Doi: 10.34120/0080-050-004-005

Factors Influencing the Phenomenon of Low Fertility Rates in the State of Qatar

Noora Lari
Nouf Alrakeb

Abstract

Objective: This study aimed to identify the factors that influence fertility rates and their impact on the population policy and demographic transitions in Qatari society. **Methodology:** The study used a descriptive analytical survey method to collect data from a random sample of 607 respondents who completed a questionnaire via computer-assisted personal interviewing. **Results:** The results indicated significant response differences based on participants' age, educational attainment, employment status, and number of children. The results further indicated that the socioeconomic changes had led to changes in individuals' behavior towards fertility, with an increase in the age of marriage and a delay in childbearing through the usage of family planning methods, and those factors reported to be causing low reproductive rates. **Conclusion:** The study provided several recommendations to address demographic imbalance and increase the reproductive rate, such as modifying labor policies, providing benefits for working parents in public and private sectors to achieve work–family balance, and developing reproductive health services..

Keywords: Qatar, Fertility Rate, Population Policy, Family Planning.

العوامل المؤثرة في ظاهرة انخفاض معدلات الخصوبة في دولة قطر

نورة أحمد لاري(*)
نوف عبد الهادي الراكب(**)

ملخص

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى تعرف العوامل المؤثرة في انخفاض معدلات الخصوبة وعلاقتها بالسياسة السكانية والتحولات الديموغرافية في المجتمع القطري. **المنهجية:** استخدم في الدراسة المنهج الوصفي التحليلي المسحي، وبلغ عدد أفراد العينة العشوائية (607 مستجيبين)، وقد جمعت البيانات باستخدام الاستبانة من خلال مقابلات شخصية بوساطة الحاسب. **النتائج:** أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات المستجيبين باختلاف خصائصهم الديموغرافية من حيث العمر، الحالة التعليمية، والاقتصادية، وعدد الأطفال. كما أظهرت أن التغيرات الاجتماعية والاقتصادية أدت إلى تغير سلوكيات بعض الأفراد باتجاه الخصوبة؛ من حيث ارتفاع سن الزواج وتأخير سن الإنجاب من خلال استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وتؤدي هذه العوامل إلى انخفاض مؤشر معدل الإنجاب. **الخلاصة:** توصلت الدراسة إلى عدد من التوصيات التي تسعى إلى معالجة التحديات الناجمة عن اختلال التركيبة السكانية ورفع معدل الإنجاب، منها التعديل على قانون العمل، وذلك من خلال توفير المزايا التي تسهم في تحقيق التوازن بين مسؤوليات الأسرة والعمل للآباء والأمهات العاملين في القطاع الحكومي والخاص، وفي تطوير خدمات الصحة الإنجابية أيضاً.

المصطلحات الأساسية: قطر، معدل الخصوبة، السياسة السكانية، تنظيم الأسرة.

(*) أستاذ باحث مساعد، معهد البحوث الاجتماعية والاقتصادية المسحية (SESRI)، جامعة قطر، n.lari@qu.edu.qa

(**) أستاذ باحث مساعد معهد البحوث الاجتماعية والاقتصادية المسحية (SESRI)، جامعة قطر. nalrakeb@qu.edu.qa

(***) هذه الدراسة متاحة من تمويل مشروع المنحة رقم [9 – 190 – 5 – 022] من الصندوق القطري لرعاية البحث العلمي (عضو في مؤسسة قطر). تعكس النتائج آراء المؤلفين ويتحمل المؤلفون المسؤولية كاملة عما يرد من معلومات فيها.

1 - مقدمة:

تشكل القضايا السكانية تحدياً كبيراً للدول النامية؛ مثل دول مجلس التعاون الخليجي، وبخاصة دولة قطر، بسبب تداخل العوامل المختلفة، وهي: التحولات الاقتصادية والاجتماعية، والنمو السكاني، والعمالة الوافدة، وفرص العمل، وانخفاض معدل الخصوبة، والشيخوخة، والضغط على الخدمات، والتحضر، وغيرها من العوامل التي تؤدي إلى تفاقم القضايا المتعلقة بالسكان، وتؤثر بدورها سلباً على التنمية المستدامة. ويتمثل العنصر الإيجابي للنمو السكاني الطبيعي في الخصوبة، التي تعد قضية وطنية ومجتمعية؛ فهي لها الدور البارز في إعداد القوى البشرية ورسم السياسات السكانية وسد احتياجات سوق العمل. فعلى الرغم من أن ارتفاع معدل الخصوبة أو انخفاضه يعتمد على عدة خصائص، فردية وأسرية ومجتمعية تتضمن السياق الاجتماعي للأسرة والقيم والعادات والتقاليد في المجتمع؛ فهي مرتبطة كذلك بالنمو السكاني الطبيعي للمواطنين والمقيمين، الذي من خلاله يمكن تحديد إجمالي النمو السكاني في الدولة.

تؤثر العمالة الوافدة بشكل إيجابي أو سلبي على التركيبة السكانية والهوية الوطنية وسوق العمل والصحة والتعليم والتبعات الأمنية والاستهلاك والتوظيف، وعلى القطاع المالي والاقتصادي للدولة أيضاً. ومن ثم؛ يجب مراقبة مستوى واتجاه خصوبة المواطنين خلال الزمن، وفهم الأسباب التي تؤدي إلى انخفاض معدل الخصوبة لديهم، ولهذا يجب تحديد السياسات والتشريعات المتعلقة بالسكان وتعديلها باستمرار، وتتضمن الصحة والتخطيط الأسري وقوانين العمل وقوانين الإسكان (التخطيط العمراني والحضري، توزيع الأراضي، الإسكان الاجتماعي)، والحماية الاجتماعية (التقاعد، الضمان الاجتماعي)، والتشريعات المنظمة للعمالة الوافدة. ومن ثم؛ هناك حاجة إلى زيادة عدد السكان المواطنين ومعالجة هذه القضية السكانية بشكل مناسب. وبالنظر إلى معدل الخصوبة المنخفض حالياً في دولة قطر، سيكون من الصعب على الدولة التخطيط لمستقبلها، وكذلك تحقيق التنمية المستدامة خلال العقود القادمة.

2 - مشكلة الدراسة:

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة اتضح أن معظمها أكد أهمية الخصوبة ودورها في تحقيق النمو السكاني، كما كشف عن جوانب التحديات والمعوقات التي

تواجه دول الخليج العربي، متمثلة في اختلال التركيبة السكانية على مستوى نوع السكان والفئات العمرية وتقسيم المواطنين والمقيمين بحسب النشاط الاقتصادي. وقد أكدت الدراسات أن من أهم التغيرات السكانية في دولة قطر معدلات النمو السكاني العالية، والناجمة عن استقدام أعداد كبيرة من العمالة الوافدة لتنفيذ مشروعات الخطط التنموية الطموحة للدولة. ونجم عن هذا اختلال التركيبة السكانية للدولة، سواء من حيث نسبة المواطنين الضئيلة إلى مجموع السكان، أو من حيث التركيب العمري والنوعي للسكان (اللجنة الدائمة للسكان، 2016).

بالرجوع إلى رؤية قطر الوطنية 2030، أشير إلى خلل التركيبة السكانية وتأثيره على الاقتصاد ومسار التنمية في الدولة، وضرورة التغلب على هذا التحدي بالاستعانة بالعمالة المناسبة ووضع إجراءات تنظيمية لحفظ حقوقهم؛ حيث تسعى هذه الدراسة لوضع الحلول الضرورية ورسم السياسات لمواجهة هذا التحدي الذي يشكل خطورة على الأجيال القادمة. وأوضحت الدراسات السابقة أن مؤشرات التنمية المستدامة في دولة قطر تتضمن مؤشر الخصوبة الكلي، انخفاض مؤشر معدل الإنجاب لدى المرأة القطرية في السنوات الأخيرة، ويعزى السبب في ذلك إلى دخول المرأة في سوق العمل؛ مما يقلل الرغبة في الإنجاب، وتأجيل سن الزواج. في هذا الجانب تشير أيضاً إلى أن قطر ستشهد انخفاضاً تدريجياً في معدل الخصوبة؛ ما يعني أن المعدل لن يتحسن بل سينخفض أكثر؛ لذا يستلزم الأمر وضع حلول جذرية تشجع الأسر على الإنجاب. وإن استمرت معدلات الخصوبة الحالية على هذا المستوى، فسينجم عنه عواقب اجتماعية واقتصادية خطيرة لاختلال التوازن السكاني في المجتمع القطري، الذي من جانبه يؤثر على التنمية المستدامة في الدولة. فعلى سبيل المثال، أشارت دراسة إلى أن انخفاض معدل الخصوبة سوف يقلل من النمو الاقتصادي في دولة قطر على المدى البعيد؛ حيث يؤدي تقاعد السكان الحاليين من العمل إلى انخفاض نسبة دخول الشباب القطري في سوق العمل (Abel et al., 2016).

3 - أسئلة الدراسة:

1 – ما علاقة التنمية المستدامة بالتغيرات السكانية في دولة قطر؟

2 – ما أهم العوامل والتحديات المؤدية إلى انخفاض معدلات الخصوبة من وجهة نظر المجتمع القطري؟

3 – كيف يمكن أن تواجه دولة قطر التحديات الناجمة عن اختلال التركيبة السكانية؟

4 - أهمية الدراسة:

تأتي أهمية الدراسة من منطلق:

(1) صياغة الإستراتيجيات والسياسات التنموية في دولة قطر: ومنها:

1 - رؤية قطر الوطنية 2030، التي أكدت أن التنمية الشاملة هي الهدف الأساسي لتحقيق التقدم والازدهار للمواطنين.

2 - إستراتيجية التنمية الوطنية 2011-2016، التي أفردت فقرات مطولة لتعزيز التنمية البشرية في الصحة والتعليم وبناء المعرفة والمهارات وتعزيز قوة العمل، وأكدت التماسك الأسري وتمكين المرأة، والنمو الثقافي والحفاظ على البيئة من أجل الأجيال القادمة.

(2) إنشاء اللجنة الدائمة للسكان في دولة قطر عام 2004: وأطلقت السياسة السكانية وبدئ في تنفيذ برنامج عملها في أكتوبر عام 2009. وتخص جميع محاور السياسة السكانية قضايا السكان والتنمية (النمو السكاني والتركيبة السكانية، القوى العاملة، التعليم، الصحة، قضايا التمكين ...).

(3) تطوير الخدمات الصحية والصحة الإنجابية: وشمل جميع سكان دولة قطر من خلال استدامة الرعاية الصحية للنساء قبل الولادة وفي أثنائها وبعدها، وإلى توافر مختلف وسائل الرعاية والمتابعة لهن من فحوص وتحاليل طبية، إضافة إلى العناية الأسرية بالأم الحامل خلال فترة الحمل وبعد الولادة. فجميع الحوامل (100%) يحصلن على رعاية صحية أولية منذ عام 2003، وجميع الولادات تتم تحت إشراف طبي متخصص (اللجنة الدائمة للسكان، 2016).

(4) أهمية سد الفجوة في الإطار النظري: وذلك لتحقيق التوازن في النمو السكاني العام ومعرفة توجهات الأسر القطرية الحالية والمستقبلية فيما يخص موضوع الخصوبة. وقد اتضحت قلة الدراسات التي توضح العلاقة التفاعلية بين السكان والتنمية المستدامة في دولة قطر؛ لما لها من تأثير مباشر على رفع مستوى المعيشة وتحسين أوضاع السكان.

ولهذا يجب تأكيد أهمية هذه الدراسة في صياغة توصيات من أجل العمل على التوفيق بين الواقع السكاني للبلد ومتطلبات التنمية الوطنية، الذي يجعل المسألة السكانية من بين أولويات الإستراتيجيات والسياسات التنموية الكلية والقطاعية

المعتمدة في الدولة؛ إذ إنه من الضروري إجراء البحوث والدراسات الاجتماعية والسكانية وصياغة التوصيات في القضية السكانية في دولة قطر؛ بهدف معالجة ظاهرة انخفاض معدلات الصحة الإنجابية في دولة قطر. وهناك أهمية للإحصاءات بالنسبة لرسم السياسات السكانية، تتمثل في أن: «الإحصاءات تشكل عاملاً أساسياً في رسم سياسات أفضل لدولة قطر في إطار رؤية قطر الوطنية 2030، وتعتبر الإحصاءات مهمة في خدمة الركائز الأساسية لرؤية قطر الوطنية والتنمية المستدامة». (إستراتيجية التنمية الوطنية الثانية لدولة قطر 2018–2022، 2018).

وفيما يلي الأهداف الرئيسة للدراسة:

(1) تحديد أهم العوامل والتحديات التي تؤدي إلى انخفاض معدلات الخصوبة من وجهة نظر المجتمع القطري.

(2) تحديد الآثار المترتبة على انخفاض معدل الخصوبة للتنمية المستدامة

(3) وضع إستراتيجية وسياسة لرفع معدلات الخصوبة ومعالجة اختلال التركيبة السكانية في دولة قطر.

5 - الدراسات السابقة:

يتناول هذا الجزء عرضاً للدراسات والأدبيات السابقة ذات العلاقة بموضوع الخصوبة، سواء العربية منها أو الأجنبية. وقد عرضت الخلفية النظرية لموضوع الخصوبة وتحليل أسباب انخفاضها وأهمية تحسين معدلها وعلاقتها بالتنمية المستدامة في دول العالم العربي ومجلس التعاون الخليجي، وبخاصة دولة قطر.

اتجاهات معدلات الخصوبة في العالم العربي:

أشارت عدة تقارير ودراسات عالمية إلى حدوث كثير من التغيرات الديموغرافية في العالم الإسلامي والعربي خلال الفترة الماضية؛ حيث انخفض معدل المواليد والخصوبة بشكل سريع (Eberstadt & Shah, 2011; Courbage & Todd, 2014; Mirkin, 2010). على الرغم من أن الشريعة الإسلامية وضعت مكانة عظيمة للأسرة وزيادة النسل؛ فإن هناك عدة عوامل أثرت بشكل مباشر على معدلات الخصوبة في العالم الإسلامي والعربي بشكل خاص؛ إذ تشير معظم هذه الدراسات إلى أن الثقافة والدين، التحضر والحداثة، المعايير الاجتماعية والاقتصادية، بما فيها أنماط الزواج وتكاليفه، الأساليب المعيشية، تأخر سن الزواج، تمكين المرأة والتغيير في أدوار الجنسين، مشاركة

المرأة في القوى العاملة وتطور تعليمها، تغير مستوى الدخل والأجور، استخدام وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة وتحديد النسل، عدم القدرة على الحمل - من الأسباب الأساسية لظاهرة انخفاض معدل الخصوبة؛ إذ إن الحوافز المادية والاجتماعية تؤثر على السلوك الإنجابي للمرأة، وتؤدي إلى تأخر سن الزواج. وفي ظل هذه المعايير الاجتماعية والثقافية السائدة، يبدو أن احتمال حدوث مزيد من الانخفاض في الخصوبة سيكون كبيراً للغاية في المستقبل القريب ما لم يكن للأسر الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال. وشهدت بعض البلدان العربية انخفاضاً كبيراً في الخصوبة؛ مثل الجزائر؛ إذ انخفضت الخصوبة بمقدار 5 أطفال، من 7.4 طفل لكل امرأة في 1970–1975 إلى 2.4 طفل لكل امرأة في 2005 - 2010 (Mirkin, 2010).

ومع ذلك، هذا لا يعني أنه لا يوجد ارتباط بين السياق الاجتماعي والثقافة والدين في مجتمع معين والسياسات الرسمية تجاه تحديد النسل. وقد نظر عدد من المؤلفين في مسألة انخفاض معدلات الخصوبة في دول العالم العربي؛ على سبيل المثال، أشارت الدراسة التي أجراها الباحثون «سلام وآخرون» (Salam et al., 2015) إلى أن العالم العربي يمر بمرحلة انتقالية سريعة بالنسبة للتركيبة السكانية الحالية والمستقبلية على حد سواء، مع التركيز على جوانب؛ مثل الخصوبة والهجرة والوفيات. وبشكل عام، يبدو أن هناك تبايناً سكانياً؛ حيث توجد معدلات خصوبة مرتفعة ووفيات منخفضة، ومع ذلك، هناك انخفاض في معدل الخصوبة، الذي عندما يقترن بانخفاض معدل الوفيات، يؤثر على عدد السكان في العالم العربي. ومن الواضح أن هذه النتائج تظهر حقبة جديدة من التغيرات في ظاهرة الخصوبة في الدول العربية.

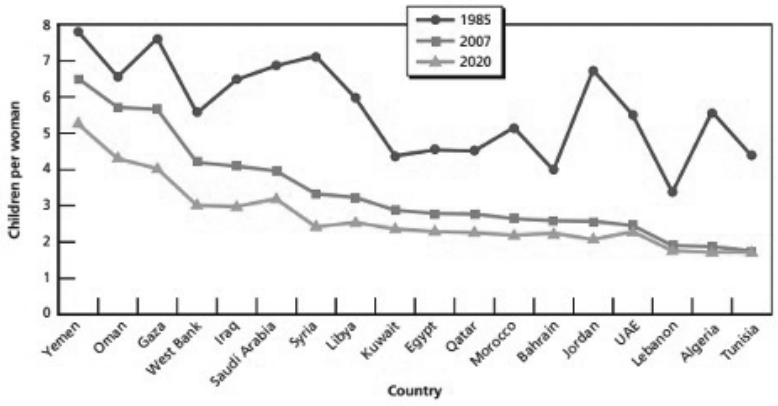
كما أظهرت دراسة أخرى (Crane et al., 2011) حول اتجاهات معدلات الخصوبة في جميع أنحاء العالم العربي، أن الدول العربية عامة تتمتع بمعدلات خصوبة عالية ونمو سكاني سريع مقارنة بالدول الأخرى في العالم. وقد تبلغ معدلات الخصوبة في المملكة العربية السعودية، على سبيل المثال، معدلاً مرتفعاً، قدره 3.4 أطفال لكل امرأة مقارنة بدولة مثل كوريا الجنوبية التي لديها معدل 1.3 طفل لكل امرأة. وتتمتع دول الخليج العربي بأعلى معدل للخصوبة، ولكن تعاني بلدان مثل شمال إفريقيا وبلاد الشام من معدلات خصوبة أعلى بسبب التحولات الاجتماعية والاقتصادية مثل مصر. ولكن على الرغم من الاختلافات في هذه المعدلات، تشير الدراسة إلى أنه على مر السنين، سوف تشهد جميع الدول العربية انخفاضاً في معدل الخصوبة، ومن المتوقع أن يحدث هذا في السنوات القريبة القادمة.

وفي دراسة قام بها وينكلر (Winckler, 1998) حول موضوع سياسات النمو السكاني والخصوبة في الدول العربية، أشار إلى أن جميع بلدان الشرق الأوسط سوف تستمر في محاولة التأثير الإيجابي على معدلات الخصوبة بطرق مختلفة في ضوء القضايا السكانية والديموغرافية. ولذلك، تكون دوافعها لتعديل هذه القضية السكانية مختلفة بعضها عن بعض. فهناك دول، مثل مصر، تستخدم برامج تنظيم الأسرة لتقليل عدد السكان لضمان الاستدامة. وهناك دول مثل الأردن تشعر بالرضا عن سكانها الحاليين ولا تواجه ضغوطاً مثل تلك الموجودة في المجموعة الأولى ذات الخصوبة العالية. وهناك الدول المصدرة للنفط؛ مثل دولة قطر، التي تحاول فعلياً زيادة معدل الخصوبة.

وهناك أيضاً دراسة أخرى (McKee et al., 2017)، تُظهر أنه على الرغم من الزيادة في عدد السكان في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، فإن معدل الخصوبة لايزال منخفضاً. وأن كلاً من العراق واليمن والسودان لديها معدلات خصوبة عالية. وأوضحت الدراسة أيضاً أن هناك عوامل تؤدي دوراً مهماً في انخفاض معدلات الخصوبة في دول العالم العربي، منها: حصول النساء على التعليم، التحضر، زيادة استخدام وسائل منع الحمل، تأخر سن الزواج، وتؤثر هذه العوامل بشكل مباشر على عدد المواليد الإجمالي في الدول؛ ومن ثم تؤدي إلى انخفاض معدل الخصوبة والنمو السكاني الطبيعي لدى المواطنين (McKee et al., 2017).

يتضح من شكل (1) وجود تباين في معدلات الخصوبة في العالم العربي من عام 1985 إلى 2007 حتى عام 2010، وتختلف التوقعات المستقبلية لمعدل الخصوبة في عام 2020 بشكل فعلي. على سبيل المثال، تتمتع تونس باقتصاد ناجح وقوي ولكن لديها أدنى معدل للخصوبة مقارنة بالدول الأخرى. ومن جانب آخر، تتميز اليمن بأعلى معدل للخصوبة بين الدول العربية مع انخفاض شديد في مستوى البلد الاقتصادي ونصيب الفرد من الدخل القومي، كما يوجد أدنى معدل تعليم للنساء وعدد كبير من سكان القرى وأعلى معدل وفيات للرضع في المنطقة. ومن جانب آخر، على الرغم من وجود هذه الاختلافات استمر انخفاض معدل الخصوبة في العالم العربي حتى عام 2020 (شكل 1)؛ ومن ثم انخفاض معدل النمو السكاني في هذه المنطقة؛ إذ إنه من المتوقع أن تنخفض معدلات النمو السكاني إلى 1.4 بالمائة سنوياً بحلول عام 2020؛ أي أقل من نصف معدل بداية الثمانينيات 1985.

شكل (1)
معدلات الخصوبة في العالم العربي



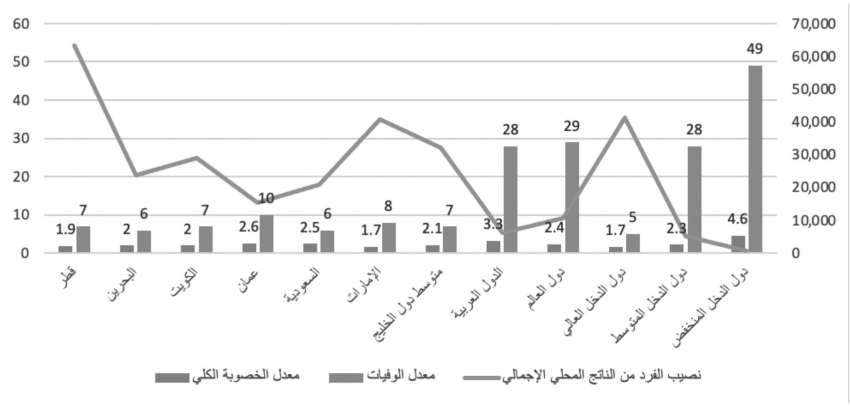
المصدر: Schultz, T. P., & DaVanzo, J. (1970). Fertility patterns and their determinants in the Arab Middle East.. https://www.rand.org/pubs/research_memoranda/RM5978.html.

اتجاهات معدلات الخصوبة في دول مجلس التعاون الخليجي:

بالنظر إلى المستويات التعليمية العالية والثروة الاقتصادية في دول مجلس التعاون الخليجي، تشهد معدلات الخصوبة حالياً انخفاضاً في كل من دولة قطر ودولة الإمارات العربية المتحدة والمملكة العربية السعودية، ومن المتوقع أن تشهد معدلات الخصوبة انخفاضاً تدريجياً. يوضح شكل (2) تقديرات بشأن معدل الخصوبة الكلي، معدل الوفيات، نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي لعام 2017 في دول مجلس التعاون الخليجي مقارنة بالدول العربية، دول العالم، دول الدخل العالي والدخل المتوسط والدخل المنخفض. فتحليل الخصائص والعلاقات الدقيقة بين هذه العوامل قد يسمح بفهم أكثر شمولية لمعدلات الخصوبة؛ ومن ثم توضح التوقعات السكانية في الدول.

شكل (2)

تقديرات البنك الدولي لعام 2017 بشأن معدل الخصوبة الكلي، معدل الوفيات، نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (الأسعار الجارية للدولار الأمريكي)



المصدر: الموقع الإلكتروني للبنك الدولي:

- معدل الخصوبة الكلي (عدد المواليد لكل امرأة) (زيارة الموقع بتاريخ: 8/6/2019):
  https://data.worldbank.org/indicator/sp.dyn.tfrt.in
- معدل الوفيات لكل ألف طفل (زيارة الموقع بتاريخ: 8/6/2019):
  https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN
- نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (زيارة الموقع بتاريخ: 8/6/2019):
  https://data.worldbank.org/indicator/ny.gdp.pcap.cd

تبين مؤشرات التنمية المستدامة ارتفاع مستوى الحياة الاجتماعية والصحية في هذه الدول، بالإضافة إلى الثروة الاقتصادية من مصادر الطاقة التي أدت إلى ارتفاع مستوى التحضر لديها وزيادة العمالة الوافدة. وقد أوضحت إحصائية لسكان دول مجلس التعاون الخليجي لعام 2015، نسبة المواطنين إلى نسبة الوافدين من إجمالي التعداد العام للسكان في كل دولة، اتضح من خلالها مدى حجم الخلل في التركيبة السكانية في هذه الدول، بما في ذلك دولة قطر؛ حيث بلغت نسبة المواطنين فيها 11% إلى نسبة الوافدين 89%، ووفقاً للإحصائيات المنشورة محلياً بلغ عدد سكان قطر في عام 2016 نحو 2.500 مليون ما بين مواطنين ووافدين.

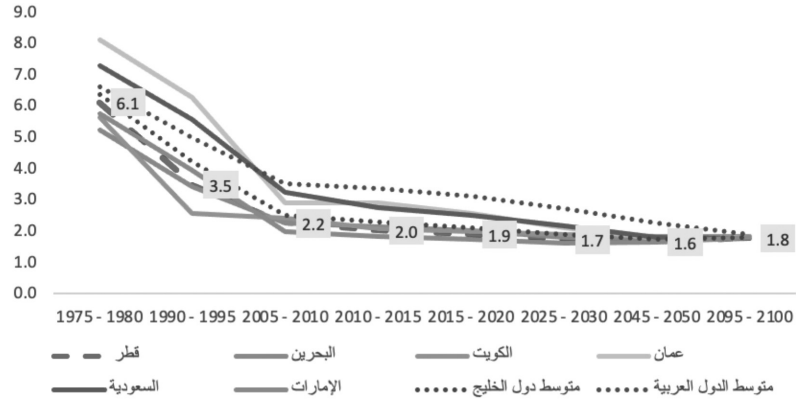
وهناك عدة دراسات أوضحت العوامل التي تؤثر على انخفاض معدلات الخصوبة الكلية. على سبيل المثال، أجريت دراسة (Al Awad & Chartouni, 2014) حول العوامل التي أدت إلى انخفاض الخصوبة في هذه المنطقة بشكل عام، وعرضت نتائج دراسة حالة من دولة الإمارات العربية المتحدة. استخدم الباحث نموذج الخصوبة Poisson

لتحليل الأسباب التي تؤدي إلى انخفاض الخصوبة، وقد ساهم المشاركون المواطنون والأجانب من الذكور والإناث في هذه الدراسة. أظهرت النتائج أن العوامل الاقتصادية (التكلفة الاقتصادية للأطفال) لا تحدد الخصوبة؛ لأن دولة الإمارات العربية المتحدة تمنح ضماناً اجتماعياً كبيراً لمواطنيها (Al Awad & Chartouni, 2014). ينطبق الشيء نفسه أيضاً على المشاركة في سوق العمل. وبدلاً من ذلك، فإن السببين الرئيسين لانخفاض معدل الخصوبة يشملان مستوى التعليم العالي للنساء، وكذلك تأخر سن الزواج وتأخر سن الإنجاب والفترة الطويلة بين عدد الولادات للنساء.

وفي تقرير أعدته الأمم المتحدة لعام 2017، يوضح شكل (3) التقديرات لمعدل الخصوبة في دولة قطر ودول مجلس التعاون الخليجي من عام 1975 إلى عام 2100 مقارنة بالدول العربية؛ حيث تشير التقديرات إلى أن معدل الخصوبة سينخفض تدريجياً خلال السنوات القادمة إلى أدنى معدلاتها مقارنة بالعام 1975.

شكل (3)

تقديرات معدل الخصوبة في قطر ودول مجلس التعاون الخليجي للفترة (1975 – 2100)



المصدر: United Nations (2017). *The world population prospects*: The 2017 revision

تأتي وسائل تنظيم الأسرة (وسائل تنظيم الحمل والولادة) في مقدمة الأسباب التي تؤدي إلى انخفاض معدلات المواليد، متمثلة في وسائل منع الحمل الطبية أو الطبيعية، التي يكون لها تأثير على المدى الطويل في خفض معدل النمو السكاني في دول مجلس التعاون. على سبيل المثال، يوضح جدول (1) وسائل منع الحمل

المفضلة المستخدمة بين الأمهات المتزوجات في دولة الإمارات العربية المتحدة. تشير النتائج إلى أن 66.4% من الأمهات يستخدمن وسائل تنظيم الحمل الحديثة، في حين تستخدم 33.6% من الأمهات وسائل تنظيم الحمل التقليدية.

جدول (1)

نوع وسائل منع الحمل المفضلة والمستخدمة بين الأمهات المتزوجات في دولة الإمارات العربية المتحدة

Variable	N (%)
Type of Contraceptive Used	
Tradition	83 (33.6)
Modern	164 (66.4)
Preferred Contraceptive Method	
Male condoms	78 (31.6)
IUD	55 (22.3)
Withdrawal Method	50 (22.3)
Barrier and Withdrawal method	3 (1.2)
Hormone injection	9 (3.6)
OCP	40 (16.2)
Rhythm method	3 (1.2)
Tubal Ligation	9 (3.6)

وبشكل عام، أشارت عدة دراسات إلى أن الأسباب الرئيسة التي تؤدي دوراً كبيراً في انخفاض معدل الخصوبة في الدول العربية يعود إلى ارتفاع سن الزواج، وتراجع الرغبة في زيادة عدد الأطفال، وانخفاض استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة مقارنة بالدول الأوروبية (Rashad, 2000; Rashad & Khadr 2002; Fargues 2005: 45). وأشار «راشد وخضر» (Rashad & Khadr 2002)، إلى أن زواج الأقارب قد أدى دوراً أكبر في انخفاض الخصوبة مقارنة بتنظيم الأسرة الحديث في الدول العربية.

اتجاهات معدلات الخصوبة في دولة قطر:

بحلول أواخر الثمانينيات ومع زيادة إنتاج معدلات النفط والغاز، تحولت دولة قطر إلى دولة حديثة، وطورت جميع المرافق والبنية التحتية فيها، وتم تحسين

مستوى المعيشة والوضع الصحي بشكل كبير. وسنّت تشريعات وإستراتيجيات وطنية، منها رؤية قطر الوطنية 2030، التي تتضمن ركيزة التنمية البشرية والاجتماعية، التي هي إحدى ركائز الرؤية الأساسية، وتؤكد أهمية المحافظة على أسرة قوية متماسكة تحظى بالدعم والرعاية والحماية الاجتماعية، وتحقيق الرفاه للسكان في الخدمات الصحية والتعليمية. كما أكدت إستراتيجية التنمية الوطنية 2011–2016 أهمية الزواج ورفع معدلات الخصوبة الكلية في الدولة.

وسعت الحكومة إلى تحسين أوضاع الأسر القطرية على نطاق واسع، وشرع في العديد من السياسات لإشراك النساء في المجال العام؛ لضمان المساواة في الحقوق والقضاء على القيود الثقافية والاجتماعية التي تشكل تمييزاً ضد النساء. حققت المرأة في قطر خطوات كبيرة في سوق العمل خلال العقد الماضي؛ مما ساهم بشكل إيجابي في زيادة مستوى تعليم الإناث ومشاركتهن في القوة العاملة الذي ينعكس إيجابياً على النمو الاقتصادي في البلاد. في الواقع، تعد قطر الدولة الوحيدة في المنطقة التي شهدت نمواً مستداماً لمشاركة القوى العاملة للإناث منذ عام 1990. وحالياً – بحسب آخر مسح للقوى العاملة في قطر خلال الربع الأول من عام 2019 – تشير النتائج إلى أن معدل البطالة بلغ 0.1% في الربع الأول من عام 2019. والنساء في قطر يلحقن بالرجال في الساحة التعليمية، وفي بعض الحالات يتفوقن عليهم. وهذا يعني أن النموذج التقليدي «Breadwinner» يتحول إلى نموذج «Dual-earner Model» في المجتمع القطري.

وأشار تقرير التنمية المستدامة في قطر لعام 2016 (Sustainable Development Goals in the State of Qatar 2016, 2018) إلى أن دولة قطر تمكنت من تحقيق معظم أهداف التنمية المستدامة لعام 2030، ففي الهدف رقم (3) بشأن ضمان حياة صحية وتعزيز الرفاه للجميع، حققت دولة قطر إنجازات في القطاع الصحي، من ضمنها خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى أقل من 25 حالة وفاة لكل 1,000 مولود حي، كما انخفض معدل وفيات الرضع إلى أقل من 12 حالة وفاة. وتشير الإحصائيات إلى أن عدد المواليد القطريين الأحياء المسجلين بلغ 7,621 في عام 2008، وعلى المستوى نفسه تقريباً بلغ العدد 7,944 في عام 2017 (النشرة السنوية للإحصائيات الحيوية، 2017). ومن جانب آخر بلغ عدد الوفيات المسجلة من القطريين 653 في عام 2008، وتذبذب عدد الوفيات بين ارتفاع وانخفاض خلال الفترة ليصل إلى 705 في عام 2017، وتشير الإحصائيات إلى انخفاض معدل وفيات

الأطفال القطريين من 2.0 في عام 2008 ليصل إلى 1.3 في عام 2017 (النشرة السنوية للإحصائيات الحيوية، 2017).

ووفقاً لآخر الإحصائيات في دولة قطر، بلغ إجمالي عدد السكان 2.7 مليون نسمة في مايو2019 (الموقع الإلكتروني لجهاز التخطيط والإحصاء القطري)، وتشير التقديرات إلى أنه يتوقع أن يصل عدد السكان في عام 2030 إلى 3.2 ملايين نسمة (United Nations, 2017). ومن جهة أخرى تؤكد الإحصائيات أن معدلات الخصوبة تشهد انخفاضاً كبيراً في الأسرة القطرية على الرغم من غياب الأسباب الرئيسة التي يمكن أن تساهم في ذلك، ومنها: (1) انخفاض انتشار وسائل منع الحمل في المجتمع القطري، (2) وعدم وجود برامج حكومية رسمية للسيطرة على السكان أو برامج تنظيم للأسرة التي تهدف إلى خفض معدل الخصوبة والإنجاب. وهناك عدة إحصائيات تؤكد أن معدل الخصوبة الكلي للقطريات انخفض من 3.20 في عام إلى 2013 ليصل إلى 2.94 في عام 2017 (جهاز التخطيط والإحصاء، 2017).

من المؤكد أن التغيرات الاجتماعية والاقتصادية أثرت في أساليب معيشة الأسرة القطرية؛ حيث انخفضت رغبة النساء في إنجاب عدد كبير من الأطفال، وتغيرت أنماط الزواج في المجتمع القطري. وزاد أيضاً معدل الطلاق وعدد النساء اللاتي لم يسبق لهن الزواج (العازبات). وأكدت دراسة أنه في المجتمع القطري غالباً ما يتزوج الرجل عندما يبلغ من العمر 27 عاماً، في حين تتزوج المرأة في سن الرابعة والعشرين، وأن 6% منهن فقط يتزوجن قبل بلوغهن سن العشرين (Toumi, 2011). وتجدر الإشارة إلى أن متوسط عمر المرأة القطرية عند الإنجاب بلغ 31.76 سنة (جهاز التخطيط والإحصاء، 2017) ويعزى هذا إلى ارتفاع نسبة التعليم ومشاركة المرأة في القوى العاملة؛ مما يؤثر بشكل سلبي على الموازنة بين مسؤوليات تنشئة الأطفال وتربيتهم ورعايتهم وواجبات العمل.

كما أن هناك عدة معايير اجتماعية وقيوداً ثقافية والتزامات عائلية تمثل تحديات تواجهها النساء العاملات من خلال المشاركة في قوة العمل، التي تعتبر بمثابة عقبة كبيرة نحو الاستفادة الكاملة من خبرة الموظفات كموارد بشرية في البلاد. ولهذا يكون من الصعب تكوين أسرة كبيرة وإنجاب عدد كبير من الأطفال فيما يشكله الأمر من تحديات للأسر القطرية. ولهذا سنت الحكومة العديد من التشريعات لتعزيز رفاهية الأسرة القطرية ورفع معدلات الخصوبة وزيادة عدد المواليد للسكان

المحليين، بالإضافة تحقيق أهداف النمو الاقتصادي للبلاد. فهناك سياسات في جهة العمل لتحقيق التوازن بين مسؤوليات العمل والأسرة للعاملات في القطاع الحكومي، تتضمن المزايا التالية الخاصة بقانون الموارد البشرية في دولة قطر لعام 2016:

- 60 يوماً إجازة وضع مدفوعة الأجر.
- 90 يوماً إجازة الوضع مدفوعة الأجر في حالة وضع توائم.
- 5 سنوات إجازة للأم لرعاية الطفل ذي الإعاقة مدفوعة الأجر.
- إجازة للأم مدفوعة الأجر لمرافقة الطفل المريض في أثناء إقامته للعلاج في المستشفيات العامة أو الخاصة داخل الدولة وفقاً للتقرير الطبي.
- ساعتي رضاعة يومياً لمدة عامين.

وللعاملات في القطاع الخاص لهم المزايا التالية الخاصة بقانون العمل في دولة قطر رقم 14 لسنة 2004:

- 50 يوماً إجازة وضع مدفوعة الأجر.
- ساعة رضاعة يومياً لمدة عام.

ولكن يبقى السؤال المطروح، هو: هل هذه السياسات تسهم بشكل فعلي في تحقيق التوازن المطلوب؟ هل هي كافية للتشجيع على زيادة الخصوبة بين أوساط الأسر القطرية؟ بالنظر إلى مستويات الخصوبة الحالية في ظل التغيرات الاجتماعية، يتضح وجود انخفاض حاد في معدل الخصوبة والديموغرافيا عند مقارنة الإحصائيات منذ عدة عقود متمثلة بالجيل التقليدي مع الإحصائيات الخاصة بالجيل الحديث.

تشير الإحصائيات الصادرة عن الأمم المتحدة لسنة 2015 إلى أن معدل انتشار استخدام وسائل منع الحمل بين النساء في قطر وصل إلى 44% من النساء، في حين كانت النسبة أقل في كل من المملكة العربية السعودية وسلطنة عمان (37%)، بينما سجلت أعلى نسبة انتشار استخدام وسائل منع الحمل في البحرين بنسبة 66%، وقد يعزى ذلك إلى أسباب اقتصادية، في حين كانت النسبة في الكويت 56% (الموقع الإلكتروني للأمم المتحدة لقاعدة البيانات العالمية للسياسات السكانية). إلا أن معدل الخصوبة الكلي آخذ في الانخفاض حالياً، وهذا يعني أن سبب انخفاض معدل الخصوبة في دولة قطر بشكل رئيس يعود إلى أسباب اجتماعية، منها ارتفاع سن الزواج وليس بسبب استخدام وسائل منع الحمل (CPR). ومن الأسباب التي

تؤثر بشكل مباشر على معدلات الخصوبة التغيرات السلوكية والمحددات المباشرة لخصوبة المرأة، ومنها: انقطاع الطمث، إطالة فترة الرضاعة الطبيعية، تباعد المدة الزمنية بين الولادات.

النظريات الخاصة بظاهرة التحولات الديموغرافية والخصوبة:

تجيب هذه النظريات عن عدة تساؤلات، منها: هل أدى ارتفاع مستويات الدخل للأفراد من خلال التقدم الصناعي إلى انخفاض معدل الخصوبة؟ أكان السبب هو انخفاض معدل الوفيات؟ أم إن وضع المرأة ومشاركتها في القوى العاملة سبب لانخفاض عدد المواليد؟ تناقش نظريات التحول الديموغرافي العلاقة بين معدل الخصوبة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية في بلد ما (Myrskylä et al., 2009). وتوصلت الدراسات إلى وجود علاقة بين العوامل المختلفة والمترابطة؛ مثل ارتفاع الدخل والتقدم الصناعي أو العلمي- بانخفاض معدل الخصوبة (Galor, 2012). ففي المجتمعات الحديثة من الممكن أن تتأثر الأنماط الديموغرافية بسبب تغير سلوكيات الأفراد باتجاه الإنجاب، على سبيل المثال. فيما يلي بعض النظريات المتعلقة بالتحولات الديموغرافية:

- النظرية الديموغرافية الكلاسيكية أو التقليدية (The Classic Demographic Theory or Traditional Demographic Theory): وصف طومسون (1916) ونوستاين (1953) من خلال هذه النظرية أن السبب الرئيس لانخفاض الخصوبة يكمن في التغيرات في الحياة الاجتماعية بسبب التطور الاجتماعي والاقتصادي. ويشمل هذا التطور ما يلي: التحضر، والتقدم الصناعي، والحراك الاجتماعي، وتغيير وضع المرأة (من خلال التعليم، ومشاركتها في القوى العاملة، وتقلدها مناصب في المجتمع وصنع القرار، وما إلى ذلك). تنتج هذه التغييرات انخفاضاً في معدل الوفيات، وتهيئ طريقة للحياة يقلص فيها طلب الأزواج على الأطفال؛ ومن ثم تغير حجم الأسر. تتناسب هذه النظرية مع معظم المجتمعات في الغرب، وبعض السكان في شرق آسيا وأمريكا اللاتينية، ولكنها لا تنطبق على بعض البلدان النامية في آسيا وإفريقيا وأمريكا اللاتينية التي انخفضت فيها الخصوبة دون الانتقال في مرحلة التنمية الاجتماعية والاقتصادية والتحضر (Tabutin & Schoumker 2005; Islam et al., 2003; Zavala de Cosio 1996; Mason, 1997).

- النظرية الاقتصادية التقليدية المحدثة للخصوبة (A Neoclassical Microeconomic

Theory of Fertility) (المعروفة باسم «Demand Theory»): وصف بيكر (1960) ، شولتز (1973)، أيسترلين (1975، 1978؛ أيسترلين وكريممينس 1985) والعديد من الباحثين أن هذه النظرية تشرح العلاقة بين الخصوبة والوضع الاقتصادي كمستوى الدخل والتكاليف للأزواج. وتركز النظرية على ثلاثة جوانب من خيارات الخصوبة بالنسبة للأزواج: (1) تكلفة الأطفال ومصاريفهم، (2) والوضع الاقتصادي للزوجين، (3) وتفضيلاتهم للإنجاب. وتتجاهل هذه النظرية العوامل الأخرى؛ مثل الظروف البيئية والسلوكية والمجتمعية، التي من المحتمل أن تؤثر على مستوى التكاليف أو الوضع الاقتصادي أو تفضيلات الإنجاب (Robinson, 1997).

- نظرية الثروة (The Theory of Intergenerational Wealth Flows) (كالدويل، 1982) التي تفترض وجود علاقة مباشرة بين الجوانب الاجتماعية للأسرة والخصوبة وتختلف في المجتمعات التقليدية عن المجتمعات الحديثة.

نظرية التفكير في ظاهرة انخفاض الخصوبة: طور كليلاند وويلسون (1987؛ كليلاند، 1985) هذه النظرية التي تفترض أن انخفاض الخصوبة ينتج من خلال نشر الأفكار الجديدة حول موضوع التحكم في الخصوبة والإنجاب بدلاً من التغيرات المتعلقة بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية. وضحت هذه النظرية أن انخفاض الخصوبة في معظم البلدان النامية يرجع إلى البرنامج الحكومي من خلال تنظيم الأسرة. وتعتبر هذه النظرية أقل دقة ويصعب اختبارها ولكن يمكن استخدامها لإنشاء التوقعات ومقارنتها بالبيانات المتاحة.

6 - التعريفات الإجرائية (المصطلحات):

استخدم معجم للمصطلحات الديموغرافية بالإضافة إلى تعريف أهم المصطلحات المستخدمة في هذه الدراسة:

- **التحول الديمغرافي- Demographic Transition**: الدراسة العلمية لمجموعات السكان، بما في ذلك أحجامها وتركيباتها وتوزيعاتها وكثافتها ونموها وخصائصها الأخرى، وكذلك أسباب وعواقب التغيرات في هذه العوامل، وتتضمن التحولات الديموغرافية. التحول في معدلات المواليد والوفيات من المستويات العليا إلى المستويات المنخفضة وفي عدد السكان. وعادة ما يسبق انخفاض معدل الوفيات انخفاض الخصوبة؛ مما يؤدي إلى نمو سكاني سريع خلال الفترة الانتقالية.

- **معدل الخصوبة الكلية – (TFR)ا Total Fertility Rate**: يتم الحصول عليه بتجميع معدلات الخصوبة العمرية للسنوات الفردية خلال سن الحمل لكل امرأة، والنتيجة تمثل متوسط عدد الأطفال الذين تنجبهم المرأة خلال فترة حياتها الإنجابية (جهاز التخطيط والإحصاء، 2017). فالقيمة تمثل متوسط عدد الأطفال الذين يمكن أن تنجبهم المرأة في حياتها (أو مجموعة من النساء)، إذا كانت ستمر بسنوات إنجابها المطابقة لمعدلات الخصوبة الخاصة بالعمر في سنة معينة. ويشار إلى هذا المعدل أحياناً بعدد الأطفال الذين تنجبهم النساء اليوم على افتراض أن حملها سيتوافق مع معدل الخصوبة في سن الإنجاب من 15 إلى 44 سنة.

- **سن الإنجاب – Reproductive Age**: يبلغ عمر المرأة الإنجابية 15–44 أو 15–49 سنة .

- **تنظيم الأسرة – Family Planning**: السيطرة على الحمل من خلال تأخيره أو وقفه باستعمال وسيلة أو أكثر من وسائل تنظيم الأسرة (عيد، 2011)؛ فهي الجهد الواعي للأزواج لتنظيم عدد الولادات من خلال وسائل منع الحمل الاصطناعية والطبيعية، سواء كانت الوسيلة حديثة كالحبوب، اللولب، الحقن بالإبر، الواقي الذكري، التعقيم الأنثوي، أم وسائل تقليدية؛ كفترة الأمان، وهي الامتناع الإرادي عن الجماع حين نزول البويضة، القذف الخارجي، واعتماد الرضاعة الطبيعية (عيد، 2011).

- **السياسة السكانية –Population Policy**: الإجراءات التي تتخذها الحكومة للتأثير على حجم السكان أو نموهم أو توزيعهم أو تكوينهم.

- **معدل النمو– Growth Rate**: عدد الأشخاص الذين أضيفوا إلى (أو طرحوا) من السكان في السنة بسبب الزيادة الطبيعية والهجرة الصافية التي يتم التعبير عنها كنسبة مئوية من السكان في بداية الفترة الزمنية.

- **الهجرة – Migration**: هي حركة الأشخاص عبر الحدود المحددة لغرض إقامة سكن جديد أو شبه دائم. مقسمة إلى الهجرة الدولية (الهجرة بين البلدان) والهجرة الداخلية (الهجرة داخل البلد).

- **التنمية المستدامة – Sustainable Development**: التنمية التي تلبي احتياجات الحاضر دون المساس بقدرة أجيال المستقبل على تلبية احتياجاتهم (وزارة التخطيط التنموي والإحصاء، 2018).

7 - إجراءات الدراسة:

(7 - أ) منهجية الدراسة:

استخدم المنهج الوصفي بصورته المسحية (الاستبانة) أداة رئيسة لجمع البيانات من خلال إجراء مقابلات شخصية وجهاً لوجه باستخدام الحاسب (CAPI)؛ لملاءمته لطبيعة الدراسة ولتحقيق أهدافها ولتحديد المتغيرات التي تؤثر في التركيبة السكانية.

(7 - ب) مجتمع الدراسة وعينتها:

يتكون مجتمع الدراسة من نساء قطريات في المجتمع القطري، جمعت بياناتهن بوساطة معهد البحوث الاجتماعية والاقتصادية المسحية في جامعة قطر من خلال مشروع الخصوبة، على اختلاف خصائص الأفراد الفردية والاجتماعية في عام 2019/2018، البالغ عددهن (607). تم اختيار المستجيبين بالطريقة العشوائية الطبقية، في ضوء متغيرات الدراسة (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، أعلى مستوى تعليمي، عدد الأطفال ...).

(7 -ج) أداة الدراسة:

بعد الاطلاع على الأدبيات التربوية والدراسات السابقة التي بحثت في مجال الخصوبة والنظريات المتعلقة بها، قام الباحثون ببناء أداة الدراسة التي تتضمن أهم العوامل التي تؤدي إلى انخفاض نسبة الخصوبة في الأسر القطرية. اتفقت هذه الدراسة مع الدراسات السابقة في استخدام المنهج الوصفي لتحقيق أهدافها المرجوة، واختير الإطار النظري ومنهجية الدراسة وعينتها من النساء القطريات لمعرفة توجهاتهن وآرائهن بموضوع الخصوبة ومناقشة مدى اتفاقهن واختلافهن مع أهمية موضوع الخصوبة، وذلك من خلال جمع بيانات بشأن صحة النساء والأطفال؛ بحيث تساعد المعلومات الحكومة في التخطيط للخدمات الصحية والحصول على التوقعات المستقبلية التي تعكس توجه الأسر القطرية.

(7 - د) صدق أداة الدراسة:

اختيرت جودة توفيق النموذج، بالإضافة إلى اختبار الصدق والثبات لأداة الدراسة؛ للتأكد من صدق الأداة من خلال صدق المحكمين، وعرضت الأداة بصورتها الأولية على عدد من المحكمين المتخصصين في الخصوبة؛ وذلك بهدف معرفة آرائهم

وملاحظاتهم ومقترحاتهم حول موضوعات الأداة وفقراتها ومدى وضوحها، وترابطها، ومدى تحقيقها لأهداف الدراسة، وفرغت الملاحظات التي أبداها المحكمون.

(7 - هـ) ثبات الأداة:

استخدمت معادلة كرونباخ ألفا لتحديد ثبات الموضوعات والأداة ككل. وقد حللت البيانات باستخدام المنهج الوصفي التحليلي المسحي للعينة؛ بهدف الخروج بمؤشرات أولية عن الظاهرة من خلال اختبار تحليل التباين الأحادي وتحليل انحدار بوسون (Poisson) وتحليل انحدار منطقي (Logistic)؛ وذلك لإجراء المقارنات لتحديد أهم العوامل المؤثرة في انخفاض معدلات الخصوبة في دولة قطر.

8 - النتائج والمناقشة:

في هذا القسم، تناقش النتائج ويجاب عن أسئلة الدراسة من وجهة نظر المجتمع القطري وتربط بالدراسات السابقة التي بحثت في مجال الخصوبة والنظريات المتعلقة بها.

(8 - أ) المعلومات الديموغرافية:

الفئات العمرية:

شكلت الفئة العمرية (33–40 سنة) النسبة الكبرى مقارنة بالفئات العمرية الأخرى؛ إذ بلغت 36%، تليها الفئات العمرية (41–49 سنة) و(25–32 سنة) بنسبة الثلث تقريباً لكل منهما (29% و27% على التوالي)، وأخيراً شكلت الفئة العمرية الأصغر سناً (18–24 سنة) النسبة الأقل في العينة (8%).

المستوى التعليمي:

بلغت نسبة النساء القطريات الحاصلات على تعليم أعلى من الثانوية النسبة الكبرى في العينة (44%)، تليها نسبة الحاصلات على الشهادة الثانوية بنحو ثلث العينة (33%)، وأخيراً شكلت نسبة الحاصلات على تعليم أقل من الثانوية نسبة 23%.

الحالة الوظيفية:

بلغت نسبة النساء القطريات العاملات (دوام كامل وجزئي) 46%، وشكلت نسبة أولئك اللاتي لا يعملن ويبحثن عن عمل 13%، بينما شكلت نسبة اللاتي لا يعملن ولا يبحثن عن عمل نحو الثلث (31%)، أما نسبة الطالبات؛ فشكلت 5%، والمتقاعدات 2%، والنسبة المتبقية (3%) تمثل البند «أخرى» في سؤال الحالة الوظيفية.

تصنيف الفئات الوظيفية:

شكلت نسبة النساء القطريات العاملات في فئة الوظائف المهنية النسبة الكبرى مقارنة بفئات الوظائف الأخرى (48%)، تليها نسبة العاملات في فئة الوظائف المكتبية بنسبة 23%، و16% منهن يعملن في فئة وظائف كبار الموظفين (مشرع، موظف إدارة عليا، مدير).

الحالة الاجتماعية:

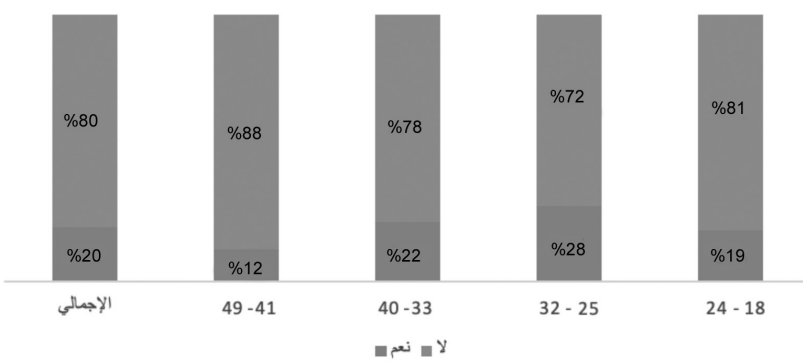
تضمنت عينة الدراسة النساء القطريات المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج، وكانت أغلب النساء اللاتي شاركن في الدراسة متزوجات (88%)، وبلغت نسبة المطلقات 7%، والأرامل 3% وأخيراً المنفصلات 2%. تشير النتائج إلى أن 96% تزوجن مرة واحدة ونسبة قليلة من العينة تزوجن مرتين (4%)، وبلغت نسبة الحوامل اللاتي شاركن في المسح 14% من إجمالي العينة.

(8 - ب) معدل الخصوبة ووسائل تنظيم الأسرة:

عند تحليل النتائج المتعلقة بالخصوبة، يتضح أن نسبة النساء اللاتي لم ينجبن مواليد تبلغ 12%، وتشكل أغلبيتهن من الفئة العمرية (18–24 سنة)، أما أقصى عدد للمواليد الذين أنجبتهم المرأة في عينة الدراسة؛ فقد بلغ 11 مولوداً. وسئلت المستجوبات عن نيتهن في استخدام وسائل تنظيم الأسرة لغرض تأجيل أو منع الحمل مستقبلاً، وتشير النتائج إلى أن الغالبية العظمى من النساء القطريات في جميع الفئات العمرية ليست لديهن نية لاستخدام وسائل تأجيل أو منع الحمل مستقبلاً (شكل 4).

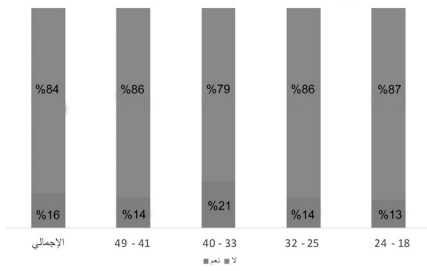
شكل (4)

نية المرأة استخدام وسائل تأجيل أو منع الحمل مستقبلاً

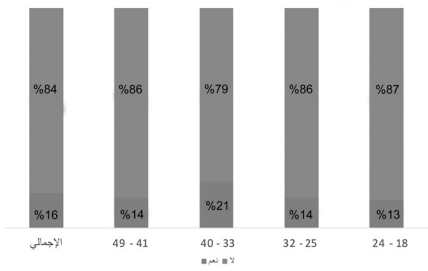


ومن جهة أخرى، أيد حوالي نصف النساء تقريباً في جميع الفئات العمرية استخدام وسائل تأجيل أو منع الحمل بعد أول مولود، بينما لا تؤيد أغلبية النساء استخدامها قبل أول حمل للمرأة (شكلا 5، 6).

شكل (5)
تصورات المستجيبات حول استخدام وسائل منع الحمل بعد أول مولود

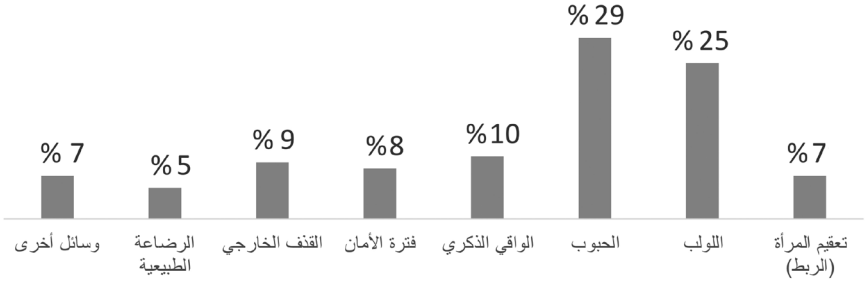


شكل (6)
تصورات المستجيبات حول استخدام المتزوجين حديثاً وسائل منع الحمل قبل أول حمل للمرأة



وسئلت المستجيبات عن المدة المثالية التي ينبغي للمرأة انتظارها بين كل حمل وآخر؛ فبينت النتائج أن 62% منهن يرين أن أنسب مدة للانتظار بين كل حمل وآخر هو سنتان، و20% يرين أن مدة 3 سنوات تعتبر مدة مناسبة. ويتضح أن الحبوب من أكثر الوسائل استخداماً لتأجيل أو منع الحمل بين النساء القطريات (لدى ثلث العينة تقريباً)، تليها وسيلة اللولب بنسبة 25% (شكل 7)، وهذا يتفق مع نتائج دراسة أخرى أجريت في قطر عام 2008 بشأن معدل انتشار استخدام موانع الحمل لدى النساء القطريات؛ حيث وجدت الدراسة أن وسيلة اللولب والحبوب من أكثر وسائل منع الحمل استخداماً لدى النساء القطريات (Arbab et al., 2011).

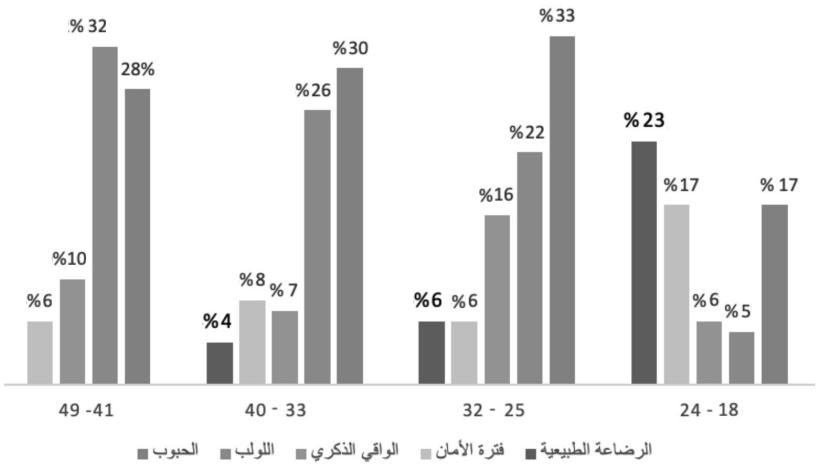
شكل (7)
وسائل تأجيل أو منع الحمل التي استخدمتها المرأة القطرية أو زوجها



بشكل عام، تميل النساء القطريات الأكبر سناً إلى استخدام وسائل تأجيل أو منعه أكثر من الفئات العمرية الأصغر سناً (شكل 8)، وتشير خصائص العينة إلى أن النساء الأكبر سناً لديهن أطفال أكثر مقارنة بالفئات العمرية الأصغر سناً؛ ومن ثم يتضح أن استخدام وسائل تأجيل أو منع الحمل يكون منتشراً بين النساء اللاتي أنجبن العديد من الأطفال، علماً بأن 18% من العينة أفدن بأنهن يواجهن ضغطاً من طرف / أطراف أخرى لإنجاب طفل أو المزيد من الأطفال، بينما الغالبية العظمى (82%) لا يواجهن أي ضغط لإنجاب طفل أو المزيد من الأطفال.

شكل (8)

استخدام النساء القطريات لوسائل تأجيل أو منع الحمل (بحسب الفئة العمرية)



تجدر الإشارة إلى أن نصف العينة تقريباً (48%) أفدن بأنهن يستخدمن وسيلة تأجيل أو منع الحمل حالياً (أي خلال فترة المسح) وأن أكثر من نصف اللاتي يعملن في وظائف (بدوام كامل أو جزئي) يستخدمن وسيلة حالياً (53%)، مقابل 43% من اللاتي لا يعملن يستخدمن وسيلة حالياً. أما من حيث تصنيف الوظيفة؛ فتميل النساء القطريات اللاتي يعملن في وظيفة ضمن فئة الوظائف المكتبية (سكرتير، مساعد إداري) إلى استخدام وسائل تأجيل أو منع الحمل أكثر من فئات الوظائف الأخرى. خلال فترة المسح شكلت نسبة النساء غير الحوامل 86%، نصفهن تقريباً كن يستخدمن وسيلة تأجيل أو منع حمل خلال فترة المسح.

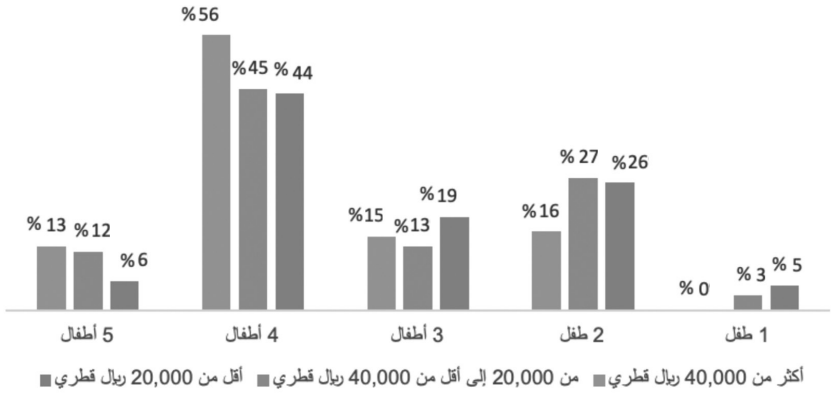
(8 - ج) قياس معدل الخصوبة للمرأة القطرية:

تستخدم الفروض في هذا القسم لقياس معدل الخصوبة للمرأة القطرية من خلال وجهة نظر العينة، وتحلل البيانات إحصائياً باستخدام معادلات الخصوبة وتحليل انحدار بوسون (Poisson)، وتحليل انحدار منطقي (Logistic)؛ وذلك استناداً إلى دراسة قام بها الباحث «العوض» وآخر (Al Awad & Chartouni, 2014)، وأشير إليها في قسم الدراسات السابقة. يوضح شكل (9) معدل الخصوبة العمرية للمرأة القطرية بحسب مستوى دخل المرأة. وحسب معدل الخصوبة العمرية (ASFR) – Age Specific Fertility Rate من خلال المعادلة التالية، وقدّر معدل الخصوبة الكلية (TFR) للعينة؛ حيث بلغ 3 مواليد لكل امرأة في المتوسط:

معدل الخصوبة العمرية = عدد المواليد الأحياء لكل امرأة في عمر محدد / عدد النساء في نفس العمر المحدد.

شكل (9)

معدل الخصوبة العمرية للمرأة القطرية (بحسب مستوى دخل المرأة)



يوضح شكل (9) أن معدل الخصوبة العمرية للنساء القطريات ذات الدخل المرتفع أعلى من النساء القطريات ذات الدخل المنخفض، واستناداً إلى النظرية الديموغرافية الكلاسيكية بشأن قياس العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة القطرية ومعدل الخصوبة العمرية، أجري تحليل انحدار بوسون (Poisson)، وبينت النتائج أن الخصوبة العمرية تنخفض كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة القطرية، وهذا يتسق مع نتائج دراسات سابقة، أجريت في سلطنة عمان ودولة الإمارات العربية المتحدة (Al Awad & Chartouni, 2010; Dorvlo et al., 2006)، في حين لم يثبت وجود تأثير

للحالة الوظيفية للمرأة على معدل الخصوبة العمرية (جدول 2). تجدر الإشارة إلى أن نتائج الدراسة التي قام بها أرباب وآخرون (Arbab et al., 2011) أظهرت ميل النساء القطريات الأقل تعليماً إلى عدم استخدام وسائل منع الحمل، في حين تميل النساء القطريات الأعلى تعليماً إلى استخدام وسائل منع الحمل؛ مما يفسر انخفاض معدل الخصوبة للمرأة كلما ارتفع المستوى التعليمي. بالإضافة إلى ذلك، وجدت دراسة أخرى (Kraif et al., 2017) أن مستوى التعليم للمرأة يؤثر بشكل غير مباشر على معدل الخصوبة؛ حيث أظهرت نتائج تلك الدراسة أن مستوى تعليم المرأة يعتبر عاملاً محدداً للعمر عند الزواج.

جدول (2)

تحليل انحدار بوسون (Poisson) لمعدل الخصوبة العمرية مع الحالة الوظيفية والمستوى التعليمي للمرأة القطرية

ASFR	IRR	Linearized Std. Err.	t	P>|t|	[%95 Conf. Interval]	
Employment Status:						
"Employed"	1.058	0.033	1.83	0.068	0.996	1.125
Education Level:						
Secondary	0.835	0.334	4.50-	0.000	0.772	0.904
Above secondary	0.881	0.334	3.33-	0.001	0.818	0.949
Constant	3.665	0.112	42.64	0.000	3.452	3.891

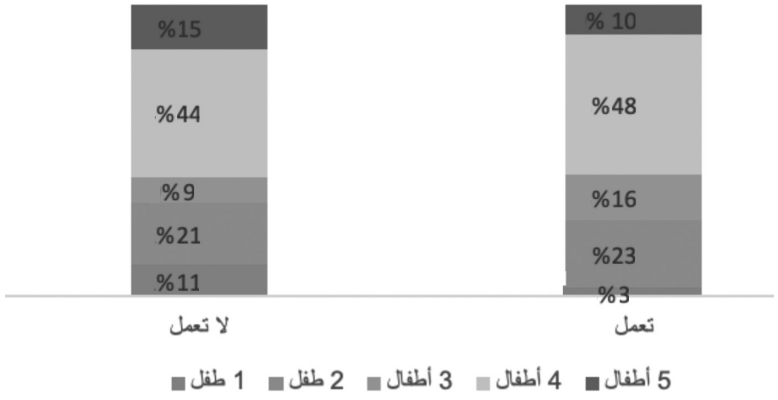
عند مستوى دلالة إحصائية: 0.05 p-value

استناداً إلى النظرية الديموغرافية الكلاسيكية أو التقليدية التي ترى أن السبب الرئيس لانخفاض الخصوبة يحدث بسبب انتقال بلد ما في مرحلة التنمية الاجتماعية والاقتصادية والتحضر ويشمل تغيير وضع المرأة (من خلال التعليم، ومشاركتها في القوى، وتقلدها مناصب في المجتمع وصنع القرار، وما إلى ذلك). وهنا تقاس العلاقة بين مشاركة المرأة في سوق العمل ومعدل الخصوبة العمرية للمرأة القطرية؛ فبحسب النظرية الديموغرافية فإن مشاركة المرأة في القوى العاملة

تؤدي إلى انخفاض خصوبتها لعدة أسباب، منها عدم القدرة على تحقيق التوازن المطلوب بين رعاية الأطفال وواجباتها في العمل؛ مما يؤدي إلى تأخر سن الإنجاب. يوضح شكل (10) أن معدل الخصوبة العمرية للنساء القطريات العاملات أعلى من النساء القطريات غير العاملات.

شكل (10)

معدل الخصوبة العمرية بحسب الحالة الوظيفية للمرأة القطرية



وعند إجراء تحليل انحدار منطقي (Logistic) لم يثبت وجود فروقات إحصائية في الرغبة في إنجاب طفل بحسب الحالة الوظيفية للمرأة القطرية (للمرأة غير الحامل؛ حيث تشكل نسبتهن في العينة 86%)، في حين لوحظ أن النساء ذوات المستوى التعليمي الأعلى (ثانوي فأكثر) تكون لديهن رغبة أكبر في إنجاب طفل مقارنة بالنساء اللاتي حصلن على تعليم أقل من الثانوي (جدول 3)، وذلك يؤيد النتيجة السابقة (جدول 2)؛ حيث بينت النتائج أن معدل الخصوبة العمرية يكون أقل لدى النساء ذات المستوى التعليمي الأعلى (ثانوي فأكثر)؛ لذلك تكون لديهن الرغبة في إنجاب طفل أو المزيد من الأطفال. تلك النتيجة تختلف عن نتيجة دراسة أخرى (Kraif et al., 2017) أظهرت أن ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة يؤدي إلى انخفاض الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال.

جدول (3)

تحليل انحدار منطقي (Logistic) للرغبة في إنجاب طفل آخر مع الحالة الوظيفية والمستوى التعليمي للمرأة القطرية (غير الحامل)

	Odds Ratio	Linearized Std. Err.	t	P>|t|	[%95 Conf. Interval]	
Employment Status:						
"Employed"	0.764	0.174	1.18-	0.238	0.488	1.196
Education Level:						
Secondary	3.454	1.057	4.05	0.000	1.892	6.306
Above secondary	4.168	1.241	4.79	0.000	2.321	7.484
Constant	0.538	0.128	2.61-	0.009	0.337	0.858

عند مستوى دلالة إحصائية: 0.05 p-value

يوضح شكل (11) أن نصف النساء القطريات ممن يحملن شهادات أعلى من المرحلة الثانوية، يرتفع لديهن معدل الخصوبة العمرية، في حين أوضحت نتائج تحليل انحدار بوسون أن معدل الخصوبة العمرية يكون أعلى لدى النساء الحاصلات على تعليم أقل من الثانوي، وذلك مقارنة بالنساء الحاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى، وهذا يشير إلى أن تعليم المرأة قد يكون ساهم في انخفاض معدل الخصوبة العمرية للمرأة.

شكل (11)

معدل الخصوبة العمرية بحسب المستوى التعليمي للمرأة القطرية

أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات المبحوثين باختلاف خصائصهن الديموغرافية والشخصية؛ مثل مستوى التعليم، الذي كان من الخصائص المهمة في فهم نتائج الخصوبة وكيفية تحكم معظم هذه الخصائص في التفضيلات الإنجابية لدى النساء القطريات، في حين لم يثبت وجود تأثير لمشاركة المرأة في سوق العمل على معدل الخصوبة والرغبة في إنجاب أطفال.

تشير الدلائل إلى وجود بعض التحديات التي تؤدي إلى انخفاض معدلات الإنجاب؛ فالسبب الرئيس لتأثر الأنماط الديموغرافية في المجتمع القطري الحديث يكمن في تغير سلوكيات بعض الأفراد باتجاه الخصوبة؛ حيث أدت التغيرات الاجتماعية والاقتصادية إلى ارتفاع سن الزواج، وتأخير الإنجاب من خلال استخدام وسائل منع أو تأجيل الحمل (تنظيم الأسرة)، بالإضافة إلى المستويات التعليمية العالية، التي تساعد على مشاركة المرأة في القوى العاملة. ومن المتوقع أن يؤثر هذا على معدل الخصوبة الكلي للنساء في دولة قطر، وعلى توازن التركيبة السكانية في السنوات القادمة.

وتستخدم نصف النساء القطريات (غير الحوامل) في مجتمع الدراسة وسائل تأجيل أو منع الحمل حالياً (خلال فترة المسح)، وأكثر من نصف اللاتي يعملن في وظائف يستخدمن وسيلة حالياً (53%)، مقابل 43% من اللاتي لا يعملن. وأشار معظم النساء القطريات (غير الحوامل) عدم رغبتهن في إنجاب طفل آخر، ورغبتهن في تأجيل الحمل إلى وقت لاحق. ومن المحتمل أن هذا التحدي الرئيس يعزى إلى عدم توافر السياسات التي تسهم في تحقيق التوازن بين مسؤوليات الأسرة وتربية الأطفال ورعايتهم وواجبات العمل. وأن عدم توافر الحوافز الكافية إلى إنجاب أطفال في جهة العمل (مثل: المرونة في أوقات العمل، العمل عن بعد، وجود غرفة رضاعة أو رعاية (حضانة) للأطفال في مكان العمل وغيرها) يساهم في انخفاض رغبة الأمهات في إنجاب اطفال.

(8 - د) العلاقة بين مؤشرات التنمية المستدامة والتغيرات السكانية في دولة قطر:

اتضح من خلال الدراسات السابقة أن هناك علاقة تناسبية مباشرة بين التنمية المستدامة والتغيرات السكانية في دولة قطر؛ بسبب تطور عجلة التنمية والتوسع الحضاري. التنمية المستدامة هي الطريقة الرئيسة التي تؤدي إلى تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية مع الأخذ في الاعتبار عدم إحداث الأضرار البيئية أو تقليلها

(Abel et al., 2016). يعتمد اقتصاد دولة قطر بشكل كبير على الموارد الطبيعية من إنتاج واستخراج النفط والغاز والصناعات المرتبطة بهما (Oxford Business Group, 2015)، ويعدّ وأن التطور الاجتماعي والاقتصادي ضمن مؤشرات تنمية مستدامة عالية في الصناعة والتكنولوجيا. ولكن هل هذا يعني أن التغيرات المناخية المستقبلية لن تؤثر في هذه الصناعة والبيئة؟ ولذلك نجد، في الغالب، تشجيع الحكومة القطرية على تحقيق التنويع الاقتصادي ومحاربة الاحتكار من خلال تحفيز الاستثمار في الصناعات المختلفة، الذي أدى إلى زيادة عدد السكان المقيمين والعمالة الوافدة مقابل المواطنين في البلاد، بسبب توفير البنية التحتية والخدمات الأساسية في المناطق المختلفة والحديثة، وضمان الحقوق من خلال الوظائف والرواتب المرتفعة والرعاية الصحية والتعليم.

أدى تحقيق النمو الاقتصادي إلى استقرار مؤشرات التنمية المستدامة على المستوى البعيد، لكن صاحبه اختلال في التركيبة السكانية في الدولة؛ إذ تشير أحدث الإحصائيات إلى أن هناك اختلالاً كبيراً في التركيبة السكانية من خلال القوى العاملة؛ حيث تساهم العمالة الوافدة (من المقيمين الأجانب والعمال) بنسبة تصل إلى نحو 95% من إجمالي القوى العاملة في البلاد (جهاز التخطيط والإحصاء، 2019). وعلى الرغم من أن الزيادة في معدلات الهجرة لها انعكاسات مهمة على التنمية وسياسات التعليم ودخل الفرد والرفاه والنقل والموارد الطبيعية، فإن هذا النمو السكاني الجديد لم يكن ناتجاً من زيادة عدد المواليد للسكان الأصليين أو معدلات الخصوبة الكلية. تجدر الإشارة إلى أن أي تغيير في مؤشر معين في التنمية يؤثر على المؤشرات الأخرى إيجاباً أو سلباً بشكل مباشر؛ وذلك لأن أي شيء يتعلق بالسكان، مثل النمو السكاني، أو انخفاض عدد السكان، أو الهجرة، أو شيخوخة السكان، يؤثر على الأهداف الإنمائية للبلاد. وتؤثر الديناميكيات السكانية أيضاً على أمور أخرى؛ مثل الاستهلاك أو التوظيف أو الإنتاج أو التوزيع.

فما الإستراتيجيات والتدخلات التي سنتها الحكومة لتحقيق التوازن في النمو السكاني والخطة لزيادة معدلات الخصوبة في البلاد؟ من المتوقع أن هذه التحولات الديموغرافية ساعدت الدولة في تخطيط السياسة السكانية بدقة أكثر من خلال رفع مستوى الصحة العامة وتطبيق سياسات الرعاية الاجتماعية؛ مثل التعليم المجاني للجميع، ومرافق الرعاية الصحية المجانية، والتحضر وتحسين الاتصالات وتطوير البنية التحتية، والاهتمام بتحسين صحة المرأة والطفل من خلال افتتاح مركز

المرأة والأبحاث في عام 2018، على سبيل المثال. ولكن عندما يتعلق الأمر بالتوسع الحضري، لا توجد - حتى الآن - سياسة تعالج نسبة العمالة الوافدة المرتفعة للحد من مشكلات الاختلال في التركيبة السكانية. لذلك هناك حاجة ملحّة لوضع سياسة خاصة لتحقيق التوازن بين الأنماط السكانية والحفاظ على مؤشرات مرتفعة في التنمية المستدامة من خلال زيادة معدل الخصوبة الكلي للمواطنين وتعديل قانون تنظيم دخول الأجانب وإقامتهم في قطر.

التوصيات:

توصي الدراسة - من خلال استعراض نتائج الدراسة ومن خلال الاطلاع على التقارير والدراسات والحلول الإقليمية والعالمية والاستفادة منها- بوضع إستراتيجية شاملة تسعى إلى معالجة التحديات الناجمة عن اختلال التركيبة السكانية ورفع معدل الإنجاب في دولة قطر باعتبار القضية مسؤولية اجتماعية. ومن الممكن أن تساهم الإجراءات التالية في معالجة قضية الاختلال في التركيبة السكانية ورفع معدلات الخصوبة لدى القطريين:

- التعديل على قانون العمل - تخفيف الضغط على الآباء والأمهات العاملين في المؤسسات الحكومية والخاصة بتوفير بعض المحفزات على النحو الآتي:

1 - منح إجازة ما قبل الوضع لمدة شهر (إجازة مخصصة قبل موعد ولادة الطفل).

2 - منح إجازة أبوة المدفوعة الأجر لمدة شهر (إجازة مخصصه للآباء لرعاية الأطفال بعد الولادة).

3 - تمديد إجازة الوضع مدفوعة الأجر إلى 6 أشهر (إجازة مخصصة للأمهات عند ولادة الطفل).

4 - منح إجازة والدية مدفوعة الأجر لمدة شهر (إجازة لرعاية الأبناء تمنح للأم أو الأب أو لكليهما).

5 - توفير المرونة في أوقات العمل.

6 - توفير العمل عن بعد أو العمل من المنزل لرعاية الأطفال.

7 - وجود غرفة رضاعة أو رعاية (حضانة) للأطفال في مكان العمل.

8 – توفير برامج لتخفيض ساعات العمل مثل (العمل الجزئي).

9 – تقديم مساعدة مادية لتغطية تكاليف حضانة الأطفال (إلى 5 سنوات).

– تطوير خدمات الصحة العامة والصحة الإنجابية، ويشمل ذلك تعويض تكاليف الولادة في المستشفيات الحكومية والخاصة.

– رسم سياسة لتنظيم قانون تنظيم دخول الأجانب وإقامة العمالة الوافدة ووضع إجراءات تنظيمية للتغلب على مشكلات اختلال التركيبة السكانية.

– في الجانب الاجتماعي: تعديل نمط الحياة الحديثة من خلال مؤسسات المجتمع المدني عبر الحوار والندوات لزيادة الوعي للجيل الشاب، وللتعريف بأهمية الزواج والإنجاب والحد من مشكلات تأخر سن الزواج، وتسهيل الزواج للمطلقات والأرامل والحد من الطلاق المبكر. وتخصيص برامج بث توعوية من قبل الجهات المتخصصة لإظهار خطورة استمرار ظاهرة انخفاض معدلات الإنجاب على مؤشرات التنمية المستدامة في الدولة.

المراجع:

جهاز التخطيط والإحصاء. (2017). *النشرة السنوية للإحصائيات الحيوية: المواليد والوفيات*. الدوحة، قطر.

جهاز التخطيط والإحصاء. (2019). *مسح القوى العاملة: الربع الأول (يناير – مارس 2019)*. الدوحة، قطر.

جهاز التخطيط والإحصاء. (2019). مسح القوى العاملة بالعينة 2018. الدوحة، قطر.

عيد، حسام سليمان. (2011). محددات استعمال وسائل تنظيم الأسرة بين النساء الفلسطينيات. *مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية*.

اللجنة الدائمة للسكان. (2016). *نشرة "سكان"*. العدد 33. سبتمبر 2016. الدوحة، قطر.

الموقع الإلكتروني لجهاز التخطيط والإحصاء القطري بتاريخ 13/6/2019:
https://www.psa.gov.qa/en/statistics1/Pages/Overview.aspx

وزارة التخطيط التنموي والإحصاء (2018). *إستراتيجية التنمية الوطنية الثانية لدولة قطر (2018 – 2022)*. الدوحة، قطر.

Abel, G. J., Barakat, B., Samir, K. C., & Lutz, W. (2016). *Meeting the sustainable development goals leads to lower world population growth*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 113(50), 14294-14299.

Al Awad, M., & Chartouni, C. (2014). Explaining the decline in fertility among citizens of the GCC Countries: The case of the UAE", Education, Business and Society: *Contemporary Middle Eastern Issues, 7*(2/3), 82-97. https://doi.org/10.1108/EBS-01-2014-0002

Arbab, A. A., Bener, A., & Abdulmalik, M. (2011). Prevalence, awareness and determinants of contraceptive use in Qatari women. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal, 17* (1), 11-18, 2011.

Becker, G. S. (1960). An economic analysis of fertility, *Demographic and economic change in developed countries*: a conference of the Universities. National Bureau Commitee for Economic Research, 209.

Caldwell J.C. (1982). *Theory of Fertility Decline*. London: Academic Press.

Cleland, J., & Wilson, C. (1987). Demand theories of the fertility transition: An iconoclastic view. *Population Studies, 41*(1), 5-30.

Cleland, J. (1985). Marital fertility decline in developing countries: theories and the dvidence. In: Reproductive Change in Developing Countries: Insights from the World Fertility Survey, edited by J. Cleland and J. Hobcraft. Oxford, England: Oxford University Press.

Courbage, Y., & Todd, E. (2014). *A convergence of civilizations: The transformation of Muslim societies around the world*. Columbia University Press.

Crane, K., Simon, S., & Martini, J. (2011). *Future challenges for the Arab world: the Implications of demographic and economic trends*. Rand Project Air Force Santa Monica CA.

Easterlin, R.A. (1975). An economic framework for fertility analysis. *Studies in Family Planning, 6*(3),54-63.

Easterlin, R. A. (1978). *VThe economics and sociology of fertility*: A synthesisV.

Easterlin, R.A. & Crimmins, E.N. (1985). *The fertility revolution. A supply-demand analysis*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Eberstadt, N., & Shah, A. (2011). Fertility decline in the Muslim World: A Veritable Sea Change, Still Curiously Unnoticed. (December 7, 2011).

Fargues, P. (2005). Women in Arab Countries: challenging the patriarchal System?. *Reproductive Health Matters, 13*(25), 43-8 · June 2005.

Galor, O. (2012). The demographic transition: causes and consequences. *Cliometrica, 6*(1), 1-28.

Herrmann, M., Guzman, J. M., & Schensul, D. (2012). *Population matters for sustainable development*. New York: The United Nations Population Fund, UNFPA, 1-32.

Islam, S. M., Munasinghe, M., & Clarke, M. (2003). Making long-term economic growth more sustainable: evaluating the costs and benefits. *Ecological Economics, 47*(2-3), 149-166.

Khraif, R. M., Salam, A. A., Al-Mutairi, A., Elsegaey, I., & Al Jumaah, A. (2017). Education's impact on fertility: The case of King Saud University women, Riyadh. *Middle East Fertility Society Journal, 22*(2), 125-131.

Mason, K. O. (1997). Explaining fertility transitions. *Demography, 34*(4), 443-454.

McKee, M., Keulertz, M., Habibi, N., Mulligan, M., & Woertz, E. (2017). Demographic and economic material factors in the MENA region. Middle East and North Africa Regional Architecture: Mapping Geopolitical Shifts, 3.

Ministry of Development Planning & Statistics (2018). *Sustainable development goals in the State of Qatar 2016*.

Mirkin, B. (2010). *Population levels, trends and policies in the Arab region: challenges and opportunities*. USA: United Nations Development Programme, Regional Bureau for Arab States.

Myrskylä, M., Kohler, H. P., & Billari, F. C. (2009). Advances in development reverse fertility declines. *Nature, 460*(7256), 741.

Notestein, F. (1953). *Economic problems of population change*, in proceedings of the eight conference of agricultural economics.

Oxford Business Group. (2015). *The Report: Qatar 2015*. UK: Oxford Business Group. https://oxfordbusinessgroup.com/qatar-2015.

Rashad, H. (2000). Demographic transition in Arab countries: A new perspective. *Journal of the Australian Population Association, 17*(1), 83-101. https://doi.org/10.1007/BF03029449.

Rashad, H., & Khadr, Z. (2002). The demography of the Arab region: New challenges and opportunities. Human capital: Population economics in the Middle East, 37-49.

Robinson, W.C. (1997). The Economic theory of fertility over three decades. *Population Studies 51*(1), 63-74.

Salam, A. A., Elsegaey, I., Khraif, R., AlMutairi, A., & Aldosari, A. (2015). Components and public health impact of population growth in the Arab world. *PLoS one. 10*(5), e0124944.

Schultz, T.W. (Ed) (1973). *New economic approaches to fertility*: Proceedings of a Conference, June 8-9, 1972. University of Chicagoe Press.

Schultz, T. P., & DaVanzo, J. (1970). *Fertility patterns and their determinants in the Arab Middle East*.

Tabutin, D., Schoumaker, B., Rogers, G., Mandelbaum, J., & Dutreuilh, C. (2005). The Demography of the Arab World and the Middle East from the 1950s to the 2000s. *Population, 60*(5), 505-615.

Thompson, W. S. (1916). *Population problems*. 4th Edn. McGraw-Hill Book Company, New York.

Toumi, H. (2011, Apr. 13). Fertility rate records steady decline in Qatar. Retrieved from *Gulf News*: https://gulfnews.com/world/gulf/qatar/fertility-rate-records-steady-decline-in-qatar-1.791643.

United Nations website for Global Database for Population Policies. Retrieved on: 9/6/2019 -https://esa.un.org/PopPolicy/cprofile.aspx?MainMenu&Type=Indicators

United Nations (2017). *The world population prospects: The 2017 revision*. United Nations website for World Population Policies database: https://esa.un.org/PopPolicy/cprofile_report.aspx.

Winckler, O. (1998). Rapid population growth and the fertility policies of the Arab countries of the Middle East and North Africa. Bulletin series/Yale School of Forestry and Environmental Studies, 103, 444-466.

World Bank website: https://data.worldbank.org/indicator.

Zavala de Cosio, M.E. (1996). *The demographic transition in America Latin and Europe*. The Fertility Transition in Latin America.

قدم في: أكتوبر 2019

أجيز في: ديسمبر 2020