.3 years (est 2018)
Female life expectancy at birth	80.1 years (est 2018)
Population growth rate	1.58% (est 2018)
Total fertility rate	2.04 (est 2018)
Sex ratio	1.07 male(s)/female (est 2018)
Births this year	136,132 live births (est 2018)
Deaths this year	33,201 deaths (est 2018)
Per capita income	7998 USD per annum (est 2018)
GNP growth rate	26.7%. (est 2018)

- Source: United Nations (2018) countrymeters.info

1-8- Literature Review

Reza Ahmed et al (2012), studied social determinants of sex differences in disability among older adults using world health survey data. From a sample of 28568 males and 35070 females al, aged 50 years and above from 57 countries of the world, results showed that Prevalence of disability among women compared with men aged 50+ years was 40.1% vs. 23.8%. Lower levels of education and economic status are associated with disability in women and men. Approximately 45% of the sex inequality in disability can be attributed to differences in the distribution of socio-demographic factors. Approximately 55% of the inequality results from differences in the effects of the determinants. Their study concluded that there was an urgent need for data and methodologies that can identify how social, biological and other factors separately contribute to the health decrements facing men and women as they age.

Alean Al-Krenawi et al (2011) studied the impact of intellectual disability on Bedouin-Arab families' caregiver burden, family functioning, marital quality, and sense of coherence. A random sample of 300 Bedouin-Arab parents with one or more intellectually disabled children, and a control group (n=100) completed the McMaster Family Assessment Device (FAD), the ENRICH marital quality questionnaire, Robinson's Caregiver Strain Index, the Sense of Coherence (SOC) questionnaire, and a basic demographic questionnaire. Findings revealed that families with intellectually disabled children reported more problematic family functioning, less marital satisfaction, more caregiver burden, and lower sense of coherence. Differences were found related to parental age, marital status, and education level, and the number of intellectually disabled children in the family. These findings were found to have implications for family-centred care, for the educational, health, and social services that support familial structures, and in public education and community programs.

Jennifer Harris and Alan Roulstone (2011), while studying disability, policy and professional practice, found out that gender and ethnicity had great impact on disability. Their study pointed out the need to recognize that policy and practice are to be directed at either disability or ethnicity but rarely at both than failing to meet the requirements of the marginalized groups. This was to be achieved through elimination of all forms of gender discrimination in a holistic manner.

Mahmoud Sadek Elmagdy (2010) analysed the situation of persons with special needs and their vocational rehabilitation in Egypt with a focus on Damietta Governorate and his findings showed that there was an increase in the percentage of persons with disabilities in the governorate, based on the finding, he concluded that it required some actions to control the scourge such as early detection of disability since childhood, establishment of special education facilities for disabled persons in all age groups especially those less than 15 years. Improving the vocational rehabilitation and training to help them to live independently with a built-in follow up. Lastly to improve on the health facilities for the disabled persons and enable them improve on their work chances.

Mohammed Mumtaz Raza Khan (2007), studied about the status of disabled population in Pakistan in 1998 using the population census 1998 in Pakistan. From his study disabilities was highly associated with age where the majority of the disabled were below 15 years of age. It was also found out that sex was an important predictor as most of the disabled were females, From the results the study concluded that health care improvement especially in rural areas would reduce on cases of children getting crippled in their young stages of life, it recommended immunization and proper water sanitation.

Molloy et al, (2003), studied Diversity in Disability (a follow-on qualitative study from the 2002 UK Survey, Disabled for Life, also commissioned by the DPG, involved 103 people with disabilities. Participants in the study believed that progress had been made in society and that opportunities for people with disabilities had substantially increased. They described a range of life experiences and attitudes. They considered that negative attitudes to disability can lead to low self-esteem, restricted opportunities for people with disabilities to fully participate in key areas of life and ongoing adverse effects on the physical and mental health of people with disabilities.

Grewal et al, (2002), in a study about Attitudes Towards Disability and Disabled for Life commissioned by the Department for Work and Pensions (DPG) in UK, the majority of the 2064 respondents, of whom 47% had a disability, thought that the position of people with disabilities had improved in the prior two decades but that strong attitudinal and structural barriers remained. The study showed a continuum of attitudes towards disability from inclusive attitudes, characterized by a positive view of the lives of people with disabilities and a broad definition of disability to exclusionary attitudes that focused on differences negatively. Based on this study, At the 2006 NDA Research Conference in Dublin, Bert Massie, Chairperson of the UK Disability Rights Commission, said: "Attitudes to disability are the major barrier to disabled peoples' full participation...From pity, awkwardness and fear, to low expectations about what disabled people can contribute, stereotypical and negative attitudes hold people back"

(Massie, 2006). “People with disabilities regularly identify societal attitudes as the most potent and negative stressor in their lives.

1-9- Organization of the Study

The study covers three sections. The first section covers the introductory part, whilst the second section handles the levels, differentials of demographic, socio-economic variables of disabled persons and various forms of disability, meanwhile section three identifies the level of disability causes and their differentials as well as identifying the care level, while second for is a summary of the study and its recommendations.

II. LEVELS AND DIFFERENTIALS OF DISABILITY IN LIBYA

Indicative estimates of people with disabilities in Libya carried out during an assessment of internally displaced persons in Libya using the Washington Group approach suggest that 47% of people with disabilities had difficulties with sight; 45% had difficulties with movement or walking; 34% had difficulties with hearing; and 17% had difficulties with communicating or using language. The most common disability they reported was physical and permanent disability (not due to the conflict) and was found in higher proportions in urban Tripoli (2.57%). Conflict related disabilities were more frequent in rural Benghazi (2.2%) when compared to urban Benghazi (0.6%) or urban Tripoli (1%). Mental disabilities, visual, speech and hearing impairment were found more frequently in urban Tripoli when compared to Benghazi. A third of disabilities were suggested to be linked to conflict related injuries resulting from small arms and light weapons and landmines and unexploded ordnance. The conflict has also left many Libyans with psychological distress and mental health disorders. ‘Non-conflict related causes of disability include Libya’s high motor vehicle accident rate, an increasing incidence of non-communicable disease such as cardiovascular conditions, a relatively high rate of genetic and hereditary disorders resulting from consanguineous marriage, and endemic trachoma resulting in blindness, OCULUS Team, (2016)

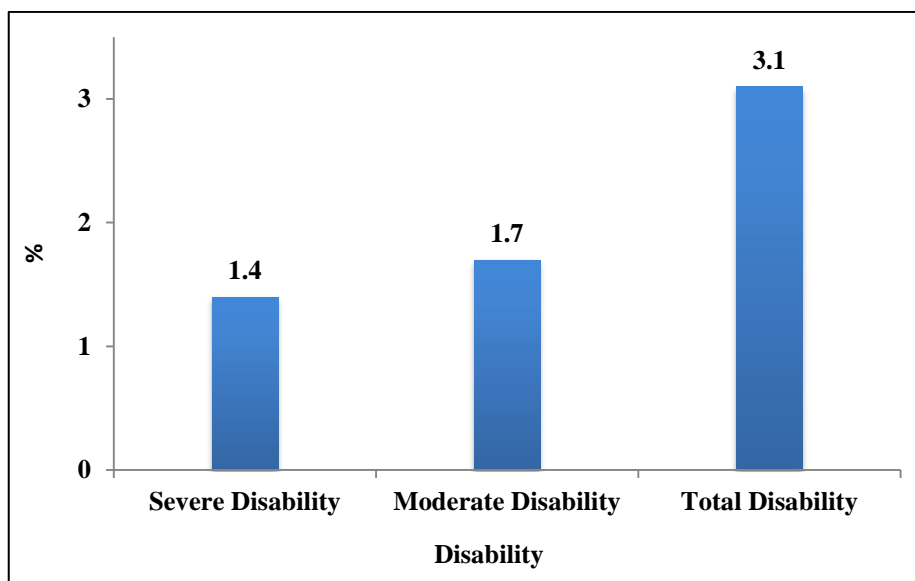
2-1- Levels and Differentials of Disability

This section reviews the levels of disability in Libya, as well as the differentials of disabled people according to some demographic and socio-economic factors.

2-1-1- Levels of Disability

Figure (2.1) traces the percentage of disabled people in Libya from LNFHS, 2014. It reveals that on average about 3.1% have some form of disability, 1.4% of them had severe disability that oppose them from doing their required daily work, while 1.7% had moderate disability that partly oppose them from doing their required daily work. Meanwhile 96.7% of the populations under study do not complain about the existence of any opposition to do the required work.

Figure (2.1)
Percentage of Disabled People in Libya, LNFHS, 2014



- Source: Calculated by the researcher from the raw data of LNFHS, 2014.

2-1-2- Differentials of Disability

Table (2.1) illustrates the percentage distribution of people with disabilities 6 months and more before the survey according to selected background characteristics, LNFHS 2014. It indicates that males are more severely affected by disability than females by 0.3 points as a result of factors such as their participation in war and other injuries as well as disease.

Table (2.1)
Percentage Distribution of People with Disabilities, 6 Months and more
before the Survey, According to Selected Background Characteristics,
LNFS, 2014

Selected variable	Degree of Disability		
	Severe	Moderate	No condition
Sex	Pearson chi value = 37.509a Prop = 0.000 < 0.05		
Male	1.6	1.9	96.5
Female	1.3	1.6	97.2
Age Group	Pearson chi value = 1495.806a Prop = 0.000 < 0.05		
0-4	7	7	98.5
5-9	1.2	1.4	97.5
10-14	1.3	1.6	97.2
15-19	1.1	1.2	97.7
20-24	1.2	1.3	97.5
25-29	1.2	1.3	97.5
30-34	1.1	1.4	97.5
35-39	1.2	1.7	97.1
40-44	1.2	1.9	96.9
45-49	1.6	1.8	96.6
50-54	2.0	2.7	95.3
55-59	1.8	2.8	95.4
60-64	2.1	3.9	94.1
65-69	3.2	5.2	91.7
70-74	6.5	6.0	87.6
Place of residence (area)	Pearson chi value = 9.149a Prop = 0.010 > 0.05		
Urban	1.4	1.7	96.9
Rural	1.6	1.9	96.5
Relationship to h/hold Head	Pearson chi value = 750.496a Prop = 0.000 < 0.05		
Head	2.3	3	94.7
Spouse	0.8	1.4	97.7
Other	1.3	1.5	97.2
Respondent education level	Pearson chi value = 437.957a Prop = 0.000 < 0.05		
None	2.3	2.6	95.1
Basic	1.1	1.6	97.3
Secondary	0.9	1.3	97.8
Wealth index	Pearson chi value = 30.484a Prop = 0.00 < 0.05		
Poorest	1.8	1.8	96.4
Poor	1.3	1.7	97
Medium	1.5	1.6	96.9
Rich	1.3	1.9	96.8
Richest	1.3	1.7	97
Total	1.4	1.7	3.1

- Source: Calculated by the researcher from the raw data of LNFS, 2014.

Regarding place of residence, as expected, rural areas are mainly affected with severely degree of disability with 1.6 percent as compared to the urban with 1.4 percent. This could be due to disease, war and natural aging. Otherwise rural areas remain with high levels of moderately limited form of disability.

Regarding household head, disability is associated with the male headed families with 2.3 percent severely degree and 3 percent moderately limited. This was significant and could be a result of negligence in either not vaccinating child against diseases such as polio.

The table illustrates that disability either severe or moderate degree is associated with not educated people to represent 2.3 percent and 3.6 percent respectively, while the wealth index indicator which represent the standard of household living, disability is associated with the poorest to represent 1.8 percent for both severe and moderate degree of disability.

Chi square test statistic results indicate that there is a significant relationship between degree of disability and the demographic and socio-economic background characteristics with a p-value of 0.000 at the 5% level of significance.

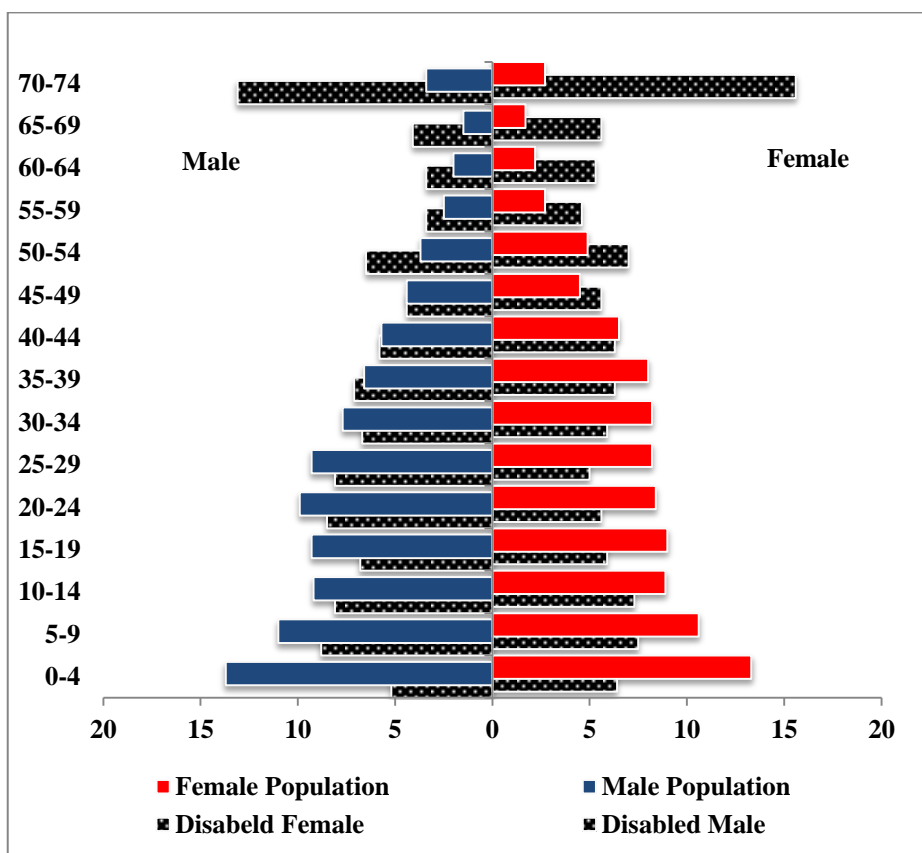
Global ageing has a major influence on disability trends. The relationship here is straightforward, there is higher risk of disability at older ages, and national populations are ageing at unprecedented rates. Higher disability rates among older people reflect an accumulation of health risks across a lifespan of disease, injury, and chronic illness.

Figure (2.2) shows population and disability pyramids by age group and sex in Libya. Most of the disability is associated with old age and males are more affected with disability than females. There is a substantial level of disability among those aged 35-54 which is mainly attributed to revolution and war. Otherwise the infant level of disability could be mainly associated with infant malnutrition that is low birth weight or they are born with the

disability. Most of the disability among those aged 10-14 could be mainly associated with injury and disease. Otherwise males are mostly affected with disability more than females.

This population pyramid depicts a developing economy with the majorly young and low population among the old. According to this figure the sex ratio is high with more males than females. This pyramid shows a high dependency ratio and a growing labor force.

Figure (2.2)
Population and Disability Pyramids by Age group and Sex,
LNFS, 2014



- Source: Calculated by the researcher from the raw data of LNFS, 2014.

2-2- Levels and Differentials of Various Forms of Disability

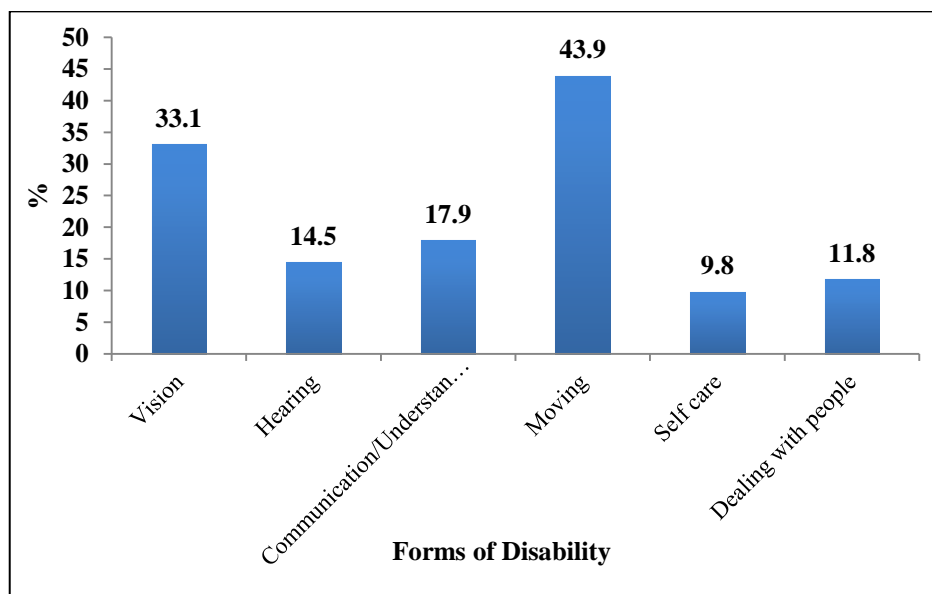
This section reviews the levels of various forms of disability in Libya, as well as the differentials of various forms of disability according to some demographic and socio-economic factors.

2-2-1- Levels of Various Forms of Disability

There are various forms of disability in the country as based on the 2014 LNFHS. These forms include vision, hearing, moving, self-care and dealing with people challenges.

Figure (2.3) illustrates the percentage of various forms of disability, which shows that the difficulty of movement is the most widespread with nearly about 44% of the total disabled, this percentage is increasing since the outbreak of the Libyan crisis, the percentage of amputees in the country has increased due to the armed clashes in some areas on the one hand and the remnants of the war on the streets on the other, the movement form increases; whilst 33.1% with a visual disability, and the lowest level of self-care at 9.8%.

Figure (2.3)
Percentage of Various Forms of Disability, LNFHS, 2014



- Source: Calculated by the researcher from the raw data of LNFHS, 2014.

2-1-2- Differentials of Various Forms of Disability

Table (2.2) illustrates the percentage distribution of various forms of disability by selected background characteristics, LNFHS 2014. It indicates that males are on average affected by all forms of disability than females. However, males are mainly affected by moving challenges 43.8 percent more than females. This was followed by vision challenge with females affected by 44.1 percent more than males. Otherwise the most common forms of disability among both sexes are moving, vision, communication and hearing challenges.

Regarding age, 0-4, is mainly affected by challenges in moving 51.5 percent followed by communication 28 percent and vision 24 percent. Among children 10-14 have more challenges in vision compared to other age groups with 35 percent affected.

Regarding place of residence, is mainly affected by challenges in moving which is dominant in rural areas than urban areas to present 46 percent and 43.5 percent respectively, followed by vision and it is dominant in urban than rural representing 33.4 percent and 32.1 percent, next to it is communication but it is also dominant in urban than rural representing 18.2 percent and 16.6 percent respectively.

Household standard of living showing that people with vision disability are more concentrated in the richest quintile of the household wealth index representing about 37 percent, while the moving disability is more concentrated in the poorest quintile of the household wealth index to be about 45 percent.

Table (2.2)
Percentage Distribution of Disability Form by Selected Background
Characteristics, LNFHS 2014.

Selected variable	Vision	Hearing	Communication /Understanding	Moving	Self-care	Dealing with people	Total disability
Sex	Pearson chi value= 3.161a			Prop = 0.788 > 0.05			
Male	31.3	12.7	17.3	44.1	10.1	11.9	1650
Female	35.3	16.8	18.8	43.8	9.5	11.7	1296
Age Groups	Pearson chi value = 85.566a			Prop = 0.432 > 0.05			
0-4	24.3	8.3	27.8	51.5	11.8	13.0	169
5-9	35.8	17.3	23.0	33.7	7.8	11.9	243
10-14	42.5	12.7	21.1	31.6	8.8	13.6	228
15-19	31.2	10.1	29.6	37.6	12.2	12.7	189
20-24	26.9	13.2	22.6	40.1	11.3	15.1	212
25-29	26.1	15.1	20.6	41.2	9.5	14.6	199
30-34	29.0	10.8	21.0	40.9	6.5	12.4	186
35-39	23.1	6.0	14.1	44.2	9.0	19.6	199
40-44	26.4	11.2	18.5	42.7	10.7	14.6	178
45-49	34.5	10.3	11.0	46.2	9.0	9.7	145
50-54	33.3	16.2	10.6	50.0	6.6	9.1	198
55-59	32.8	13.8	11.2	47.4	7.8	9.5	116
60-64	46.0	20.2	7.3	43.5	6.5	5.6	124
65-69	45.4	22.7	12.8	56.7	10.6	2.8	141
70-74	38.5	22.5	13.2	52.6	13.6	9.1	418
Place of residence	Pearson chi value = 10.349a			Prop = 0.111 > 0.05			
Urban	33.4	14.9	18.2	43.5	9.6	11.6	2422
Rural	32.1	12.6	16.6	46	10.9	12.6	524
Wealth index	Pearson chi value =24.293a			Prop = 0.445 > 0.05			
Poorest	30.4	15.8	18.9	44.6	11.4	12.2	682
Poor	30.2	12.7	17.8	43.3	9.1	11.5	529
Medium	36.5	14.2	19.1	43.2	8.6	12.1	572
Rich	31.7	13.3	17.4	44.4	9.9	11.3	558
Richest	36.9	16.2	16.4	44.0	9.8	11.9	605
Total	33.1	14.5	17.9	9.8	43.9	11.8	2946

- Source: Calculated by the researcher from the raw data of LNFHS, 2014.

Chi square test statistic results indicate that there is a significant relationship between various forms of disability and the demographic and socio-economic background characteristics with a p-value of 0.000 at the 5% level of significance.

III- DISABILITY CAUSES AND CARE LEVELS AND DIFFERENTIALS

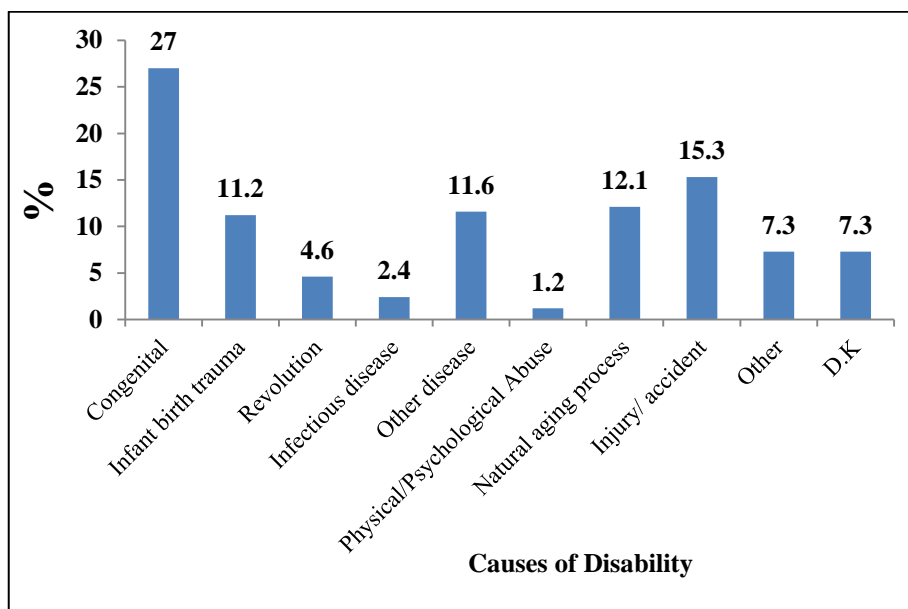
3-1- Levels of Disability Causes

Libya has widespread disability as a result of: consanguineous marriage and consequent genetic and hereditary conditions; blindness relating to endemic trachoma; high motor vehicle accident rates; disability related consequences of communicable disease such as HIV/AIDS; and disabilities arising from ageing and lifestyle related diseases such as cardiovascular conditions (WHO, 2014). These causes of disability are consistent with those in the MENA region. In addition, armed-conflict also cause disability in Libya, (Cusick, A. and Hamed El Sahly, R.M., (2018)).

Conflict-related disability in Libya comes from five causes. One is armed conflict from the 2011 revolution. A second is active combat that occurred after the revolution. A third cause is accidents causing limb amputation, neurological. A fourth cause is the endemic proliferation of light arms in the community. Finally, accidents arising from unsecured and/or unstable arms, ammunition and chemical stores have been identified, (Cusick, A. and Hamed El Sahly, R.M., (2018)).

Figure (3.1) illustrates the percentage of disability causes, which shows that the highest incidence is of congenital 27% of the total disabled, next to it is Injury/accident representing 15.3%, followed by natural aging process which represent 12% while other disease represents about 12%. Also, infant birth Trauma represents about 11.2%. Meanwhile, all the other causes range from 4.6% to 1.2%.

Figure (3.1)
Percentage of Disability Causes, LNFHS, 2014



- Source: Calculated by the researcher from the raw data of LNFHS, 2014.

3-2- Differentials of Disability Causes

Table (3.2) illustrates the percentage distribution of disability causes by selected background characteristics, LNFHS 2014. There are differences in disability percentage according to the main cause of disability and gender. It indicates that the percentage of males among females is higher in terms of congenital causes, events of revolution, injuries and accidents, whereas other causes are higher among girls than among males. The highest incidence of congenital disability or birth-related conditions among the cohorts in the age group (9-20 years) followed by the events of the revolution and ill-treatment.

Regarding place of residence differentials with disability causes, it indicates the Congenital, natural ageing process and injury/accident is higher in urban areas than rural one, while infant birth trauma and other causes are higher in rural comparing to urban.

Table (3.2)
Percentage Distribution of Disability Causes by Selected Background
Characteristics, LNFHS 2014

Selected variable	Causes of Disability										Individuals with Disabilities
	Congenital	Infant birth trauma	Revolution	Infectious disease	Other disease	Physical/Psychological Abuse	Natural aging process	Injury/ accident	Other	D.K	
Sex	Person chi value = 90.721a Prop = 0.00 < 0.05										
Male	27	10.7	6.4	2.1	9.9	1.3	9.3	18.7	7.3	7.2	1650
Female	26.9	11.9	2.2	2.9	13.7	0.9	15.5	11	7.4	7.5	1295
Age Group	Person chi value = 1705.697a Prop = 0.00 < 0.05										
0-4	50.3	32.5	1.8	0.6	3.6	0	0.6	1.2	3.6	5.9	169
5-9	45.3	21.8	2.1	.8	4.9	1.2	0.0	6.6	5.8	11.5	243
10-14	43.9	18.4	3.1	1.8	5.3	1.3	0.0	11.8	6.6	7.9	228
15-19	44.4	13.8	3.2	2.1	6.3	1.1	.5	16.4	4.2	7.9	189
20-24	32.5	15.6	10.4	2.8	7.5	1.4	.5	12.7	9.4	7.1	212
25-29	35.2	15.1	11.6	1.5	4.5	2.5	0.0	17.1	6.5	6.0	199
30-34	34.9	10.8	8.1	1.1	5.9	.5	0.0	22.0	11.3	5.4	186
35-39	24.1	12.1	4.0	4.0	11.1	1.5	1.5	23.1	10.1	8.5	199
40-44	23.6	7.9	6.2	4.5	12.4	3.9	2.8	22.5	9.0	7.3	178
45-49	19.3	7.6	2.8	2.8	16.6	1.4	5.5	15.9	12.4	15.9	145
50-54	19.8	5.6	5.6	4.1	14.2	1.0	7.6	20.8	11.7	9.6	197
55-59	17.2	1.7	6.0	2.6	18.1	.9	9.5	24.1	8.6	11.2	116
60-64	8.1	1.6	.8	2.4	33.9	0.0	29.0	14.5	5.6	4.0	124
65-69	5.7	1.4	0.0	4.3	24.1	0.0	40.4	17.0	5.0	2.1	141
70-74	4.1	1.4	2.6	2.2	16.7	.5	51.7	12.9	4.3	3.6	418
Place of residence (area)	Pearson chi value = 29.639a Prop = 0.001 < 0.05										
Urban	27.9	11.0	4.9	2.4	10.8	1.2	12.5	15.4	6.6	7.3	2422
Rural	22.9	12.2	2.9	2.7	15.1	.8	9.9	15.1	10.9	7.5	523
Wealth index	Pearson chi value = 62.832a Prop = 0.001 < 0.004										
Poorest	24.6	11.6	6.3	2.9	10.6	1.5	13.0	16.7	5.3	7.5	682
Poor	26.7	10.6	4.7	1.7	11.5	1.1	15.1	15.3	6.8	6.4	529
Medium	28.0	14.0	3.5	1.0	13.1	1.4	9.3	16.3	6.5	7.0	572
Rich	28.5	10.8	3.4	3.2	11.1	1.1	8.8	13.6	10.0	9.5	558
Richest	27.6	9.3	4.5	3.0	11.8	.7	13.9	14.6	8.4	6.3	604
Total	27.0	11.2	4.6	2.4	11.6	1.2	12.1	15.3	7.3	7.3	2945

- Source: Calculated by the researcher from the raw data of LNFHS, 2014.

The standard of living of the household which is represented by the wealth index is varying with levels of wealth quintiles according to the cause of disability, there is no specific trend.

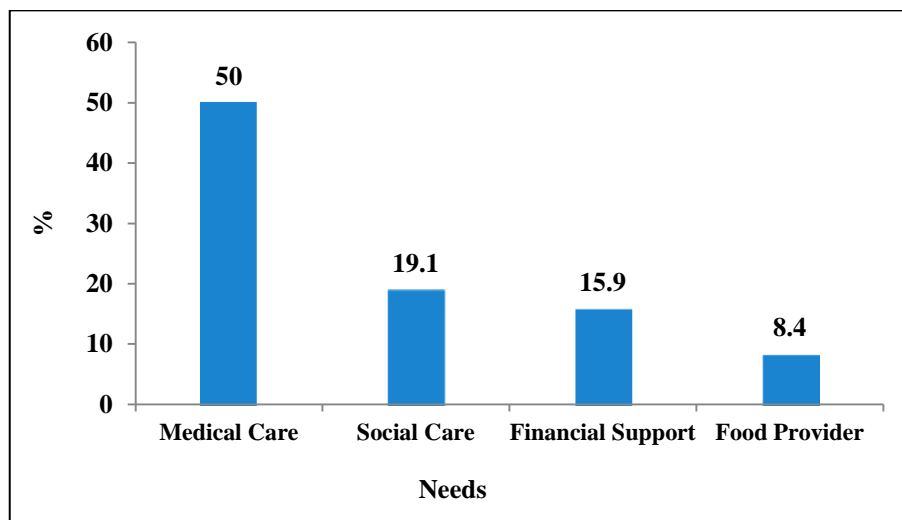
About 54 percent females reported that they received medical care; about 20 percent females received social care during in the 12 months compared with about 16 percent males who received financial care. More than 66% of the population in the age group 60 and above needed care, of all kinds, and were the most vulnerable. For the regions, the area of Benghazi was the most affected by disability.

3-3- Needs among Disabled People

Disability acquisition directly affected the type and level of support received. People injured in the revolution receive different support to others. Both face problems because programs to support inclusion and participation in community life are not available nor are there. From a socio-cultural point of view, possible consequences of the tiered approach have been explored using research from other post conflict settings. This includes the risk of tragedy stories reinforcing medicalized minority traditions in Libya, and the commodification of disability in a culture of patronage and dependency, (Cusick, A. and Hamed El Sahly, R.M., (2018)).

Figure (3.2), illustrates the percentage of people with disabled needs, LNFHS 2014. Most people with disabilities need medical care (50 percent). About 16 percent need social care and this is mainly providing by households and other institutions like health facilities, while financial support represents 16%, at the same time food as a basic necessity is needed mainly by the elderly who are not actively working to earn themselves a living.

Figure (3.2)
Percentage of Needs among the Disabled people in Libya, LNFHS 2014



- Source: Computed by the researcher from the LNFHS raw data

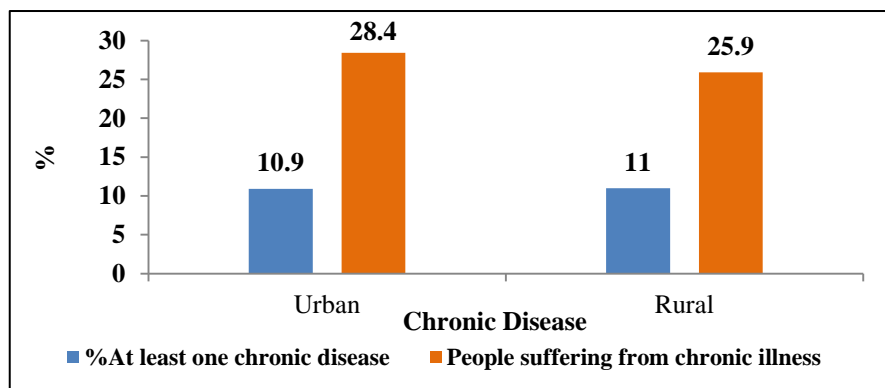
3-4- Effect of Chronic Diseases on Disabled People

Chronic diseases are any ongoing illness one doesn't heal from. People with chronic problems can face lots of pain and distress or have limits and circumstances brought on by the illness or disability.

Libya Demographic and Health Survey, 2014 in the household questionnaire included a number of questions about the health status of each member of the household by name, whether he was complaining of any chronic disease, the type of the disease, if any, whether he was diagnosed by the doctor and whether he received regular treatment for this disease and whether there was another chronic disease if any.

Figure (3.3), shows the percentage of chronic diseases among disabled by place of residence. It indicates that at least one chronic disease is associated with rural areas representing 11 percent as compared to urban areas with 10.9 percent. However, there are more people suffering from chronic illness in urban areas representing 28.4 percent as compared to rural areas representing 25.9 percent mainly due to life style, pollution associated with urban areas in terms of feeding.

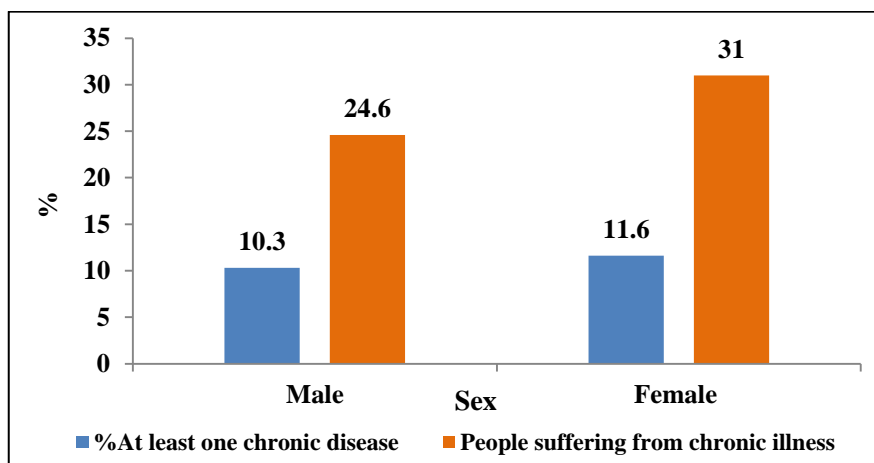
Figure (3.3)
Percentage of Chronic Diseases among the Disabled according to Place of Residence, LNFHS 2014



- Source: Computed by the researcher from the LNFHS raw data

According to the prevalence of diseases by percentage among those who suffer from at least one chronic disease, Figure (3.4) shows the percentage according to their sex. It indicates that about (31 %) among females are affected as compared to 24.6 % among males. Females are mostly affected with at least one chronic disease representing 11.6 percent compared to 10.3 percent for males.

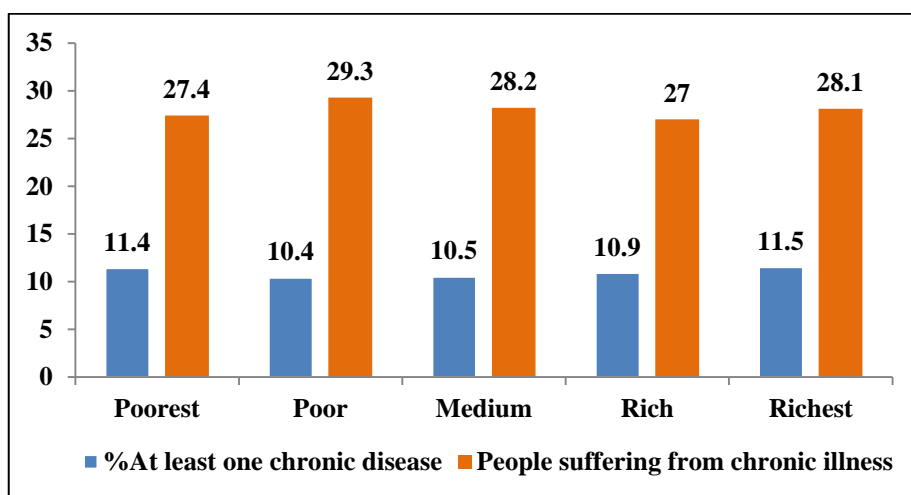
Figure (3.4)
Percentage of Chronic Diseases among the Disabled according to Sex in Libya, LNFHS, 2014



- Source: Computed by the researcher from the LNFHS 2014 raw data

Regarding the differentials of chronic disease with the standard of living of the household, figure (3.3) shows the percentage of chronic diseases among the disabled according to wealth index, it indicates that people living with at least one chronic disease among disability is mostly among the poorest and the richest with about 11.5 and 11.4 percent, while disabled people suffering from chronic diseases are among the poorer (29 percent compared to the riches (28 percent).

Figure (3.3)
Percentage of Chronic Diseases among the Disabled according to
Wealth Index, LNFHS, 2014



- Source: Computed by the researcher from the LNFHS 2014 raw data

IV- CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

4-1- Conclusion

In order to understand disability and various forms of disability and related conditions in Libya the study used data derived from the 2014 Libyan National Family Health Survey (LNFHS, 2014). This study followed a simple descriptive analysis to examine socio- economic capability of disabled persons according to demographic and socio- economic differential. Following is a summary of the main findings.

- Findings revealed that most disability was related to hearing, vision and movement and the main causes were congenital, disease and aging.

However, injury and revolution had also contributed a lot to disability. Results further revealed the medical care was very important in the early years of growth and during the old age. Most of the people living with disabilities needed food, medical supplies and social care.

- The study indicated that disability was associated with chronic diseases where by the poor were mainly affected as well as the richest. Wealth index greatly predicted disability whereby there were fewer cases of disability due to diseases among the rich than the poor.
- Education of the respondent (mother) was found to be important in predicting disability. Educated mothers are very much in position prevent the occurrence of diseases through proper feeding while pregnant, regular attendance to antenatal care, provide nutritious food to their children provide enough care for the disabled.

4-2- Recommendations

Disability is a social problem for both the disabled person and his or her family and therefore calls for efforts to be reduced and to integrate people with disabilities into their societies so that they can demonstrate their potential to contribute to development. Upon this background, the following recommendations are made.

- The governing system should support people living with disabilities by putting in place structures such as hospitals that take into account their special needs in order to access services. These could be walkways, wheel chairs, and specialized clinics for the disabled. More support can be offered in kind like food to the severely disabled people and the elderly.
- People living with disabilities can be supported to start up income generating activities so that they are able to cater for their own lives as well the life of their siblings. This is better than leaving them to be beggars on streets.
- Government should empower people living with disabilities through a non-discriminative education system. All people should have the right to attain education and employment irrespective of whether they are disabled or not.

- The government should take into account all the fundamental human rights including the rights that protect any form of discrimination against the disabled through policy or law.
- Promotion of community awareness programs that aim at sensitizing people about the causes of disability especially disability that results from hygienic diseases, malnutrition, and psychological causes.
- There should be campaigns against discrimination of people living with disabilities as disability is not inability. This can be in form of spot messages on radios, televisions, and print media.
- All children should be immunized against the six dangerous killer diseases that include polio. Thus, the government should ensure that there are always enough vaccines in stock to kick polio out of Africa.

- REFERENCES

- (ESCWA) and League of Arab States, (2014). Disability in the Arab Region: An overview.
- Alean Al-Krenawi et al 2011. The Impact of Intellectual Disability on Bedouin-Arab Families. Bhc journal on disability.
- Brigitte Rohwerder Institute of Development Studies (2018). Disability in North Africa. Knowledge, evidence and learning for development. Helpdesk report.
- Cusick, A. and Hamed El Sahly, R.M., 2018. People with Disability in Libya are a Medicalised Minority: Findings of a Scoping Review. Scandinavian Journal of Disability Research, 20(1), pp.182–196. DOI: <http://doi.org/10.16993/sjdr.2>.
- Grewal et al, (2002) Attitudes Towards Disability and Disabled for Life, UK.
- Jane Campbell and mike Oliver (1996), Disability and Politics. Understanding our past, present changing our future. London.
- Jennifer Harris and Alan Roulstone (2011), Disability, policy and practice. SAGE publication UK.
- LNFHS, 2014. Libyan National Family Health Survey, Main Report.
- Mahmoud Sadek Elmagdy (2010). Current situation of persons with special needs and their vocational rehabilitation in Egypt, with focus on Damietta Governorate. A Theses 2010.
- Mohammed Mumtaz Raza Khan (2007), Disabled Population in Pakistan, 1998. Cairo 2007.

- OCULUS Team. (2016). Protection Assessment in Libya. Save the Children & Handicap International.
<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/160322%20FINAL%20PAL%20Report.pdf>.
- Reza Ahmed et al 2012. Social Determinants of Sex Differences in Disability among Older Adults. Bhc journal on disability.
- Society and Values, 2006 (e-journal USA, society and values. Disability and ability).
- WHO and The World Bank, (2011). World Report on Disability.
- WHO, 2005. Providing equal opportunities. World Health Organization, 2005.
- WHO. 2014. "Non-communicable diseases (NCD) country profiles – Libya." Accessed August 12 2016. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/>.