صحة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

دورية علمية متخصصة محكمة

يصدرها البرنامج العربي لصحة الأسرة

جامعة الدول العربية

في هذا العدد:

- محددات الإجهاض التلقائي في المملكة العربية السعودية.
- التشويه الجنسي للإناث "الختان" بين التجريم وآليات المواجهة.
- محددات وأسباب تأخر سن الزواج في الجزائر.
- محددات التنمية البشرية في مصر.
- مشكلات البيئة الاجتماعية والفيزيقية المرتبطة بقضايا الخلع في مصر.
- التقديرات المستقبلية لخريجي الدراسات العليا باستخدام الأساليب الذكية.

صحة أسرتنا ثروة أمتنا

المجلد التاسع – العدد الحادي والعشرون – يناير 2016

PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

الهيئة الاستشارية والعلمية
(حسب الترتيب الأبجدي)

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

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

أ. أحمـد عبد الناظـر مدير مركز بحوث الصحة الإنجابية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري. **تونس.**

أ.د. أحمد العتيق أستاذ علم النفس البيئي، معهد الدراسات والبحوث البيئية - جامعة عين شمس. **مصر.**

أ.د. الزبير عروس أستاذ علم الاجتماع، جامعة الجزائر، باحث بمركز بحوث الاقتصاد التطبيقي للتنمية. **الجزائر.**

أ.د. آسيا شريف أستاذة بالمدرسة الوطنية العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي. **الجزائر.**

د.أيمن زهري خبير في قضايا السكان والهجرة. **مصر.**

السفير الدكتور بدر الدين علالي خبير في قضايا التنمية الاقتصادية ورئيس قطاع الشؤون الاجتماعية بجامعة الدول العربية، **المغرب.**

أ.د. توفيق بن خوجة مدير عام المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة بدول مجلس التعاون الخليجي. **السعودية.**

أ.د حلا نوفل أستاذ الدراسات السكانية والديموغرافية، الجامعة اللبنانية، **لبنان.**

د. رامز مهايني مستشار إقليمي بمكتب منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بالقاهرة. **سوريا.**

د. ساهر وصفي شقيدف خبير تقييم البرامج والأنظمة الصحية. **الأردن.**

د. سلمى جلال خبيرة في قضايا الصحة والسكان والتنمية. **مصر.**

أ.د. شبيب دياب أستاذ علم الاجتماع بالجامعة اللبنانية. **لبنان.**

أ.د. عبد الباري بينير مستشار منظمة الصحة العالمية وأستاذ الوبائيات بمدرسة الطب بجامعة مانشستر. **بريطانيا.**

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

أ.د. عبد الله علاق أستاذ بحوث العمليات، رئيس مجلس إدارة مصلحة الإحصاء والتعداد، **ليبيا.**

د. عادل التاجوري خبير صحة الطفل والتغذية، مركز بحوث التغذية البشرية بفرنسا، **ليبيا.**

أ.د. عثمان محمد نور أستاذ علم السكان ومستشار مبادرة حماية الأطفال في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، **السودان.**

أ.د عز الدين عثمان حسن أستاذ أمراض النساء والولادة، جامعة المنصورة، مدير المؤسسة الأهلية المصرية لرعاية الخصوبة، **مصر.**

د. عزت الشيشيني مستشار ديموغرافي، المركز الديموغرافي بالقاهرة، **مصر.**

أ.د. فوزي عبد الرحمن أستاذ أنثروبولوجيا، كلية البنات، جامعة عين شمس، **مصر.**

أ.د. محمد نجيب عبد الفتاح أستاذ الدراسات السكانية والاجتماعية، معهد البحوث والدراسات الإحصائية- جامعة القاهرة، **مصر.**

أ.د. مراد كامل حسانين أستاذ أمراض نساء وتوليد، جامعة الأزهر. **مصر**

أ.مصطفى أزلماط خبير القضايا الصحية والديموغرافية، وزارة الصحة، **المغرب.**

د. مواهب المويلحي طبيبة وباحثة في مجال الصحة الإنجابية والسكان. **مصر.**

صحة الأسرة العربية والسكان

بحوث ودراسات

رئيس التحرير

د. أحمد عبد المنعم

مدير البرنامج العربي لصحة الأسرة

سكرتارية التحرير

رابح حليمي

نيفين ونيس

محمد خالد يوسف

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

PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

شروط النشر

- أن تكون المادة العلمية المقدمة مرتبطة بصحة الأسرة والسكان.
- ألا يكون قد سبق نشرها في أي دورية أخرى.
- تستوفي الشروط والمواصفات العلمية للأبحاث والدراسات.
- ترسل الموافقة على النشر بعد شهرين من استلام المادة العلمية.
- الدراسات التي لم تقبل لا ترد إلى أصحابها.
- ترسل المواد العلمية وجميع المراسلات على العنوان التالي:

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

الافتتاحية

حرصاً من إدارة **البرنامج العربي لصحة الأسرة (PAPFAM)** في جامعة الدول العربية على توسيع قاعدة مستخدمي بيانات المسوحات القطرية وتعظيم الاستفادة منها، وتشجيعاً للباحثين والدارسين وخاصة الشباب منهم، ولتسهيل نشر الدراسات والبحوث التي يقومون بإعدادها، وتبادل خبراتهم بما يساعد في تطوير وتفعيل الشراكة والتعاون جنوب – جنوب في المنطقة العربية.

يسرنا تقديم **العدد الحادي والعشرون** من دورية "**صحة الأسرة العربية والسكان: بحوث ودراسات**" الذي يشهد تنوعاً أكبر في موضوعاته باللغتين العربية والانجليزية والتي نأمل أن تكون إضافة جديدة لإثراء الناحية المعرفية بالموضوعات المختلفة حول صحة الأسرة والسكان كما نرحب بآرائكم ومقترحاتكم لتطويرها وإخراجها في أفضل صورة.

والله ولي التوفيق

رئيس التحرير

صحة الأسرة العربية والسكان
بحوث ودراسات
دورية علمية متخصصة محكمة
يصدرها البرنامج العربي لصحة الأسرة
جامعة الدول العربية.

في هذا العـــدد:

الموضـــوع	الصفحة
- **محددات الإجهاض التلقائي في المملكة العربية السعودية.** سلوى لطفي الخياط،	18-1
- **التشويه الجنسي للإناث "الختان" بين التجريم وآليات المواجهة.** مجدي محمد جمعة،	40-19
- **محددات وأسباب تأخر سن الزواج في الجزائر.** صليحة واضح،	68-41
- **محددات التنمية البشرية في مصر.** رانيا عثمان الجوهري وآخرون،	92-69
- **مشكلات البيئة الاجتماعية والفيزيقية المرتبطة بقضايا الخلع في مصر. (دراسة مقارنة بالريف والحضر).** سماح مرضي الصعيدي،	115-93
- **التقديرات المستقبلية لخريجي الدراسات العليا باستخدام الأساليب الذكية، (دراسة حالة).** خالد الزعفراني وآخرون،.....	140-117

رقم الإيداع:
م09/ دوري(2016)/ع.21(0114)

محددات الإجهاض التلقائي في المملكة العربية السعودية

سلوى لطفي الخياط [1]

- مستخلص

يعتبر الحمل والإنجاب من أهم الأسس لبناء الأسرة، فهو اللبنة الأساسية لتكوين الأسرة وبالتالي بناء المجتمع. ولكن من الطبيعي أن ليس كل حمل ينتهي بمولود حي. ورغم عدم وجود إحصاءات متاحة في المملكة العربية السعودية عن مستوى ونمط الإجهاض فتعتبر الدراسات في هذا المجال بان الإجهاض التلقائي يمثل في المتوسط 18% من نواتج الحمل وبالتالي يعتبر خسارة اجتماعية واقتصادية للأسرة والمجتمع. تحدد الأهداف الأساسية للبحث على التعرف على مستوى ونمط الإجهاض التلقائي في المملكة العربية السعودية وتحديد خصائص السيدات اللاتي تعرضن للإجهاض التلقائي. وتحديد أهم المحددات لحدوث الإجهاض التلقائي. تعتمد المنهجية المستخدمة على أسلوبين:

أ . التحليل الوصفي للبيانات واستخدام الجداول المزدوجة.

ب. استخدام أسلوب تحليل الانحدار المتدرج Stepwise Regression وذلك بهدف الكشف عن أهم المتغيرات المحسوبة التي تفيد أكثر تأثيرا في حدوث الإجهاض التلقائي.

قد خلصت أهم نتائج الدراسة إلى ضرورة توعية الفتيات صغيرات السن بأهمية تجنب الإجهاض التلقائي. والتوعية بخطورة الزواج المبكر قبل سن العشرين عاما أفضل مرحلة عمرية للحمل هي من العمر الذي يكون فيه الوعي بالحمل والعادات السليمة واكتمال الخصوبة لدى المرأة. وأهمية عمل برامج تلفزيونية متخصص في موضوع الحمل والإجهاض. كذلك نشر مقالات في الجرائد والمجلات عن موضوع الإجهاض مسبباته وأنواعه ليصل إلى اكبر قدر ممكن. وتنظيم عمل ندوات علمية توعوية لطالبات المدارس والجامعة والعمل على زيادة التوعية المجتمع النسائي.

الكلمات المفتاحية: الإجهاض التلقائي، الانحدار المتدرج، محددات، الزواج المبكر.

[1] مدرس بكلية التجارة – جامعة كفر الشيخ، مصر، وبكلية العلوم للبنات – جامعة الملك عبد العزيز، السعودية. dr.salwahussien@yahoo.com

I- مقدمـة

يعتبر الحمل والإنجاب من أهم الأسس لبناء الأسرة فهو اللبنة الأساسية لتكوين الأسرة وبالتالي بناء المجتمع. ولكن من الطبيعي أن ليس كل حمل ينتهي بمولود حي.

فقد يكون أحد نواتج الحمل الإجهاض بنوعيه الإجهاض المتعمد والإجهاض التلقائي، وحيث أن الإسلام حرم الإجهاض المتعمد إلا في حالات الضرورة القصوى وذلك حفاظا على صحة وحياة الأم، فإن البحث يركز على الإجهاض التلقائي الذي تتعرض له الأم لعدة أسباب والتي سوف نتعرف عليها في البحث لاحقا.

يعتبر الإجهاض خسارة اجتماعية فادحة سواء للأسرة والمجتمع وأن حدوثه يشكل عبئا نفسيا واجتماعيا على الأسرة وخاصة الأم والأب. فضلا عن الخسارة الاقتصادية لفقد أحد نواتج الحمل وما تتحمله الأسرة من تكاليف لحدوث الحمل والحفاظ عليه.

لذا فالتوعية بحالات الحمل والولادة لها أهمية كبيرة بدءاً من الوعي الصحي والنفسي قبل الزواج حتى يتسنى لنا شرح كيفية تلافي أسباب الإجهاض للراغبات في الإنجاب وكذلك للنساء اللاتي عانين الإجهاض فإننا سوف نأتي علي ذكرها بالتفصيل في فصول هذا البحث.

وإيماناً منا بدور البحث العلمي في تنمية الأسرة وتوعيتها بشكل مباشر حتى تصبح بيئة خصبة لتنشئة طفل موفور الصحة قادر على النمو ومن ثم المشاركة في بناء الوطن، فأطفال اليوم هم شباب الغد وهم ثروة الوطن الغالية القادرة بإذن الله على تحمل المسئولية في المستقبل.

ومما لا شك فيه أن فقد الأم لجنينها أمر مأساوي حتى وإن حدث في وقت مبكر من الحمل، كما أنها تجربة لا تخلو من الألم ولا بد من تفادي تكرارها ولذلك كان من أهم أسباب إعداد بحثنا وتناول هذا الموضوع هو توعيه الفتيات المقبلات على الزواج الراغبات في الحمل.

ويعرف الإجهاض التلقائي بأنه "فقد الحمل خلال أول أربع وعشرين أسبوعاً من حدوثه، وقد نجد أن هذا الأمر شائع على الرغم من صعوبة تحديد رقم دقيق لوقت حدوثه، لكن يعتقد أن حوالي من 15% إلى 20% من حالات الحمل المعروفة تنتهي بالإجهاض، وفي كثير من الأحيان يسقط الحمل قبل أن تدرك المرأة أنها حامل".

1-1- مشكلة الدراسة وأهميتها

رغم عدم وجود إحصاءات متاحة في المملكة العربية السعودية عن مستوى ونمط الإجهاض فإن الدراسات في هذا المجال تعتبر بأن الإجهاض التلقائي يمثل في المتوسط 18% من نواتج الحمل وبالتالي يعتبر خسارة اجتماعية واقتصادية سواء كان ذلك للأسرة والمجتمع.

وبالتالي تنعكس أهمية الدراسة في الآتي:

- التوصل إلى معرفة أهم أسباب الإجهاض وتكراره ومدى الوعي الفكري لدى نساء المجتمع بهذه المشكلة ومدى تأثير التعليم على هذه المشكلة.
- تحديد أهم العوامل التي تساعد بشكل مباشر وغير مباشر في حدوثه أو تكراره واتخاذ الإجراءات والمحاذير لتفادي حدوثه أو تكراره".

1-2- أهداف الدراسة

تحدد الأهداف الأساسية للبحث على النحو التالي:

- التعرف على مستوى ونمط الإجهاض التلقائي في المملكة العربية السعودية.
- تحديد خصائص السيدات اللاتي تعرضن للإجهاض التلقائي.
- تحديد أهم المحددات لحدوث الإجهاض التلقائي.

1-3- الدراسات السابقة

رغم تناول هذا الموضوع من خلال استعراض الدراسات السابقة للإجهاض التلقائي في العالم كما أشار **(Davis & Blake, 1956)** بأن الإجهاض أحد المحددات المباشرة (الوسيطة) في خفض مستوى الإنجاب وذلك ضمن احد عشر متغيرا.

وقد جاء **(Bonagarts, 1984)** لنموذج يحاول الاعتماد على أربعة متغيرات محددة تساعد على خفض مستوى الخصوبة الفعلية وذلك بقياسهم بنموذج كمي.

إلا أن الدراسات عن الإجهاض التلقائي وخاصة من منظور إسلامي جاءت قليله.

– فقد أشارت دراسة **(عبد المعبود، عن الإجهاض وحق الحياة)** بأن الإسلام دين يولى أهميه كبرى لما يعرف الآن بالاستقلال الذاتي والنفعية مع عدم الإضرار والعدالة. إن الحياة الإنسانية في الإسلام هي قيمة مقدسة عبر المراحل المختلفة بدءا من الإخصاب, وهذا يتفق مع فكر الإمام الغزالي بأن الحياة تبدأ مباشرة عند البداية مع حرمة الإجهاض عقب وجود النطفة الذكرية في الرحم واختلاطها مع ماء المرأة استعدادا للحياة التي تكون غير مدركة ولكنها تشمل النمو والتجهيز، فتدميرها يعد جريمة والتي تزداد فحشا مع مرورها من مرحلة إلى أخرى، وهي أكثر فحشا عقب نفخ الروح، وأسوأها عقب ولادة الجنين حيا كما كان يمارس من وأد للبنات في الجاهلية. وهذه التصاعدية في درجة الجرم معلوم لدى البعض باسم التباعد أو التفاوت الأخلاقي.

– أما دراسة **(الرواشدة، عقوبة الاعتداء علي الجنين بالإجهاض)** العقوبة المترتبة على إسقاط الجنين بالاعتداء عليه بالإجهاض، بفعل أمه، أو بفعل غيرها، سواء أكان هذا الجنين من حمل طبيعي أم غير طبيعي (أطفال الأنابيب)، ويهدف هذا البحث إلى إظهار الآثار الشرعية المترتبة على هذا التصرف، أما الإجهاض التلقائي "الطبيعي" أو الإجهاض العلاجي "الضروري" للجنين فلا يتصف بالحلال والحرام ولذا لا يترتب عليه حكم أو نتائج حقوقية وهو غير مراد هذا البحث ولا مداره.

– ولعل دراسة **(زوزو، الإجهاض)** والتي أبرزت بقوة على الساحة في المجتمعات الإسلامية في السنوات الأخيرة دعاوى الجمعيات النسوية العالمية منها والمحلية، التي تدعو إلى إباحة الإجهاض، خاصة إجهاض الحمل الناتج من الزنا أو الاغتصاب، وبالأخص الفتيات والنساء المغتصبات أثناء الحروب، ومنه بدأ الفقهاء يبحثون في المسألة من جانبها الفقهي، معتمدين في ذلك على الدراسات الطبية التي تركزت حول ماهية الجنين والمراحل التي يمر بها، ثم الاستفادة من خبراتهم في مجال مخاطر وسلبيات الإجهاض عموما، بطريقة مفصلة، شأنها شأن الكثير من النوازل.

– بينت دراسة **(حسن، محمد وآخرون، 2003)** "تطوير خدمات ما بعد الولادة والاستفادة منها" هدفت الدراسة إلى العمل على تقليل الإصابة بالأمراض للأمهات والأطفال حديثي الولادة وكذلك تقليل الوفيات من خلال تحسين خدمات الرعاية أثناء فترة النفاس، وتم اختبار فرضية "هل يؤدى فريق عمل مقدمي خدمات الرعاية الصحية الأساسية على مهارات الاتصال والتثقيف الصحي إلى تحسين أدائهم في مجال تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة، ورغم أن التدخل قد ركز على

النواحي الفنية/ الإكلينيكية المرتبطة برعاية الطفولة إلا أنه لم يلاحظ أي تحسن ملموس في نوعية الرعاية المقدمة للطفل حديث الولادة، ومع ذلك فقد طرأ تحسن على جودة الخدمات المقدمة للسيدات أثناء الزيارات المنزلية في فترة النفاس في بعض الجوانب مثل التثقيف الصحي واختبار الاكتئاب والتثقيف الغذائي وكذلك تهيئة السيدة لتقبل فكرة المباعدة بين فترات الحمل.

– وأوضحت دراسة **(التاجي، أحمد، 1998)** "تركيب اللولب كوسيلة لمنع الحمل بعد الإجهاض" هدفت الدراسة إلى تقييم واختبار الفروق في درجة الأمان وتقبل المريضة لتركيب اللولب بعد الإجهاض مباشرة مقارنة بتركيب اللولب بعد أسبوعين من الإجهاض، وقياس كفاءة تركيب اللولب بعد الإجهاض وما يصاحبه من حدوث حمل، وقياس مدى تأثير أسلوب المشورة على تقبل السيدات لفكرة تركيب اللولب بعد الإجهاض.

وأجريت الدراسة على عدد 300 حالة من حالات الإجهاض سواء اللاتي يعاني من إجهاض حتمي أو إجهاض غير كامل أو إجهاض منسي في الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، وتم اختيار السيدات الراغبات في منع الحمل من بين حالات قسم الطوارئ بعد أن اقتنعن بفكرة تركيب اللولب بعد الإجهاض.

– في حين بينت دراسة **(المصيلحي، محمد هشام، 1998)** "مدى انتشار التهابات الجهاز التناسلي بين السيدات المتزوجات في سن الإنجاب"، هدفت الدراسة إلى تقدير مدى انتشار التهابات الجهاز التناسلي بين مجموعة من السيدات المصريات والتعرف على بعض عوامل خطورة الإصابة المتعلقة بالخصائص السكانية والاجتماعية، والتعرف على دور الزوج وعلاقته في العدوى، وتقييم دور بعض طرق تشخيص الالتهابات وكذلك الكشف عن تغيرات الخلايا التي قد تسبق مرض سرطان عنق الرحم.

1-4- مفاهيم الدراسة

– أسباب الإجهاض:

لعل من المفيد استقراء أهم أسباب الإجهاض وذلك لتفاديه وأهمية التوعية به للأسرة عامة والأم خاصة. وتشير الدراسة الطبية أن أهم أسباب الإجهاض يمكن تلخيصها على النحو التالي:

- هناك أسباب تلقائية تحدث دون إرادتها أو علمها حيث لا تعلم المرأة بحدوث حمل فتظن أنها الدورة الشهرية.
- حدوث خلل عند المرأة في البويضة التي حدث لها تلقيح وبعد أن تقوم بفحصها وتكتشف وجود خلل في الكروموسومات، فيكون الإجهاض ملجأها للتخلص مما قد يصيبها من أمراض أخرى أو تشوهات تحدث للجنين.
- حدوث أي خلل في الجهاز التناسلي للمرأة ويحدث ذلك عند وجود عيوب في رحم المرأة كوجود أورام، أو حدوث تغيرات في الرحم، أو وجود حاجز داخل الرحم كصاحب القرنين، أمراض عنق الرحم، تمزق في عنق الرحم، ويمكن أن يكون وجود بعض العيوب في الحيوان المنوي من حجمه وحركته عندما يدخل الرحم وتحدث له بعض التأثيرات.
- التصاق الجنين أو البويضة داخل بطانة الرحم، أو بسبب انفصال جزء بسيط من المشيمة، وهذا يسبب نزول دم، فإذا استمر النزيف في النزول يؤدي إلى الإجهاض.
- وجود بعض الأمراض لدى المرأة تتسبب في إصابة المرأة بالإجهاض ومنها: نقص الفيتامينات، **وأمراض الكلى** المزمنة، والزهري، وأمراض **الغدة** الدرقية بزيادتها أو نقصانها فتؤثر على جميع وظائف جسم المرأة، كذلك وجود **ارتفاع شديد في ضغط الدم**، فقر الدم، أو إصابة المرأة بفيروس الهربس التناسلي، والحصبة الألمانية.
- ممارسة الأم لبعض الحميات الشديدة أو الرياضة القاسية.
- من الأسباب التلقائية إصابة المرأة بحادث أو سقوطها أو ضربها إلا أن هذه الأسباب يكون تأثيرها في الغالب غير قوي على الجنين، وهذا يحث في حالات نادرة.
- وجود نقص في هرمون البروجسترون، فهذا الهرمون هو المسؤول عن نمو غشاء الرحم الذي تنمو بداخله البويضة، نقص هرمون ليوتين.
- تعرض الأم لصدمة نفسية شديدة كحالة وفاة لشخص عزيز عليها وفاة أو تعرض المرأة لحالة خوف شديد.
- تناول الأم لأدوية تعرضها للإجهاض وتؤثر على الجنين من أهمها البروستاجلاندين، أيضا مادة الاكسيتوسن، أيضا الرصاص والكينا والكلوروكوين، وأدوية الملاريا، أيضا أدوية **أمراض السرطان**.
- التدخين والكحول من أهم الأسباب التي تعرض صاحبتها للإجهاض حيث يحدث تشوهات خلقية وتشوه في الأجنة، أيضا هناك بعض الأدوية التي تؤثر على الكروموسومات مثل الثاليدومين.

- يحدث أحيانا أن تتعرض المرأة لحالة إجهاض متكررة وهذا يكون بسبب وجود أمراض في الجنين متوارثة في العائلة.
- انعدام وجود الأجسام المضادة لمورثات الزوج، كذلك زيادة نسبة المورثات البشرية الموجودة في كريات الدم البيضاء.

- أنواع الإجهاض:

أما أنواع الإجهاض فيمكن تصنيفه إلى ثلاثة أنواع بحسب دوافع ومبررات الإجهاض:

- الإجهاض العفوي (التلقائي -الذاتي):

وهو الذي يحدث بغير إرادة المرأة، حيث يعمل الرحم على طرد جنين لا يمكن أن تكتمل له عناصر الحياة، وقد يحدث بسبب خلل في جهاز المرأة التناسلي، أو بسبب خطأ ارتكبته كحمل شيء ثقيل، أو توتر نفسي، أو شربها لدواء مضر بالحمل والجنين... الخ، أي أنه إجهاض طبيعي حدث تلقائيا بدون أي تدخل خارجي بأي صورة من صوره، ومسبباته داخليه محضة تتعلق بأمراض تصيب الأم الحامل أو الجنين.

- الإجهاض الاجتماعي (الإنساني، الجنائي):

وهو الذي يتعمد فيه إنهاء الحمل بطريقة غير شرعية، والذي يجريه أشخاص غير متخصصين، عن طريق شرب دواء معين، أو إدخال أدوات صلبة في المهبل؛ لهدف واحد وهو التخلص من الجنين لسبب من الأسباب التي يراها أصحابها أنها مبررات إنسانية، كالتستر على الفاحشة (حمل من سفاح، أو زنا، أوزنا محارم، أو اغتصاب).

- الإجهاض العلاجي:

وهذا النوع من الإجهاض الذي يستدعي اللجوء إليه ضرورة طبية؛ "فهو الذي يقوم به الطبيب الموثوق في دينه وعلمه، أو يأمر به إنقاذا لحياة الأم عندما تتعرض للخطر بسبب الحمل"، يعد النزيف المهبلي من أكثر الأعراض شيوعا للإجهاض بالإضافة إلى آلام الظهر والبطن. كما أن بعض النساء لا يوجد لديهن أي أعراض وإما تختفي عنهن علامات الحمل.

1-5- مجتمع الدراسة والعينة:

مجتمع الدراسة "النساء اللاتي تعرضن للإجهاض في المملكة العربية السعودية "ويقدر عدد سكان المملكة من الإناث السعوديات وفقا لآخر تعداد بحوالي 9.87 مليون نسمة. يمكننا تصنيف

العينة إلى العينة العشوائية (Random Sample) وهي العينة التي يكون فيها احتمال اختيار جميع المفردات من المجتمع متساوي ومعروف ويمكن حسابه ولذلك تسمى أيضا عينة احتمالية وتبلغ عن الدراسة 315 سيدة سبق أن تعرضت للإجهاض التلقائي.

1-6- المنهجية المستخدمة في الدراسة

تعتمد المنهجية المستخدمة على أسلوبين:

- التحليل الوصفي للبيانات واستخدام الجداول المزدوجة.
- استخدام أسلوب تحليل الانحدار المتدرج Stepwise Regression وذلك بهدف الكشف عن أهم المتغيرات المحسوبة التي تفيد أكثر تأثيرا في حدوث الإجهاض التلقائي.

II- تحليل النتائج

2-1- الخصائص الديموجرافية والاقتصادية والاجتماعية لمجتمع الدراسة.

وتوضح بيانات الجدول (1) الخصائص التالية:

- معظم المستجيبات لاستبانة البحث في الفئة العمرية (35- 49) عاما وهو ما يعكس اهتمام للسيدات اللاتي تعرضن للإجهاض في مجتمع الدراسة.
- وجود نسبة عالية تعرضن للزواج المبكر بنسبة 29% وهو مؤشر يعكس حدوث الإجهاض وتعرض نسبة عالية من السيدات للعقم المؤقت -Adolescent Sub Fecundity – أما معظم أفراد المجتمع قد تم زواجهن ما بين 20 -39 ويأتي ذلك من حيث الأهمية بعد الحالة التعليمية مهمة حيث قد بلغت مستوى عالي حيث بلغت مستوى الحاصلات على مؤهل جامعي 61% بينما المؤهل المتوسط 28% كما جاء تعليم الزوج أيضا مرتفعة 53%، 37% للتعليم الجامعي والثانوي.
- بصفة عامة وجد أن الحالة العلمية للأزواج بلغت نسبة عالية 97% – فيما جاءت الحالة العملية للام متواضعة وبلغت 31%.
- يمثل الإنجاب في المملكة العربية السعودية مستوى مرتفع حيث بلغ عدد من لديهم أربعة أطفال 12% وكذلك من لديهم خمسة أطفال 10%.
- يمثل صلة القرابة بين الزوجين نسبة مقبولة ومتواضعة حيث بلغت نسبة زواج الأقارب 37% في كل مجتمع يتسم بالروابط الاجتماعية القوية.

الجدول (1)
التوزيع النسبي للسيدات حسب الخصائص الديموجرافية والاقتصادية والاجتماعية

الخصائص الخلفية	عدد	%
شمال المملكة	17	5.6
غرب المملكة	176	57.9
جنوب المملكة	37	12.2
وسط المملكة	48	15.8
شرق المملكة	26	8.6
عمر الأم عند الزواج		
19-13	87	28.8
29-20	203	67.2
30+	302	4
عمر الأم الحالي		
24-20	44	14.5
34-25	135	44.6
49-35	107	53.3
50+	17	5.6
عدد الأطفال		
لا يوجد أطفال	58	19.3
طفل واحد	55	18.3
طفلان	49	16.3
ثلاثة أطفال	46	15.3
أربعة أطفال	37	12.3
خمسة أطفال	31	10.3
ستة أطفال فأكثر	25	8.3
عمل الأم		
تعمل	95	31.1
لا تعمل	209	68.8
عمل الأب		
يعمل	295	97
لا يعمل	9	3
مستوى تعليم الأم		
ابتدائي	8	2.6
متوسط	24	7.9
ثانوي	86	28.4
جامعي	185	61.1
مستوى تعليم الأب		
ابتدائي	14	4.6
متوسط	27	8.9
ثانوي	103	33.9
جامعي	160	52.6
هل تتعالج الأم في المستشفيات		
حكومية	121	40.6
خاصة	109	36.6
خاصة بتأمين	68	22.8
وجود صلة قرابة بين الزوجين		
نعم	111	36.5
لا	193	63.5

2-2 بعض الجوانب المرتبطة بالإجهاض التلقائي:

-في هذا الجزء تتناول الدراسة بعض الجوانب المرتبطة بالإجهاض التلقائي.

الجدول (2)

التوزيع النسبي للسيدات حسب بعض الجوانب المرتبطة بحدوث الإجهاض التلقائي

الجوانب المختارة	عدد	%
العمر عند أول إجهاض		
اقل من 19 سنة	30	10
29-20	211	70.3
30+	59	19.7
المدة بين كل ولادة والتي تليها		
سنة	22	10.8
سنتان	65	32
ثلاثة سنوات	69	34
أربعة سنوات	26	12.8
أكثر من ذلك	21	10.3
المدة بين كل إجهاض في حالة أكثر من إجهاض		
حالة إجهاض واحدة	176	57.7
أقل من سنة	46	45.1
سنة	21	6.9
سنتين	19	6.2
ثلاثة سنوات	5	1.6
أربعة سنوات	8	2.6
أكثر من ذلك	30	9.8
حصل الحمل بعد الإجهاض		
حالة إجهاض واحدة	81	26.6
أقل من سنة	125	41
سنة	51	16.7
سنتين	27	8.9
ثلاثة سنوات	10	3.3
أربعة سنوات	6	2
أكثر من ذلك	5	1.6
حالة الطفل الذي يولد بعد الإجهاض		
طبيعي	213	97.3
غير طبيعي	6	2.7
عدد الولادات القيصرية		
عدم وجود ولادات قيصرية بعد الإجهاض	6	5.5
ولادة واحدة	44	40
اثنين	38	34.5
ثلاثة	7	6.4
أربعة	8	7.3
خمسة فأكثر	7	6.4
عدد الولادات الطبيعية		
عدم وجود ولادات طبيعية بعد الإجهاض	8	5.4
ولادة واحدة	57	38.5
اثنين	30	20.3
ثلاثة	27	18.2
أربعة	13	8.8
خمسة فأكثر	13	8.8
عدد الولادات الطبيعية		
عدم وجود ولادات طبيعية بعد الإجهاض	8	5.4
ولادة واحدة	57	38.5
اثنين	30	20.3
ثلاثة	27	18.2
أربعة	13	8.8
خمسة فأكثر	13	8.8

– ويلخص الجدول رقم (2) تلك الجوانب، ويمكن استقراء بعض النتائج التالية من هذا الجدول على النحو التالي:

- يعتبر أعلى عمر لحدوث الإجهاض التلقائي في الفئة العمرية 20–29 عاما حيث بلغت النسبة 70% وتشكل نسبة عالية وخاصة بان ذلك العمر هو الأمن في عملية الحمل والإنجاب وبالتالي يجب الاهتمام بالعمر اقل من 19 سنة، والعمر اكبر من 30 حيث يشكل ذلك عمرا خطرا للإنجاب وبلغت النسبة فيهم على التوالي 10%، 20% على التوالي.
- جاءت طول فترة المباعدة الجدول (2) أكثر للسيدات اللاتي مارست مباعدة بين الولادات لفترة سنتان وثلاث سنوات حيث بلغت النسبة على التوالي 32%، 34%.

2–3– الانحدار التدريجي:

يستند الانحدار التدريجي إلى إدخال المتغيرات إلى النموذج واحد تلو الآخر ثم يتم تقييم مستوى إسهام كل متغير عند إدخاله بمعايير إحصائية وإذا لم يكن إسهامه ذا دلالة إحصائية يتم حذفه ويقوم بترتيب المتغيرات حسب أهميتها في تفسير المتغير التابع.

فيمكن أن يكون الإدخال للأمام forward أو للخلف backward أو بخليط من الأسلوبين ويسمى Stepwise.

– الإدخال الأمامي (Forward)

يكون بإدخال المتغيرات المستقلة كل واحد على حدة ويتحدد ترتيب إدخال المتغيرات بناء على قوة الارتباط مع المتغير التابع ثم يتم تقيم النموذج عند إضافة كل متغير ويتم إسقاط وحذف المتغيرات التي لا تسهم بشكل جوهري.

– الإدخال الخلفي (Back ward)

يكون بإدخال كل المتغيرات المستقلة إلى النموذج ثم يتم حذف أضعف المتغيرات أو اقلها إسهاما ثم يتم تقييم النموذج بعد الحذف إذا أدى ذلك إلى إضعاف القدرة التنبؤية للبرنامج يعاد إدخال المتغير أما إذا لم يتأثر النموذج يتم حذف المتغير ويتم تكرار هذه الإجراءات حتى يصل البرنامج إلى أفضل مجموعة من المتغيرات.

- الاختيار التدريجي (Stepwise)

هو مزيج من الطريقتين الأمامية والعكسية وهي تسمح بالإزاحة المتأخرة للمتغيرات التي سبق أن دخلت في النموذج.

يهدف الانحدار التدريجي أساسا إلى إيجاد علاقة بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة الأكثر ارتباطا به ويتم ذلك تدريجيا.

نحسب مصفوفة الانحدار لجميع المتغيرات.

نختار المتغير المستقل الذي له اكبر ارتباطا بالمتغير التابع وندخله في معادلة الانحدار.

نختار المتغير المستقل الثاني الذي له أكبر ارتباطا بعد المتغير الذي دخل المعادلة فنبحث أولا هل هناك ارتباط كبير بينه وبين المتغير الذي اختير إذا كانت الإجابة بنعم يستبعد ذلك المتغير وإذا كانت بلا ندخله في الاختيار.

تكرر هذه العملية مع بقية المتغيرات المستقلة مع استبعاد المتغيرات التي لها ارتباط كبير مع المتغيرات المختارة.

تم تحديد المتغيرات المستقلة التي قد تؤثر في عدد مرات الإجهاض (المتغير التابع) وإجمالها إلي 7 متغير وترميزها بـ (X1,X2,X3….X7) وترميز إجابات الاستبيان وإدخالها جميعاً إلى برنامج الـ SPSS:

عدد مرات الإجهاض يعبر عنه بالرمز Y وهو (المتغير التابع).

المتغيرات المستقلة:

1 - عمر الأم الحالي (X1).
2 - هل تعمل الأم (X2).
3 - هل يعمل الأب (X3).
4 - مستوى تعليم الأم (X4).
5 - مستوى تعليم الأب (X5).
6- هل يوجد صلة قرابة بين الزوج و الزوجة (X6).
7 - العمر عند أول إجهاض (X7).

2-4- التحليل الإحصائي

الجدول الأول: يمثل طريقة الانحدار المستخدمة وهي طريقة Stepwise حيث يتبين أن البرنامج قام بإدخال جميع المتغيرات المستقلة في معادلة الانحدار الخطي المتعدد.

الجدول الثاني: يوضح الجدول الثاني قيم معامل الارتباط الثلاثة وهي معامل الارتباط البسيط R حيث بلغ 0.348 ومعامل التحديد R 2 وهو يساوي 0.121 وأخيرا معامل التحديد المصحح R 2- والذي بلغ 0.118 مما يعني أن المتغيرات المستقلة (التفسيرية) (عمر الأم عند الزواج، مستوى تعليم الأم) استطاعت أن تفسر 0.35 من التغيرات الحاصلة على عدد مرات الإجهاض (Y) والباقي (0.65) يعزى إلى عوامل أخرى.

الجدول الثالث: يمثل الجدول الثاني جدول تحليل التباين والذي يمكن المعرفة من خلاله على القوة التفسيرية للنموذج ككل عن طريق إحصائية F وكما نشاهد من جدول تحليل التباين المعنوية العالية لاختبار F (P<0.0001). مما يؤكد القوة التفسيرية العالية لنموذج الانحدار الخطي المتعدد من الناحية الإحصائية.

الجدول الرابع: يبين الجدول الرابع والأخير قيم معاملات الانحدار للمقدرات والاختبارات المعنوية الإحصائية لهذه المعاملات ويمكن تلخيص هذه الجدول بالشكل الآتي:

المتغير المعتمد	المتغيرات المستقلة		
Y	الحد الثابت	(X1) عمر الأم عند الزواج	(X2) مستوى تعليم الأم
قيمة المعامل	0.010 -	0.015	0.066 -
قيم اختبار T	0.056 -	5.713	2.213 -
المعنوية	0.955	0.001	0.028

من الجدول السابق نستنتج أن المتغيرات المستقلة (عمر الأم عند الزواج) كان معنوي من الناحية الإحصائية وحسب اختبار t (عند مستوى معنوية P ≤ 0.05)، في حين كاد متغير مستوى تعليم الأم أن يكون معنوي (عند مستوى معنوية P ≤ 0.05). إلا أن باقي المتغيرات المستقلة (عمر الأم الحالي – هل تعمل الأم – هل يعمل الأب – مستوى تعليم الأب – العمر عند أول إجهاض – هل يوجد صلة قرابة بين الزوج والزوجة) لم يكن ذو تأثير معنوي في نموذج الانحدار المتعدد وحسب اختبار t.

$$\hat{Y} = \alpha + {}_1\beta \times {}_2\beta_1 + \times_i \beta + \times_i + e$$

$$= -0.10 + 0.015X1 - 0.066x2 \hat{Y}$$

معلمة x_1 (عمر الأم عند الزواج) تشير إلى أن كلما زاد عمر الأم يؤدى إلى زيادة في عدد مرات الإجهاض بمقدار 0.015 وبافتراض ثبات المتغير x_2 أن زيادة مستوى تعليم الأم يؤدى إلى نقصان عدد مرات الإجهاض بمقدار 0.066 .

Regression Variables Entered/-Re-moved[a]			
Model	**Variables Entered**	**Variables Removed**	**Method**
1	عمر الأم عند الزواج		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	مستوى تعليم الأم		Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
a. Dependent Variable: عدد مرات الإجهاض			

Model Summary				
Model	**R**	**R Square**	**Adjusted R Square**	**Std. Error of the Estimate**
1	.348a	.121	.118	.38042
2	.369b	.136	.130	.37792
a. Predictors: (Constant), عمر الأم عند الزواج؟				
b. Predictors: (Constant), عمر الأم عند الزواج؟ مستوى تعليم الأم				

ANOVAa						
Model		**Sum of Squares**	**df**	**Mean Square**	**F**	**Sig.**
1	Regression	5.881	1	5.881	40.640	.000b
	Residual	42.548	294	.145		
	Total	48.429	295			
2	Regression	6.581	2	3.290	23.038	.000c
	Residual	41.848	293	.143		
	Total	48.429	295			
a. Dependent Variable: عدد مرات الإجهاض						
b. Predictors: (Constant), عمر الأم عند الزواج؟						
c. Predictors: (Constant), مستوى تعليم الأم, عمر الأم عند الزواج؟						

Coefficientsa						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-.353	.090		-3.901	.000
	عمر الأم عند الزواج ؟	.017	.003	.348	6.375	.000
2	(Constant)	-.010	.179		-.056	.955
	عمر الأم عند الزواج ؟	.015	.003	.319	5.713	.000
	مستوى تعليم الأم	-.066	.030	-.124	-2.213	.028
a. Dependent Variable: عدد مرات الإجهاض						

Excluded Variables						
Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	عمر الأم الحالي؟	-.077-[b]	-1.406	.161	-.082	1.000
	هل تعمل الأم؟	.090[b]	1.610	.109	.094	.961
	هل يعمل الأب؟	.033[b]	.599	.549	.035	.989
	مستوى تعليم الأم؟	-.124-[b]	-2.213	.028	-.128	.944
	مستوى تعليم الأب	-.067-[b]	-1.185	.237	-.069	.935
	العمر عند أول إجهاض	.069[b]	1.270	.205	.074	.999
	هل يوجد صلة قرابة بين الزوج والزوجة	.017[b]	.305	.760	.018	.989
2	عمر الأم الحالي ؟	-.046-[c]	-.803	.423	-.047	.915
	هل تعمل الأم	.049[c]	.808	.420	.047	.811
	هل يعمل الأب	.030[c]	.547	.585	.032	.988
	مستوى تعليم الأب.	-.031-[c]	-.528	.598	-.031	.845
	العمر عند أول إجهاض.	.075[c]	1.382	.168	.081	.997
	هل يوجد صلة قرابة بين الزوج والزوجة.	.016[c]	.299	.765	.018	.989
a. Dependent Variable: عدد مرات الإجهاض.						
b. Predictors in the Model: (Constant), عمر الأم عند الزواج؟						
c. Predictors in the Model: (Constant), عمر الأم عند الزواج؟، مستوى تعليم الأم.						

III- التوصيات

توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات كما يلي:

- أهمية التوعية للفتيات ذوات السن الصغير بأهمية تجنيب الإجهاض التلقائي.
- ضرورة التوعية بخطورة الزواج المبكر قبل العشرو عاما افضل مرحلة عمرية للحمل هي من العمر الذي يكون فيه الوعي بالحمل والعادات السليمة واكتمال الخصوبة لدى المرأة.
- إعداد برامج تلفزيونية متخصص في موضوع الحمل والإجهاض.
- نشر مقالات في الجرائد والمجلات عن موضوع الإجهاض مسبباته وأنواعه ليصل إلى أكبر قدر ممكن.
- تنظيم ندوات علمية توعوية لطالبات المدارس والجامعة والعمل على زيادة التوعية المجتمع النسائي.
- نشر كتيبات والمنشورات من قبل إدارات المستشفيات عن الإجهاض وأهم مسبباته في عيادات النساء والولادة.
- أهمية تقديم خدمات المشورة وتقديم النصائح والإرشادات عند زيارة السيدات للوحدات الصحية والمستشفيات.
- ضرورة الفحص قبل الزواج وإجراء الاختبارات والتحليلات الطبية للمقدمين على الزواج.
- أهمية الاهتمام بالتغذية وعلاج حالات الأنيميا خاصة للفتيات صغيرات السن.

المراجع العربية

- أليوت فيليب، العقم: أسبابه وطرق علاجه، ترجمة: د/ الفاضل العبيد عمر، ط ٣، ١٤٠٣هـ/ ١٩٨٩م.
- البار، محمد علي، خلق الإنسان بين الطب والقرآن، ط١٤٢٠ /١١هـ - ١٩٩٩م، جدة: الدار السعودية للنشر والتوزيع
- البار، محمد علي، مشكلة الإجهاض دراسة طبية فقهية، ط١، (جدة: الدار السعودية للنشر، ١٩٨٥م).
- البوطي، محمد سعيد رمضان، مسألة تحديد النسل وقاية وعلاجا، (مكتبة الفارابي، ١٩٧٦م).

- التاجي، أحمد، "تركيب اللولب كوسيلة لمنع الحمل بعد الإجهاض"، 1998.
- الرواشدة، محمد أحمد، عقوبة الاعتداء على الجنين بالإجهاض دراسة فقهية كلية الشريعة جامعة مؤته، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية رقم المجلد 23 (العدد 1 – 2007 م).
- المصيلحى، محمد هشام،" مدى انتشار التهابات الجهاز التناسلي بين السيدات المتزوجات في سن الإنجاب"، 1998.
- الكريم، صالح عبد العزيز، رحلة الحمل والولادة خطوة بخطوة، (جدة: 2009م مركز النشر العلمي، جامعة الملك عبد العزيز). حسن، محمد وآخرون، تطوير خدمات ما بعد الولادة والاستفادة منها ،2003.
- زوزو، فريدة بنت صادق، الاجهاض دراسة فقهية مقاصدية جامعة الملك فيصل الاحساء (مجلة البحوث الفقهية 2015 م).

المراجع الأجنبية:

- Bongaarts J, Frank O, Lesthaeghe R. The proximate determinants of fertility in Sub-Saharan Africa. Population and Development Review 10(3):511-537, 1984.
- David A. Grims, The choice of second trimester Abortion method :evaluation ,Evidence ,Ethics, Reproductive Health Matter 2008
- Davis K, Blake J. Social structure and fertility, an analytic framework. Economic Development and Cultural Change 4:211-23, 1956.
- MacDougall,J(2009) Pregnancy week-by-weekcorrol& Brown limited.Lonodon
- SEROUR G I (1998). Reproductive Choice: A Muslim Perspective. In The Future of Human Reproduction: Ethics, Choice and Regulation edited by John Harris and Soren Holm.
- World Health Organization ,Unsafe Abortion : Global and regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003, (Geneva: WHO, 2007).

- MacDougall (2009) Pregnancy week-by-weekcorrol& Brown limited.London

- Carole L.Jolly and James N.Gribble "The Proximate Determinants of Fertility"Davis&Blake,1956.

التشويه الجنسي للإناث "الختان" بين التجريم وآليات المواجهة

مجدي محمد جمعة[1]

- مستخلص

أثبت العلماء المتخصصون في علوم الآثار، خاصةً علم المصريات، أن الفراعنة لم يعرفوا التشويه الجنسي للإناث "الختان"، كما يُعد ختان الإناث إجراءً لم تنص عليه أي من الكتب الطبية خاصة كتب علم الجراحة، وبالتالي فليست له خطوات أو معايير.

ولقد تناولت هذه الدراسة موضوع "التشويه الجنسي للإناث – الختان" وهو من الموضوعات المهمة في ضوء ارتفاع معدلات العنف ضد المرأة في الآونة الأخيرة والاهتمام العالمي بحماية حقوق الإنسان "بصفة عامة"، وحقوق المرأة "بصفة خاصة"، وذلك من خلال عرضٍ للآليات الدولية التي تم إنشائها على مستوى المجتمع الدولي للحد من جرائم العنف ضد المرأة، وكذا استعراض دور الآليات المصرية ومنها أجهزة الشرطة في مواجهة تلك الجرائم والحد منها بقدر الإمكان..، وملاحقة وضبط مرتكبيها وتقديمهم للعدالة.

وخلصت الدراسة إلى أن هناك أكثر من 28 دولة إفريقية يقع أغلبها في وسط قارة إفريقيا تنتشر فيها ممارسة عادة ختان الإناث، وأن قانون العقوبات المصري تضمن تجريم ختان الإناث إلاّ أنه لم يقرر عقاباً على الولي أو الوصي على الأنثى الذي يدفعها لإجراء عملية الختان.

ولقد أوصت الدراسة من الناحية التشريعية بضرورة إضافة مواد تنظم جريمة الختان للأنثى بشكل خاص وصريح، وتشدد العقوبات على كل من يقوم بإجراء الختان.

كما أوصت من الناحية الأمنية بضرورة قيام قطاع حقوق الإنسان بوزارة الداخلية بإنشاء وتفعيل آليات للتعاون مع الجهات الحكومية وغير الحكومية لتفعيل النصوص القانونية في شأن تجريم ممارسة ختان الإناث ، وكذلك ضرورة إنشاء مراكز لعلاج ورعاية ضحايا التشويه الجنسي للإناث "الختان" والمعنفات .

الكلمات المفتاحية: التشويه الجنسى، الختان، الإناث، العنف، الحضر، الريف، المرأة، الأضرار الطبية، قانون الطفل، حقوق الإنسان، المؤتمر الإسلامي، الضحايا، مصر.

[1] رائد دكتور ضابط بأكاديمية الشرطة، مصر magdygomaa2010@yahoo.com

I- مقدمــة

لقد حققت مبادئ الشريعة الإسلامية العدالة بين الذكر والأنثى فى كافة الحقوق والواجبات، وإن كانت تظهر هناك بعض الفروق فذلك احتراماً لأصل الفطرة التي خلق الله الناس عليها وما يُبنى عليها من تفاوت في الوظائف الإنسانية، قال الله عز وجل فَاسْتَجَابَ لَهُمْ رَبُّهُمْ أَنِّي لاَ أُضِيعُ عَمَلَ عَامِلٍ مِّنكُم مِّن ذَكَرٍ أَوْ أُنثَى بَعْضُكُم مِّن بَعْضٍ"، **(سورة آل عمران، الآية رقم 195)**.

وقد انضمت مصر لمسيرة حقوق الإنسان والجهود الدولية الخاصة بها منذ إنشاء منظمة الأمم المتحدة من خلال مشاركتها في الأعمال التحضيرية للإعلان العالمي لحقوق الإنسان وتوقيعها على الإعلان الذي صدر في 10 ديسمبر 1948م، وتوقيعها وانضمامها لغالبية المواثيق والعهود الدولية المعنية بحقوق الإنسان، **(أحمد جاد منصور، 2008)**.

كما ضَمْن الشعب المصري بدستوره الصادر في عام 2014 م، كافة ما أوردته المواثيق الدولية من حماية حقوق وحريات الإنسان، والمواثيق الدولية لحقوق الإنسان وما يتعلق بنبذ التمييز والعنف ضد المرأة، وانضمت إليها مصر وقامت بنشرها فى الجريدة الرسمية للبلاد واعتبرتها بمثابة قوانين داخلية، **(الدستور المصري، 2014)**.

هذا وقد برزت الجريمة كظاهرة اجتماعية مع أول تجمع بشرى على وجه الأرض، ومازالت تكمن عناصرها في النفس البشرية المنطوية على صراع دائم ما بين الخير والشر، الأمر الذي هدد وما زال يهدد المجتمعات البشرية، ويؤدى إلى تأثيرات سلبية على تقدم ورقى أي مجتمع.

وتمثل الجريمة ظاهرة اجتماعية لا يخلو منها أي مجتمع، فهي تحدث في كل المجتمعات وليست محصورة في فئة أو في وسط اجتماعي محدد، كما أنها ليست مرتبطة بوقت أو زمن معين، فلقد نشأت منذ بدء الخليقة، إلا أنها تختلف كماً ونوعاً من مجتمع لآخر ومن زمن لآخر، **(باسم سليم العطار، 2011)**.

وتواجه المرأة العنف خاصةً الاعتداء على الأعراض والحُرمات الجنسية، الذي يُعد من أخطر القضايا التي تواجه أي من المجتمعات القديمة أو الحديثة.

وقد عُنيت التشريعات الوضعية المختلفة بهذا الجانب وعرفت مدى خطورته ، ونظمت له القوانين المختلفة لتقييد وتنظيم حرية الأفراد الجنسية واعتبرت هذه القيود جرائم تمس الأعراض، ووضعت لها العقوبات، **(أحمد أمين، بدون سنة النشر)**.

ونجد أن الشريعة الإسلامية في تنظيمها وتجريمها للعلاقات والأفعال الجنسية الخارجة عن نطاقها الشرعي، مقصدها من هذا التنظيم هو حماية القيم الدينية والاجتماعية والإنسانية، في حين أن التشريعات الوضعية لم تُجرم هذه العلاقات إلا إذا شكلت اعتداء على أمن المجتمع واستقراره، **(عبلة عبد العزيز عامر، 2010)**.

وتحمى الشريعة الإسلامية الأعراض، ويُعد ذلك مقصداً من المقاصد الضرورية في الشريعة الإسلامية، وتلك المقاصد هي حفظ الدين والنفس والنسل والمال والعقل، وفي ذلك دليل على وجوب ممارسة كل علاقة جنسية بين الرجل والمرأة في إطارها الشرعي وهو الزواج الشرعي الصحيح المستوفى لكافة أركانه وشروطه، وتحريم كل ما عدا ذلك من علاقات جنسية شاذة، **(عبلة عبد العزيز عامر، 2010)**.

وستتناول هذه الدراسة التشويه الجنسي للإناث "الختان" بوصفه نمطاً من أخطر أنماط الاعتداء على الحقوق الجنسية والإنجابية للمرأة، والذي يشكل جريمة وفقاً للتشريع المصري.

وتوجد بعض المجالات التي يلزم تدخل المشرع الجنائي فيها من أجل ضمان حماية أكثر للمرأة من بعض صور العنف التي لازالت تمارس ضدها، وأغلبها تفرضه ثقافة مجتمعية يلزم العمل على تغييرها بكافة الوسائل، ومنها سلاح التجريم والعقاب، **(فتوح عبد الله الشاذلي، 2010)**.

وقد ثار جدل كبير في القاهرة سنة 2003 م حول التشريعات والقرارات المتعلقة بختان الإناث، حيث اجتمع أكثر من مائة خبير يمثلون منظمات دولية ومنظمات حكومية وطنية وغير حكومية للتشاور حول الأحداث القانونية لمنع ختان الإناث.

وتم مناقشة أهمية القانون كعنصر فعال في إستراتيجيات منع الختان، وتوصلوا إلى توصيات تضمن كفاءة التعامل القانوني مع هذه الظاهرة، واختتم الاجتماع بتبني بيان ختامي يؤكد منع ختان الإناث عن طريق منهاج شامل يعزز تغيير السلوك، ويستخدم الإجراءات القانونية كأداة محورية، **(Cairo Declaration For the Elimination of Female Genital Mutilation, 2003)**، وستتناول الدراسة التشويه الجنسي للإناث "الختان" وذلك كما يلي:

1-1- أهمية الدراسة:

ينبغي حماية المرأة من العنف خاصةً ما يتعلق بالاعتداء على الحقوق الجنسية والتناسلية للمرأة، لذا يجب منع ختان الإناث لما يسببه لها من تشويه جنسي لا مبرر له من الناحية الشرعية والأخلاقية والصحية، كما ينبغي وأد هذه العادة الاجتماعية البغيضة لما تسببه من أضرار صحية وجنسية للمرأة تلازمها طوال حياتها وقد تؤدى بالفتاة إلى عاهة مستديمة أو تصل إلى الوفاة كما طالعتنا في الآونة الخيرة وسائل الإعلام.

1-2- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تحديد خطورة التشويه الجنسي للإناث وبيان الأضرار المتنوعة المترتبة عليه في جميع فترات حياة الأنثى، وبيان حكم الشرع والقانون في مسألة ختان الإناث وإبراز مدى تجريمها وبيان آليات مكافحتها.

1-3- مشكلة الدراسة:

تتركز مشكلة الدراسة في انتشار التشويه الجنسي للإناث في مصر خاصةً في المناطق الريفية أكثر من المناطق الحضرية، وهي عادة اجتماعية سيئة تضر بصحة المرأة وحقوقها الجنسية والتناسلية طوال حياتها، وذلك كله بدون ضرورة صحية أو حكم شرعي يتطلب ذلك، بالإضافة إلى مخالفة القانون الذي جرم ختان الإناث.

كما أن ربط عادة الختان بالعفة والطهارة وتقويم أخلاق الفتيات في سن المراهقة، غير صحيح وغير دقيق، فالعفة والطهارة والحرص على اتقاء ما حرم الله لا يكون باستئصال أعضاء الناس، بل يكون بالتربية والخلق القويم وزرع الوازع الديني.

1-5- منهجية الدراسة ومصادر البيانات:

- اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي، من خلال جمع المعلومات من الوثائق والدراسات والأبحاث ذات الاهتمام بموضوع البحث، بهدف وصف وتشخيص موضوع البحث ودراسته من مختلف جوانبه بغية الوصول إلى الغاية المنشودة من البحث.

- استخدم الباحث بعض المراجع العلمية المتخصصة فى مجال موضوع البحث، وعدد من البحوث العلمية التى تناولت بعض جوانب موضوع البحث بالإضافة للتشريعات وقرارات النيابة العامة وأحكام القضاء والأحكام الشرعية والآليات الأمنية فى مجال مكافحة التشويه الجنسى للإناث.

II- تعريف ختان الإناث

2-1- الختان L'excision لدى علماء الشريعة

يعنى إزالة الغلفة التي تغطى الحشفة من الرجل، بحيث تتكشف الحشفة كلها، أما ختان الإناث فهو قطع أدنى جزء من الجلدة التي في أعلى الفرج، **(محيى الدين بن شرف النووي، بدون سنة النشر)**.

2-2- ختان الإناث

إن ختان الإناث عادة منتشرة في مصر، وتعتبر من الممارسات القاسية والعنيفة، التى انتفى إحساس المجتمع بعنفها لكثرة ما تمارس، وهو عملية بتر جزء من عضو من أعضاء جسد المرأة، في إجراء لم تنص عليه أي من الكتب الطبية خاصة كتب علم الجراحة، وبالتالي فليست له خطوات أو معايير، ويتم على فتاه إما لم يؤخذ رأيها في إجرائه، أو لا تملك أن ترفض إجراءه سواء اعتبرته شيئاً طبيعياً أو مرفوضاً، وهو إجراء اقترن بعفة الفتاه وشرفها، وشرف الأسرة.

وهناك العديد من المصطلحات المستخدمة لوصف هذه الممارسة ومنها "طهارة البنات"، وهو مصطلح يفترض خطأ أن الفتاه غير طاهرة، إذا احتفظت بجسدها كاملاً كما خلقت به، وإذا كان هذا الاسم يشير إلى الدافع من إجراء هذه الممارسة، فإنه لا يشير إلى جانب الانتهاك والعنف فيها ، لذلك كان المصطلح الذي اعتمدته منظمة الصحة العالمية عام 1999م وهو مصطلح التشويه الجنسي للإناث، أقرب إلى التعبير عن طبيعة العنف في ختان الإناث، **(محمد ممدوح الطباخ، 2009)**.

وتجرى عملية الختان للفتيات . طهارة البنات . في مصر غالباً ما بين 10.6 سنوات أي قبل بلوغهن الحيض، وهي عادة منتشرة في كل محافظات مصر تقريباً مع بعض الاختلاف بين المحافظات وبعضها في الاعتقاد بضرورة وجوب إجراء ختان الإناث، حيث أن النساء المقيمات في المحافظات الحضرية هن أقل اعتقاداً بضرورة استمرار ممارسة الختان، عن النساء المقيمات في الريف.

III- نشأة الختان

عرفت شعوب كثيرة – خاصة دول نهر النيل – الختان وممارسته منذ زمن قديم، وإن اختلفوا في دوافع ممارسة هذه العملية، فممارسته بعض الشعوب من منطلق ديني، فكانت عملية الختان من

المتطلبات الضرورية في مصر القديمة لكل من يخصص للخدمة الدينية في المعابد، **(محمد الهواري، 1987)**.

كما ارتبط الختان بالقرابين الدينية، حيث كان الإنسان يقدم نفسه أو أحد أطفاله في الأزمنة القديمة قرباناً للرب، فاستعاض عن ذلك بتقديم جزء من جسده، يتمثل فيما يقتطع منه عند الإختتان، **(محمد الهواري، 1987)**.

ويرى البعض أن ختان الإناث يرجع إلى ما قبل التاريخ، عندما كان البظر (العضو المبتور) يقدم قرباناً للتخلص من الشيطان، والتي كانت مرتبطة وقتها بمفهوم الأنثى الخطيئة، التى يجب تطهيرها من الدنس الذي يتلبس جسدها، **(خالد منتصر، مجلة طبيبك الخاص، 1993)**.

وهناك من يقول أن عملية الختان تعود إلى عصور الإقطاع، حيث كان الإقطاعي يمتلك الآلاف من المواشي إلى جانب المئات من الجواري والعبيد، فكان يخصي الذكور من البهائم حتى لا تحمل الإناث، وهى في مرحلة إدرار اللبن، ويخصى الذكور من العبيد حتى لا يقتربوا من نسائه، أما الجواري فكان يعتبرهن ملك له، وكان يختنهن لقتل الشعور الجنسي لديهن، لأنه لا يستطيع إشباعهن جميعاً، **(أحمد شوقي الفنجري، 2000)**.

وكان المصريون يعرفون الختان نقلاً عن الآشوريين وأنه لم يكن عادة فرعونية حيث عثر على بردية بالمتحف البريطاني تقول أن رجلاً طلب استعادة المهر الذي دفعه لزوجته لأنه قد وجدها مختتنة، ونقله عنهم اليهود وأعطوه طابعاً دينياً، ولينتقل عبر العصور من المسيحية إلى الإسلام، **(سعد رضوان، مجلة طبيبك الخاص، 1994)**.

أما ختان الإناث فلم يرد له ذكر في العهد القديم، **(محمد الهواري، 1987)**، فكل الصور الموجودة على جدران المعابد الفرعونية أو على أوراق البردي التى تم العثور عليها تتعلق بختان الرجل، **(سعد رضوان، مجلة طبيبك الخاص، 1994)**.

فالختان هو واحدة من أقدم المعتقدات الخاطئة وأكثرها تغلغلاً في نسيج العادات والتقاليد، وواحدة من الممارسات الاجتماعية العنيفة التى انتفى إحساس المجتمع بعنفها لكثرة ما تمارس، وتلقى قبولاً حتى من النساء أنفسهن، ولكنه ليس عادة إسلامية لأن الأقباط كانوا يمارسونها، علاوة

على ظهورها قبل المسيحية والإسلام، فهي عادة دموية قديمة، في وقت لم تكن العلوم الطبية قد تقدمت، ولم تكن حقوق الإنسان تحظى بالاحترام الواجب، **(جميل عبد الباقي الصغير، 2010-2011)**.

ويتفق الباحث مع بعض العلماء المتخصصين في علوم الآثار خاصةً علم المصريات؛ الذين أثبتوا أن الفراعنة لم يعرفوا عادة ختان الإناث، وأن عشرات الجداريات عليها رسوم لختان الذكور فقط، ومن أمثلة ذلك: الرسم الموجود في مصطبة عنخ ماحور بسقارة ومقبرة "تي – حتب – بتاح" بالجيزة، وقد ثُبت لدى علماء المصريات عدم قيام المصريين القدماء بممارسة عادة ختان الإناث على الإطلاق طوال العصر الفرعوني، ومن أهم الأدلة على ذلك ما يلي، **(روزا لينـدم وجاك يانسن، موقع الحوار المتمدن، 2012)، (عبد المنعم عبد الحليم سيد، موقع الحوار المتمدن، 2012)**.

- من دراسة الآثار الفرعونية: في مقابل تكرار مناظر ختان الذكور التى وردت في الرسوم على الآثار المصرية القديمة ومن أوضحها، "رسم لعملية ختان الذكور في مقبرة عنخ . ماحور في سقارة"، لم يرد منظر لختان الإناث .

- في مقابل ورود وصفات طبية على البرديات المصرية القديمة لمداواة الجرح الناتج عن عملية ختان الذكور "مثال ذلك الوصفة رقم 734 في البردية المسماة بردية إيبرس"، لم ترد إشارة تفيد ذلك بالنسبة للإناث.

- لم يثبت من فحص مومياوات الإناث المصريات العديدة ممارسة عملية الختان على أية أنثى منهن.

- أن المؤرخ اليوناني هيرودوت الذي زار مصر في القرن الخامس ق . م . وكانت الحضارة المصرية في ما زالت في أوج انتشارها، لم يذكر أي شيء عن ختان الإناث، بينما أشار إلى ختان الذكور في ثلاثة مواضع من كتابه عن مصر في الفقرات أرقام 36، 37، 104، وأن عملية ختان الإناث هي عادة إفريقية حيث تَعْرض جنوب مصر في عصر الاحتلال الروماني الذي بدأ في عام 30 ق . م . أي بعد أن انتهى العصر الفرعوني بزمن طويل، تَعْرضت مصر لغزوات دولة إفريقية عاصمتها بلدة "مروى"، التي دخلت في صراع مع الرومان، وهي التى أتت لصعيد مصر أثناء هذه الغزوات . من بين ما أتت من عادات وتقاليد . بعادة ختان الإناث، والدليل على ذلك أن المؤرخ الروماني: إسترابون "الذي عاش في مصر أثناء الاحتلال الروماني، ذكر أن هذه العادة دخلت مصر في عصر الاحتلال الروماني، والدليل إنها عادة إفريقية أنها مازالت تُمارس حتى اليوم في

مناطق حوض النيل، وهذه العادة هي بقية من عادات وتقاليد الاتجار في النساء "الجواري".

وكانت عملية ختان الإناث تُمارس في هذه المناطق بطريقة أشد وحشية من ممارستها في مصر، لأن الغرض منها هو الإغلاق التام ضماناً لبكارة الجارية لرفع ثمنها، وبناءً على ذلك فإن ختان الإناث عادة إفريقية الأصل ولا توجد أي صلة بينها وبين مصر الفرعونية.

IV- أنواع ختان الإناث

هناك 3 أنواع من الختان:

- ختان الدرجة الأولى، والذي تزال فيه الشفرتان الصغيرتان فقط.
- ختان الدرجة الثانية، والذي تزال فيه الشفرتان وطرف البظر.
- ختان الدرجة الثالثة: تزال فيه الشفرتان والبظر كاملاً ويسمى الختان السوداني أو الفرعوني.

وتُمارس في مصر عملية الختان من الدرجة الأولى والدرجة الثانية فقط، أما الختان من الدرجة الثالثة فقليلة الانتشار، **(مارلين تادرس، 1996)**.

V- الأضرار النفسية والطبية لختان الإناث

5-1- الأضرار النفسية لختان الإناث

إن عادة ختان الإناث لها أضرار نفسية وطبية على الطفلة الأنثى، فمن الناحية النفسية تلحق بالفتاة الأضرار الآتية:

- **القلق:** تبدأ الأضرار النفسية للختان قبل حدوثه، فما أن تسمع الفتاة بما حدث لأقرانها الأكبر سناً حتى ينتابها القلق، وكلما اقتربت من السن المعتاد إجراء الختان فيه يتصاعد قلقها، ويتحول إلى رعب نفسي، قد يصل في بعض الحالات إلى حدوث كوابيس وتأخر دراسي.
- **الصدمة النفسية:** حيث تشعر الفتاة بأن أحب الناس إليها قد خانوا ثقتها بهم ، مما يصيبها بحزن يظل دفيناً فى أعماقها.
- **الشعور بالخزي والنقص لدى الفتيات ذوات الاعتزاز بالنفس:** اللاتي يمنعهن ذكاؤهن من تصديق المبررات التقليدية المروجة للختان ويتزايد ذلك الشعور بتزايد مستوى علم الفتاة وثقافتها.

- **تشويه صورة الذات لدى الفتيات:** صاحبات الشخصيات الأكثر قبولاً للإيحاء، فيصدقن أن المرأة كائن منقوص بالفطرة.

5-2- الأضرار الطبية لختان الإناث

ومن الناحية الطبية تنتج عن الختان الأضرار التالية:

- الوفاة المباشرة نتيجة النزيف أو الصدمة العصبية.
- التهاب مكان الجرح نتيجة لعدم التعقيم، والتهابات مزمنة في المبايض والحوض والقنوات الرحمية التي قد تؤدى إلى العقم.
- حدوث تليف جلدي نتيجة تشويه الأعضاء التناسلية.
- آلام شديدة عند الجماع.
- صعوبة الإرواء الجنسي، نتيجة لاستئصال الأجزاء الحساسة من الجهاز التناسلي.

VI- ختان الإناث في مصر من وجهة نظر الحكم الشرعي ومن الوجهة القانونية:

ونعرض له من حيث: (الحكم الشرعي) ثم من حيث (وجهة النظر القانونية) ورأي العلماء بالمؤتمر الإسلامي الذي عقد بالقاهرة عام 2006 في الختان، كما يلي:

6-1- ختان الإناث في مصر من وجهة نظر الحكم الشرعي

اختلفت الآراء عند فقهاء الشريعة الإسلامية، في بيان الحكم الشرعي في ختان الإناث.

أ - الرأي الراجح: إن الختان واجب للرجال ومكرمة في حق النساء، وإن كان البعض يرى بأن المكرمة تكون في حالة الضرورة الطبية لإجراء هذه العملية لما يأتي:

- ورود أحاديث كثيرة في حق الختان للذكر بصيغة الأمر، فهي تشد بعضها بعضا.
- لم ينقل عن النبي (ص) مخالفة ملة إبراهيم (عليه السلام) ولم يتركه أحد من ذكور المسلمين.
- الختان لزوم الطهارة في الرجل.
- أن الإمام أبا حنيفة ومالكاً شددا في ختان الذكر، ولم يرخصا بالترك إلا خوف الهلاك.
- ما أكده الطب الحديث من أن عدم ختان الرجل، قد يؤدى لإصابته بالأمراض فضلاً عن إصابة زوجته أيضاً بمرض سرطان الرحم.
- الختان الوارد بحق المرأة أحاديثه ضعيفة، **(محمد ممدوح صبري الطباخ، 2009)**.

ب – يؤيد الباحث الرأي المنادى بأن الختان واجب للذكور دون النساء، وذلك لما يلي:

- لقد خلا القرآن الكريم من أي نص يتضمن إشارة من قريب أو بعيد إلى ختان الإناث، كما أنه ليس هناك إجماع على حكم شرعي فيه.
- أن الأحاديث النبوية التي رويت عن الختان بالنسبة للإناث، هي أحاديث مروية بأسانيد ضعيفة، كما بين الكثير من الفقهاء.
- أقر الأطباء بأنه توجد أضرار جسدية ومعنوية من جراء عملية ختان الإناث، والقاعدة الفقهية تقضى بأن درء المفاسد مقدم على جلب المنافع، لذا فإن القضاء على عادة ختان الإناث والتي ثبت عدم جدواها أو فائدتها، يعتبر واجباً دينياً يجب أن يضطلع به كل قادر عليه.
- إن إدعاء ربط الختان بالعفة والطهارة والحرص على أخلاق الفتيات في سن المراهقة، إدعاء غير صحيح، فالعفة والطهارة والحرص على اتقاء ما حرم الله بين الناس، لا يكون باستئصال أعضاء الناس، بل تتأكد وتتعمق بالتربية والخلق القويم وزرع الوازع الديني.
- بالنسبة للإناث لا يوجد نص شرعي صحيح يحتج به على وجوبه للإناث.
- لذلك فإنه يجب ترك الفصل في مسألة ختان الإناث، إلى أهل الاختصاص من الأطباء، وطالما أن الأطباء أجمعوا على الأضرار الصحية والنفسية، التي تلحق بالفتاة من جراء هذه العملية، فيجب أن نتجاوز عادة ختان الإناث، والتي لا توجد في كثير من المجتمعات الإسلامية.
- إذا كان حكم ختان الإناث في أغلب المذاهب الإسلامية، هو الإباحة، فيمكن الرد على ذلك بأن هناك قاعدة فقهية أصيلة في الشريعة الإسلامية، تقضى بأن للحاكم أن يمنع جمهور المسلمين من بعض ما هو مباح في الأصل، إذا ترتب على فعلهم لهذا المباح مفاسد كبيرة تبرر هذا الحظر، كما أن من أصول الدين لا ضرر ولا ضرار.
- إذا ترتب على شيء مفسدة، في زمن لم تلحقه فيما قبله، فلا شك في وجوب تغير الحكم وتطبيقه على الحالة الحاضرة، وطالما أن العلم الحديث، قد أثبت الأضرار الجسيمة المترتبة على ختان الإناث، فيجب حظر هذه العادة درءاً للأضرار المترتبة عليها، بحيث لا تجرى إلا للضرورة الطبية التي يحدده الطبيب المسلم العدل، **(محمد ممدوح صبري الطباخ، 2009).**

– يتفق رأى الباحث مع ما انتهت إليه اللجنة الشرعية العليا بدار الإفتاء المصرية، في اجتماعها المنعقد في الثالث من يوليو عام 2007م، حيث أكدت أن ختان الإناث بغير مسوغ أو ضرورة توجبه، يُعْد أمرًا محظورًا شرعًا.

ج – رأي اللجنة الشرعية العليا بدار الإفتاء المصرية

أعلنت اللجنة الشرعية العليا بدار الإفتاء المصرية أن ختان الإناث بالشكل والطريقة التي يتم بها حالياً عادة محرمة شرعاً، وذلك وفقاً لما أثبته علماء الطب الحديث بالأمر القطعي واليقيني من أضراره الكثيرة من الناحيتين الجسدية والنفسية على الأنثى، حيث أكدت أن ختان الإناث بغير مسوغ أو ضرورة توجبه يُعد أمرًا محظورًا شرعًا، **(اللجنة الشرعية العليا بدار الإفتاء المصرية، 2007)**.

6-2- ختان الإناث في مصر من وجهة النظر القانونية

سنتناول موقف القضاء المصري من التكييف القانوني لفعل الختان، ثم مدى صلاحية نصوص قانون العقوبات للتطبيق على فعل الختان، وذلك على النحو التالي:

أ- موقف القضاء المصري من التكييف القانوني لفعل الختان

لم يسر القضاء المصري على وتيرة واحدة فيما يتعلق بالتكييف القانوني لفعل الختان[2]، فقد قضت محكمة السيدة زينب[3] في واقعة ختان –بإدانة الفاعل– الذي ليست له صفة الطبيب، بالحبس سنتين مع الشغل عن جريمة ممارسة الطب بغير ترخيص، المؤثمة بالمواد 1، 10، 11 من القانون رقم 415 لسنة 1954م، في شأن مزاولة مهنة الطب [4].

(2) راجع د. جميل عبد الباقي الصغير، ختان الإناث بين الإباحة والتجريم، مرجع سبق ذكره، ص 1351.

(3) أنظر القضية رقم 11121 لسنة 1944، جنح السيدة زينب.

(4) أنظر نص المادة 10 من القانون رقم 415 لسنة 1994 م في شأن مزاولة مهنة الطب "يعاقب بالحبس مدة لا تجاوز سنتين وبغرامة لا تزيد على مائتين جنيه أو بإحدى هاتين العقوبتين كل من زاول مهنة الطب على وجه يخالف أحكام هذا القانون، وفى حالة العود يحكم بالعقوبتين معاً، وفى جميع الأحوال يأمر القاضي بإغلاق العيادة مع نزع اللوحات واللافتات ومصادرة الأشياء المتعلقة بالمهنة، ويأمر كذلك بنشر الحكم مرة أو أكثر من مرة في جريدتين يعينهما على نفقة المحكوم عليه".

وتنص المادة 11 على أنه يعاقب بالعقوبات المنصوص عليها في المادة السابقة:

أولاً: كل شخص غير مرخص له في مزاولة مهنة الطب يستعمل نشرات أو لوحات أو لافتات أو أي وسيلة أخرى من وسائل النشر إذا كان من شأن ذلك أن يحمل الجمهور على الاعتقاد بأن له الحق في مزاولة مهنة الطب، وكذلك من ينتحل لنفسه لقب طبيب أو غيره من الألقاب التي تطلق على الأشخاص المرخص لهم في مزاولة مهنة الطب.

أما نيابة بولاق أبو العلا فقد وجهت إلى المتهمة "والدة المجني عليها" التي اتفقت مع الداية وأحضرتها لختان ابنتها[5]، تهمة الإصابة الخطأ بالمادة 244 من قانون العقوبات، على سند القول بأنها أهملت رعاية ابنتها (المجني عليها) بأن أسندت إلى مجهولة القيام بختانها، فنجم عن ذلك إصابتها بالإصابات الواردة بالتقرير الطبي، وأمرت النيابة بحفظ الأوراق لعدم الأهمية[6].

ب- مدى صلاحية نصوص قانون العقوبات للتطبيق على فعل الختان

كان قانون العقوبات المصري خالياً من نص قانوني بشأن جريمة التشويه الجنسي للإناث (الختان)، ولذلك فإن القاضي كان إذا ما عرضت عليه قضايا متعلقة بالتشويه الجنسي للإناث (الختان) فإنه يطبق عليها النصوص القانونية الخاصة بجريمة الجرح العمدي، والتي تكون عقوبتها وفق جسامة النتيجة التي تحدث.

فإذا أدى الختان إلى الوفاة، تطبق عقوبة الجرح المفضي إلى الموت، وفقاً للمادة 236 عقوبات، أما إذا أدى الختان إلى عاهة مستديمة تطبق عقوبة جريمة إحداث عاهة مستديمة، وفقاً للمادة 240 عقوبات، أما إذا لم تصل أضرار الختان إلى هذه الدرجة من الجسامة، تكون العقوبة هي عقوبة جريمة الجرح في صورته المشددة، طبقاً للمادة 241 عقوبات، أو عقوبة جريمة الجرح في صورته البسيطة، طبقاً للمادة 242 عقوبات، **(محمد ممدوح صبري الطباخ، 2009)**.

ثانياً: كل شخص غير مرخص له في مزاولة مهنة الطب وجدت عنده آلات أو عدد طبية، ما لم يثبت وجودها لديه كان لسبب مشروع غير مزاولة مهنة الطب.

(5) أنظر القضية رقم 8288 لسنة 1994 جنح بولاق أبو العلا.

(6) أنظر المادة 244 من قانون العقوبات المصري، وتنص على أنه "من تسبب خطأ في جرح شخص أو إيذائه بأن كان ذلك ناشئاً عن إهماله أو رعونته أو عدم احترازه أو عدم مراعاته للقوانين والقرارات واللوائح والأنظمة يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على سنة وبغرامة لا تتجاوز مائتي جنيه أو بإحدى هاتين العقوبتين".

"وتكون العقوبة الحبس مدة لا تزيد على سنتين وغرامة لا تجاوز ثلاثمائة جنيه أو إحدى هاتين العقوبتين إذا نشأ عن الإصابة عاهة مستديمة أو إذا وقعت الجريمة نتيجة إخلال الجاني إخلالاً جسيماً بما تفرضه عليه أصول وظيفته أو مهنته أو حرفته أو كان متعاطياً مسكراً أو مخدراً عند ارتكابه الخطأ الذي نجم عنه الحادث عن مساعدة من وقعت عليه الجريمة أو من طلب المساعدة له مع تمكينه من ذلك".

"وتكون العقوبة الحبس إذا نشأ عن الجريمة إصابة أكثر من ثلاث أشخاص، فإذا توافر ظرف آخر من الظروف الواردة فى الفقرة السابقة تكون العقوبة الحبس مدة لا تقل عن سنة ولا تزيد على خمس سنين".

وإزاء عدم وجود تنظيم قانوني لجريمة التشويه الجنسي للإناث (الختان)، أصدر وزير الصحة القرار رقم 261 لسنة 1996م، بحظر إجراء عمليات الختان للإناث.

حيث نص قرار وزير الصحة رقم 261 لسنة 1996م، على أنه: "يحظر إجراء عمليات الختان للإناث، سواء بالمستشفيات أو العيادات العامة أو الخاصة، إلا في الحالات المرضية التي يقرها رئيس قسم أمراض النساء والولادة بالمستشفى، وبناءً على اقتراح الطبيب المعالج ويعتبر قيام غير الأطباء بهذه العملية جريمة يعاقب عليها طبقاً للقوانين واللوائح.

لكن بعض الأشخاص طعنوا على قرار وزير الصحة لسنة 1996م القاضي بمنع ختان الإناث أمام محكمة القضاء الإداري، التي قضت بتاريخ 24 يونيو 1997م بإلغاء قرار المنع، وطعنت وزارة الصحة ونقابة الأطباء التي انضمت إليها على حكم محكمة القضاء الإداري أمام المحكمة الإدارية العليا التي ألغت حكم القضاء الإداري مؤيدة قرار وزير الصحة بمنع الختان بحكمها الصادر في 28 ديسمبر 1997م[7].

6-3- رأى العلماء بالمؤتمر الإسلامي المنعقد بالقاهرة في 23 نوفمبر عام 2006م في الختان

ضرورة سن قانون يُجرم من يمارس عادة ختان الإناث، بالشكل الضار فاعلاً كان أو متسبباً فيه، وأكدوا أن كثيراً من حالات الختان التي تمارس الآن تلحق الضرر بالمرأة جسدياً ونفسياً وأكدت ذلك الأبحاث والدراسات الطبية، لذا يجب الامتناع عن ختان الإناث[8].

وقد توفيت الطفلة "بدور" ذات 13 سنة على يد طبيبة في نهاية يونيو 2007م أثناء إجراء عملية ختان في جنوب مصر، فصدر قرار وزير الصحة رقم 271 لسنة 2007م الذي توسع في حظر ختان الإناث ليشمل العاملين بالقطاع الطبي وغيرهم في كل المؤسسات الصحية أو العيادات الخاصة وكافة الأماكن الأخرى بما فيها مسكن المجني عليها، وقرر تطبيق العقوبات التأديبية والجنائية على من يمارسون ختان الإناث، **(فتوح عبد الله الشاذلي، 2010)**.

---

(7) أنظر "حكم محكمة القضاء الإداري في الدعوى رقم 9100 لسنة 50 قضائية" بإلغاء قرار وزير الصحة بشأن منع ختان الإناث، وأنظر حكم المحكمة الإدارية العليا التي ألغت حكم القضاء الإداري، مؤيدة قرار وزير الصحة بمنع الختان بحكمها الصادر في 28 ديسمبر 1997م. "الطعن رقم 5204 لسنة 43 قضائية عليا".

(8) المؤتمر الإسلامي العالمي حول حظر انتهاك جسد المرأة، عقد بالقاهرة في 2006/11/23م، ومن بين العلماء المشاركين في المؤتمر والذين وافقوا على هذه التوصية، الدكتور/ على جمعه، مفتى الديار المصرية، وأعضاء مجمع البحوث الإسلامية.

6-4- رأي الباحث

يرى الباحث ضرورة معالجة القصور التشريعي في شأن مسألة منع ختان الإناث، وضرورة إصدار تعديل لقانون العقوبات المصري، بإضافة مواد تجرم هذه العادة بشكل خاص، بحيث لا تجرى إلا للضرورة وتحت الإشراف الطبي الكامل، وتنظم جريمة التشويه الجنسي للأنثى، وتشدد العقوبات على إجراء العملية، على أن يشمل العقاب، إلى جانب القائم بعملية الختان الولي أو الوصي على الأنثى، سواء كان أباً أو أماً أو جداً، بناءً على القاعدة الفقهية: بحظر المباح لمنع الضرر.

وقد تم تعديل قانون الطفل رقم 12 لسنة 1996م بإصدار القانون رقم 126 لسنة 2008م، بإضافة نص المادة 242 مكرراً إلى قانون العقوبات، في شأن كل من أحدث الجرح المعاقب عليه في المادتين (241، 242) من قانون العقوبات عن طريق إجراء الختان للأنثى[9].

ويتفق الباحث مع البعض الذي يبدى بعض الملاحظات على تعديلات قانون الطفل رقم 126 لسنة 2008م، في شأن ختان الإناث، حيث يلاحظ على هذا النص القانوني ما يلي:

- أنه لم يتضمن تجريماً مباشراً لختان الإناث بوصفه كذلك وإنما اقتصر على اعتباره ظرفاً مشدداً للعقاب فى جريمة أخرى هي جريمة إحداث جرح عمد.
- أنه جعل حالة الضرورة المقررة في المادة 61 من قانون العقوبات استثناء من تشديد عقاب الجرح العمد عن طريق الختان وهو ما يفتح الباب واسعاً للتحايل على النص المستحدث بالادعاء بأن الختان كانت تفرضه ضرورة وقاية الأنثى من خطر جسيم جعل إجراء الختان أمراً ضرورياً، والمعلوم أن الضرورات تبيح المحظورات.
- أنه أعطى القاضي سلطة تقديرية واسعة في الاختيار بين الحبس أو الغرامة ولم يجعل الجمع بينهما وجوبياً إذا ظهر من ظروف الجريمة ضرورة التشدد مع من قام بالختان.
- أن هذا النص لم يشدد عقاب مزاولي المهن الطبية إذا قاموا بعملية الختان، على غرار ما هو مقرر في جريمة الإجهاض.

(9) أنظر المادة الرابعة من القانون رقم 126 لسنة 2008م، بتعديل أحكام قانون الطفل رقم 12 لسنة 1996م، قانون العقوبات رقم 58 لسنة 37، المنشور بالجريدة الرسمية العدد 24 مكرر بتاريخ 2008/6/15 م، تنص على: إضافة مادة إلى قانون العقوبات برقم 242 مكرر مضمونها: مع مراعاة حكم المادة 61 من قانون العقوبات، ودون الإخلال بأي عقوبة أشد ينص عليها قانون آخر، يعاقب بالحبس مدة لا تقل عن ثلاثة أشهر ولا تجاوز سنتين أو بغرامة لا تقل عن ألف جنيه كل من أحدث الجرح المعاقب عليه في المادتين (241، 242) من قانون العقوبات عن طريق إجراء ختان لأنثى.

– أن هذا النص في نهاية المطاف يكون قد جعل موقف المتهم أفضل مما كان عليه في غياب النص، فقد استقر الفقه على أن الختان يشكل اعتداءً على الحق في السلامة البدنية، وهذا الاعتداء يعاقب عليه قانون العقوبات في المادتين 240، 241 عقوبات، ويُشدد العقاب إذا أدى هذا الاعتداء إلى وفاة المجني عليها إذ تتحول جنحة الجرح العمد إلى جناية جرح عمد أفضى إلى وفاة المجني عليها "المادة 236 عقوبات".

وإذا اعتبرت وفاة المجني عليها قتلاً خطأً فإن الفقرة الثانية من المادة 238 من قانون العقوبات تُعاقب على هذا القتل الخطأ بالحبس مدة لا تقل عن سنة ولا تزيد على خمس سنين وغرامة لا تقل عن مائة ولا تجاوز خمسمائة جنيه أو بإحدى هاتين العقوبتين، إذ الجريمة يتوافر لها في هذه الصورة الظرف المُشدد لكونها وقعت نتيجة إخلال الجاني إخلالاً جسيماً بما تفرضه عليه أصول وظيفته أو مهنته أو حرفته، وهى تفرض الامتناع عن إجراء ختان الأنثى طبقاً للقواعد الأخلاقية والمهنية.

VII– آليات المواجهة:

7–1– نتائج المسوحات الميدانية حول انتشار ممارسة الختان في مصر

طبقاً لنتائج المسح السكاني الصحي الذي أجرى في مصر على المستوى الوطني عام 2014 الصادر عن وزارة الصحة لعام 2014 أن معدل انتشار ختان البنات في مصر وسط السيدات اللاتي سبق لهن الزواج في العمر الإنجابي من (15– 49 سنة) 92%، بينما تقل وسط الفتيات الصغيرات في الفئة العمرية من 15 – 17 سنة لتصل إلى 61%. وأكد المسح أن عادات ختان الإناث منتشرة في أفريقيا، مشيراً إلى أن هناك أكثر من 28 دولة إفريقية يقع أغلبها في وسط قارة إفريقيا تنتشر فيها ممارسة عادة ختان الإناث.

وأوضحت نتائج نفس المسح أن غالبية ختان البنات في مصر في المرحلة العمرية (7–10) سنوات، أي قبل البلوغ، وعند سن 15 سنة يكون أغلب حالات الختان قد تمت بالفعل، مشيراً إلى وجود بعض الحالات النادرة التي يتم فيها الختان بسن مبكر قبل 6 سنوات أو في الشهور الأولى بعد الولادة مباشرة.

وأشار المسح إلى أن 82% من حالات ختان البنات في مصر الآن تتم على يد الفريق الطبي (الأطباء وفريق التمريض)، فيما يعرف بتطبيب ختان البنات، مشيراً إلى أن الفريق الطبي يمارس ختان البنات لأسباب عديدة أهمها الكسب المادي، وكسب رضاء المجتمع وخاصة في

الريف، واعتقاد بعض الأطباء بأنه واجب ديني، وتحت الزعم بأن الطبيب يستطيع عمل الختان للبنت في جو صحي.

وأن مكافحة الختان تتطلب استراتيجيات جديدة وحازمة في مواجهة ظاهرة تطبيب هذه الممارسة، يأتي على رأسها تفعيل دور وزارة الصحة ونقابة الأطباء في الرقابة والمتابعة للعيادات الخاصة والمراكز الحكومية، وتفعيل الدور الشعبي والمجتمع المدني في هذه الرقابة، والضغط على الجهات الرقابية لتفعيل وتنفيذ قانون تجريم ممارسة ختان الإناث.

وأكدت وزيرة السكان انخفاض معدل انتشار ختان البنات وسط فئة السيدات اللآتى سبق لهن الزواج (15- 49 سنة) من 96% عام 2005 إلى 92% عام 2014 ونسبة انتشار ممارسة ختان الإناث فى الفئة العمرية (15 – 49سنة) للسيدات اللاتي سبق لهن الزواج وتابعت وزيرة السكان قائلة، أثبت المسح الصحي السكاني لعام 2014 أن نسبة انتشار الختان وسط الفتيات فى العمر (15- 17سنة) 61%، وبالمقارنة بين المسح السكاني الصحي عامي 2008، 2014 لنفس الفئة العمرية من 15- 17 سنة، نجد انخفاضا واضحاً فى المعدلات من 74% إلى 61%.

وأشارت إلى انخفاض ممارسة ختان الإناث بنسبة 13.3% في الفئة العمرية (15-17سنة) بين عامي 2008 و2014، مشيرة إلى انخفاض الممارسة في المدن الحضرية لتصل إلى 39.2% مقارنة بإجمالي الريف المصري وكشفت وزيرة السكان أنه بزيادة دخل الأسرة تزداد مؤشرات التنمية وتقل نسبة الممارسة لتصل إلى 26.4% على العكس عند انخفاض دخل الأسرة تصل الممارسة إلى 75.9% لافتة إلى وجود انخفاض ملحوظ لدى اتجاه السيدات في المطالبة باستمرار هذه الممارسة الضارة من 82% عام 1995 إلى 58% عام 2014.

وإن شبكة كبيرة من الجمعيات الأهلية تصل إلى حوالي 200 جمعية تعمل بشكل مباشر مع الأسر التي لديها بنات في سن الختان وتقدم لهم خدمات توعية وتعليم وصحة للتواصل معهم بالمعلومات العلمية والدينية الصحيحة، وإقناعهم بالتوقف عن ختان بناتهم وعلى الرغم من التغيير الإيجابي في موقف المرأة تجاه ممارسة ختان الإناث، لا تزال تلك العادة تلقى تأييداً واسع النطاق في مصر، وقد أوضحت نتائج المسح أن 63% من النساء في سن 15- 49 سنة يعتقدن أن هذه العادة يجب أن تستمر في جزء من النسيج الاجتماعي المصري، **(هالة يوسف وزيرة السكان، 2014)**.

7-2- ضرورة التجريم المستقل لعادة الختان واعتبارها مظهرا من مظاهر العنف

نناشد المشرع المصري التدخل للنص على تجريم مستقل يتناول ختان الإناث بالنص الصريح، دون السماح بالاحتجاج بحالة الضرورة فهى مقررة طبقاً للقواعد العامة، ومع النص على

تشديد عقاب من يقوم بالختان إذا كان طبيباً أو جراحاً أو صيدلياً أو قابلة، ومع جعل عقوبة الحبس عقوبة وجوبية في حالة العود أو إذا كان المتهم من المعتادين على ممارسة الختان للأنثى، (**فتوح عبد الله الشاذلي، 2010**).

لم يُعَرف المشرع المصري العنف وإنما اعتد بالآثار القانونية المترتبة عليه من تجريم أو تشديد العقاب أو امتناع المسئولية الجنائية كالقوة والإكراه والخداع والحيل، حيث يُعتد في القانون الجنائي بالعنف الذي يؤدى إلى تحقيق نتيجة غير مشروعة مُجرّمة قانوناً ومطابقة للنموذج التشريعي، بشرط توافر علاقة سببية بين ذلك العنف والنتيجة غير المشروعة المتحققة سواء كان هذا العنف مقصوداً لذاته أي عنفاً عمدياً، أو وسيلةً لتحقيق النتيجة أي ظرفاً مشدداً أو عنفاً مارسه الجاني ولم تتجه إرادته لتحقيق النتيجة أي عنفاً غير عمدياً، ولقد وردت المواد "99، 137 مكرر أ، 375، 375 مكرر أ" من قانون العقوبات المصري في شأن مواجهة العنف(10).

---

(10) أنظر: المادة 99 عقوبات مصري: يعاقب بالسجن المؤبد أو السجن المشدد كل من لجأ إلى العنف أو التهديد أو أي وسيلة أخرى غير مشروعة لحمل رئيس الجمهورية على أداء عمل من خصائصه قانوناً أو الامتناع عنه، وتكون العقوبة السجن المشدد أو السجن إذا وقع الفعل على وزير أو على نائب وزير أو أحد أعضاء مجلس الشعب "معدلة بالقانون رقم 106 لسنة 1971 م وكانت قد عدلت إلى "مجلس الأمة "بموجب القانون رقم 283 لسنة 1956 م، وكان أصلها قبل التعديل "البرلمان".

. أنظر: المادة 137 مكرر أ: عقوبات مصري:

أضيفت بموجب القانون رقم 120 لسنة 1962 م "يعاقب بالسجن مدة لا تزيد على خمس سنين كل من استعمل القوة أو العنف أو التهديد مع موظف عام أو شخص مكلف بخدمة عامة ليحمله بغير حق على أداء عمل من أعمال وظيفته أو على الامتناع عنه ولم يبلغ بذلك مقصده، فإذا بلغ الجاني مقصده تكون العقوبة السجن مدة لا تزيد على عشر سنين".

وتكون العقوبة السجن في الحالتين إذا كان الجاني يحمل سلاحاً.

وتكون العقوبة السجن المشدد إلى عشر سنين إذا صدر من الجاني ضرب أو جرح نشأ عنه عاهة مستديمة.

وتكون العقوبة السجن المشدد إذا أفضى الضرب أو الجرح المشار إليه في الفقرة السابقة إلى موت.

. أنظر: المادة 375 مكرر :عقوبات مصري: "مع عدم الإخلال بأية عقوبة أشد واردة فى نص آخر، يعاقب بالحبس مدة لا تقل عن سنة كل من قام بنفسه أو بواسطة غيره باستعراض القوة أمام شخص أو التلويح له بالعنف ، أو بتهديده باستخدام القوة أو العنف معه أو مع زوجته أو أحد من أصوله أو فروعه، أو التهديد بالافتراء عليه أو على أي منهم بما يشينه أو بالتعرض لحرمة حياته أو حياة أي منهم الخاصة، وذلك لترويع المجني عليه أو تخويفه بإلحاق الأذى به بدنياً أو معنوياً أو هتك عرضه أو سلب ماله أو تحصيل منفعة منه أو التأثير في إرادته لفرض السطوة عليه أو لإرغامه على القيام بأمر لا يلزم به القانون أو لحمله على الامتناع عن عمل مشروع، أو لتعطيل تنفيذ القوانين أو اللوائح أو مقاومة تنفيذ الأحكام أو الأوامر أو الإجراءات القضائية أو القانونية واجبة التنفيذ، متى كان من شأن ذلك الفعل أو التهديد إلقاء الرعب في نفس المجني عليه أو تكدير أمنه أو سكينته أو طمأنينته أو تعريض حياته أو سلامته للخطر أو إلحاق الضرر بشيء من ممتلكاته أو مصالحه أو المساس بحريته الشخصية أو شرفه أو اعتباره أو سلامة إرادته.

وتكون العقوبة الحبس مدة لا تقل عن سنتين إذا وقع الفعل أو التهديد من شخصين فأكثر، أو وقع باصطحاب حيوان يثير الذعر، أو بحمل سلاح أو آلة حادة أو عصا أو أي جسم صلب أو أداة كهربائية أو مادة حارقة أو كاوية أو غازية أو مخدرة أو أية مادة أخرى ضارة. وتكون العقوبة الحبس مدة لا تقل عن سنتين ولا تجاوز خمس سنين إذا وقع الفعل أو التهديد على أنثى، أو على من لم يبلغ ثماني عشرة سنة ميلادية كاملة. ويقضى في جميع الأحوال بوضع المحكوم عليه تحت مراقبة الشرطة مدة مساوية للمدة المحكوم بها عليه.

VIII- الخاتمة، النتائج والتوصيات

تناولت هذه الدراسة موضوع "التشويه الجنسي للإناث – الختان" وهو من الموضوعات المهمة في ضوء ارتفاع معدلات العنف ضد المرأة في الآونة الأخيرة والاهتمام العالمي بحماية حقوق الإنسان "بصفة عامة"، وحقوق المرأة "بصفة خاصة"، وذلك من خلال عرضٍ للآليات الدولية التي تم إنشائها على مستوى المجتمع الدولي للحد من جرائم العنف ضد المرأة، وكذا استعراض دور الآليات المصرية ومنها أجهزة الشرطة في مواجهة تلك الجرائم والحد منها بقدر الإمكان..، وملاحقة وضبط مرتكبيها وتقديمهم للعدالة.

8-1- النتائج

توصل الباحث من خلال الدراسة لعدد من النتائج أهمها ما يلي:

- رغم أن المشرع المصري لم يضع تعريفاً للعنف، إلاّ أنه اعتد بالآثار القانونية المترتبة عليه من تجريم وتشديد العقاب أو امتناع المسئولية الجنائية كالقوة والإكراه والخداع.
- انتهج المشرع في سياسته التشريعية الجنائية النص على حماية المرأة من الأذى سواء من الناحية الجسمانية أو الجنسية واتجه كذلك إلى تجريم صور وأشكال العنف ضد المرأة صوناً لكرامتها وحفظاً لإنسانيتها.
- كما شدَّد العقوبات في حالة ارتكاب جريمة من أحد أصول المجني عليها أو المتولين تربيتها أو ممن لهم سلطة عليها أو الخدم بالأجرة عندها، أو من المتولين رعايتها ، حيث تضمنت المادة (242 مكرراً) من قانون العقوبات تجريم ختان الإناث إلاّ أنها لم تقرر عقاباً على الولي أو الوصي على الأنثى الذي يدفعها لإجراء عملية الختان.

8-2- التوصيات

- **الجانب التشريعي :**

. أنظر: المادة 375 مكرر أ: عقوبات مصري: "يضاعف كل من الحدين الأدنى والأقصى للعقوبة المقررة لآية جنحة تقع بناءً على ارتكاب الجريمة المنصوص عليها في المادة السابقة، ويرفع الحد الأقصى لعقوبتي السجن والسجن المشدد إلى عشرين سنة لآية جنحة أخرى تقع بناءً على ارتكابها وتكون العقوبة السجن المشدد أو السجن إذا ارتكبت جناية الجرح أو الضرب أو إعطاء المواد الضارة المفضي إلى موت المنصوص عليها في المادة "236" بناءً على ارتكاب الجريمة المنصوص عليها في المادة السابقة ، فإذا كانت مسبوقة بإصرار أو ترصد تكون العقوبة السجن المؤبد أو السجن المشدد.

تكون العقوبة الإعدام إذا تقدمت الجريمة المنصوص عليها فى المادة السابقة أو اقترنت أو ارتبطت أو تلتها جناية القتل العمد المنصوص عليها فى الفقرة الأولى من المادة " 234" .

ويقضى في جميع الأحوال بوضع المحكوم عليه بعقوبة مقيدة للحرية تحت مراقبة الشرطة مدة مساوية لمدة العقوبة المحكوم بها علي بحيث لا تقل عن سنة ولا تجاوز خمس سنين.

- ضرورة إضافة مواد تنظم جريمة الختان للأنثى بشكل خاص وصريح، وتشدد العقوبات على من يقوم بإجراء الختان إذا كان طبيباً أو جراحاً أو صيدلياً أو قابلةً، مع جعل عقوبة الحبس وجوبية في حالة العود أو إذا كان المتهم من المعتادين على ممارسة الختان، على أن يشمل العقاب إلى جانب القائم بعملية الختان الولي أو الوصي على الأنثى، سواء كان أباً أو أماً أو جداً، وذلك بدلاً من النص الحالي بالمادة الرابعة من قانون الطفل رقم 126 لسنة 2008، والمادة (242 مكرراً عقوبات) والتي مضمونها "يعاقب بالحبس مدة لا تقل عن ثلاثة أشهر ولا تجاوز سنتين أو بغرامة لا تقل عن ألف جنيه كل من أحدث الجرح المعاقب عليه في المادتين (241، 242) من قانون العقوبات عن طريق إجراء ختان لأنثى".

- **الجانب الأمني:**

- ضرورة قيام قطاع حقوق الإنسان بوزارة الداخلية وكذلك اللجنة العليا لحقوق الإنسان بوزارة الداخلية بإنشاء وتفعيل آلية للتعاون مع المجلس القومي لحقوق الإنسان والمجلس القومي للطفولة والأمومة والمجلس القومي للمرأة، ووزارة الصحة ونقابة الأطباء، وذلك من أجل متابعة العيادات الخاصة والمراكز الطبية الحكومية، ولتفعيل الدور الشعبي والمجتمع المدني في الرقابة لتفعيل النصوص القانونية في شأن تجريم ممارسة ختان الإناث.

- ضرورة تقديم الدعم المادي والتقني والبشري لقطاع حقوق الإنسان بالوزارة وكذلك لإدارات حقوق الإنسان بمديريات الأمن، بهدف تحقيق رسالتهم في التواصل المجتمعي وصون حقوق الإنسان وحماية ورعاية ضحايا العنف وختان الإناث.

- ضرورة تقديم الدعم المادي والفني لأعمال خبراء الأدلة الجنائية التابعين لوزارة الداخلية، وكذلك خبراء الطب الشرعي التابعين لوزارة العدل، خاصة في الجوانب التالية:

أ – الكشف عن الآثار والمخلفات بالأساليب العلمية الصحيحة.
ب – رفع الآثار بالطرق والأساليب العلمية السليمة.
ج – الكشوف الطبية والفحوص الفنية.
د – تنظيم الدورات التدريبية والتنشيطية للتدريب على مكافحة جريمة "ختان الإناث" وحماية ورعاية الضحايا.

- ضرورة إنشاء أو تخصيص مراكز لعلاج ورعاية ضحايا التشويه الجنسي للإناث "الختان" والمعنفات بالتنسيق مع الأجهزة الحكومية وغير الحكومية بالدولة.

- قائمة المراجـع:

- المراجع العربية:

- أحمد أمين، قانون العقوبات القسم الخاص، القاهرة، بدون سنة النشر.
- أحمد جاد منصور، المفاهيم الأساسية لحقوق الإنسان على المستوى الدولي والإقليمي والوطني وآليات حمايتها، أكاديمية الشرطة، القاهرة، مايو 2008.
- أحمد شوقي الفنجري، الختان، القاهرة، 2000.
- باسم سليم عبد العظيم العطار، الشرطة المجتمعية وأثرها في الحد من الجريمة "دراسة تحليلية مقارنة"، رسالة لنيل درجة الدكتوراه في علوم الشرطة، مقدمة لكلية الدراسات العليا بأكاديمية الشرطة، القاهرة، 2011.
- جميل عبد الباقى الصغير، ختان الإناث بين الإباحة والتجريم، مجلة الحقوق للبحوث القانونية والاقتصادية، كلية الحقوق، جامعة الإسكندرية، عدد خاص 2010 . 2011.
- خالد منتصر، مجلة طبيبك الخاص، العدد 293، مايو 1993.
- روزا ليندم وجاك يانسن، كتاب الطفل المصري القديم . ترجمة أحمد زهير أمين، الهيئة المصرية العامة للكتاب، بموقع الحوار المتمدن بشبكة الإنترنت، وعبد المنعم عبد الحليم سيد، مقال بنفس الموقع بشأن ختان الإناث عادة إفريقية.
- سعد رضوان مجلة طبيبك الخاص، القاهرة، نوفمبر 1994م، العدد 311.
- عبلة عبد العزيز عامر، العنف ضد المرأة والحماية المقررة لمواجهته في الشريعة الإسلامية، دار الإيمان للطباعة، القاهرة، 2010.
- عزت محمد النمر، جرائم العرض في قانون العقوبات المصري، القاهرة، بدون سنة النشر.
- على جمعه، مفتى الديار المصرية، وأعضاء مجمع البحوث الإسلامية ومن بين العلماء المشاركين فى المؤتمر والذين وافقوا على منع ختان الإناث بالمؤتمر الإسلامي العالمي نحو حظر انتهاك جسد المرأة ، عقد بالقاهرة في 2006/11/23م.
- فتوح عبد الله الشاذلي، الحقوق الإنسانية للمرأة بين التشريعات الوطنية والمواثيق الدولية، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، عام 2010.
- مارلين تادرس، المرأة بين الواقع والقانون في مصر، كتاب المرأة العربية الوضع القانوني والاجتماعي، منشورات المعهد العربي لحقوق الإنسان، تونس، سنة 1996.

- مجدي محمد السيد جمعه، العنف ضد المرأة بين التجريم وآليات المواجهة . دراسة تطبيقية على الاغتصاب والتحرش الجنسي، رسالة دكتوراه مقدمة لكلية الدراسات العليا بأكاديمية الشرطة، القاهرة، 2013.

- محمد الهواري، الختان في اليهودية والمسيحية والإسلام، ط 1، 1407هـ - 1987.

- محمد ممدوح صبري الطباخ، أوجه الاختلاف بين المرأة الرجل في أحكام الشريعة الإسلامية والقانون دراسة فقهية مقارنة، القاهرة، 2009.

- محيى الدين بن شرف النووي، المجموع، شرح المهذب، مطبعة العاصمة، القاهرة.بدون سنة النشر.

- هالة يوسف، وزيرة السكان، في تصريحات خاصة فى شأن مكافحة الختان باستراتيجيات جديدة وحازمة في مواجهة ظاهرة تطبيب هذه الممارسة تقرير عام 2014، المنظور الثقافي والاجتماعي، المشروع الإعلامي لدعم حقوق المرأة الصحية، وزارة الصحة والسكان، قطاع السكان وتنظيم الأسرة، صندوق الأمم المتحدة للسكان بالقاهرة.

- اللجنة الشرعية العليا بدار الإفتاء المصرية، في اجتماعها المنعقد في الثالث من يوليو عام 2007م.

- الدستور المصري الصادر في سنة 2014.

- القانون رقم 415 لسنة 1994 م في شأن مزاولة مهنة الطب.

- القانون رقم 126 لسنة 2008م، بتعديل أحكام قانون الطفل رقم 12 لسنة 1996م، قانون العقوبات رقم 58 لسنة 37، المنشور بالجريدة الرسمية العدد 24 مكرر بتاريخ 2008/6/15.

- "حكم محكمة القضاء الإداري في الدعوى رقم 9100 لسنة 50 قضائية حول "بإلغاء قرار وزير الصحة بشأن منع ختان الإناث".

- حكم المحكمة الإدارية العليا، التي ألغت حكم القضاء الإداري، مؤيدة قرار وزير الصحة بمنع الختان بحكمها الصادر في 28 ديسمبر 1997م، "الطعن رقم 5204 لسنة 43 قضائية عليا".

- حكم القضية رقم 11121 لسنة 1944، جنح السيدة زينب.

- حكم القضية رقم 8288 لسنة 1994 جنح بولاق أبو العلا.

- المراجع الأجنبية

- Cairo Declaration For the Elimination of Female Genital Mutilation, Cairo, 23 Jane 2003.

محددات وأسباب
تأخر سن الزواج في الجزائر

صليحة واضح[1]

- مستخلص

إن الزواج ظاهرة ديموغرافية، مرتبطة ارتباطا وثيقا بالقيم والثقافة الغالبة في المجتمع، وهي تمثل اليوم في الجزائر على غرار البلدان الإسلامية، الإطار الشرعي والديني لإنجاب الأطفال وتكوين الأسرة.

فالتحولات العميقة التي عرفتها البلاد منذ الاستقلال على مختلف الأصعدة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، أحدثت تغيرات في شكل الزواج، والذي تترجم بتطور ثابت في تغير سن الزواج الذي عرف ارتفاعا مستمرا عند كلا من الجنسين منذ الاستقلال وهو اليوم يشهد أعلى مستوياته.

وتناولت هذه الدراسة بعض المتغيرات التي ساهمت في ارتفاع مؤشر السن عند الزواج الأول في الجزائر وهذا بالاعتماد على المعطيات والبيانات والأرقام المتوفرة المستخرجة من التعدادات السكانية والتحقيقات الوطنية.

وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك العديد من المحددات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية والأمنية لكل منها دوره في التأثير على هذه الظاهرة وأهمها البطالة وأزمة السكن وظاهرة الهجرة الريفية والتحاق المرأة بالتعليم وبسوق العمل، وظاهرة غلاء المهور وشروط وتكاليف الزواج، ورغم الجهود المبذولة من طرف الدولة لإيجاد حلول لهذه المشاكل إلا أن الأزمات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والأمنية التي عرفتها الجزائر لم تساعد في أن تعطي هذه الجهود نتائجها المنتظرة، بل بالعكس ساهمت في تدهور الأوضاع وزيادة حدة ظاهرة العزوبية وتأخر سن الزواج رغم تحسن الأوضاع الاقتصادية والسياسية والأمنية في العشرية الأخيرة.

وقد توصلت الدراسة إلى التوصية بضرورة التفكير في عدة حلول غير تقليدية للحد من هذه الظاهرة لما لها من آثار سلبية اجتماعية ونفسية على فئة الشباب وعلى التماسك الأسري، أهمها حل مشكل السكن وتوفير فرص العمل عن طريق تمويل المشاريع الصغيرة للشباب، وتوفير قروض ميسرة للزواج، والتوعية بأهمية الزواج في تكوين الأسرة وبناء المجتمع والاستقرار النفسي والاجتماعي للشباب، وعدم المغالاة في المهور وشروط الزواج.

الكلمات المفتاحية: الزواج ، معدل السن عند الزواج الأول، العزوبية، الشباب، تأخر سن الزواج، الجزائر.

---

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

I- مقدمـة

إن الزواج من الركائز الأساسية التي تقوم عليها الأسرة في المجتمعات، ولما للزواج من أهمية كبيرة في تكوين الأسرة تكوينا سليما أولت كثيرا من المجتمعات اهتماما بالغا به وسخرت طاقة مادية وبشرية لمواجهة المشكلات والمعوقات التي تؤدي إلى تأخير سن الزواج أو العزوف عنه نهائيا.

فالزواج مطلب من متطلبات الحياة البشرية لضمان استمرار وبقاء النوع الإنساني وتأسيسه في إطار شرعي واجتماعي وقانوني حسب شروط ومعايير معينة تكسب الفرد راحة نفسية واجتماعية. فقد قال الله عز وجل "**والله جعل لكم من أنفسكم أزواجا وجعل لكم من أزواجكم بنين وحفدة ورزقكم من الطيبات**".

إن الإقدام على الزواج في الجزائر لم يعد في متناول كل الشباب، لان الزواج ظاهرة تأثرت بجملة من التغيرات التي حدثت في المجتمع الجزائري، والتي تتلخص في مختلف الأزمات الاقتصادية والاجتماعية، فهذه الظروف والتطورات والتغيرات التي يشهدها المجتمع الجزائري أدت إلى ظهور نموذج زواج جديد.

1-1- مشكلة الدراسة وأهميتها

إن ظاهرة تأخر سن الزواج في المجتمع الجزائري قد ظهرت في الآونة الأخيرة نتيجة التغيرات التي مست المجتمع وشملت جميع ميادين الحياة.

ففي الماضي نجد أن سن الزواج كان بمجرد بلوغ الأفراد سن النضج غير أنه في أيامنا هذه نجد أنفسنا أمام واقع جديد للزواج في الجزائر, ففي سنة 1966 كان الزواج مبكرا فالنساء يتزوجن قبل سن العشرين ويتزوجن بكثرة أما في الوقت الحالي فالوضعية انعكست تقريبا فالنساء يتزوجن بأعداد قليلة قبل سن العشرين ونسبة العازبات في الفئة ّ[20-24] سنة, تتجاوز 60%.

حيث يقدر متوسط سن الزواج سنة 2008 حسب التعداد العام للسكن والسكان بين الذكور 33 سنة, و29.3 سنة بين الإناث, عكس ما كان في سنة 1966 حيث كان متوسط سن الزواج بالنسبة للذكور يقدر ب 23.6 سنة وبالنسبة للإناث 18.3 سنة واستنادا لهذه المعطيات فإن هذه الوضعية الناجمة عن التحول الديموغرافي السريع الذي شهده المجتمع الجزائري, وأن العزوبة

المنتشرة بين النساء مردها إلى طول المدة الدراسية الجامعية وارتفاع المستوى العلمي للمرأة, فيما يتأخر سن الزواج لأسباب اقتصادية.

من خلال نتائج التعدادات السابقة عرف سن الزواج ارتفعا من أول تعداد سنة 1966 إلى غاية تعداد 2008 بحوالي 11 سنة بالنسبة للإناث و9.8 سنة بالنسبة للذكور. وتحاول هذه الدراسة الإجابة على الأسباب المؤدية إلى ظاهرة تأخر سن الزواج في الجزائر.

1-2- أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أسباب تأخر سن الزواج في الجزائر لدى الجنسين وذلك من خلال:

- التعرف على الوضع الديموغرافي في الجزائر وكذا تطور الحالة الزواجية عبر مختلف التعدادات التي أجريت وكذا تغير السن الأول للزواج الذي يعد مقياسا لتأخر أو تقدم سن الزواج.
- التعرف على محددات سن الزواج من خلال التطرق إلى قطاع السكن، التعليم والأمية، عمل المرأة، البطالة والشغل في الجزائر إلى جانب الدخل الفردي في الجزائر.

1-3- مفاهيم الدراسة

إن الزواج ظاهرة ديموغرافية مرتبطة ارتباطا وثيقا بالقيم والثقافة الغالبة في المجتمع، وهي تمثل اليوم في الجزائر على غرار البلدان الإسلامية، الإطار الشرعي والديني لإنجاب الأطفال وتكوين الأسرة.

فالتحولات العميقة التي عرفتها الجزائر منذ الاستقلال في مختلف المجالات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية أحدثت تغيرات في شكل الزواج في الجزائر، والتي تترجم بتطور ثابت في تغير سن الزواج.

- معدل الوفيات الخام:

مقياس لعدد الوفيات في العام لكل ألف من مجموع السكان، ويحسب بقسمة عدد الوفيات خلال عام على عدد السكان في منتصف العام وضرب الناتج في ألف، ويسمى أحيانا بالمعدل العام للوفاة مقياس لعدد الوفيات في العام لكل ألف من مجموع السكان، ويحسب بقسمة عدد الوفيات

خلال عام على عدد السكان في منتصف العام وضرب الناتج في ألف، ويسمى أحيانا بالمعدل العام للوفاة. **(صالح مصلح أحمد، 1997)**.

- الانفجار السكاني:

النمو السريع في عدد السكان، ويحدث بسبب التقدم الطبي وثبات معدلات المواليد وتزايد في بعض المناطق المختلفة. **(صالح مصلح أحمد، 1997)**.

- الطبقة الاجتماعية:

أي مقياس تصنيف الأفراد أو الأسر أو وحدات المعيشة وفقا لبعض المؤشرات مثل: المهنة، الدخل والتعليم، ويمكن أن يصادف الاستخدام الرئيسي لمقياس المكانة الاجتماعية والاقتصادية في مقياس الطبقة الاجتماعية. **(محمد محي الدين الجوهري، ...)**.

- المستوى المعيشي:

يشير هذا المصطلح للدلالة على درجة الرفاهية المادية في مجتمع ما أو بالنسبة لطبقة معينة من طبقات هذا المجتمع، و تقاس بكمية السلع و الخدمات التي يستهلكها الفرد في المتوسط خلال فترة زمنية معينة.

- المجتمع الحضري:

نمط مثالي أو مجرد، يتميز بعدد السكان الكبير واللاتجانس واللااتصال الوثيق بالمجتمعات الأخرى ويسوده تقسيم معقد للعمل، كما يتميز أعضاؤه بالتوجه نحو تنظيم السلوك على نحو عقلاني موجه نحو أهداف محددة، وتسوده العلاقات الاجتماعية غير الشخصية والتعاقدية، كما أن الضوابط الاجتماعية فيه رسمية. **(صالح مصلح أحمد، 1997)**.

- البطالة:

تعرف البطالة على أنها حالة عدم توفر العمل لشخص راغب فيه مع قدرته عليه في مهنة تتفق مع استعداداته وقدراته. **(صالح مصلح أحمد، 1997)**.

- عناصر النمو السكاني:

هي الأدوات الثلاث التي تؤدي إلى التغير في حجم السكان والتي تشمل المواليد والوفيات والهجرة الصافية. **(محمد محي الدين الجوهري، 2011)**.

- توقع الحياة عند الولادة.

عدد السنوات المتوقع أن يعيشها المولود عند أي عمر في ظل نمط الوفاة السائد لفوج السكان الذي ينتمي إليه ذلك الفرد. **(أحمد بورجي، 2010)**.

- مفهوم السن:

السن هو المادة انقضت منذ الميلاد أي فرد إلى غاية الموت، وتسمى العمر الزمني ومن خلاله تتقسم الحياة إلى مراحل وفق لنمو الأفراد وهذه المراحل هي مرحلة الطفولة ومرحلة الشباب ومرحلة الشيخوخة. **(أحمد بورجي، 2010)**.

- مفهوم سن الزواج:

سن الزواج هو السن الذي يسمح للرجل و المرأة الزواج فيه، وسن الزواج في الجزائر مر بعدة مراحل وعدة تغيرات حيث في الأخير صادق عليه القانون الجزائري سنة 1984 على أن يكون 18 سنة للفتاة و21 سنة للفتى وهذا ما بعدما كان 15 سنة بالنسبة للمرأة و18 سنة بالنسبة للرجل.

- مفهوم الأسباب:

هي عبارة عن وسائل والتي تؤدي إلى نتائج سلبية أو الإيجابية، أو تكون ممهدة لنشوء ظاهرة اجتماعية أو نفسية أو اقتصادية أو غيرها، وذالك بتطويرها واستمرارها.

- مفهوم تأخر سن الزواج:

التأخر لغة يعني عكس التقدم، وتأخر الزواج يعني هنا ارتفاع سن الزواج حيث يقدر متوسط سن الزواج حاليا ب 32.5 للمرأة و35.5 للرجل، ومما لا شك فيه فإن هذا التأخر الذي شهده المجتمع الجزائري يعود إلى عدة عوامل اقتصادية واجتماعية وثقافية.

فمفهوم تأخر سن الزواج، يعني في مضمونه تجاوز السن المحددة والملائمة وكل من تجاوز هذا السن يعتبر متأخر في الزواج.

- مفهوم العزوبة:

العزوبة تطلق على كل شخص غير متزوج، والذي لا تربطه زواج مع شخص آخر سواء كان ذكر أو أنثى.

- مفهوم الزواج:

يعبر عن عدد حالات الزواج خلال سنة معينة بالنسبة لألف ساكن و هو يرتبط بمجموعة من المفاهيم الديموغرافية التي تحدد المفهوم الصحيح والدقيق لظاهرة الزواج. **(سامية بوراس جعفري، 2000)**.

- متوسط السن عند الزواج:

وهي المدة التي يقضيها الشخص في حالة عزوبة والتي تنتهي بالزواج قبل سن 50 سنة. **(سامية بوراس جعفري، 2000)**.

1-5- مصادر البيانات:

من خلال هذا البحث نتطرق لمعرفة بعض المتغيرات التي ساهمت في ارتفاع مؤشر سن الزواج في الجزائر وهذا بالاعتماد على المعطيات والبيانات والإحصائيات والأرقام المتوفرة المستخرجة من التعدادات السكانية للديوان الوطني للإحصائيات (1966، 1977، 1987، 1998 و2008) وبيانات المسوحات الوطنية 1992 و2002 و2006.

1-6- المنهجية المستخدمة في الدراسة

استخدمت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي بغية تحقيق أهداف البحث واختبار فرضياته للوصول إلى المعرفة الدقيقة التفصيلية لعناصر المشكلة للاقتراب من ظاهرة تأخر سن الزواج ودراستها بشكل دقيق على أرض الواقع الجزائري لتحديد أسبابها ومحدداتها واقتراح الحلول المناسبة للحد منها.

II- تطور النمو السكاني في الجزائر:

تعيش الجزائر مرحلة متقدمة من مراحل النمو الديموغرافي والمتميزة بانخفاض في الوفيات وتراجع وتقلص في المواليد وهي تسير نحو مرحلة الثبات والاستقرار، إن تفاعل العوامل الديموغرافية مع العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية عبر مراحل طويلة أدى إلى تغير المجتمع في بنائه ووظائفه وتغير في الذهنيات والتقاليد الموروثة عبر مختلف الحقب الزمنية، وهذا ما يظهر من خلال الجدول (1).

الجدول (1)
تطور عدد سكان الجزائر ما بين 1900-2010.

التاريخ	عدد السكان	التاريخ	عدد السكان
1901	4.089.000	**1993**	26.894.000
1911	4.741.000	**1994**	27.496.000
1921	4.923.000	**1995**	28.060.000
1926	5.151.000	**1996**	28.566.000
1931	5.588.000	**1997**	29.045.000
1936	6.201.000	**1998**	29.507.000
1948	6.201.000	**1999**	29.965.000
1954	8.745.000	**2000**	30.416.000
1966	11.826.000	**2001**	30.879.000
1977	16.780.000	**2002**	31.357.000
1980	18.375.000	**2003**	31.848.000
1981	18.956.000	**2004**	32.364.000
1982	19.564.000	***2005**	32.888.449
1983	20.191.000	***2006**	33.391.954
1984	20.843.000	***2007**	33.906.605
1985	21.573.000	***2008**	34.428.028
1986	22.189.000	***2009**	34.950.168
1987	22.828.000	***2010**	35.468.208
1988	23.477.000	**2011**	36.717.000
1989	24.079.000	**2012**	37.495.000
1990	25.022.000	**2013**	38.297.000
1991	25.643.000	**2014**	39.114.000
1992	26.271.000	**2015**	39.500.000

المصدر www.perspective.ush* Données Statistiques 1999 _ 2004, OP-CIT :
Données Statistiques N° 690 (2011-2014)

2-1- البنية التركيبية العمرية و النوعية للسكان:

إن البنية العمرية لسكان الجزائر تميزت لفترة طويلة بوزن كبير للفئات الشابة وهذا ما يبينه الجدول (2).

جدول رقم (2)
تطور البنية التركيبية لسكان الجزائر حسب الفئات العمرية والجنس

	اقل من سنة			20–59			أكثر من 60 سنة		
	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	المجموع
1966	59,42	55,39	57,37	34,06	37,76	35,94	6,53	6,85	6,70
1977	59,68	56,81	58,24	34,47	37,43	35,96	5,85	5,76	5,80
1987	55,52	54,51	55,02	38,89	39,59	39,23	5,59	5,90	5,74
1998	48,73	47,79	48,27	44,93	45,35	45,14	6,34	6,86	6,59
2008	39,11	38,41	38,76	53;63	54,04	53,83	7,25	7,54	7,39

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات.

فالفئة العمرية اقل من 20 سنة ظلت تمثل أكثر من النصف حتى سنة 1998 فقد مثلت نسبة 55.4% سنة 1966 و55% سنة 1987 بعد ذلك بدأت في انخفاض نتيجة انخفاض في الفئة اقل من 5 سنوات بسبب تراجع في معدلات الولادات، في المقابل نجد الفئة النشيطة أو المنتجة 20–59 تزايدت من حوالي 36% سنة 1966 إلى حوالي 54% سنة 2008 على العكس في قمة هرم الأعمار فنسبة الأشخاص الأكثر من 60 سنة تراجعت في سنوات السبعينات والثمانينات لترتفع بعد ذلك من جديد حيث انتقلت من 5.8% سنة 1977 إلى 4.7% وهذا راجع لعدة عوامل منها انخفاض في معدلات الوفيات وارتفاع أمل الحياة عند الولادة أتحسن الأوضاع الاجتماعية والصحية للبلاد.

حتى الآن يمكن القول أن المجتمع الجزائري مجتمع فتي، فالهرم السكاني للجزائر لسنة 2008 امتاز بقاعدة عريضة وقمة ضيقة، رغم الانخفاض في معدلات الخصوبة والسبب يعود إلى استدراك الزواجات التي لم تحدث في التسعينات بسبب الأزمة الأمنية الصعبة التي مرت بها البلاد.

2-2- النمو الديمغرافي في الجزائر:

من خلال الجدول يمكن تقسيم تطور السكاني إلى فترتين:

- الفترة الممتدة من 1966-1985: وهي الفترة التي تميزت بمعدلات نمو مرتفعة بلغت أكثر من 3% وهو الرقم الأعلى في معدل النمو الذي عرفته الجزائر منذ الاستقلال وهذا لتعويض ما فقد من أرواح خلال حرب التحرير، وكذلك تبني سياسة تشجيع النسل آنذاك.

- **ما بعد 1985:** منذ منتصف الثمانينات بدأ معدل النمو في الانخفاض وبوتيرة سريعة من 3.11% سنة 1985 إلى 1.51% سنة 1998، وهذا الانخفاض الكبير راجع إلى جملة من العوامل أهمها انخفاض في معدلات الولادات بسبب الأزمة الاقتصادية والاجتماعية التي مرت بها البلاد مما أدى بالجهات المعنية إلى انتهاج سياسة تنظيم الأسرة فجاء البرنامج الوطني للتحكم في النمو السكاني.

وكما نلاحظ أنه من بداية سنة 2003 بدأ معدل النمو في الارتفاع تدريجيا إلى أن وصل في سنة 2014 إلى 2.15% وهذا للاستقرار الذي شهدته البلاد وارتفاع في عدد حالات الزواج والمواليد. إن معدل النمو الطبيعي مرتبط بعدة عوامل ديموغرافية أهمها، المواليد، الوفيات، الزواج... لهذا سنتطرق إلى أهمها:

جدول رقم (3)
تطور معدل النمو الطبيعي بالجزائر

السنوات	معدل النمو الطبيعي%	السنوات	معدل النمو الطبيعي%
1966	3,20	**1994**	2,17
1967	3,42	**1998**	1,51
1970	3,37	**2003**	1,58
1973	3,14	**2005**	1,63
1976	3,98	**2008**	1,86
1979	3,29	**2010**	2,03
1982	3,24	**2011**	2,04
1985	3 ,11	**2012**	2,16
1988	2,73	**2013**	2,07
1991	2,41	**2014**	2,15

المصدر: .ONS, Rétrospective statistique (1970-2002), 2005, page 2)
Donnée statistique N° 575 ONS 2010
Données Statistiques N° 690 (2011-2014)

2-3- تطور معدل الولادات في الجزائر:

تميزت فترة ما قبل الاستقلال بارتفاع في نسبة الولادات، هذه الفترة كانت بمثابة إعادة الاعتبار للزواج والإنجاب كتعويض لخسائر الحرب، كما هو الشأن بالنسبة للفترات التي تلي الحروب عامة، ولم يعتبر النمو الديموغرافي مشكلا، بل كان ينظر إليه بعين الرضى، ولم تكن هناك سياسة سكانية وإنما تم السماح بتنظيم الأسرة لأسباب صحية واعتبار ذلك من حقوق المرأة، بقي هذا الموقف سائدا حتى سنة 1983 أين تبنت الحكومة سياسة التحكم في النمو الديموغرافي، وأعلنت علنا أن النمو الديموغرافي سبب العديد من المشاكل الاجتماعية.

منذ ذلك التاريخ شهدت الجزائر حملة إعلامية مكثفة حول الانفجار الديموغرافي الذي عرفته حيث مابين 1966 و1987 تضاعف عدد السكان من 12 مليون نسمة إلى 23 مليون نسمة، هذه الزيادة السريعة للسكان لا تعنى أن معدل الولادات لم يشهد انخفاضا وإنما السياسة الاجتماعية والصحية ساهمت مساهمة فعالة على الصحة والوفيات وحافظت على معدل الزيادة مرتفعا، ويوضح الجدول (4) الانخفاض الذي شهده معدل الولادات.

جدول (4)
تطور معدل الولادات بالجزائر

السنوات	المعدل الخام للولادات‰	السنوات	المعدل الخام للولادات ‰
1966	47,40	**2002**	19,68
1970	50,16	**2005**	21,36
1973	47,62	**2006**	22 ,07
1976	45,44	**2008**	23,62
1982	40,6	**2010**	24,68
1985	34,73	**2011**	24,78
1988	31	**2012**	26,08
1994	25,33	**2013**	25,14
1998	20,58	**2014**	25,93

المصدر: ONS, Rétrospective statistique (1970-2002), 2005, page 2
Donnée statistique N° 575 ONS 2010
www.perspective.ush
Données Statistiques N° 690 (2011-2014)

في سنة 1970، وصل معدل الولادات إلى مستوى قياسي بنسبة 50.16‰ هذا ارتفاع الاستثنائي ساهمت فيه ثلاث عوامل رئيسية وهي عدد النساء في سن الإنجاب الزواج المبكر، قوة الخصوبة عند النساء المتزوجات، ليبدأ بعدها بالانخفاض تدريجيا، هذا الانخفاض كان راجع لعاملين: تأخر سن الزواج بنسبة 65%، حيث كانت جل الفتيات في سن 15–19 متزوجات وفقط 13% عازبات في فترة ما بعد الاستقلال ليحدث العكس لهذه النسب في تعداد 1987، حيث كان أقل من 10% متزوجات في سن 15–19، والأغلبية عازبات، وانخفاض الخصوبة بنسبة 40%، والسبب الأول الذي أثر في هذا العامل هو استعمال وسائل تنظيم الأسرة. إلا أنه في السنوات الأخيرة يشهد معدل الولادات زيادة بوتيرة بطيئة وهذا راجع لارتفاع في معدلات الزواج كما سنرى لاحقا.

2-4- تطور معدلات الوفيات في الجزائر:

تعد الوفيات بالجزائر من الظواهر الديموغرافية التي تتحكم فيها ديناميكية سكانية وهي بدورها تتحكم في توزيع السكان ونموهم، فهي بذلك تساهم في عملية المرحلة الانتقالية الديموغرافية، وتعتبر أيضا من أحسن المؤشرات التي نقيس بها مدى فعالية الجهاز الصحي الذي تملكه دولة ما وكذا من خلال مستواه المعيشي.

بالنسبة للجزائر، عرف معدل الوفيات انخفاضا مهما منذ الاستقلال وهذا ما نلاحظه من خلال الجدول (5):

يبين الجدول (5) أن هناك انخفاض في معدل الوفيات الخام بالجزائر من الاستقلال إلى يومنا هذا من 17.1‰ سنة 1960 إلى 4.44‰ سنة 2014، هذا الانخفاض كان بطيئا ومتذبذبا في السنوات الأولى للاستقلال نتيجة للوضع الاقتصادي والاجتماعي الذي خلفته الحرب ليبدأ في الانخفاض السريع أواخر السبعينات وبداية الثمانينيات، وهذا راجع إلى جملة من العوامل من بينها تحسن الوضع الصحي الذي حدث بالجزائر خاصة بعد اعتماد مجانية العلاج سنة 1974 وحملات التطعيم والتلقيح التي مست الأطفال واختفاء الأمراض والأوبئة الفتاكة وكذا تحسن الوضع المعيشي الذي أدى إلى ارتفاع أمل الحياة عند الولادة لدى الجزائريين الذي عرف ارتفاعا مهما منذ الاستقلال، ويبين الجدول (6) تطور أمل الحياة عند الجزائريين في الفترة بين 1967–2008.

جدول (5)
تطور معدل الوفيات الخام في الجزائر

السنوات	معدل الوفيات الخام ‰	السنوات	معدل الوفيات الخام ‰
1960	17,1	**2002**	4,41
1970	16,45	**2004**	4,36
1975	15 ,54	**2008**	4,3
1985	8,4	**2010**	4,37
1990	6,03	**2011**	4,41
1994	6,56	**2012**	4,53
1998	4,87	**2013**	4,39
2000	4,59	**2014**	4,44

المصدر: ONS, Rétrospective statistique (1970-2002), 2005, page 2
Donnée statistique N° 575 ONS 2010
Données Statistiques N° 690 (2011-2014)

من خلال بيانات الجدول (6) نلاحظ أن أمل الحياة عند الولادة عرف ارتفاعا بحوالي 24, 6 سنة خلال 40 سنة (1966-2008)، وهذا يدل فعلا على التحسن الكبير في الأوضاع الاجتماعية والصحية للبلاد، وكذلك ارتفاع أمل الحياة عند الولادة هو نتيجة انخفاض الوفيات التي تمثل نسبة في الوفيات العامة.

جدول (6)
تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر حسب الجنس خلال الفترة 1966-2008

السنوات / الجنس	1966	1977	1987	1998	2008
إناث	51,2	53	66,3	75,8	76,7
ذكور	51,1	53 ,5	66,7	73,7	74,9
المجموع	51,1	53,2	66,5	74,8	75,7

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات.

- www.perspective.ush

2-5- تطور معدلات الزواج في الجزائر:

إن تطور ظاهرة الزواج ذات طابع خاص في أي مجتمع من المنظور التحليلي لارتباطها الوثيق بالعادات والتقاليد، أو ديموغرافي لارتباطه بمؤشر الخصوبة الذي يؤثر بدوره في التركيبة

السكانية وعلى الهرم السكاني، فمنذ الاستقلال نلاحظ أن عدد ونسب حالات الزواج في ارتفاع ويبين الجدولين (7) و(8) تطور عدد حالات الزواج خلال الفترة 1966-2014.

يوضح الجدول (7) ارتفاع عدد الزوجات من الفترة 1966 من 61497 إلى 128802 لاستدراك الزوجات التي لم تحدث خلال الحرب فقد حدد سن الزواج سنة 1963 بحوالي 16 عاما للنساء و18 عاما للرجال، ليتراجع المعدل بعد ذلك نتيجة:

- الأزمة الاقتصادية سنة 1986 وما أفرزته من نتائج اقتصادية واجتماعية (بطالة، أزمة السكن، ...)، الأزمة الأمنية والتحولات الاقتصادية التي عرفتها البلاد خلال فترة التسعينيات (تسريح العمال، تدهور الأوضاع المعيشية، ارتفاع معدل الفقر، ...).

- تحديد السن الشرعي للزواج سنة 1984 للنساء 18سنة و21 سنة للرجال.

جدول (7):
تطور عدد حالات الزواج ومعدل الزواج الخام مابين 1966-1998

السنة	عدد حالات الزواج المسجلة	معدل الزواج
1966	61.497	5.11
1972	85.422	6.02
1977	124.421	7.29
1982	125.222	6.30
1986	128.802	5.50
1990	149.345	5.91
1994	147.954	5.38
1998	158.298	5.36

المصدر: 4: ONS, démographie algérienne 1998-N 294 P
5: ONS, Démographie algérienne 2000 N : 326 P

نلاحظ من بيانات الجدول (8) أن عدد حالات الزواج في ارتفاع مستمر في جميع السنوات حيث قدرت سنة 1999 بحوالي 158.298 حالة وارتفعت سنة 2014 إلى 346.422 حالة وهذا ما يقدر الارتفاع يقدر بأكثر من 4 نقاط من المعدل الخام للزواج وتعد من أعلى المعدلات التي عرفتها الجزائر منذ الاستقلال وهذا نتيجة عدة عوامل منها استدراك حالت الزواج التي لم تتم خلال فترة التسعينات نتيجة الأوضاع الأمنية الصعبة التي مرت بها البلاد في هذه الفترة، وكذالك تحسن المستوى المعيشي والزيادات في الأجور والمرتبات ...الخ.

الجدول (8)
تطور عدد حالات الزواج ومعدل الزواج الخام مابين 1999-2014

السنوات	عدد حالات الزواج	معدل الزواج
1999	158.298	5.36
2002	218.620	6.97
2004	267.633	8.27
2006	295.295	8.82
2008	331.190	9.68
2010	344.819	9.58
2011	369.031	10.05
2012	371.280	9.90
2013	387.947	10.13
2014	386.422	9.88

المصدر: ONS, donnée statistique, N° 575, 2010, page 2
Données Statistiques N° 690 (2011-2014)

III- الوضعية الزواجية في الجزائر:

3-1- الحالة الزواجية:

إن الحالة الاجتماعية في الجزائر لفئات السن أكثر من 15 سنة بين 1977 و2008، عرفت عدة تغيرات في معدلات الزواج والعزوبة والطلاق والترمل، فمعدلات الزواج عرفت انخفاض من 60.7% سنة 1977 إلى 47.9% سنة 2008 عند الذكور، ومن 62.3 % سنة 1977 إلى 49.4% سنة 2008 وهذا ما يبينه الجدول (9).

كما نلاحظ من خلال بيانات الجدول (9) ارتفاعا في نسبة العزاب وانخفاض في نسبة الزواج بالنسبة للجنسين، حيث ارتفعت نسبة العزاب لدى الإناث من 21.8% سنة 1977 إلى 40.5% سنة 1998 وشهدت ارتفاعا طفيفا سنة 2008 مقارنة بسنة 1998 قدر بحوالي 1.6%، أما بالنسبة للذكور ارتفعت النسبة من 37.1% سنة 1977 إلى 51.1% سنة 1998 وقد عرفت هذه النسبة استقرارا بين سنتي 1998 و2008 قدرت بحوالي 51.1%، وهذا راجع لتحسن ظروف المعيشة وارتفاع المستوى الثقافي والعملي للجنسين إضافة إلى ارتفاع القدرة الشرائية في هذه المراحل.

جدول (9)
التوزيع النسبي للسكان (15سنة فأكثر) حسب الحالة الزواجية والجنس وعدد التعدادات

السنوات / الحالة الزواجية	1977		1987		1998		2008	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
العزاب	37.1	21.8	45.2	31.5	51.1	40.5	51.1	41.6
المتزوجون	60.7	62.3	53.4	56.2	47.8	49.6	47.9	49.4
المطلقون	0.8	2.7	0.6	2.4	0.4	2.0	0.4	1.9
الأرامل	1.4	13.2	0.8	9.9	0.7	7.9	0.6	7.0
غير مصرح	0	0	0	0	0.1	0.03	0	0.1
المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، السلسلة الإحصائية رقم 142.

أما الطلاق فقد شهد انخفاضا طفيفا في السنوات الأربعة بالنسبة للجنسين، حيث بلغت نسبته حوالي 0.8% لدى الذكور، و2.7% لدى الإناث سنة 1977 و0.6% لدى الذكور و2.4% لدى الإناث سنة 1987، ولم تشهد هذه النسبة تغيرا ملحوظا في سنتي 1998 و2008، حيث كانت 0.4% لدى الذكور و2% لدى الإناث. وقد يكون ذلك راجع إلى نفس الأسباب المذكورة سابقا مثل تحسن المستوى التعليمي والمعيشي والمهني...، مما سمح للحياة الزوجية بالاستقرار، كما أن هذه الظروف كانت ملائمة لتعدد الزوجات دون أن تطلق الزوجة الأولى.

3-2- الحالة الزواجية حسب نتائج التعداد العام للسكن والسكان لسنة 2008

من خلال بيانات التعداد الأخير لسنة 2008 نلاحظ أن نسبة العزوبة كانت جد مرتفعة بالنسبة للأشخاص الذين تتعدى أعمارهم 30 سنة وكذا الملاحظ أن نصف عدد الذكور أي بنسبة 50% تتراوح أعمارهم بين 30 و34 سنة، وأكثر من الثلث أي بنسبة 34% من العازبات.

من الضروري تحديد أهمية ظاهرة الترمل لدى النساء إذ يلاحظ ارتفاع نسبة الأرامل بطريقة معتبرة غالبا للنساء أكثر من 55 سنة، وهذه الظاهرة تمثل 63% من النساء في الفئة العمرية 75-79 سنة و84.5% من النساء الأكبر من 85 سنة، بينما تعتبر ظاهرة الترمل قليلة بالنسبة للرجال الذين يعيدون الزواج في أغلب الحالات.

الجدول (10)
توزيع السكان(15 سنة فأكثر) حسب السن والجنس والحالة الزواجية

	العزوبية		الزواج		الطلاق		الأرامل		غير مسجلين	
الفئة العمرية	ذكور	الإناث	ذكور	الإناث	ذكور	الإناث	ذكور	الإناث	ذكور	الإناث
19-15	99,9	97,3	0,1	2,7	0	0	0	0	0	0
24-20	98,1	77,7	1,9	21,8	0	0,4	0,0	0 ,1	0	0
29-25	82,4	51,6	17,4	46,9	0,2	1,2	0	0,3	0	0
34-30	50,0	34,7	49,5	62,4	0,5	2,1	0,1	0,8	0	0
39-35	24,3	23,3	74,8	71,9	0,7	3,0	0,2	1,7	0	0
44-40	10,3	12,8	88,7	80,1	0,8	3,7	0,2	3,4	0	0
49-45	4,8	6,7	93,9	82,9	0,9	4,0	0,4	6,3	0	0
54-50	2,3	4,1	96,5	81,8	0,6	3,6	0,6	10,4	0	0
59 -55	1,4	2,6	97,0	77,4	0,6	3,4	0,9	16,5	0	0,1
64 -60	1,0	1,7	96,9	70,6	0,5	2,8	1,6	24,8	0	0,1
69-65	0,8	1,2	96,1	60,0	0,5	2,5	2,7	36,2	0	0,2
74-70	0,8	1,2	94,4	47,3	0,5	1,8	4,3	49,5	0	0,2
79-75	0 ,8	1,4	91 ,3	33,6	0,5	1,6	7,4	63,0	0,0	0,3
84-80	1,0	1,5	86,6	20,9	0,4	1,4	11,9	75,7	0,1	0,5
أكثر من 80	1, 0	1,5	78,4	12,2	0,8	1,3	19,8	84,5	0,1	0,5
المجموع	51,1	41,6	47,9	49 ,4	0,4	1,9	0,6	7,0	0	0,1

المصدر: collection statistique N° 142, résultat RGPH

بمقارنة نتائج التعداد العام للسكن والسكان سنة 2008 مع تعداد سنة 1998، يلاحظ أن ظاهرة العزوبية بين الذكور والنساء تتزايد بالنسبة للفئة العمرية 25- 29 سنة حيث ارتفعت من 77.7% سنة 1998 إلى 82.4% سنة 2008، أي بزيادة 5 نقاط في 10 سنوات. وبالنسبة للفئة العمرية 30-34 سنة ارتفعت النسبة بحوالي 12 نقطة من 37.9% سنة 1998 إلى 50% سنة 2008 بين الذكور، أما بين الإناث فنلاحظ أن النسبة ارتفعت من 45.3% إلى 51.6% بالنسبة للفئة العمرية بين 25-29 سنة، ومن 22.4% إلى 34.7% في الفئة العمرية 30-34 سنة.

3-3- تطور متوسط السن عند الزواج الأول وفارق السن بين الزوجين

- تطور متوسط السن عند الزواج الأول

حسب الاستقراءات المتوفرة لدى الديوان الوطني للإحصائيات، فإنه بالنظر إلى الارتفاع الحاصل في عدد السكان البالغ حاليا أكثر من 35 مليون نسمة، وانطلاقا من كون متوسط السن عند الزواج الأول لدى الجنسين يعرف تصاعدا بسنتين على الأقل كل 10 سنوات، وقياسا للظروف الاجتماعية القاهرة وجملة الأسباب الأخرى التي تؤدي بدورها إلى عزوف الشباب عن الزواج أو تأخيره، فإن التوقعات تشير إلى أن معدل سن الزواج سيرتفع إلى 35 سنة فما فوق.

ويعتبر سن الزواج حدثا عير متجددا، ومتوسط السن عند أول زواج هو مؤثر رئيسي لقياس تقدم أو تأخر سن الزواج، ويمثل متغيرا مستقلا للتغير العمري لهذه الظاهرة، ويعتبر المتوسط الحسابي للعمر عند الزواج الأول من المقاييس التي تسمح بدراسة توقيت الزواج الأول، ويمكن حساب وتقدير المتوسط الحسابي للعمر عند الزواج الأول باستخدام طريقة HAJNAL1 |.

الجدول (11)
تطور متوسط السن عند الزواج الأول حسب الجنسين

	1948	1954	1966	1970	1977	1987	1998	2008
الإناث	20 .8	19.6	18.3	19.3	20.9	23.7	27.8	29.3
الذكور	25.8	25.2	23.2	24.4	25.3	27.6	31.3	33
الفارق	5	5.6	5.5	5.1	4.4	2.3	3.7	3.7

المصدر: commissariat national au recensement de la population 2000, P41 – 40

من خلال الجدول يمكن أن نميز بين مرحلتين، المرحلة الأولى من سنة 1948 إلى 1966 كان متوسط السن عند الزواج الأول لدى الإناث 20.8 سنة وسنة 1948 لينخفض إلى 19.6 سنة 1954، حيث تزامن ذلك مع حدثين تاريخيين هامين هما نهاية الحرب العالمية الثانية التي شارك فيها عدد كبير من الشباب الجزائري عبر التجنيد الإجباري وكذلك ثورة التحرير الجزائرية، حيث كان متوسط سن الزواج لدى الذكور 25.8 سنة 1948 لينخفض إلى 25.2 سنة 1954، وفي أول تعداد للجزائر سنة 1966 نلاحظ انخفاض حيث بلغ 23.8 سنة لدى الرجال و18.3 سنة لدى النساء ويرجع سبب هذا الانخفاض إلى ارتفاع معدلات الزواج نظرا لعودة الاستقرار إلى البلاد.

أما المرحلة الثانية بعد سنة 1970، فنلاحظ ارتفاع سن الزواج حيث كان 20.9 سنة لدى الإناث وهذا راجع إلى خروج المرأة للعمل والتحاقها بالتعليم، نتيجة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية المختلفة، فبين سنة 1977 و1987 عرف سن الزواج ارتفاعا بحوالي 3 سنوات، وواصل الارتفاع على هذا النمط بحوالي 3 سنوات إلى غاية 1998 وبارتفاع 2 سنتين 2008، بالنسبة للإناث.

أما بالنسبة للذكور، عرفت الفترة الممتدة بين 1987 إلى 2008 ارتفاعا كبيرا في متوسط السن عند الزواج الأول بلغ حوالي 6 نقاط، حيث ارتفع من حوالي 27 سنة في 1987 إلى 33 سنة في 2008، ويعود ذلك إلى عدة أسباب اقتصادية واجتماعية وسياسية وأمنية أدت إلى صعوبات كبيرة أثرت على الشباب كأزمة السكن، البطالة ...الخ.

- الفارق بين سن الزوجين

عرف فارق السن بين الزوجين تراجعا ملموسا منذ بداية القرن العشرين، فحسب المعطيات التي صنفها الباحث كمال كاتب خلال السنوات الأولى للقرن العشرين بلغ عند النساء اللاتي تزوجن قبل سن الخامسة عشر أكثر من 14 سنة، وأرجع الكاتب هذه الفروق الواسعة إلى زيادة نسب النساء في سن الزواج مع العلم أن بلوغ الفتاة في تلك الفترة سن العاشرة يؤهلها للزواج، وفي المقابل فإن ضرورة تقديم المهر للمرأة واعتباره من أركان الزواج الأساسية جعل الرجال يؤخرون زواجهم إلى غاية تحقيق هذا الشرط، غير أن هذه الفروق أخذت تتراجع خلال السنوات التي تلت حرب التحرير أين وصل الفارق إلى تسع سنوات، وفي فترة السبعينات التي شهدت بوادر ارتفاع سن الزواج الأول انخفضت فروق السن بين الزوجين بشكل ملحوظ واستمرت على ذلك النحو إلى أن وصلت إلى حوالي 4 سنوات في تعداد 1987 ثم 3 سنوات في كلا من التعدادين 1998 و2008.

IV- محددات سن الزواج

يعرف سن الزواج في الجزائر ارتفاعا مستمرا عند كلا من الجنسين منذ الاستقلال، وهو اليوم يشهد أعلى مستوياته، وسوف يتناول هذا الفصل لبعض المتغيرات التي ساهمت في هذا الارتفاع من واقع بيانات التعدادات والمسوحات الوطنية.

4-1- المحددات الاقتصادية

أ- قطاع السكن:

بعد الفترة الاستعمارية عرفت الجزائر نموا كبيرا لسكان المناطق الحضرية بسبب ظاهرة النزوح الريفي، مما جعل أغلب السكان يتمركزون في المدن الكبرى والساحلية، وأدى ذلك إلى توسعها وزيادة مساحاتها مما زاد معها الطلب على الاحتياجات الضرورية لتحسين المستوى المعيشي للمواطن، ومنها السكن، وهذا ما جعل الدولة تفكر في وضع إطار قانوني ينظم ذلك في إطار السياسة الوطنية للسكن، والتي لها تأثيرات كبيرة على تقدم أو تأخر سن الزواج بحكم اعتبار السكن من مقومات اتخاذ قرار الزواج..

وقد بينت الإحصائيات أن النقص في المساكن كان كبيرا جدا فقد بلغ عدد المساكن 1.800.000 مسكن سنة 1954 بينما قدر العدد حسب التعداد العام للسكن والسكان لعام 1966، بحوالي 1.982.000 مسكن مقابل 2.280.000 أسرة أي بمعدل شغل للغرفة "TOP" بلغ حوالي 2.6 شخص لكل غرفة وهذا ما يبين نقص في المساكن يقارب 1.754.000 مسكن ما سبب اكتظاظا كبيرا في المساكن التي كانت تشغلها الأسر آنذاك.

ب- البطالة:

تعتبر البطالة من أهم الأسباب المؤدية إلى تأخر سن الزواج في الجزائر، حيث أن حالة عدم توفر العمل لشخص راغب فيه مع قدرته عليه، تحرمه من توفير السكن والملبس والجو الذي يساعده على بناء أسرة، وكلما تأخر الحصول على عمل تأخر الوصول إلى هدفه، ففي الجزائر أصبح مشكل البطالة شبحا يطارد الشباب في سن الزواج، فالشباب غير قادر على توفير حاجياته، فكيف يفكر في إنشاء أسرة مستقلة أمام عدم وجود الشغل والارتفاع المستمر لمصاريف الزواج.

بالرغم من أن معدل البطالة انخفض إلى حد كبير أي بمعدل 9.8% سنة 2014 إلا أن هذا لم يحد من مشكلة تأخر سن الزواج وهذا لضعف الدخل وكذا ارتفاع الأسعار وضعف القدرة الشرائية للأسر مما دفع الشباب إلى العدول عن فكرة الزواج أو تأخيره من أجل العمل لمدة أطول أو انتظار رفع الأجور.

الجدول (12)
تطور معدلات البطالة في الجزائر 2003 – 2014

السنوات	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
معدل البطالة%	23.7	17.6	15.7	12.3	13.8	11.3	10.2	10.0	10.0	11.0	9.8	9.8

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات الجزائر بالأرقام نشرة رقم: 36، 39، 40، 43.
معدل البطالة: (2013-2014) Données Statistiques N° 653 et 671

ج – المستوى المعيشي:

إن التغيرات الاقتصادية التي شهدتها البلاد كان لها الأثر الكبير على الأوضاع الاجتماعية حيث نجد أن للعامل الاقتصادي دور فعال في تحديد سن الزواج، ففي الجزائر نجد أن معدل النمو السكاني يفوق معدل النمو الاقتصادي، الأمر الذي أدى إلى انخفاض المستوى المعيشي في البلاد. ويعتبر الدخل مؤشر هام للتعبير عن المستوى المعيشي للأفراد.

تظهر بيانات الجدول (13) أنه يمكن تقسيم تطور متوسط الدخل الفردي إلى فترتين، الأولى من (1974 – 1970) نلاحظ فيها الارتفاع المتواصل للدخل وبقوة في الثمانينات، يعود ذلك بالدرجة الأولى لعائدات البترول، أما بعد 1990 بدأ متوسط الدخل الفردي يعرف انخفاضا متتاليا ليصل إلى 1432.3 دولار سنة 1996 ثم إلى 1432.3 دولار سنة 1998 بعد أن كان 2425 دولار سنة 1990. وهذا الانخفاض راجع إلى انخفاض عائدات المحروقات وتجميد الأجور عند بعض العمال، وأحيانا تسريح أو طرد بعضهم وهذا نتيجة لبرنامج التصحيح.

جدول (13)
تطور متوسط الدخل الفردي في الجزائر 1974–2014

السنوات	الدخل الوطني 1	قيمة الدولار بالنسبة للدينار الجزائري 2	عدد السكان بالمليون 3	متوسط الدخل الفردي*4
1974	45248.9	4.1804	15.164	713.8
1977	67945.1	4.1631	17.058	966.6
1980	125156.2	3.8374	18.665	1747.4
1983	176391	4.7911	20.516	1794.5
1986	213187.9	4.8158	22.499	1967.6
1989	424954.3	7.6100	24.397	2260.8
1990	543473.6	8.9600	25.012	2425
1991	812210.6	18.4700	25.643	1714.9
1992	1023831.5	21.8200	26.894	1786
1993	1007132.3	23.3500	27.496	1603.1
1994	1403690.1	35.0600	26.271	1453.2
1995	1869109.4	47.6500	28.059	1397
1996	2358240.7	60.23	28.463	1375.6
1997	2561748.6	60.71	28.868	1461.7
1998	2568467.3	61.26	29.272	1432.3
1999	2919214,7	[3]66,5722	[2]29.965	135570,6
2000	3755594,7	75,2569	30.416	229805,6
2005	6366897,5	73,3596	32.906	333302,7
2010	9927358,4	74,3908	35.978	395637,1
2011	11472223,0	72,8567	36717	429802,1
2012	12740337,6	77,5359	37.495	432651,9
2013	12991296,6	79,3684	38.297	
2014			39.114	

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، المعطيات الإحصائية للحسابات الاقتصادية من 1994 –1998، صفحة 18.
الديوان الوطني للإحصائيات، السلسلة الإحصائية للثلاثي الأول 1999، صفحة 8.

- Revenu National Disponible (RND) (**الدخل الوطني 1**): Collection Statistiques N°166, Page 68 (1999).
- Revenu National Disponible (RND) (**الدخل الوطني 1**): Données Statistiques N° 669, Page 19 (2000, 2005, 2010 à 2014).

قيمة الدولار بالنسبة للدينار الجزائري : Données Statistiques N° 669, Page 23
عدد السكان بالمليون: .Données Statistiques N°690 page 14 :
متوسط الدخل الفردي*4 Données Statistiques N° 669, Page 23 : **(2000–2014)** بالدينار الجزائري.

[2] حصيلة إحصائية 1962-2011 ص 33،
[3] حصيلة إحصائية 1962-2011 ص 260

تظهر بيانات الجدول (14) ارتفاع معدلات الأسعار مقارنة مع دخلها وبالتالي فإن الفئات الأكثر تضررا من هذه الظاهرة، هي الأسر التي تعيش بمدخول ثابت أو تلك التي تعيش من تحويلات مختلفة (منحة البطالة، التقاعد، المعوقين...)، حيث أن هذه الأخيرة لا تملك أي إمكانية لزيادة استهلاكها أمام زيادة الأسعار بفعل ثبات مداخليها، من جهة أخرى فإن هناك بعض الأجراء الذين بلغ عددهم أكثر من 250 ألف عامل، أغلبهم يشتغلون في أعمال البناء والأشغال العمومية، لم يتقاضوا أجورهم مثلا: من 6 إلى 18 شهرا سنة 1995. كما كان لرفع الأسعار أثرا وانعكاسا ايجابيا لمنتجي وبائعي السلع الذين زادت مداخليهم وارتفعت ثرواتهم.

الجدول (14)
نسبة تطور معدلات: الدخل، الاستهلاك والأسعار.

السنوات	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	2000	2002	2013
المداخيل المتاحة للأسر	-	15	29.2	36.2	27.4	19.3	-			
استهلاك الأسر	-	14.2	22.5	33.8	23.1	30.8	31.1	40,9	43,2	34,3
الأسعار	18.3	23.8	33.2	26.5	19.4	31.5	28	-0.6	2.6	

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، 1997-1998.
استهلاك الأسر: Données Statistiques N° 669, Page 24
الأسعار: حصيلة إحصائية 1962-2011 ص90 و92.

4-2- المحددات الاجتماعية:

أ- الحالة التعليمية:

يعتبر التعليم من بين محددات الزواج، لأنه يدفع الكثير من الشباب إلى وضع إستراتجية خاصة للحياة الزوجية، إلى جانب امتداد سنوات الدراسة إلى ما يفوق 15 سنة، يؤدي إلى تأخر سن الزواج وتراجع معدلات الزواج، أي كلما ارتفع المستوى الدراسي كانت فترة الدراسة أطول وبالتالي سن الزواج متأخر، وقد قدر متوسط سن الزواج سنة 2002 عند الأميين 31 سنة لدى الذكور و28.3 سنة لدى الإناث فهو يقدر عند الذين وصل مستواهم الدراسي الثانوي أكثر ب 36 سنة لدى الذكور 33.2 سنة بالنسبة الإناث، وفي سنة 1992 أثبت المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل أن 4% من النساء يفضلن زواج بناتهن زواجا مبكرا، قبل سن 18، في حين أن 79 من النساء يفضلن أن بناتهن يواصلن دراستهن الجامعية، بينما 85 منهن يفضلن نفس المستوى التعليمي للذكور والإناث.

جدول (15)
تطور متوسط السن عند الزواج الأول للجنسين حسب المستوى التعليم في الجزائر

السن	ذكور			إناث		
المستوى التعليمي	1992	2002	2006	1992	2002	2006
أمي	27.4	31	30.4	23.6	28.3	28.7
يقرأ و يكتب	29.7	32.2	-	25.6	28	-
ابتدائي	31	33.4	32.9	25.6	29.3	29.6
متوسط	30.9	33.2	33.9	29.9	30.7	29
ثانوي وأكثر	31.6	35.5	34.8	30.3	33.2	33.2
المجموع	30.3	33	33.5	25.9	29.6	29.8

المصدر: EASME 1992, EASF 2002, MCIS3 2006, ONS.

نلاحظ أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي لكلى الجنسين ارتفع متوسط السن عند الزواج الأول، فقد وصل الفارق إلى 4.2 سنة لدى الذكور و6.7 سنة لدى الإناث بين الأميين وذوي المستوى الثانوي فأكثر سنة 1992، في حين وصل الفارق إلى 4.4 سنة لدى الذكور و4.5 سنة لدى الإناث بين الأميين ومستوى التعليم الثانوي فأكثر سنة 2006، إلا أنه بالرغم من وجود فوارق في سن الزواج حسب المستوى التعليمي إلا أن متوسط سن الزواج يرتفع عند الأميين كما عند المتعلمين ويرجع ذلك إلى وجود عوامل أخرى تؤثر على متوسط السن عند الزواج الأول غير التعليم.

ب- عمل المرأة:

مر المجتمع الجزائري بسلسلة من التغيرات نتيجة عوامل تاريخية وسياسية واقتصادية، وانعكست هذه التغيرات على جميع المؤسسات الاجتماعية وخاصة الأسرة، ولعل أهم مراحل التغير هي المرحلة الاستعمارية، ففي هذه المرحلة عرفت بنية الأسرة الجزائرية تغيرات كبيرة، بحيث غادر الرجال للمشاركة في الثورة، وألقيت مسؤولية إدارة شؤون الأسرة على المرأة.

الجدول (16)
نسب النساء المتزوجات حسب سن الزواج الأول و العمل

السن عند الزواج الأول	1992		2002	
	نسب النساء المتزوجات العاملات (%)	نسب النساء المتزوجات غير العاملات (%)	نسب النساء المتزوجات العاملات (%)	نسب النساء المتزوجات غير العاملات (%)
19-15	78.8	75.9	21.0	46.6
24-20	13.5	20.4	38.9	38.5
29-25	7.7	3.0	29.3	11.9
34-30	-	0.5	8.7	2.5
39-35	-	0.1	1.9	0.5
44-40	-	0.1	0.2	0.2
المجموع	100	100	100	100

المصدر: بيانات مسحي 1992 و 2002.

نلاحظ من خلال بيانات الجدول (20) أن أكبر نسبة للنساء المتزوجات العاملات سجلت في الفئة العمرية الأولى 15-19 بنسبة 78.8% تليها الفئة العمرية الثانية بحوالي 13.5%، أما بالنسبة للنساء المتزوجات غير العاملات فقد سجلت نسب متقاربة مع نسب العاملات في الفئتين الأولى والثانية، هذا خلال سنة 1992.

ومنه يمكن القول في هذه السنة أن شغل المرأة لم يؤثر على سن الزواج ففي الحالتين النساء تزوجن في سن مبكرة، أما في سنة 2002 فإن سن الزواج الأول عند العاملات كان أكبر حيث سجلت أكبر نسبة في الفئتين العمريتين 20-24 و25-29 بحوالي 38.9% و29.3% على التوالي، في حين أن المرأة غير العاملة بلغت نسبتها في الفئة العمرية 15-19 حوالي 46.4%.

يكمن الفرق في تأثير عمل المرأة على سن الزواج الأول خلال الفترتين في أنه في السابق عمل المرأة لم يكن يتطلب مستوى جامعي أو أثر للحصول على وضيفة، أما اليوم فحدث العكس فللحصول على منصب شغل ينبغي الحصول على شهادات جامعية وحتى أكثر مما يعني ذلك طول فترة الدراسة الذي يؤدي إلى ارتفاع سن الزواج.

ج- محل الأقامة:

- التحضر:

إن مختلف التحقيقات والمسوحات الوطنية تبين أن متوسط السن عند الزواج الأول أعلى في المناطق الحضرية، فنمط الحياة الحضرية جد معقد عن الحياة في الريف ومتطلبات الحياة في

الوسط الحضري تجبر الشباب على تأخير زواجهم بسبب ضرورة توفير فرص التعليم والعمل خاصة بالنسبة للنساء اللاتي تصبحن أكثر حرية واستقلالية في كثير من الأمور خاصة فيما يتعلق بالزواج.

ويبين الجدول (22) أن متوسط سن الزواج هو أعلى في المناطق الحضرية لدى الجنسين إلا أن هذا الفارق يتراجع بين الوسطين خلال السنوات الأخيرة خاصة عند النساء، ومنه يمكن القول أن متوسط سن الزواج هو أعلى في المنطقة الحضرية إلا أنه يشهد ارتفاعا في الوسطين معا.

الجدول (17)
تطور متوسط السن عند الزواج الأول حسب محل الإقامة

	ذكور			إناث		
	1992	2002	2006	1992	2002	2006
حضري	31.2	33.7	34.2	26.9	30	30
ريفي	28.8	31.9	32.6	24.5	29.1	29.7

المصدر: بيانات مسوحات 1992 و 2002 و 2006.

4-3- المحددات الثقافية:

أ- نوع الطبقة الاجتماعية:

تؤكد العديد من الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية على العلاقة الوثيقة بين الطبقة الاجتماعية وسن الزواج، وذلك من خلال دراسة روميال، فقد أثبتت هذه الدراسة أن سن الزواج يرتفع كلما ارتفعت الطبقة الاجتماعية، حيث أن أفراد الطبقة العليا يرفضون التنازل على أي متطلب من متطلبات الزواج، وأن علو الطبقة الاجتماعية للشباب من عوامل التي تسهل الارتباط بالفتاة على المستوى الاجتماعي الراقي يعقد أكثر ارتباطها بالشاب إذا كان أدنى منها مستوى لعجزه عن توفير جميع المتطلبات.

أما في الجزائر، وحسب نتائج الدراسة التي قام بها الباحث الاجتماعي حميد آيت عمارة، على 400 أسرة والحاصلات على شهادات عليا والعاملات في الفترة ما بين 990 - 1991 حول موضوع "استراتيجية الزواج عند خريجات الجامعة الجزائرية"، وتتناول هذه الدراسة مقارنة بين المستوى الاجتماعي للمرأة والفارق الاجتماعي بين الزوجين، مع الأخذ في الاعتبار المكانة المهنية للمرأة، هذا ما يوضحه الجدول (23). (Hamid Aït Amara, p49).

الجدول (18)
توزيع الزيجات حسب المكانة الاجتماعية والمهنية للزوج

المكانة الاجتماعية الزوج	الراقية	المتوسطة	الشعبية
الراقية	58 .2	27	29
المتوسطة	24 .5	46.5	31 .8
الشعبية	17.2	26.4	39.1

المصدر: Hamid Aït Amara, 1989, p49

يتبين لنا من خلال الجدول (18) أن المكانة الاجتماعية للأزواج مقارنة بزوجاتهم متعادلة حيث نلاحظ ارتفاع النسبة كلما كانت المكانة الاجتماعية مختلفة بين الزوجين، لهذا يمكن القول بان الانتماء اثر كبير في سن الزواج إما بالتبكير أو التأخير.

ب- الاختيار في الزواج:

إن مسالة الاختيار الزواجين أخذ قيما مختلفة حسب السن والجنس وحسب المكانة الاجتماعية والثقافية، وحسب الدراسات السابقة التي قامت في الجزائر فان اغلب النساء يتزوجن من رجال في مستواهم المهني ففي هذه الحالة فالمرأة حريصة في اختيار نوعية أول زواج لها، في حالة كونها سنها اقل من 30 سنة، فان ازداد عن ذلك قل اختيار المرأة لشريك حياتها، وهروبا من العنوسة تكون محيرة على القبول زوج اكبر منها بكثير، وفي الغالب متزوج أو سبق له الزواج، أو اقل منها من حيث المستوى التعليمي أو الثقافي أو الاجتماعي، فالمسالة الاختيار تأخذ قيمة مختلفة حسب السن و الجنس و التي لها اثر كبير في تحديد الزواج.

V- الخلاصة والتوصيات

5-1- الخلاصة:

إن ظاهرة تأخر سن الزواج في المجتمع الجزائري، وعزوف الكثير من الشباب والفتيات عن الزواج، له نتائجه الخطيرة وعواقبه الوخيمة، في مختلف الجوانب النفسية والاقتصادية والاجتماعية والأخلاقية والسلوكية.

إن الحل والعلاج لظاهرة تأخر سن الزواج في المجتمع يمكن من تقوية البناء العقدي للأمة، وتكييف القيم الأخلاقية في المجتمع، لاسيما في البيت والأسرة، ومعالجة الأزمات التي تهدد كيان المجتمع، بتيسير أمور الزواج وتخفيف المهور، وترسيخ المعايير الشرعية لاختيار الزوجين، وتحقيق التعاون بين أبناء المجتمع.

فيما أن تأخر سن الزواج مشكلة اجتماعية ينبغي على كل من الدولة والمجتمع أن يساهم في وضع الحلول المناسبة لها، مع الإقرار بان استقرار الحياة السياسية والاقتصادية في المجتمع يساهم في وضع الحلول المناسبة لها، ومن شأنه أن يدفع باتجاه تجاوز مثل هذه المشكلة.

5-2- التوصيات:

هناك ظروف وعوامل أخرى يجب العمل على توفيرها لتحفيز الشباب ذكورا وإناثا على الزواج في السن المناسب يتم تقديمها في التوصيات التالية:

- إقامة المساكن الشبابية، بحيث يتمكن الشاب من تأمين المسكن الذي يبني أسرته فيه وبذلك تختفي أحد أهم أسباب تأخر سن الزواج.
- توفير فرص العمل، وذلك من خلال إقامة المشاريع الاقتصادية الكبيرة التي توفر عمل لعدد كبير من الشباب العاطل وبذلك يصبح بإمكانه توفير مصاريف الزواج ويتخطى أحد الأسباب التي تؤخر الزواج.
- رفع/ زيادة المعاشات والرواتب، بحيث يمكن للشباب من خلالها تيسير أمور الزواج.
- توفير إعانات وقروض للزواج، وتمديد فترة تسديدها لأن القروض التي تمنح حاليا يحين موعد تسديدها بعد فترة قصيرة من الزواج، فبذلك لا يتمكن الشاب من تحسين وضعه المعيشي بسبب تسديده للقرض.
- تشجيع المشاريع الصغيرة من قبل الدولة أو التجار أصحاب رؤوس الأموال. وتوفير القروض اللازمة لها وبشروط سهلة.
- إصدار قوانين جديدة للاستثمارات التي تدعم مشاريع الأفراد الشخصية التي يهدف من خلالها تحسين الأحوال المادية.
- دعم الدولة بمؤسساتها العامة لأصحاب العقول من شباب الجامعة الذين يتخرجون بعد دراسة وجهد ليجدوا سبل العمل والوضعية مسدودة أو صعبة أو لا تحقق للشخص طموحاته وأماله.
- التوعية عن أهمية العلاقات الزوجية وتكوين الأسرة في بناء المجتمع.
- الاهتمام بدعم شبكة العلاقات الأسرية والاجتماعية التي تيسر التعارف والتزاوج.
- إنشاء جمعيات أهلية تسهل التعارف وإجراءات الزواج لمن يريدون ذلك.

- التوعية بأهمية عدم الغلاء في المهور وشروط وغلاء مصاريف الزواج والتي تعتبر من بين أهم أسباب تأخير الزواج والعزوف عنه.

- **قائمة المراجـع**
- **المراجع العربية**

- أحمد بورجي، التوقعات السكانية لجمهورية اليمن (2005-2025)، ط 2010.
- الديوان الوطني للإحصائيات، 1999. cneap.
- الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نشرة رقم: 36، 39، 40، 43.
- الديوان الوطني للإحصائيات، المعطيات الإحصائية للحسابات الاقتصادية من 1994 – 1998
- الديوان الوطني للإحصائيات، حوصلة إحصائية للأسعار 1962-2011.
- الديوان الوطني للإحصائيات، سلسلة إحصائية رقم 142.
- صالح مصلح أحمد، قاموس مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار عالم الكتب، الرياض، 1997.
- محمد علاء الدين عبد القادر، البطالة، منشأة المعارف، الإسكندرية، 2003.
- محمد محي الدين الجوهري، موسوعة علم الاجتماع، المركز المصري العربي، 2011.

- **المراجع الأجنبية**

- Aït Amara Hamid, L'agriculture africaine en crise: dans ses rapports avec l'État, l'industrialisation et la paysannerie, l'Harmattan, 1989.
- Blanc Michel, Initiation aux problèmes familiaux chronique et sociaux France, 2007, Collection statistique N° 142, résultat RGPH.
- Collections statistiques social n° 159.
- Commissariat national au recensement de la population 2000.
- Démographie algérienne 1998, N 294.
- Démographie algérienne: 2000, N 326.
- Données Statistiques 1999-2004.

- Donnée statistique N° 575, 2010.
- Données Statistiques N° 653 et 671 (2013-2014).
- Données Statistiques N° 669 (2000, 2005, 2010 à 2014).
- Données Statistiques N° 690 (2011-2014).
- Démographie algérienne, N°326, 2000.
- EASME 1992, EASF 2002, MCIS3, ONS, 2006.
- Rétrospective statistique (1970-2002) ONS, 2005.
- www.perspective.ush.

محددات
التنمية البشرية في مصر
(دراسة تحليلية من واقع بيانات البنك الدولي خلال الفترة من 1990-2013)[1]

رانيا عثمان الجوهري[2]

عبد الغنى محمد عبد الغنى[3] عبد الحميد محمد العباسي[4]

مستخلص

تتناول الدراسة تحليل المحددات المؤثرة في التنمية البشرية في مصر وذلك من واقع بيانات البنك الدولي خلال الفترة من (1990-2013) وهدفت الدراسة للوصول إلى المحدد أو المحددات الأكثر تأثيراً في مؤشر التنمية البشرية في مصر بشكل خاص والاهتمام بهذا المحدد والعمل على تحسينه عند وضع البرامج والسياسات التنموية.

وتوصلت الدراسة أن هناك عامل واحد يمثل المحدد الأكثر تأثيراً في مؤشر التنمية البشرية فيمصر وهو (المحدد الصحي/الاقتصادي)، ويعد هو العامل الوحيد المؤثر في مؤشر التنمية البشرية في مصر خلال الفترة (-2013 1990) ويتكون هذا العامل من المتغيرات (معدل وفيات الأطفال الرضع – معدل وفيات الأطفال دون الخامسة – نسبة الإعالة العمرية – نسبة السكان الذين تتوافر لهم مرافق الصرف الصحي المحسنة – نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي (بالأسعار الثابتة للعملة المحلية) – نسبة التلاميذ الإناث بالتعليم الابتدائي – نسبة النساء الحوامل اللاتي يتلقين رعاية سابقة للولادة).

وأوصت الدراسة بالاهتمام بالصحة والجوانب الاقتصادية وتشكيل مؤسسة معنية بالتنمية البشرية في مصر مما سيؤثر إيجابا في رفع مؤشر التنمية البشرية.

الكلمات المفتاحية:مصر، التنمية البشرية، مؤشر التنمية البشرية، الصحة، التعليم، الدخل، التحليل العاملي، التحليل الانحدار التدريجي.

1هذه الورقة جزء من رسالة ماجستير في الإحصاء الحيوي والسكاني مقدمة لمعهد الدراسات والبحوث الإحصائية – جامعة القاهرة.

2 باحثه ديموجرافية، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية–جامعة القاهرة.

3 أستاذ الإحصاء الحيوي والسكاني، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية–جامعة القاهرة.

4عميد معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية–جامعة القاهرة.

I- مقدمــة

تُعد التنمية البشرية ومشكلات السكان من الأولويات الهامة إذا لم تكن الأهم أمام مصر كدولة من دول العالم النامي فقضية التنمية البشرية من القضايا التي برزت مؤخرا على الساحة الاقتصادية، وتلقى قدرا كبيرا من الاهتمام، سواء على المستوى المحلى والدولي، والحقيقة أن أهميتها ترجع إلى تأثيرها الكبير في التنمية الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في مصر. بحيث أنه لم يعد من الممكن الحديث عن التقدم الاقتصادي والاجتماعي أو حتى السياسي، دون النظر إلى التنمية البشرية في المجتمعالمصري بشكل عام.

ويعد الإنسان هو جوهر التنمية البشرية وبناءه يحتاج إلى عناء كبير من تعليم ورعاية صحية وتوفير سبل عيش مناسبة. وهذا لا يمكن تحقيقه لملايين البشر دون تخطيط سليم وتحديد دقيق للمراحل والأهداف والمهام، وحشد للموارد الضرورية وتعبئتها وتحديد مصادرها المضمونة بدقة، واستغلال طاقة الإنسان بحسب ما تم إعداده وبنائه لأجله.

"إن السكان والتنمية في ترابط دائم ووثيق يؤثر كلاً منهما في الآخر سلباً وإيجابا".

لذلك يمكن القول أنهناك علاقة قوية بين السكان والتنمية (أي بين السكان وخصائصهم وواقعهم الديموغرافي ونوعية حياتهم من جهة والبرامج والخطط التنموية التي تهدف إلى تحقيق التقدم الاقتصادي والتطور الاجتماعي من جهة أخرى). وهذا يعني أن مفهوم التنمية قد تعدى مجرد "النمو الاقتصادي" الذي كان دائماً محور الاهتمام ليشمل تحولات أساسية أخرى على الصعيد الاجتماعي والثقافي إلى جانب النمو الاقتصادي.

وقد رافق هذا التغير في مفهوم التنمية تغير جذري في نوعية الخطط والبرامج التنموية حيث كان تركيز هذه الخطط على النواحي الكمية الاقتصادية بالدرجة الأولى، ومع المفهوم الجديد للتنمية البشرية أضحت الخطط أكثر شمولاً لتضفي جوانب اجتماعية وثقافية وسياسية، حيث أصبحت تركز أيضاً على النواحي الكيفية في تحسين ورفع مكانة المرأة والاهتمام بصحة الأم، ورعاية الشباب وقضايا الديموقراطية، والبرامج الترفيهية، وغيرها من المجالات التي ترتبط بتحسين نوعية الحياة لمجموع السكان.

وإذا كانت التنمية البشرية تمثل حلقة الربط بين التنمية الاقتصادية والتنمية الاجتماعية، من حيث أن القاسم المشترك بينهما هو(السكان) باعتبار أن العنصر البشري هو الهدف النهائي والوسيلة الرئيسية في نفس الوقت، فإن تناول الأبعاد السكانية للتنمية البشرية في هذا الإطار يصبح أمراً بالغ الأهمية لتحقيق أهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية معاً وخاصة في مصر التي تعاني من زيادة سكانية كبيرة ويمكن استغلال العنصر البشري فيها بشكل فعال.

1-1- مشكلة الدراسة

إننا لو نظرنا إلي مؤشر مصر أو ترتيبها خلال عامي 2013-2014 نجد أن ما حققته مصر من تقدم سواء في ترتيبها في دليل التنمية البشرية أو في مؤشرها من عام 2013 إلى عام 2014 يعد تقدماً طفيفاً حيث تقدم ترتيبها بمقدار مرتبتين فقط وتقدم مؤشرها بمقدار 0.02 فقط، حيث ارتفعت قيمة المؤشر من 0.662 عام 2013 إلى 0.682 عام 2014. وإذا ما قارننا ما أحرزته مصر من تقدم من ناحية وما أحرزته بعض الدول العربية الأخرى من جهة أخرى، نجد أن هناك الكثير من الدول العربية ودول الجوار والتي تتمتع بطبيعة متشابهه جغرافياً وثقافياً واجتماعيا إلى حد كبير مع مصر قد حققت تقدم كبير من عام 2013 إلى عام 2014.

1-2- أهمية الدراسة

إن قياس مدى التقدم في سبيل تحقيق أهداف التنمية أصبح من أولويات منظمات التنمية والمجتمع الدولي لسنوات عديدة وذلك خلال حقبة الثمانينات من القرن الماضي، كما أصبحت الحكومات الوطنية تهتم بتحديد مؤشرات توضح مقدار التحسن أو التدهور الذي طرأ على التنمية ومستوى حياة السكان. وأتضح أن اتخاذ المحددات التقليدية (العمر المتوقع عند الميلاد- التحصيل العلمي- نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي) وحدها كمقاييس للتنمية غير كاف لمعرفة وفهم الفروق التي تحدث بين معدلات التنمية في الدول المختلفة، ولا يمكن أن يعكس الأبعاد الأساسية للتنمية في المجتمع بصورة أكثر شمولا.

وتظهر أهمية الدراسة هذه الدراسة في الوصول إلي المحددات المؤثرة في مؤشر التنمية البشرية في مصر ومعرفة هل هذا التقدم الطفيف في ترتيب مصر ومؤشرها يرجع إلى جميع المحددات الداخلة في تركيب مؤشر التنمية البشرية أم يرجع إلى مؤشرات أخري لم يتناولها مؤشر التنمية البشرية العالمي واستخلاص هذا المحدد والتركيز عليه والاهتمام به عند وضع البرامج والخطط التنموية.

1-3- أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلي أن تحلل بمنطقية المحددات التي قد تكون مؤثرة في مؤشر التنمية البشرية في مصر حتى تساعد في توضيح الصورة أمام متخذي القرارات وواضعي السياسات والخطط المرتبطة بالتنمية البشرية،لإيجاد سياسات فعالة وملائمة لترجمة منافع النمو الاقتصادي، لتحقيق تنمية بشرية شاملة وعادلة في المجتمع المصري لتحقيق مستويات التنمية المرغوبة والتقدم التنموي المطلوب.

1-4- فروض الدراسة

- إن قياس التنمية البشرية لا يتم بواسطة استخدام محدد واحد فقط وإنما هو خليط بين أكثر من محدد (الحالة الصحية – الحالة الاجتماعية – الحالة التعليمية – الحالة الاقتصادية)، وجميعها تؤثر في بعضها البعض، والأهم هو أنها مجتمعة تؤثر على مؤشر التنمية البشرية.
- هناك العديد من الأبعاد مثل الحياة المديدة والصحية واكتساب المعرفة ومستوي المعيشة اللائق وغيرها من الأبعاد الأخرى تؤثر سلباً أو إيجاباً في قيمة مؤشر التنمية البشرية تختلف معنوية هذا التأثير لكل متغير.

وسيتم اختبار معنوية مجموعة من المتغيرات لمعرفة هل يوجد أثر ذو دلالة معنوية لهذه المتغيرات على قيمة مؤشر التنمية البشرية وأي هذه المتغيرات يمثل أحد المحددات الأكثر تأثيراً على المؤشر.

1-5- منهجية الدراسة

تعتمد منهجية الدراسة على نوعين من التحليل "التحليل النظري" و"التحليل العملي والتطبيقي".

- **التحليل النظري**

وذلك من خلال مقارنة الوضع الحالي لمصر وبعض هذه الدول خلال عامين متتاليين(2013-2014) والوقوف على الوضع الحالي لمصر ومعرفة المحددات التي يمكن أن تؤثر في قيمة المؤشر والعمل على فهم هذه المحددات وتحليلها ومن ثم الخروج بمجموعة من النتائج والتوصيات.

- **التحليل العملي والتطبيقي**

تناولت هذه الدراسة أخر البيانات المتاحة في وقت إجراء البحث من بيانات البنك الدولي لمصر خلال الفترة (1990-2013) ولغرض تحقيق أهداف الدراسة فقد تم استخدم أساليب تحليل متنوعة للحصول على أفضل نتائج فقد استخدمنا فيها أسلوبي التحليل العاملي وتحليل الانحدار التدريجي في تحليل المحددات المؤثرة في مؤشر التنمية البشرية في مصر، حيث يتيح هذا التحليل إمكانية التعرف على أهم هذه المحددات.

-أسلوب التحليل العاملي: وقد تم اختيار أسلوب التحليل العاملي في التحليل لأن هذا الأسلوب يسمح بتخفيض وتلخيص المتغيرات في أقل عدد ممكن من العوامل الرئيسية التي يمكن أن تفسر ظاهرة معينة وبالتالي يمكننا من الحصول على مجموعة جديدة من المتغيرات وبعدد أقل لتحل جزئياً أو كلياً محل المجموعة الأصلية من المتغيرات.

ويساعد على إظهار مجموعة العناصر الكامنة التي يصعب الكشف عنها والتي يمكن أن يكون لها دور في تفسير العلاقات بين عدد كبير من المتغيرات.

كما أن استخدم أسلوب التحليل العاملي يسمح بالتعرف على المتغيرات التي لها دلالة إحصائية هامة والتي تستدعى مزيد من عمليات التحليل الأخرى كالانحدار.

- تحليل الانحدار الخطى المُتعدد التدريجي: حيث أنه في هذا النوع ندخل عدد من المتغيرات المستقلة (وليس كل المتغيرات) لمعادله الانحدار المقترحة. ويعتمد ترتيب دخول المتغيرات لمعادله الانحدار على معيار إحصائي يولد ويقترح من الطريقة نفسها. ثم إيجاد نموذج انحدار تدريجي لتحديد أهم هذه العوامل واستخلاص أياً من هذه العوامل أكثر أهمية وتأثيراً على المؤشر، من خلال بيان أثر المتغيرات المستقلة على المتغير التابع، وقد تم تطبيق ذلك على بيانات البنك الدولي لمصر خلال الفترة من (1990-2013) وهذا ما تهدف إليه هذه الدراسة.

مع العلم بأنه قد تم اختيار المتغيرات التفسيرية للدراسة والتي تمثل المحددات الأساسية للتنمية البشرية في مصر والتي من المتوقع أن تكون ذات تأثير على قيمة المؤشر من واقع الدراسات السابقة التي تناولت التنمية البشرية في مصر وتتمثل المتغيرات المستخدمة في النموذج في الآتي:

الجدول (1)
المتغيرات المستخدمة فى النموذج

الرمز	المتغيرات التفسيرية	المؤشرات
X_{01}	نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي (بالأسعار الثابتة للعملة المحلية).	اقتصادية
X_{02}	فجوة الفقر مقارنة بخط فقر 1.25 دولار في اليوم للفرد (تعادل القوة الشرائية) (%).	
X_{03}	التعليم الابتدائي، التلاميذ (% الإناث).	تعليمية
X_{04}	نسبة التلاميذ إلى المعلمين، المرحلة الابتدائية.	
X_{05}	مرافق الصرف الصحي المحسنة (% السكان الذين تتوفر لهم قدرة الحصول عليها).	الخدمات والمرافق
X_{06}	سكك حديدية، الركاب المنقولون (مليون راكب – كم).	
X_{07}	معدل وفيات الأطفال دون 5 سنوات (لكل 1000 مولود حي).	صحية
X_{08}	معدل وفيات، الرضّع (لكل 1000 مولود حي).	
X_{09}	النساء الحوامل اللاتي يتلقين رعاية سابقة للولادة (%).	
X_{10}	نسبة الإعالة العمرية (% من السكان في سن العمل).	القوى العاملة والبطالة
X_{11}	نسبة التشغيل إلى عدد السكان، ذكور فوق سن 15 عاماً (%).	

ويمثل (Y1) المتغير التابع في مؤشر التنمية البشرية.

1-6- الدراسات السابقة

- **(أشرف السيد العربي عبد الفتاح، 1997) بعنوان (التنمية البشرية في مصر: دراسة لأسباب وانعكاسات الوضع الحالي وإمكانية تطويره مع التركيز على التعليم):**

تناولت الدراسة كيفية الاهتمام بالبعد البشري في الفكر التنموي بدءاً من مجرد التركيز على إحداث النمو الاقتصادي الذي كان يعتقد أنه سيؤدي مباشرة إلى القضاء على الفقر، ثم تطرقت الدراسة بالحديث عن التنمية البشرية الشاملة وتوسيع الخيارات المتاحة أمام الأفراد. كما استعرضت الدراسة الأساليب المختلفة لقياس التنمية البشرية بداية من مؤشرات نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي ونهاية بدليل التنمية البشرية المركب الذي وضعه البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة من خلال تقاريره السنوية عن التنمية البشرية منذ عام 1990.

وقد حاول الباحث التعرف على الوضع الحالي للتنمية البشرية في مصر كما يوضحه دليل التنمية البشرية المركب.

وقام بجمع قيم لمؤشرات التنمية البشرية كما جاءت في تقارير التنمية البشرية التي صدرت حتى عام 1995 سواء الدولية أو المصرية.

ومن خلال دراسة الباحث لدليل التنمية البشرية المركب توصل إلي أن التنمية البشرية أوسع من يقيسها دليل واحد مركب أو مجموعة من المؤشرات، لذلك قام الباحث باستعراض العديد من المحاور والمؤشرات التفصيلية الأخرى ذات الدلالة الهامة للتنمية البشرية والتي تعطى مع الدليل المركب رؤية أكثر شمولاً عن الوضع الحالي للتنمية البشرية في مصر.

وركزت الدراسة في المبحث الثاني منها على محاور التنمية البشرية الهامة في مصر وهي (الصحة– التغذية– الفقر وتوزيع الدخل– التشغيل والبطالة– الإنتاجية– التعليم).

وقد تناولت الدراسة التعرف على الوضع الحالي للتعليم في مصر وركزت على التعليم في مرحلة التعليم الأساسي فقط وأهم الأسباب التي أدت إلي تدهور وضعه.

وتوصلت الدراسة إلى أن التعليم يلعب دور حيوي سواء في الحياة الاقتصادية أو الاجتماعية أو السياسية أو الثقافية.

- **(السيد محمد السيد على خاطر، 2001) بعنوان (التنمية البشرية في مصر: القياس ومشاكله):**

وتناولت الدراسة تقييم الطرق المستخدمة حالياً لقياس التنمية البشرية عالمياً ومحلياً مع بناء دليل شامل لقياس التنمية البشرية في مصر ومحافظاتها وإضافة أبعاد ومؤشرات جديدة إلي هذا الدليل تجعله أكثر تعبيراً عن مفهوم التنمية البشرية وذلك من خلال دليل اقترحه الباحث وعمل مقارنة بين الطرق المستخدمة من قبل تقارير التنمية البشرية وهذا الدليل.

ويتكون هذا الدليل من عشرة أبعاد تتمثل فيما يلي:

1– بعد ديموجرافي، 2– بعد اقتصادي، 3– بعد تعليمي، 4– بعد صحي، 5– بعد غذائي، 6– بعد للقوة العاملة والبطالة، 7– بعد للخدمات والمرافق، 8– بعد ثقافي وترفيهي، 9– بعد للموارد الطبيعية واستهلاك الطاقة، 10– بعد للرعاية الاجتماعية.

كما حدد 99 مؤشراً فرعياً مقسمة إلى39 مؤشراً تعبر عن تدهور التنمية البشرية في حالة زيادة قيمتها و60 مؤشراً آخر تدل على تحسن في حال التنمية البشرية إذا زادت قيمتها.

وقد اعتمدت فكرة هذا الدليل على أن يشتمل على دليلان أحداهما لتحسن التنمية البشرية والآخر للحرمان من التنمية البشرية، حيث أن الطرق المستخدمة في حساب التنمية البشرية من قبل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي تعتمد على النواحي الإيجابية فقط للتنمية البشرية.

وقد قام الباحث بتقدير لقيم الدليل الشامل لقياس التنمية البشرية. حيث قام بتقسيم قيمة الدليل الشامل للتنمية البشرية المحصورة من (0–1) إلي أربعة قيم وبذلك اختلف عن ما هو متبع من قبل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي الذي يقسمها إلى ثلاثة قيم فقط مرتبة إلي منخفضة ومتوسطة ومرتفعة حيث قسمها الباحث إلي تنمية بشرية متدهورة وقيمتها تنحصر ما بين (0–0.25) ومنخفضة والقيمة ما بين (0.25–0.5) ومتوسطة ما بين (0.5–0.75) وأخيراً القيمة العالية التي تنحصر ما بين (0.75–1).

ثم قام الباحث بتطبيق دليل التنمية البشرية المقترح في حالة مصر بصفة عامة وعلى مستوي المحافظات بصفة خاصة وذلك من خلال مقارنة النتائج التي توصل إليها من احتساب قيمة دليل التنمية البشرية بالطريقة المقترحة مع النتائج الخاصة بقيمة دليل التنمية البشرية والمدرجة في تقارير التنمية البشرية الصادرة من معهد التخطيط القومي.

وقد توصل الباحث إلي وجود اختلافات في النتائج بين قيمتي دليل التنمية البشرية، كما وجد الباحث أن هناك انخفاض في القيمة الإجمالية لمصر والمحسوبة لدليل التنمية البشرية المقترح مقارنة بدليل معهد التخطيط القومي.

- **(عدلي سعداوي طلبه وإيناس السيد صادق، 2003) بعنوان (دراسة تحليلية لأهم مؤشرات التنمية البشرية في مصر وتحديات المستقبل):**

أوضحت الدراسة أن تحليل مؤشرات التنمية البشرية في مصر أظهر وجود تفاوت كبير في معظم مؤشرات التنمية سواء على مستوى المحافظات بوجه عام، وبين الريف والحضر بصفة خاصة في محافظات الوجه القبلي، هذا بالإضافة إلى الفجوة النوعية بين الذكور والإناث.

وحاولت الدراسة الوصول إلى تحليل لاتجاهات التنمية البشرية على مستوى المحافظات المصرية. كما استعرضت محددات التنمية البشرية في مصر وأهم المؤشرات التي تعكس الفجوة التنموية.

وأشارت الدراسة إلى التحديات التي تواجهها مصر في مجال التنمية البشرية وذلك كواحدة من أهم القضايا المعاصرة المؤثرة على التنمية الشاملة.

وأوصت الدراسة بضرورة وضع استراتيجية عامة للتنمية الشاملة وإعادة الاعتبار لدور الدولة في هذه الاستراتيجية التي تشارك في صياغتها والإشراف على تنفيذها مؤسسات وهيئات المجتمع المدني. وتوسيع المشاركة وحرية الرأي واحترام الذات، حيث يبقى الشعب هو الضمانة الوحيدة والأكيدة، لبناء المستقبل ومحاربة الفساد وتحمل أعباء المواجهة أيًا كان نوعه. ووضع استراتيجية بناء مجتمع علمي، يقوم على المعرفة والمعلوماتية في خدمة المجتمع وتطوره، مما يستتبع استراتيجية للتعليم في كافة مراحله واستراتيجية للبحث العلمي وكذلك وضع استراتيجية للتشغيل والقضاء على البطالة والفقر في مدة محددة. مع ضرورة وضع أولوية قصوى لبرنامج قومي للنهوض بالريف المصري، حيث تعتبر التنمية الريفية هي جوهر التنمية الشاملة، بما يتطلب تبنى هذه المفاهيم، وترجمتها إلى خطط وبرامج عملية تساعد على تقليل الفروق والتباينات في التنمية البشرية في كافة محاورها، مثل الفجوات في ما بين الريف والحضر، وبين الذكور والإناث، وبين أقاليم الدولة فضلا عن المساعدة على استدامة وتواصل التنمية البشرية.

- **(منى محمود مكاوي، 2007) بعنوان (التنمية البشرية في القطاع الريفي المصري- دراسة حالة في محافظة الجيزة خلال الفترة 1996 إلى 2004):**

أهتمت الدراسة بالتنمية البشرية في الريف المصري بشكل عام وتحديداً في محافظة الجيزة بشكل خاص. حيث اختارت الدراسة قريتين من مركزي الجيزة وإمبابة وهما (شبرامنت ونكلا) مع الاستعانة بالبيانات المنشورة للبرنامج القومي للتنمية الريفية المتكاملة (شروق)، وقامت الدراسة على توصيف لأهم المتغيرات موضع الدراسة والتعرف على مفاهيم التنمية البشرية في القطاع الريفي، واستعراض أثر التنمية الريفية الشاملة عل مستوي معيشة السكان الريفيين لهذا القطاع، هذا بجانب التعرف على أبعاد التنمية البشرية الريفية لبعض قرى محافظة الجيزة وقياس دليل التنمية البشرية لهذه القرى.

واستطاعت هذه الدراسة التوصل إلى مجموعة من النتائج والتوصيات أهمها أن التنمية البشرية ضرورية لرفع مستوى التنمية في القطاع الريفي، حيث أن انخفاض كلاً من معدلات نمو السكان والوفيات وزيادة المقيدين بالتعليم الأساسي والثانوي وتوفير المياه والكهرباء والصرف الصحي، والنهوض بمتوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي والإجمالي من شأنه أن يحقق مستوى مرضي من التنمية البشرية في القطاع الريفي.

- **(سيد محمد عبد المقصود، 2010) بعنوان (التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية في خريطة المحافظات المصرية وآثارها على التنمية):**

وركزت هذه الدراسة على تحليل هذه التغيرات على صعيد المحافظات المصرية وبيان آثارها على التنمية في المستقبل، وذلك من منظور أن النمو الاقتصادي لا يؤدى بالضرورة إلى إحداث التنمية، وإنما قد يصاحبه أو ينتج عنه في كثير من الأحيان سوء في توزيع الدخل يزيد من الفجوة بين الفقراء والأغنياء، الأمر الذي قد يؤدى إلى عواقب اجتماعية وسياسية غير مرغوب فيها.

وتشير الدراسة إلى حدوث الكثير من التغيرات الإيجابية والسلبية على صعيد المحافظات المصرية، إلا أن العمل التنموي في مصر وخاصة على المستوى المحلى يتطلب الشفافية والمسئولية وتداول السلطة على كافة المستويات، كما أن المجتمع يحتاج لثورة فكر أساسها التعليم الجيد والإنتاج المطابق للمواصفات والسعر العادل وعدالة التوزيع.

- **(علي طلعت علي محمد، 2013) بعنوان (دليل التنمية البشرية والأهداف الإنمائية الألفية في محافظة القاهرة – من منظور جغرافي):**

وتهتم هذه الدراسة بموضوع هام متعلق "بالتنمية البشرية والأهداف الإنمائية الألفية" وتتعرض الدراسة لأهم مدينة مصرية ذات الثقل الوظيفي والحضاري والخدمي والسكاني وهى محافظة القاهرة (العاصمة)، وجاءت الدراسة في خمسة فصول، تم تخصيص أربعة منها للتطبيق على المحافظة، بينما جاء الفصل الأول متناولاً أساليب قياس التنمية البشرية، وقد قامت الدراسة بتحليل موقف التنمية البشرية داخل المحافظة مع المقارنة بمحافظات الجمهورية المختلفة وخاصة المحافظات الحضرية.

وتوصل الباحث من خلال الدراسة إلى المشكلات الحقيقية التي تسببت في تدني مستوى التنمية البشرية بالمحافظة، مقترحاً لها بعض الحلول، وتمثلت المشكلات في:

- انخفاض دليل التعليم.
- زيادة حدة التفاوت بين الجنسين.
- زيادة عدد السكان في المناطق المعرضة للخطر (المناطق العشوائية، وسكنى الجبانات)، حيث بلغ عدد المناطق العشوائية بالقاهرة 81 منطقة يسكنها حوالي 3 ملايين نسمة، وبلغ عدد سكان الجبانات حوالي 600 ألف نسمة.
- الازدحام السكاني نتيجة الهجرة الداخلية للقاهرة.
- عدم إمكانية تحقيق العديد من مؤشرات الأهداف الألفية بحلول عام 2015.

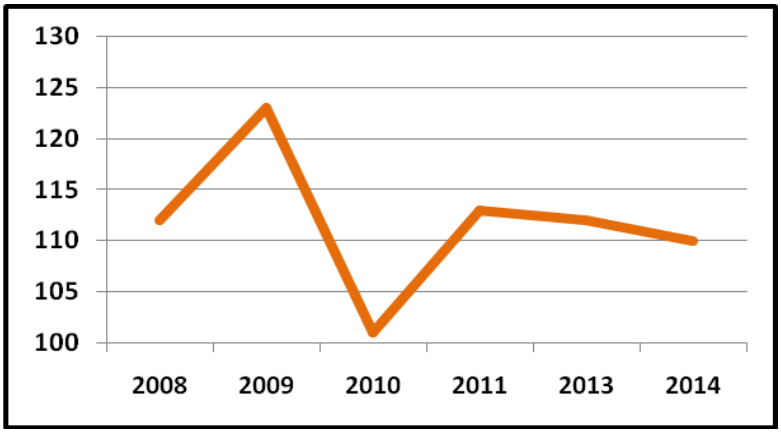
1-7- مصادر البيانات

- البيانات الصادرة عن البنك الدولي والخاصة بمصر خلال الفترة (1990-2013).
- تقارير التنمية البشرية لمصر خلال الفترة (1994-2010) الصادرة عن معهد التخطيط القومي.

II- تحليل واقع التنمية البشرية في مصر في ضوء مؤشراتها وترتيبها في دليل التنمية البشرية

منذ صدور التقرير الأول لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي في عام 1990، ومنذ بداية العمل بدليل التنمية البشرية كان مؤشر التنمية البشرية لمصر بين دول العالم التي دخلت في الدليل غير ثابت، كما شهد الترتيب تقلبات بين الصعود والهبوط.

الشكل (1)
ترتيب مصر دولياً طبقاً لدليل التنمية البشرية خلال الفترة (2008-2014)



المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على تقارير التنمية البشرية خلال الفترة من 2007-2008 حتى 2014.

يوضح الشكل (1) ترتيب مصر بين دول العالم طبقاً لدليل التنمية البشرية خلال ست سنوات متتالية من واقع تقارير التنمية البشرية خلال الفترة من2008و2014.ويوضح الجدول رقم (2) دليل التنمية البشرية وقيمة الدليل في مصر مقارنة ببعض دول الجوار.

كما يُظهر الشكل رقم (2) قيمة دليل التنمية البشرية في بعض دول الجوار والذي يوضح انخفاض قيمة المؤشر في مصر حيث تقع معظم الدول في ترتيب الدول ذات التنمية البشرية المرتفعة جداً أو المرتفعة في حين تأتى مصر ضمن الدول ذات التنمية البشرية المتوسطة.

الجدول (2)

مؤشرات التنمية البشرية لمصر وبعض دول الجوار طبقاً لتقرير عام 2014

الدولة	العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنوات)	متوسط سنوات الدراسة (بالسنوات)	العدد المتوقع لسنوات الدراسة (بالسنوات)	نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي (بمعادل القوة الشرائية بالدولار 2011)	قيمة دليل التنمية البشرية
إسرائيل	81.8	12.5	15.7	29.966	0.888
قطر	78.4	9.1	13.8	119.029	0.851
السعودية	75.5	8.7	15.6	52.109	0.836
الإمارات	76.8	9.1	13.3	58.068	0.827
البحرين	76.6	9.4	14.4	32.072	0.815
الكويت	74.3	7.2	14.6	85.820	0.814
عمان	76.6	6.8	13.6	42.191	0.783
لبنان	80.0	7.9	13.2	16.263	0.765
إيران	74.0	7.8	15.2	13.451	0.749
الأردن	73.9	9.9	13.3	11.337	0.745
الجزائر	71.0	7.6	14.0	12.555	0.717
مصر	71.2	6.4	13.0	10.400	0.682
المغرب	70.9	4.4	11.6	6.905	0.617

المصدر : منإعدادالباحثةاعتماداًعلىتقريرالتنميةالبشريةلبرنامجالأممالمتحدةالإنمائيعام2014.

الشكل (2)

قيمة دليل التنمية البشرية في بعض دول الجوارطبقاً لتقرير عام 2014

المصدر :منإعدادالباحثةاعتماداًعلىتقريرالتنميةالبشريةلبرنامجالأممالمتحدةالإنمائيعام2014.

ويوضح الجدول رقم (3) ترتيب مصر وما أحرزته من تقدم في المؤشر مقارنة بمجموعة من الدول العربية ودول الجوار طبقاً لأخر تقريرين صدرا عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي:

الجدول (3)

ترتيب مصر ومجموعة من الدول العربية ودول الجوار في دليل التنمية البشرية

الدولة / البيان	سنة 2013	سنة 2014	مقدار التغير
عُمان	84	56	28
السعودية	57	34	23
الأردن	100	77	23
الكويت	54	46	8
لبنان	72	65	7
البحرين	48	44	6
قطر	36	31	5
تونس	94	90	4
مصر	112	110	2
الإمارات	41	40	1
إيران	76	75	1
المغرب	130	129	1
الجزائر	93	93	zero
إسرائيل	16	19	(3)

المصدر :منإعدادالباحثةاعتماداًعلىتقريرالتنميةالبشريةلبرنامجالأممالمتحدةالإنمائيعامي2013، .2014.

تشيرقيمة (مقدارالتغير) المدرجةبينالأقواسإلىتراجعترتيبهذهالدولفيدليلالتنميةالبشريةبين2013و2014.

ويُظهر الشكل التالي رقم (3) مقدار التغير سواء بالارتفاع أو الانخفاض في ترتيب بعض دول الجوار طبقاً لمؤشر التنمية البشرية لعامي 2013-2014.

شكل (3)
مقدار التغيير في ترتيب بعض دول الجوار
في مؤشر التنمية البشرية طبقا لتقرير عامي 2013-2014

المصدر: منإعدادالباحثةاعتماداًعلىتقريرالتنميةالبشريةلبرنامجالأممالمتحدةالإنمائيعامي2013،2014.

وبملاحظة الجدول والشكل السابقان نجد أن مصر تقع في ترتيب متوسط بالنسبة لباقي الدول العربية ودول الجوار كما أن ترتيبها تقدم من (112) سنة 2013 إلى (110) سنة 2014 من إجمالي (187) دولة وهى بذلك لم تحقق تقدماً كبيراً في مؤشر التنمية البشرية بل حققت تقدما طفيفاً للغاية وهى بذلك تقع في الفئة الثالثة ضمن مجموعة التنمية البشرية المتوسطة.

مع ملاحظة أيضا أن إسرائيل هي الدولة الوحيدة التي تراجعت في ترتيبها (16) سنة 2013 إلى (19) سنة 2014، في حين أن هناك دول عربية أخرى حققت تقدم كبير وبشكل ملحوظ في الترتيب مثل عُمان من (84) سنة 2013 إلى (56) سنة 2014 والسعودية من (57) إلى (54) والأردن من (100) إلى (77) والكويت من (54) إلى (46) ولبنان من (72) إلى (65) والبحرين من (48) إلى (44) وقطر من (36) إلى (31) وتونس من (94) إلى (90). هذا بالإضافة لبعض الدول الأخرى التي حققت تقدماً طفيف أيضاً مثل الإمارات وإيران والمغرب، في حين لم تحقق الجزائر أي تقدم في مؤشر التنمية البشرية.

كما انتقلت بعض الدول في ترتيبها إلى المرتبة الأعلى مثل المملكة العربية السعودية والبحرين والكويت انتقلت من دول ذات تنمية بشرية مرتفعة عام 2013 إلى دول ذات تنمية بشرية مرتفعة جداً عام 2014 والأردن انتقلت من دول ذات تنمية بشرية متوسطة عام 2013 إلى دول ذات تنمية بشرية مرتفعة عام 2014.

III- عرض وتفسير نتائج التحليل لمؤشرات التنمية البشرية في مصر

تمالاعتمادفي هذا النموذج على بياناتحقيقيةأخذتمن بيانات البنك الدولي. وذلك خلال أربعة وعشرون عام عن الفترة من عام 1990حتى عام 2013. علماً بأنه تم جمع وتبويب ومراجعة البيانات الأولية، ثم فُرغت ورُمزت، وأدخلت هذه البيانات إلي الحاسوب باستخدام برنامج SPSS.

3-1- التحليل العاملي لمؤشرات التنمية البشرية في مصر

تم اختيار (11) متغيراً السابق ذكرهم آنفاً لتعبر عن المحددات المختلفة للتنمية البشرية في مصرخلال الفترة (1990-2013)،وأظهرت نتائج التحليل العاملي الآتي:

الجدول (4)
إختباركايزر-ماير-أولكن وبارتليت لقياس مدى كفاية العينة

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.607
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	470.416
	df	55
	Sig.	.000

المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام برنامج SPSS.

يظهر جدول رقم (4) اختبار KMO وكذلك اختبار Bartlett's لكافية العينة، إن مقياس ملاءمة المعاينة MSA الذي يتم حسابه لمصفوفة الارتباط الكلية ولكل متغير على حده لتحديد مدى ملاءمة التحليل العاملي. يبلغ مقياس الملائمة الكلي 0.607وبالتالي كافية العينة للتحليل. كما يدل اختبار بارتليت المعنوية عند مستوى 0.0005 مما يدل على وجود علاقات بين المتغيرات.

يوضح الجدول (5) المصفوفة المدورة وهى مصفوفة لعوامل التحميل لكل متغير إلى عامل بعد تدويره للحصول على أفضل النتائج وذلك باستخدام طريقة المكونات الأساسية ذات التدوير المتعامد.

كما يوضح الجدول (5) أن (11) متغيراً تم تصنيفها في ثلاثة عوامل. العامل الأول يتكون من سبعة متغيرات ترتبط ثلاثة منها بقطاع الصحة، العامل الثاني يتكون من متغيرين أحدهما يعبر

عن التعليم والأخر يعبر عن التشغيل وذلك لوجود علاقة قوية بين التعليم والتشغيل، أما العامل الثالث والأخير فيعكس الفقر وما يرتبط به من خدمات يحصل عليها السكان.

الجدول (5)
مكونات المصفوفة المدورة لبيانات مصر

	العامل	المتغيرات المكونة		المكونات		
				1	2	3
1	المحدد (الصحي/الاقتصادي)	X_{08}	معدل وفيات، الرضّع (لكل 1000 مولود حي)	0.978-	0.140-	0.052
2		X_{07}	معدل وفيات الأطفال دون 5 سنوات (لكل 1000 مولود حي)	0.978-	0.126-	0.068
3		X_{10}	نسبة الإعالة العمرية (% من السكان في سن العمل)	0.976-	0.178-	0.021-
4		X_{05}	مرافق الصرف الصحي المحسنة (% السكان الذين تتوفر لهم قدرة الحصول عليها)	0.965	0.152	0.017-
5		X_{01}	نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي (بالأسعار الثابتة للعملة المحلية)	0.921	0.284	0.015
6		X_{03}	التعليم الابتدائي، التلاميذ (% الإناث)	0.854	0.179-	0.194
7		X_{09}	النساء الحوامل اللاتي يتلقين رعاية سابقة للولادة (%)	0.404	0.313	0.143
8	محدد (تعليمي/تشغيلي)	X_{04}	نسبة التلاميذ إلى المعلمين، المرحلة الابتدائية	0.031-	0.882	0.147-
9		X_{11}	نسبة التشغيل إلى عدد السكان، ذكور فوق سن 15 عاماً (%)	0.342	0.741	0.146
10	محدد (فقر)	X_{02}	فجوة الفقر مقارنة بخط فقر 1.25 دولار في اليوم للفرد (تعادل القوة الشرائية) (%)	0.297-	0.170	0.837
11		X_{06}	سكك حديدية، الركاب المنقولون (مليون راكب- كم)	0.413	0.212-	0.745

المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام برنامج SPSS.

كما يتضمن الجدول (6) قيم الجذر الكامن ونسب التباين التي فسرتها العوامل، حيث نجد أن العوامل الثلاثة ساهمت معاً في تفسير 81.6% من التباين الكلى، حيث أن معيار استخلاص العوامل من المتغيرات إلا يقل الجذر الكامن المستخلص عن الواحد الصحيح، ويفسر العامل الأول

53.8% ويتكون من المتغيرات (1،2،3،4،5،6،7)، والعامل الثاني 15.5% ويتكون من المتغيرين (8،9)، والعامل الثالث والأخير يفسر 12.4% ويتكون من متغيرين وهما المتغير رقم (10،11).

الجدول (6)
الجذر الكامن ونسب التباين المفسرة من قبل العوامل لمصر

العوامل	الجذر الكامن	نسب التباين المفسرة	ونسب التباين التراكمية التى تفسرها العوامل
الصحي/الاقتصادي	5.913	53.755	53.755
تعليمي/تشغيلي	1.701	15.463	69.218
فقر	1.366	12.416	81.634

المصدر: من إعداد الباحثة بإستخدام برنامج SPSS.

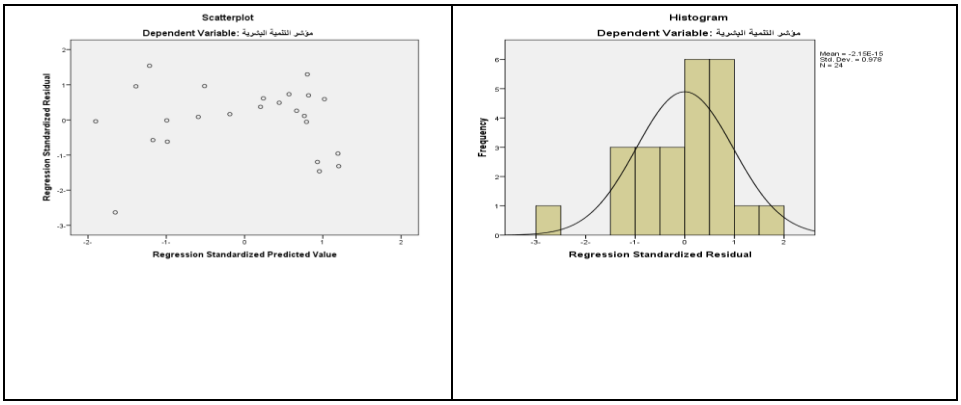
2-3-تحليل الانحدار التدريجي لمؤشرات التنمية البشرية في مصر

بعد استخلاص ثلاثة من العوامل المؤثرة في مؤشر التنمية البشرية من خلال استخدام أسلوب التحليل العاملي في تحليل البيانات تم استخدام أسلوب الانحدار التدريجي (Stepwise) لمعرفة أقوى هذه العوامل التفسيرية تأثيراً في مؤشر التنمية البشرية.

ظهرت النتائج كما يلي:

- عند تطبيق أسلوب الانحدار التدريجي على بيانات الدراسة والمتضمنة (11) متغيراً صُنفت في (3) عوامل وعند قيمة ($\alpha \leq 0.05$) كمعيار لدخول العوامل الثلاثة في نموذج الانحدار التدريجي، و($\alpha \geq 0.10$) كمعيار لخروج العوامل من النموذج، أظهرت النتائج تكوين نموذج واحد من العامل الأول فقط ويفسر63.3%.
- كما ظهرت الأشكال البيانية للبواقي وتبعيتها للتوزيع الطبيعي والقيم المعيارية المقدرة والفعلية لنموذج مصر على النحو التالي:

الشكل (4)
البواقي وتبعيتها للتوزيع الطبيعي والقيم المعيارية
المقدرة والفعلية لنموذج مصر قبل استخدام المعادلة التربيعية



المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام برنامج SPSS.

- يُظهر الشكل الأول منحنى التوزيع الطبيعي، ونلاحظ أن الرسم لا يتبع التوزيع الطبيعي ويأخذ التواء جهة اليسار

- كما يُظهر الشكل الثاني شكل الانتشار للبواقي المعيارية مع القيم المتوقعة ومنه يتضح أن البواقي لا تنتشر بشكل جيد حول خط الصفر، وهذا ما يتعارض مع شرط الخطية.

- ولتحقيق توافق لمجموعة النقط ومعرفة الدالة التي تحقق أفضل توافق لهذه النقط، تم توفيق أكثر من نموذج للدوال وأظهر شكل توفيق المنحنيات (Curve Fitting) ونتائج النموذج تفضيل الدالة التربيعية (Quadraticó)عن غيرها من الدوال الأخرى وذلك لتحقيقها أفضل توافق لمجموعة النقاط وارتفاع نسبة التباين المفسرة للنموذج وظهرت النتائج لاستخدام معادلة الدالة التربيعية كما يلي:

الجدول (7)
ملخص نتائج نموذج الانحدار التدريجي لمصر

الخطوة	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري	اختبار ف	معنوية اختبار ف
الأولى	0.839	0.703	0.675	0.204	24.892	0.000

المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام برنامج SPSS.

ويمكن توضيح النتائج التي حصلنا عليها من تطبيق أسلوب تحليل الانحدار التدريجي لمصر والمدرجة بالجدول السابق في النقاط التالية:

- نلاحظ من نتائج الجدول السابق مساهمة عامل واحد فقط وهو العامل الأول في التأثير على مؤشر التنمية البشرية والتي تمثل نسبة التباين المفسر 70.3%، ويؤكد اختبار تحليل التباين ANOVA معنوية النموذج حيث بلغ اختبار ف 0.000.

جدول (8)
معالم النموذج المقدر باستخدام نموذج تحليل الانحدار التدريجي لمصر

العوامل التفسيرية	معاملات الانحدار غير المعيارية		معاملات الانحدار المعيارية	قيمة اختبار ت	معنوية اختبار ت
	التقدير	الخطأ المعياري			
المحدد (الصحي/الاقتصادي)	0.221	0.051	0.616-	4.313	0.000
المحدد (الصحي/الاقتصادي)^2	0.134-	0.059	0.323-	2.264-	0.034
الثابت (Constant)	0.683	0.071	–	9.681	0.000

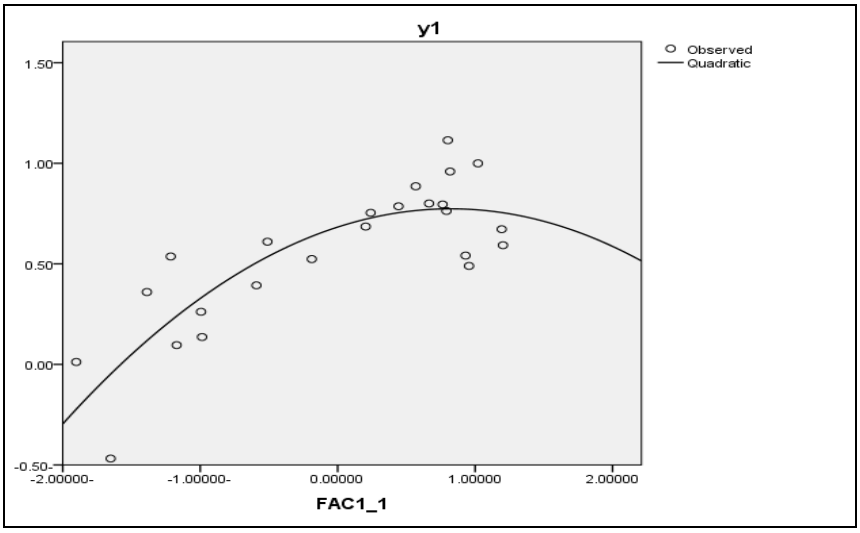
المصدر: منإعدادالباحثةباستخدامبرنامجSPSS.

- وحيث أن الدالة معادلة التربيعية تأخذ الشكل التالي $f(x) = ax + bx^2 + c$
- ومن نتائج الجدول السابق نجد أن $Y1 = 0.221x - 0.134x^2 + 0.683$

يُظهر الجدول رقم (8) معاملات الانحدار ومعنوياته، كما يوضح الجدول قيم معاملات الانحدار المشكلة للنموذج والخطأ المعياري للتقدير وكذلك قيم معاملات الانحدار المعيارية وكذلك قيم الاختبارات المتعلقة بمعنوية معاملات الانحدار.

وفى ضوء النتائج والإحصائيات المحسوبة، نلاحظ المقدرة التفسيرية للنموذج من خلال معامل التحديد والذي بلغ 70.3%.

الشكل (5)
توفيق المنحنى باستخدام الدالة التربيعية



المصدر: من إعداد الباحثة باستخدام برنامج SPSS.

انطلاقاً من النتائج الواردة أعلاه يمكن تحليل هذه النتائج في النقاط التالية:

- أظهرت نتائج تحليل الانحدار التدريجي أن هناك عامل واحد فقط من بين ثلاثة عوامل ذو تأثير في مؤشر التنمية البشرية وهو العامل الأول (صحي/اقتصادي) وقد استبعدت نتائج نموذج تحليل الانحدار التدريجى العاملين الثاني والثالث.

  - العامل الأول (صحي/اقتصادي)

- ويتكون من المتغيرات (1،2،3،4،5،6،7) وذلك من بين (11) متغيراً، ويعد من أهم العوامل المستخلصة حيث أظهرت نتائج التحليل العاملي أنه يفسر بمفرده 53.8% من التباين الكلى، كما أظهرت نتائج تحليل الانحدار التدريجي أنه العامل الوحيد الهام من بين العوامل الثلاثة الداخلة في نموذج الانحدار وحيث أن من بين سبعة متغيرات مكونة للعامل ترتبط ثلاثة منها بقطاع الصحة ومتغيرين يعبران عن الدخل ومتغير يعبر عن التعليم ومتغير أخر يعبر عن المرافق والخدمات لذلك يمكن التعبير عنه بأنه محدد (صحي/اقتصادي) إلى جانب التعليم والخدمات.

IV- التوصيـــات

استنادا إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة وبناء عليها, يمكن طرح بعض التوصيات التي يمكن أن تكون ذات أهمية في رفع مؤشر التنمية البشرية في مصر، وتتمثل تلك التوصيات فيما يلي:

- يجب أن تأتى الصحة في المقام الأول عند تخطيط البرامج والسياسات التنموية في مصر، فقد حققت مصر نجاحاً في تخفيض معدلات الإصابة بالأمراض وزيادة نسبة العمل في الخدمات الصحية مقارنة بإجمالي السكان، إلا أنه مازال هناك انخفاض في المستوي الصحي وبالتالي فإن الحكومة مُلقى عليها عبئ اقتصادي كبير لتحسين القطاع الصحي وذلك من خلال الآتي:

  - دفع خطوات حلال مشكلة السكانيةومواجهةالتحدياتالمستقبليةللتنميةالاقتصاديةوالصحيةوالاجتماعية.
  - توفير سياسات الوقاية والعلاج لمرض التهاب الكبد الفيروسي (فيروس سي).
  - التأكيد على مفهوم الصحة الإنجابية ومكافحة أمراض الطفولة.
  - الوقاية من حالات الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي وخاصة الالتهابات الرئوية التي تمثل حوالي 50% من إجمالي وفيات الأطفال الرضع.
  - الوقاية من الإصابات والحوادث وعلاجها.
  - تغيير السلوكيات الصحية وتحديث أسلوب حياة المصريين من خلال رفع الوعي الصحي.
  - توفير علاج الأمراض المزمنة والوقاية منها.
  - الوقاية من الأمراض المعدية وذلك من خلال تحسين برنامج مكافحة الأمراض المعدية ووضع استراتيجية لمواجهة الأمراض المعدية مستقبلاً.
  - الاهتمام بالجوانب الاقتصادية وزيادة التشغيل والتعليم وتوفير الخدمات للفئات المحدودة الدخل من السكان مما يتطلب من الحكومات توفير الدعم الاقتصادي ودعم السياسات التي تساند الفقراء صحياً واقتصادياً.

- قائمة المراجـــع

- المراجع باللغة العربية

- أشرف السيد العربي عبد الفتاح، "التنمية البشرية في مصر": دراسة لأسباب وانعكاسات الوضع الحالي وامكانية تطويره مع التركيز على التعليم"، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، يونيو 1997.
- السيد محمد السيد علي خاطر، "التنمية البشرية في مصر: القياس ومشاكله" رسالة دكتوراة، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة 2001.
- بلبخاري سامي، "استخدام التحليل العاملى للمتغيرات في تحليل استبيانات التسويق – دراسة تطبيقية على بعض البحوث التسويقية"، رسالة ماجستير، جامعة العقيد الحاج لخضر– كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، الجزائر 2008– 2009.
- حمدي عبد العظيم، "التنمية البشرية والانطلاق الاقتصادى في جنوب الوادى وسيناء"، بحث مقدم إلى المؤتمر العلمىالسنوى الرابع عن التنمية البشرية والمجتمعات العمرانية الجديدة، مركز البحوث . أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، القاهرة "17–18" أكتوبر 1998.
- سمير كامل عاشور، سامية أبو الفتوحسالم "العرض والتحليل الإحصائي باستخدام SPSSWIN – الجزء الثاني – الإحصاء التطبيقي المتقدم"، القاهرة 2005.
- سيد محمد عبد المقصود وأخرون. "التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية فى خريطة المحافظات المصرية وآثارها على التنمية"، سلسلة قضايا التخطيط والتنمية – رقم السلسلة 219، معهد التخطيط القومى، القاهرة، 2010، ص 200–205.
- عبد الحميد محمدالعباسي، "تطبيقات في العلوم الإجتماعية بإستخدام SPSS"، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة 2011.
- عدلي سعداوي طلبه، إيناس السيدصادق. "دراسة تحليلية لأهم مؤشرات التنمية البشرية في مصر وتحديات المستقبل" مؤتمر التنمية البشرية الريفية في مصر، الجمعية المصرية للإقتصاد الزراعي المؤتمر الحادي عشر للاقتصاديين الزراعيين، القاهرة 2003.
- علي طلعت عليمحمد، "دليل التنمية البشرية والأهداف الإنمائية الألفية في محافظة القاهرة – من منظور جغرافي"، رسالة دكتوراه، كلية الآداب–جامعة المنصورة، 2013.
- معهد التخطيط القومي: تقرير التنمية البشرية الصادر في عام 1994، معهد التخطيط القومي بالتعاون الفنى مع برنامج لأمم المتحدة الإنمائي، القاهرة.
- معهد التخطيط القومي: تقرير التنمية البشرية الصادر في عام 1995، معهد التخطيط القومي بالتعاون الفنى مع برنامج لأمم المتحدة الإنمائي، القاهرة.

- معهد التخطيط القومي: تقرير التنمية البشرية الصادر في عام 1996، معهد التخطيط القومي بالتعاون الفنى مع برنامج لأمم المتحدة الإنمائي، القاهرة.
- معهد التخطيط القومي: تقرير التنمية البشرية الصادر في عام (1998–1999)، معهد التخطيط القومي بالتعاون الفنى مع برنامج لأمم المتحدة الإنمائي، القاهرة.
- معهد التخطيط القومي: تقرير التنمية البشرية الصادر في عام 2003، معهد التخطيط القومي بالتعاون الفنى مع برنامج لأمم المتحدة الإنمائي، القاهرة.
- معهد التخطيط القومي: تقرير التنمية البشرية الصادر في عام 2004، معهد التخطيط القومي بالتعاون الفنى مع برنامج لأمم المتحدة الإنمائي، القاهرة.
- معهد التخطيط القومي: تقرير التنمية البشرية الصادر في عام 2005، معهد التخطيط القومي بالتعاون الفنى مع برنامج لأمم المتحدة الإنمائي، القاهرة.
- معهد التخطيط القومي: تقرير التنمية البشرية الصادر في عام 2008، معهد التخطيط القومي بالتعاون الفنى مع برنامج لأمم المتحدة الإنمائي، القاهرة.
- معهد التخطيط القومي: تقرير التنمية البشرية الصادر في عام 2010، معهد التخطيط القومي بالتعاون الفنى مع برنامج لأمم المتحدة الإنمائي، القاهرة.
- منى محمودمكاوي. "التنمية البشرية في القطاع الريفي المصري– دراسة حالة في محافظة الجيزة خلال الفترة 1996 إلي 2004"، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية – جامعة القاهرة 2007.
- نجوىخلاف، برنامج السياسات والنظم الصحية، جمعية التنمية الصحية والبيئية، "الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر–دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية"، القاهرة، 2005، ص 37–38.

- المراجع باللغة الإنجليزية

- Biswas, Basudab&Caliendo, Frank, "A Multivariate Analysis of the Human Development Index", Indian Economic Journal, 49 (4), 2001-2002.
- Chowdhury, Omer Heider, "Human Development Index: A Critique", The Bangladesh Development Studies, 1991.
- Egypt-Human Development Report (1997-1998), Institute of National Planning, Cairo, Egypt.
- Egypt-Human Development Report (2000-2001), Institute of National Planning, Cairo, Egypt.

- Hicks, Norman &Streeten, Paul, "Indicators of Development: The search for basic needs yardstick", World Development Journal, Vol. (7), 1979.
- Kelley, Allen C., "the Human Development Index: Handle with care", Population and Development Review, Vol. (17), 1991, pp.86.

- مواقع الانترنت

- http://data.albankaldawli.org/country/egypt-arab-republic

مشكلات البيئة الاجتماعية والفيزيقية المرتبطة بقضايا الخلع
(دراسة مقارنة بين الريف والحضر)

سماح مرضي الصعيدي[1]

مستخلص

تهدف هذه الدراسة بصفة عامة إلى التعرف علي المشكلات البيئية الاجتماعية الفيزيقية المرتبطة بقضاياالخلع ومدى ارتباطها بالضغوط البيئية في المجتمع والآثار الاجتماعية لتشريع الخلع على الأسرة المصرية، كما تحاول الدراسة توضيح دور المنظمات الاجتماعية في مواجهة مشكلة الخلع، وأهم خصائص البيئة الاجتماعية المرتبطة بمشكلة الخلع في الريف والحضر إضافة إلى أهم الضغوط البيئية المرتبطة بمشكلة الخلع في الريف والحضر.

تكونت عينة الدراسة (200) زوجة من المطالبات بالخلع من محافظة القاهرة ومحافظة المنوفية، وهى عن طريق الحصر الشامل، واستعانت الباحثة باستمارة استبيان للمبحوثات كأداة لجمع البيانات، ومقياسي فيزيقي واجتماعي، كما استعانت الباحثة ببعض الأساليب الإحصائية مثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري،ومعامل الارتباط، وذلك لتحليل البيانات.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج والتوصيات أهمها المشكلات الاجتماعية المرتبطة بقضايا الخلع، كما أشارت الدراسة إلى أهم مشكلات البيئة الفيزيقية المرتبطة بقضايا الخلع في الريف والحضر.

وانتهت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات أهمها تفعيل دور المؤسسات الأهلية، ومنظمات حقوق المرأة بتوعية كل من الزوج والزوجة بحقوقهم وواجباتهم وكذلك الشباب المقبلين على الزواج عن طريق المؤسسات التعليمية ودور العبادة ووسائل الإعلام المختلفة، وإلى ضرورة تشديد العقوبة فيما يتعلق بقضايا العنف التي يرتكبها الأزواج ضد الزوجات، وضع شروط ومعايير لعمل الحكمين داخل مكاتب تسوية المنازعات الأسرية، بمحاكم الأسرة، وإعطائهم دورات تدريبية، لرفع كفاءتهم، مع وضع معايير لمراقبة العمل.

الكلمات المفتاحية: مشكلات البيئة، البيئة الفيزيقية، البيئة الاجتماعية، قضايا الخلع.

[1]samah.mordy@yahoo.com

I- مقدمــة

تعتبر الأسرة الخلية الأولى والوحدة الأساسية التي يتكون منها أي مجتمع من المجتمعات، فالأسرة نظام اجتماعي يوجد في مختلف الثقافات منذ بداية المجتمعات الإنسانية، فهي المجال الطبيعي لنمو الشخصية حيث تعتبر من أكثر الأنساق تأثيرا في الفرد وتكوين شخصيته بدءا من عملية التنشئة الاجتماعية التي يتلقى فيها الفرد أول دروس الحياة منذ ولادته وحتى يستطيع أن يعتمد علي ذاته.

ومن ثم نجد أن المشكلات الأسرية من أهم المشكلات التي تواجه المجتمع، فالأسرة تنشأ نتيجة تضافر عدد من العوامل البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية، والاقتصادية وهي الوحدة الأساسية للمجتمع، ولا شك أن نسيج العلاقات الاجتماعية الأسرية لا بد وأن يتأثر بطرق متعددة بعوامل البيئة الاجتماعية والبيئة الفيزيقية.

والواقع أن البيئة التي تعيش فيها الأسرة لها أثر كبير علي نواحيها المختلفة. ومن ثم نجد أن كل مجتمع سواء في الريف أم الحضر له خصائصه ومشكلاته المميزة له، وهذه الخصائص تؤثر بشكل أو بآخر على المشكلات الأسرية في المجتمع الريفي أو الحضري والتي تنعكس فيما بعد على آداء أفراد الأسرة لدورهم الاجتماعي.

وعامة، فإن موضوع الأسرة ومشكلاتها من الموضوعات القديمة التي تتجدد بصورة دائمة لذلك كان لابد أن تكون الأسرة بؤرة الاهتمام، لذلك تعد الأسرة باعتبارها اللبنة الأولى والأساسية في المجتمع من أهم وحدات المجتمع ونظمه والتي تظهر فيها انعكاسات التغيرات التي تحدث في المجتمع بصورة جلية، لذا يصبح واضحا أهمية دراسة الأسرة في إطار السياق الاجتماعي للمجتمع الذي توجد فيه إذا ما هدفت أي من التخصصات المهنية إلى تناول أي جانب من جوانب الأسرة، أو إذا ما هدفت إلى تناول أي من مشكلاتها، **(عصام توفيق وآخرون، 2008)**. ويعد التغير الاجتماعي ظاهرة تتعرض لها المجتمعات بصفة مستمرة سواء في البناء الاجتماعي أو المظاهر الثقافية أو أنماط العلاقات الاجتماعية، وهو كذلك مرتبط بالزمان والمكان، والتغير الاجتماعي كظاهرة مستمرة يختلف من مجتمع لآخر وذلك حسب ظروف كل مجتمع، والتغير الاجتماعي إما تغير اجتماعي تلقائي يسير وفق قوانين التطور الاجتماعي دون تدخل الإنسان فيه، وإما تغير اجتماعي مقصود ومرغوب فيه ومخطط له نتيجة لتدخل الإنسان، **(خيري خليل إبراهيم، 1990)**. والأسرة ليست وحدة اجتماعية فحسب وإنما هي نظام مركب ومعقد، أو هي تنظيم له بناؤه ووظائفه، وله أهدافه، وديناميات، ومن ثم تؤثر الأسرة وتتأثر بالمناخ الاجتماعي والاقتصادي والسياسي المتغير، وعند

استجاباتها المتعددة والمتنوعة تتأثر بهذا المناخ وقد تعدل من أسسها التنظيمية، وقد يختل توازنها، إلا أنها مع ذلك تظل محافظة على الحد الأدنى من التوازن الذي يتيح لها الاستقرار وتحقيق الجزاء الأكبر من هدفها، **(سناء الخولي، 1999)**. ففضلا عن الأدوار المنسوبة للأسرة والتي تحظي باعتراف عالمي تقريبا، فإن من الأهمية بمكان الإقرار بأشكال التنظيم الاجتماعي والقيم الثقافية والدينية، وقد تعرضت الأسرة بوصفها وحدة اجتماعية لتحولات جذرية في العقدين الأخيرين في شكلها وهيكلها بسبب التغيرات الديموجرافية وكذلك التغيرات الاجتماعية والاقتصادية الكبرى، **(الأمم المتحدة، 1994)**. ويعد القانون أحد المؤثرات المجتمعية التي تلقي بظلالها على النظم الأخرى بالمجتمع من جهة، إلي جانب كونه يعد نتاجا لتلك النظم من جهة أخرى، ومن ثم تتضح التأثيرات المتبادلة بين القانون وتلك النظم في المجتمع والتي من بينها الأسرة، **(محمد رفعت الصباحي، 2000)**، ومن هنا جاءت فكرة هذه الدراسة.

1-1-مشكلة الدراسة:

"إن الأسرة هي أقدم نظاما إجتماعي عرفته المجتمعات الإنسانية قديمًا وحديثًا، ولاشك أن صورة المجتمع متقدمًا كان أم متأخرًا هي انعكاس حقيقي للصورة التي تكون عليها الأسرة"، **(ابتسام مصطفى عبدالرحمن، 1980)**.

وتنبع أهمية الأسرة كنظام اجتماعي من تعدد أدوارها ووظائفها، التي يتوقف مدى استقرار المجتمع وتقدمه على مدى نجاحا لأسرة في أداء هذه الوظائف. والزواج هو العلاقة الوحيدة الدائمة بين الرجل والمرأة التي يباركها الله تعالى ويقرها المجتمع، ويضع الضوابط والمعايير الاجتماعية المنظمة لها، والتي تتأثر بدورها بتيارات التطور الاجتماعي فيما يتعلق بسيادة المرأة والرجل، ودوركل منهم داخل الأسرة وخارجها. وهومن ناحية أخرى وسيلة شرعية تقوم على تحقيق الإشباع الجنسي وحفظا لنوع في جو من السكينة والاستقرار والتكامل في الحقوق والواجبات، **(محمود محمد عوض سلامة، 1990)**.

وقد شهدت السنوات الأخيرة تحولات وتغيرات جذرية واضحة في نسق الأسرة بصفةعامة في جميع المجتمعات، وتغيرًا ملموسًا في أنساق الطلاق بصفة خاصة، وتجدرالإشارة إلى قانون الأحوال الشخصية المصري رقم (1) لسنة 2000، ومادة الخلع التي لم تكن ضمن مواد قوانين الأحوال الشخصية السابقة.

وقد تغيرت كذلك مفاهيم الأسرة الحديثة وأشكالها، وحدثت مجموعة من التغيرات في الاتجاه نحو الزواج وأنماطه، بجانب ظهور أشكال جديدة من العلاقات الأسرية، وتغيرات في الأدوار المرتبطة بالذكور والإناث.

وقد دفعت المشكلات الكثيرة والمتعددة التي تعانيها النساء نتيجة الاستغلال السيئ من جانب بعض الأزواج لحقوقهم، وأيضًا التشتت الكبير وطول الإجراءات وضياع الوقت وفقدان الآمال إلى صدور قانون (1) لسنة 2000، وتتحدد مشكلة الدراسة في محاولة التعرف على مدى ما حققه هذا القانون من أهداف، والآثار الاجتماعية والاقتصادية التي ترتبت على تطبيقه وممارسته، وما اكتشفت هذه الممارسات من مشكلات، وما واجهته من صعوبات، وذلك على كل أطراف النزاع (الزوج والزوجة والأبناء).

1-2-أهمية الدراسة:

ساهمت عدة عوامل في الإحساس بأهمية دراسة موضوع الخلع، ولعل أهمها:

- كانت الحاجة لمثل هذا الموضوع المهم، وقلة الدراسات حوله حافزًا ودافعًا لدراسته.
- تميز القرن العشرين بحصول المرأة على العديد من الحقوق التي لم تكن تتمتع بها من قبل مثل : الحق في التعليم، وممارسة الحقوق السياسية، إلى غير ذلك من الحقوق، إلا أن حق المرأة في طلب الخلع لم يظهر على الساحة الاجتماعية إلا منذ سنوات قليلة، فحاولت الدراسة معرفة أسباب ظهور القانون في هذه الفترة تحديدًا.
- إن واقعنا المعاصر يتطلب تغيرًا قانونيًا جذريًا في علاقات الأسرة، ومن خلال تشريعات جديدة للأسرة، ولعل قانون الأحوال الشخصية رقم (1) لسنة 2000، يسد فراغًا تشريعيًا كبيرًا في هذا المجال المهم والحساس.
- على الرغم من أن العمل التشريعي في مصر قد شهد في العقود الأخيرة إقرارًا أو تعديل عدد من القوانين، فإن أيًا منها لم يستقطب هذا الاهتمام الواسع الذي حظيت به تعديلات قانون الأحوال الشخصية رقم (1) لسنة 2000، فقد أثار هذا القانون ومازال جدلاً شديدًا حوله في مختلف الأوساط، وقد تركز هذا الجدل تقريبًا على المادة التي تنظم حق الزوجة

في مخالعة زوجها، حتى أن هذه التعديلات أصبحت تعرف في وسائل الإعلام والصحافة بقانون الخلع.

- الاهتمام الذي يلقاه مشروع الأحوال الشخصية، هو اهتمام مبرر ومشروع، فالقانون يمس حياة كل أسرة في مصر، ويؤثر فيها وعليها تأثيرًا مباشرًا، وهو تأثير يرحب به البعض، ويعترض عليه آخرون.
- ترجع أهمية دراسة الخلع إلى عدة أسباب منها: ما يتعلق بمصدر التشريع وسبب وجوده في الدين الإسلامي، ومنها ما يتعلق بأهمية وجوده في الحياة الاجتماعية بكونه بديلاً عن الطلاق للضرر، مع كونه أحد صور الطلاق(2)، فهو يعفي الزوجة عن ذكر أسباب الطلاق، فضلاً عن عدم لزوم إثبات الضرر.
- يجب على المرأة التي تطلب الخلع أن تدرك النتائج المترتبة عليه قبل استخدامها لهذا الحق الخطير، فمن حق الزوجة أن تبصر بالنتائج المترتبة على الخلع.
- اتفاق الباحثين على ضرورة الاهتمام بالأسرة، باعتبارها استثمار الغد والمستقبل المنتظر، ومواكبة هذا الاهتمام بحقوق الزوجة، سواء على المستوى الدولي أو على المستوى المحلي، وارتفاع أصوات الحركات النسائية للمطالبة بحقوق المرأة داخل المجتمع المصري.

1-3- أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. دراسة الآثار الاجتماعية لتشريع الخلع على الأسرة المصرية.
2. دراسة اهم خصائص البيئة الاجتماعية المرتبطة بمشكلة الخلع في الريف والحضر.
3. دراسة اهم خصائص البيئة الفيزيقية المرتبطة بمشكلة الخلع في الريف والحضر.

دراسة اهم الضغوط البيئية المرتبطة بمشكلة الخلع في الريف والحضر.

(2) أمير محمد مطاوع: الخلع بين الشريعة والقانون "دراسة تأصيلية وتطبيقية في ضوء أقوال الفقهاء وأحكام القانون واتجاه القضاء"، الإسكندرية، دار الايمان للطبع والنشر والتوزيع، 2002، ص9.

1-4- تساؤلات الدراسة:

- 1. ماهي المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالخلع
- ماهي المشكلات الزوجية
- ماهي المشكلات الأسرية
- ماهي المشكلات الأقتصادية
- **2 .** ماهي أهم العلاقات المؤدية لحدوث قضايا الخلع
- مشكلة العلاقة بين الزوجين
- مشكلة العلاقة مع الاهل
- مشكلة العلاقة مع الأصدقاء
- مشكلة العلاقة مع الابناء
- ماهي طبيعة الضغوط البيئية المؤثرة في قضاياالخلع:
  - ضغوط بيئة المسكن.
  - ضغوط بيئة العمل.
  - ضغوط بيئة الإقامة.

3- ماهو دور مكاتب تسوية المنازعات الأسرية في مواجهة مشكلة الخلع.

1-5- مفاهيم الدراسة

- المشكلات الأسرية:

تعرف بأنها عجز في الأداء الاجتماعي أو احد أشكال الأداء المرضي الذي تعتبر نتائجة ذات اثر سيء في الفرد كعضو في الأسرة أو لأعضاء آخرين فيها أو الأسرة ككل أو الخلافات الزوجية فتعرف أنها حالة من الصراع تنشاء بين الزوج والزوجة مما يتسبب عنها انهيار الأسرة [3].

كما تعرف بأنها شكل مرضي من أشكال الأداء الاجتماعي الذي تكون نتائجة معوقة أما للفرد كعضو في الأسرة أو لأعضاء آخرين فيها أو الأسرة ككل أو للمجتمع أو لهؤلاء جميعا ونتيجة لذلك يعهد لهيئاتة وموسساتة المعنية القيام ببرنامج تاهيلي مؤثر وفعال يوجه للأسرة والمجتمع[4].

[3] -محمد نجيب توفيق: الخدمة الاجتماعية مع الأسرة والطفولة والمسنين، ط2، القاهرة، مكتبة الانجلو،1998، ص327.

كما تعرف بأنها حاله الاختلال الداخلي والخارجي التي تترتب علي حاجة غير مشبعة عند الفرد كعضو في الآسرة أو مجموعة الأفراد لها بحيث يترتب عليها نمط سلوكي ومجموعة أنماط سلوكية يعبر عنها الفرد أو مجموعة الأفراد مع الأهداف المجتمعية ولا تسايره.

وهي شكل من أشكال التوظيف الخاطئ الذي يمارس في نطاق الأسرة، فالقصور في أداء الوظائف الأسرية يشكل حالة من حالات التفكك وعدم التكامل وعدم التوازن يحيد بالأسرة عن الأهداف العامة المشتركة التي يتوقع المجتمع تحقيقها [5].

وهي حالة من اختلال نسق العلاقات التسرية نتيجة تفاعل عوامل داخلية وخارجية لعضو أو أكثر من جماعات الأسرة بما يودي إلي ظهور الصراع بين الزوجين وتهديد بقاء واستمرار الحياة الأسرية.[6]

يعرف الخلع إجرائيا في هذه الدراسة:

افتداء المرأة من زوجها الكارهة له بمال تدفعه ليتخلي عنها.

1- يكون الخاع بالترضي في الأحوال العادية.
2- في حالة عدم التراضي يكون عن طريق القضاء "برفع دعوي خلع".
3- يحكم القاضي للزوجة بالطلاق "طلقة بائنة " في المقابل تتنازل عن جميع حقوقها الشرعية.

-الطلاق:

أ- **الطلاق لغة:** الطلاق اسم مصدر من التطليق بمعنى الإرسال وعدم التقيد بقيد، وهو مأخوذ من الإطلاق، وهو الإرسال والترك. **(عبلة الكحلاوي، 2000)**.

ب- الطلاق شرعًا:

عرف المالكية الطلاق بأنه "إزالة عصمة الزوجية بصريح لفظ أو كناية ظاهرة أو بلفظ ما مع نية".[(7)]

---

[4] -محمد عبد الفتاح محمد: ظواهر ومشكلات الأسرة والطفولة المعاصرة من منظور الخدمة الاجتماعية ،الإسكندرية ،المكتب الجامعي الحديث، 2009، ص31.

[5] - منير البعلبكي: المورد قاموس انجليزي-عربي، ط38 بيروت، دار العلم للملايين،2004،ص205

[6]- Family Problems ,London, Prentice hill, 5edition , 2010,pp110:111 , Donald Franklin

([7]) عبلة الكحلاوي : الخلع دواء ما لا دواء له ، دراسة فقهية مقارنة ، القاهرة ، دار الرشاد، الطبعة الاولي، 2000 ، ص 16

كما ورد بتفسير القرطبي أنه: حل العصمة المنعقدة بين الأزواج بألفاظ مخصوصة، ومن الفقهاء المحدثين عرف بأنه : رفع قيد النكاح في الحال أو المآل بلفظ مشتق من مادة الطلاق أو ما في معناه، فيرتفع النكاح به في الحال إن كان الطلاق بائنًا ويرتفع به مستقبلاً إن كان الطلاق رجعيًا.

وهو رفع قيد النكاح كلاً أو بعضًا في الحال أو في المآل بما يدل عليه[8]، وذلك يفيد أنه لا يقع بمجرد النية – أي : التصميم عليه – دون أن يصحب ذلك لفظ أو كناية أو ما في معناهما.

والمراد بالنكاح هنا: النكاح الصحيح خاصة، فلو كان فاسدًا لم يصح فيه الطلاق، ولكن يكون متاركة أو فسخًا.

والأصل في الطلاق أنه ملك الزوج وحده، وقد يقوم به غيره بإنابته، كما في الوكالة والتفويض أو بدون إنابة، كالقاضي في بعض الأحوال، قال الشربيني في تعريف الطلاق نقلاً عن التهذيب: تصرف مملوك الزوجين يحدثه بلا سبب، فينقطع النكاح.

ب–الخلع قانونًا:

هو عبارة عن دعوى ترفعها الزوجة ضد زوجها إذا بغضت الحياة معه ولم يكن من سبيل لاستمرار الحياة الزوجية، وخشيت بسبب هذا البغض ألا تقيم حدود الله، والخلع يقتضي افتداء الزوجة لنفسها برد مهرها وتنازلها عن جميع حقوقها المالية الشرعية.[9]

إن المقصود به في لغة القانون أن المرأة التي لم يضربها زوجها، وكان مؤديًا واجباته الزوجية كلها، لكن لسبب أو لآخر تكره الحياة معه، وتخشى إذا استمرت معه ألا تؤدي واجباته الدينية معه فلهما أن يتراضيا على الخلع، وهو الأصل في الخلع.

أما إذا تعنت الزوج رغم كره الزوجة له وعدم تحملها الحياة معه، وتخشى غضب ربها فلها أن تلجأ إلى المحكمة وتطلب منها أن تخالع زوجها مقابل تنازلها عن مقدم الصداق وجميع حقوقها المالية الشرعية. [10]

([8]) المرجع السابق، ص16.

([9]) هشام زوين، مرجع سابق، ص14.

([10]) أحمد محسن ونهاد أبو القمصان، أ.ب. قانون الكتاب الثامن : الخلع وأحكام أخرى. القاهرة: المركز المصري لحقوق المرأة، 2000، ص11.

ولقد جرى العمل في المحاكم على توصيف الخلع باعتباره يمينًا من جانب الزوج ومعاوضة من جانب الزوجة. وفي ذلك تقول محكمة النقض المصرية: "هو طلاق على مال، حيث إنه يمين من جانب الزوج، ومعاوضة من جانب الزوجة، ولا يتم إلا بإيجاب وقبول من الجانبين، وإذا كانت عبارة الإقرار الصادر من الزوجة إنما تتضمن إبراءها لزوجها من مؤخر صداقها ونفقتها، وجميع الحقوق الزوجية المترتبة لها بموجب عقد الزواج مقابل حصولها على الطلاق، وقد خلت مما يفيد إيقاع الزوج يمين الطلاق على زوجته مقابل هذا العوض.

فإن هذه العبارة بمجردها لا تعدو مجرد إيجاب من الزوجة بعرض العوض على الزوج مقابل حصولها على الطلاق لم يصادفه قبول منه بإيقاع الطلاق فعلاً، ومن ثم فلا يتحقق فيها وصف الطلاق على مال وشروطه، وبالتالي لا يترتب عليها أثره المقدر شرعًا".[11]

وعلى ذلك فإنه يمكن تعريف الخلع قانونًا بأنه : بذل العوض للزوج على طلاق زوجته رضاء أو قضاء، بتنازلها عن حقوقها المالية الشرعية المقبوضة والمستحقة لبغضها الحياة معه، وخشيتها ألا تقيم حدود الله بسبب هذا البغض. [12]

ج-الخلع اجتماعيًا:

إن الخلع من الناحية الاجتماعية قد جعل مخرجًا للمرأة من الزوجية إذا كرهت الزوج لسبب غير الأسباب التي يثبت لها بها حق طلب الفسخ، وهو أن تفتدي بما تبذله له من العوض عما بذله من مهر وغيره، وما أنفقه عليها ليرضى بحل عقدة الزوجية، ويكون غير مغبون أو مظلوم، وحكم هذا الخلع هو حكم الطلاق البائن الذي ليس للرجل فيه حق الرجعة بدون قبول المرأة. [13]

([11]) يحيى محمود حسن عبده وآخرون، منهج الفتاح في فصم عرى النكاح. طنطا : التركي للطباعة، 2008، ص ص 222 : 223.

([12]) أمير محمد مطاوع، الخلع بين الشريعة والقانون "دراسة تأصيلية وتطبيقية في ضوء أقوال الفقهاء وأحكام القانون واتجاه القضاء". الإسكندرية : دار الإيمان للطبع والنشر والتوزيع، 2002 ، ص235.

([13]) عادل فتحي عبد الله، الخلع بين الفقه والقانون. القاهرة : الدار الذهبية، 2000، ص11.

ويمكن القول بأن الخلع هو افتداء الزوجة لنفسها من رابطة الزوجية بإرادة الزوجة، وذلك باستخدام كلمة "خلع" أو أي كلمة أو لفظ مشتق منها، مع الأخذ في الاعتبار أن الزوجة هي التي يمكنها أن تحل رابطة الزوجية. على أن يكون الزوج قانونيًا قادر على طلاق زوجته، وتكون الزوجة قادرة قانونيًا للبدء في اتفاق للطلاق، فهي طرف لاكتمال الخلع، كما أنها هي طرف في عقد الزواج ويجب على الزوجة أن تعوض الزوج برد المهر (حسب الشرع) كله أو جزء منه كبدل لحريتها. [14]

ويمكن صياغة تعريف "إجرائي" للخلع على أنه قيام الزوجة برفع دعوى خلع أمام القضاء، ويكون لديها الاستعداد لدفع متطلبات أو المقابل المادي لزوجها، مع إدراكها ووعيها بأن الخلع له آثار عليها تحملها.

3- الأساس القانوني للخلع:[15]

المادة 20 من القانون رقم 1 لسنة 2000م هي الأساس القانوني لنظام الخلع ، فبموجب هذة المادة تقرر نظام الخلع كأساس قانوني صحيح وقد سبق وان أورد المشرع ذكرة في لائحة ترتيب المحاكم الشرعية في موضوعين هما المادتين 24،6 بموجب القانون رقم 1 لسنة 2000م إلى نص المادة 18 فقرة 2 والمادة 19 فقرة 2،1 من ذات القانون في خصوص تعيين الحكمين وسماع أقوالهم.

4-أسباب الخلع:

ويشترط قانونا للحكم بالتطليق خلعا:

1- أن تبغض الزوجة الحياة مع زوجها ولم يكن من سبيل لاستمرار الحياة الزوجية، وان تخشى ألا تقيم حدود الله بسبب هذا البغض.
2- أن تفتدي الزوجة نفسها بان ترد لزوجها المهر الذي اعطاة لها وتتنازل عن جميع حقوقها الشرعية من مؤخر صداق ونفقة متعة ونفقة عدة.

([14]) Ahoron Layish; Foreword by Norman Anderson, Divorce in the Libyan Family : A Study based on the Sijills of the Shari'a Courts of Ajdabiyya and Kufra, First Edition. U.S.A. : New York University Press, 1991, pp. 65 : 66.

3- ألا تفلح المحكمة في أنها الدعوى صلحا سواء بنفسها أو بالحكمين اللذين تندبهما المحكمة لهذة المهمة .

4- أن تقرر الزوجة صراحة . أمام المحكمة . أنها تبغض الحياة مع زوجها وأنة لا سبيل لاستمرار الحياة الزوجية بينهما وتخشى ألا تقيم حدود اللة بسبب هذا البغض.

5- محكمة الأسرة:

هي محكمة متخصصة ذات تشكيل قضائي متميز يتولى الفصل في دعاوى الأحوال الشخصية التي ترفع من أحد أفراد الأسرة ضد آخر بشأن تطبيق أحد قوانين الأحوال الشخصية، والفصل فيها كأصل عام بقضاء نهائي على درجتين.

والتعريف السابق يلم بالجزئيات اللازمة لفهم موضوع محكمة الأسرة، فالتعريف من ناحية قرر مبدأ التخصص لمحاكم الأسرة التي لا تفصل إلا في الدعاوى الشرعية، وبالأدق دعاوى قانون الأحوال الشخصية فتجتمع أمام هذه المحكمة كافة المسائل المتعلقة بالأسرة، ومن ناحية أخرى يقرر هذا التعريف مبدأ نهائية الأحكام التي تصدر عن هذه المحاكم، أي عدم جواز الطعن فيها بطريق النقض كأصل عام.

وقد جاء في المذكرة الإيضاحية للقانون رقم (10) لسنة 2004 "قرر القانون الجديد إنشاء محاكم تسمى محاكم الأسرة – في دائرة اختصاص كل محكمة ابتدائية بما يتيح بقدرها في هذه الدائرة على نحو يلبي احتياجات مواطنيها، ويقرب العدالة إليهم، وكذا إنشاء دوائر استئنافية متخصصة في دائرة كل من محاكم الاستئناف لنظر الطعون والفصل فيها".

وتتألف محاكم الأسرة من ثلاث قضاة ويكون أحدهم على الأقل بدرجة رئيس بالمحكمة الابتدائية، وهذا التشكيل مع اشتراط هذه الدرجة يحقق ضمانة مهمة في مجال التقاضي، حيث تتحقق الخبرة الكافية في مجال العمل القضائي، وبالأدق في مجال قضاء الأحوال الشخصية.

ونظرًا للطبيعة الخاصة لمحاكم الأسرة، وطبيعة الدور المأمول منها، فقد قرر المشرع – المادة 11 – إضافة خبيرين إلى تشكيل المحكمة "خبير اجتماعي ونفسي" في حالات محددة، وجعل محكمة الاستئناف حق الاستعانة بهما دون أن يكونا جزء من التشكيل القضائي. [16]

6- الضغوط البيئية:

فيعرف جابر عبد الحميد الضغوط البيئية Environmental stress بأنها حالة التوتر والإجهاد الشديد والتي تثار بفعل موقف خارجي التي تضع عبئا خاصا على الميكانزمات التكيفية للفرد[17].

أما تعريف رمضان القذافي للضغوط البيئية فإنه يعرفها علي أنها مجموعة من العوامل التي يصعب حصرها فتأخذ شكلا عاما مثل أزمة المواصلات ومن أمثلة الضغوط البيئية مشكلات الحياة وضغوط العمل والضوضاء وزحمة المرور وغيرها[18].

1-6- منهجية الدراسة:

تنتمي هذه الدراسة إلى الدراسات الوصفية التي تهدف إلى جمع البيانات والمعلومات والحقائق، ثم تحليل هذه البيانات والمعلومات، واستخدمت الدراسة المنهج المقارن، وذلك في مجال عرض النتائج من أجل المقارنة بين الريف والحضر، حيث تناقش النتائج في إطار المقارنة بين محافظتي القاهرة والمنوفية، كما استخدمت الدراسة طريقة المسح الاجتماعي لحالات الخلع، وذلك بمكاتب تسوية المنازعات الأسرية ببعض محاكم الأسرة بمحافظتي القاهرة والمنوفية، منهج دراسة الحالة، والمنهج الإحصائي.

1-7-أدوات الدراسة:

- دليل دراسة الحالة
- المقابلة المتعمقة
- استمارة استبيان مع الزوجات المطالبات بالخلع.

([16]) هشام زوين، دعوى الخلع للمسلمين والمسيحين واليهود طبقًا لقانون إنشاء محاكم الأسرة. القاهرة : المركز القومي للإصدارات القانونية، الطبعة الثامنة، 2005، ص ص 6 : 7.

[17] . جابر عبد الحميد جابر: (معجم علم النفس والطب النفسي)، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، ص 1148، 1990.

[18] . رمضان محمد القذافي: (الصحة النفسية والتوافق)، المكتب الجامعي الحديث، ط الثالثة، ص119، الإسكندرية، 1998.

- دليل دراسة الحالة لمقابلة المتعمقة
- مقياس ضغوط البيئة الاجتماعية: يتضمن ثلاث محاور رئيسية هي:
- العلاقات الاجتماعية مع الزوج.
- العلاقات الاجتماعية مع الاصدقاء.
- العلاقت الاجتماعية مع الأهل.
- العلاقات الاجتماعية مع الأبناء.
- مقياس ضغوط البيئة الفيزيقية: يتضمن ثلاث محاور رئيسية هي:
- بيئة المسكن _ بيئة المنطقة أو الحي _ بيئة العمل.

1-8- صعوبات الدراسة:

- صعوبة توافر الإحصاءات التي تفي باحتياجات الدراسة، حيث إنه لا توجد إحصاءات عن حجم وعدد حالات الخلع في جمهورية مصر العربية في الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، حيث إن الإحصاءات الموجودة متعلقة بالطلاق بصفة عامة.

- على الرغم من الحصول على موافقة بإجراء الدراسة الميدانية في مكاتب تسوية المنازعات الأسرية بمحاكم الأسرة القاهرة والمنوفية، إلا أنها وجدت معارضة من جانب بعض الأخصائيين بمكاتب تسوية المنازعات.

- رفض كثير من الحالات التعاون مع الباحثة والإجابة على أسئلة الاستمارة.

- رفض بعض المحامين أن تقوم الحالات بالإجابة على استمارة البحث وقد تم التغلب على ذلك بمساعدة بعض الأخصائيين في مكاتب تسوية المنازعات الذين طلبوا من الزوجات مساعدة الباحثة، والإجابة على الاستمارة.

عدم حضور بعض الزوجات لمكاتب تسوية المنازعات الأسرية، حيث يقوم المحامي بالحضور نيابة عنهم.

II- نتائج الدراسة:

توضح بيانات الجدول (1) اتفاق كل من الريف والحضر إلى حد كبير في الفئة العمرية لسن الزوجات طالبات الخلع حيث كان متوسط عمر الزوجة في الريف (28.50) سنة وفي الحضر (29.21) سنة. ونلاحظ أيضا تقارب عمر الزوج لكل من الريف والحضر حيث كان متوسط عمر

الزوج في الريف (35.01) عام، وفي الحضر (35.29) سنة، وربما يرجع ذلك إلى أنها هي المرحلة المتوسطة في الحياة الأسرية، والتي تتميز بكثرة المسئوليات من رعاية للأولاد وغيرها، وتعرض الأسرة للعديد من الصعوبات والضغوط التي تعجز في بعض الأحيان عن مواجهتها ويتفق هذا مع ما ذهب إليه نورتون Norton وجليك Glick إلى أنه كلما كان الأزواج أصغر سنًا وقت الزواج كانت احتمال انطلاقهم أكبر، حيث إن الذين يتزوجون قبل بلوغهم سن العشرين تكون احتمالات طلاقهم ضعف الذين يتزوجون بعد العشرين، **(ثروت محمد شلبي، 1990)**.

جدول (1)
متوسط السن للزوجين عند طلب الخلع حسب مكان الإقامة

متغير العمر		المتوسط	الانحراف المعياري
عمر الزوج	ريف	35.01	6.65
	حضر	35.29	7.07
عمر الزوجة	ريف	28.50	3.83
	حضر	29.21	4.34

المصدر: تم إعداده بمعرفة الباحثة.

وتشير نتائج الدراسة الميدانية إلى أنه مازال هناك اتجاه نحو الزواج المبكر بالنسبة للفتاة في الأسرة المصرية، مما يؤدي إلى عدم النضج الكافي للزوجة وقت الزواج، وعدم قدرتها على تفهم الحياة الزوجية، وتحمل الصعوبات والمشكلات التي تواجه الأسرة. كما تشير أنه كلما قل سن الزوجة زاد طلبها للخلع، حيث إنه توجد علاقة عكسية بين سن الزوجة وطلبها للخلع.

جدول (2)
نسبة الأزواج حسب الموقف من اختيار الزوج حسب مكان الإقامة

الإجابة	ريف (ن=100)						حضر (ن=100)					
	لم يجب		لا		نعم		لم يجب		لا		نعم	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
موافقةعن اقتناع	0	0	47	23.5	52	26	3	1.5	38	19	59	29.5
التردد	0	0	65	32.5	34	17	2	1	63	31.5	35	17.5
الرفض	2	0.5	84	42	13	6.5	2	1	93	46.5	5	2.5
القسمة والنصيب	9	4.5	11	5.5	79	39.5	2	1	29	14.5	69	34.5

المصدر: تم إعداده بمعرفة الباحثة.

يتضح من الجدول السابق الاستلام التام للفتاة للاختيار الاهل مع إن الاختيار للزواج هو سلوك اجتماعي يهدف إلى تحقيق رغبة أساسية لدى الفرد، ويعتبر الخطوة الأولى نحو نجاح الزواج، كما أن إجبار الفتاة علي الزواج دون أن يكون لها أي دور في اختيار شريك الحياة يعد أحد مظاهر القهر الاجتماعي الذي تتعرض له المرأة، وعامّلا هامّا من عوامل فشل الحياة الزوجية وطاب الزوجة للخلع نتيجة غياب الانسجام العاطفي والتفاهم بين الطرفين، وهو ما يؤدي إلي شعور الزوجة بالكراهية الشديدة للزوج، والرغبة في الانفصال عنه لتغيير الوضع القائم والتمرد عليه.

جدول (3)
التعارف بين الزوجين قبل الخطبة

الإجابة	ريف (ن=100)		حضر (ن=100)		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
لم يجب	9	4.5	1	0.5	9	4.5
لا	74	37	82	41	156	78
نعم	17	8.5	17	8.5	34	17
إجمالى	**100**	**50**	**100**	**50**	**200**	**100**

المصدر: تم إعداده بمعرفة الباحثة.

تبينن تائج الجدول (3) أنه لاتوجد فروق بين الريف والحضر في نسب التعارف بين الزوجين قبل الخطبة، ولعل ذلك يرجع إلى القيود التي تفرض على المرأة المصرية بشكل عام، وتحد من علاقاتها بالرجل في المجتمع المصري، كما أن عدم توافر الوقت الكافي للتعارف بين الزوجين قبل الزواج يؤدي إلي عدم القدرة على الارتباط العاطفي نتيجة لصعوبة فهم كل طرف للآخروعدم التوافق مع توقعات الآخرمما يؤدي إلى ازدياد حدة الخلافات بين الزوجين ومن ثم إنهاء الزواج في كثيرمن الحالات.

جدول (4)
القائم بالاختيار للزواج

الإجابة	ريف (ن=100)						حضر (ن=100)					
	لم يجب		لا		نعم		لم يجب		لا		نعم	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
أنت	1	0.5	88	44	10	5	5	2.5	87	43.5	8	4
الأهل فقط	0	0	21	10.5	78	39	3	1.5	18	9	79	39.5
أنت والأهل	5	2.5	81	40.5	13	6.5	4	2	86	43	10	5
آخرون	18	9	76	38	5	2.5	4	2	96	48	0	0

المصدر: تم إعداده بمعرفة الباحثة.

توضح نتائج الجدول (4) أن ليس اختلاف في الريف والحضر، حيث إن الغالبية العظمى من الزوجات في الريف والحضر، قام الأهل فقط باختيار أزواجهن، وذلك بنسبة(39%) في الريف وبنسبة (39.5%) للحضر مع إن الاختيار للزواج هو سلوك اجتماعي يهدف إلى تحقيق رغبة أساسية لدى الفرد، ويعتبر الخطوة الأولى نحو نجاح الزواج. ولعل ذلك يعكس عدم اعطاء رأي الفتاة وزنًا حيث يمكنها اختيار شريك حياتها. ويرجع ذلك إلى غلبة الطابع الذكوري على المجتمع المصري، والذي يعطي كل الحق للرجل في اختيار زوجته، بينما يمكن أن يحرم المرأة من هذا الحق.

جدول (5)
علاقة عمل الزوجة بالمشكلات داخل الأسرة

العبارة	ريف		حضر		إجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	4	2	2	1	6	3
إلى حدما	1	0.5	1	0.5	2	1
لا	33	16.5	48	24	81	40.5
لم يجيب	61	30.5	49	24.5	110	55
المتوسط المرجح	36.00		48.33		42.00	

المصدر: تم إعداده بمعرفة الباحثة.

مما سبق يتضح أن أغلب عينة البحث في الريف والحضر، كانت ترى أن عمل الزوجة لم يكن عاملاً مساعدًا في وجود مشكلات داخل الأسرة. مما يدل على أنه لا توجد علاقة بين عمل المرأة وطلبها للخلع.

ويتفق هذا مع دراسة سناء الخولي، والتي ترى أن الأزواج يسعدون بنجاح زوجاتهم في العمل، لأنهم يرون أن أي تقدم تصل إليه الزوجة، هو تقدم لهم ولأسرهم، ورفع لمستوى الأسرة اجتماعيًا واقتصاديًا، وأن هذا هو مؤشر جديد نحو اتجاهات الرجل لعمل المرأة، وموقفه منها باعتبارها شريكة له في الحياة. ،**(سناء الخولي، 1999)**.

جدول (6)
علاقة الدخل الشهري للزوجين بالخلع

متغير الدخل		المتوسط	الانحراف المعياري
دخل الزوج	ريف	2291.56	1327.69
	حضر	4909.35	4222.81
دخل الزوجة	ريف	793.94	1198.43
	حضر	940.70	1175.05

المصدر: تم إعداده بمعرفة الباحثة.

يبين الجدول (6) أنه لا توجد علاقة بين دخل الزوجة وطلبها للخلع، حيث إن النسبة الكبرى من الزوجات في الريف والحضر ليس لديهـــن دخل، وهـــو عكس مع ما أظهرتـــه دراسـة Stacy J. Rogers عن دخل الزوجات وعلاقته بالقدرة المادية والتبعية وطلاق الزوجة، من أن معدل الطلاق يكون أعلى عندما تساهم الزوجات بقدر كبير من إجمالي دخل الأسرة. [19] ويمكن تفسير وجود حالات خلع بين الزوجات اللاتي ليس لديهن دخل، وبين حصول الزوجة على الخلع، أو طلبها له، بأن الزوجة في حالة الخلع لا تقوم بدفع مبلغ كبير مقابل حصولها على الخلع، فهي تقوم برد مقدم الصداق فقط، والذي يكون في معظم الحالات مبلغ رمزي. **،(كمال صالح البنا، 2000).**

جدول(7)
علاقة طلب الزوجة للطلاق من الزوج بالخلع

الإجابة	ريف (ن=100)		حضر (ن=100)		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
لم يجب	5	2.5	0	0	5	2.5
لا	7	3.5	1	0.5	8	4
نعم	88	44	99	49.5	187	93.5
إجمالي	100	50	100	50	200	100

المصدر: تم إعداده بمعرفة الباحثة.

يوضح الجدول (7) أن أغلبية الزوجات في الريف والحضر، قد طلبن الطلاق قبل طلبها للخلع، أي أن قرار الخلع لم يكن قرار مفاجئ، حيث تريد الزوجة الانفصال عن زوجها ولكن توجد فروق في الريف والحضر، وطلب الزوجة الطلاق من زوجها وربما يرجع ذلك إلى طبيعة الحياة في الريف، والتي تختلف إلى حد ما عن الحياة في المجتمع الحضري، والذي يعطي للمرأة حرية أكثر في التعبير عما تريده، وحرية أكبر في تصرفاتها.

يوضح الجدول (8) أن الزوجات في الريف والحضر لم تترددن في رفع قضية الخلع وترتفع نسبة الحضر عن الريف حيث تبلغ في الحضر (48%) والريف (39.5%)، والتردد في رفع دعوى الخلع ربما يرجع إلى طبيعة الحياة في الريف، والتي تختلف إلى حد ما عن الحياة في المجتمع الحضري، والذي يعطي للمرأة حرية أكثر في التعبير عما تريده، وحرية أكبر في تصرفاتها كما أن رفع دعوى الطلاق للضرر في مصر لازال مقبوّلا عن رفع دعوي الخلع، وذلك لعدم قبول الثقافة

(19) Stacy J. Rogers, Dollars, dependency and divorce perspectives on role of wives income. U.S.A. : Journal of marriage and family, vol. 66, 2004, pp. 59 : 74.

السائدة أن يكون إنهاء العلاقة الزوجية بقرار من الزوجة واعتبار أن ذلك يتعارض مع حياء المرأة، حيث أن الزوجة التي تقوم برفع دعوى الخلع لا تلقى استحسانًا اجتماعيًا، وذلك يرجع إلى التفكير الذكوري الذي يرفض أن يكون قرار إنهاء العلاقة الزوجية بيد الزوجة.

جدول (8)
تردد الزوجة في رفع دعوى الخلع

الإجابة	ريف (ن=100)		حضر (ن=100)		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
لم يجب	9	4.5	1	0.5	10	5
نعم	9	4.5	3	1.5	12	6
إلى حدما	3	1.5	0	0	3	1.5
لا	79	39.5	96	48	175	87.5
اجمالى	100	50	100	50	200	100

المصدر: تم إعداده بمعرفة الباحثة.

تبين نتائج الجدول (9) أن نسبة كبيرة من الزوجات طالبات الخلع لا يعملن، كما يرتفع الخلع بين الزوجات العاملات في الحضر، حيث يعد عمل المرأة أحد مصادر القوة – كما في نظرية القوة واتخاذ القرار، مما يشعرها بالاستقلال الاقتصادي عن الرجل، ويجعلها تتخذ قرار الخلع. كما تظهر الدراسة الميدانية أن النسبة الكبرى من الزوجات في الريف من غير العاملات، مما يبين لنا اعتماد المرأة الريفية على أسرتها وعلى الزوج في تحمل العبء الاقتصادي للأسرة مما يدل على عدم جود اختلاف بين الريف والحضر، فيما يتعلق بحالة العمل للزوجة.

جدول (9)
العلاقةبين حالة العمل في كلاً من الريف والحضر للزوجة والخلع

العبارة		يعمل		لايعمل		لم يجيب	
		ك	%	ك	%	ك	%
حالةعمل الزوجة	ريف	44	22	51	25.5	5	2.5
	حضر	50	25	50	25	0	0

المصدر: تم إعداده بمعرفة الباحثة.

يوضح الجدول (10) أن غالبية الزوجات في الريف والحضر، لم يقمن برفع دعوى طلاق في المحاكم، قبل رفعهن لدعوى الخلع. يرجع في المقام الأول إلي سرعة الحكم في دعوي الخلع مما

يجنبهن طول أمد التقاضي، بالإضافة إلى خوفهن من عدم القدرة علي إثبات الضرر الذي يقنع القاضي بأحقيتهن في الطلاق للضرر، خاصة مع إمكانية أن يأتي الزوج بشهود نفي ينفون ما تدعي به الزوجة من الضرر الواقع عليها، وأيضًا رغبة الزوجة في إحراج الزوج اجتماعيًا مما يعني عدم وجود فروق بين الزوجات في الريف والحضر، وقيام الزوجة برفع قضية طلاق قبل رفع دعوى الخلع.

جدول(10)
وجود قضية طلاق قبل رفع دعوى الخلع

الإجابة	ريف (ن=100)		حضر (ن=100)		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
لم يجب	21	10.5	13	6.5	34	17
لا	77	38.5	86	43	163	81.5
نعم	2	1	1	0.5	3	1.5
اجمالى	100	50	100	50	200	100

المصدر: تم إعداده بمعرفة الباحثة.

جدول (11)
حساب نتائج الفروق بين الحضر والريف لمقياس البيئة الفيزيقية

محاور مقياس البيئة الفيزيقية	حضر (ن=100)		ريف (ن=100)		الدلالة المعنوية
	م	ع	م	ع	
أولاً: بيئة المسكن	13.82	2.08	14.60	2.35	0.02
ثانيًا: بيئة المنطقة أو الحي	14.51	1.89	15.51	2.29	0.001
ثالثاً: بيئة العمل	18.00	2.04	17.36	2.69	0.05
إجمالي مقياس البيئة الفيزيقية	46.33	3.81	47.47	4.64	0.05

المصدر: تم إعداده بمعرفة الباحثة.

مما سبق يتضح ان هناك علاقة دالة إحصائيا بين حالةالمسكن والحي والمشكلات الاسرية في الريف والحضر أما بيئة العمل في الريف افضل من الحضر ويؤدي ذلك لزيادة الضغوط المؤدية للمشكلات في الحضر عن الريف وقيام الزوجات في الحضر لرفع دعوى الخلع لان هناك علاقة دالة إحصائيا بين بيئة العمل وزيادة الضغوط في الريف والحضر. وأخيراً كان هناك فروق دالة إحصائياً بين الريف والحضر لإجمالي مقياس البيئة الفيزيقية وكانت الدلالة (0.05) ومتوسط الحضر (46.33) وكان متوسط الريف (47.47).

III- التوصيات

انتهت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات أهمها:

- نشر التوعية الأسرية المتعلقة بفن العلاقات الزوجية، وأساليب حل الخلافات، واساليب التعامل الأكثر إيجابية بين الزوجين حديثي الزواج، وأسلوب تنشئة الأبناء، وتشجيع البرامج التربوية المحققة لهذه الأهداف.

- العمل علي إصدار تشريع يشترط الفحص الطبي للمقدمين علي الزواج من الجنسين، ويسبق ذلك برامج توعية بإهمية الفحص وخاصة بين الأقارب، وعدم تشجيع زواج الأقارب، تجنباً لحدوث الكثير من المشكلات الأجتماعية والصحية.
- العمل على عقد ندوات أو مؤتمرات دورية، تعني بقضايا الأسرة ومشكلاتها مع ضرورة التنسيق بينها ليكون لها الأثر في تأهيل وتدريب الشباب من الجنسين علي تحمل مسئولية الحياة الزوجية وإدارة حياة أسرية
- تفعيل دور مكاتب الاستشارات الزوجية أو الأسرية وغيرها من الآليات المعاصرة التي تعني بالتوافق والإصلاح بين الزوجين حديثي الزواج كمرحلة ضرورية سابقة عن الطلاق
- أن تعمل الأسرة المصرية علي تهيئة الأوضاع الملائمة والفرص المناسبة للاختيار السليم للزواج ، مسترشدة في ذلك بتعاليم الإسلام في هذا الشأن.
- تشديد العقوبة فيما يتعلق بقضايا العنف التي يرتكبها الأزواج ضد الزوجات ،وذلك لتحقيق الردع والحد من لجوء الأزواج إلي العنف، وبالتالي تجنب حدوث الكثير من المشاجرات والخلافات بين الزوجين، الأمر الذي يؤدي إلي التقليل من حجم دعاوي الخلع.
- إلغاء نظام الوكالة عند عقد القران، وذلك لضمان قبول الفتاة ورضاها عن الزواج حتي لا تكون هناك فرصة لإرغام الفتاة على الزواج.
- أن تتجه المؤسسات التعليمية ودور العبادة إلي توعية الشباب المقبل علي الزواج وحديثي الزواج بأهمية البعد عن العنف وأساليب الأيذاء البدني المختلفة أثناء التعامل مع الزوجات، وضرورة اللجوء إلى أسلوب التفاهم والحوار لتحقيق حياة زوجية سعيدة خالية من المشاكل والصراعات وخلق جو من الحب والاحترام المتبادل بين الزوجين.

- أن تتجه وسائل الإعلام المختلفة أيضاً، خاصة المرئية منها لما لها من تأثير كبير علي المتلقي إلي عرض البرامج الدينية والثقافية التي تعمل علي توعية الأزواج بأساليب التعامل المثلي مع الزوجات، كما تحثهم أيضاً علي أحترام الزوجات والبر بهن وحسن معاملتهن.
- أن تتجه وزارة التضامن الاجتماعي أو المجلس القومي للمرأة إلي إنشاء عدد من الجمعيات أو توفر بعض الجهات التي تضم عدداً من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين يلجاء إليها الأزواج والزوجات الذين يعانون من وجود مشكلات وخلافات زوجية، قد تهدد بفشل حياتهم الزوجية تكون كفيلة بتقديم النصائح والإرشادات المختلفة، وكذلك كافة أشكال العون المعنوي والمادي إذا لزم الأمر. وذلك لمساعدتهم علي التخلص من مشاكلهم والنهوض بحياتهم الزوجية والنجاح فيها مع عدم اقتصار هذه الجمعيات علي تقديم المساعدة لهذه الفئة فقط من الأزواج والزوجات، بل يجب وأن تشمل أيضاً الزوجات المتضررات من عنف الأزواج وتنكيلهم لتكون كفيلة أيضاً بتقديم الرعاية الاجتماعية والنفسية، والمساعدة القانونية إذا لزم الأمر لهولاء الزوجات ضحايا العنف الأسري، وذلك حتي تكون هناك جهة رسمية أو قناة شرعية يمكن للزوجة اللجوء إليها لمساعدتها علي التخلص من هذا العنف، مما قد يقلل من فرص لجوئها إلي طلب الخلع وإنهاء الحياة الزوجية للخلاص من هذه الزيجة.
- وضع شروط ومعايير لعمل الحكمين داخل مكاتب تسوية المنازعات الأسرية، بمحاكم الأسرة، وإعطائهم دورات تدريبية، لرفع كفاءتهم، مع وضع معايير لمراقبة العمل.

قائمة المراجع:

أولا: المراجع العربية:

- ابتسام مصطفى عبد الرحمن، أثر ممارسة طريقة خدمة الفرد مع حالات النزاعات الزوجية في تعديل دور العامل كزوج وعلاقة ذلك بكفايته الإنتاجية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1980، ص19.
- أمير محمد مطاوع، الخلع بين الشريعة والقانون "دراسة تأصيلية وتطبيقية في ضوء أقوال الفقهاء وأحكام القانون واتجاه القضاء"، الإسكندرية، دار الإيمان للطبع والنشر والتوزيع، 2000، ص9.

- أحمد محسن ونهاد أبو القمصان، أ.ب. قانون الكتاب الثامن، الخلع وأحكام أخرى، القاهرة، المركز المصري لحقوق المرأة، 2000، ص1.
- جابر عبد الحميد جابر، (معجم علم النفس والطب النفسي)، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، ص 1148، 1990.
- خيري خليل إبراهيم، التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والمهنية وأثرها على العادات الزوجية، بحث مقدم في المؤتمر العلمي الثالث، الأسرة العربية الواقع والمتطلبات، 17–19 مارس، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، القاهرة، 1990، ص216.
- رمضان محمد القذافي، (الصحة النفسية والتوافق)، المكتب الجامعي الحديث، ط الثالثة، ص119، الإسكندرية، 1998.
- عصام توفيق، سحر مبروك، الرعاية الاجتماعية للأسرة والطفولة، القاهرة، المؤسسة العربية للاستشارات العلمية، 2008، ص97.
- عبلة الكحلاوي، الخلع دواء ما لا دواء له، دراسة فقهية مقارنة، القاهرة، دار الرشاد، الطبعة الأولى، 2000، ص 16.
- عادل فتحي عبد الله، الخلع بين الفقه والقانون، القاهرة، الدار الذهبية، 2000، ص11.
- سناء الخولي، الزواج والأسرة في عالم متغير، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1999.
- تقرير الأمم المتحدة، المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، البند 8 من جدول الأعمال، القاهرة، 5–13 سبتمبر، 1994.
- محمد رفعت الصباحي، التشريعات الاجتماعية في الخدمة الاجتماعية، دار النمر العربي، القاهرة، 2000، صص 29–30.
- محمود محمد عوض سلامة، حسم الخلافات الزوجية عن طريق الخلع، القاهرة، دار النهضة العربية، 1990، ص3.
- محمد عبد الفتاح محمد: ظواهر ومشكلات الأسرة والطفولة المعاصرة من منظور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2009. ص31.
- محمد نجيب توفيق: الخدمة الاجتماعية مع الأسرة والطفولة والمسنين، ط2، القاهرة، مكتبة الانجلو، 1998، ص327 سكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 2009، ص31.
- منير البعلبكي، المورد قاموس انجليزي–عربي،ط 38 بيروت، دار العلم للملايين، 2004، ص205.
- كمال صالح البنا، المشكلات العلمية في دعاوى الطلاق والفسخ والخلع، القاهرة، عالم الكتب، 2000، ص4.

- هشام زوين، دعوى الخلع للمسلمين والمسيحيين واليهود طبقًا لقانون إنشاء محاكم الأسرة. القاهرة، المركز القومي للإصدارات القانونية، الطبعة الثامنة، 2005.
- يحيى محمود حسن عبده وآخرون، منهج الفتاح في فصم عرى النكاح. طنطا، التركي للطباعة، 2008، ص ص 222-223.

18- تقرير الأمم المتحدة، المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، البند 8 من جدول الأعمال، القاهرة، 5-13 سبتمبر 1994.

ثانيًا: المراجع الاجنبية:

- Family Problems,London, Prentice hill, 5edition, 2010,pp110:111, Donald Franklin.

- Ahoron Layish, Foreword by Norman Anderson, Divorce in the Libyan Family: A Study based on the Sijills of the Shari'a Courts of Ajdabiyya and Kufra, First Edition. U.S.A. : New York University Press, 1991, pp. 65 : 66.

التقديرات المستقبلية
لخريجي الدراسات العليا باستخدام الأساليب الذكية
(دراسة حالة)

خالد الزعفراني[1] منى البيلي[2] عبد الحميد العباسي[3]

مستلخص:

يتناول هذا البحث بالدراسة والتحليل من النواحي النظرية والتطبيقية، موضوع تقدير أعداد الخريجين – للمرحلة الجامعية الثانية – من حملة الدراسات العليا (دبلوم – ماجستير – دكتوراه)، وباستخدام الطرق الاحصائية الحديثة والأساليب الذكية التي تساعد في تحليل الظواهر ودراستها، ومن ثَم الاستفادة من العلاقة التكاملية فيما بين الجامعة والمجتمع كأساس لحل هذه المشكلة التي تعد المشكلة الرئيسية لهذا البحث، وبهدف جعل نتائج هذه الدراسة مؤشرات عملية – قابلة للقياس– عند وضع خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية التي تقع عليها مسؤولية حل مشكلة البطالة بالمجتمع المصري بين صفوف خريجي الدراسات العليا بالجامعات واستخدام التدريب التحويلي والمهني بُغية تحقيق ذلك، ومن ثَم إمكانية ربط مخرجات التعليم العالي بالمجتمع ربطاً عضوياً سليماً من خلال اعتماد أسلوبي التخطيط والتنبؤ المستقبلي ودراسة حالة معهد الإحصاء وجامعة القاهرة. ويخلص البحث إلى بعض النتائج والتوصيات التي تهدف إلى تقديم نموذج ماركوف صالح للتطبيق على أية جامعة أو كلية أو معهد، ويهدف إلى ربط الجامعة بالمجتمع وإلى تقدير متوسط زمن الحدوث واحتماله، والمتوافق تمامًا مع زمن خطة التنمية الاقتصادية، كما أنه يفتح بين أيدي المسؤولين أهم وسيلة من الوسائل التي تحقق التنسيق بين المسؤولين عن سياسة التعليم العالي والأُطر المسؤولة عن خطط التنمية الشاملة، وإمكانية وضع استراتيجية عامة للتعليم العالي بشكل يحقق العلاقة الترابطية المهمة بين الجامعة والمجتمع.

وتوصَّلت الدراسة إلى بعض المقترحات التي قد تساعد في الحد من مشكلة البطالة، ومن أهم هذه المقترحات: تطوير نظام التعليم، والعمل على تنمية المهارات والربط بشكل أو بآخَر بين نظم التعليم وسوق العمل، والاهتمام بالبحث العلمي والعمل على تطويره، إعطاء اهتمام خاص بحَمَلة المؤهِّلات المتوسطة أو ما دون ذلك لمواكبة متطلبات سوق العمل، فضلاً عن الاهتمام بالأجيال الجديدة وجذبها بطريقة أو بأخرى إلى المعلوماتية، والاهتمام بالصناعات الصغيرة لدورها في توفير فرص العمل.

الكلمات المفتاحية: التعليم العالي – التوقعات المستقبلية – نموذج ماركوف – الأساليب الذكية.

[1] عضو هيئة التدريس بأكاديمية طيبة، مصر.
[2] عضو هيئة التدريس بمعهد الدلتا، مصر .
[3] عميد معهد الدراسات والبحوث الإحصائية جامعة القاهرة، وأستاذ الإحصاء الحيوي والسكاني، مصر. dabdo1@hotmail.com

I- مقدمــة

يعتبر رأس المال البشري من أهم عوامل التنمية فهو يلعب دوراً فعالاً في تحسين أداء أي مجتمع وله دور هام في الارتقاء بالأمم والمجتمعات وتحديد موقعها بين دول العالم. ففي ظل عصر العولمة بكافة تداعيتها السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتعليمية، وما تحمله من تحديات لدول العالم المختلفة وخاصة الدول النامية ومنها مصر حيث أصبح تطوير العملية التعليمية عملية مُلحة من أجل التنمية وتحقيق التميز والقدرة على المنافسة لمواكبة المستحدثات العالمية وصولاً بالمنتج التعليمي (ويتمثل في الخريج) إلى المستوى العالمي وفقاً للمعايير المتفق عليها عالميا.

وتعاني مصر من فجوة كبيرة بين مخرجات العملية التعليمية وما تقدمه وبين سوق العمل وما يتطلبه من مواصفات ومهارات وكفاءات معينه. وهذا سبب كاف لرفع نسب البطالة خاصة بين الجامعيين وضياع فرص استثمار القوى البشرية بالمجتمع الأمر الذي يتطلب معه ضرورة البدء في تطوير النظم التعليمية مع ضرورة توافر معلومات دقيقة وشاملة عن المؤسسات التعليمية والخدمات التي تقدمها والمستفيدين منها بما يضمن تقييم الوضع الحالي ومقارنته بالمأمول في ضوء متطلبات التنمية المجتمعية الشاملة والمتغيرات العالمية وذلك لوضع سياسات واستراتيجيات تعليمية جديدة للنهوض بالمخرجات التعليمية.

فالتعليم يلعب دوراً أساسياً في إحداث إصلاح اقتصادي وهذا يتطلب إعادة صياغة أهداف واستراتيجيات واتجاهات مؤسسات التعليم في ضوء دراسة الوضع الحالي وكذلك التحليل البيئي SWOT ANALYSIS لتحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات ووضع حلول لربط الخطط الأكاديمية مع متطلبات سوق العمل حيث يعاني النظام الحالي من غياب التخطيط لفترات طويله المدى الأمر الذي أدى معه إلى اختلالات هيكلية في جسم النظام الأكاديمي.

ولتنمية المجتمع لابد من الاهتمام بالخريجين عامة وخريجي الدراسات العليا خاصة بحيث يصبحوا مؤهلين تماماً على المستويين النظري والعملي لشغل فرص العمل في المجتمع وبكفاءة عالية،وزيادة كفاءة العمالة الوطنية، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى القدرة على المنافسة أمام العمالة الأجنبية.

هذا، وتوجد علاقة ترابط وثيق بين التخطيط العلمي والمستقبل، فالتنبؤ العلمي والتوقع والتخطيط المدروس بات يُشكل جزءاً لا يتجزأ من علم المستقبليات فالتخطيط هو التنبؤ بما سيكون عليه المستقبل والاستعداد له، ولتحقيق أهداف معينة في إطار زمني محدد من خلال خطط تم

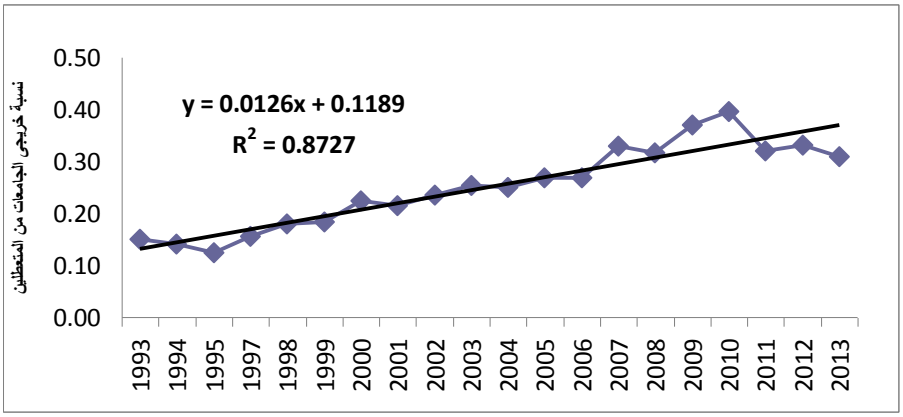
إعدادها بإتقان لتحقيق أهداف محددة، ولوثوق العلاقة بين التخطيط والتنبؤ حيث أن التنبؤ من أهم ركائز علوم المستقبليات، حيث يتم من خلاله التعرف على احتمالات حدوث وتواتر الأحداث مستقبلاً والتفاعل معها كُل في سياقه سواء كانت أحداث سلبية أو إيجابية والاستعداد لمواجهتها أو لاستثمارها من جانب وتوسيع دائرة الاحتمالات الإيجابية ليأتي دور التخطيط العلمي مُستثمراً لعملية التنبؤ بما ينعكس إيجابياً على المجتمع وقطاع التعليم خاصة. فالحاجة لوجود نظام دقيق للتنبؤ مستقبلاً يمكن الاعتماد عليه واتخاذ القرارات المناسبة والملائمة اعتماداً على بيانات الماضي. ولكي يكون هذا التنبؤ سليماً يجب أن لا يدور في فلك نموذج يعبر عن سلوك الظاهرة في الماضي فحسب، بل يعبر عن سلوكها الحاضر ومن ثَم توقعه مستقبلاً، ومن هنا تأتي أهمية تحرير النماذج من سطوة – تحيز – الماضي واتجاهاته العامة مع وضوح الرؤية والأهداف الاستراتيجية.

يرتكز تقدم الدول والمجتمعات على كفاءة خدمات التعليم الجامعي والدراسات العليا، وإيماناً من جامعة القاهرة بأهمية الدور الريادي المُلقى على عاتقها، وما يترتب على ذلك من إتخاذ إجراءات من شأنها العمل على تحسين مستوي خريجيها باستمرار، ومن خلال التعرف على التوقعات المستقبلية لأعداد طلابها المتقدمين والخريجين الجامعيين، وطلاب الدراسات العليا (بالدبلومات والماجستير والدكتوراه) حيث تتم هذه العملية من خلال مشروع الجودة والتحسين المستمر، وحتى نستعد مستقبلاً لذلك و وصولاً للأفضلية والمعدلات العالمية لجودة خريجيها.

1-1- مشكلة الدراسة:

تكمن مشكلة الدراسة في التزايد المستمر لمخرجات التعليم بمختلف تخصصاته في مصر مع تزايد معدلات البطالة واستحواذ الحاصلين على مؤهلات تعليمية على نسبة كبيرة من حجم المتعطلين، فمثلاً بالنسبة لخريجي الجامعات كما في شكل (1) نلاحظ تزايد معدلات البطالة بين الخريجين خلال الفترة 1993-2013 مع أن معدلات البطالة تتزايد بإرتفاع المستوي التعليمي (علاقة طردية) وبمعدل نمو سنوي قدره 1.3%، حيث أصبح المجتمع لا يحتاج فقط الى كوادر مؤهلة علمياً فحسب بل يتطلب أن تتسلح هذه الكوادر بمجموعة من القدرات والمهارات المتنوعة. بالإضافة إلى ندرة المعلومات عن احتياجات سوق العمل من الخريجين.

شكل (1)
تطور نسبة خريجي الجامعات من المتعطلين خلال الفترة 1993-2013.



والمشكلة تفصيلاً كالتالي:

- عدم الاستفادة من العلاقة التكاملية بين الجامعة والمجتمع.
- عدم وجود مؤشرات عملية تفيد في وضع خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية.
- ارتفاع معدلات البطالة بين خريجي الجامعات.
- ارتفاع العبء على التدريب التحويلي وعدم تكافؤ الفرص.

1-2- الدراسات السابقة وتجارب الدول:

الفجوة بين التعليم وسوق العمل:

يعد انفصال مخرجات العملية التعليمية عن سوق العمل- أمر خطير ويزيد من نسب البطالة نتيجة لانعزال تعليم أغلب الدول النامية والتي على رأسها دول الوطن العربي عن الحياة العملية داخل سوق العمل - أصبَحنا نُعاصِر فجوةً كبيرةً وقائمة على أرض الواقع بين مُخرجات العملية التعليمية وما تقدِّمه، وبين سوق العمل وما يتطلبه من مواصفات معينة، فبدلاً من أن يكون التعليم هو الأداة التي تساعد على إخراج الكفاءات التي يتطلبها سوق العمل أصبح بمَثابة العائق الأكبر أمام إيجاد الكفاءات والخِبرات التي يتطلبها سوق العمل باستمرار، الأمر الذي بات يُمثِّل أزمة حقيقية يبحث الجميع في حلها؛ فوجود مثل هذه الأزمة في دولة من الدول قد يكون كافيًا لضياع هذا المُجتمَع وانحرافه عن المسار الصحيح، وخَلْق العديد من المشكلات التي تحتاج إلى فترات طويلة لحلِّها؛ حيث تظهر مشكلة كبرى جراء هذه الأزمة، وهي البطالة التي أصبحَت ظاهرةً اجتماعية

خطيرة تعيشُها مجتمعاتنا العربية ومصر أيضًا، هذا إلى جانب العديد من الظواهر والمُشكلات التي تكون نتيجةً لانفصال المحتوى التعليمي عن مُتطلبات سوق العمل (مرجع).

دور التعليم في توفير فرص العمل:

وأكد كثير من الخبراء أن هناك علاقة كبيرة بين كل من التعليم وسوق العمل وما يتطلبه من كافة التخصُّصات في مجالات العمل المختلفة، وعلى هذا فإن بعض الدراسات التي أجريَت في هذا المجال قد أكَّدت على أن إستراتيجيات وسياسيات التعليم في أي دولة من الدول إذا ما تمَّ ربطُها بشكل أو بآخَر بما يتطلبه سوق العمل داخل هذه الدولة، على أن يتم ذلك بطريقة علمية ومُمنهجة – تعمل في النهاية على تقريب الفجوة بين ما يتطلبه سوق العمل وبين مخرجات التعليم، وإذا أمعنا النظر هنا سنجد أن التعليم يلعب دورًا يكاد يكون هو الدور الأساسي الذي تقوم عليه أي سياسيات تَستهدِف إحداث إصلاح اقتصادي، مشيرًا إلى أن هذا الأمر هو الذي جعَل الدول العربية – لا سيما الدول التي تعاني من نسبة بطالة عالية – تبحث عن سياسيات جديدة ومشاريع جادة فيما يخصُّ التعليم والتدريب المؤهلين لسوق العمل، حتى تكون عاملاً في زيادة كفاءة العمالة الوطنية، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى القدرة على المنافسة أمام العمالة الأجنبية (مرجع).

وهناك نظريات تنموية واقتصادية عديدة اهتمَّت بها مراكز الأبحاث المتخصصة في البلدان المتقدمة، ولعلَّ نظرية رأس المال البشري والتي تأخُذ بمبدأ الاعتراف بمدى تأثير مستوى التعليم على الإنتاجية وسوق العمل ومِن ثَمَّ فإن المؤسَّسات التعليمية المختلفة تتنوع بها التخصُّصات وفقًا لما هو جديد، ووفقًا لحاجة متطلبات سوق العمل، وأثبتَت الدراسات أن سوق العمل هو السبب الرئيس في استِحداث الكثير من التخصصات، والتي يتم التوسع فيها أيضًا وفقًا لحاجة سوق العمل، مؤكِّدًا على أن هذا كله لا يَنعكِس بأي شكل من الأشكال على ما نَراه على أرض الواقع، فبالرغم من أن التعليم العالي يُعدُّ أحد أهم القطاعات التي ترتبِط بسوق العمل، وبالمجالات التي يتطلَّبها سوق العمل، فإنه ووفقًا للتقرير العربي الأول والذي أصدرته مُنظَّمة العمل العربية حول معلومات سوق العمل والتحديات التي تواجِه الأسواق – تبيَّن أن أصحاب المؤهِّلات العليا لا تشغل النسبة الأكبر في قوة العمل العربية؛ حيث تضمَّنَتْ قوة العمل فقط 40% من حاملي المؤهِّلات العليا، ويشترِك معهم في هذه النِّسبة حاملو المؤهلات المتوسطة وفوق المتوسطة، بينما على الجانب الآخر نجد النسبة المتبقية والتي تُقدَّر بـ 60% يشغلها حاملو المؤهِّلات دون المتوسطة والأميين (مرجع).

الفجوة بين سوق العمل والمحتوى التعليمي:

وأشار العديد من الباحثين إلى أن هناك فجوة كبيرة بين المحتوى التعليمي الذي يتمُّ تقديمُه وبين متطلبات سوق العمل في الوقت الحالي، الأمر الذي يَجعل التوافق فيما بينهما أمرًا بَعيد المنال، الأمر الذي جاء نتيجة كثرة التخصُّصات في العلوم الإنسانية والنظرية على حساب الاهتِمام بالعلوم التطبيقية والعِلمية، ووفقًا لهذه الدراسات فإنَّ أبرز المُشكلات والعقبات التي تواجه الدراسة الجامعية والمؤهِّلات الأخرى – متوسطة كانت أو فوق مُتوسِّطة – تتمثَّل في مشاكل الانفصال شبه الكامل بين مؤسسات التعليم والقطاع العام والخاص في معظم الدول العربية، فضلاً عن إقبال الطلاب على التخصُّصات النظرية واهتمامهم بها على حساب التخصُّصات العملية، والتي غالبًا ما تكون هي المطلوبة داخل سوق العمل، وذلك ظنًّا من الطالب أن المجال النظري أسهل مقارنةً بالعملي، هذا إلى جانب عدم وجود الكفاءات المَطلوبة من سوق العمل داخل الخرِّيجين من الطلاب، وافتقادهم لأهمِّ مُقوِّمين من مقومات سوق العمل، وهما: اللغة والحاسب الآلي، إضافة إلى عدم توافُر قدر كافٍ مِن الأكاديميِّين المميزين، وعدم قدرة التعليم الحكومي على مواءمة مهارات وقدرات خرِّيجي القطاع الخاص، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى ضعفِ قدرات مُخرَجات التعليم – لا سيما التعليم العالي – فضلاً عن عدم توفُّر المعلومات عن احتياجات سوق العمل، وعدم ملائمة بعض التخصُّصات الجامعية مع التطورات الحديثة في المجالات الحديثة المُختلِفة، إضافةً إلى غياب التوجيه والإرشاد الأكاديمي الذي يُساعِد الطالب على التخطيط لمستقبله، هذا كله إلى جانب قلة الإنفاق على البحث العلمي – لا سيما في الدول العربية ومصر – وقلة الموارد المتاحة للطالب ولأعضاء هيئة التدريس.

وهذه الدراسات قد خرَجت ببعض الحلول التي من المُمكن أن تكون مَخرجًا لهذه المشكلة، أو على الأقل تعمل على الحدِّ منها وتخفيف هذه الفجوة الكبيرة بين المُحتوى التعليمي ومتطلبات سوق العمل، ومن أهمِّ هذه الحلول إصلاح بنية التعليم العالي بشكل خاص، وذلك لن يتأتي إلا مِن خلال التنوع والمرونة، وتوفير برامج التقوية والمُراجَعة المُستمرَّة، وتوسيع نِطاق الاهتمام بالعلوم التطبيقيَّة والتقنية التي يَحتاجها سوق العمل، فضلاً عن تَمكين عضو هيئة التدريس من التطوير في البحث العلمي من خلال توفير ظروف مُلائمة لذلك وإيجاد المناخ الأكاديمي الذي يُساعِد على حرية التعبير والنشر العلمي المتميز، هذا إلى جانب دعم مؤسَّسات التعليم عن بُعد، والعمل على إعادة هيكلة الجامعات خاصة الحكومية بشكل يَجعل كل جامعة تختصُّ بعدد من التخصُّصات التي يَحتاجها سوق العمل وفتح تخصُّصات جديدة تُلبِّي حاجة السوق، والاستفادة بقدر الإمكان من التجارب العلمية، وتفعيل دور البحث العلمي وإشراك القِطاع الخاص في الدراسات والتطبيق والتخطيط (مرجع).

التعليم والبطالة:

يَنحصِر دور العملية التعليمية بنسبة كبيرة في المساهمة في حل مشكلة البطالة، أو على الأقل الحد منها، لا أن تعمل على زيادتها، ولكن إذا ما أمعنا النظر في الوطن العربي بصفة عامة – وفي بعض الدول بصفة خاصة – سنجد أن هذا الأمر قد يكون مَعكوسًا إلى حدٍّ كبير، فإنَّ العديد من الدراسات قد أعطَت دلائل بأن ناتج التعليم في أغلب الدول العربية يتَّصف بضعف التحليلية والابتِكار وتدني التحصيل المعرفي، الأمر الذي أدَّى إلى خلل واضح وتفاوت كبير بين مُخرجات التعليم من جهة والمستوى التنموي وسوق العمل من جهة أخرى، وهو ما أدى بطبيعة الحال إلى ضعف إنتاجية العمالة، وتفشِّي البطالة بشكل كبير (مرجع).

مشيرًا إلى أنه وفقًا لدراسات وأبحاث منظمة العمل العربية فإن نسبة البطالة في المنطقة العربية قد ارتفعَت بشكل كبير – لا سيما في الآونة الأخيرة – حيث تخطَّت الـ 16%، وتجاوز عدد العاطِلين عن العمل الـ 20 مليون فرد، ومن الأمور التي أكَّدت عليها الدراسة أن هذه النسبة وهذه الأعداد لا يوجد مؤشرات لأنْ تتناقَص على المدى القريب أو المتوسِّط، وقد أظهَرت الإحصاءات أن نِسبة البطالة في مصر في الوقت الحالي قد وصلت إلى 13%؛ حيث وصل عدد العاطِلين عن العمل إلى ما يقرب من 3.5 مليون عاطل، وهو الأمر الذي أظهره الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، نوفمبر 2015.

ويتسم الواقع المعاصر بالعولمة والتعقد وتداخل العلوم والتنافسية الشديدة، وسيكون البقاء للأكثر علما، والأقدر على التفكير المركب والتفاوض والإتيان بالجديد من العلوم، والأكثر قدرة على التواجد القوى في الأسواق الدولية. وانعكس هذا الواقع بتداعياته المختلفة على أسواق العمل، فتراجعت فكرة الميزة النسبية في انخفاض أجور الأيدي العاملة، ولم تعد المسألة هي فقط كيفية الموازنة بين عرض العمالة والطلب عليها، بل هي كيفية بناء أفراد لديهم القدرة على العمل الجماعي، والتفكير الذكي المعقد، والخلق والإبداع والابتكار في مختلف مجالات العلوم والفنون. هؤلاء هم الذين سيخلقون أسواقاً جديدة، وسيخلقون طلباً عليهم، ويضيفون إلى ثروة مجتمعهم أكثر مما أنفق عليهم. وهناك أمر آخر وهو أنه لم يعد من الممكن أو المقبول – في ظل هذا الواقع – النظر إلى سوق العمل في مجتمع ما بمعزل عن مختلف الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية والدولية المحيطة بهذا المجتمع، (**العباسي، 2010**).

الإنفاق على البحث العلمي في دول العالم المختلفة:

يعد أهم مؤشرات الإنفاق على التعليم، هو نصيب الفرد في سن الدراسة من الإنفاق من الناتج المحلي الإجمالي. فقد بلغ متوسط نصيب الفرد من الإنفاق على التعليم في معظم البلدان العربية، من منتصف التسعينات من القرن العشرين وحتى عام 2007 حوالي 350 دولاراً. (ويصل إلى أكثر من 1300 دولاراً في دول الخليج العربي) مقابل حوالي 2500 دولاراً في إسرائيل و6500 دولاراً في البلدان الصناعية (مرجع).

من هنا نرى أن أهم ما يجب الاهتمام به من قبل الدول النامية هو الإنفاق على القطاعات المهمة في تلك الدول ومن بينها التعليم والصحة، فزيادة حجم الإنفاق فيهما يؤدي إلى التسارع في النمو وامتصاص البطالة الذي بدوره يؤدي الى زيادة الناتج القومي لتلك البلدان. وهذا بحد ذاته يعد خطوة أساسية في بناء مجتمع المعرفة القائم على البحث العلمي في كافة مجالاته الإنسانية والعلمية والطبية وغيرها مما ينصب في تنمية الفرد وبناء الشخصية الحضارية التي من شأنها التنافس بما تمتلكه من قدرات خلاقة مع دول العالم.

1-3- أهمية الدراسة:

لاشك أن المتغيرات الدولية والتطورات العلمية والتكنولوجية التي يمر بها العالم حالياً قد أحدثت تغيرات جذرية أدت إلى تزايد الطلب على نوعية منتقاة من الموارد البشرية المدربة والمؤهل، وتأتي قضية بناء القوى البشرية وتوفيرها بمختلف كوادرها المتخصصة في مقدمة أولويات قضايا التنمية حيث تتركز المشكلة في الاختلال النوعي والتوزيعي للقوى البشرية على المجتمع كماً ونوعاً وتزايد معدلات البطالة بينهم على الرغم من إرتفاع مستويات المعيشة، وبما أن تحقيق التوازن في هيكل الموارد البشرية والسكان هو عملية متعددة الجوانب ترتبط ارتباطا وثيقًا بما يسود البلاد من أوضاع اقتصادية واجتماعية وسياسية وتتداخل معها في علاقات تشابكية وجذرية عميقة فلا بد وأن يتم الوصول إلى تحقيق هذا التوازن ضمن إطار إستراتيجي متكامل يحدد كل من الأهداف الإنمائية والتنمية المستدامة والاعتبارات الاقتصادية والاجتماعية التي يجب الإلتزام بها ويضع السياسات التي تؤمن تحقيقها بأقل تكلفة اجتماعية ممكنة. لذلك تستدعي هذه القضية التي تمس اهتمامات ومصالح كافة أطراف المجتمع ضرورة تضافر جهود كل مؤسسات الدولة بسلطتيها التشريعية والتنفيذية وفي مقدمتها مؤسسات التعليم والتدريب لتحقيق المشاركة الفاعلة لمعالجة هذه القضية والحد من تداعياتها السلبية على المجتمع بكامله، على أن يتم ذلك ضمن إطار شامل لإستراتيجية اقتصادية واجتماعية متكاملة، وباستخدام أحدث الأساليب التحليلية الكمية والنوعية للبحوث والمسوح الميدانية لتحديد الاحتياجات الفعلية لسوق العمل بكل من القطاع الحكومي وغير الحكومي، ومن هنا تبرز أهمية

تحليل أوضاع منظومة التعليم والتي تقوم بدور حلقة الوصل بين الخريج وسوق العمل وحتى لا يكون التعليم سبيلاً للبطالة. إذ يجب استيفاء متطلبات سوق العمل وذلك عن طريق تحديد نوعية ومستويات البرامج المطلوبة لإعداد الخريجين في هذه المجالات لتدعيم دوره في قيادة عملية التنمية المجتمعية الشاملة مع طرح بعض الرؤى للإصلاح حتى تتوافق مخرجات التعليم عامة والجامعي والدراسات العليا خاصة مع احتياجات سوق العمل وبما يؤدي لخفض نسب البطالة بين الخريجين.

هذا، وفي ظل عصر الانفتاح بين دول العالم وتجلّي ظاهرة العولمة بكافة تداعياتها السياسية والاقتصادية والثقافية والتعليمية بصورة خاصة، وما تحمله من تحديات لدول العالم المختلفة وخاصة الدول النامية أصبح تطوير العملية التعليمية بالجامعات مدخلاً أساسياً لتحقيق التميز والقدرة على المنافسة لمواكبة المستحدثات العالمية للوصول بالمنتج التعليمي إلى مرحلة الاعتماد وفقاً للمعايير المُتفق عليها عالمياً، ونظراً للإقبال المستمر والطلب المتزايد على التعليم العالي مع إنخفاض الإنتاجية ونقص الموارد المالية وتدني مستوى الرضا من قبِل الأطراف المستفيدة في ظل ظاهرة العولمة، فقد أصبحت المؤسسات التعليمية مطالبة بتحقيق توقعات كافة المستفيدين، ولذا انطلقت جامعة القاهرة نحو تحسين مخرجات العملية التعليمية. كما أن المستوى المتميز لجودة مخرجات التعليم العالي لا يمكن أن يتحقق إلا بتضافر جهود جميع المستفيدين، وتمر عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بخمس مراحل تبدأ من مرحلة اقتناع المؤسسة بفلسفة الجودة الشاملة ثم يعقبها مرحلة التخطيط ثم التنفيذ والمتابعة والتقويم وأخيراً مرحلة تبادل ونشر الخبرات.

ويتطلب البدء نحو تطوير أنشطة الجامعة توفير معلومات دقيقة شاملة لواقع المؤسسة التعليمية، والخدمات التي تقدمها، والمستفيدين منها، بما يضمن تقييم الواقع الفعلي في مجال التعليم العالي نظراً لمتطلبات المؤسسات التعليمية بأن يكون لها إدارة استراتيجية ذات فكر يقوم بصياغة رسالة المنظمة التعليمية من خلال فلسفتها وأهدافها، ولذا يعتبر التخطيط الإستراتيجي مدخلاً ونمطاً استراتيجياً للتطوير يهدف إلى تحقيق الإرتقاء العلمي والإداري لجامعة القاهرة بما يضمن اكتساب ثقة المجتمع في كفاءة الأداء المؤسسي لها، ومع التزايد المستمر لمخرجات التعليم بمختلف تخصصاته في مصر وتزايد معدلات البطالة ومن الملاحظ أن الخريجين والحاصلين على مؤهلات تعليمية يشغلون نسبة كبيرة من حجم المتعطلين وسيتم تقدير جانب المعروض من خريجي جامعة القاهرة للمساعدة في الوقوف علي الأسباب الرئيسية وراء الفجوة بين مخرجات التعليم ومتطلبات سوق العمل الذي يؤدي بدوره إلي الارتفاع المطرد في معدل البطالة بين الخريجين.وتكمن أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على الأعداد المتوقعة للطلاب المقيدين والخريجين لمزيد من المعرفة والإلمام ومرجعا ذا قيمة علمية يمكن الاعتماد عليه في الدراسة والتحليل لمن يريد الأسلوب العلمي

والموضوعي منهجا للمشاركة في وضع الحلول الملائمة لمواجهة الأعداد المتوقعة من الطلاب الدارسين (الجدد والخريجين) بالجامعة خلال الخمس سنوات القادمة 2015–2019، وسيتم استخدام أسلوب السلاسل الزمنية ونماذج الانحدار والشبكات العصبية والأساليب الذكية في التنبؤ حيث أن الأخير أكثر مرونة ويسرا للمستخدم إضافة إلى انه أكثر دقة وعملية.

ومن هنا تبرز أهمية تحليل أوضاع منظومة التعليم والتي تقوم بدور حلقة الوصل بين المتعلم وسوق العمل وحتى لايكون التعليم سبيلاً للبطالة. إذ يجب استيفاء متطلبات سوق العمل المحلي أو الإقليمي أو الدولي وذلك عن طريق تحديد نوعية ومستويات البرامج المطلوبة لإعداد الخريجين في هذه المجالات لتدعيم دوره في قياده عملية التنمية المجتمعية الشاملة مع طرح بعض الرؤى للإصلاح حتى تتوافق مخرجات التعليم مع احتياجات سوق العمل وبما يؤدي إلى خفض نسب البطالة بين الخريجين.

تعتبر قوة العمل من العناصر المهمة في أية خطط للتنمية سواء كهدف أو كأداة. فأولاً، فالمفترض أن يكون التركيز في خطط التنمية على خلق فرص عمل حتى يمكن استيعاب قوة العمل المتعطلة التي بلا شك استمرارها بدون عمل يمكن أن يؤدي إلي العديد من المشاكل السياسية والاجتماعية خاصة في ظل الظروف التي يعيشها المجتمع المصري بسبب معاناته من شتي أنواع البطالة.وثانياً، أن من العوامل المهمة التي تتحكم في وتيرة سرعة خطط التنمية في أي دولة هي مدى توفر قوة العمل القادرة علي تنفيذ تلك الخطط. فينبغي قبل القيام بأي تحرك تنموي أن يتم توفير تلك القوى العاملة وتوزيعها التوزيع الأمثل علي مختلف قطاعات الدولة حسب الحاجة وأهمية القطاع في خطة التنمية والأهداف التنموية. فالموارد البشرية تمثل العامل الأساسي القادر علي تحقيق وتنفيذ التنمية والتطور وهو عامل لا يمكن توفيره في فترة قصيرة عكس العوامل التنموية الأخرى. لذا، فشلت غالبية تلك الخطط في تحقيق مستويات عالية من معدلات النمو الاقتصادي المستهدف. وبناء على ما سبق، أصبح تطبيق المنهج العلمي في تخطيط الموارد البشرية وجميع الجوانب المتعلقة بتلك الموارد السبيل الوحيد لتحقيق جميع أهداف خطط التنمية وبالتالي إحداث تقدم اقتصادي وتنمية شاملة مستدامة (**العباسي، 2010**). يشمل المنهج العملي في احد جوانيه المهمة رسم سياسيات واقعية مبنية علي تقدير واقعي للطلب والعرض الحقيقي لقوة العمل والاتجاهات المتعلقة والمؤثرة في الحاجة لقوة العمل مستقبلاً. وتمثل الدراسة الحالية محاولة جادة من أجل بلورة نهج علمي جديد متكامل للتنبؤ بخريجي معهد الدراسات الإحصائية جامعة القاهرة (له خصوصية لقبول تخصصات جامعية مختلفة للدراسات العليا)، والمقيدين والخريجين الجامعيين وطلاب الدراسات العليا للجامعة.

1-4- أهداف الدراسة:

الهدف العام: لهذه الدراسة هو توفير المعلومات الاحصائية لصُناع ومتخذ القرار بجامعة القاهرة بما يتيح للجامعة تنمية وضبط تدفقات الخريجين حسب المؤهل والتخصص والمهارات العملية المكتسبة بما يتوائم مع متطلبات سوق العمل. من خلال "تطبيق الأساليب الذكية لتقدير أعداد الخريجين من الدراسات العليا وإعادة تأهيلهم وفق متطلبات سوق العمل" بغية توفير المعلومات اللازمة لوضع سياسات وبرامج واضحة ومحددة من جانب كل من وزارتي التعليم والقوى العاملة لسد الفجوة بين مخرجات التعليم ومتطلبات سوق العمل من اجل التنمية المجتمعية الشاملة وضبط تدفقات الخريجين (كميا ونوعيا) حسب المؤهل والتخصص والمهارات العملية المكتسبة بما يتوائم ومتطلبات سوق العمل.

وينبثق عن هذا الهدف عدة أهداف تفصيلية (لكل من جامعة القاهرة ومعهد الإحصاء) هي كالتالي:

- دراسة تطور أعداد الطلاب المقيدين والخريجين الجامعيين والدراسات العليا خلال الفترة 2009 – 2013.
- التنبؤ بأعداد الطلاب الجدد والخريجين من الجامعيين خلال الفترة 2015 – 2019.
- التنبؤ بأعداد الطلاب الجدد والخريجين من حملة الدراسات العليا حسب المرحلة (الدبلوم والماجستير والدكتوراه) خلال الفترة 2015 – 2019.
- جعل نتائج هذه الدراسة مؤشرات عملية عند وضع خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية.
- المساهمة في حل مشكلة البطالة بالمجتمع المصري بين صفوف خريجي الجامعاتوالدراسات العليا.
- استخدام التدريب التحويلي والمهني لإعداد الخريجين حسب متطلبات سوق العمل.
- ربط مخرجات التعليم العالي بالمجتمع ربطاً عضوياً سليماً من خلال اعتماد أسلوبي التخطيط والتنبؤ بالمستقبل.

1-5- فروض الدراسة:

فروض تقديرات أعداد الطلاب الجدد والخريجين من الجامعيين والدراسات العليا: إن عدد الطلاب يتوقف على عدد الكليات والمعاهد والأقسام الحالية والمتوقعة، وعدد أعضاء هيئة التدريس وحالة استقرارها متمثلاً في الحد الكمي الأقصى لها وتحدده العوامل التالية:

- الطاقة الاستيعابية لمباني الجامعة وكلياتها وتتراوح بين حد أمثل وحد أعلى وتتمثل في نسبة الاستيعاب والتي يمثل حصتها في السوق وتميزها في التعليم الجامعي وبعد الجامعي.
- متوسط مدة الدراسة الجامعية 4.5 سنة (للبكالوريوس والليسانس) بنظام الساعات المعتمدة.
- متوسط مدة الدراسة بعد الجامعية وتم تقديرها بـ 2، 3، 4 سنة للدبلوم والماجستير والدكتوراه بنظام الساعات المعتمدة.
- أن تسرب الطلاب من الجامعة نتيجة للرسوب أو أي أسباب أخرى ثابت.
- الخدمات المقدمة من كل قسم وكلية أو معهد والمتوقعة خلال الخمس سنوات القادمة.
- أن نسبة التحويل من والى الجامعة في حدود 5%، وثابتة بين كليات الجامعة.
- استمرار نفس الظروف كما هي وعدم حدوث تغيرات جوهرية بها.
- أن توزيع الطلاب حسب درجاتهم سيستمر بنفس النسب مستقبلا.
- أن نسب النجاح بين كليات ومعاهد الجامعة ثابتة.
- أن نسبة الخريجين ثابتة خلال الخمس سنوات القادمة وتمثل 90%.
- أن التسرب المتوقع هو الذي يحدث عادة نتيجة للرسوب أو التحويل من الجامعة أو لأسباب أخرى مثل الوفاة، السفر،... الخ في حدود 10%.

1-6- مصادر البيانات:

تعتمد هذه الدراسة بصفة أساسية على أعداد الطلاب الجدد والخريجين الجامعيين وطلاب الدراسات العليا بجامعة القاهرة، وطلاب الدراسات العليا بمعهد الدراسات والبحوث الإحصائية جامعة القاهرة والمسجلة خلال الفترة 1950-2013.

1-7- منهجية الدراسة:

وفقاً لطبيعة هذه الدراسة تم الإستناد فيها بالمنهج الوصفي التحليلي باعتباره أنسب المناهج في تناول ومعالجة موضوع الدراسة بالاعتماد على البيانات السنوية، واعتمدت الدراسة على الأسلوب الاستنباطي، وذلك من خلال تبني المنهج الوصفي التحليلي مدعمًا بالمنهج التاريخي (تحليل السلاسل الزمنية) والانحدار والشبكات العصبية والأساليب الذكية، ومن ثم جاء تقدير الطلاب المقيدين والخريجين الجامعيين والدراسات العليا، وتم الإعتماد على عدة أساليب ذكية أهمها ما يلي:

– أسلوب تحليل ماركوف وهو أسلوب يتعامل مع احتمالات حدوث حدث معين في المستقبل مستنداً إلى تحليل احتمالي، لدراسة وتحليل ظاهرة الفترة الحالية من أجل التنبؤ بسلوكها في المستقبل، بالإضافة إلى استخدام تحليل السلاسل الزمنية باستخدام نموذج الشبكات العصبية لتفسير سلوك الظاهرة، وتعد الشبكات العصبية واحدة من طرق الذكاء الاصطناعي بوجه عام و واحدة من طرق التعلم الآلي بوجه خاص وتعد الشبكات العصبية حقل متشعب حيث تقدم طريقة مناسبة في تمثيل العلاقات بين المتغيرات بشكل مختلف لا يتطلب شروطا للتطبيق، هي دوال غير خطية مرنة تستخدم في التنبؤ، واستخدام التحليل الانتقالي الماركوفي لتقدير احتمالات ومدة الانتقال لحالتين الاولى الاستقرار والاستمرار، والثانية التغيير.

– وبالتطبيق على البيانات تم التوصل على أفضل نماذج مناسبة للبيانات محل الدراسة، وبعد تقدير معلمات النماذج وبالتالي يمكن الاعتماد عليها لتعبر عن أعداد الطلاب المقيدين والخريجين بمرحلة البكالوريوس والليسانس وطلاب الدراسات العليا، وأن النماذج الموفقة للبيانات وفق المعايير الاحصائية تعد أفضل نماذج ملائمة للبيانات سيتم استخدامه في التنبؤ للخمس سنوات القادمة (2015–2019) وتقدير حد الثقة الأدني والأعلى بدرجة 95%.

أولاً: تقديرات جامعة القاهرة:

تجدر الإشارة إلى أن تقدير احتمالات ومدة الانتقال للحالتين الاولى الاستقرار والاستمرار باحتمال 0.80، ويستغرق مدة حدوث 5 سنوات والثانية التغيير باحتمال 0.94، ويستغرق مدة حدوث 16 سنة، وقدر احتمال الانتقال من الحالة الاولى للثانية 0.20، واحتمال الانتقال من الحالة الثانية الى الاولى 0.06.

وتظهر توقعات أعداد الطلاب المقيدين والخريجين بمرحلة الدراسات العليا ومتوسط الطلاب المقيدين المتوقع بحدود 40 ألف وبحدود تتراوح ما بين 39– 41 ألف، ومتوسط الطلاب الخريجين المتوقع بحدود 10 آلاف وبحدود تتراوح ما بين 9.8– 10.5 ألف.

جدول (1)
توقعات أعداد طلاب الدراسات العليا المقيدين والخريجين خلال الفترة 2015 – 2019.

العام	طلاب مقيدين دراسات عليا*			طلاب خريجين دراسات عليا*		
	الأدنى	متوقع	الأعلى	الأدنى	متوقع	الأعلى
2015	37176	37562	37949	9472	9571	9669
2016	37949	38727	39505	9669	9868	10066
2017	38680	39905	41130	9856	10168	10480
2018	39375	41098	42821	10033	10472	10911
2019	40037	42307	44577	10201	10780	11358
متوسط	38643	39920	41196	9846	10172	10497

*** يشمل طلاب الدبلوم والماجستير والدكتوراه.**

وتظهر توقعات أعداد الطلاب المقيدين بمرحلة الدراسات العليا أن متوسط الطلاب المتوقع بالدبلوم بحدود 4 آلاف وبحدود تتراوح ما بين 3.9–4.1 ألاف، ومتوسط طلاب الماجستير المتوقع بحدود 14 ألف وبحدود تتراوح ما بين 13.5– 14.5 ألف، ومتوسط طلاب الدكتوراه المتوقع بحدود 22 ألف وبحدود تتراوح ما بين 21.2– 22.7 ألف، والخريجين بنفس المراحل على الترتيب بحدود 1.3، 5، 4.2 ألف خلال الفترة 2015 – 2019.

جدول (2)
توقعات أعداد طلاب الدراسات العليا المقيدين خلال الفترة 2015 – 2019

العام	الدبلوم			الماجستير			الدكتوراه		
	الأدنى	متوقع	الأعلى	الأدنى	متوقع	الأعلى	أدني	متوقع	أعلى
2015	3717	3756	3795	13012	13147	13282	20447	20659	20872
2016	3795	3873	3950	13282	13554	13827	20872	21300	21728
2017	3868	3990	4112	13538	13967	14396	21274	21948	22622
2018	3938	4110	4282	13781	14384	14987	21656	22604	23552
2019	4004	4231	4458	14013	14807	15602	22020	23269	24517
متوسط	3864	3992	4119	13525	13972	14419	21254	21956	22658

جدول (3)
توقعات أعداد طلاب الدراسات العليا الخريجين خلال الفترة 2015 – 2019

العام	الدبلوم			الماجستير			الدكتوراه		
	الأدنى	متوقع	الأعلى	الأدنى	متوقع	الأعلى	أدني	متوقع	أعلى
5201	1231	1245	1257	4452	4498	4544	3789	3828	3868
6201	1257	1283	1309	4544	4638	4731	3868	3947	4026
7201	1282	1322	1362	4632	4779	4926	3942	4067	4192
2018	1304	1361	1419	4716	4922	5128	4013	4189	4364
9201	1327	1401	1477	4794	5067	5338	4080	4312	4543
متوسط	1280	1322	1365	4628	4781	4933	3938	4069	4199

ثانياَ: توقعات أعداد الطلاب المقيدين بمعهد الدراسات والبحوث الإحصائية:

جدول (4)
توقعات المستفيدين من خدمات المعهد وهيئة التدريس ومعدلها خلال الفترة 2015– 2019

العام	الخريجين من الطلاب الأكاديميين			طلاب مهني			متدربين واستشارات متوقع	رسائل ماجستير دكتوراه	إجمالي المستفيدين متوقع*
	أدني	متوقع	أعلى	أدني	متوقع	أعلى			
2015	131	186	240	149	241	337	6500	54	9286
2016	121	193	264	138	251	370	6748	55	9640
2017	125	214	304	143	279	425	7506	62	10723
2018	117	223	328	133	289	459	7790	65	11128
2019	122	245	368	139	319	516	8585	72	12264
متوسط	123	212	301	141	276	421	7426	62	10608

* تشمل المراكز التي تقدم استشارات وتدريب وخدمات المكتبة.

جدول (5)
توقعات أعداد طلاب المعهد الجدد وخدمات أخرى خلال الفترة 2015 – 2019

العام	دبلوم أكاديمي		ماجستير ودكتوراه أكاديمي		دبلوم وماجستير ودكتوراه مهني		الوافدين		
	متوقع	الأعلى	متوقع	الأعلى	متوقع	الأعلى	أدني	متوقع	أعلى
2015	427	553	184	238	265	371	21	30	38
2016	443	608	191	262	276	407	19	31	42
2017	493	699	212	300	307	468	20	34	49
2018	512	754	221	325	318	505	19	36	52
2019	564	847	242	364	351	568	20	39	59
متوسط	488	692	1050	525	303	464	20	34	48

جدول (6)
توقعات طلاب المعهد حسب القسم العلمي خلال الفترة 2015 – 2019

العام	أعداد الطلاب المتوقع حسب الأقسام العلمية					أعداد الطلاب الأعلى حسب الأقسام العلمية				
	إحصاء	سكاني	بحوث عمليات	حاسب ونظم	مشترك	إحصاء	سكاني	بحوث عمليات	حاسب ونظم	مشترك
2015	30	26	13	108	9	38	34	17	139	12
2016	31	27	13	112	10	42	37	18	153	14
2017	34	30	15	124	11	49	43	21	176	15
2018	36	31	16	129	11	52	46	23	190	17
2019	39	34	17	142	13	59	52	26	214	17
متوسط	34	30	15	123	10	48	42	21	175	15

وقدرت نسبة المشتغلين من الطلاب الجدد للمعهد 2014 بالأكاديمي 57%، والمهني 28%، ومن عمل من خريجين سابقين بعد تأهيلهم بالمعهد قدرت نسبتهم 92% بعينة طبقية قدرها 68، في النهاية نؤكد أن نجاح المعهد في رسالته يعتمد علي توظيف الإمكانات والطاقات ومواكبة التطورات العلمية والعملية وملاحقة المستجدات عامة والحديثة منها خاصة، والقيام بالواجبات الملقاة

علي عاتقه في عالم متغير سريع الإيقاع، تحمل أيامه كل جديد وحديث في شتي المجالات، كما تحمل المفاجآت والأزمات في نفس الوقت.

وتجدر الإشارة إلى أن تقدير احتمالات ومدة الانتقال للحالتين الاولى الاستقرار والاستمرار باحتمال 0.18، ويستغرق مدة حدوث بحدود سنة والثانية التغيير باحتمال 0.21، ويستغرق مدة حدوث 5 سنوات، وقدر احتمال الانتقال من الحالة الاولى للثانية 0.82، واحتمال الانتقال من الحالة الثانية الى الاولى 0.79.

أهم الإجراءات التي تتبعها جامعة القاهرة ومعهد الإحصاء لتوفير إحتياجات سوق العمل:

- ترشيد أعداد المقبولين في جامعة القاهرة وفي ضوء الطاقة الاستيعابية لكليات ومعاهد الجامعة.
- تطوير المناهج وفقاً لدراسة احتياجات سوق العمل، الدورات التدريبة الحقيقية للتواصل بين المؤسسات والجامعة، ربط الجانب النظري بالجانب العملي مع دراسة الكمبيوتر واللغات، تنمية وصقل قدرات الخريجين وفقاً لحاجة سوق العمل.
- إعطاء مزيد من الاهتمام بالتطبيقات العملية والتدريب خلال مرحلة الدراسة الجامعية عامة والدراسات العليا خاصة، مع إعطائهما أولوية عند التخطيط للعملية التعليمية ومحتوى المناهج في ضوء دراسة احتياجات سوق العمل بصفة دورية.
- أهمية الاستمرار في تدعيم توجه جامعة القاهرة نحو الاعتماد والجودة وتوسيع وتيرة هذا التوجه في جميع كليات ومعاهد الجامعة، وخاصة فيما يخص الأخذ بالأساليب الحديثة في التدريس والتي تشجع الطالب على التفكير والبحث والابتكار، وتوفير المعامل الحديثة، والقاعات المجهزة، وأساليب التعليم الالكترونية ومتابعة كل جديد في المناهج الدراسية على المستوى العالمي.
- أهمية دعم كليات ومعاهد جامعة القاهرة خريجها في سوق العمل. وتقدم هذا الدعم من خلال تنفيذ العديد من الأنشطة أهمها:
  - إقامة ملتقى للتوظيف بالجامعة وكلياتها ومعاهدها.
  - زيادة الساعات المخصصة للتدريب العملي / الميداني.

- تنظيم لقاء سنوي لخريجي الدفعات المختلفة.
- دعوة الخريجين للمشاركة في الأنشطة والفعاليات التي تنظمها الكلية أو المعهد.

- إنشاء نظم معلومات متكاملة لربط الخريجين والجامعة بمختلف كلياتها بمنتديات رجال الأعمال والغرف التجارية في نطاق عمل الجامعة للتعرف على احتياجات سوق العمل.
- المشاركة والاتصال الفعال بين جميع الأطراف لمعرفة متطلبات سوق العمل المتغيرة. وذلك لعقد اللقاءات الدورية بين رجال الأعمال ومنتديات الخريجين وممثلي الجامعة للتعرف على أهم المتطلبات التي يجب توافرها في خريجي الجامعة.
- توافر نظام بمختلف كليات ومعاهد الجامعة لدعم عملية توظيف الخريجين من خلال: اللقاءات الدورية للتوظف، إنشاء الجامعة موقعاً على شبكة الإنترنت يشتمل على البيانات الخاصة بالخريجين الراغبين في الحصول على وظائف ملائمة، وجود إدارة مختصة بالخريجين للتواصل معهم.
- تنظم الجامعة برامج للتدريب التحويلي (إعادة التأهيل) لصقل المهارات المطلوبة في الخريجين أهمية الإستفادة من معاهد الدراسات العليا بالجامعة.
- توافر وسائل مختلفة تمكِّن الخريجين من التفاعل والتواصل مع كليات الجامعة مثل الاتصال المباشر أو الاتصال عبر البريد الإلكتروني، وتقييم أداء الخريجين المستمر.
- عقد المؤتمرات والندوات و ورش العمل ومناقشة الحلول المبتكرة لتعظيم مستوى جودة الخريجين.
- القيام بالبحوث الميدانية للوقوف على المستوى الراهن لجودة خريجي الجامعة وأهم المواصفات المطلوب توافرها بالخريجين لسد الفجوة بين الجانب النظري والتطبيقي بالمجتمع.
- التدريب العملي في مؤسسات القطاع الحكومي وغير الحكومي (الخاص وقطاع الأعمال ...) أثناء دراسة الخريجين بالجامعة وبعد التخرج حتى يتسنى الربط بين النظرية والتطبيق العملي.
- ضرورة قيام الجامعة باستطلاع آراء واتجاهات المؤسسات المختلفة في تصميم مكونات البرامج التعليمية وأداء خريجيها.

- ضرورة قيام الجامعة بتطبيق أساليب مختلفة تمكنها من تحديد آراء وتوقعات المؤسسات المختلفة عند التخطيط لنواتج (مخرجات) التعلم المقصودة من البرامج التعليمية.
- العمل على توافق خطة الجامعة البحثية مع الاحتياجات الحقيقية لمؤسسات المجتمع المختلفة.
- ضرورة توافر نظام يكفل قيام الطلاب بتنفيذ مشروعاتهم الدراسية والبحثية والرسائل العلمية بالتعاون مع المؤسسات المختلفة.
- ضرورة التعاون مع جهات التوظف في متابعة الخريجين بعد التحاقهم بالعمل للتعرف على أدائهم وعلى المصاعب والمشكلات التي تواجههم.
- إجراء الأبحاث والدراسات الممولة الخاصة بدراسة العرض والطلب لسوق العمل وفق خطة الجامعة البحثية.
- الإعداد والتجهيز لمؤتمر عن مستقبل التعليم في مصر: نحو رؤى وحلول إبداعية فبراير 2016.

II- الخاتمة:

أدى عدم الاهتمام بتخطيط الموارد البشرية وتنميتها وتوفير الموارد البشرية الماهرة عالية المستوى التعليمي إلي عدم تحقيق معدلات النمو الاقتصادي المستهدفة بخطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وأصبح السبيل الوحيد يتمثل في "الثروة البشرية" وفي "قوة العمل" وذلك بتطبيق المنهج العلمي في تخطيط الموارد البشرية وبناء وتنمية قدراتها بالتعليم والتأهيل الجيد والتدريب الراقي المستمر لتحقيق معدلات مرتفعة من التشغيل والإنتاج وبالتالي التقدم الاقتصادي وتحقيق التنمية الشاملة والمستدامةفي ظل عصر الانفتاح بين دول العالم وتجلي ظاهرة العولمة بكافة تداعياتها السياسية والاقتصادية والثقافية والتعليمية بصورة خاصة؛ وما تحمله من تحديات لدول العالم المختلفة وخاصة الدول النامية أصبح تطوير العملية التعليمية في التعليم العالي مدخلاً أساسياً لتحقيق التميز والقدرة على المنافسة لمواكبة المستحدثات العالمية للوصول بالمنتج التعليمي إلى مرحلة الاعتماد وفقاً للمعايير المتفق عليها عالمياً.

ونظراً للإقبال المستمر والطلب المتزايد على التعليم العالي مع انخفاض الإنتاجية ونقص الموارد المالية وتدني مستوى الرضا من قبل الأطراف المستفيدة في ظل ظاهرة العولمة، فقد أصبحت المؤسسات التعليمية مطالبة بتحقيق توقعات كافة المستفيدين، ولذا انطلقت كافة المؤسسات

التعليمية نحو الحاجة لتحسين مخرجات العملية التعليمية. كما إن المستوى المتميز لجودة مخرجات التعليم العالي لا يمكن أن يتحقق إلا بتضافر جهود جميع المستفيدين، وتمر عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بخمس مراحل تبدأ من مرحلة اقتناع المؤسسة لفلسفة الجودة الشاملة ثم يعقبها مرحلة التخطيط ثم التنفيذ والمتابعة والتقويم وأخيراً مرحلة تبادل ونشر الخبرات.

في النهاية نؤكد أن نجاح الجامعة في رسالتها يعتمد علي توظيف الإمكانات والطاقات ومواكبة التطورات العلمية والعملية وملاحقة المستجدات عامة والحديثة منها خاصة، والقيام بالواجبات الملقاة علي عاتقها في عالم متغير سريع الإيقاع، تحمل أيامه كل جديد وحديث في شتي المجالات، كما تحمل المفاجآت والأزمات في نفس الوقت.

جامعة القاهرة كمؤسسة تعليمية رائدة لها أهداف متعددة تختص بالبحث العلمي وتنمية مخرجاتها من الخريجين وخدمة المجتمع... الخ. وتهتم هذه الدراسة بتنمية مخرجات جامعة القاهرة من الخريجين بحيث يصبحوا مؤهلين تماماً للمستوى النظري والعملي لشغل فرص العمل في المجتمع وبكفاءة عالية، أو بمعنى آخر فإن نتائج هذه الدراسة يجب أن تساعد المخطط ومتخذ القرار في جامعة القاهرة لتخطيط التعليم والتدريب داخل كل كلية وتخصص طبقاً لاحتياجات سوق العمل.

وأهم المشاكل التي تواجه الخريج هي حصوله على فرصة العمل التي تتناسب مع مؤهله وتخصصه والمهارات التي اكتسبها من الجامعة، وفي نفس السياق أهم المشاكل التي تواجه الجامعة هي تخطيط مخرجات العملية التعليمية بحيث تكون متوافقة مع سوق العمل بما يتيح للخريج حل المشكلة، ووسيلة الجامعة في ذلك تكون من خلال تخطيط العملية التعليمية بحيث تضبط تدفقات الخريجين حسب المؤهل والتخصص والمهارات العملية المكتسبة بما يتوائم مع سوق العمل. وسوف تحاول هذه الدراسة الميدانية توفير المعلومات الاحصائية المناسبة بما يتيح للجامعة تخطيط العملية التعليمية طبقاً لنسق المشار إليه بعالية.

جامعة القاهرة مؤسسة تعليمية رائدة لها أهداف متعددة تختص بالبحث العلمي وتنمية مخرجاتها من الخريجين وخدمة المجتمع... الخ. وتهتم هذه الدراسة بتوفير المعلومات اللازمة تعرض تنمية مخرجات جامعة القاهرة من الخريجين بحيث يصبحوا مؤهلين تماماً نظرياً وعملياً لشغل فرص العمل في المجتمع وبكفاءة عالية، مما يؤدى إلى خفض نسبة البطالة بين هؤلاء الخريجين. وذلك تمهيداً لاقتراح التوصيات المناسبة التي تُرفع إلى متخذ القرار بالجامعة كي يتخذ

القرارات المناسبة والتي يكون من شأنها خفض أسباب البطالة العالية بين خريجي بعض الكليات، وهذه القرارات بالطبع متعددة، قد يكون بعضها بإعادة النظر في الأعداد المقبولة ببعض الكليات والمعاهد بالجامعة، أو المقررات التي تدرس بها، أو إعادة النظر في البرامج التدريبية التي يحصل عليها الخريج بكليته... الخ.

ما الذي يحتاجه الخريج لكي تكون قادراً على المنافسة في سوق العمل؟

يجب توفير البدائل التالية للخريج ليكون قادراً على المنافسة بسوق العمل:

- البديل الأول: سعة الاطلاع والثقافة العامة،
- البديل الثاني: إجادة لغة أجنبية،
- البديل الثالث: معرفة الحديث والجديد في مجال التخصص،
- البديل الرابع: استخدام الحاسب الآلي والانترنت،
- البديل الخامس: إتقان تقنيات الاتصالات المختلفة.

- أهم المواصفات المطلوب توافراها في خريجي جامعة القاهرة يتمثل في كل من: الالمام بوسائل التكنولوجيا والمهارات العامة والحياتية وكل جديد، المشاركة الايجابية والجدية والانجاز، الالمام بالجانب المعرفي والعملي والتخصص الدقيق، اتقان اللغات الأجنبية وحب التطور والاطلاع.
- وأهم المتطلبات الواجب توافرها في خريجي جامعة القاهرة يتمثل في كل من: معرفة اليات واحتياجات سوق العمل والتخصص مع ربط العلم بالواقع، استحداث وسائل التعليم وتنمية طاقة الفكر والابداع، المشاركة الايجابية والتواصل مع الطالب والاهتمام بالجانب التطبيقي، التدريب في إحدى الاماكن المرشحة بالتخصص لزيادة الوعي بالنظم الحديثة.
- وأهم الأساليب التي يمكن أن تتبعها الجامعة لتوفير إحتياجات سوق العمل تتمثل في كل من: تطوير المناهج وفقا لاحتياجات سوق العمل، الدورات التدريبة الحقيقية للتواصل بين المؤسسات والجامعة، ربط الجانب النظري بالجانب العملي مع دراسة الكمبيوتر واللغات، تنمية وصقل قدرات الخريجين وفقاً لسوق العمل.
- ضرورة أن يكون لدى الدولة خطة واضحة لإعادة تأهيل العناصر الوطنية عامة والفنية خاصة في القطاع الحكومي وغير الحكومي وفقاً لمتطلبات المجتمعلكي يمثل ذلك التزاماً

أدبياً وفعليا من قبل الدولة بضمان توفير تلك الكوادر، خاصة وأن الدراسة الميدانية كانت قد بينت أن الأغلبية العظمى من القطاعات ترغب في زيادة نسبة العمالة الوطنية مستقبلاً.

- استنباط إستراتيجية متكاملة للإصلاح الاقتصادي تكون إحدى أهم مقوماتها دعم القطاع غير الحكومي بما يزيد في قدرته التنافسية ويرفع كفاءته الإنتاجية، والتركيز بشكل خاص على أنشطة القطاعات ذات الكثافة النسبية للعمالة وخاصة العمالة الكفء (كالقطاع المالي) مع عدم اللجوء إلى تقليص العمالة الأجنبية بشكل غير مدروس.
- تحفيز القطاع غير الحكومي وإيجاد سبل رفع مستويات الاستثمار الخاص من خلال وضع البرامج وإنشاء الآليات اللازمة لذلك، كتيسير الائتمان وتشجيع البنوك على إقراض المستثمرين الصغار منهم، وإعادة النظر في التشريعات والقوانين والضوابط التي تنظم النشاط الاقتصادي حالياً والتي تكبل تطور هذا القطاع، وضرورة الإصلاح الإداري بهدف تقليص الإجراءات الإدارية التي تواجه المستثمر.

قائمة المراجع:

- Gamerman, D. Markov Chain Monte Carlo: Stochastic Simulation for Bayesian Inference. Boca Raton, FL: CRC Press, 1997.

- Gilks, W. R.; Richardson, S.; and Spiegelhalter, D. J. (Eds.). Markov Chain Monte Carlo in Practice. Boca Raton, FL: Chapman & Hall, 1996.

- Grimmett, G. and Stirzaker, D. Probability and Random Processes, 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press, 1992.

- Harary, F. Graph Theory. Reading, MA: Addison-Wesley, p. 6, 1994.
Kallenberg, O. Foundations of Modern Probability. New York: Springer-Verlag, 1997.

- Kemeny, J. G. and Snell, J. L. Finite Markov Chains. New York: Springer-Verlag, 1976.

- Papoulis, A. "Brownian Movement and Markoff Processes." Ch. 15 in Probability, Random Variables, and Stochastic Processes, 2nd ed. New York: McGraw-Hill, pp. 515-553, 1984.

- Stewart, W. J. Introduction to the Numerical Solution of Markov Chains. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1995.

مواقع الإنترنت: آخر دخول على هذا المحتوى 12 نوفمبر 2015.

بيانات البنك الدولي:

http://data.worldbank.org/country .Accessed Nov. 2012

معهد الإحصاء (اليونسكو)

http://stats.uis.unesco.org/unesco/ReportFolders/ReportFolders.aspx Accessed Nov. 2012

موقع اليونسكو:

http://www.unesco.org/new/en/unesco
Accessed April 2012

تقرير اليونسكو الصادر باللغة الإنجليزية

http://www.unesco.org/new/En/media-services
Accessed December 2012

ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION

RESEARCHES and STUDIES

SPECIALIZED SCIENTIFIC PEER REVIEWED PERIODICAL

PUBLISHED BY PAN ARAB PROGRAM FOR FAMILY HEALTH

(PAPFAM)

Our Family Health Our Nation's Wealth

IN THIS ISSUE:

- LITERATE LIFE EXPECTANCY IN EGYPT.

- POVERTY AND CHILD HEALTH IN SOMALILAND DURING THE PERIOD (2006-2011) .

-THE IMPACT OF EARLY MARRIAGE ON FERTILITY AND FAMILY PLANNING IN SYRIA, MOROCCO AND DJIBOUTI .

Volume IX - 21st Issue - January 2016

PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

Scientific committee

(in alphabetical order**)**

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

ARAB FAMILY HEALTH

AND POPULATION

Editor – in - chief

Dr. Ahmed Abdel Monem

PAPFAM Manager

Managing Editors

Rabah Halimi

Nevin Wanis

Mohammad Khalid Youssef

The views expressed in this periodical are the author's own and do not necessarily reflect the opinion or policy of the League of Arab States.

Conditions of publication

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

- **22 a, Taha Hussein Street, 3rd floor, Flat 13, Zamalek, Cairo, Egypt.**
- **Or Email: papfam@gmail..com**
- **Tele/ fax: +202 – 27383634**

ARAB FAMILY HEALTH AND POPULATION

RESEARCHS and STUDIES

SPECIALIZED SCIENTIFIC REFEREED PERIODICAL

PUBLISHED BY PAN ARAB PROJECT FOR FAMILY HEALTH

In This Issue:

Topic	Page
- Literate Life Expectancy in Egypt. Amany Y. Gad	**1-18**
- Poverty and Child Health in Somaliland during the Period (2006-2011). Mukhtar Ibrahim Batun.....	**41-19**
- The Impact of Early Marriage on Fertility in Syria, Morocco and Djibouti. Nevin Wanis…	**60-42**

Deposit Number:
G09/PER (2016) NO.21(0114)

Literate Life Expectancy in Egypt

Amany Y. Gad[1]

- Abstract

To measure the social development, a social indicator called "Literate Life Expectancy" (LLE) index, which was introduced by Lutz (1995), was used in this study to estimate the literate expectancy life in Egypt and measure the male-female difference.

The main findings of this study concluded that although females have longer life expectancy than males, the LLE is smaller than males in all age groups; this is due to the gender discrimination, because females may drop out of school at older ages, usually after primary education. It means that females would live in literate state less than males by about 10.5 years from age group (10-14) (41.31, 41.85 years for males vs. 30.84, 31.07 years for females in 2000 and 2012, respectively) to age group (35-39) (20.76, 21.08 years for males vs. 11.83, 11.95 years for females in 2000 and 2012, respectively). It seems that females and males do not modify their behavior to future education attainment. And from age group (40-44) to an open-ended age group of (75+) in 2000 and 2012, females would less likely live in literate state by about two times than that of males.

The life expectancy results reveal the improving health status of females relative to males. While the literacy level of females is appalling, this due to many social problems like early marriage, high fertility, which limit females' opportunities for continuing education and lead directly to school dropout. Since the gender gap is wide, a lot of effort has to be made to improve the literacy situation of females as well as consider this issue as a priority.

Key Words: Age Specific Mortality Rates, Age Specific Proportions of Literate, Literate Life Expectancy, Gender.

[1] Scientific Supervisor, Cairo Demographic Center. **amanygad@yahoo.com**

I- Introduction

Development can define as the expanding the choices people have, and improving their life conditions. Thus, human development is focused on people and their choices and opportunities that lead to greater well-being for all people **(UNDP, 2009)**.

Social development is one of the various dimensions of the human development. The aim of social development is to produce a social well-being that empowering people's capabilities through education and health.

Education and health are principle human right and key determents of social development through the major socioeconomic development indicators like, literacy rate, mortality rate, death rate,….etc.

To measure the social development, a social indicator called "Literate Life Expectancy" (LLE) index was used. This LLE index is the "aggregate average number of years a person lives in the literate state. LLE was developed at International Institute for Applied System Analysis (IIASA) by Lutz (1995). He composed a simple index combining life expectancy (refers to health) and literacy (refers to education) into one number. LLE can be applied to compare subgroups within one population, such as males and females, by measuring it for males and females separately, which makes it very appropriate for gender-specific analysis. This study captures the LLE indicator and the gender differences in LLE.

The LLE indicator computed using the life table method (Lutz, 1995), based on the age-specific mortality rates and the age-specific proportions of literate, which means that this indicator is based on people characteristics; literacy and mortality.

LLE has many advantages comparing with other indicators that measure the social development : one of these advantages is that not only shows the current level of social development but also projects the literate state of the individuals by age groups (Medina, 1996). Higher literate life

expectancy can show the social improvements and quality of life in a very comprehensive **(Nair, Chandran, and Aliyer, 2000)**.

1-1- Review of Literature

Several studies have been conducted in this field in some countries to measure social development including that of, Mexico **(Medina, 1996)**, India **(Nair, Chandran, and Aliyer, 2000)** and Bangladesh **(Khan and Asaduzzaman, 2007)**. India conducted more studies **(Chattopadhyay and Sinha, 2010)** & **(Choudhury and Sarmah, 2013)**, and Pakistan **(Nasir, Hinde, and Tahir, 2013)**.

Medina (1996) uses the LLE indicator which was introduced by Lutz (1995). This study assessed a three-level approach of social development in Mexico. The levels are: national, regional, and state. The main findings of this study at the national level reveal that a difference of almost 20 years of LLE at birth. At the regional level, there are large disparities among the regions in the North and the South. At the state level, the results reveal both the supremacy of the most urbanized center.

Nair, Chandran, and Aliyar (2000), this study estimated the LLE indicator for India as a measurement of social development based on the age-specific mortality rates and the age- specific proportions of literate. Data for this study were taken from the National Family Health Survey (1992/1993) reports in India. The results of this study reveal that the LLE is lower than the actual life expectancy. Life expectancy at birth is 65.4 years for the total population, 64 years for males and 67 years for females, while the LLE is 29.8 years for the total populations, 37.7 years for males and 21.1 years for females.

Khan and Asaduzzaman (2007) assessed the levels of social development in Bangladesh at the residence levels. The main findings of this study are: at the national levels, there is the significant gender difference in LLE for both rural and urban areas.

Chattopadhyay and Sinha (2010), this study captures the LLE in major states in India and the gender gap in LLE in both rural and urban areas. The results of this study indicate that there are serious gender differentials in social development specially, in states like Haryana, Bihar, Rajasthan, Medhya Pradesh and Utter Pradesh.

Choudhury and Sarmah (2013), they measure and compare the social development of female by using LLE for females living in selected districts of India (Assam, West Bengal, Kerala, Gujarat, Rajasthan and Uttar Pradesh), at primary, middle and secondary level education. The results of this study reveal that during all the three levels of education there is a significant gap of social development and quality of life among the females living in different districts of India.

Nasir, Hinde, and Tahir (2013), this study describes the calculation of the LLE as a social indicator for Pakistan and compares the situation of Pakistan with that of other countries, like Bangladesh and India.

The concept of life expectancy involves "the average length of life of a person which is influenced by social and, in a small degree, biological factor. The biological elements tend to show at an early age after birth; therefore, mortality tends to be higher during the first year of life. But what is most important is that life expectancy is driven by social positive factors, such as shelter, health care, working conditions, intellectual stimulation, and so on, and by negative aspects, such as malnutrition, poverty, armed conflict, stress, depression. Both positive and negative ingredients determine a person's quality of life. Life expectancy is also influenced by technological progress, working conditions, education, and emotional health" **(Medina, 1996).**

In Egypt, life expectancy at birth for the total population has increased from 68.37 years in 2000 to 71.12 years in 2012. For male, it was increased from 65.99 to 68.79 years vs. 70.77 to 73.52 years for female in the period of 2000-2012 (see tables (1) and (2)). This reveals the decrease in death rate and the efforts of the government to improve the provision of health services in Egypt. Although significant progress has been made to improve health system, still the quality of health services is low.

The concept of literacy, in an international context, is defined as "the ability both to read and to write" **(UN 1995a, p. 114)**. According to this definition, conventional literacy statistics that divide the population into two groups, the first group is literate and the second group is illiterate.

As per, the 2006 Population and Housing Census of Egypt (the latest census), 70.3% from population are literates (56.3% of males and 43.7% of females), literacy in Egypt is considered only for those aged 10 and above, (38.5% of males and 61.5% of females). At the national level, the male-female difference in the literacy rate has declined from 19.6% in 1996 to be 12.6% in 2006, that is due to the efforts and special attention given by the government to reduce gender disparity in education **(CAPMAS, 2006)**.

Illiteracy is one of the main serious social problems in Egypt. The size of illiteracy is still large, the number of illiterates exceeds by 17 million (29.7% from population) in 2006 despite the efforts of the government in Egypt to eradicate illiteracy. In almost all development countries, like Egypt, illiteracy still rife among females, the percentage of illiterate females is higher than the percentage of illiterate males 61.5% vs. 38.5% respectively. The gap in Egypt is wide 23%, this is indicate that there is a bad need to a special attention should be given by the government and NGOs to make a significant contribution to the eradication of female illiteracy **(CAPMAS, 2006)**.

1-2- The Objective of the Study

The objective of the study is to assess the literate expectancy life in Egypt and measure the male-female difference.

1-3 Data Sources

The data required for this study are the age-specific mortality rates and the age-specific proportions of literate. The age-specific mortality rates were obtained from WHO datasets in 2000 and 2012, respectively, with modifying of the last open-ended age group to be 75+ instead of 100+, to corresponding with the last open-ended age group of the age-specific proportions of literate (for more details see appendix).

The age-specific proportions of literate data were obtained from the 2006 Population and Housing Census final results of Egypt, CAPMAS (the latest census). This study restricts attention to LLE at 10 years and above, as literacy below the age of 10 years is not available (literacy in Egypt is considered only for those aged 10 and above).

1-4- Methodology

The estimation of literate life expectancy follows the ordinary life table method that using the age-specific mortality rates to estimate the number of person's years of life that would be lived in each age group by a specific number of births.

The calculation of LLE is described as follows:

- In the life table, the total number of person years living in age group x (L_x) is multiple by the proportions of literate in each age group PL_x to provide the expected number of person years to be lived in the literate stat in each age group (LL_x). The formula of the LLE indicator as follows: **(Nasir, Hind and Tahir, 2013).** $(L_x)\ (PL_x) = LL_x$

- The literate life expectancy at age x years can be calculated by dividing the cumulative literate person years (LT_x) by the number of survivors to age x (I_x), which means: $LLE = LT_x / I_x$.

A full description of both ordinary life table and literate life table is given in the appendix.

II- Results and Discussion

The analysis of the LLE results at the national level seeks to highlight and motivate the awareness of policy makers about the gender gap discrimination, especially, in the aspect of education services.

Table (1) and table (2) present calculations of the LLE for Egypt based on the recent available age-specific mortality rates 2000 and 2012, respectively and the proportions of literate 2006. Results are presented for males, females and the total population respectively.

From tables (1) and (2), it show that there is a slightly improvement in the age-specific mortality over all age groups, especially < 5 years, between 2000 and 2012. The life expectancy at birth for the total population was continuous improvement in the period from 2000 to 2012; however the rate of improvement was slowing down. In the last twelve years, male life expectancy at birth has improved by about 4.24%, female by about 3.70% and about 4% for the total population.

The gender gap in life expectancy at birth (e_x) is about 5 years (the females have longer live expectancy than males) in 2000 and 2012. In 2000, the life expectancy at birth is 65.99 years for males vs. 70.77 for females. In 2012, the life expectancy is 68.79 years for males vs. 73.52 years for females. In 2000, this gap remains constant almost all age groups except in the last four groups, while in 2012 this gap remains constant for the first eight groups, but for the rest groups the gap began to be closed (see figures (1) and (2)).

In general, the literate life expectancy is lower than the actual life expectancy. In 2006 the LLE, using the ordinal life table in 2000 and 2012 respectively, is only 34.54, 36.89 years respectively at age group (10-14) for the total population (since literacy in Egypt is considered only for those at the age 10 and above), and about 41.31, 41.85 years respectively, for males vs. 30.84, 31.07 years for females respectively, while the life expectancy at the same age group (10-14) is 61.81, 62.80 respectively, for the total population, 59.46, 60.52 and 64.18, 65.15 years for males and females respectively. The difference of LLE at age group (10-14) between males and females is almost 10.5 years. Interestingly, the gender gap remains constant is almost all age groups until (35-39) age group, after (40-44) age group the LLE differentiable is close to double.

Then the main findings concluded that although females have longer life expectancy than males, the LLE is smaller than males in all age groups, this is due to the gender discrimination, because females may drop out of school at older ages, usually after primary education. It means that females would live in literate state less than males by about 10.5 years from age group (10-14) (41.31, 41.85 years for males vs. 30.84, 31.07 years for females in 2000 and 2012, respectively) to age group (35-39) (20.76, 21.08 years for males vs. 11.83, 11.95 years for females in 2000 and 2012, respectively). It seems that females and males do not modify their behavior to future education attainment. And from age group (40-44) to an open-ended age group of (75+) in 2000 and 2012, females would less likely live in literate state by about two times than that of males (see figures (3) and (4)).

In this analysis, the life expectancy results reveal the improving health status of females relative to males. While the literacy level of females is appalling, this is due to the lack of the basic social services like early marriage, high fertility, which limit females' opportunities for continuing education and lead directly to drop out of school. Since the gender gap is wide, a lot of effort has to be made to improve the literacy situation of females as well as consider this issue as a priority.

Table (1)
Literate Life Expectancy for Males, Females and the Total Population in Egypt, 2006, using Ordinary Life Table, 2000.

	Ordinary Life Table							Literate Life Table			
Age Group (x)	${}_nm_x$	${}_nq_x$	l_x	${}_nd_x$	${}_nL_x$	${}_nT_x$	e_x	PL_x	LL_x	LT_x	LLE
Male											
<1	0.039	0.038	100000	3760	96616	6598771	65.988	0.000	0	3920899.811	39.209
1-4	0.002	0.009	96240	900	382752	6502155	67.562	0.000	0	3920899.811	40.741
5-9	0.001	0.004	95340	417	475659	6119403	64.185	0.000	0	3920899.811	41.125
10-14	0.001	0.004	94923	340	473767	5643744	59.456	0.964	456711.388	3920899.811	41.306
15-19	0.001	0.005	94584	491	471763	5169977	54.660	0.904	426473.752	3464188.423	36.626
20-24	0.001	0.007	94093	692	468805	4698214	49.932	0.851	398953.055	3037714.671	32.284
25-29	0.002	0.009	93401	801	465057	4229409	45.282	0.809	376231.113	2638761.616	28.252
30-34	0.002	0.01	92600	958	460674	3764352	40.652	0.782	360247.068	2262530.503	24.433
35-39	0.002	0.012	91642	1133	455502	3303678	36.050	0.741	337526.982	1902283.435	20.758
40-44	0.004	0.018	90509	1628	448812	2848176	31.468	0.701	314617.212	1564756.453	17.288
45-49	0.007	0.034	88880	3062	437498	2399364	26.996	0.660	288748.680	1250139.241	14.065
50-54	0.013	0.061	85818	5265	416764	1961866	22.861	0.617	257143.388	961390.561	11.203
55-59	0.017	0.082	80554	6597	387018	1545102	19.181	0.564	218278.152	704247.173	8.743
60-64	0.026	0.121	73957	8973	348438	1158084	15.659	0.520	181187.760	485969.021	6.571
65-69	0.039	0.18	64984	11684	296897	809646	12.459	0.438	130040.886	304781.261	4.690
70-74	0.062	0.27	53300	14375	231446	512749	9.620	0.377	87255.142	174740.375	3.278
75+	0.138	1	38925	38925	281303	281303	7.227	0.311	87485.233	87485.233	2.248
Female											
<1	0.035	0.034	100000	3440	96904	7077703	70.777	0.000	0	2941041.260	29.410
1-4	0.002	0.009	96560	910	383940	6980799	72.295	0.000	0	2941041.260	30.458
5-9	0.001	0.003	95650	299	477505	6596859	68.969	0.000	0	2941041.260	30.748
10-14	0.000	0.002	95352	226	476193	6119354	64.176	0.945	450002.385	2941041.260	30.844
15-19	0.001	0.003	95126	273	474975	5643161	59.323	0.861	408953.475	2491038.875	26.187
20-24	0.001	0.004	94853	375	473372	5168186	54.486	0.771	364969.812	2082085.400	21.951
25-29	0.001	0.005	94477	498	471202	4694814	49.693	0.687	323715.774	1717115.588	18.175
30-34	0.001	0.007	93979	669	468288	4223612	44.942	0.618	289401.984	1393399.814	14.827
35-39	0.002	0.008	93319	785	464656	3755324	40.242	0.513	238368.528	1103997.830	11.830
40-44	0.002	0.011	92525	1011	460284	3290668	35.565	0.445	204826.380	865629.302	9.356
45-49	0.004	0.021	91514	1886	453309	2830384	30.928	0.377	170897.493	660802.922	7.221
50-54	0.007	0.036	89629	3187	440709	2377075	26.521	0.317	139704.753	489905.429	5.466
55-59	0.010	0.049	85442	4217	422276	1936366	22.663	0.268	113169.968	350200.676	4.099
60-64	0.016	0.077	82225	6334	396321	1514090	18.414	0.229	90757.509	237030.708	2.883
65-69	0.026	0.121	75891	9161	358012	1117769	14.729	0.163	58355.956	146273.199	1.927
70-74	0.044	0.201	66730	13393	301946	759757	11.386	0.135	40762.710	87917.243	1.318
75+	0.117	1	53337	53337	457811	457811	8.583	0.103	47154.533	47154.533	0.884
Total											
<1	0.037	0.036	100000	3604	96756	6836471	68.365	0.000	0	3286224.520	32.862
1-4	0.002	0.009	96396	905	383331	6739715	69.917	0.000	0	3286224.520	34.091
5-9	0.001	0.004	95491	359	476559	6356384	66.565	0.000	0	3286224.520	34.414
10-14	0.001	0.003	95132	284	474950	5879825	61.807	0.955	453577.250	3286224.520	34.544
15-19	0.001	0.004	94848	384	473328	5404875	56.985	0.883	417948.624	2832647.270	29.865
20-24	0.001	0.006	94464	538	471033	4931547	52.206	0.812	382478.796	2414698.646	25.562
25-29	0.001	0.007	93925	694	468052	4460514	47.490	0.747	349634.844	2032219.850	21.637
30-34	0.002	0.009	93271	818	464379	3992462	42.805	0.702	325994.058	1682585.006	18.040
35-39	0.002	0.01	92453	964	159952	3528083	38.161	0.626	100129.952	1356590.948	14.673
40-44	0.003	0.015	91489	1327	454390	3068131	33.536	0.575	261274.250	1256460.996	13.733
45-49	0.006	0.028	90163	2500	445169	2613741	28.989	0.522	232378.218	995186.746	11.038
50-54	0.010	0.048	87662	4244	428393	2168572	24.738	0.468	200487.924	762808.528	8.702
55-59	0.013	0.065	83418	5394	404300	1740179	20.861	0.427	172636.100	562320.604	6.741
60-64	0.021	0.098	78025	7646	372095	1335879	17.121	0.382	142140.290	389684.504	4.994
65-69	0.032	0.148	70379	10403	327245	963784	13.694	0.310	101445.950	247544.214	3.517
70-74	0.052	0.231	59976	13868	266555	636541	10.613	0.258	68771.190	146098.264	2.436
75+	0.125	1	46108	46108	369986	369986	8.000	0.209	77327.074	77327.074	1.677

Sources: 1) The age-specific mortality rates were obtained from WHO datasets, 2000, with modifying of the last open age group to be 75+ instead of 100+ (for more details see appendix).

2) The age-specific proportions of literate data were obtained from the 2006 Population and Housing Census final results of Egypt, CAPMAS.

Table (2)
Literate Life Expectancy for Males, Females and the Total Population in Egypt, 2006, using Ordinary Life Table, 2012

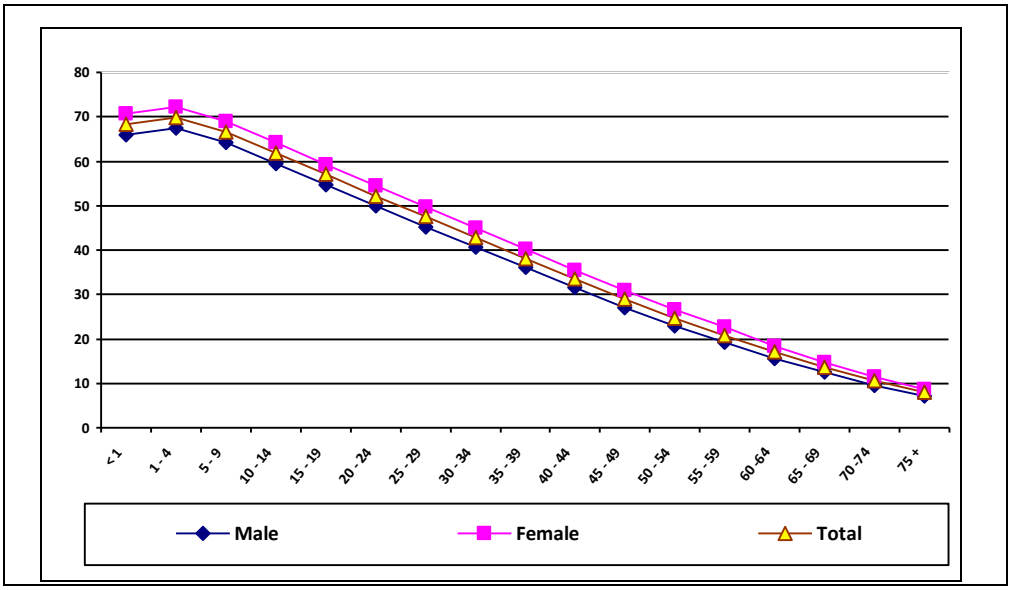
	Ordinary Life Table							Literate Life Table			
Age Group (x)	nmx	nqx	lx	ndx	nLx	nTx	ex	PLx	LLx	LTx	LLE
Male											
<1	0.019	0.019	100000	1870	98317	6879222	68.792	0.000	0	4081137.500	40.811
1-4	0.001	0.003	98130	334	391714	6780905	69.101	0.000	0	4081137.500	41.589
5-9	0.001	0.003	97796	290	488252	6389191	65.332	0.000	0	4081137.500	41.731
10-14	0.001	0.003	97505	244	486916	5900939	60.519	0.964	469387.024	4080147.736	41.846
15-19	0.001	0.004	97261	382	485416	5414023	55.665	0.904	438816.064	3610760.712	37.124
20-24	0.001	0.006	96879	560	483057	4928607	50.874	0.851	411081.507	3171944.648	32.741
25-29	0.001	0.007	96319	648	480024	4445550	46.154	0.809	388339.416	2760863.141	28.664
30-34	0.002	0.008	95671	800	476416	3965526	41.450	0.782	372557.312	2372523.725	24.799
35-39	0.002	0.01	94871	935	472130	3489110	36.777	0.741	349848.33	1999966.413	21.081
40-44	0.003	0.015	93936	1417	466469	3016980	32.117	0.701	326994.769	1650118.083	17.566
45-49	0.006	0.031	92519	2865	456195	2550512	27.567	0.660	301088.7	1323123.314	14.301
50-54	0.012	0.057	89654	5080	436416	2094317	23.360	0.617	269268.672	1022034.614	11.400
55-59	0.016	0.075	84574	6378	407704	1657901	19.603	0.564	229945.056	752765.942	8.901
60-64	0.024	0.115	78196	9016	369645	1250198	15.988	0.520	192215.4	522820.886	6.686
65-69	0.038	0.174	69181	12018	317149	880552	12.728	0.438	138911.262	330605.486	4.779
70-74	0.060	0.26	57163	14885	249630	563404	9.856	0.377	94110.51	191694.224	3.353
75+	0.135	1	42278	42278	313774	313774	7.422	0.311	97583.714	97583.714	2.308
Female											
<1	0.017	0.003	100000	294	98470	7352151	73.522	0.000	0	3038465.660	30.385
1-4	0.001	0.002	98300	198	392463	7253681	73.791	0.000	0	3038465.660	30.910
5-9	0.000	0.002	98006	153	489535	6861218	70.008	0.000	0	3038465.660	31.003
10-14	0.000	0.002	97808	186	488656	6371683	65.145	0.945	461779.920	3039117.559	31.072
15-19	0.000	0.003	97655	276	487832	5883027	60.243	0.861	420023.352	2577337.639	26.392
20-24	0.001	0.004	97469	375	486696	5395195	55.353	0.771	375242.616	2157314.287	22.133
25-29	0.001	0.005	97193	525	485078	4908499	50.503	0.687	333248.586	1782071.671	18.335
30-34	0.001	0.006	96818	622	482832	4423421	45.688	0.618	298390.176	1448823.090	14.964
35-39	0.001	0.009	96293	849	479972	3940589	40.923	0.513	246225.636	1150432.914	11.947
40-44	0.002	0.018	95671	1745	476414	3460618	36.172	0.445	212004.230	904207.278	9.451
45-49	0.004	0.032	94821	3019	470205	2984204	31.472	0.377	177267.285	692203.048	7.300
50-54	0.007	0.046	93076	4119	458373	2513999	27.010	0.317	145304.241	514935.763	5.532
55-59	0.009	0.073	90057	6247	440619	2055626	22.826	0.268	118085.892	369631.522	4.104
60-64	0.015	0.115	85938	9138	415120	1615007	18.793	0.229	95062.480	251545.630	2.927
65-69	0.024	0.192	79691	13515	377112	1199887	15.057	0.163	61469.256	156483.150	1.964
70-74	0.042	0.308	70553	17543	320877	822775	11.662	0.135	43318.395	95013.894	1.347
75+	0.296	1	57040	57040	501898	501898	8.799	0.103	51695.494	51695.499	0.906
Total											
<1	0.018	0.018	100000	1787	98392	7112316	71.123	0.000	0	3602808.139	36.028
1-4	0.001	0.003	98213	315	392078	7013925	71.415	0.000	0	3602895.910	36.685
5-9	0.001	0.003	97898	245	488878	6621847	67.640	0.000	0	3602895.910	36.803
10-14	0.000	0.002	97653	200	487765	6132969	62.804	0.955	465815.575	3602895.910	36.895
15-19	0.001	0.003	97453	286	486593	5645204	57.927	0.883	429661.619	3137080.335	32.191
20-24	0.001	0.004	97167	421	484838	5158611	53.090	0.812	393688.456	2707418.716	27.864
25-29	0.001	0.005	96746	513	482503	4673773	48.310	0.747	360429.741	2313730.260	23.916
30-34	0.001	0.007	96233	664	479567	4191270	43.553	0.702	336656.034	1953300.519	20.298
35-39	0.002	0.008	95569	780	475982	3711703	38.838	0.626	297964.732	1616644.485	16.916
40-44	0.002	0.012	94789	1142	471348	3235721	34.136	0.575	271025.100	1318679.753	13.912
45-49	0.005	0.025	93648	2326	463039	2764373	29.519	0.522	241706.358	1047654.653	11.187
50-54	0.009	0.045	91321	4080	447109	2301334	25.200	0.468	209247.012	805948.295	8.825
55-59	0.012	0.061	87241	5292	423701	1854225	21.254	0.427	180920.327	596701.283	6.840
60-64	0.02	0.094	81949	7670	391721	1430524	17.456	0.382	149637.422	415780.956	5.074
65-69	0.03	0.142	74279	10547	346457	1038803	13.985	0.310	107401.670	266143.534	3.583
70-74	0.05	0.222	63731	14147	284771	692346	10.864	0.258	73470.918	158741.864	2.491
75+	0.122	1	49584	49584	407575	407575	8.220	0.209	85183.175	85270.946	1.720

Sources:

1) The age-specific mortality rates were obtained from WHO datasets, 2012, with modifying of the last open age group to be 75+ instead of 100+ (for more details see appendix).

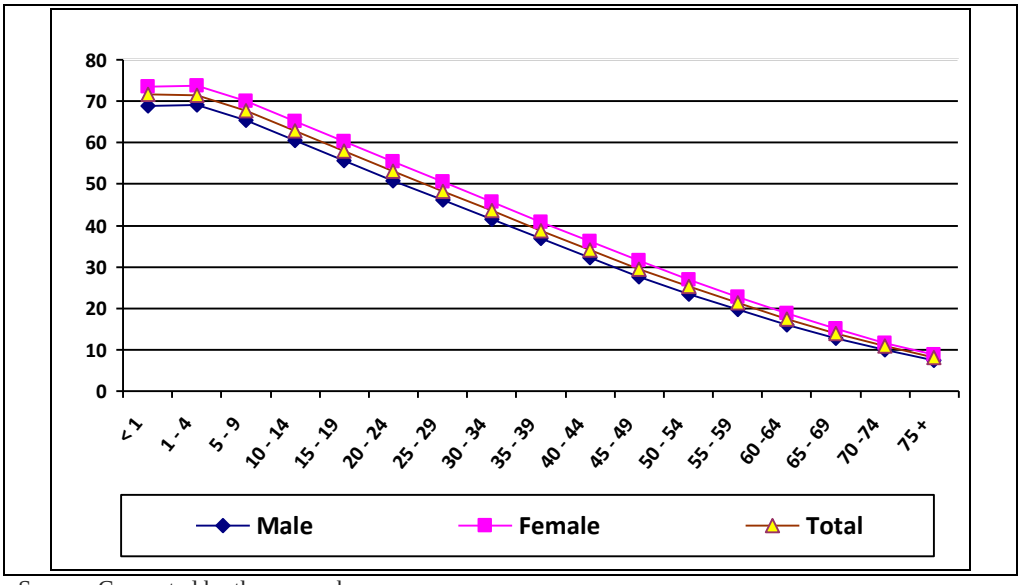
2) The age-specific proportions of literate data were obtained from the 2006 Population and Housing Census final results of Egypt, CAPMAS.

Figure (1)
Life Expectancy at Birth in Egypt, 2000.



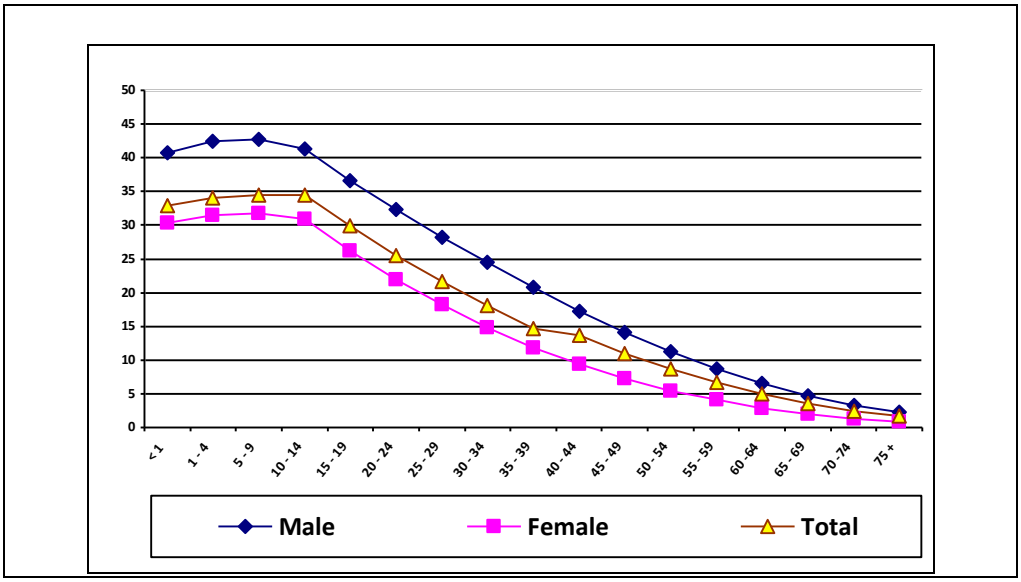
Source: Computed by the researcher.

Figure (2)
Life Expectancy at Birth in Egypt, 2012.



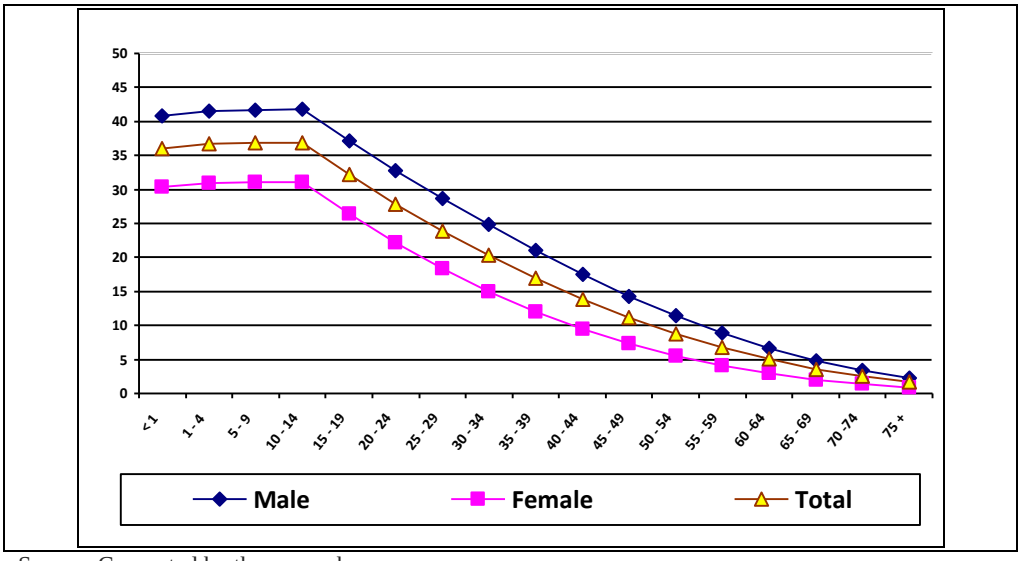
Source: Computed by the researcher.

Figure (3)
Literal Life Expectancy in Egypt, 2006, using Age- Specific Mortality Rates, 2000.



Source: Computed by the researcher.

Figure (4)
Literal Life Expectancy in Egypt, 2006, using Age- Specific Mortality Rates, 2012.



Source: Computed by the researcher.

III- Conclusion and Recommendations

3-1 Conclusion

Education and health are the main pillars of social development. To measure the social development, an innovative social indicator called "Literate Life Expectancy" (LLE) index was used in this study to assess the literate expectancy life in Egypt and measure the male-female difference.

The main findings of this study concluded that although females have longer life expectancy than males, the LLE is smaller than males in all age groups, this is due to the gender discrimination, because females may drop out of school at older ages, usually after primary education. It means that females would live in literate state less than males by about 10.5 years from age group (10-14) (41.31, 41.85 years for males vs. 30.84, 31.07 years for females in 2000 and 2012, respectively) to age group (35-39) (20.76, 21.08 years for males vs. 11.83, 11.95 years for females in 2000 and 2012, respectively). It seems that females and males do not modify their behavior to future education attainment. And from age group (40-44) to an open-ended age group of (75+) in 2000 and 2012, females would live less likely in literate state by about two times than that of males.

The life expectancy results reveal the improving health status of females relative to males. While the literacy level of females is appalling this is due to the lack of the basic social services like early marriage, high fertility, which lead directly to drop out of school. Since the gender gap is wide, a lot of effort has to be made to improve the literacy situation of females as well as consider this issue as a priority.

3-2 Recommendations

Based on the above main findings derived from this study, the following are important recommendations that improve the literate life expectancy in Egypt and reduce the gender gap between males and females. Since health and literacy state are the principle components for improving the literate life expectancy, especially, for females, then the

recommendations will be divided into two parts; the first relates to health services and the second part relates to education services.

- **Health services:**

- Improving public health services by increasing the resources that are allocated to raising life expectancy at birth, reduce the infant mortality rate, and encouraging females to access reproductive health services for achieving desired family size
- Expanding the social health insurance for its entire citizen based on the family as the basic unit.
- Strengthening management systems and continuing training for doctors to ensure quality of health care.
- Paying attention to improving the quality of delivery care, especially, for maternal and child health services.

- **Education services:**

- Extending the service to one-class schools and the community schools which were established for females' education, especially, in densely populated poor areas to narrow the gap between males and females.
- Providing awareness programs of the females' families about the importance of continuing females' education, also putting programs of adult education that help parents get rid of illiteracy.
- Empowering the government and the NGOs efforts to play a significant role to eradicate the illiteracy, especially, for females.
- Providing modern educational materials and qualifying teachers to perform their role in eradication the illiteracy with the best way.
- Improving schools quality to reduce dropout, especially, for females.

- List of References

- **Center Agency for Public Mobilization and Statistics (CAPMAS),** "The Final Results of the 1996 Population and Housing Census of Egypt".

- **Center Agency for Public Mobilization and Statistics (CAPMAS),** "The Final Results of the 2006 Population and Housing Census of Egypt".

- **Chattopadhyay, A. and Sinha, K. C. (2010)**. "Spatial and Gender Scenario of Literate Life Expectancy at Birth in India". Asia-Pacific Journal of Public Health, 22(4), pp. 477-491.

- **Choudhury, L. and Sarmah, G. R**. **(2013)**. "Female Literate Life Expectancy by Education Level: A District Level Study for Assam and some Selected States in India". IOSR Journal of Humanities and Social Science, 11(6), pp.36-50.

- **Khan, H. R. and Asaduzzaman, Md. (2007).** "Literate Life Expectancy in Bangladesh: A New Approach of Social Indicator". Journal of Data Science 5, pp. 131-142.

- **Lutz, W. (1995)**. "Literate Life Expectancy", Laxenburg, Augtria, International Institute of Applied System Analysis [IIASA], POPNET, No. 26 (winter).

- **Medina, S. (1996).** "Implementing a New Indicator of Social Development in Mexico: Literate Life Expectancy (LLE)". Laxenburg, Austria: International Institute for Applied Systems Analysis [IIASA]; 1996. IIASA Working Paper, pp. 96-103.

- **Nair, P. M., Chandran, S. A. and Aliyar, S. (2000)**. "Literate Life Expectancy in India". Demography in India, 29 (1), pp. 117-128.

- **Nasir, J., Hinde, A. and Tahir, M. H. (2013).** "Demographic Dividend and Literate Life Expectancy: The Case of Pakistan". African Journal of Business Management, 7(26), pp. 2592-2596.

- **United Nations. (1995a). Demographic Yearbook 1993.** New York: United Nations, "Department for Economic and Social Information and Policy Analysis".

- **United Nations Development Programme (UNDP). (2009)**. Human Development Report 2009. "Overcoming Barriers: Human Mobility and Development". New York: Oxford University Press.

- **World Health Organization (WHO),** Age-Specific Mortality Rates (Egypt), 2000 and 2012. Available online at :"www.who.int/gho/countries/egy/en"

- Appendix

Tables (1) and (2) show the ordinary life expectancy and the new indicator literate life expectancy. First table gives the life expectancy using the age-specific mortality rates, 2000 and LLE, using the age-specific proportions of literate, 2006 for males, females and the total population separately. Second table gives the life expectancy using the age-specific mortality rates, 2012 and LLE, using the age-specific proportions of literate, 2006 for males, females and the total population separately.

- **Description of ordinary life table and literate life table calculations:**

Column 1: age group (x) = ages are in interval except the final age which is open ended (75+; persons of age 75 and more than 75). For each of the above life table the age structure is the same. This study modified the last open age group in the ordinary life table, which estimated by WHO datasets to be 75+ instead of 100+, to corresponding with the last open age group of the age-specific proportions of literate, which obtained from the 2006 Population and Housing Census final results of Egypt.

Column 2: ${}_nm_x$, is defined as age specific death rate and is calculated as per the below method ${}_nm_x = {}_nd_x / {}_nL_x$. Where, ${}_nd_x$ are deaths in the interval x to $x+n$ and ${}_nL_x$ is the mid year population in the interval x to $x+n$. For example in table (1) (for males): ${}_nm_x$ is .039 at birth, which is calculated dividing 3760 by 96616. The ${}_nm_x$'s used in the life table have been estimated by WHO datasets.

Column 3: ${}_nq_x$, is proportion of those alive at age x dying in the interval x to $x+n$. These are derived from the corresponding age specific death rates of the population. For example in table (1) (for males): ${}_nq_x$ is 0.038 at birth, which is calculated dividing 3760 by 100000. The ${}_nq_x$'s used in the life table have also been estimated by WHO datasets.

Column 4: l_x, is the number of persons surviving at exact age x out of the radix 100000. For example as in the table (1) (for males): the number 94923 at age group (10-14) and is calculated by (95340-417),…, and so on.

Column 5: ${}_nd_x$, is the number of persons among l_x persons reaching age x who die before reaching $x + n$. Thus ${}_nd_x = l_x - l_{x+n}$. As in table (1) (for males): ${}_nd_x$ is 3760 at birth and is calculated by 100000-96240 ($l_{<1} - l_{1-4}$). For the last open age group 75+, d (75+) = $\sum_{75}^{100} {}_nd_x$ =38925.

Column 6: ${}_nL_x$, is the person years lived from age x to $x+n$. For example, as in the table (1) (for males): ${}_nL_x$ is about 475659 at age group (5-9), which has been calculated by
(5/2)($l_x + l_{x+5}$). For the last open age group 75+, L (75+) = $\sum_{75}^{100} {}_nL_x$ =281303.

Column 7: ${}_nT_x$, is the number of years lived by the group from the age x until all of them die. By another words, it is in fact the cumulative of the ${}_nL_x$ column. For example, As example in table (1) (for males): ${}_nT_x$ at age group (55-59) is 1545102 which is the summation of ${}_nL_x$'s at age groups (55-59), (60-64), (65-69), (70-74), (75+), i.e. 1545102 = 387018+348438+296897+231446+281303.

Column 8: e_x, is the average length of life remaining to persons who attain the exact age x. It is estimated by dividing ${}_nT_x / I_x$. For example, as in the table (1) (for males): e_x at birth is 65.988, (dividing 6598771 by 100000). The meaning of this figure is that a person at birth yet to be lived on an average 65.988 years.

Column 9: PL_x, is age-specific proportions of literate and is calculated dividing the literate persons of the age interval x to $x + n$ by the total population (both literate and illiterate) of that interval. The PL_x's used in the life table have been obtained from the 2006 Population and Housing Census final results of Egypt.

Column 10: LL_x, is literate person years lived at age x and is calculated by multiplying L_x by the PL_x. As in table (1) (for males): the LL_x is 456711 at age group (10-14) is calculated multiplying 473767 (${}_nL_x$) by 0.964 (PL_x).

Column 11: LT_x, is the literate person years lived after exact age x. It is in fact the cumulative of the LL_x column. For example in table (1) (for males): LT_x at age

group (55-59) is 704247.173 which is the summation of LL_x*'s* against age groups (55-59), (60-64), (65-69),
(70-74) and (75+), i.e. (704247.173 = 218278.152+181187. 760+130040.886+87255.142+
87485.233).

Column 12: *LLE*, is the literate life expectancy at exact age *x*. It is estimated dividing LT_x by I_x. For example in table (1) (for males): LLE at age group (10-14) is 41.306, (dividing 3920899.81 by 94923). The meaning of this figure is that a person at age group (10-14) will be lived on an average 41.306 years in literate state.

Poverty and Child Health in Somaliland during the Period (2006-2011)[1]

Mukhtar Ibrahim Batun[2]

- Abstract

The Main Objective of this research is to examine the relationship between Poverty and child health by applying some socio-economic variables (education, place of residence, wealth index), demographic, and environment factors in Somaliland.

The main findings concluded that The Educational levels of the household members are one of the determinants of its poverty level, The high growth-poverty elasticity implies the poverty rate in Somaliland is expected to be quite sensitive to economic fluctuations, including rapid changes in growth, Immunization coverage was assessed according to children completed all required vaccines, The vaccinations coverage did not vary much between boys and girls. For all vaccines, vaccination coverage was higher in urban areas compared to rural areas, and it increases with mother's education, Also the major factors that affect the incidence of diarrhea or cough morbidity are education of the mother and wealth index.

-

The main recommendations of the study are:

- Governmental and nongovernmental organizations should make policies and programs to reduce levels of poverty especially in rural areas by micro finance.
- Due to the significant relation between levels of poverty and education, place of residence so a great deal of attention should paid to Push and encourage families to prevent their children from drop out schools especially among females, equal opportunities for women like men to access employment opportunities.
- Every health facility should be provided with a trained guidance and counseling personnel to help those couples in psychological needs
- Raising the magnitude of quick consultant as soon as possible to avoid complication of child morbidity through mass media messages.
- Further qualitative in-depth analysis are required to figure out the remaining dimensions of child health, such as, health system in the country, quality of services provide and availability and accessibility.

Key words:MICS, child mortality, poverty, vaccinations coverage, Child Morbidity.

[1] **A research paper submitted to the DemographicCenter in partial fulfillment of the requirements for the completion of the Special Diploma in population and development Cairo 2015.**

[2]**Student at the DemographicCenter in Cairo, Somalia, (batuun224@hotmail.com).**

I- Introduction

Child health is considered as one of the most important component of public health, health status of child reflects the health status of the population; improved child health will help to improve the health of the rest of the population for the upcoming generations.

Health is now on the top of the international agenda than ever before, and the concern for the health of poor people is becoming a central issue in development. The nations of the world have agreed that enjoying the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief and economic or social condition. Beyond its intrinsic value for individuals, improving and protecting health is also central to overall human development and to the reduction of poverty,**(WHO, 2003).**

Poverty has been constantly present in man's history but its meaning is changing through time. Most people in traditional societies were poor and this was accepted as natural and unavoidable. The current understanding, on the contrary, is that the condition of poverty is unacceptable and that it should be possible to find the ways to eradicate it. This is based on ethical and moral considerations: the notion that all human beings are equal and should be entitled not only to civil and political rights but also to social unrest, reduces the values of goods and services, which leads to national and international migration and threatens the life styles of those who are even better off, **(Schwartzman,1998)**.

According to the United Nations Children's Fund (UNICEF) "children living in poverty are those who experience deprivation of the material, spiritual and emotional resources needed to survive, develop and thrive, leaving them unable to enjoy their rights, achieve their full potential or participate as full and equal members of society".

Many of developing countries suffer from both chronic hunger and absolute poverty. Hunger and poverty are major contributors to death and disease in poorer countries. Results derived from World Bank and World

Health Organization (WHO) studies suggest that for every million people living in absolute poverty in developing countries, there are annually at least 5,270 deaths and 183,000 Disabilities,**(WHO, 2003).**

1-1 Research problem and Importance of the study

Improving child health status, by reducing infant and child mortality is one of the most important millennium Development Goals.

The Health problems of poor do not stop at national borders. A globalised world presents new risks to health, as is indicated by the rapid spread of HIV/AIDS or the threat of bioterrorism. At the same time, it provides opportunities to prevent, treat or contain disease. Development agencies and partner countries should strengthen ways of working together globally,**(WHO, 2003).**

Approximately 1.2 billion people in the world live in extreme poverty(less than one dollar per day). Poverty creates ill-health because it forces people to live in environments that make them sick, without decent shelter, clean water or adequate sanitation,**(UNICEF, 2006).**

Approximately,43% of Somalia's population lives below the poverty line. Poverty in Somalia is more pronounced in the rural areas than in the urban regions. People are dying due to hunger and illness is steeply on the rise. The comparatively stronger section of the population have dominated the less privileged and confiscated their agricultural lands. Illness and famine is reigning supreme in Somalia. For this reason, many people of Somaliland have shifted their base and moved away to adjoining nations.**(World Bank, 2013).**

Naturally, the social effects of poverty also lead to changes in general behavior within society. Among the additional social effects of poverty the fact that leads to the weakening and marginalization of particular social groups, mainly women, young people and children. It makes their lives more difficult. Somaliland government face particular challenges: Achieving better health for poor people requires going well beyond the

health sector to take action in related areas such as peace, education, water and sanitation. It also entails looking beyond national programs to global policies with implications for health,**(World Bank, 2013).**

1-2 Objectives of the Study

The Main Objective of this research is to examine the relationship between Poverty and child health by applying some socio-economic variables (education, place of residence, wealth index), demographic, and environment factors in Somaliland.The specific objectives include:

- Examining levels and changes in child health; i.e. child mortality, morbidity and malnutrition in Somaliland 2006 and 2011.
- To describe the poverty level in Somaliland.
- Examining determinants of child health in Somaliland.

1-3 Methodology

This study contain both descriptive and binary logistic regression analysis; the descriptive analysis is demonstrated in levels and trends of infant and under five child mortality and immunization; binary logistic regression was applied to determine factors affecting child morbidity:

- **Logistic Regression**

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

  The Logistic Model:

  $$\mathbf{Z = \alpha + \beta_1\chi + \beta_2\chi_2}$$

  The logistic function:

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

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

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

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

Where:

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

P: The Probability of Child health.

α: Constant term.

βi: The logistic coefficient.

χi: Independent variables.

Z: The linear combination of the independent variables.

Source: (Kleinbaum, 1994).

1-4 Data Source and limitation

The main data sources of this study are the Somaliland 2011 Multiple Indicator Cluster Survey and Somalia 2006 Multiple Indicator Cluster Survey, The Somaliland 2011 Multiple Indicator Cluster Survey was implemented by UNICEF Somalia and Somaliland, Ministry of National Planning and Development as part of the global UNICEF MICS programs

The Somaliland Multiple Indicator Survey is a representative sample survey of 4,924 households, out which 4,820 were successfully interviewed, 5,865 women age 15 – 49 and 4,672 children age less than five years. The primary purpose of MICS is to provide policy makers and planners with reliable and detailed information needed to monitor the situation of women and children. It also provides information on childmortality, nutrition, child health, water and sanitation, reproductive health, child development, literacy and education, child protection, HIV/AIDS and orphan hood and access to mass media and use of information and communication technology.

The Somali MIC III Survey was conducted in 2006, with cooperation between Pan Arab Project for Family Health(PAPFAM), Ministry of Planning and International Cooperation, Transitional Federal Government of Somalia, Ministry of National Planning and coordination, Somaliland, and Ministry of Planning and International Cooperation, Puntland.

The limitation of the data used in this study was, that the two surveys covered only children under 5 years whose mothers living within the households while children whose mothers are divorced or widowed were excluded from the survey.

Since, there is no direct information to measure poverty, wealth index was computed and used as a proxy measure of poverty and there is no data of nutritional status of children survey of Somaliland MICS 2011

1-5 Literature Review

Mosley and Chen(1984); the key concept in the Mosley/Chen framework involves a redefinition of "cause of Death", most biomedical and social scientists identify such conditions as infectious diseases and malnutrition as the main "Cause" of high infant and child mortality in poor populations. Biologically this is correct, but the observation is not much more useful than to say that pregnancies are a "Cause" of birth rates. It is important to note that both pregnancies and diseases are consequences of biosocial interactions. A fruitful approach to a study of the "Causes" of either fertility or mortality in populations is to define and measure these interactions.

The framework proposed by Mosley and Chen shows how these five proximate determinants (Maternal factors, Environmental contamination, Nutrient deficiency, Injury and personal illness control) operate on the health dynamics of population, all proximate determinants in the first four groups influence the rate of shift of healthy individuals rate of illness(through prevention) and the rate of recovery(through treatment).

El-Deeb, B. et al.(2005); studied child health in Egypt, covering infant and child mortality, immunization and nutritional status of improvement in child health indicators; infant and under five mortality declined dramatically in the last decade, where infant mortality declined by around 30%,(from 62 per 1000 in 1990 to 38 per 1000 in 2001);under five mortality declined from a level of 85 per 1000 to 46 per 1000 during the same period, also there is no evidence of gender differentials; however, there is evidence that infant and child morality is higher in some groups, rural upper Egypt, poorer households, less educated mothers and close birth intervals.

Salem,M. (2011), explained the relationship between the poverty and maternal and child health care services utilization in Egypt (2000-2008) and examined how the other socio-economic and demographic characteristics affect the level of this relation between poverty, maternal and child health

care utilization status and its trend over time, the results of the analysis of logistic regression support the descriptive analysis findings. And used the logistic regressions to define the determinates of maternal and child health, reveal that wealth index has the highest positive effect among all the independent variables in affecting all measures of maternal and of child care services utilization followed by educational level of mothers, mother's work status and type of place of residence while father occupation in all models has no affect on maternal and health care services utilization.

World Bank (2008), the poor have lower access to health services, leading to higher maternal and child mortality rates, and high fertility rates. High fertility rates among the poor were combined with less access to prenatal care and medically supervised deliveries – which together would contribute to higher maternal, infant and child deaths. The 2005 Household Income, Expenditure and Consumption survey (HIECS), which provides information on pre and antenatal care shows that 30% of the poor in urban areas and 34% in rural areas did not receive any prenatal care respectively. Moreover, child births were supervised by physicians for some 65% of the poor in urban areas and just 44% in the rural areas. In addition, 71% of the poor in the urban and 68% of the poor in rural areas depended on public health facilities for providing delivery services.

1-6- Conceptual Framework

The study focuses on Child Health in general and factors affecting child mortality in particular. The framework is intended to advance research on social policies and medical interventions to improve child survival. Through the framework, the approximate determinants have been classified into five categories, and socio-economic determinants into three broad categories.

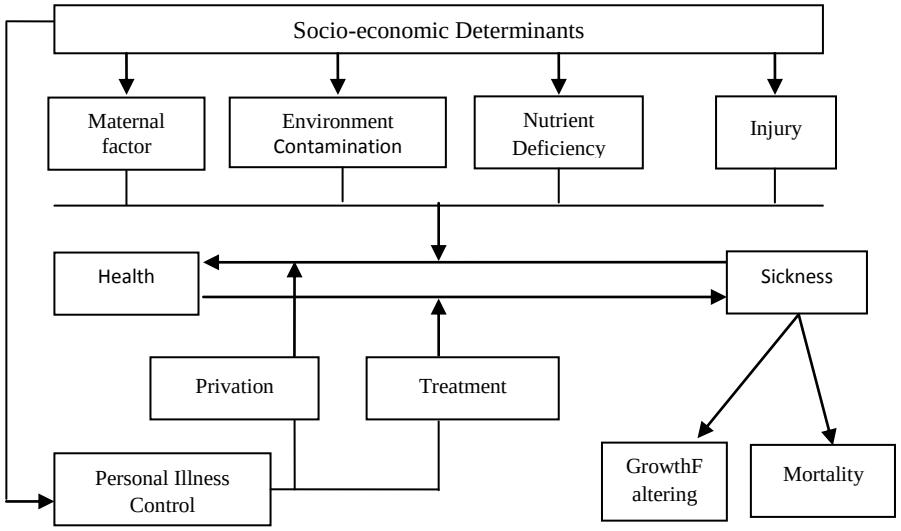
- **Proximate Determinants**
  1- Maternal factors: (age, parity, and birth interval).
  2- Environmental contamination factors: (air, food, water, fingers, skin, soil, and insect vector).
  3- Nutrient availability factors: (calories, protein, vitamins and minerals).
  4- Injury factors: (accident, intentional).

5- Personal illness control factors: (personal prevention measures and medical treatment).

- **Socio-Economic Determinants**
  1- Individual-level variables: (fathers' and mothers' productive capacity).
  2- Household-level variables: (income, wealth, traditions, norms and attitudes).
  3- Community-level variables: (ecological setting, political economy and health system).

The present study uses this framework with data available in the 2006 MICS with respect to all proximate determinants, in order to study the determinants of child mortality in Somalia (2011).

Figure (1)
Operation of Five Groups of Proximate Determinants on the Health Dynamics of Children

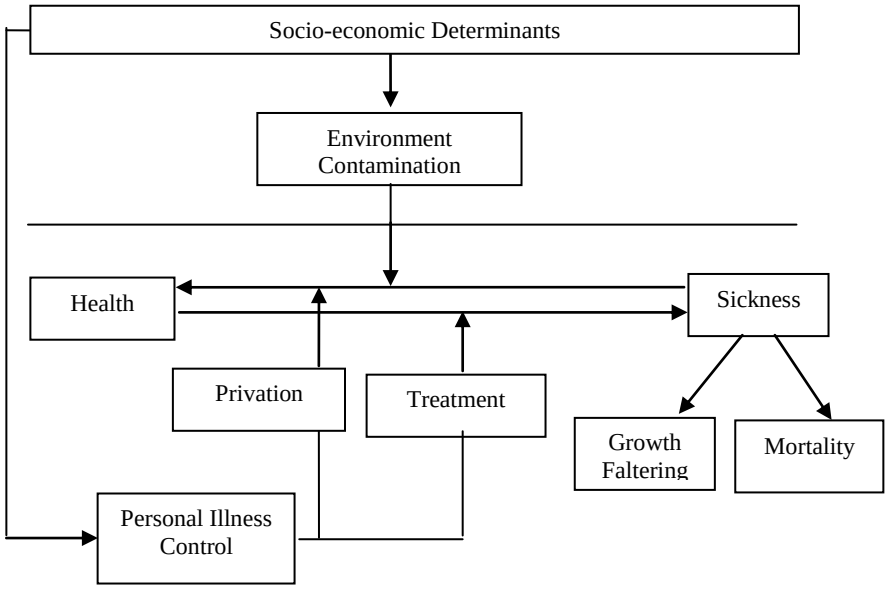


Source: Mosley and Chen, 1984.PP.29

Due to the availability of the data the conceptual Framework has been condensed is as follows:

Figure (2)

Condensed Conceptual Framework



1.7 Organization of the study

This paper consists of five sections. The first is an introduction which includes research problem, health, objectives, sources of data, analytical framework, review of literature, and methodology. Section two is identify the poverty level in Somaliland; Section three consist of trend, levels and differential of child health; the fourth section presents determinants of child health in Somaliland; The last section, contains conclusion and recommendations.

II. POVERTY IN SOMALILAND

Initial estimates suggest that poverty in urban areas of Somaliland is 29%, similar to Ethiopia (26%) but that rural poverty at 38% in Somaliland is higher. Although urban households are better off, inequality is high and similar to levels recorded in the 2005 household survey in Kenya.

Access to health services in urban areas compares well to other countries in the region, but in rural areas most births are at home without a skilled attendant. Mothers are more likely to die giving birth and babies

more likely to die before their first birthday, in Somaliland than in neighboring Ethiopia or Djibouti.

Only about half of 6-13 years olds go to primary school in Somaliland, in stark contrast to 87% in neighboring Ethiopia. As current school enrollment is much lower in Somaliland than in all countries in the region, Somaliland could well have poor comparative literacy rates in the future.**(World Bank, 2014).**

Somaliland's Gini coefficient, a measure of the income gap, is 45.7 in rural areas compared to 27 in Ethiopia and 42.6 in urban centers against 37 in the neighboring country. The index ranges from 0, which represents perfect equality, to 100, which implies complete inequality, according to the World Bank.

The uneven distribution of wealth is a "major challenge," with 29% of households in urban areas and 38% in rural Somaliland living in poverty, according to a 2013 household and enterprise survey carried out by the World Bank from January to March.**(World Bank, 2014).**

2.1. Educational characteristics of the Poor

The Educational levels of the household members are one of the determinants of its poverty level. However there is also a reverse causal link between poverty and education as poverty is usually indentified as the main cause for school dropout and hence low educational attainments.

The correlation between education and welfare has important implications for policy marking in Somaliland, particularly for the distributional impact which found that education is the variable with highest correlation to poverty risk in Somaliland. Likewise, as shown in table (1), Almost 1.2% of the extremely poor population in 2011 where having higher education.

Table (1)

Percentage distribution of Educational attainment of Household members by poverty status in Somaliland (2006,2011).

Year	Educational Level	Pre-school	Primary	Secondary	Higher
2006	Poor	4.1	86.1	8.2	1.7
	Non-Poor	2.6	70.3	20.2	6.7
	Total	2.8	72	18.9	6.4
2011	Poor	1.5	90.4	7	1.2
	Non-Poor	1.6	64.5	24.3	9.7
	Total	1.5	70.5	20.3	7.7

Source: Somaliland MICS (2006, 2011).

2.2. The House holds Size of the Poor

Table (2) shows that the large families in Somaliland were more likely to be extremely poor than Smaller ones. This may be due to the number of children and elderly people in poor households are greater than those in non-poor households, this may negatively reflected on the child health.

Table (2)
Percentage Distribution of Household Size by Poverty Status According to Place of Residence, In Somaliland (2006, 2011).

Residence	Year	Poor	Non Poor
Urban	2006	1.9	98.1
	2011	4	96
Rural	2006	37.5	62.5
	2011	57.4	42.6
Total	2006	15.8	84.2
	2011	18.7	81.3

Source: Somaliland MICS (2006, 2011)

The high growth-poverty elasticity implies the poverty rate in Somaliland is expected to be quite sensitive to economic fluctuations, including rapid changes in growth.

The next in Section go in-depth the problem and examines poverty as an important determinant of child health in Somaliland according to some demographic and socio-economic factors as (child Sex, Place of Residence, mother's educational level,Mother's age and wealth index).

III CHILD HEALTH AND POVERTY

Children's health encompasses the physical, Mental and Social well-being of children from infancy through adolescence.**(WHO,2003).**

We take into consideration a many things as: Immunization coverage, the child took all his vaccine or not. Dehydration: As a result of severe diarrhea, Cough, and Fever. As an important indicators for child health.

3.1. Immunization Coverage

The Millennium Development Goal (MDG) 4 is to reduce child mortality by two thirds between 1990 and 2015. Immunization plays a key part in this goal. Immunizations have saved the lives of millions of children in the three decades since the launch of the Expanded Program on Immunization (EPI) in 1974. Worldwide there are still 27 million children overlooked by routine immunization and as a result, vaccine preventable diseases cause more than 2 million deaths every year. A World Fit for Children goal is to ensure full immunization of children under one year of age at 90% nationally, with at least 80% coverage in every district or equivalent administrative unit. **(Unicef, 2011).**

According to UNICEF and WHO guidelines, a child should receive a BCG vaccination to protect against tuberculosis, three doses of DPT to protect against diphtheria, pertussis, and tetanus, three doses of polio vaccine, and a measles vaccination by the age of 12 months. The vaccination schedule followed by the Somaliland Immunization Program provides all the above mentioned vaccinations. All vaccinations should be received during the first year of life. Taking into consideration this vaccination schedule, the estimates for full immunization coverage from the Somaliland MICS are based on children age 12-23 months.**(Unicef,2011).**

Table (3)
The percentage of children age 12-23 months currently vaccinated against childhood diseases, Somaliland, 2011.

Percentage of children who received												
		Polio			DPT			Measles	Non	All	Percentage with vaccination cardSeen	Number of children age 12-23 months
	BCG	1	2	3	1	2	3					
Sex												
Male	37.5	46.4	36.1	21.1	39.3	25.2	14.0	39.6	41.0	8.5	21.4	386
Female	34.5	44.6	36.3	20.2	38.9	26.1	12.9	36.0	45.6	6.3	19.3	385
Area												
Urban	40.2	46.9	38.8	22.8	39.7	29.1	15.8	42.0	42.8	9.1	19.7	396
Rural	31.7	44.0	33.5	18.4	38.4	22.1	11.0	33.4	43.9	5.6	21.0	375
Mother's education												
None	33.1	43.5	33.7	19.0	38.1	24.4	12.2	36.4	44.8	6.2	20.5	605
Primary	43.0	52.5	43.1	22.7	40.1	25.2	12.5	37.2	38.8	7.5	17.1	129
Secondary	62.0	56.8	53.9	40.6	52.9	49.9	38.5	64.8	32.5	32.5	29.3	36
Wealth Index quintile												
Poorest	27.2	34.3	24.4	11.8	31.4	15.3	6.3	25.1	53.9	2.7	16.1	148
Second	36.6	47.5	35.1	21.4	42.4	28.4	13.9	38.2	39.8	7.5	22.7	163
Middle	39.8	51.2	40.6	21.4	43.6	28.6	15.4	43.0	34.9	7.4	23.9	160
Fourth	35.2	46.4	40.2	24.4	38.0	28.1	13.5	41.5	42.2	6.7	18.9	161
Richest	41.4	47.5	40.8	24.2	39.7	27.4	18.3	40.9	46.9	13.1	19.7	139
Total	**36.0**	**45.5**	**36.2**	**20.6**	**39.1**	**25.7**	**13.4**	**37.8**	**43.3**	**7.4**	**20.3**	**771**

Source: Somaliland MICS, 2011

Table (3) presents vaccination coverage estimates among children 12-23 months by background characteristics. The figures indicate children receiving the vaccinations at any time up to the date of the survey, and are based on information from both the vaccination cards and mothers reports. Vaccination cards have been seen by the interviewer for only 20% of children.

The vaccinations coverage did not vary much between boys and girls. For all vaccines, vaccination coverage was higher in urban areas compared to rural areas. Among the children in the urban areas, 40% received BCG and 42% received measles vaccination compared to 32% in the rural areas who received BCG and 33% who received measles vaccines. Vaccination coverage increases with the mothers' education; 43% of children born to mothers with primary education have received BCG vaccine compared to 33% of mothers with no education.

3.2. Child Morbidity

Children's health status reflect the extent of progress in health and living conditions of a country, thus, controlling the most prevailing diseases

related to childhood is a must to analyze the current health status of a society.

3.2.1. Respiratory Infections

Respiratory infections are among the disease that are common in infancy and childhood , the Somaliland MICS, Survey collected data on the prevalence of symptoms indicating the existence of respiratory infections among last born a live children during the past five year. Mothers were asked if the child has experienced specific symptoms during the two-weeks period to the survey, including fever.

Table (4)
Percentage of children who have had fever in the last two weeks by wealth Index to selected social and Demographic characteristics in Somaliland (2006, 2011).

Characteristics	Child Morbidity(Fever)		Total	No. of Births
	Poor	Non-Poor		
2006				
Sex				
Male	11.5	10.5	7.5	150
Female	9	10.5	8.3	145
Place of Residence				
Urban	5.6	8.8	8.8	140
Rural	10.7	9.2	9.6	134
Mother's Education				
No Education	9.8	9.7	9.8	200
Primary	16.1	8.5	8.5	55
Secondary+	0.0	2	2	11
Total	9	12	10.1	305
2011				
Sex				
Male	7.5	8.1	7.9	188
Female	7	7.6	7.4	166
Place of Residence				
Urban	7.7	7.9	7.9	177
Rural	7.2	7.8	7.4	177
Mother's Education				
No Education	6.7	8.1	7.6	277
Primary	11	8.2	8.5	62
Secondary+	20	5	5.7	14
Total	**14**	**11.5**	**13.1**	**354**

Source: Somaliland MICS, 2011

Table(4) shows the effect of wealth index on child morbidity(fever), it states 9% of poor children suffer from fever while it was 12% of rich children in the year 2006, this may reflect acquired immunity for children in rural areas. But the percentage changed in the year 2011, it was 14% for

poor and 11.5% for rich this may be due to downfall of economic situation of families and high prices of medicine and treatment.

Note that wealth index has grouped to poor and non poor where poor stands record of poorest and second poorest while non poor stands record of middle, rich and richest.

3.2.2.Diarrhea

Diarrhea is the second leading cause of death among children under five worldwide. Most diarrhea related deaths in children are due to dehydration from loss of large quantities of water and electrolytes from the body in liquid stools. Management of diarrhea – either through oral rehydration salts (ORS) or a recommended home fluid (RHF) - can prevent many of these deaths. Preventing dehydration and malnutrition by increasing fluid intake and continuing to feed the child are also important strategies for managing diarrhea **(Unicef, 2011).**

Table (5)
Percentage of Children who have had Diarrhea in the last two weeks by Wealth Index According to Selected Social and Demographic Characteristics In Somaliland (2006, 2011).

Characteristics	Child Morbidity (Diarrhea)		Total	No. of Births
	Poor	Non-Poor		
2006				
Sex				
Male	19.7	13.6	14.5	280
Female	9.8	11.4	11.2	290
Place of Residence				
Urban	22.2	11.8	11.9	295
Rural	14.7	13.7	14	270
Mother's Education				
No Education	15.4	12.1	12.6	401
Primary	16.1	13.8	14	98
Secondary+	0	10.2	9.8	15
Total	16.3	13.2	14.1	542
2011				
Sex				
Male	12	13	12.8	301
Female	13.6	14.7	14.4	322
Place of Residence				
Urban	15.3	14.3	14.4	325
Rural	12.5	11.8	12.3	298
Mother's Education				
No Education	12.1	13.6	13.1	478
Primary	20.7	14.1	14.2	118
Secondary+	25	10.9	11.6	26
Total	**19.1**	**13.7**	**14.5**	**623**

Source: Somaliland MICS, 2011

Table (5) shows an evident impact of the poverty on child health, 19.1% of poor children suffer from diarrhea while 13.7% of rich only have diarrhea in the year 2011, but in the year of 2006, 16.3% of children who suffer from diarrhea from the poor households while 13.2% from rich household.

IV DETERMINANTS OF CHILD HEALTH

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

In this section of the study, independent variables which have the mean effects of child health are (Place of residence, Gender, Mother's education, Age of mother, and Wealth index as an indicator of poverty), which were examined to figure out factors affecting the main components of child health. Logistic regression model has been applied to measure the relationship between response and predictor variables. The model will show health of child as a dependent variable by selected predictor variables.

The relevance o f a particular independent variable as a predictor of response variable can be determined by comparing the magnitude of the regression coefficient. Evidence of the usefulness of the independent variable becomes apparent if the coefficient is much large than its standard error. The model assumed no relationships between the independent variables. The 5% significance level was used as a basic for deciding if a particular variable should be retained in the model. All variables which have a p-value less than or equal to 0.05 in the logistic regression are considered as significant, means that they have a significant influence on the response variables. The reference categories are selected on the basis that they are supposed to have the least likelihood of influencing dependent variables. A logistic regression model was run to estimate effect of covariates on child health.

4.1. Determinants of child morbidity

Many factors can affect child health, especially infants at vulnerable ages, to determine factors affecting child morbidity; diarrhea and child having cough was taken into consideration:

Table (6)

Definition of the variables used in the logistic Regression Model of Child Morbidity

Variables	Measurement and categories
Dependent	
Diarrhea Morbidity (Y_1)	1 = having diarrhea (sick) 0 = No diarrhea(healthy) **R.C**
Child had Cough (Y_2)	1 = child having cough (sick) 0 = No cough(healthy) **R.C**
Independent	
Place of Residence (X_1)	0 = Rural **R.C** 1= Urban
Gender (X_2)	0 =Female **R.C** 1 = Male
Mother's Education (X_3)	0 = Not education **R.C** 1 = Educated
Age of Mother (X_4)	Single number(continues variable)
Wealth Index (X_5	Two categories are identified and presented by one binary variable as follows. 0 = poor **R.C** 1= Rich

Note: Some variables were recorded to fit the regression Model.

R.C.: Reference Category.

Diarrhea morbidity was divided into two parts, if the child is healthy and not having diarrhea coded as (0) and if the child is sick and having diarrhea coded as (1) and child having cough will take some code.

4.1.1 Results of the Determinants of Diarrhea Morbidity

Table(7) shows the results of the logistic regression of the determinants of diarrhea morbidity, it presents the significant effect and association, likelihood and probability of having diarrhea; the analysis show that the model correctly classified 86.5% of the cases; also it show that three variables of five has significant effect on diarrhea morbidity.

There are three variables statistically significant at $P < 0.05$ which are Type of place of residence, Wealth index and mother's education. Although age of mother and Gender affect the overall classification but they are not statistically significant. The three significant variables have negative effect. From the table the logistic regression equation would be written as follows:

$$Y_1 = Ln (Pi/1-P_i)\ Diarrhea = -1.897 - .224X_1 - .24X_2 - .108X_3 \ldots\ldots (1).$$

Note; equation contains only the significant variables.

Type of Place of Residence has a significant negative association with diarrhea morbidity. That means children who live in urban areas are less likely to have diarrhea morbidity than their peers who live in rural areas by the odds ratio which is 20%, and with probability of 44%.

Education of mother has also a significant negative association with diarrhea morbidity. That means children born to non educated mother are more likely to suffer diarrhea than children born to educated mothers, with odds ratio which is 25% and probability of 47%.

Wealth index has a significant negative association with diarrhea morbidity. The odds ratios and the probabilities indicate that Children in house hold with high wealth index are less likely to have diarrhea compared with children in house hold with less wealth index by 15% with probability 46%.

Table (7)
Logistics Regression Coefficients of the Determent Diarrhea Morbidity.

Independent Variable	Beta	S.E	Sig.	Odds Ratio	Probability
Place of residence	-.224	.118	.002	.799	.44
Mother's Education	-.24	.107	.03	.751	.43
Gender	.140	0.86	.104	1.151	.54
Age of mother	.073	.152	.078	1.075	.52
Wealth index	-.108	.122	.01	.85	.46
Constant	-1.897	.0.80	0.000		

Source: computed from Somaliland MICS Raw Data,2011.
Note: the probability values calculated using the equation P = (Exp β / 1+Expβ).

4.1.2 Results of the Determinants of Cough.

Table (8) presents the results of the logistic regression coefficients for the determinants of cough. It shows that, the model correctly classifies 75% of the cases. The results from the table reveal that among five independent variables, there are three variables statistically significant at $P < 0.05$ which are Wealth index and Type of place of residence, Mother's education. Although Gender and age of mother affect the overall classification but they are not statistically significant. The three significant variables have negative

effect. From the table the logistic regression equation would be written as follows:

$$Y_2 = Ln\ (Pi/1\text{-}P_i)\ cough = -1.104 - .088X_1 - .113X_2 - .052X_3 \ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ (2)$$

Note; equation contains only the significant variables.

Type of Place of Residence has a significant negative association the affect of child cough morbidity. That means children who live in urban areas are less likely to have child cough morbidity than their peers who live in rural areas by the odds ratio which is 8%, and with probability of 48%.

Education of mother has also a significant negative association with affect of child cough morbidity. That means children born to non educated mother are more likely to suffer cough than children born to educated mothers, with odds ratio which is 11% and probability of 47%.

Wealth index has a significant negative association with affect of child cough morbidity. The odds ratios and the probabilities indicate that Children in house hold with high wealth index are less likely to have cough compared with children in house hold with less wealth index by 21% with probability 44%.

Table (8)
Logistics Regression Coefficients of the Determent child cough Morbidity

Independent Variable	Beta	S.E	Sig.	Odds Ratio	Probability
Place of residence	-.088	.093	.003	.916	.48
Mother's Education	-.113	.090	.002	.89	.47
Gender	.003	0.68	.097	.997	.50
Age of mother	.013	.082	.085	.751	.43
Wealth index	-.052	.095	.005	0.79	.44
Constant	-1.104	.0.62	0.00		

Source: computed from Somaliland MICS Raw Data, 2011.
Note: the probability values calculated using the equation P = (Exp β / 1+Expβ).

V- SUMMARY AND RECOMMENDATIONS

From the previous descriptive and logistic regression analysis, this study has tried to examine factors affecting or influencing child health and the incidence or the prevalence of having diarrhea and cough; here is summary of the pervious findings and recommendations of policy implications for policy makers to take necessary actions.

5-1- Summary

This study used both descriptive and logistic regression analysis, the descriptive analysis were derived from Somaliland MICS survey conducted in 2006 and Somaliland MICS survey conducted in 2011; the binary logistic regression is used to determine factors influencing diarrhea and cough morbidity: here is the summary of the previous findings:

- The Educational levels of the household members are one of the determinants of its poverty level. However there is also a reverse causal link between poverty and education as poverty is usually indentified as the main cause for school dropout and hence low educational attainments.
- The high growth-poverty elasticity implies the poverty rate in Somaliland is expected to be quite sensitive to economic fluctuations, including rapid changes in growth.
- Immunization coverage was assessed according to children completed all required vaccines, to prevent the most dangerous six disease and infections to child's life, (TB, Polio, Measles, Diphtheria, Tetanus and Pertussis).
- The vaccinations coverage did not vary much between boys and girls. For all vaccines, vaccination coverage was higher in urban areas compared to rural areas. Among the children in the urban areas, 40% received BCG and 42% received measles vaccination compared to 32% in the rural areas who received BCG and 33% who received measles vaccines. Vaccination coverage increases with the mothers' education; 43% of children born to mothers with primary education have received BCG vaccine compared to 33% of mothers with no education.

- Diarrhea and cough are e major cause of child mortality, they are related to environment factors that affect child health; the study has examined children suffering diarrhea and cough along with the accompanied symptoms.
- Some of mother seek counseling or treatment for their children for diarrhea and cough morbidity, half of them went to visit public health facility, while others visited private health clinic, also others visited either herbalist or other place.
- From the result of the logistic regression, major factors that affect the incidence of diarrhea or cough morbidity where type of place of residence, education of the mother and wealth index. These previous factors play the dominant role of the risk of having diarrhea or cough.

5-2- Recommendations

Based on the main findings of this study, the following recommendations are suggested to be considered by policy makers in Somaliland to improve child health:

- Governmental and nongovernmental organizations should make policies and programs to reduce levels of poverty especially in rural areas by micro finance loans and providing all needed support and help them in marketing their products.
- A great deal of attention should paid to:
    - Push and encourage families to prevent their children from drop out schools especially among females.
    - Improve Housing conditions
    - Equal opportunities for women like men to access employment opportunities.
- Every health facility should be provided with a trained guidance and counseling personnel to help those couples in psychological needs
- Raising the magnitude of quick consultant as soon as possible to avoid complication of child morbidity through mass media messages.

- Further qualitative in-dept analysis are required to figure out the remaining dimensions of child health, such as, health system in the country, quality of services provide and availability and accessibility.

- List of References

- **Abdalla, Ghada (1995);** "Determinants of Child Health in Egypt, 1991". CDC MPhil Thesis NO.56, CDC library, Cairo, Egypt

- **Amucu,Christine (1993);** "Determinants of Child Health in Uganda, 1988/89".CDC MPhil Thesis No.32, CDC Library, Cairo, Egypt.

- **Caterina R. et al., (2003)**;" Does it matter that we don't agree on the definition of poverty?" Queen Elizabeth House, Working Paper Series No. 107, Harvard University, June 2003

- **Chad M and David E. Sahn, (2006**);"Poverty and Economic Growth: The Impact of Population Dynamics and Reproductive Health Outcomes in 96 Africa" presentation for the AERC/Hewlett Foundation Workshop Brussels, Belgium November 5-6, 2006.

- **El-Deeb, Buthaina, e.t. al, (2005);** "Child Health and its Gender and Socio-economic Differentials in Egypt". CDC Monograph No.35 V.2 PP.1267-1273, Cairo, Egypt.

- **El-Deeb, Buthaina (2006);** "Child Health in Some Arab Countries" First Arab Conference for Family Health and Population, V.2; Comparative Studies, Chapter 6; Childhood Issues. Pan Arab Project for Family Health, Social Affairs Sector, League of Arab States, Cairo, Egypt.

- **Kleinbaum, D. (1994);** "Logistic Regression, A Self Learning Text".1994, Springer-Verlag New York, INC. New York, USA.

- **Mosley, W.H and Chen, L.C. (1984);** " An Analytical Framework for the study of Child Survival in Developing Countries, in Child Survival: Strategies for Research". Population and Development Review, Supplement, Volume 10. PP. 25-45. Cambridge University Press(1984). Population Council INC, India.

- **Salem, Maha(2011);** " The Relationship between the Poverty and Maternal and Child Health Care Services Utilization in Egypt (2000-2008)". CDC MPhil Thesis No.56, CDC Libarary, Cairo, Egypt.

- **UNICEF, (2006),** "The States of the World's Children 2006, "Excluded and Invisible" The United Nations Children's Fund (UNICSEF) 2005, New York, NY 10017, USA.

- **WHO, (2003),** World Health Organization, Poverty and Health,75775 Paris Cedex 16 France.

- **World Bank, (2003);** The World Bank Group, Poverty and health, 2003.

- **World Bank, (2008),** Global Monitoring Report 2008, MDGs and the Environment "Agenda for Inclusive and Sustainable Development",2008 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington DC 2043.

- **World Bank,(2013);** the World Bank Group, poverty and health, 2013.

- List of Acronyms and Abbreviation

- **PAPFAM:** Pan Arab Project for Family Health.

- **UNFPA:** United Nations Fund for Population Activities.

- **UNICEF:** United Nations International Children's Fund.

- **WHO:** World Health Organization.

- **MICS:** Multiple Indicator Cluster Survey.

The Impact of Early Marriage on Fertility in Syria, Morocco and Djibouti

Nevin Wanis[1]

- ABSTRACT

The Early marriage is considered asviolence practiced against girls in terms of health, physical and psychological aspects since they aren't qualified for completing this marriage and bearing its burdens related to early childbearing.

Thestudyaimed to assess the impact of early marriage on fertility in three Arabcountries (Syria - Morocco - Djibouti) using Family Health Surveys data.

The main recommendation of the study is thatraisingfemale enrollment in education until the end of secondary school could be among the major factors fordelaying marriageto be aftereighteen and hence reducing fertility.

Key words: Violence against girl, Early marriage, Fertility, Family Planning, Syria, Morocco, Djibouti.

[1] Researcher Assistant at PAPFAM, League of Arab State

I- INTRODUCTION

Although the dominant culture in the Arab countries considers marriage as prerequisite for family formation and starting reproductive life me .Marriage before age 18 is a fundamental violation of human rights. Yet among women aged 20 to 24 worldwide, about one in four were child brides. Many factors interact to place a girl at risk of marriage, including poverty, the perception that marriage will provide 'protection', family honor, social norms, customary or religious laws that condone the practice, an inadequate legislative framework and the state of a country's civil registration system. Child marriage often compromises a girl's development by resulting in early pregnancy and social isolation, interrupting her schooling, limiting her opportunities for career and vocational advancement and placing her at increased risk of domestic violence, **(UNICEF, 2014)**.

Child marriage is a human rights violation and often results in early pregnancy and social isolation. Several international human rights agreements protect children from child marriage .All call for the free and full consent of both parties to marriage, a minimum age of marriage of 18, designation of early marriage as a harmful practice, and protection for the rights of children from all form of exploitation **(PRP, 2014)**.

Therefore, it's important to study the impact of early marriage on reproductive behavior as measured by fertility and using family planning in some Arab countries.

Thus, the present study focus on early marriage and its impact on fertility and family planning in Syria, Morocco and Djibouti, which represent different geographical areas and different level of development in the Arab world.

- **Problem of the study**

Most of the Arab communities have made a progress in certain fields of social economic development such as education, women's employment, and human rights. However violence against women still exists in various forms, such as early marriage, where families consider that a daughter become physical and social burden, when she get older and therefore the restrictions concerning different aspects of her daily life increased from all sides ,and the main aim of all her family members will be her marriage.

- **Importance of the study**

Most of the studies indicated that there is a relationship between early marriage and some aspects of reproductive behavior. Thus it's important to examine some demographic and social dimensions which affect such relationship in the selected countries.

- **Objectives of the Study**

Within the above mentioned context, the objectives of the study are to:

1) Identify socio-economic and demographic differentials of early marriage in Syria, Morocco and Djibouti.
2) Study the impact of early marriage on fertility in the selected countries.

These two objectives could be achieved through answering the following questions:

-What are early marriage levels and differentials in the selected countries?

-What is the impact of early marriage on fertility in the three selected Arab countries?

-Data Sources

The main sources of data used in the present study are drawn from Pan-Arab Project for Family Health surveys (PAPFAM) in the selected countries.

-Syria Family Health Survey in 2009

The survey was implemented by the Central Bureau of Statistics in collaboration with the Ministry of Health, the State Planning Commission, and PAPFAM.

The sample covered about 27 000 households, included 17565 eligible women aged (15 – 49) years, ever married and usually lives with their families.

-Morocco Family Health Survey in2011

The survey was implemented by the Ministry of Health, in collaboration with PAPFAM.

The survey sample covered about 16,000 households; included 11069 eligible women aged (15 – 49) years.

-Djibouti Family Health Survey in 2012

The survey was implemented by the Ministry of Health, Department of Statistics in collaboration with the World Bank and PAPFAM.

The survey sample covered about 7016 households and included 6233 eligible women aged (15 – 49) years.

- **Methodology**

The analysis is carried out using simple descriptive analysis to examine level, differentials of early marriage and its impact on fertility in the selected countries.

- **Review Of Literature**

Although, the recent studies, which focused on marriage and childbearing indicated that the age patterns of marriage and childbearing have been changed towards later age at first marriage and age at first-birth in most of Arab countries, there are a great portion of marriage have occurred among children. Such early marriages will certainly have health, social and demographic effects on girls and their society's, therefore, it's important to examine these aspects in different settings.

Save the Children (2014) ,indicated that Child marriage existed in Syria before the crisis – 13% of girls under 18 in Syria were married in 2011. But now, three years into the conflict, official statistics show that among Syrian refugee communities in Jordan – who we focus on in this briefing given the lack of statistics inside Syria itself – child marriage has increased alarmingly, and in some cases has doubled. In Jordan, the proportion of registered marriages among the Syrian refugee community where the bride was under 18 rose from 12% in 2011 (roughly the same as the figure in pre-war Syria) to 18% in 2012, and as high as 25% by 2013. The number of Syrian boys registered as married in 2011 and 2012 in Jordan is far lower, suggesting that girls are, as a matter of course, being married off to older males. Child marriage has also reportedly increased in camps of Syrian refugees in Erbil, Iraq and among Syrian refugees in Lebanon. Incidences of child marriages and forced marriages among Syrian girls have also been reported in Egypt and in Turkey. There are a number of reasons why families are opting for child marriage for their daughters. As refugees, Syrian families are reliant on dwindling resources and are lacking economic opportunities. At the same time, they are all too aware of the need to protect their daughters from the threat of sexual violence. Given these pressures, some families consider child marriage to be the best way to protect their female children and ease pressures on the family resources. Finally As part of Save the Children Regional Response to the Syria crisis, Save the Children is helping children in Syria, Lebanon, Jordan, Iraq and Egypt to cope with the worst effects of the war. In Jordan, we run community awareness sessions on child marriage with children, adolescents and parents with a focus on prevention of child marriage.

Immigration and Refugee Board of Canada (2013), indicated that in Djibouti: forced marriage, including the frequency and the consequences of refusing such a marriage; state protection and government services available. Showed the early and forced marriages are based in tradition and a "common" practice, particularly in rural areas and more frequent" among women who are poorly educated, who belong to the poorest quintiles, who live in rural areas. In general, there are major obstacles to enforcing the laws aimed at protecting women's

rights in Djibouti, namely women's lack of awareness of them; numerous structural difficulties, particularly the extreme poverty in the country and the lack of resources; and the impact of traditions and stereotypes on women's role in society.

Anissa Naqrachi (2013), studied early marriage in Morocco "it showed that the marriage of minors has negative psychological effects on the girl. The wedding night alone should be considered rape. We must not forget that before age 18, the girl is still considered a child. Whether puberty has come does not make one a mature adult. Apart from psychological consequences, early marriage in general and early pregnancy in particular can be dangerous to the health of the girl. According to ANSFR statistics, it has been demonstrated that the first pregnancy, if occurring before the age of 18, may damage the young mother as well as her child. In addition to psychological and sociological effects of early marriage, early pregnancy may result in osteoporosis, anemia, and increased risk of abortion and preterm births, hypertension, and increased cases of maternal mortality.

Simply put, the exception has become the rule. The number of early marriages exceeded 47,000 in 2009 and continues to increase year by year, comprising 12 percent of marriages in 2011. In addition, judges grant leave in 92 percent of applications for girls not older than 14, which is unacceptable, as ANSFR castigates. "This is a crime that we all commit together. In most of these early marriages, the age difference between spouses is very important, whether the girl is married as a second wife or married (especially in rural areas), divorced during the first summer, and remarried the following year.

According to UNICEF, Moroccan adolescents (aged 10-19 years) number 6.2 million, comprising 20 percent of the total population. Youth in Morocco face all of the challenges; the added pressure of early marriage is a threat to their life chances. Early marriage also affects debate and building social understanding of related issues like divorce, polygamy, sharing responsibility between spouses, and property rights. Suspicions about early marriages in Morocco divorce and co-responsibility in marriage encourage male resistance to change. Early marriage is an impediment to progress.

Ahmad and Awad (2006), studied the impact of early marriage on children's health in (Egypt, Algeria, Morocco, Tunisia, Djibouti, Yemen, Syria), it showed that there was a large proportion of early marriages about 16 % to 18% in Algeria and Tunisia, and reached to 60% in Yemen. The education characteristics declined among woman married at young age compare who were married at the age greater than 16 years. The impact of early marriage on early childbearing, that's more than 90% in these Arab countries as a natural consequence of early marriage. Young mothers have decline benefit from the services of maternity care during pregnancy and delivery, so the children lives exposed to more risks through non sanitary conditions.

UNICEF (2004), argue that educated girls, especially in high educational level, give them a great job opportunities, and increase their ability to make decisions, also increasing their awareness about themselves and their communities, and more able to use family planning methods. The married girls who ended primary stage have born half numbers of children born to illiterate girls.

Julia Beamish (2003), studied adolescent reproductive health in Morocco status, policies, programs, and issues .it showed that, the mean age at marriage in Morocco has risen dramatically to 26.4 years in 1997 (27.8 in cities and 24.7 in rural areas). The principal factor

delaying marriage is the high rate of unemployment among young adults, although there are other reasons that are not all necessarily understood. Early marriage, traditionally the norm in Morocco, is a manifestation of patriarchal culture in which there is an almost immediate, direct transition from childhood to adulthood without passing through a stage marked by formal education and remunerative work. Increasingly, however, people consider adolescence as a period of immaturity before preparing to take on the responsibilities of marriage and as a time of growth during which they gain and learn from sexual, romantic, and other experiences. a survey of adolescents in Casablanca found that their ideal age at marriage was between 22 and 28 years of age. the rising age at marriage in Morocco indicates that marriage during adolescence is becoming less common. A national survey of maternal and child health in 1997 found that while nearly half (45%) of women ages 45–49 had married by the time they were 18 years old, only 16 percent of those ages 20–24 had married by their eighteenth birthday. Coupled with a lack of services and information for unmarried youth, this delayed age at marriage signifies that there is typically a long period of time when young persons may be sexually active but not covered by targeted, youth-friendly services.

These studies don't provide comprehensive coverage of all issues associated with early marriage and its impact on reproductive behavior therefore it's important to carry out the present study for more analysis of this topic, so this paper deal with levels of fertility.

- **Organization of the Study:**

The present study is organized in four Sections; after this introductory section the Second one examines level and differences of early marriage. Section three deals with the impact of early marriage on reproductive behavior including fertility and family planning and the fourth section present summery and recommendations.

I. LEVELS AND DIFFERENCES OF EARLY MARRIAGE

Women age at first marriage is characterized by interlaced relations of social, economic, biological, cultural factors, but the biological factors are more effective than social and economic factors, because it associates more directly with women ability to pregnancy and child bearing, and has a direct effect on the length of the reproductive life, this plays a crucial and effective role in determining reproductive behavior. **(Trussell& Kia, 1989)**. Also makes giving birth rates are high among early married women compared to those married at later age **(Teachman & Plonko, 1985)**.

In general, age at marriage is determined by circumstances undergone by societies. The culture of the community, and ideologies associated with the sexual behavior of women, and desire to have children, are all factors can contribute to shaping the female age at marriage and determine its timing.

- **Marital Status**

Marital status is one of the most important social and demographic variables. Patterns of family formation and dissolution serve as basic indicators of a population's social structure and potential for growth. Moreover, in the Arab region, the only acceptable context for sexual activity and parenthood is within marriage. **(London School of Economics and Political Science, 2002).**

One of the ways to examine marital status one population is to classify percentage of ever-married women by age at first marriage.

Table (1) presents the distribution of ever married women by some selected characteristics .It shows that all selected countries covered have a higher level of marital stability.

Also, it showed that level of widowed and divorced are lower among ever married women less than 18 years of age in both morocco and Syria which is different from the case in Djibouti.

For the place of residence, the percentage of married women in urban areas is lower than that among women in rural areas. This is a general pattern in the three selected countries.

Level of widowed and divorce are higher among illiterate as compared to those among who have completed secondary education in the selected counties in both morocco and Djibouti. On the other hand, level of married women is higher among woman living in the poorest households in these two countries which is not the case in Syria.

Table (1)

Percentdistributionof ever married womenaged (15-49) years, according to some characteristic and country

characteristics	Morocco				Syria				Djibouti			
	Married	Widow	divorce	total number of woman	Married	Widow	divorce	total number of woman	Married	Widow	divorce	total number of woman
Age group												
Less than 18 years	97.6	0	2.5	364	97.5	0.4	2.1	722	100.0	0.0	0.0	47
More than 18 years	92.9	2.5	4.5	8711	96.5	2.1	1.3	16843	92.2	5.0	2.8	3257
place of residence												
Urban	91.7	3.1	5.2	6357	96.5	1.8	1.8	9098	91.4	5.4	3.2	2388
Rural	94.4	1.8	3.7	4712	97.2	1.8	1.0	8467	95.8	2.5	1.6	916
Education level												
Illiterate	92.6	3.0	4.3	7901	96.0	3.1	1.0	3923	92.6	5.0	2.4	2575
Primary	93.1	1.5	5.4	2526	97.0	1.5	1.4	10093	91.8	3.9	4.3	415
Secondary+	95.1	1.1	3.8	630	97.3	1.2	1.6	3549	93.6	2.2	4.1	314
Wealth index												
Poorest	93.9	2.2	3.9	1802	97.6	2.1	1.1	3873	95.5	2.7	1.8	952
Poor	92.2	2.3	5.4	2233	97.9	1.8	1.5	3592	91.2	5.0	3.8	659
Median	92.5	2.9	4.7	2548	98.0	2.0	1.3	3513	91.0	5.9	3.1	622
Rich	92.4	3.0	4.5	2405	98.2	1.6	1.6	3375	91.3	5.6	3.1	557
Richer	93.7	2.3	4.0	2081	98.6	1.3	1.4	3212	92.6	4.7	2.7	514
total	**92.8**	**2.6**	**4.5**	**11069**	**96.8**	**1.8**	**1.4**	**17565**	**92.7**	**4.6**	**2.8**	**3304**

Figure (1)

Percentagesof currently married women aged (15-49) years among ever married woman

byeducational statusand country

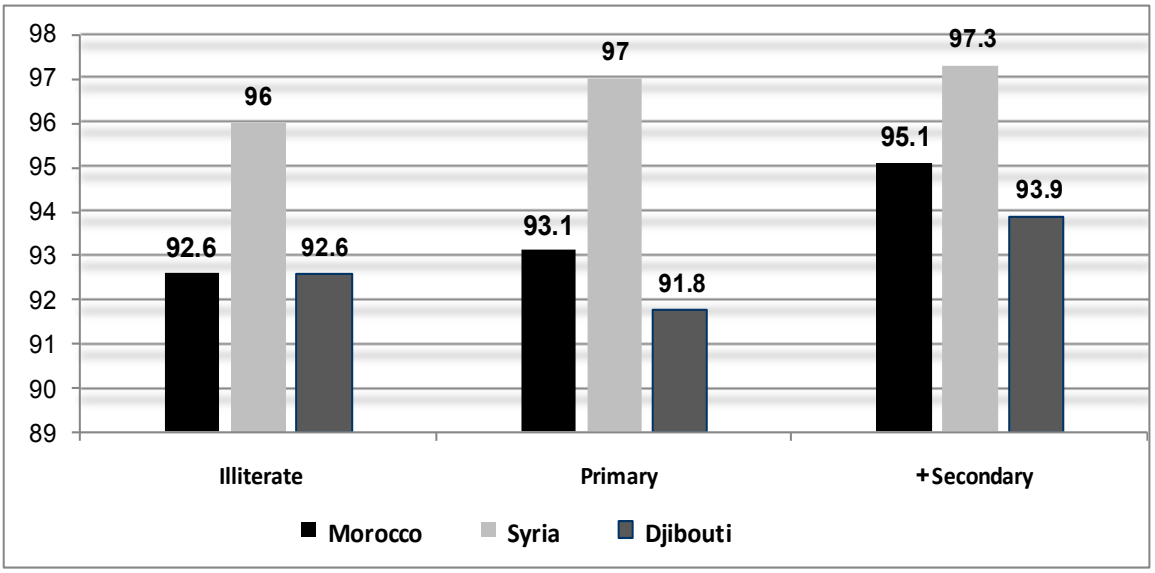


Figure (1) showed the differences in percentages of currently married women by educational status in the three countries. These percentages reflect the expected pattern by educational status in both Syria and Morocco, not in Djibouti with lower proportions of married women among the illiterate women.

Median age at first marriage:

Timing of first marriage merits investigation not only because of the close temporal link between marriage and the onset of childbearing, but also because age at when men and women marry has implications for the organization of family life and for gender relations within society.

Table (2)

Median age at first marriage by age cohorts

Age cohorts	Morocco	Syria	Djibouti
25-29	24.6	22.4	-
30-34	23.2	21.6	26.8
35-39	23.1	21.3	23.5
40-44	22.6	20.8	22.6
45-49	20.5	20.4	21.6
total	23.6	21.5	26.4

Table (2) showed that median age at first marriage was high among younger cohorts compared to that of older cohorts. Many girls are married at 20 in Morocco and Syria among whose ages (45-49) and increased to 21.6 years in Djibouti at the same age this is may be due to higher level of poverty.

- **Early marriage**

Early marriage in this study is defined as a percentage of females got married before age 18 years.

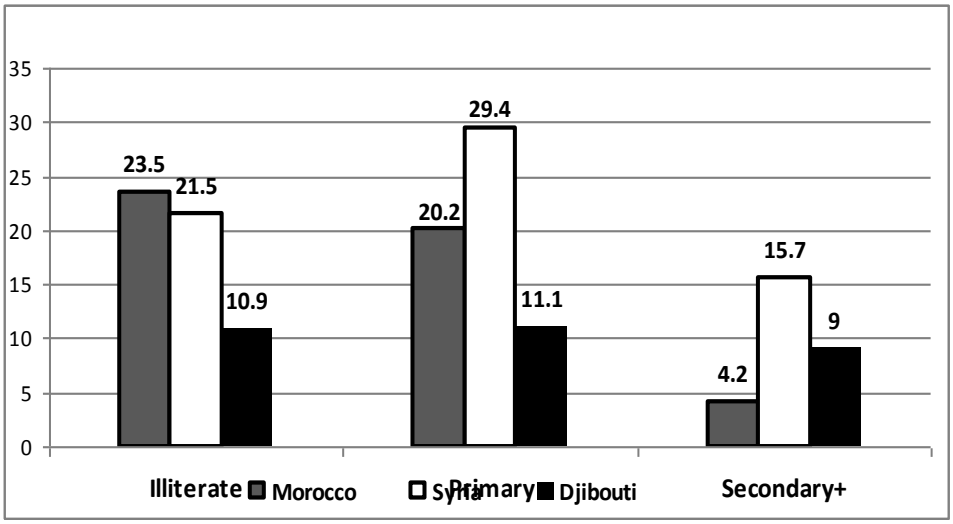
Table (3) indicates that the highest level of early marriage in the selected countries found in Syria, where the percentage of ever married women under eighteen is about 22.1%, followed by Morocco (19.3%) and Djibouti (12.6%)

Place of residence has a great effect on the level of early marriage specially in Djibouti .Urban girls are less likely to get married earlier than their country parts in rural area except in Syria where they are almost equal.

The table also showed that educated girls are less likely to get married earlier than non- educated ones. This is true only in morocco while there is no identified pattern in the other two countries, as shown in Figure (2).

Figure (2)

percentage of ever married women (15-49 years) who got married for the first time before age of 18 years by educational status and country



Level of poverty as measured by wealth index showed differentials in the level of early marriage by wealth index in the three countries. In general, the same pattern is noted in the selected countries which reflect the existence of the negative relation between wealth index and level of early marriage as shown in table (3).

Table (3)

Percentage of married women (15-49) years who got married for the first time

before age of 18 years, according to some characteristics and country

characteristic	Morocco		Syria		Djibouti	
	% woman married before 18 years	total number of woman	% woman married before 18 years	total number of woman	% woman married before 18 years	total number of woman
place of residence						
Urban	15.9	1088	22.6	4104	9.2	745
Rural	22.7	1038	21.5	3948	16.1	327
Educationallevel						
Illiterate	23.5	1824	21.5	2156	10.9	879
Primary	20.2	296	29.4	5412	11.1	128
Secondary+	4.2	6	15.7	484	9.0	65
Wealth index						
Poorest	24.2	418	24.1	1866	15.6	329
Poor	20.9	467	24.2	1749	12.4	228
Median	19.1	513	24.0	1703	11.4	220
Rich	17.7	449	20.9	1508	8.1	172
Richer	12.8	279	17.0	1226	5.5	123
total	19.3	2126	22.1	8052	12.6	1072

Source: Family Health Surveys in selected countries

III. Age at first marriage and mean children ever born (CEB)

Rising age at marriage is frequently suggested as an effective factor for reducing fertility, especially in settings where contraceptive practice is not high. Increasing age at marriage has both a mechanical and sociological effect on fertility. The mechanical effect alters the exposure to risk of conception. Sociologically, women who marry at later ages tend to have common characteristics, which may in turn affect their fertility patterns. This is may be due to the fact that women who marry at later age are usually more educated and have more autonomy which affects their childbearing decisions.

Table (4) shows that mean children ever born (CEB) for women aged (15-49) years, which is known as "cumulative fertility", reached to 3.7 children in Djibouti, slightly lower in Syria and less by one child in Morocco.

Table (4)

Mean children ever born among women by age at first marriage place of residence of residence, educational statues and country

characteristics	Syria								
	less than 18 years	More than 18 years	number of woman	less than 18 years	More than 18 years	number of woman	less than 18 years	More than 18 years	number of woman
place of residence									
Urban	3.2	4.1	6356	3.9	5.2	9098	4.6	6.3	2388
Rural	3.5	4.7	4709	4.6	6.2	8467	3.9	6.2	916
Education level									
Illiterate	3.6	5.0	7897	5.7	4.8	3923	4.4	6.5	2575
Primary	2.1	3.5	2526	3.8	5.4	10093	4.5	6.1	415
Secondary+	1.9	2.6	630	3.1	4.8	3549	3.2	5.0	314
total	**3.3**	4.4	11065	4.3	5.8	17565	4.4	6.3	3304

Source: Family Health Surveys in selected countries

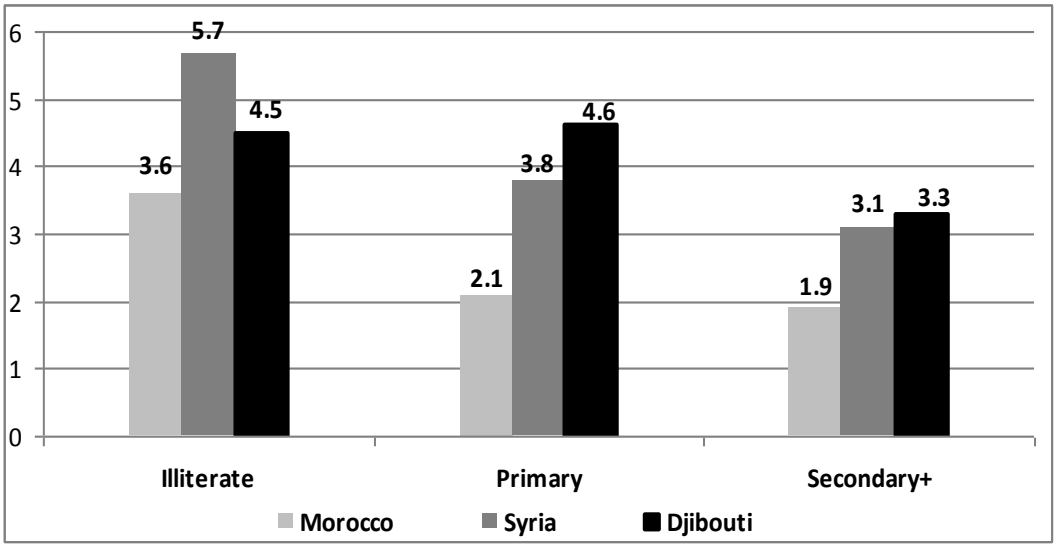
The table also reflected rural- urban variations in both Syria and Morocco. Different pattern is observed in Djibouti, where mean CEB is relatively higher among urban women married before age 18 years than that among rural women.

The expected pattern by education is observed in Morocco and Syria where mean CEB is negatively related with education for these married before age 18 years. As educational level increased, CEB is decreased, which is not the case in Djibouti as shown figure (3).

It's also noted that mean CEB for women for first time of after age 18 and over showed the expected pattern in both Morocco and Djibouti only.

Figure (3)

Mean children ever bornfor ever married women (married below age 18 years) by Educational Status and country



IV. Concluding Remarks:

The study examined level and differentials in early marriage defined as percentage of female married before age 18 years old in three different Arab countries, namely Morocco, Syria and Djibouti.

In addition to this, the relationship between early marriage and fertility has been tested.

Data showed that there are variations in terms of level, differentials of early marriage among the three countries and within each country by some selected characteristics

The results reflected the expected pattern of the impact of early marriage on cumulative fertility

Based one the main findings presented earlier the following recommendation are needed to be taken into consideration:

- Increasing legal age at marriage for women is not the only mean of reducing child marriage but also need to be together with :
  - Improving educational level of both sexes.
  - Improving female status by increasing employment opportunities.
- Increasing female participation in all daily life activities.
- Raising awareness of families towards the norms of small family size.
- Encouraging women to use family planning methods especially in rural areas.
- Promoting social security to reduce socio-economic status and reducing poverty levels among families.

REFERENCES

- Ahmed, F and Mousa, A., 1995.Age at First Marriage Determinants and Effect on FertilityLevel in Egypt, 1991.In CDC Monograph Series No.24. CDC, Cairo.
- Anissa Naqrachi2013 Early Marriage in Morocco on March 8, on the occasion of International Women's Day
- AthoumaniMhoma,(2008) Impact of Early "Marriage On Fertility and Mortality in Comoros"
- Bates, L, Joanna M, Sidney R S (2007) "Women'seducation and the timing of marriage andchildbearing in the next generation: Evidence fromrural Bangladesh." Studies In Family Planning.112–101 :(2)38 ,.
- Canada: Immigration and Refugee Board of Canada, Djibouti: Forced marriage, including the frequency and the consequences of refusing such a marriage; state protection and government services available, 4 March 2013, DJI104309.FE, available at: http://www.refworld.org/docid/51cc2bfa4.html
- CDC Egyptian Family Planning Association in 1995 and aims to investigate the knowledge, attitudes and opinions among young people of both sexes in Egypt
- Central Bureau of Statistics and others 2009 - health survey –Damascus.
- Julia Beamish 2003, Adolescent Reproductive Health in Morocco Status, Policies, Programs, and Issues
- Mohamed Naguib and Alia Awad (2006), study on the impact of early marriage and childbearing on children's health in both of Egypt, Algeria, Morocco, Tunisia, Djibouti, Yemen, Syria. Published in the First Arab Conference for Family Health p .213 – 233
- Naana,O. and Sonita,P.,2003. "Early Marriage and Poverty" International Planned Parenthood Federation.
- National Bureau of Statistics and Demographic Studies and Arab Project for Family Health 2013, National Research on Population and Family Health – Djibouti

press release, accessed at www.un.org/en/events/girlchild/, on Jan. 4, 2013

- Report of the UN Secretary-General January 2014 on children and armed conflict in the Syrian Arab Republic,

- Richard Paping, May 22, 2007 Explaining individual ages at first marriage in a 18th century rural market economy University of Groningen Paper to be presented at the Workshop "New perspectives on family formation and household structures in the past
- Save the Children report 2014 report TOO YOUNG TO WED, The growing problem of child marriage among Syrian girls in Jordan,1 St John's Lane London EC1M 4AR UK
- Shereen Ahmed Hussein 2002 An Exploration Of Nuptiality Patterns In Egypt And The Maghreb Countries A thesis submitted to the University of London for the degree of Doctor of Philosophy Population Studies Unit, Department of Social Policy London School of Economics and Political Science University of London.
- Studies Department and the Pan Arab Project for Family Health 2011 National Research on Population and Family Health–Rabat
- UNICEF, (2004) about early marriage and childbearing.
- UNFPA ,2000"The risk of early marriage", New York.
- UNICEF, 2001"Early marriage a harmful traditional practice", New York.
- UNICEF,2005 "child marriage and the law" New york.
- UNICEF (2005). "Early marriage child spouses" New York.
- UNFPA(2012), Marrying Too Young, End Child Marriage(New York:).
- UNICEF(2005) Early marriage, ,AHARMFUL TRADITIONALPRACTICE, STATISTICAL EXPLORATION(United Nation Children Fund).
- (UNICEF, 2014).